

SUNDHED I ALLERØD 2006

Ulrik Hesse
Anne Illemann Christensen
Jacob Hornnes

Forord

Hermed foreligger resultaterne fra Allerød Kommunes sundhedsprofil, Sundhed i Allerød 2006. I sundhedsprofilen beskrives forekomsten og fordelingen af sundhed og sygdom blandt borgerne i Allerød og af forhold af betydning herfor, fx sundhedsvaner, brug af sundhedsvæsenet og levekår.

Sundhed i Allerød 2006 er baseret på et modelspørgeskema, der er udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed (SIF). Modelspørgeskemaet og den tilhørende vejledning er tænkt som en hjælp til udarbejdelsen af en lokal sundhedsprofil og dermed til planlægningen og udførelsen af det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i kommunen og til monitoreringen af den ydede indsats.

Allerød var den første kommune, der ønskede at få gennemført en kommunal sundhedsprofil og har derfor fungeret som testkommune for SIF's arbejde. Samarbejdet har været værdifuldt for SIF og forhåbentlig også for Allerød Kommune.

Undersøgelsen er tilrettelagt og gennemført af en projektgruppe bestående af forskningsmedarbejder Ulrik Hesse, studentermedarbejder, bachelor, Anne Illemann Christensen og studentermedarbejder Jacob Hornnes. Forskningsmedarbejder Ola Ekholm, seniorforsker Michael Davidsen og seniorforsker Mette Kjøller har fulgt arbejdet og løbende rådgivet projektgruppen. Kontorfuldmægtig Hanne Mortensen har opsat og klargjort rapporten til trykning.

Juni 2006

Morten Grønbæk
Forskningsleder

Sundhed i Allerød 2006

Ulrik Hesse, Anne Illermann Christensen, Jacob Hornnes

Copyright © Statens Institut for Folkesundhed / Allerød Kommune.

København, juni 2006

Uddrag, herunder figurer, tabeller, citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation, bedes tilsendt.

Rapporten kan erhverves ved henvendelse til:

Lisbeth Damborg Sørensen

Allerød Kommune

Bjarkesvej 2

3450 Allerød

Telefon: 4810 0100

Email: kommunen@alleroed.dk

www.alleroedkommune.dk

Indholdsfortegnelse

Sammenfatning	5
1. Materiale og metode	11
1.1 Formål.....	11
1.2 Læsevejledning.....	11
1.3 Indsamling af data	15
1.4 Spørgeskemaets struktur	15
1.5 Bortfald og repræsentativitet.....	15
1.6 Sociodemografisk beskrivelse af populationen	17
2. Helbredsrelateret livskvalitet	19
2.1 Selvvurderet helbred.....	19
2.2 Stress.....	20
2.3 Funktionsniveau blandt 60-årige eller derover.....	21
3. Sygelighed og konsekvenser af sygdom	25
3.1 Sygelighed	25
3.2 Ulykker.....	42
3.3 Konsekvenser af sygdom.....	42
4. Sygdomsadfærd og brug af sundhedsvæsenet	45
4.1 Kontakt til læger og andre behandlere inden for en 3-måneders periode.....	45
4.2 Brug af tandlæge	48
4.3 Brug af fysioterapeut og kiropraktor	48
4.4 Psykologisk eller psykiatrisk hjælp.....	48
4.5 Brug af medicin.....	49
5. Sundhedsadfærd	59
5.1 Hvad skal der til for at ændre sundhedsadfærd	59
5.2 Egen indsats.....	59
5.3 Rygning.....	60
5.4 Fysisk aktivitet.....	60
5.5 Fysisk aktivitet i hovedbeskæftigelsen.....	61
5.6 Alkohol.....	62
5.7 Hash	63
5.8 Kost	63
5.9 Svær overvægt og undervægt	63
5.10 Talt med praktiserende læge om sundhedsvaner.....	64
6. Sociale relationer	81
7. Arbejds miljø	89
7.1 Psykosocialt arbejdsmiljø	89
7.2 Det fysiske arbejdsmiljø.....	89
7.3 Passiv rygning	90
8. Litteratur	91

Sammenfatning

Sundhed i Allerød har til formål at beskrive status i borgernes sundheds- og sygelighedstilstand samt de faktorer, der er af betydning for sundhedstilstanden. Dette inkluderer sundhedsadfærd og sundhedsvaner, livsstil, helbredsrisici i arbejde og miljø m.m. Undersøgelsens resultater kan anvendes til planlægning og prioritering af den forebyggende og sundhedsfremmende indsats. Sundhed i Allerød 2006 er baseret på en repræsentativ stikprøve på 2000 tilfældig udvalgte borgere i Allerød, der alle fik tilsendt et spørgeskema, der er udviklet ud fra et modelspørgeskema udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed. Modelspørgeskemaet er baseret på samme model som sundheds- og sygelighedsundersøgelserne. Det betyder, at Sundhed i Allerød i vid udstrækning kan sammenlignes med såvel regionale og nationale forhold.

Helbredsrelateret livskvalitet

Selv vurderet helbred

Selv vurderet helbred er en særdeles god prædiktiv faktor for dødelighed og sygelighed. Overordnet set aftager andelen, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt, med alderen. I alle aldersgrupper vurderer en større andel af mænd end kvinder, at deres helbred er virkelig godt eller godt. I forhold til uddannelse ses, at jo højere uddannelsesniveau desto større er andelen, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt. Andelen der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt er større blandt de erhvervsaktive end blandt de ikke erhvervsaktive.

Stress

Stress er en tilstand karakteriseret fysiologisk ved energimobilisering og psykologisk ved anspændthed og ulyst. Udsættelse for stress i længerevarende perioder kan medføre stressbetinget sygdom som fx hjertekarsygdom og depression. Desuden kan bestående sygdom forværres af stress. I Allerød føler kvinder sig oftere stresset end mænd. Dog er oplevelsen af ofte at være stresset lige udbredt blandt de 25-44 årige mænd og kvinder. En større andel blandt de erhvervsaktive end blandt de ikke erhvervsaktive føler sig ofte stresset.

Sundhedsadfærd

Rygning

En væsentlig årsag til danskernes overdødelighed er danskernes rygevaner. Beregninger har vist, at en cigaretryger i gennemsnit lever ca. 7 år kortere end en ikke-ryger. Borgere i Allerød ryger mindre end i Region Hovedstaden og i Danmark som helhed. Kun 16,3 % ryger i Allerød mens den tilsvarende andel er hhv. 33,2 % og 34,0 % i Region Hovedstaden og i Danmark. Andelen, der ryger, er mindst blandt de unge mænd og kvinder, hvor der kun er hhv. 5,4 % og 6,1 % der ryger. Der er flere borgere, der er lavtuddannede eller har en mellemlang uddannelse, der ryger end højtuddannede, ligesom der er flere erhvervsaktive, der ryger end ikke erhvervsaktive. Det samme mønster genfindes, når man kigger på forekomsten af storrygere. Storrygere er defineret som personer, der ryger 15 cigaretter eller mere om dagen. Der er en

markant lavere andel i Allerød end i Danmark som helhed, der er storrygere. Den største forekomst af storrygere ses hos mænd og kvinder i alderen 45-64 år hvor hhv. 5,3 % og 4,6 % rygere 15 cigaretter eller mere om dagen. Der er en socialt gradient i andelen af storrygere, således er der en større andel blandt borgere med en lav eller mellemlang uddannelse end blandt borgere, der er højtuddannede, der er storrygere. Ligeledes er der en større andel af storrygere blandt borgere, der er uden for arbejdsmarkedet end blandt borgere, der er i arbejde.

