



Folkesundheden i København 2014 - i korte træk

KØBENHAVNS KOMMUNE

Denne publikation er udpluk fra rapporten Folkesundheden i København 2014, og kildehenvisninger m.m. kan findes i denne.

Data og fakta er udarbejdet af en arbejdsgruppe bestående af Finn Diderichsen, Henrik Brønnum-Hansen, Christina Warrer Schnohr, Søren Zöga Diederichsen, Astrid Ledgaard Holm, Line Bang-Olsen, Christina Kaarup Rasmussen og Charlotte Ørsted Hougard fra Afdeling for Social Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab ved Københavns Universitet.

Redaktion: Center for Sundhed og Kommunikations- og presseafdelingen

Foto: Anne-Li Engström, Mikael Schlosser, Polfoto, Gitte Lotinga

Layout: KKdesign

Tryk: Rosendahls

Januar 2014

www.kk.dk

Indhold

FORORD	5
Folkesundheden i København i korte træk	7
1. KØBENHAVNERNE LEVER LÆNGERE	9
1.1 Middellevetiden stiger fortsat	10
1.2 Faldende dødelighed af hjertesygdomme	11
1.3 Hvad skyldes den tidlige død?	12
2. KØBENHAVNERNE HAR IKKE LIGE MULIGHEDER FOR AT LEVE ET SUNDT OG AKTIVT LIV	15
2.1 Fortsat stor social ulighed i levetid	16
2.2 Store forskelle i middellevetid mellem bydelene	17
3. FLERE KØBENHAVNERE LEVER MED SYGDOM	19
3.1 De store folkesygdomme	20
3.2 Mange har smerter i muskler og led	21
3.3 Flere marginaliserede i behandling for psykiske lidelser	22
3.4 Flere unge indlægges med hashrelaterede psykiske diagnoser	23
3.5 Flere yngre voksne har søvnbesvær	24
3.6 Bekymrende EU-rekord i KOL	25
3.7 Flere ældre, men med bedre funktionsevne	26
4. HVOR SKAL VI SÆTTE IND?	29
4.1 Årsagskæden	29
4.2 Få risikofaktorer påvirker mange sygdomme	30
4.3 Potentiale ved forebyggelse	31
4.4 Hvad virker?	32



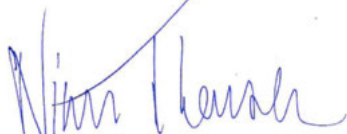
En temperaturmåling af folkesundheden

I København vil vi gerne give borgerne de bedste muligheder for at leve et godt, sundt og langt liv. Sådan lyder visionen i vores sundhedspolitik, Længe Leve København. Det har nemlig stor betydning for de fleste mennesker, at de er i stand til at gøre de ting, de gerne vil, og det kan de bedst, hvis helbredet er godt, og de ikke dør meget tidligt.

Med resultaterne, som præsenteres i denne publikation, tager vi en temperaturmåling af folkesundheden. Vi får mulighed for at se, hvordan det står til med at gøre visionen til virkelighed og ikke mindst, hvor vi fremadrettet skal sætte ind for at sikre, at københavnernes sundhed fortsat bliver bedre.

For selvom københavnere lever længere end tidligere, halter vi stadig bagefter landet som helhed, og der er for store forskelle på københavnernes sundhed. Vi skal skabe lige muligheder for, at alle københavnere – rige som fattige; veluddannede som ufaglærte; kvinder som mænd – kan leve et sundt og langt liv. Sådan er det ikke i dag. Den opgave må og skal vi løse. Vi skal også fortsat arbejde for, at ældre og kronisk syge får den rette hjælp, der gør dem i stand til at tage vare på så mange af dagligdagens gøremål som muligt.

Jeg håber, at den viden, vi har samlet her, vil komme alle de parter til gavn, som skal være med til at nå vores mål. Det gælder hele kommunen, regionale og statslige institutioner, virksomheder, civilsamfund og frivillige. For kun i fællesskab kan vi løfte den store, vigtige opgave, det er at skabe de bedste muligheder for et godt, sundt og langt liv – for alle københavnere.



Ninna Thomsen

Sundheds- og omsorgsborgmester





Folkesundheden i korte træk

Middellevetiden stiger

Middellevetiden i København stiger. Fra 1995 er den steget med 4,5 år. Det er en lidt større stigning end i Danmark som helhed. Københavnerne lever dog fortsat kortere tid end danskerne samlet set.

Stadig stor ulighed i sundhed

Københavnernes sundhed er bestemt af længden på deres uddannelse og størrelsen af deres indkomst. Det betyder, at københavnere med lange uddannelser og høje indkomster lever længere og har færre år med sygdom end københavnere med kort uddannelse og lav indkomst. Denne forskel er steget svagt siden 2001.

Mange lever med sygdomme

Mange københavnere lever med nedsat livskvalitet som følge af smerter og sygdomme, og der bliver formentlig flere. De lider ikke mindst af smerter i muskler og led samt psykiske sygdomme. Også her er der ulighed i sundhed, så de kortest uddannede og dem med lavest indkomst er mest syge.

Sundheden kan forbedres

Hvis færre københavnere ryger, har et risikabelt alkoholforbrug, spiser usundt og er fysisk inaktive, er der mange gode leveår at hente og penge at spare.



