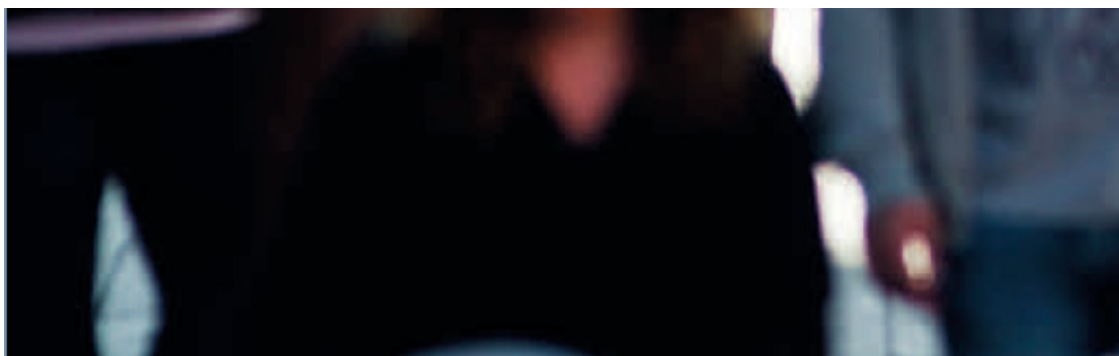




Uddrag af Sundhedsprofil 2010 for Høje-Taastrup Kommune



Titel: Uddrag af sundhedsprofil 2010 for Høje-Taastrup Kommune

Copyright: © 2011 Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed
Alle rettigheder forbeholdes

Forfattere: Lene Hammer-Helmich
Lone Prip Buhelt
Bodil Helbech Hansen
Anne Helms Andreasen
Kirstine Magtengaard Robinson
Charlotte Glümer

Udgiver: Region Hovedstaden
Koncern Plan og Udvikling
Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed
Nordre Ringvej 57, bygning 84/85
2600 Glostrup
Telefon 3863 3260
Telefax 3863 3977
www.fcfs.dk



Indholdsfortegnelse

1 Baggrund	3
2 Sundhedsadfærd	4
2.1 Rygning	4
2.2 Risikabel alkoholadfærd	5
2.3 Usunde kostvaner	5
2.4 Fysisk aktivitet	6
2.5 Euforiserende stoffer	8
2.6 Ubeskyttet sex	9
3 Generelt helbred	9
3.1 Selvvurderet helbred	9
3.2 Stress	11
4 Biologiske mål	12
4.1 Overvægt	12
4.2 Forhøjet blodtryk	13
5 Kroniske sygdomme	14
5.1 Forekomsten af kroniske sygdomme	14
5.2 Kroniske sygdomme og sundhedsadfærd	14
6 Sexsygdomme	16

1 Baggrund

Uddrag af sundhedsprofil 2010 for Høje-Taastrup Kommune er et kommunalt supplement til Region Hovedstadens *Sundhedsprofil for region og kommuner 2010*, som indeholder detaljeret information om sundhed, sygelighed og sundhedsadfærd i samtlige 29 kommuner i Region Hovedstaden. Formålet med dette uddrag er, at give et overblik over kommunens resultater i forhold til en række nøgleindikatorer.

De udvalgte nøgleindikatorer i denne rapport er borgernes sundhedsadfærd, generelle helbred, biologiske mål, kroniske sygdomme og sexsygdomme. Et gennemgående fokus er social ulighed i sundhed. Da uddannelse er en stærk prædiktor 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. I de tilfælde, hvor der er for få besvarelser i fx en aldersgruppe eller et uddannelsesniveau, vises resultaterne ikke, men markeres i stedet i tabellerne med - . For enkelte af indikatorerne er det ikke muligt at give fordelingen i forhold til køn, alder og uddannelse på grund af for få besvarelser. For disse indikatorer angives blot forekomsten i kommunen. For yderligere informationer henvises til *Sundhedsprofil for region og kommuner 2010*.

Demografiske og socioøkonomiske forhold har betydning for borgernes sundhed, sygelighed og sundhedsadfærd. De forskelle, der ses mellem Høje-Taastrup Kommune og regionsgennemsnittet på de udvalgte nøgleindikatorer, kan delvist forklares med forskelle i fordelingen af borgere i forhold til for eksempel alder og uddannelse. I Høje-Taastrup Kommune er 18 % af borgerne 65 år eller derover. Andelen af borgere med en kortere uddannelse er 72 %, mens andelen med en lang videregående uddannelse er 10 % (tabel 1.1).

Tabel 1.1 Borgere på 65 år eller derover og borgere med en kortere eller lang videregående uddannelse

	Høje-Taastrup Kommune	Region Hovedstaden
	%	%
Borgere på 65 år eller derover	18	19
Borgere med en kortere uddannelse *	72	57
Borgere med en lang videregående uddannelse *	10	21

* I opgørelsen indgår borgere under uddannelse ikke.

De forskellige nøgleindikatorer i denne rapport er belyst ved hjælp af data indsamlet i spørgeskemaundersøgelsen ”Hvordan har du det? 2010”. Spørgeskemaerne blev udsendt primo februar 2010 til en tilfældig stikprøve af alle borgere på 16 år og derover i Region Hovedstaden – i alt 95.150 borgere. I Høje-Taastrup Kommune blev der i alt udsendt 2.450 spørgeskemaer.

Ud af de 2.450 borgere i Høje-Taastrup Kommune, som fik tilsendt spørgeskemaer, udfyldte 53,2 % skemaerne. 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 45-74 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 Høje-Taastrup Kommune. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed har stået for udarbejdelsen af Sundhedsprofilen 2010 for Region Hovedstaden og af uddraget for Høje-Taastrup Kommune. En styregruppe bestående af repræsentanter for de 29 kommuner samt Region Hovedstaden har været sparringspartnere under hele processen.

2 Sundhedsadfærd

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 deres behov for sociale og sundhedsmæssige ydelser i fremtiden og dels for at kunne fremme deres sundhed og forebygge kroniske sygdomme fremadrettet.