Fysisk aktivitet

Det fysiske aktivitetsniveau er på en lang række områder formindsket i takt med, at de fysiske krav i vores fritids- og arbejdsliv er reduceret. Dette ses også i Allerød, hvor 63,8 % af de erhvervsaktive angiver hovedsageligt at have stillesiddende arbejde, som ikke kræver legemlig anstrengelse. Andelen, der har stillesiddende arbejde, er væsentlig større end i Region Hovedstaden og Danmark, hvor hhv. 47,0 % 37,5 % beskriver deres fysiske aktivitet i deres hovedbeskæftigelse som værende stillesiddende. Mænd har i større grad - end kvinder - stillesiddende arbejde.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at man er fysisk aktivitet på minimum et moderat niveau i mindst 30 minutter om dagen alle ugens dage. Det ser ud til, at borgerne i Allerød kompensere for den manglende fysiske aktivitet på arbejde med fysisk aktivitet i fritiden. Således er andelen med hård eller mellemhård fysisk aktivitet i fritiden større i Allerød, end i såvel Region Hovedstaden som på landsplan. I alt 34,5 % af mændene og 24,6 % af kvinderne angiver at være fysisk aktiv i fritiden. Andelen falder med alderen. De erhvervsaktive er i større grad fysisk aktiv i fritiden end de ikke erhvervsaktive.

Alkohol

Alkohol har ligesom rygning været en medvirkende årsag til den stagnerende middellevetid op gennem 1990'erne. Opgørelser har vist, at der har været mere end 2.500 årlige dødsfald i Danmark, der enten har haft alkohol som primær årsag eller som medvirkende årsag. Sundhedsstyrelsen anbefaler et ugentlig maksimumsforbrug på 21 genstande for mænd og 14 for kvinder. Desuden anbefales det, at man maksimalt drikker 5 genstande, når man drikker alkohol. Der er færre i Allerød (12,5 %) end i Region Hovedstaden (15,9 %), der har overskredet genstandsgrænsen. Det er især mænd i alderen 45-64 år samt 65+ år, der overskrider genstandsgrænsen. En større andel af de ikke-erhvervsaktive end af de erhvervsaktive overskrider genstandsgrænsen. Andelen, der inden for den sidste måned ved en enkelt lejlighed har drukket mere end 5 genstande, er højere blandt mænd end blandt kvinder. For begge køn er det aldersgruppen 16-24 år, der har den største forekomst. Der er en mindre andel blandt de erhvervsaktive end blandt de ikke-erhvervsaktive, der ved mindst én lejlighed har indtaget mere end 5 genstande.

Body mass index (BMI)

Kvinder i alderen 16-24 år og 25-44 har den mindste forekomst af overvægt. Hver anden mand og hver tredje kvinde er overvægtig. Overordnet er der en større forekomst af overvægt blandt mænd end blandt kvinder. Det er især mænd på 25+ år, der er overvægtige. Der er en større forekomst af overvægt blandt borgere, der har en kort eller mellemlang uddannelse end blandt borgere, der er højtuddannede.

Sygelighed

Langvarig sygdom

Andelen med langvarig sygdom er større i Allerød end i Region Hovedstaden og i Danmark. Overordnet stiger andelen med langvarig sygdom med alderen. Dette gælder dog ikke for kvinder i alderen 16-24 år hvor hver tredje angiver at have en langvarig sygdom. Forekomsten af langvarig sygdom er større blandt ikke erhvervsaktive i forhold til erhvervsaktive.

Specifikke sygdomme

Allergi, slidgigt/leddegigt, forhøjet blodtryk samt rygsygdom er de enkeltsygdomme eller tilstande, der er hyppigst forekommende blandt borgerne i Allerød. Borgerne i Allerød har generelt lidt større sygelighed end befolkningen i Danmark.

Der er en større andel med allergi i Allerød end i Region Hovedstaden og i Danmark. Forekomsten er mindst hos unge 16-24 år samt mænd i alderen 45+ år. For kvinder er det de 65+ årige, der har den mindste forekomst.

Ligeledes er andelen, der har forhøjet blodtryk, større i Allerød end i Region Hovedstaden og på landsplan. Andelen med forhøjet blodtryk stiger med alderen for begge køn. Der er en større andel blandt de ikke erhvervsaktive end blandt de erhvervsaktive, der har forhøjet blodtryk.

Andelen med slidgigt/leddegigt stiger med alderen for både mænd og kvinder. Mere end en tredjedel af kvinder i alderen 65+ angiver at have slidgigt/leddegigt. De ikke erhvervsaktive har en større forekomst af slidgigt/leddegigt end de erhvervsaktive.

Allerød har en større forekomst af migræne end i Region Hovedstaden og Danmark som helhed. Andelen med migræne er væsentlig større blandt kvinder end blandt mænd. For kvinder falder andelen med alderen. En større andel blandt de ikke erhvervsaktive (20,1 %) end blandt de erhvervsaktive (11,0 %) lider af migræne.

Der er en mindre andel af borgerne i Allerød, der lider af rygsygdom end i Danmark som helhed. Mænd har generelt en mindre forekomst end kvinder, og ældre har generelt en større forekomst end unge. De ikke erhvervsaktive har en større forekomst af rygsygdom end erhvervsaktive.

Gener og symptomer

Forekomst af gener og symptomer inden for en 14-dages periode beskriver, i hvilket omfang smerte og ubehag præger dagligdagen. Det er hovedsageligt smerter eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder, smerte eller ubehag i ryg eller lænd, smerter eller ubehag i ben, hofter, knæ eller fødder, hovedpine samt træthed, der er årsag til flest gener og symptomer blandt borgerne i Allerød.

Forekomsten af et eller flere meget generende gener eller symptomer er mindre blandt mænd end blandt kvinder. Borgere med en lav eller mellemlang uddannelse har en større forekomst

end borgere med en høj uddannelse, og en større andel blandt de ikke erhvervsaktive i forhold til de erhvervsaktive er meget generet af gener og symptomer.

Smerte eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder inden for en 14 dages periode.

45,3 % af borgerne i Allerød har angivet at have smerte eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder, hvilket er en større andel end i Region Hovedstaden og Danmark.

Der er en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der angiver at have smerter eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder. De ikke erhvervsaktive har en større forekomst af smerte eller ubehag i nakke skuldre, arme eller hænder end erhvervsaktive.

Smerte eller ubehag i ryg eller lænd inden for en 14 dages periode

Borgerne i Allerød har en større forekomst af smerter og ubehag i ryg eller lænd end i Region Hovedstaden og Danmark som helhed. En større andel blandt de ikke erhvervsaktive end blandt de erhvervsaktive har angivet at have smerter og ubehag i ryg eller lænd.

Smerte eller ubehag i ben, hofter, knæ eller fødder inden for en 14 dages periode.

Hver tredje borger i Allerød angiver at have smerter eller ubehag i ben, hofter, knæ eller fødder, hvilket er en større andel end i Region Hovedstaden og Danmark som helhed. Andelen stiger med alderen for begge køn. Kvinder har generelt en større forekomst end mænd. En større andel blandt de ikke erhvervsaktive end blandt de erhvervsaktive har angivet at have smerter og ubehag i ben, hofter, knæ eller fødder.

Hovedpine inden for en 14 dages periode

Andel med hovedpine er større i Allerød end i Region Hovedstad og Danmark som helhed. I alle aldersgrupper er andelen, der har haft hovedpine inden for de sidste 14 dage, væsentligt større blandt kvinder end blandt mænd. Andelen falder med alderen for begge køn.

Træthed inden for en 14 dages periode

Knap halvdelen af borgerne i Allerød har været generet af træthed inden for en 14 dages periode. Dette er en større andel end i Region Hovedstaden og i Danmark som helhed. Andelen er mindre blandt mænd end blandt kvinder i alle aldersgrupper. Generelt falder forekomsten med alderen. Forekomsten er størst blandt kvinder i alderen 16-44 år.