RØGFRI
RUTSJETUR

RØGJR
UT

I. Københavnerne lever længere

København har tidligere haft en lav middellevetid på niveau med et land som Albanien. Nu er udviklingen vendt, og middellevetiden i København er stigende, men fortsat lav.

FAKTA OM MIDDELLEVETID

2008-2012: Middellevetiden i København er 74,3 år for mænd og 79,7 år for kvinder.

Middellevetiden er et samlet mål for en befolknings dødelighed. Middellevetiden for en kommune i et bestemt år kan tolkes som det antal år, et nyfødt barn kan forvente at leve, hvis det fremover udsættes for den nuværende risiko for at dø i alle aldersgrupper i den pågældende kommune.

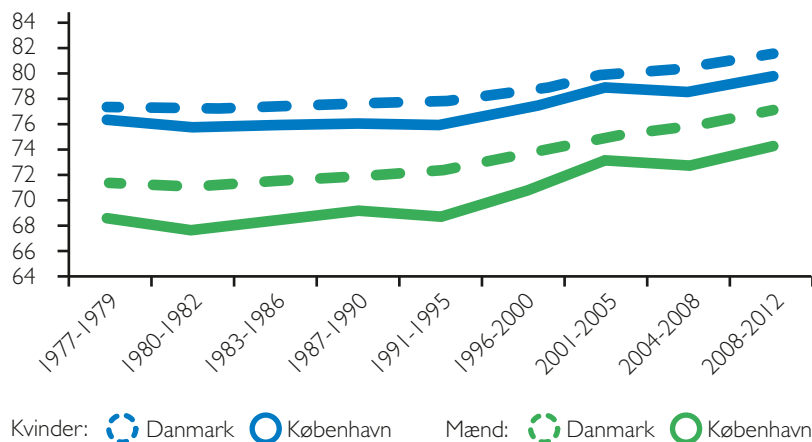
I.1 Middellevetiden stiger fortsat

Fra 1995 er middellevetiden i København steget med 4,5 år. Det er en lidt større stigning end i Danmark som helhed og andre vesteuropæiske lande. Det betyder, at en del af det efterslæb i middellevetid, som har præget København, nu er indhentet.

overdødelighed blandt midaldrende, som for en dels vedkommende kan forklares med, at København har en højere andel af voksne uden beskæftigelse og en større gruppe af førtidspensionister over 45 år samt flere ugifte og fraskilte. Derudover må det formodes, at tidligere tiders forskelle i sundhedsadfærd, arbejdsmiljø og i det fysiske miljø har en betydning.

Derimod har det ingen betydning, at der bor mange indvandrere og efterkommere i København og kun en lille betydning, at antallet af socialt udsatte er større end i resten af landet.

Figur I.1 - Middellevetid i år



Hvorfor kortere middellevetid?

København har dog stadig en kortere middellevetid end Danmark som helhed. Helt præcist 2,9 år for mænd og 1,7 år for kvinder i 2008-2012. Det skyldes først og fremmest en

1.2 Faldende dødelighed af hjertesygdomme

Den stigende middellevetid skyldes først og fremmest et fald i dødeligheden af hjertesygdomme med næsten 80 % fra 1980 til 2011. Forklaringen er, at færre ryger, har forhøjet blodtryk eller blodfedtforstyrrelser samt en mere effektiv behandling af åreforkalkning i hjertets kranskar.

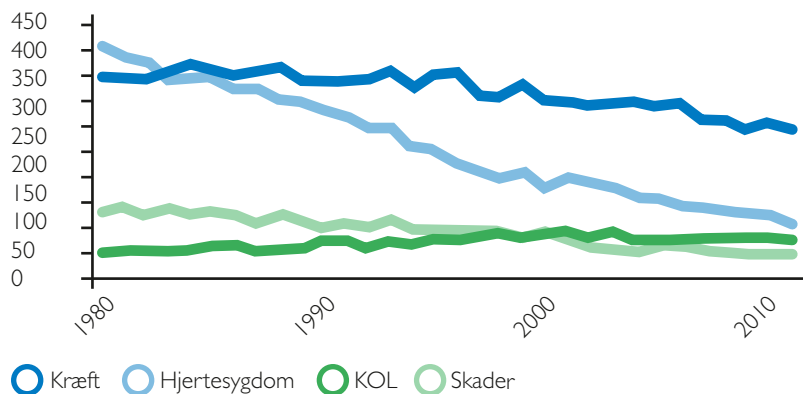
Dødeligheden som følge af skader og kræft er også faldende, mens dødeligheden som følge af KOL stagnerer.

De år, københavnernes mister som følge af for tidlig død, skyldes først og fremmest hjertesygdom, lungekræft og slagtilfælde.