2.1 Rygning

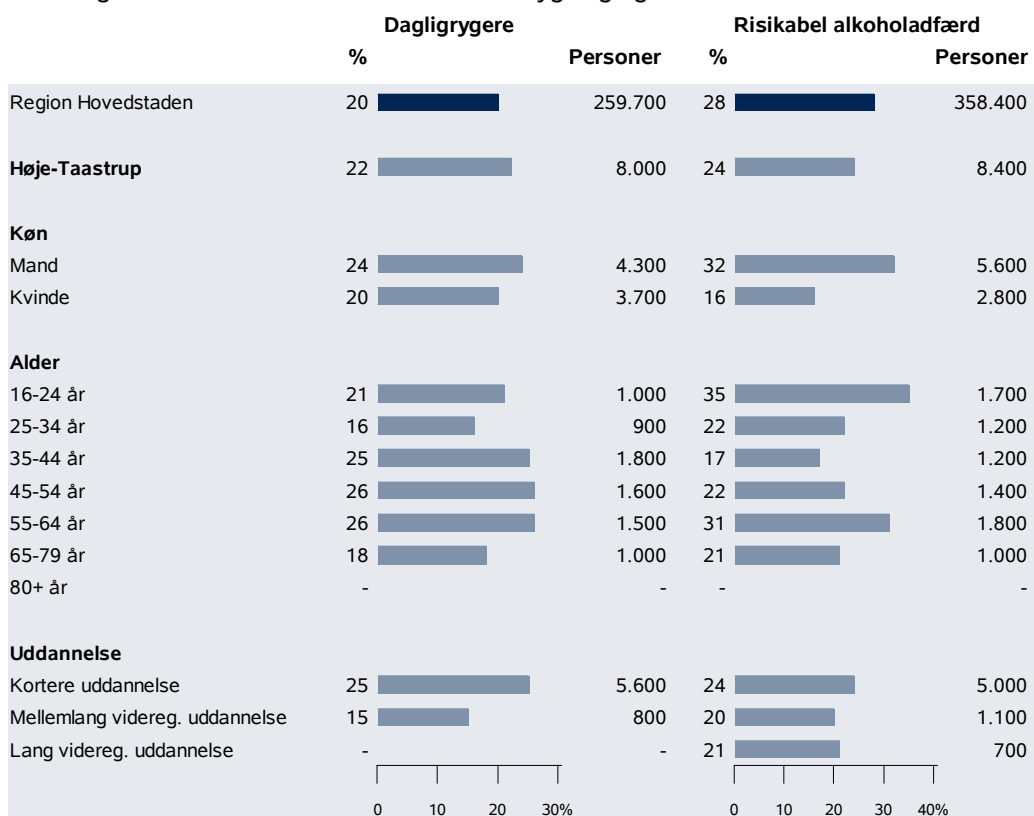
Rygning er den forebyggelige risikofaktor, der er skyld i flest kroniske sygdomme i Danmark.

Hjertekarsygdomme, kræft og kroniske lungesygdomme er de mest alvorlige sygdomme som skyldes rygning. Rygere dør i gennemsnit 5-10 år tidligere end aldrigrygere afhængigt af, hvor meget man ryger (Statens Institut for Folkesundhed, 2006). Passiv rygning giver umiddelbare gener som irritation af øjne og slimhinder i luftveje, hoste og hovedpine. Samtidig øger passiv rygning risikoen for alvorlige sygdomme som lungekræft, hjertekarsygdomme og kroniske luftvejslidelser.

I Høje-Taastrup Kommune ryger 22 % af borgerne dagligt. Det svarer til 8.000 personer (tabel 2.1). Der er sket et markant fald i andelen af dagligrygere siden 2007 på 6,8 procentpoint blandt de 25-79-årige (ikke vist). En del af forklaringen kan være, at færre borgere debuterer som rygere samtidig med, at rygere generelt dør tidligere end ikkerygere.

Der er lidt flere mænd end kvinder, som ryger dagligt i Høje-Taastrup Kommune. Andelen af dagligrygere er størst blandt de midaldrende og mindst blandt de unge og de ældste borgere. Den lave forekomst blandt de ældre borgere kan skyldes, at de af helbredsmæssige årsager er stoppet med at ryge, eller at rygerne er døde i en tidligere alder. Der er væsentligt flere dagligrygere blandt borgere med en kortere uddannelse sammenlignet med borgere, som har en mellemlang videregående uddannelse.

Tabel 2.1 Borgere med risikabel sundhedsadfærd – rygning og alkohol



2.2 Risikabel alkoholadfærd

Et stort alkoholforbrug øger risikoen for en lang række sygdomme, herunder kræftsygdomme, mave- og tarmsygdomme, hjertekarsygdomme, leversygdomme, forgiftninger samt forhøjet blodtryk. Et stort alkoholforbrug øger tillige risikoen for skader og ulykker som f.eks. bilulykker. Endelig kan alkohol have alvorlige sociale konsekvenser i form af ødelagte parforhold, omsorgssvigt af børn, udstødelse af arbejdsmarkedet, kriminalitet og vold (Sundhedsstyrelsen, 2008).

I sundhedsprofilen opgøres risikabel alkoholadfærd som personer, der har mindst én af følgende typer alkoholadfærd:

- **Storforbrug** – personen har et ugentligt alkoholforbrug, der overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse på 14 genstande for kvinder og 21 genstande for mænd
- **Rusdrikkeri** – personen drikker mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed mindst én gang om ugen
- **Tegn på alkoholafhængighed** – personen klassificeres på baggrund af en række spørgsmål (CAGE-C-klassifikation).

I Høje-Taastrup Kommune har 24 % af borgerne en risikabel alkoholadfærd. Det svarer til 8.400 personer (tabel 2.1).

Der er dobbelt så mange mænd som kvinder med risikabel alkoholadfærd i Høje-Taastrup Kommune. Risikabel alkoholadfærd er derudover mest udbredt blandt de 16-24-årige og borgere på 55-64 år, og mindst udbredt blandt borgere i alderen 25-54-år og borgere over 64 år. Der er en tendens til, at andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd falder med stigende uddannelsesniveau.

Da spørgsmålene om alkohol ikke er helt identiske med den tidligere spørgeskemaundersøgelse fra 2007, er det ikke muligt at opgøre ændringer siden 2007 for risikabel alkoholadfærd.

2.3 Usunde kostvaner

Usunde kostvaner kan påvirke udviklingen af kroniske sygdomme som hjertekarsygdomme og kræft i fordøjelsessystemet. En usund kost, højt energiindtag kombineret med manglende bevægelse medfører øget risiko for udvikling af overvægt og dermed blandt andet forhøjet blodtryk, type 2 diabetes og hjertekarsygdomme.