Sygdomsafærd

Forbruget af receptmedicin og håndkøbsmedicin er højere i Allerød end i Danmark som helhed. Kvinder bruger generelt mere receptmedicin og håndkøbsmedicin end mænd. Borgerne i Allerød går desuden mere til praktiserende læge og tandlæge end resten af befolkningen. Borgere, der er højtuddannede, har i mindre grad end borgere, der er lavtuddannede eller har en mellemlang uddannelse, haft kontakt til praktiserende læge inden for de seneste 3 måneder. Ligeledes er andelen, der kontakter praktiserende læge, større blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive. Der ser ud til, at de praktiserende læger snakker sundhedsadfærd med borgerne. Det er især ældre, der har snakket med praktiserende læge om sund-

hedsvaner. En større andel blandt ældre end blandt unge har haft kontakt til tandlæge inden for de seneste 3 måneder.

Mænd

Hver anden mand i Allerød er overvægtig, og det er især mænd i alderen 25+, der har en høj BMI. Andelen, der er overvægtige, er større blandt mænd end blandt kvinder. Mænd har en større forekomst af stillesiddende arbejde i deres hovedbeskæftigelse end kvinder. Til gengæld er mænd generelt mere fysisk aktive i fritiden. Andelen, der overskrider genstandsgrænsen, er større blandt mænd end blandt kvinder, og mænd har oftere ved en enkelt lejlighed drukket mere end fem genstande. Mænd i alderen 16-24 år har den mindste forekomst af rygere. Det ser ud til, at de praktiserende læger snakker sundhedsadfærd med borgerne. Dette gælder især blandt de ældre mænd.

Kvinder

En større andel blandt kvinder end blandt mænd føler sig stresset i dagligdagen. Fire ud af ti kvinder har desuden været meget generet af gener og symptomer inden for de seneste 14 dage. Kvinder i alderen 16-24 år er dem, der oftest har været meget generet af gener og symptomer. Lidt over hver tredje kvinde i alderen 16-24 år angiver desuden at have en langvarig sygdom og hver femte angiver at have haft migræne eller hyppig hovedpine inden for de sidste 14 dage. Endvidere har kvinder i denne aldersgruppe i større grad været generet af træthed. Den største forekomst af kontakt til vagtlæge ses desuden blandt kvinder i aldersgruppen 16-44 år. Betydeligt flere kvinder end mænd oplever et udækket behov for psykologisk eller psykiatrisk hjælp. Igen er det kvinder i alderen 16-24 år, hvor den største andel har oplevet et udækket behov. Hos kvinder er andelen der ryger mindst blandt de 16-24 årige kvinder. Over hver tredje kvinde i alderen 65+ angiver at have slidgigt/leddegigt.

1. Materiale og metode

1.1 Formål

Med kommunalreformen, der træder i kraft 1. januar 2007, får Allerød Kommune ansvaret for en række områder, som Frederiksborg Amt tidligere har været ansvarlig for. Ansvaret for både den borgerrettede og den patientrettede forebyggelse flytter fra amt til kommune, men også behandlingsindsatsen på fx alkohol- og stofmisbrugsområdet flyttes til kommunen. Kommunen skal ligeledes afholde betaling for hospitalsindlæggelser samt brug af forskelligt sundhedsprofessionelt personale såsom praktiserende læge og fysioterapeutisk behandling. Allerød Kommune overtager ligeledes ansvaret for, og finansieringen af al genoptræning, der foregår efter udskrivning fra sygehus. Kommunen skal derfor have indgående kendskab til borgernes på flere områder, bl.a. sundhed, sygelighed og sundhedsvaner.

En række oplysninger om kommunens borgere kan hentes fra forskellige registre (fx landspatientregistret), men en række oplysninger om borgernes forhold kan alene opnås, hvis man spørger borgerne direkte.

En sundhedsprofil vil derfor være et værdifuldt værktøj i planlægningen og gennemførelsen af de nye kommunale forebyggelses- og behandlingsopgaver. Sundhedsprofilen vil på sigt kunne bidrage til overvågning og evaluering af de gennemførte indsatser.

Det overordnede formål med Sundhed i Allerød 2006 er at beskrive forekomsten og fordelingen af sundhed og sygelighed blandt borgere i Allerød Kommune. Beskrivelsen omfatter forekomst og fordeling af helbredsrelateret livskvalitet, funktionsevne, sygdom, sygelighed samt faktorer, der har betydning for sundhedstilstanden fx sundhedsadfærd og sundhedsvaner, livsstil og forandringsparathed.

1.2 Læsevejledning

Rapporten består af syv kapitler. I første kapitel er der redegjort for formål, dataindsamling, spørgeskema og sociodemografisk beskrivelse af borgere i Allerød Kommune. Dernæst følger undersøgelsens resultater i alt seks kapitler. Kapitlerne dækker den subjektive, oplevelsesmæssige dimension af sundhed og helbred, det mere medicinske og professionelle perspektiv på sygelighed, samt sygdomsadfærd og brug af sundhedsvæsenet, sundhedsadfærd, sociale relationer og arbejdsmiljø.

Til hvert kapitel hører flere standardtabeller. Hver standardtabel er opbygget på samme måde, og består dels af en tabel, og dels af tre figurer. I det efterfølgende afsnit, hvor det forklares, hvordan en standardtabel læses, er standardtabellen for fysisk aktivitet i fritiden brugt som eksempel (se standardtabel 1.1). Standardtabellerne er placeret sidst i et afsnit eller et kapitel. Både standardtabeller og almindelige tabeller er nummereret fortløbende, og er ikke nummereret særskilt. Der vil derfor være tilfælde, hvor der refereres til en standardtabel, der er placeret sidst i et afsnit eller kapitel samtidig med, at der refereres til en tabel, der er pla-

ceret i begyndelsen af et afsnit eller et kapitel. Der henvises til standardtabeller med betegnelsen ”Standardtabel”

Ud for ”Total” vises totaltal fra hhv. Allerød, Region Hovedstaden samt Danmark. Tallene for Region Hovedstaden og Danmark er tal fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000 (SUSY 2000). Ved enkelte standardtabeller, tabeller eller figurer er det ikke muligt, at angive opgørelser fra SUSY-2000. Dette skyldes, at spørgsmålene enten ikke er medtaget i SUSY-2000 eller at spørgsmålsformuleringen er ændret, således at det ikke er muligt at sammenligne med Sundhed i Allerød 2006. I standardtabellen følger dernæst de anvendte sociodemografiske baggrundsvariabler: køn og alder, kombineret skole- og erhvervsuddannelse, samt en variabel, hvor borgere bliver kategoriseret som værende enten på arbejdsmarkedet eller uden for arbejdsmarkedet.

De efterfølgende søjler indeholder forskellige statistiske opgørelser. Første søjle ”Procent” angiver andelen med den givne indikator – i eksemplet fysisk aktivitet i fritiden: viser tallene ud for ”Total”, andelen der er fysisk aktive i fritiden i hhv. Region Hovedstaden, i Danmark som helhed og i Allerød. Tallet ud for gruppen af 25-44 årige mænd angiver, at 42,5 % er fysisk aktive i fritiden. For de 25-44 årige kvinder, er det 27,3 %. I alt er 34,5 % af mændene fysisk aktive i fritiden.