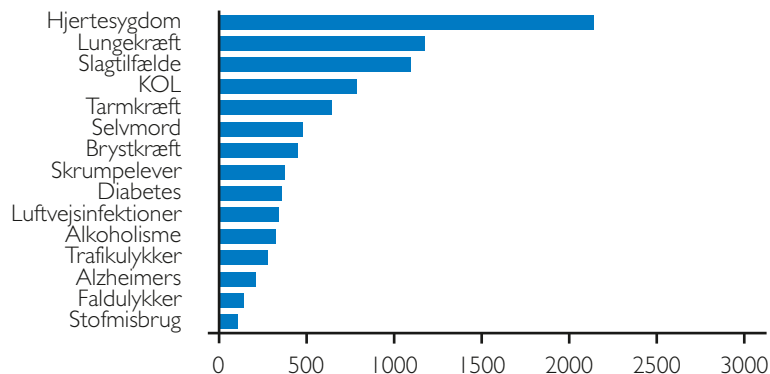
Socialt udsatte dør af sygdomme, hvor der findes effektiv behandling

Dødsårsagerne blandt socialt udsatte er markant anderledes end i resten af befolkningen med en voldsom overdødelighed af årsager relateret til stofmisbrug og alkohol samt af infektionssygdomme, som leverbetændelse, tuberkulose og AIDS. Det er altså sygdomme, hvor der findes effektiv behandling, og den høje dødelighed derfor afspejler mangel på kontakt med sundhedsvæsenet.

Figur 1.2 - Døde per 100.000



Figur 1.3 - År tabt i for tidlig død



● År tabt i for tidlig død

I.3 Hvad skyldes den tidlige død?

Årsag (adfærd)	% af tidlige dødsfald
Tobaksrygning	23,8
Usund kost	21,1
Lav fysisk aktivitet	8,0
Alkoholforbrug	7,0
Stofmisbrug	1,3

Tabellen viser ti af de største risikofactorers andel af tidlige dødsfald. Rygning er den enkeltfaktor, der har størst betydning og er årsag til 23,8% af alle tabte leveår i København.

Årsag (biologi)	% af tidlige dødsfald
Forhøjet blodtryk	14,9
Overvægt og fedme	9,5
Forhøjet blodsukker	5,0
Forhøjet kolesterol	7,0
Partikelforurening	3,1





2. Københavnerne har ikke lige muligheder

Der er store sociale forskelle på, hvem der dør tidligt og lever mange år med nedsat livskvalitet og funktionsevne som følge af sygdomme. Forskellene afhænger af køn, uddannelse, indtægt og boligområde. Uligheden i sundhed er stigende, og meget taler for, at sygdomme relateret til tobak og alkohol spiller en stor rolle for udviklingen af ulighed i København.

FAKTA ULIGHED

30-årige københavnske mænd med lang uddannelse kan i gennemsnit forvente 15,5 flere leveår med selv vurderet godt helbred end kortuddannede mænd.

30-årige københavnske kvinder med lang uddannelse har i gennemsnit 17,2 flere leveår med selv vurderet godt helbred end kvinder med kort uddannelse.

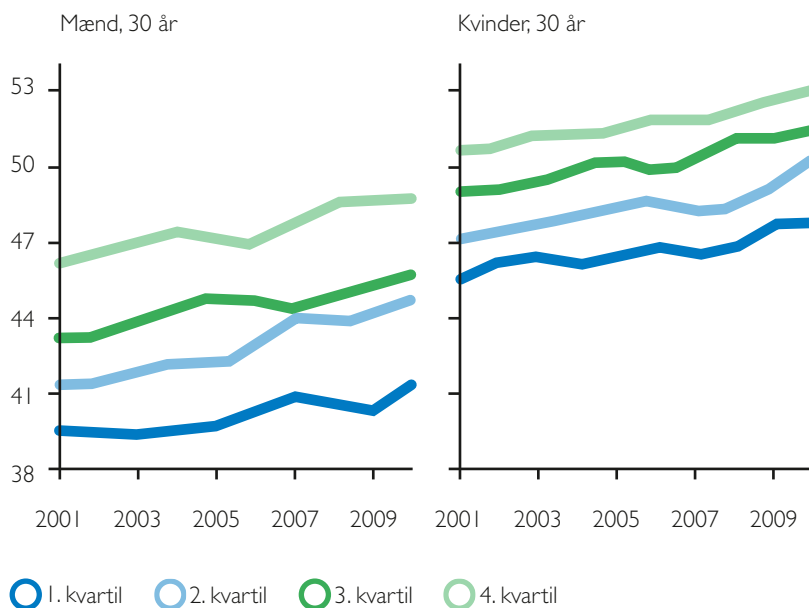
Social ulighed i sundhed er forskelle i dødelighed eller funktionsevne mellem grupper defineret ved fx uddannelse, beskæftigelse eller indkomst.

2.1 Fortsat stor social ulighed i levetid

I København er forskellen i dødelighed mellem dem, som har en lang uddannelse, og dem, som har en kort uddannelse, lidt større end i Danmark som helhed.

Den kortest uddannede fjerdedel af københavnere har ca. 6 år kortere restlevetid end den bedst uddannede fjerdedel. 7,4 år for mænd og 5,2 år for kvinder. Det er en lille stigning på 0,6 respektive 0,1 år siden 2001.

Fig 2.1 - Restlevetid ved 30-års alderen for fire uddannelseskvartiler i København 2001-10. Forventet restlevetid i år



En kvartil svarer til en fjerdel af befolkningen

Hvad skyldes uligheden?