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

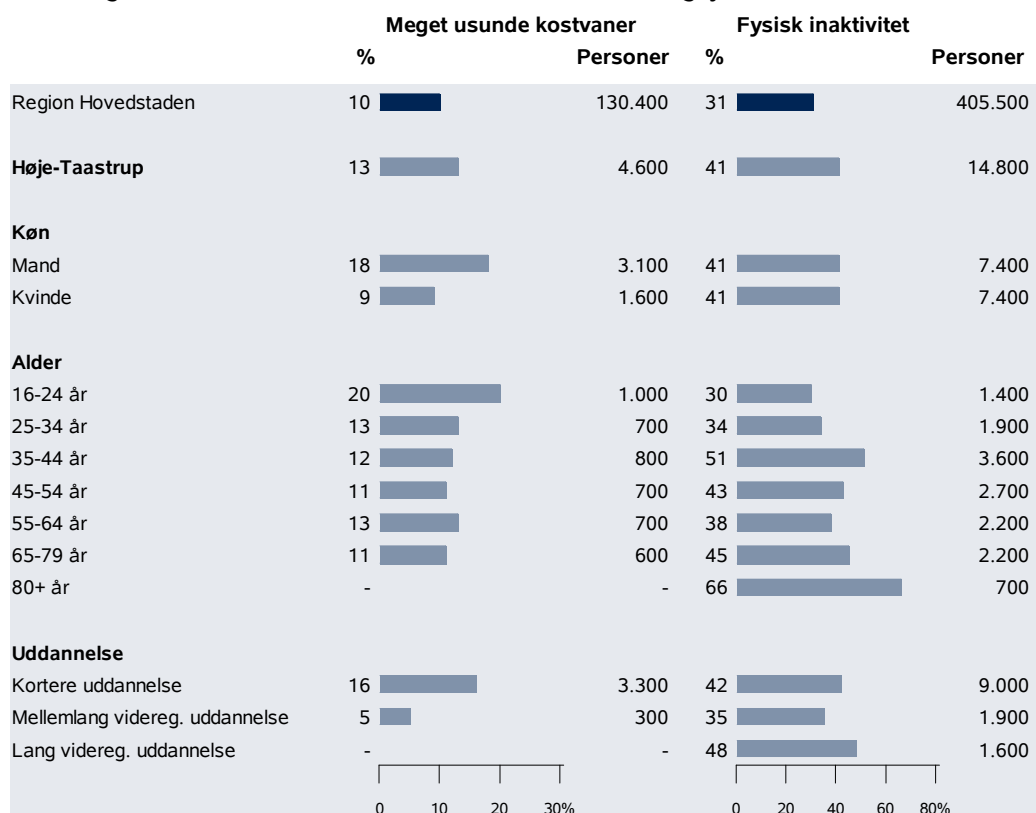
- **Sund kost** – generelt sunde kostvaner, herunder højt indtag af frugt, grønt og fisk samt lavt indtag af fedt og især mættet fedt
- **Middelsund kost** – moderat indtag af frugt, grønt, fisk og fedt
- **Meget usund kost** – generelt usunde kostvaner på alle områder, herunder meget lavt indtag af frugt, grønt og fisk samt højt indtag af fedt og især mættet fedt

I Høje-Taastrup Kommune har 13 % af borgerne meget usunde kostvaner. Det vil sige, at 4.600 borgere i kommunen har et meget lavt indtag af frugt, grønt og fisk samt et højt indtag af fedt og især mættet fedt (tabel 2.2).

Andelen af borgere med meget usunde kostvaner er dobbelt så høj blandt mænd sammenlignet med kvinder. Meget usunde kostvaner forekommer hyppigere blandt den yngste del af befolkningen under 25 år sammenlignet med de øvrige aldersgrupper. Uddannelsesniveaet har desuden stor betydning for borgernes kostvaner. Andelen med meget usunde kostvaner er tre gange højere blandt borgere med en kortere uddannelse sammenlignet med borgere med en mellemlang videregående uddannelse.

Da spørgsmålene om kost ikke er helt identiske med den tidligere spørgeskemaundersøgelse fra 2007, er det ikke muligt at opgøre ændringer siden 2007 for meget usunde kostvaner.

Tabel 2.2. Borgere med risikabel sundhedsadfærd – usund kost og fysisk inaktivitet



2.4 Fysisk aktivitet

Mangel på fysisk aktivitet øger risikoen for udvikling af en lang række kroniske sygdomme som type 2 diabetes, hjertekarsygdom, muskelskeletsygdom, visse former for kræftsygdom (bryst- og tyktarmskræft) og psykisk sygdom. Desuden øges risikoen for funktionsevnetab hos ældre borgere.

Ny forskning viser, at stillesiddende adfærd i forbindelse med at se TV, spille computer eller bilkørsel, er en selvstændig risikofaktor. Det betyder, at selvom man dyrker motion, har man en øget risiko for hjertekarsygdom og for tidlig død, hvis man tilbringer mange timer i siddende stilling.

I sundhedsprofilen opgøres følgende aspekter af fysisk aktivitet:

- Moderat til hård fysisk aktivitet 30 minutter om dagen i fritiden
- Stillesiddende aktiviteter i fritiden – mere end 4 timer om dagen i fritiden
- Cykling eller gang i forbindelse med transport til og fra arbejde eller uddannelse

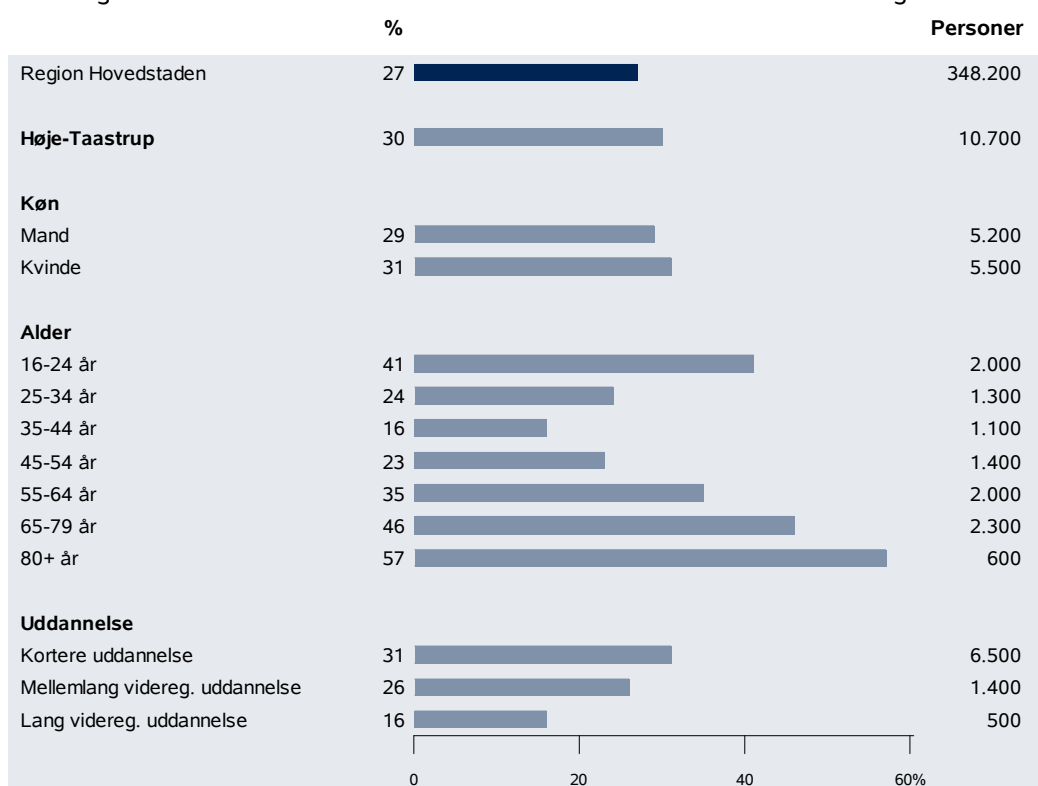
I Høje-Taastrup Kommune er der 41 %, som ikke er fysisk aktive 30 minutter om dagen i fritiden, herefter kaldet inaktive. Det svarer til 14.800 personer (tabel 2.2). Der er ikke sket nogen ændringer i andelen af inaktive siden 2007 blandt de 25-79-årige (ikke vist).