Til beskrivelse af socioøkonomiske forskelle viser vi i denne rapport tal for hhv. kombineret skole- og erhvervsuddannelse samt tilknytning til arbejdsmarkedet. For skole- og erhvervsuddannelse er der vist forekomster, for alle der er 25 år eller ældre, og som har oplyst både skole- og erhvervsuddannelse. En stor andel i aldersgruppen 16–24 år har endnu ikke færdiggjort deres uddannelse, derfor er aldersgruppen ikke medtaget. Det samme gælder for erhvervs mæssig tilknytning, hvor analyserne alene er gennemført for aldersgruppen 25–64 år, selvom der er nogle i alderen 65+ i arbejde.

I søjlen ”Standardiseret forekomst” vises standardiserede forekomster for Allerød, Region Hovedstaden og Danmark og endvidere for to uddannelsesgrupper. Forekomsterne er køns- og aldersstandardiseret i forhold til den danske befolkning pr. 1. januar 2005. Det betyder, at der er justeret for evt. køns- og aldersmæssige forskelle, således at man kan sammenligne tallene fra Allerød med Region Hovedstaden og Danmark, og man kan sammenligne borgere med kort eller mellemlang uddannelse med de borgere, der har lang uddannelse. Tallene er altså et udtryk for, hvor stor forekomsten af fysisk aktivitet i fritiden ville være, hvis Allerød, Region Hovedstaden og Danmark havde samme køns- og aldersfordeling, som den danske befolkning 1. januar 2005. Tilsvarende for uddannelse; at uddannelsesgrupperne ville have samme køns- og aldersfordeling. Der er ikke foretaget køns- og aldersstandardiseringer af tilknytning til arbejdsmarkedet.

Efter søjlen med den standardiserede forekomst er der markeret med ”+” eller ”-”, om den standardiserede forekomst (Totaltal; Danmark, Region Hovedstaden, Allerød og kombineret skole og erhvervsuddannelse) hhv. de ikke standardiserede forekomster afviger (Køn og alder og tilknytning til arbejdsmarkedet) signifikant fra referencegruppen. Ved totaltal er Allerød valgt som referencegruppe, således at ”-” angiver, at andelen, der er fysisk aktive i Region Hovedstaden, afviger signifikant fra andelen, der er fysisk aktiv i Allerød. For køn og alder er kvinder i aldersgruppen 45-64 år valgt som referencegruppe, og tilsvarende er gruppen

med lang uddannelse og de erhvervsaktive valgt som referencegruppe ved hhv. kombineret skole- og erhvervsuddannelse og arbejdsmarkedstilknytning. Referencegruppen er skrevet i *kursiv*. Det vil alene blive kommenteret på standardtabellen i de tilfælde, hvor der er signifikante forskelle mellem grupperne.

Den sidste søjle angiver, hvor mange personer, der er i den pågældende undergruppe. Der er fx 771 kvinder og 671 mænd i undersøgelsen.

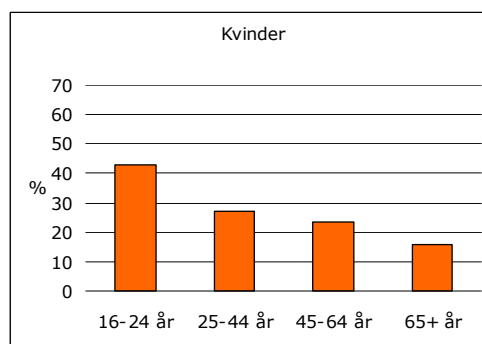
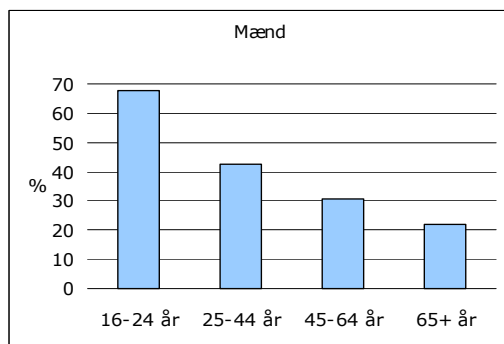
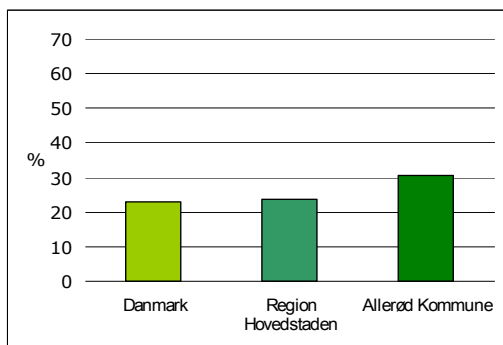
I hver standardtabel er der endvidere tre figurer, hvor en figur viser de standardiserede forekomster for Allerød, Region Hovedstaden og Danmark, og to figurer viser forekomster for hhv. mænd og kvinder i aldersgrupper.

Standardtabel 1.1.

Eksempel på standardtabel: andel, der angiver, at de er fysisk aktive i fritiden.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	23,0	22,9	-	16688
	Region Hovedstaden	24,4	23,8	-	4402
	Allerød Kommune	29,2	30,7		1442
Mænd	16-24 år	67,6		+	37
	25-44 år	42,5		+	207
	45-64 år	30,7		+	277
	65+ år	22,0			150
	Mænd i alt	34,5			671
Kvinder	16-24 år	42,9		+	49
	25-44 år	27,3			264
	45-64 år	23,6			305
	65+ år	15,7		-	153
	Kvinder i alt	24,6			771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	23,6	26,4		280
	Høj	31,0	31,3		786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	23,1			91
	Uoplyst	21,5			205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	31,2			921
	Ikke erhvervsaktiv	23,1		-	134

- & + markerer statistisk signifikans



1.3 Indsamling af data

Sundhed i Allerød 2006 er baseret på et repræsentativt udsnit af alle borgere 16 år eller derover bosiddende i Allerød Kommune pr. 1. januar 2006. Stikprøven var på 2000 borgere, der alle fik tilsendt et spørgeskema. Efterfølgende blev der sendt to rykkerbreve til de borgere, der ikke havde returneret spørgeskemaet. I rykkerbrevene blev vigtigheden af undersøgelsen understreget, og der blev høfligt opfordret til at besvare og returnere skemaet. Med den anden skrivelse fulgte desuden et nyt spørgeskema. Dataindsamlingen forløb over 6 uger startende d. 13. januar 2006. I alt 1450 borgere har returneret spørgeskemaet, hvilket giver en opnåelse på 72,5 %.

1.4 Spørgeskemaets struktur

Spørgeskemaet til Sundhed i Allerød 2006 er udviklet på basis af Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 (SUSY-2005), der er baseret på en traditionel, epidemiologisk forståelsesmodel, der opererer med nogle risikofaktorer, der kan medvirke til sygdom med deraf følgende konsekvenser (Kjøller & Rasmussen 2002). Der er desuden udviklet enkelte spørgsmål specifikt til denne undersøgelse, dette er sket i samarbejde med Allerød Kommune. Fordelen ved at bruge spørgsmål fra SUSY-2005 er, at det er muligt at sammenligne med nationale og regionale opgørelser. I indeværende rapport, er der alene brugt tal fra SUSY-2000, da data fra SUSY-2005 endnu ikke er klar. Men rapporten kan opdateres med tal fra SUSY-2005 i efteråret 2006. Overordnet fordeler spørgsmålene sig inden for følgende kategorier:

- sociodemografiske baggrundsspørgsmål
- helbred
- brug af hjælpemidler
- sygdomme, gener og symptomer
- sundhedsvæsenet og medicin
- sundhedsvaner, herunder forbrug af alkohol, rygning, kostvaner samt motion
- arbejdsmiljø
- socialt netværk.

1.5 Bortfald og repræsentativitet

Ved bortfald forstås personer, der er udtrukket til stikprøven, men af forskellige årsager ikke deltager i undersøgelsen (fx er personen for syg, er ude at rejse eller ikke ønsker at medvirke i undersøgelsen).