Beregninger for landet som helhed viser, at uligheden er steget gradvis siden 1970'erne, og at dødsårsager relateret til tobak og alkohol de seneste år har spillet en stor rolle. Bag ved disse risikofaktorer er der dog en lang række mekanismer, som fra tidlig barndom og gennem livet skaber ulighed i sundhed. Det handler blandt andet om forældrenes ressourcer, og hvorvidt de unge får en uddannelse og senere et aktivt arbejdsliv.

2.2 Store forskelle i middellevetid mellem bydelene

Middellevetiden vokser i alle bydele, men mest i Indre By og mindst på Nørrebro, Bispebjerg og Brønshøj-Husum. Stigningen er størst blandt mændene. Middellevetiden er højest i Indre By med 80,2 år og lavest på Nørrebro med 73,3 år.

En forskel på næsten syv år

Det er overdødeligheden blandt midaldrende og ældre, som er skyld i forskellen, og den skabes af en kombination af social ulighed i dødelighed og et boligmarked, hvor københavnernes indkomst og helbred har stor betydning for, hvor og i hvilken type bolig de kan bo.

Nørrebro er inde i en dynamisk udvikling med flere unge veluddannede, der vil få en positiv effekt på udviklingen af sundheden i bydelen, mens Bispebjerg ikke kan forvente den samme udvikling, da der bor få med lang uddannelse i alle aldre.

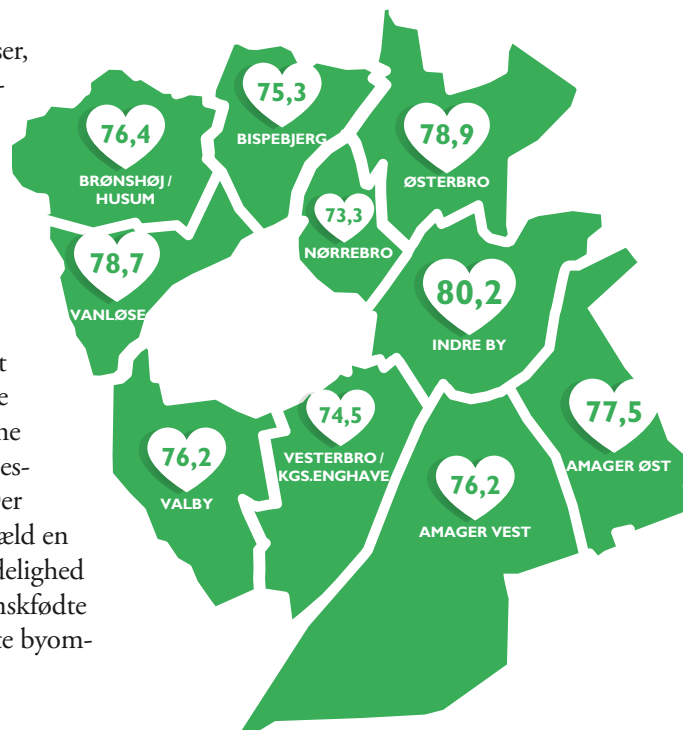
De udsatte områder

Der er også forskelle inden for bydelene, hvor nogle af de såkaldte 'udsatte byområder' har en middellevetid på kun 69,2 år for mændene og 74,9 år for kvinderne. Det svarer til middellevetiden i Danmark for 50 år siden og er otte år

lavere end i Indre By. Det gælder for områderne Tingbjerg/Husum/Valby/Vigerslev.

De udsatte områder er kendetegnet ved en række forhold, som lav indkomst, kort uddannelse, ingen beskæftigelse, ikke-vestlig baggrund, små boliger m.m.

Studier viser, at dødeligheden blandt udenlandsfødte i Danmark er lavere end blandt danskfødte med samme uddannelseslængde. Der er til gengæld en højere dødelighed blandt danskfødte i de udsatte byområder.





3. Flere københavnere lever med sygdom

Det handler ikke bare om at leve længere, men også om at leve flere år uden sygdom. Langt fra alle sygdomme er dødelige. Sygdomme i led og muskler, diabetes, psykiske sygdomme og alkoholmisbrug betyder meget for københavnernes livskvalitet, og formentlig vil flere københavnere fremover skulle leve med en kronisk sygdom.

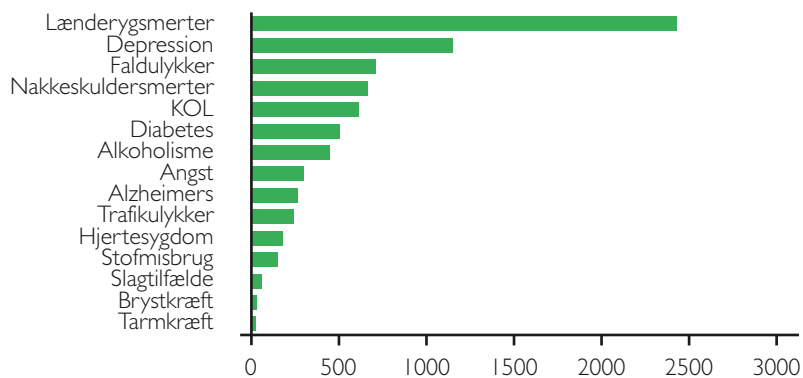
FAKTA SYGDOMME

Københavnere lever tilsammen 78.727 leveår med nedsat funktionsevne som følge af sygdomme. Det svarer ikke til det præcise antal år, da den nedsatte funktionsevne er vægtet i forhold til graden af funktionsnedsættelse. Der er sket en mindre stigning i de seneste tyve år; men samtidig er befolkningen blevet ældre.