Der er ikke forskel på andelen af kvinder og mænd, som er fysisk inaktive, men andelen af inaktive stiger med alderen. Sammenlignet med de yngre borgere under 25 år er der mere end dobbelt så mange borgere på 80 år eller derover, som er fysisk inaktive. De 35-44-årige skiller sig dog også ud ved, at over halvdelen er inaktive. Sammenhængen mellem uddannelsesniveau og fysisk inaktivitet er ikke entydig. Der er færrest fysisk inaktive blandt borgere med en mellemlang videregående uddannelse og flest blandt borgere med en lang videregående uddannelse.

Stillesiddende aktiviteter i fritiden er her defineret ved, at borgerne bruger mere end fire timer om dagen på at sidde ned og slappe af, se TV, spille computer, læse eller lignende. I Høje-Taastrup Kommune har 30 % af borgerne – svarende til 10.700 personer – mere end fire timers stillesiddende aktiviteter om dagen i fritiden (tabel 2.3). Der er sket en signifikant stigning på 5,0 procentpoint siden 2007 blandt de 25-79-årige (ikke vist).

Der er stort set lige mange kvinder og mænd, der sidder stille mere end fire timer om dagen i fritiden. Andelen af stillesiddende borgere er lavest blandt de 35-44-årige og højest blandt de yngste og de ældste borgere. Der findes en tydelig social gradient i forhold til stillesiddende adfærd. Andelen er dobbelt så høj blandt borgere, som har en kortere uddannelse sammenlignet med borgere med en lang videregående uddannelse.

Tabel 2.3 Borgere med stillesiddende aktiviteter i fritiden – mere end fire timer om dagen

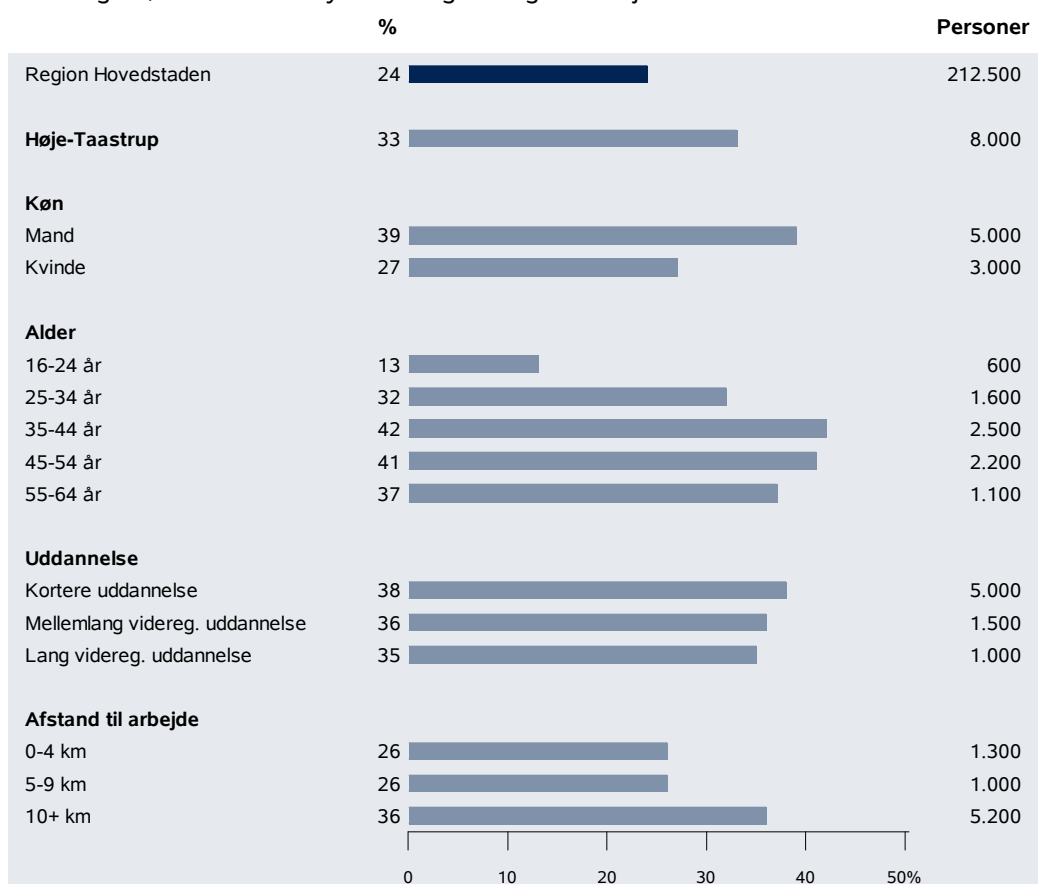


Cykling eller gang til og fra arbejde eller uddannelsessted er kun opgjort blandt borgere i den erhvervsaktive alder (16-64 år), der er i arbejde eller under uddannelse. Blandt Høje-Taastrup Kommunes borgere er der 33 %, som hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelsessted (tabel 2.4). Det svarer til 8.000

erhvervsaktive eller studerende personer. Der er ikke sket nogen ændringer i andelen siden 2007 blandt de 25-64-årige (ikke vist).

Flere mænd end kvinder er ikke fysisk aktive i forbindelse med transport til og fra arbejde eller uddannelsessted. Andelen stiger med alderen – især fra aldersgruppen af 16-24-årige til de 25-34-årige. Der ses en tendens til, at andelen af borgere, som ikke er fysisk aktive i forbindelse med transport til og fra arbejde eller uddannelsessted, falder med stigende uddannelsesniveau. Der er samtidig en tæt sammenhæng mellem afstand til arbejde/uddannelsessted og fysisk aktivitet i forbindelse med transport. Andelen af borgere, der hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelsessted, er langt højere, hvis afstanden til arbejde er over 10 km, i forhold til hvis afstanden til arbejde er under 10 km.