Det er af stor betydning for resultaternes generaliserbarhed dels, at deltagerne tegner et retvisende billede af Allerød Kommune, dels at de personer, der ikke deltager i undersøgelsen, ikke afviger væsentligt fra deltagerne. Som nedenstående tabel 1.2 viser, er køns- og aldersfordelingen i stikprøven ikke væsensforskellig fra fordelingen af køn og alder blandt borgerne i Allerød Kommune. Det skal dog understreges, at tabellen alene indeholder oplysninger om borgere i Allerød Kommune, der ikke har ønsket at være beskyttet mod forskerhenvendelser.

Tabel 1.2. Køns- og aldersfordelingen i hhv. Allerød Kommune, den udtrukne stikprøve og blandt deltagere i undersøgelsen.

		Allerød Kommune		Stikprøve		Deltagere	
		Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Mænd	16-24 år	855	5,2	114	5,7	37	2,5
	25-44 år	2505	15,1	313	15,7	207	14,4
	45-64 år	3227	19,5	380	19,0	277	19,3
	65+ år	1456	8,8	176	8,8	150	10,4
	I alt	8043	48,6	983	49,2	671	46,5
Kvinder	16-24 år	690	4,2	83	4,2	49	3,5
	25-44 år	2866	17,3	360	18,0	264	18,2
	45-64 år	3268	19,7	373	18,7	305	21,1
	65+ år	1693	10,2	201	10,1	153	10,7
	I alt	8517	51,4	1017	50,9	771	53,5
I alt		16560		2000		1442	

I alt 1450 personer, har returneret spørgeskema, men 8 personer har fjernet løbenummer, og kan derfor ikke indplaceres blandt deltagerne

Det er ligeledes vigtigt for undersøgelsen, at de personer, der ikke deltager i undersøgelsen ikke afviger væsentligt fra deltagerne. Tabel 1.3 viser bortfald i køns- og aldersgrupper. Det største bortfald ses blandt yngre mænd (16-24 år), kun 37 mænd i alderen 16-24 år deltog i undersøgelsen. Det er den eneste køns- og aldersgruppe, hvor der er færre deltagere end ikke-deltagere. Generelt er bortfaldet blandt mænd lidt højere end blandt kvinder. Blandt mænd ses, at der er faldende bortfald med stigende alder, således er det laveste bortfald blandt de ældste mænd. Blandt kvinderne i Allerød Kommune er bortfaldet mere jævnt fordelt, dog ses det højeste bortfald også for kvinder blandt de yngste. Der er lavet en logistisk regressionsanalyse, for at teste om det observerede bortfald er afhængigt af køn og alder. Analysen bekræfter, at bortfaldet fordeler sig ujævnt på køn og alder.

Tabel 1.3. Bortfaldet blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Antal og procent.

		Stikprøve		Bortfald	
		Antal	Procent	Antal	Procent
Mænd	16-24 år	114	68,4	77	68,4
	25-44 år	313	33,5	106	33,5
	45-64 år	380	26,6	101	26,6
	65+ år	176	14,8	26	14,8
	I alt	983	31,5	312	31,5
Kvinder	16-24 år	83	39,8	34	39,8
	25-44 år	360	26,8	96	26,8
	45-64 år	373	18,0	68	18,0
	65+ år	201	22,9	48	22,9
	I alt	1017	23,8	246	23,8
I alt		2000		558	27,6

I alt 1450 personer har returneret spørgeskema, men 8 personer har fjernet løbenummeret og kan derfor ikke indplaceres blandt deltagerne.

1.6 Sociodemografisk beskrivelse af populationen

Et af formålene med Sundhed i Allerød 2006 er, at beskrive Allerød i forhold til Region Hovedstaden og Danmark. For at dette har sin berettigelse, er det vigtigt at kende eventuelle forskelle i den sociodemografiske sammensætning i Allerød i forhold til Region Hovedstaden og Danmark. Af tabel 1.4 fremgår svarpopulationens fordeling på køn og alder.

Generelt viser tabel 1.4, at der er lidt flere kvinder i Sundhed i Allerød 2006 i forhold til SUSY-2000 undersøgelsen, dette gælder både landstallene såvel som regionstallene. Respondenterne i Allerød er ældre end i resten af landet og i regionen. I Allerød er mere end hver femte 64 år eller ældre sammenholdt med knap hver femte i Region Hovedstaden og i Danmark. Blot 5,9 % af deltagerne i Sundhed i Allerød 2006 er mellem 16 og 24 år mens hhv. 13,0 % og 13,4 % er mellem 16 og 24 år i Region Hovedstaden og i Danmark.

Tabel 1.4. Køns- og aldersfordeling for Allerød (2006), Region Hovedstaden (2000) og Danmark (2000). Procent.

	Mænd			Kvinder			I alt		
	Allerød	Region Hovedstaden	Danmark	Allerød	Region Hovedstaden	Danmark	Allerød	Region Hovedstaden	Danmark
16-24 år	2,5	6,3	6,8	3,5	6,7	6,6	5,9	13,0	13,4
25-44 år	14,4	19,3	17,3	18,2	18,3	18,1	32,6	37,6	35,4
45-64 år	19,3	15,9	16,8	21,1	15,7	16,4	40,4	31,6	33,2
65+ år	10,4	7,5	8,2	10,7	10,3	9,9	21,1	17,9	18,0
I alt	46,5	48,9	49,1	53,5	51,1	50,9	100	100	100
Antal svarpersoner	673	2141	8186	775	2261	8502	1448	4402	16688

I alt 1450 personer har returneret Allerød spørgeskemaet, men to personer har fjernet løbnummeret, og kan derfor ikke indplaceres blandt deltagerne.

Den uddannelsesmæssige status er klassificeret efter den internationale uddannelsesnomenklatur, International Standard Classification of Education (ISCED), der er en klassifikation, der både tager højde for skoleuddannelse og erhvervsuddannelse. En stor andel af borgere i Allerød har ikke oplyst deres uddannelsesniveau (15 %). Alligevel fremgår det af tabel 1.5, at der er flere i Allerød, der har en lang uddannelse, end der er i Danmark. Der er ligeledes færre i Allerød, der angiver, at de har en kort uddannelse svarende til mindre end 10 års skolegang eller 10 års skolegang, eller mellemlang uddannelse svarende til 11 - 12 års skolegang, set i forhold til resten af Danmark. I forhold til Region Hovedstaden er der færre, der angiver, at de har en kort uddannelse, og der er færre, der angiver 11 - 12 års skolegang.

Andelen af borgere (tabel 1.5), der er gift, er væsentligt højere i Allerød (70,8 %) end i resten af landet (52,1 %) såvel som i Region Hovedstaden (46,5 %). Tilsvarende er halvt så mange ugifte, blot 9 % i Allerød i forhold til 18,4 % hhv. 21,6 % i Danmark og Region Hovedstaden. Tabellen viser også, at en meget stor andel af borgere i Allerød er i arbejde.

Tabel 1.5. Fordelingen af kombineret skole og erhvervsuddannelse, ægteskabelig stand og erhvervsmæssig tilknytning. Procent.