‘Funktionsevne’ kan måles som begrænsninger, sygdom eller skade, der lægger bånd på muligheden for at klare daglige gøremål. Den kan beregnes som antal år, der går tabt, afhængigt af sygdommens varighed og graden af funktionsnedsættelse.

3.1 De store folkesygdomme

Figur 3.1 - År som går tabt ved nedsat funktionsevne



● År tabt i nedsat funktionsevne

Tallene i figuren gælder hele Danmark, men er ikke meget anderledes for København, selvom tallene for depression, alkoholisme og KOL er lidt højere for hovedstaden.

Leveår med nedsat livskvalitet blandt københavnere skyldes i høj grad smerter i lænd, ryg, nakke og skuldre samt depression, faldulykker og KOL.

3.2 Mange har smerter i muskler og led

	Andel (%) med smerter eller ubehag i...		
	Ryg/lænd	Skulder/nakke	Knæ, hofter mm.
Ingen erhvervsudd.	67,9	64,4	73,1
Kort videregående	53,3	52,0	55,4
Lang videregående	40,0	43,5	42,7
København	51,1	51,7	51,8
Danmark	51,4	51,0	52,8

Smerter i muskler og led er meget udbredte og ulige fordelt

For borgere, der kun har gået i folkeskole, er det mere end 6-7 ud af 10, der er besværet af smerter i ryg, nakke eller led, mens det for dem, som har en lang videregående uddannelse, er 4 ud af 10. De har symptomer, som påvirker deres arbejdsevne og evnen til at klare de daglige gøremål i hjemmet. Fysisk arbejdsmiljø, stress og for lidt fysisk aktivitet er vigtige årsager. Allerede fra teenageårene dominerer disse symptomer sygdomsbyrden, og forekomsten stiger blandt yngre.

3.3 Flere marginaliserede i behandling for psykiske lidelser

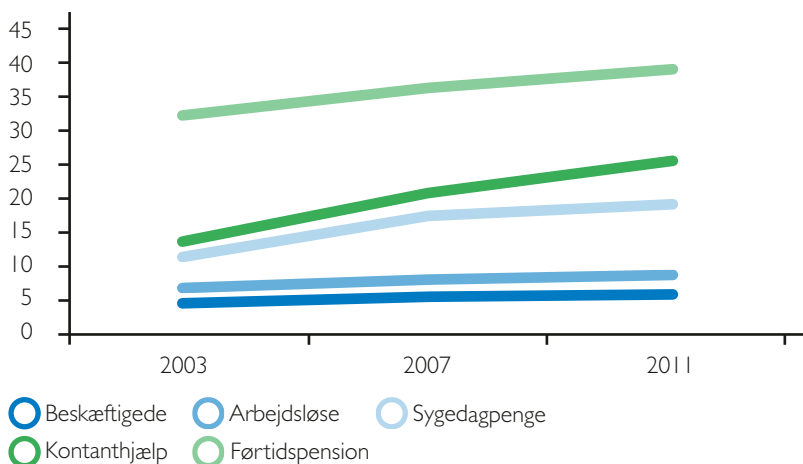
Flere og flere københavnere er i behandling for psykiske lidelser. Særligt for dem, som er på kontanthjælp eller sygedagpenge, er der sket en fordobling fra 13% i 2003 til 26% i 2011. Det tegner et billede af en voksende gruppe med psykiske problemer, der ikke er i stand til at klare arbejdsmarkedets krav, men måske ikke har større problemer end, at de med en effektiv

rehabilitering og tilpasning af arbejdskrav kan undgå førtidspensionering. Stigningen kan dog også delvist være et resultat af, at flere med psykiske lidelser faktisk får behandling.

Psykiske lidelser og uddannelse

Forekomsten af langvarige psykiske lidelser er fem gange så hyppig for dem uden erhvervsuddannelse sammenlignet med dem med lang videregående uddannelse i samme aldersgruppe. 15% af københavnere har kortvarige psykiske lidelser, og her ligger Københavns Kommune højere end de fleste andre kommuner i Danmark.

Figur 3.3 - Andel (%) af Københavns befolkning 20-59 år, som er i behandling for psykiske lidelser, opdelt efter forsørgelsesgrundlag