Tabel 2.4 Borgere, som hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelsessted



2.5 Euforiserende stoffer

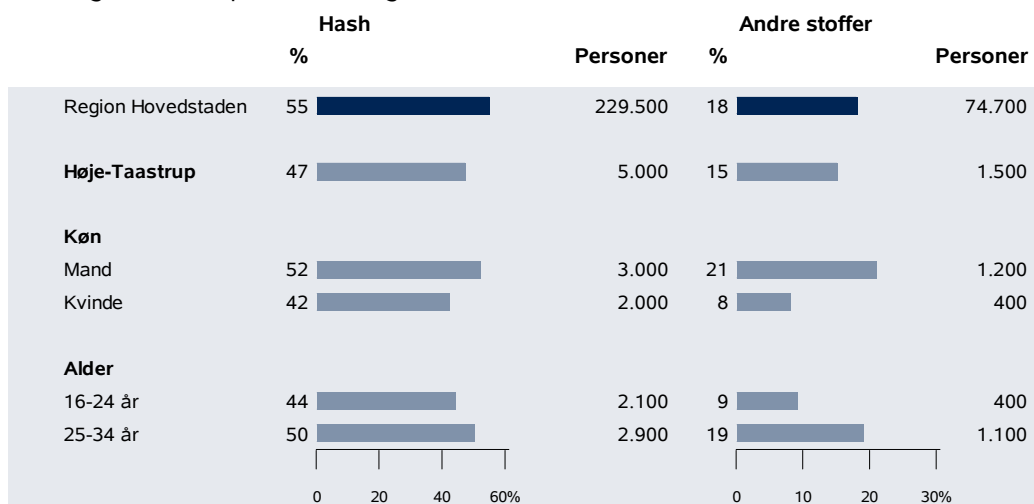
Eksperimenter med euforiserende stoffer (herefter kaldet stoffer) er et ungdomsfænomen. Næsten alle, der prøver at tage stoffer, har debut, inden de er fyldt 20 år, og de fleste stopper igen. Eksperimenterende brug af stoffer medfører risiko for ulykker, risiko for at komme ud i stofmisbrug samt risiko for forgiftning med og uden døden til følge. Hash hæmmer indlæringssevnen i op til fire uger efter brug og kan derfor have konsekvenser for den enkeltes skolegang og uddannelsesmuligheder. Siden 2000 har eksperimenterende brug af hash og andre stoffer i Danmark ligget på et stabilt niveau. Hash er mest udbredt. Herefter kommer de stimulerende stoffer amfetamin, kokain og ecstasy (Sundhedsstyrelsen, 2009).

I Høje-Taastrup Kommune har 47 % af de unge - svarende til 5.000 personer – eksperimenteret med hash, mens 15 % af de unge – svarende til 1.500 personer – har eksperimenteret med andre stoffer end hash (tabel

2.5). En større andel af mænd end kvinder har prøvet euforiserende stoffer. Tilsvarende har en større andel af de 25-34-årige prøvet hash og andre stoffer sammenlignet med de 16-24-årige. Forskellene i alders- og kønsfordelingen er større for andre stoffer end for hash.

I alt har 6,5 % af de unge – svarende til 700 personer – taget euforiserende stoffer inklusiv hash inden for den seneste måned (ikke vist).

Tabel 2.5 Unge, som har prøvet hash og andre euforiserende stoffer



2.6 Ubeskyttet sex

Ubeskyttet sex er årsag til en række sundhedsproblemer, herunder uønsket graviditet og sexsygdomme som livmoderhalskræft, HIV, klamydia, kønsvorter, herpes og gonoré. Især unge og unge voksne er i risiko for at opleve sundhedsproblemer som følge af ubeskyttet sex.

Spørgsmålene om seksuel sundhed er kun stillet til borgere i alderen 16-34 år, og opgørelserne er derfor kun for denne aldersgruppe.

I alt 21 % af de unge i Høje-Taastrup Kommune, som har haft seksuel debut, – svarende til 1.900 personer – brugte ikke prævention ved seneste samleje, selvom de ikke ønsker et barn. 10 % af de unge – svarende til 900 personer – brugte ikke kondom ved seneste samleje, selvom de har skiftende seksualpartnere (ikke vist).

3 Generelt 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. Helbred er dog ikke entydigt og kan måles på flere forskellige måder. I de følgende afsnit beskrives borgernes generelle helbredstilstand i Høje-Taastrup Kommune. Der sættes fokus på selv vurderet helbred, fysisk og mentalt helbred målt ved SF-12 samt stress.

3.1 Selv vurderet helbred

Borgernes vurdering af eget helbred er en selvstændig risikofaktor for sygelighed og dødelighed. Jo dårligere en person vurderer sit eget helbred, des større er risikoen for død og udvikling af sygdom.

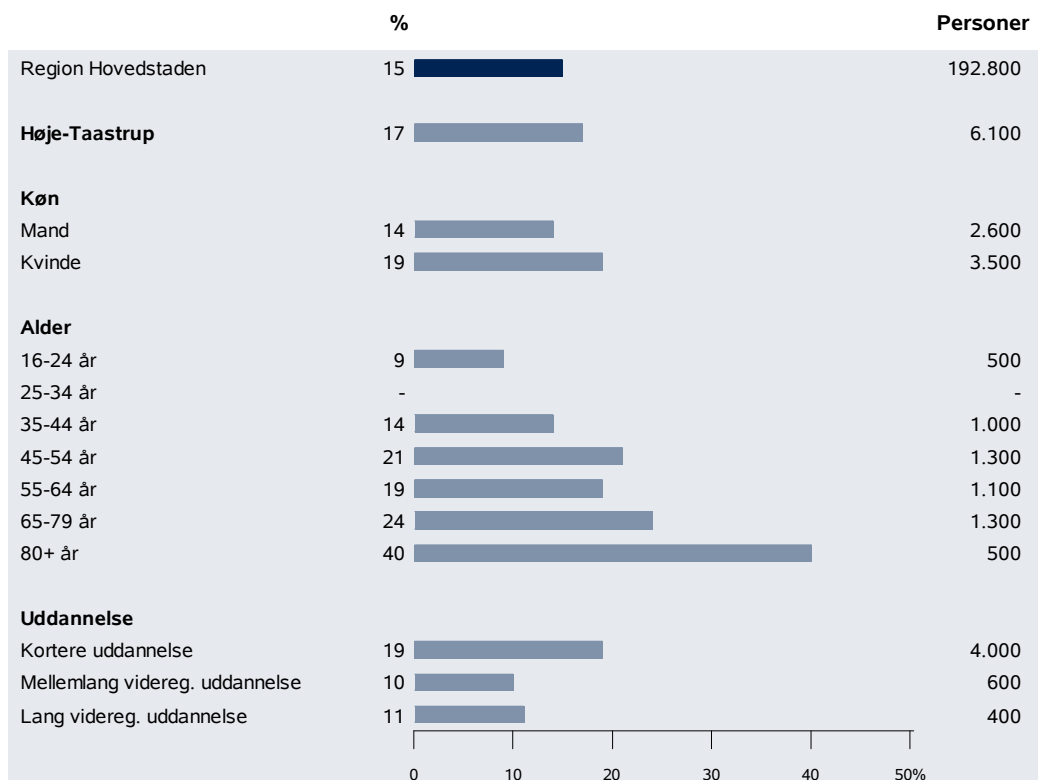
Tabel 3.1 Selvvurderet helbred i kommunen

	Høje-Taastrup Kommune	Region Hovedstaden
	%	%
Fremragende	11	13
Vældig godt	36	37
Godt	37	36
Mindre godt	13	12
Dårligt	3	3

I Høje-Taastrup Kommune vurderer 17 % af borgerne – svarende til 6.100 personer – at de har et mindre godt eller dårligt helbred (tabel 3.2). Der er sket et fald på 2,5 procentpoint siden 2007 blandt de 25-79-årige, men ændringen er ikke statistisk signifikant (ikke vist).