		Allerød	Danmark	Region Hovedstaden
Kombineret skole og erhvervsuddannelse	<10 år	4,7	19,7	14,2
	10 år	2,3	6,0	5,6
	11-12 år	13,9	24,4	24,0
	13-14 år	27,5	29,2	28,8
	15+ år	27,8	18,4	25,1
	Skoleelev	2,6	1,3	1,3
	Anden skole	6,3	0,6	0,8
	Uoplyst	15,0	0,3	0,3
Ægteskabelig stand	Gift	70,8	52,1	46,5
	Samlevende	7,4	15,5	16,7
	Enlig, tidligere separeret, skilt	5,8	5,8	7,0
	Enlig, enke (-mand)	4,2	7,6	7,6
	Enlig, ugift	9,0	18,4	21,6
	Uoplyst	2,8	0,7	0,6
Erhvervsmæssig status	Erhvervsaktiv	68,3	57,9	58,8
	Ikke erhvervsaktiv	30,7	42,1	41,1
	Uoplyst	1,0	0,1	0,1
Antal		1442	16688	4402

Sammenfattende kan det siges, at borgerne i Allerød har taget godt imod undersøgelsen, hvilket har resulteret i en høj opnåelsesprocent på 72,5 %. Den udtrukne stikprøve er repræsentativ for kommunen, men undersøgelsens bortfald betyder, at aldersgruppen 16-24 år er underrepræsenteret i undersøgelsen mens ældre er overrepræsenteret. Dette gør sig især gældende for mænd.

2. Helbredsrelateret livskvalitet

Kapitlet tager udgangspunkt i indikatorerne selvvurderet helbred og oplevelsen af stress. Der sættes således fokus på den subjektive, oplevelsesmæssige dimension af sundhed og helbred. Det handler om, hvorledes borgerne i Allerød oplever egen sundhed og helbred. Det er ofte hævdet, at subjektivitet og subjektive beskrivelser og observationer er fejlkilder i videnskabelige undersøgelser. Her er der imidlertid tale om en anderledes problemstilling, idet det netop er svarpersonernes subjektivitet, deres oplevelse og vurdering af deres sundheds- og helbredstilstand, der er genstandsfeltet. Det er svarpersonerne, og kun dem, der kan rapportere om, hvordan de oplever og føler deres sundhedstilstand. Derudover beskrives det fysiske funktionsniveau blandt 60-årige eller derover.

2.1 Selvvurderet helbred

Det er velkendt, at en persons vurdering af eget helbred er en endog særdeles god prædiktiv faktor for dødelighed og sygelighed. Det er vist i adskillige studier, at jo dårligere en person vurderer sit eget helbred, desto større er risikoen for død og for sygelighed i en given opfølgingsperiode (Kristensen et al 1998). Idler & Benyamini (1997) fremhæver flere forskellige typer af forklaring på denne sammenhæng. For det første, at der er tale om en helhedsorienteret vurdering, hvor svarpersonen bruger en række forskellige kilder i sin vurdering, dvs. ikke blot aktuell helbredssituation men også udviklingen heri gennem hele livsforløbet, kendskabet til sygelighed og dødelighed i familien, viden og vurdering af egen helbredssituation i forhold til andre jævnaldrendes mv. For det andet, at vurderingen af eget helbred kan influere på, hvorledes man reagerer på egen sygdom (fx grad af compliance over for behandling) og egen sundhedsfremmende eller forebyggende adfærd. Alt sammen faktorer der i sig selv er af betydning for sygelighed og dødelighed. For det tredje, at vurderingen af eget helbred afspejler indre og ydre ressourcer, der kan trækkes på i tilfælde af sygdom (fx oplevelsen af indre kontrol eller ekstern social støtte).

I Sundhed i Allerød 2006 har vi brugt formuleringen: Hvorledes vil du vurdere din nuværende helbredstilstand i almindelighed? Svarfordelingen fremgår af tabel 2.1.

Tabel 2.1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende helbredstilstand i almindelighed? Procent.

Virkelig godt	22,6
Godt	55,5
Nogenlunde	17,0
Dårligt	3,0
Meget dårligt	1,3
Uoplyst/ved ikke	0,6
Antal svarpersoner	1450

Standardtabel 2.4 viser, at overordnet set aftager andelen, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt, med stigende alder. For kvinder i aldersgruppen 16-24 år er andelen dog mindre end blandt kvinder i alderen 45-64 år. I alle aldersgrupper vurderer en større andel af mænd end kvinder, at deres helbred er virkelig godt eller godt.

I forhold til uddannelse ses, at jo højere uddannelsesniveau desto større er andelen, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt. Den samme tendens ses blandt erhvervsaktive, hvor 84,8 % vurderer deres eget helbred som værende godt eller virkelig godt i forhold til ikke erhvervsaktive, hvor 59,0 % vurderer deres helbred som værende virkelig godt eller godt.

2.2 Stress

Stress er en tilstand karakteriseret fysiologisk ved energimobilisering og psykologisk ved anspændthed og ulyst. I daglig tale siger vi ofte, at vi er stressede, når vi har travlt, og tingene vokser os over hovedet. Vi reagerer med irritabilitet, søvnløshed, træthed, manglende koncentrationsevne mv. Det er den subjektive oplevelsesmæssige dimension af stressbegrebet. Men der er også en mere objektiv dimension, idet stress kan ytre sig rent fysiologisk ved, at vi producerer stresshormoner, og således gør kroppen parat til en øget indsats. Stress forårsages af en belastning, som man har vanskeligt ved at håndtere. Graden af stress og evt. helbredsmæssige følgevirkninger afhænger bl.a. af belastningens styrke og varighed og af de personlige ressourcer. Længerevarende eller meget stærke belastninger kan medføre stressbetinget sygdom, fx hjertekarsygdom og depression. Bestående sygdom kan desuden forværres af stress.

I nærværende undersøgelse fokuseres der på den oplevelsesmæssige dimension af begrebet. Svarfordelingen fremgår af tabel 2.2.

Tabel. 2.2. Føler du dig stresset i din dagligdag?
Procent.

Ja, ofte	8,4
Ja, af og til	51,8
Nej, næsten aldrig	38,0
Uoplyst/ved ikke	1,8
I alt	1450

Det ses af tabel 2.2, at næsten hver tiende borger i Allerød ofte føler sig stresset. Af standardtabel 2.5 fremgår det, at en større andel af kvinderne end mændene ofte føler sig stresset. Dog er oplevelsen af ofte at være stresset lige udbredt blandt de 25-44 årige mænd og kvinder. Tabellen viser ligeledes, at en større andel blandt de erhvervsaktive end blandt de ikke erhvervsaktive ofte føler sig stresset.

2.3 Funktionsniveau blandt 60-årige eller derover

I de senere år har både andelen og antallet af ældre været stigende. Med denne udvikling i befolkningssammensætningen forventes der en tilsvarende stigning i den såkaldte ældreforsørgerbyrde, som bl.a. inkluderer stigende udgifter til pleje og serviceydelser samt øgede udgifter til brug af sundhedsvæsenet. Desuden er den gennemsnitlige levetid i Danmark steget, og det samme gælder de ældres restlevetid. Et vigtigt mål i regeringens folkesundhedsprogram fra 2002 er, udover en øgning af middellevetiden, også en forbedring af befolkningens fysiske funktionsniveau og livskvalitet. Populært sagt, skal der både føjes år til livet og liv til årene. I nærværende undersøgelse måles fysisk funktionsniveau ved seks forskellige spørgsmål relateret til fysisk mobilitet og to relateret til kommunikationsfærdigheder.

Fysisk mobilitet omfatter følgende elementer:

- at kunne gå 400 meter uden at hvile under vejs
- at kunne gå op og ned ad trapper uden hvile
- at kunne bære 5 kg, fx en indkøbspose
- at kunne klæde sig på og tage sko på
- at kunne komme i og ud af sengen
- at kunne rejse med bus eller tog.

Kommunikationsfærdigheder omfatter:

- at kunne læse en avistekst (med briller eller kontaktlinser hvis det benyttes normalt)
- at kunne høre en samtale mellem flere personer (med høreapparat hvis det normalt benyttes).