3.4 Flere unge indlægges med hashrelaterede psykiske diagnoser

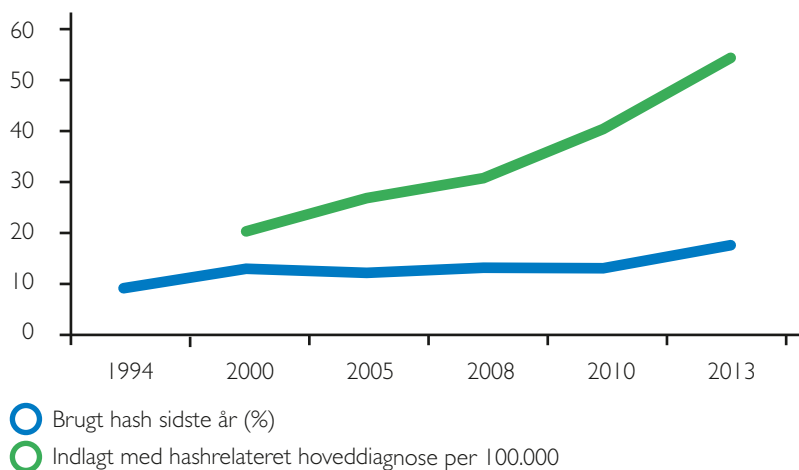
Flere 16-34-årige i Danmark bruger hash end tidligere. Der er en kraftig stigning i antal indlæggelser med psykiske lidelser, hvor brugen af hash har haft betydning. Hashbrug øger risikoen blandt sårbare for alvorlige psykiske lidelser, heriblandt skizofreni.

10-20% af de unge, der prøver at ryge hash, udvikler et regelmæssigt forbrug med risiko for at udvikle misbrug og afhængighed.

Regelmæssigt brug af hash fører til sløvhed, dårlig indlæring og nedstemthed og øger risikoen for ikke at få afsluttet en ungdomsuddannelse. Stofmisbrug kan også have akutte konsekvenser, som psykoser og forgiftninger.

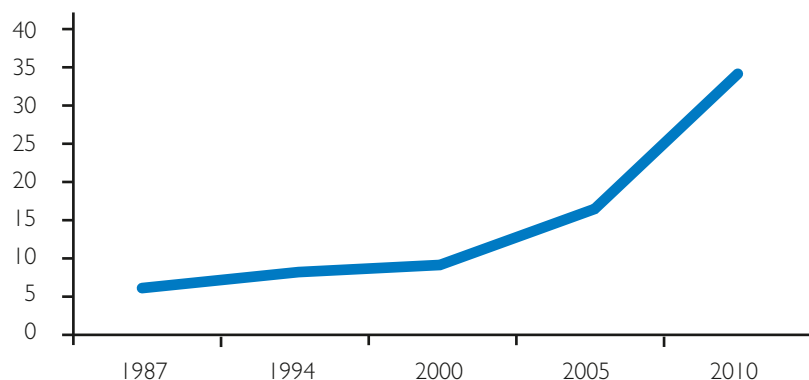
København er en af de kommuner i landet, hvor den største andel af unge har taget euforiserende stoffer inden for den sidste måned, svarende til 9,5%. Det er særligt hyppigt i bydelene Indre By, Nørrebro, Vesterbro og Bispebjerg.

Figur 3.4 - Andel af 16-34-årige i Danmark der bruger hash samt antal indlæggelser med psykiske lidelser, hvor brugen af hash har haft betydning



3.5 Flere yngre voksne har søvnbesvær

Figur 3.5 - Andel (%) i aldersgruppen 16-44 år i Danmark, som har haft søvnbesvær de sidste 14 dage



Langvarigt søvnbesvær kan give helbredsproblemer, som forhøjet blodtryk, flere infektioner, depression og nedsat koncentrationsevne. Andelen af yngre voksne i aldersgruppen 16-44 år i Danmark, der har haft søvnbesvær de sidste 14 dage, er steget meget kraftigt. Fra 6% i 2000 til 33% i 2010.

Søvnbesvær har mange årsager, hvor stress og alkohol er nogle af dem.

Andre psykiske symptomer som nervøsitet, angst og nedtrykkthed øges også blandt yngre voksne, men ikke i samme takt.

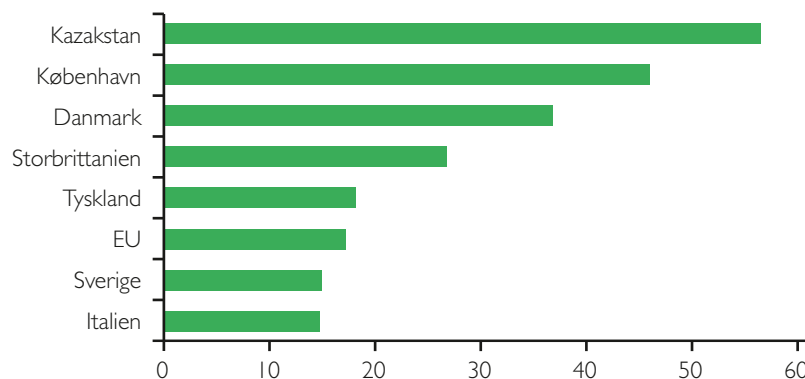
3.6 Bekymrende EU-rekord i KOL

KOL er en langvarig invaliderende sygdom med høj dødelighed, hvor der sker en gradvis ødelæggelse af lungevævet, der nedsætter evnen til at trække vejret.

Dødeligheden på grund af KOL er meget høj i Danmark – dobbelt så høj som gennemsnittet i hele EU. København ligger højest i Danmark. Luftforurening forværrer symptomerne hos dem, som har sygdommen.

KOL rammer socialt skævt, idet sygdommen i meget højere grad rammer personer med kort uddannelse. I København er der særlig høj dødelighed i bydelene Nørrebro, Vesterbro og Østerbro.