Der er en større andel af kvinder end mænd, som har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, og andelen stiger med alderen (tabel 3.2). For de 16-24-årige er det kun én ud af 10, som har mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, mens andelen er over dobbelt så høj blandt de 45-54-årige og over fire gange så høj blandt de ældste borgere (80+årige). Den høje andel blandt de ældste borgere kan skyldes, at denne aldersgruppe er plaget af sygdomme, som påvirker deres vurdering af eget helbred. Der ses en social gradient i forhold til selvvurderet helbred. Der er en dobbelt så høj andel af borgere med en kortere uddannelse med mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred sammenlignet med borgere med en lang videregående uddannelse.

Tabel 3.2 Borgere, som har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred



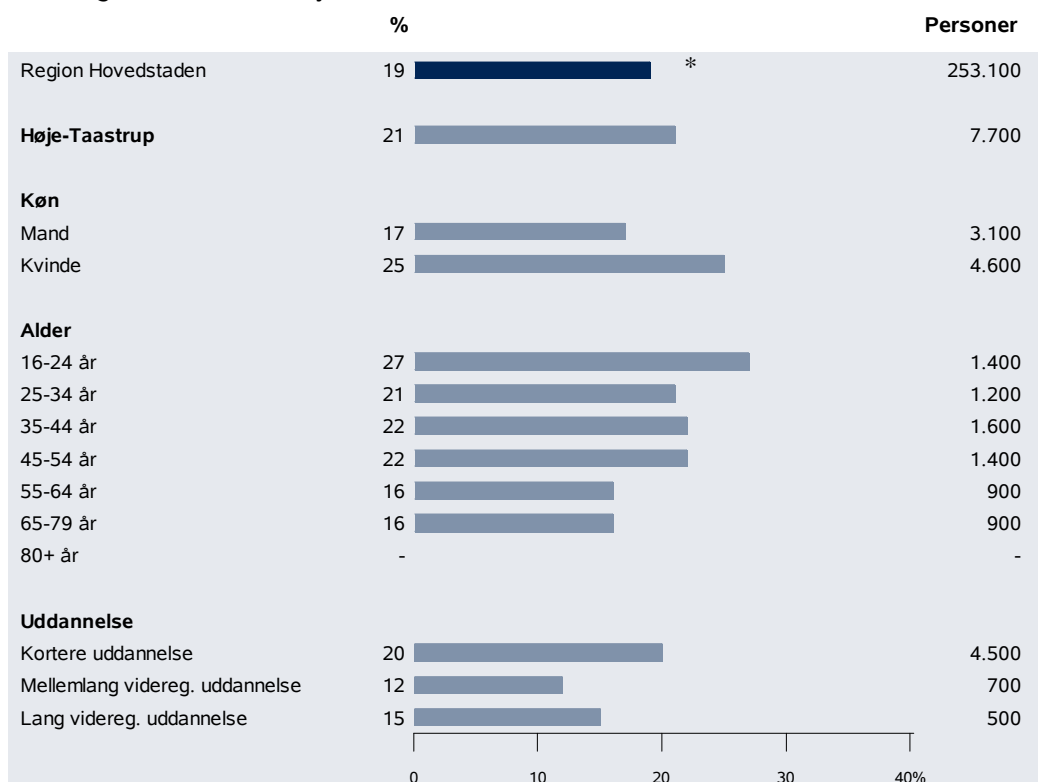
3.2 Stress

Længerevarende stress kan medføre øget risiko for en række sygdomme som hjertekarsygdomme og depression. Stress kan også medføre forværring af eksisterende sygdomme. Stress er her målt med Cohens Perceived Stress Scale, som er en valideret stress-skala. Den måler personens oplevelse af stress inden for den seneste måned ved hjælp af ti spørgsmål inden for følgende dimensioner af stress: Uforudsigelighed, manglende kontrol og høje krav (Cohen et al.; 1983).

I Høje-Taastrup Kommune har 21 % af borgerne – svarende til 7.700 personer - et højt stressniveau (tabel 3.3). Der er sket et fald på 2,4 procentpoint siden 2007 blandt de 25-79-årige, men ændringen er ikke statistisk signifikant (ikke vist).

Flere kvinder end mænd har et højt stressniveau. Andelen af borgere med højt stressniveau falder med alderen og er således højest blandt de unge under 25 år og lavest blandt de ældste borgere. Uddannelsesniveautet har også betydning for borgernes stressniveau. Der ses en tendens til, at en større andel af borgere med en kortere uddannelse har et højt stressniveau sammenlignet med borgere med en mellemlang eller lang videregående uddannelse.

Tabel 3.3 Borgere, som har et højt stressniveau



* Andelen af borgere i regionen med højt stressniveau er fastlagt på forhånd. Høje-Taastrup Kommunes andel af borgere med højt stressniveau skal derfor betragtes relativt i forhold til regionsandelen.

4 Biologiske mål

De første tegn på, at kroppen er i meget høj risiko for at udvikle kronisk sygdom, kan måles ved ændringer i biologiske mål som vægt og blodtryk. Disse biologiske mål er ofte betinget af borgerens sundhedsadfærd i form af rygning, fysisk aktivitet, kostvaner og alkoholforbrug.

4.1 Overvægt

Overvægt medfører øget risiko for udvikling af følgesygdomme som type 2 diabetes, hjertekarsygdomme, muskelskeletsygdomme og visse kræftformer. Derudover kan overvægt medføre psykosociale problemer og forringet livskvalitet.