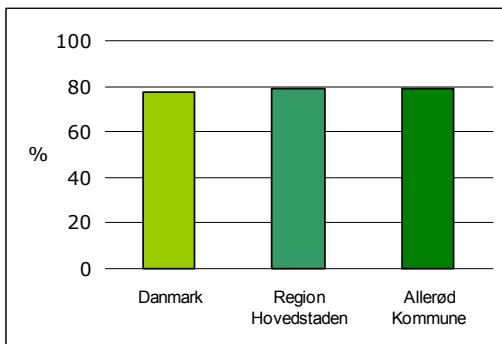
Det fremgår af tabel 2.3, at en meget stor andel af de ældre i Allerød er mobile. Således kan næsten 9 ud af 10 mænd uden besvær enten gå 400 meter, gå op og ned af trapper eller bære 5 kg. Andelen er væsentligt større i Allerød end i Danmark. Generelt har flere mænd end kvinder i Allerød god fysisk mobilitet, mens flere kvinder end mænd har gode kommunikationsfærdigheder. Andelen af kvinder, der har god fysisk mobilitet er større i Allerød end i Danmark. Sammenholdt med Danmark som helhed, har mænd i Allerød dårligere kommunikationsfærdigheder, mens kvinder i Allerød har lidt bedre kommunikationsfærdigheder.

Tabel 2.3. Andel af mænd og kvinder på 60 år eller derover, der uden besvær kan udføre en række daglige funktioner. Procent.

	Allerød		Danmark	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Kan uden besvær gå 400 meter	88,8	79,9	79,8	71,4
Kan uden besvær gå op og ned ad trapper	88,8	78,6	79,1	68,6
Kan uden besvær bære 5 kg	89,3	67,4	85,6	62,2
Kan uden besvær læse en avistekst	86,7	90,6	90,8	86,8
Kan uden besvær høre en normal samtale	62,2	76,8	71,0	75,8
Kan uden besvær klæde sig på og tage sko på	90,1	88,8	-	-
Kan uden besvær komme i og ud af sengen	91,9	91,5	-	-
Kan uden besvær rejse med bus eller tog	89,3	82,1	-	-
Antal svarpersoner	233	224	1902	2165

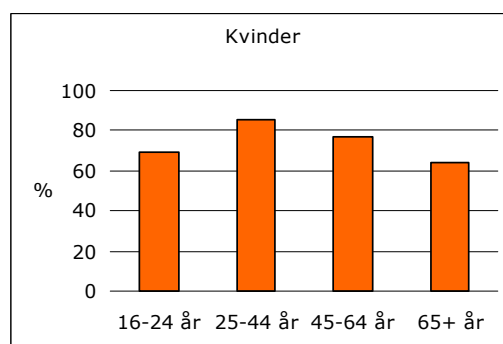
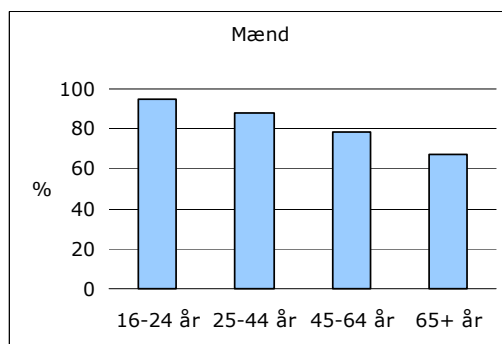
Standardtabel 2.4. Andel med godt eller virkelig godt selv vurderet helbred.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	77,9	77,6	16688
	Region Hovedstaden	79,6	79,2	4402
	Allerød Kommune	78,1	79,2	1442
Mænd	16-24 år	94,6	+	37
	25-44 år	87,9	+	207
	45-64 år	78,3		277
	65+ år	67,3	-	150
	Mænd i alt	79,8		671
Kvinder	16-24 år	69,4	-	49
	25-44 år	85,2	+	264
	45-64 år	76,7		305
	65+ år	64,1	-	153
	Kvinder i alt	76,7		771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	68,6	72,6	280
	Høj	82,4	82,8	786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	84,6		91
	Uoplyst	70,2		205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	84,8		921
	Ikke erhvervsaktiv	59,0	-	134



I alle aldersgrupper vurderer en større andel af mænd end kvinder, at deres helbred er virkelig godt eller godt.

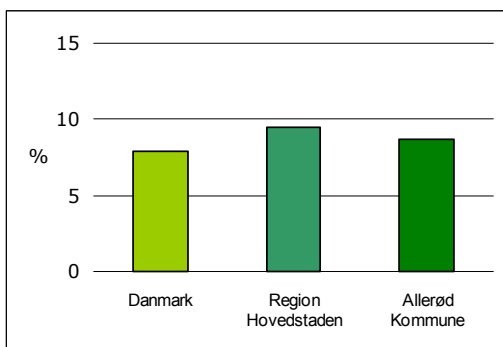
Højtuddannede vurderer i højere grad eget helbred som værende virkelig godt eller godt. Andelen, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt, er større blandt de erhvervsaktive end blandt de ikke erhvervsaktive.



Standardtabel 2.5. Andel der ofte føler sig stresset i dagligdagen.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	8,0	7,9	16688
	Region Hovedstaden	9,6	9,4	4402
	Allerød Kommune	8,4	8,6	1442
Mænd	16-24 år	2,7	-	37
	25-44 år	11,6	-	207
	45-64 år	7,9	-	277
	65+ år	1,3	-	150
	Mænd i alt	<u>7,3</u>		671
Kvinder	16-24 år	12,2		49
	25-44 år	11,4		264
	45-64 år	12,1		305
	65+ år	0,0		153
	Kvinder i alt	<u>9,5</u>		771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	5,4	7,2	280
	Høj	10,1	9,2	786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	12,1		91
	Uoplyst	4,9		205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	11,4		921
	Ikke erhvervsaktiv	6,0	-	134

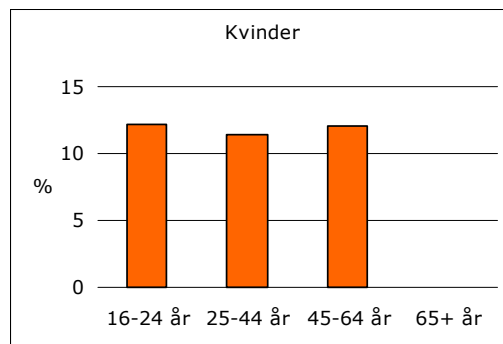
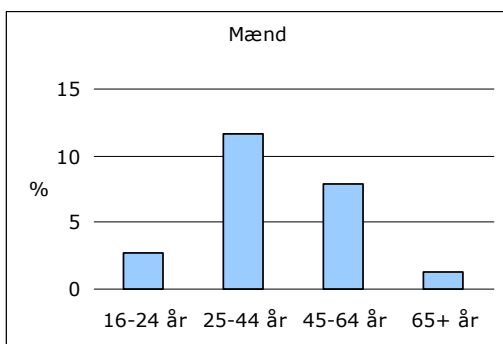
- & + markerer statistisk signifikans



Næsten hver tiende borger i Allerød føler sig stresset.

Kvinder føler sig generelt mere stresset end mænd, dog er oplevelsen af ofte at være stresset lige udbredt blandt de 25-44 årige mænd og kvinder.

En større andel blandt de erhvervsaktive i forhold til de ikke erhvervsaktive føler sig ofte stresset.



3. Sygelighed og konsekvenser af sygdom

Der kan anlægges flere forskellige perspektiver på sundheds- og sygelighedstilstanden i en befolkning. Mens kapitel 2 handler om det subjektive, oplevelsesmæssige perspektiv, handler dette kapitel primært om det medicinske, professionelle perspektiv. Ligeledes vil forekomsten af ulykker blive beskrevet, og sidste del af kapitlet omhandler konsekvenser af sygdom.