Figur 3.5 - Døde per 100.000 pga. KOL i 2011



3.7 Flere ældre, men med bedre funktionsevne

Andelen af ældre, som uden besvær kan gå 400 meter eller klare trapper til anden sal, har længe været stigende. Hvis det lidt optimistisk antages, at den forbedring fortsætter i langsomt aftagende takt, betyder det, at antallet af ældre med gangbesvær vil falde med 10-15%, selv om antallet af ældre stiger.

Andelen af ældre med demens er også – givet uændret alderssammensætning – faldet de sidste 20 år. Fortsætter denne tendens, vil antallet af personer med demens stige noget langsommere end tidligere forudsagt.

Med en befolkningsprognose, der viser en aldrende befolkning, og med den eksisterende forekomst af demens i befolkningen over 60 år kan man med uændret forekomst i hver aldersgruppe forvente en stigning på knap 17 % til ca. 7.000 demente i København i 2028. Det er på grund af Københavns demografi en betydeligt svagere stigning end i landet som helhed.





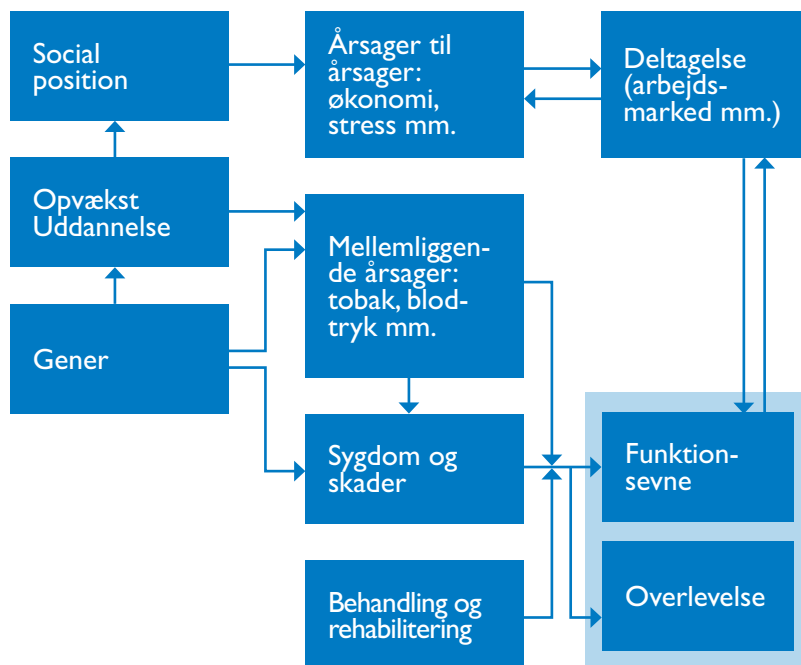
4. Hvor skal vi sætte ind?

København har fortsat stort potentiale for at forebygge den lave middellevetid og skabe lige muligheder for sundhed. Samtidig kan

de funktionsbegrænsninger, som sygdom og alderdom skaber, mindskes med den rette behandling og rehabilitering.

4.1 Årsagskæden

Som figuren viser, hænger årsagerne til tidlig død og nedsat funktionsevne sammen i et komplekst net af årsager. Der er dog mange steder i årsagskæden, hvor kommunen kan sætte ind. Det gælder i det kommunale sundhedsvæsen, men også inden for børne- og skoleområdet, i bolig-, beskæftigelses- og socialpolitikken, i arbejdslivet samt i byplanlægningen af aktiv transport og rekreative områder. På denne måde har kommunen en række muligheder for at påvirke københavnernes sundhed.



4.2 Få risikofaktorer påvirker mange sygdomme

Den lave middellevetid, den store sociale ulighed i sundhed og de mange leveår med nedsat livskvalitet skyldes i høj grad adfærdsrelaterede folkesygdomme.

Årsagen til disse sygdomme skal primært findes i usund adfærd, som rygning, risikabelt al-

koholforbrug, fysisk inaktivitet og usund kost, der sammen med forurening og stress er de vigtigste faktorer.

For at forbedre københavnernes sundhed er det derfor vigtigt at mindske disse risikofaktorer.

	Kræft	Hjerte- kar Syg- dom	Psykiske lidelser	Muskel/ skelet	Diabetes	Ånde- dræt	Skader
Tobak	×××	×××		×		×××	
Alkohol	××	×	×××	×			××
Kost/overvægt	××	××		×	××		
Fysisk aktivitet	×	××	×	××	××		××
Stress		××	××	×			×
Opvækst		×	×××				
Fysisk miljø	×			××		×	×

Antallet af × markerer risikofaktorens betydning for en sygdom.

4.3 Potentiale ved forebyggelse

Mænds middellevetid stiger med lidt over et år og kvinders med lidt under et år, hvis antallet af rygere falder til 4% i 2028 fra 20% i 2010. Dette regneeksempel viser, hvor meget middellevetiden forbedres, og hvor meget forekomsten af en række kroniske sygdomme kan

nedbringes, hvis københavnernes ændrer adfærd. Når målet om 4% rygere i København nås, vil det samtidig medføre en reduktion af de kommunale udgifter på knap 50 mio. kr. til iskæmisk hjertesygdom alene.