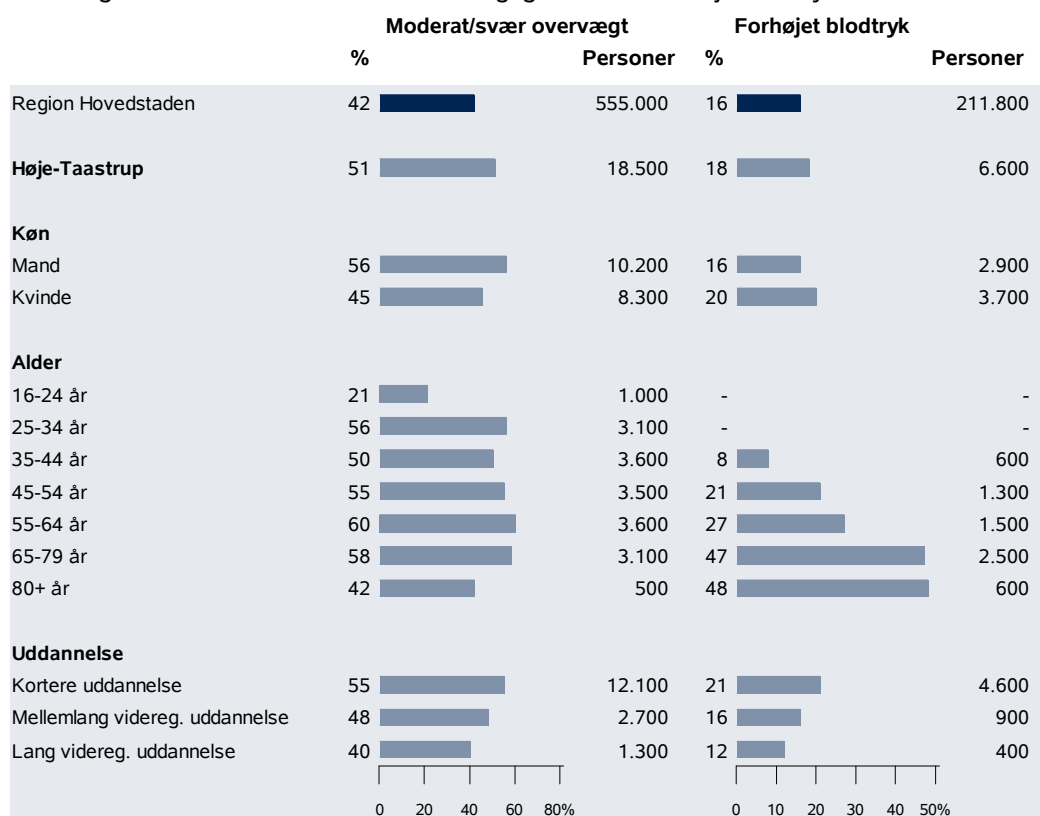
Overvægt vurderes på baggrund af borgernes Body Mass Index (BMI). BMI inddeles i fire vægtklasser baseret på WHO's definition:

- Undervægt: BMI < 18,5
- Normalvægt: BMI 18,5 - < 25,0
- Moderat overvægt: BMI 25,0 - < 30,0
- Svær overvægt: BMI \geq 30,0

I Høje-Taastrup Kommune er 51 % af borgerne moderat eller svært overvægtige (tabel 4.1). Det svarer til 18.500 personer. Der er sket en stigning i andelen af moderat eller svært overvægtige på 3,2 procentpoint siden 2007 blandt de 25-79-årige, men ændringen er ikke statistisk signifikant (ikke vist).

Der er en større andel af overvægtige blandt mænd end blandt kvinder. Andelen af overvægtige borgere er lavest blandt de unge under 25 år og de ældste borgere på 80 år eller derover. Årsagen til dette fald i andelen blandt de ældste borgere kan skyldes, at de overvægtige borgere enten er døde af følgesygdomme, eller at der i disse aldersgrupper er mange kronisk syge borgere med deraf følgende vægttab. Der er en tydelig social gradient i overvægt, idet andelen af overvægtige borgere falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 4.1 Borgere, som er moderat/svær overvægtige eller har forhøjet blodtryk



4.2 Forhøjet blodtryk

Forhøjet blodtryk er en af de vigtigste risikofaktorer for hjertekarsygdomme og tidlig død. Det høje blodtryk påvirker blodkarrene og fremmer åreforkalkning. Dette kan føre til forkalkningssygdomme i hjertet samt blødning og blodpropper i hjernen. Sammen med rygning er højt blodtryk den vigtigste risikofaktor for hjertekarsygdomme. Borgere med forhøjet blodtryk dør i gennemsnit 1-3 år tidligere sammenlignet med borgere med normalt blodtryk. (Statens Institut for Folkesundhed, 2006).

I Høje-Taastrup Kommune har 18 % af borgerne forhøjet blodtryk. Dette svarer til 6.600 borgere (tabel 4.1).

Andelen af borgere med forhøjet blodtryk er større blandt kvinder end mænd, og andelen stiger markant med alderen. Andelen af borgere med forhøjet blodtryk er således seks gange højere blandt borgere på 65 år eller derover sammenlignet med borgere i alderen 35-44 år. Der er en social gradient i forekomsten af forhøjet blodtryk. Andelen af borgere med forhøjet blodtryk falder med stigende uddannelsesniveau.

5 Kroniske sygdomme

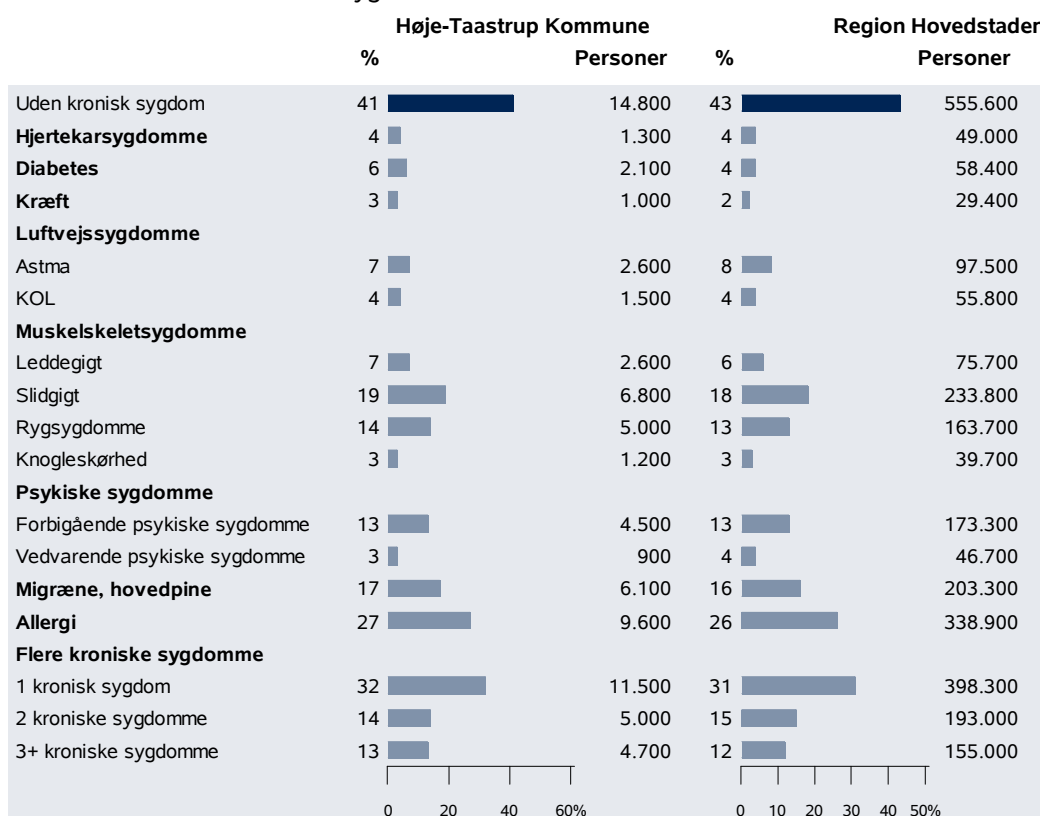
Kroniske sygdomme er blandt de fleste borgere ikke umiddelbart livstruende, men kan medføre begrænsninger i hverdagen i form af f.eks. funktionstab, nedsat livskvalitet og social isolation. Borgere med kroniske sygdomme er den patientgruppe, der optager flest ressourcer i sundhedsvæsenet. Der stilles derfor store krav til sundhedsvæsenets håndtering af disse borgere både i regionerne og kommunerne.

Den akutte behandling og den efterfølgende kontrol og behandling af mange kroniske sygdomme er blevet markant forbedret i løbet af de seneste 10-20 år. Dette medfører, at flere overlever længere med kronisk sygdom, og dermed stiger forekomsten af de kroniske sygdomme i befolkningen. Man må samtidig forvente, at der i takt med denne udvikling også vil være en større andel af borgere, der lever med flere kroniske sygdomme.

5.1 Forekomsten af kroniske sygdomme

I Høje-Taastrup Kommune lever 41 % af borgerne uden kronisk sygdom. Hver tredje borger har én kronisk sygdom, og hver ottende borger – svarende til 4.700 personer – lever med tre eller flere kroniske sygdomme. De hyppigste sygdomme er allergi, slidgigt og migræne/hovedpine (tabel 5.1).

Tabel 5.1 Forekomsten af kroniske sygdomme



5.2 Kroniske sygdomme og sundhedsadfærd

Mange af de kroniske sygdomme hænger sammen med sundhedsadfærd. Ændring af sundhedsadfærd er derfor en vigtig komponent i rehabiliteringen og behandlingen af flere af de kroniske sygdomme, og en hensigtsmæssig sundhedsadfærd er afgørende for prognosen.

Som beskrevet i kapitel 2 ryger 22 % af borgerne i Høje-Taastrup Kommune, 24 % har en risikabel alkoholadfærd, 13 % spiser en meget usund kost, og 41 % er fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen (tabel 5.2).

Rygning: For størsteparten af de kroniske sygdomme er der en større andel af dagligrygere end i befolkningen generelt. Rygning er især udbredt blandt borgere med KOL og vedvarende psykiske sygdomme. Næsten hver anden borger med KOL ryger.

Alkohol: Blandt borgere med rygsygdomme er der flere, som har en risikabel alkoholadfærd sammenlignet med befolkningen generelt. Omvendt er andelen omtrent den samme for flere andre kroniske sygdomme.

Kost: Andelen af borgere, der spiser meget usundt, er større blandt borgere med KOL sammenlignet med befolkningen generelt. Blandt borgere med KOL spiser mere én ud af fem meget usundt, hvilket er næsten dobbelt så mange som i befolkningen generelt.

Fysisk aktivitet: Generelt er der en større andel af borgere med kronisk sygdom, som ikke er fysisk aktive 30 minutter om dagen sammenlignet med befolkningen generelt. Denne sammenhæng kan dels skyldes, at kroniske sygdomme gør det vanskeligt at være fysisk aktiv, og dels at mangel på fysisk aktivitet medvirker til udviklingen af nogle kroniske sygdomme. Seks ud af ti borgerne med diabetes, KOL eller vedvarende psykiske sygdomme er fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen og for flere andre kroniske sygdomme gælder det halvdelen af borgerne.

Flere kroniske sygdomme: Andelen af borgere, som har en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd i forhold til rygning og fysisk aktivitet, stiger med antallet af kroniske sygdomme hos den enkelte borger, mens sammenhængen mellem antallet af kroniske sygdomme og alkoholadfærd og kostvaner er mindre entydig.

Tabel 5.2 Borgere med kronisk sygdom, som ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger

	Ryger		Risikabel alkoholadfærd		Meget usunde kostvaner		Fysisk inaktiv	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Høje-Taastrup Kommune	22	8.000	24	8.400	13	4.600	41	14.800
Hjertekarsygdomme	33	400	25	300	-	-	52	500
Diabetes	23	400	20	400	12	300	62	1.200
Kræft	-	-	26	200	-	-	45	400
KOL	47	700	19	300	22	300	60	900
Slidgigt	23	1.500	24	1.600	11	700	46	2.800
Rygsygdomme	28	1.300	29	1.300	12	600	47	2.200
Forbigående psykiske sygdomme	27	1.200	26	1.100	15	600	49	2.100
Vedvarende psykiske sygdomme	41	400	-	-	-	-	61	500
Flere kroniske sygdomme								
1 kronisk sygdom	20	2.200	24	2.600	12	1.300	43	4.700
2 kroniske sygdomme	26	1.300	29	1.400	15	700	46	2.200
3+ kroniske sygdomme	27	1.200	22	1.000	12	600	49	2.100

6 Sexsygdomme

Sexsygdomme kan være meget ubehagelige og svære at slippe af med, og for mange unge er sygdommene en psykisk belastning. Klamydia kan derudover medføre underlivsbetændelse, ufrivillig barnløshed, graviditet uden for livmoderen og kroniske underlivssmerter. Sundhedsstyrelsen vurderer, at tusindvis af tilfælde af sexsygdomme ikke identificeres, fordi en stor del af infektionerne forløber uden symptomer. De mange symptomløse borgere øger risikoen for, at andre smittes. Undersøgelser tyder på, at de unge ikke ved, hvor stor risikoen er ved at dyrke ubeskyttet sex (www.sst.dk).

Opgørelserne i dette afsnit gælder kun for borgere i alderen 16-34 år, da spørgsmålene om seksuel sundhed kun er stillet til denne aldersgruppe.

I Høje-Taastrup Kommune har 21 % af de unge – svarende til 1.900 personer – fået konstateret én eller flere sexsygdomme (tabel 6.1). Klamydia er den mest udbredte sexsygdom. 15 % af de unge har fået konstateret klamydia.

Andelen der har fået konstateret sexsygdomme, herunder klamydia, er stort set den samme blandt mænd og kvinder. En større andel af de ældre unge har fået konstateret en sexsygdom sammenlignet med de helt unge. Dette er forventeligt, da denne gruppe har været seksuelt aktive i længere tid.

Tabel 6.1 Unge, som har fået konstateret en sexsygdom