Risikofaktor	Mål for indsats	Langtidsgevinst i middellevetid		Reduktion i antal (prævalens) i 2028			
		Mænd	Kvinder	Hjertesygdom	Slagtilfælde	Lungekræft	KOL
Tobak	Andel rygere ned til 4%	1,2 år	0,9 år	1956	2023	237	652
Alkohol	Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser*	0,2 år	0,2 år	245	499	0	0
Overvægt	Ingen overvægtige	1,2 år	0,7 år	2565	1129	-96	0
	50% færre svært overvægtige	0,3 år	0,2 år	664	287	-21	0
Fysisk inaktivitet	Ingen med stillesiddende fritid	1,1 år	2,0 år	452	327	0	0
	50% færre med stillesiddende fritid	0,4 år	0,8 år	214	157	0	0

*) højst 2 genstande dagligt for kvinder og 3 genstande dagligt for mænd

4.4 Hvad virker?

Tabellen viser den nuværende viden om omkostningseffektivitet og effekt for en række anbefalede forebyggelsesindsatser, som kan forandre københavnernes sundhedsadfærd.

Den er udarbejdet ud fra australske forhold, men mange af dem indgår også i anbefalingerne til kommunerne i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. Nogle af indsatserne kræver nationale tiltag.

Intervention	Omkostningseffektivitet	Sikkerhed i effekt
Alkohol		
Screening og korte motiverende samtaler	++	+++
Forbud mod alkoholreklamer	+++	+++
Øget beskatning eller minimum priser	+++	+++
Restriktioner i antallet af udskænkningstilladelser	++	++
Kort rådgivning og støttesamtale	+	++
Håndhævelse af aldersgrænser ved salg og servering	++	+++
Uddannelse af serveringspersonale til ansvarlig servering	0	+++
Opfølgende samtaleforløb	0	++

*) se side 35 for tegnforklaring

Intervention	Omkostning-effektivitet	Sikkerhed i effekt
Tobak		
Kort motiverende samtale	++	+++
Øget beskatning	+++	+++
Rygestop linjer	++	+++
Aktivt opsøgende og målgruppetilpassede rygestoptilbud	?	++
Røgfri miljøer for børn og voksne	+++	+++
Henvisning af risikogrupper til kommunale tilbud fra almen praksis	+	++
Tilbud om rygestoprådgivning til alle borgere	+	++
Fysisk aktivitet		
Kort motiverende samtale	++	+
Fysiske rammer og kampagne for aktiv transport (cykling, gang)	+	++
Let adgang til idrætsfaciliteter (svømning, idræt, dans mm),	+	++
Brug af skridttæller (subventioneret?)	+++	+++
Massemedie kampagner	+++	+
Internetintervention – information og rådgivning	+++	+++
Motion på recept	+	++
Motion på skemaet i dagtilbud og skoler	++	+++
Funktionsbedømmelse og tiltag ved plejebesøg hos ældre	?	+++
Sociale netværk for fysisk aktivitet (fx stavgang grupper)	?	++
Påmindelse om at bruge trappen ved elevatorer	?	+++

*) se side 35 for tegnforklaring

Intervention	Omkostning-effektivitet	Sikkerhed i effekt
Kost		
Lokalsamfundsintervention med kampagner, "nudging" mm	+++	++
Postomdelt målrettet information	+	+
Sund kost i kommunale institutioner og kantiner	?	+
Støtte til amning	+++	+++
Regulering af salt i kost	+++	+++
Rådgivning om salt i kost	0	+
Lavere priser på frugt og grønt	+++	+++
Nøglehulsmærkning	++	+++
Begrænsning af fast-food reklamer til børn	++	+++
Rådgivning i almen praksis	+	++
Information og tilbud om frugt og grønt i skolen	0	+
Mental sundhed		
Støttende og problemløsende samtaler efter selvmordsforsøg	+++	+++
Støtte til forældre til børn med angstsymptomer	++	+++
Mindst fem hjemmebesøg af sundhedsplejerske til spædbørn	?	+++
Fremme børns kognitive & sociale udvikling i dagtilbud	++	+++
Støtte til forældre med børn med angst	++	+++
Særlig støtte til børn med indlæringsvanskeligheder	++	++
Aktivering af unge ledige	?	+
Indsatser for at forebygge frafald på ungdomsuddannelse	++	+
Aktiv indsats med arbejdsgiver for tilbagevenden til arbejde	?	?

*) se side 35 for tegnforklaring

Intervention	Omkostning-effektivitet	Sikkerhed i effekt
Reduceret stress i arbejde på kommunale arbejdspladser	?	?
Fremme af social og fysisk aktivitet for ældre	?	?
Smitsomme sygdomme		
Fixerum med rene kanyler til stofmisbrugere	+++	++
Tilbud om HPV-vaccine og screening m. celledysplasi	++	+++
Opsporing og håndtering af seksuelle overgreb	?	?

Omkostningseffektivitet

- +++ Omkostningsbesparende
- ++ Meget omkostningseffektiv
- + Omkostningseffektiv
- 0 Ikke omkostningseffektiv

Sikkerhed i effekt

- +++ Tilstrækkelig
- ++ Sandsynlig
- + Usikker

KØBENHAVNS KOMMUNE
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

www.kk.dk