3.1 Sygelighed

I nærværende undersøgelse anvendes tre forskellige mål for sygeligheden:

- Forekomst af langvarig sygdom
- Forekomst af specifikke sygdomme
- Forekomst af gener, symptomer og besvær inden for en 14-dages periode.

Overensstemmelse mellem forskellige mål for sundhed og sygelighed

Selvom forekomsten af sygdom varierer afhængig af hvilket mål, der anvendes, så er det alligevel sådan, at det er de syge, der oplever at have et dårligt helbred. Sammenhængen mellem de forskellige mål for sundhed og sygdom i indeværende undersøgelse fremgår af tabel 3.1. Det fremgår for alle de nævnte former for sygelighed, at jo dårligere eget helbred vurderes, desto større sygelighed. Mens i alt 33,8 % af borgerne i Allerød har en eller flere langvarige sygdomme, har kun 23,5 % af personer med virkelig godt eller godt selv vurderet helbred langvarig sygdom sammenholdt med 92,1 % af borgere med meget dårligt selv vurderet helbred. Den samme tendens gør sig gældende, når udgangspunkter er andre mål for sygelighed samt aktivitetsbegrænsning. Tabellen inkluderer kun personer, der har svaret på spørgsmålene om sygelighed og selv vurderet helbred.

Tabel 3.1 Andel med forskellige mål for sygelighed blandt personer, der vurderer eget helbred forskelligt. Procent.

Oplevet helbred er:	Virkelig godt eller godt	Nogenlunde	Dårligt eller meget dårligt	I alt
<i>Andel med:</i>				
- langvarig sygdom	23,5	66,3	92,1	33,9
- specifik sygdom	50,3	82,1	90,5	57,5
- meget generende gener	25,7	65,0	84,1	35,0
- aktivitetsbegrænsning	9,3	26,0	74,6	15,0
Antal svarpersoner	1132	246	63	1441

3.1.1 Langvarig sygdom

Forekomsten af langvarig sygdom er belyst ved spørgsmålet om, hvorvidt man har en langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse. Langvarig sygdom er defineret som sygdom af seks måneders varighed eller længere.

Standardtabel 3.4 viser, at 33,9 % af borgerne i Allerød har en eller flere langvarige sygdomme. Forekomsten er mindre i Allerød end i Region Hovedstaden og i Danmark som helhed. Generelt stiger forekomsten af langvarig sygdom med alderen, dog er der godt en tredjedel af de helt unge kvinder i Allerød, der rapporterer en eller flere langvarige sygdomme. Forekomsten af langvarig sygdom er større blandt ikke erhvervsaktive i forhold til erhvervsaktive. Mere end hver anden uden for arbejdsmarkedet i alderen 25-64 år angiver at have en langvarig sygdom.

3.1.2 Specifikke sygdomme

Det fremgår af tabel 3.2, at allergi, slidgigt/leddegigt, forhøjet blodtryk samt rygsygdom er de enkeltsygdomme eller tilstande, som er hyppigst forekommende. Allerød har for nogle enkeltsygdomme eller tilstande en lidt højere forekomst end Danmark som helhed, men overordnet er niveauet det samme.

Tabel 3.2 Forekomst af specifikke sygdomme og lidelser i Allerød og Danmark. Procent.

	Allerød	Danmark
Allergi (ikke astma)	19,9	14,2
Slidgigt/leddegigt	15,4	-
Forhøjet blodtryk	13,5	8,5
Migræne eller hyppig hovedpine	10,8	8,0
Rygsygdom	10,6	11,7
Tinnitus	9,2	-
Astma	4,3	5,4
Sukkersyge/diabetes	3,2	2,7
Kronisk angst eller depression	2,4	-
Kronisk bronkitis, emfysem (for store lunger, rygerlunger)	1,8	3,0
Anden psykisk lidelse	1,6	-
Grå stær	1,5	-
Osteoporose (knogleskørhed)	1,5	-
Cancer eller kræftsygdomme (inklusiv leukæmi)	0,8	0,9
Blodprop i hjertet eller hjertekrampe	0,6	0,6
Hjerneblødning/blodprop i hjernen	0,4	0,2

Andelen med allergi er større i Allerød end i Region Hovedstaden og i Danmark som helhed (standardtabel 3.5). Forekomsten er mindst hos unge mænd i alderen 16-24 år samt mænd i alderen 45+ år. For kvinder er det de 65+ årige, der har den mindste forekomst.

I standardtabel 3.6 ses, at andelen, der har forhøjet blodtryk, er større i Allerød end i Region Hovedstaden og på landsplan. For begge køn gælder, at ingen i aldersgruppen 16-24 år har angivet at have forhøjet blodtryk, og at forekomsten er størst blandt de 65+ årige. Andelen med forhøjet blodtryk stiger med alderen for begge køn. Der er en større andel blandt de ikke erhvervsaktive end blandt de erhvervsaktive, der har forhøjet blodtryk.

Det fremgår af standardtabel 3.7, at over en tredjedel af kvinder i alderen 65+ angiver at have slidgigt/leddegigt. Andelen er mindst blandt de yngste aldersgrupper for både mænd og kvinder. I forhold til erhvervsaktivitet ses, at de ikke erhvervsaktive har en større forekomst af slidgigt/leddegigt end de erhvervsaktive.

Standardtabel 3.8 viser, at Allerød har en højere forekomst af migræne eller hyppig hovedpine end i Region Hovedstaden og Danmark som helhed. Andelen med migræne er mindre blandt mænd end blandt kvinder i alle aldersgrupper. Blandt kvinder findes den mindste andel i den ældste aldersgruppe. En større andel blandt de ikke erhvervsaktive (20,1 %) end blandt de erhvervsaktive (11,0 %) lider af migræne.

Der er en mindre andel af borgere i Allerød, der lider af rygsygdom end i Danmark som helhed (standardtabel 3.9). Mænd har generelt en lavere forekomst end kvinder og ældre har generelt en større forekomst end unge. De ikke erhvervsaktive har en større forekomst af rygsygdom end erhvervsaktive.

3.1.3 Forekomst af gener og symptomer inden for en 14-dages periode

Forekomst af gener og symptomer inden for en 14-dages periode beskriver, i hvilket omfang smerte og ubehag præger dagligdagen. En person kan have haft gener og symptomer som følge af sygdom. Gener og symptomer kan også være de første manifestationer af en ny sygdomstilstand eller blot være helt isolerede, forbigående sygdomsepisoder. Endelig kan der være tale om ganske almindeligt besvær, som ikke har noget med aktuelle eller kommende sygdomme at gøre.

Sygeligheden målt som langvarig sygdom er ofte allerede kendt i sundhedsvæsenet, mens dette ofte ikke gør sig gældende for gener og symptomer. Rapportering af gener og symptomer udgør derfor et væsentligt supplement til den registerbaserede viden om befolkningens sundheds- og sygelighedstilstand.

Tabel 3.3 Forekomst af gener og symptomer inden for en 14-dages periode. Procent.

	Allerød	Danmark
Smerter eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder	45,3	27,5
Træthed	45,1	17,8
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	41,4	26,0
Smerter eller ubehag i ben, hofter, knæ eller fødder	34,8	23,4
Hovedpine	33,3	18,4
Forkølelse, snue hoste	32,3	12,7
Søvnbesvær, søvnproblemer	27,2	11,7
Eksem, hududslet, kløe	20,5	5,8
Ondt i maven, oppustet mave	20,2	5,9
Fordøjelsesbesvær, tynd/hård mave	16,6	5,6
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	14,6	6,0
Ængstelse, nervøsitet, uro eller angst	13,9	5,4
Kvalme eller uro i maven	13,9	-
Problemer med at holde på vandet (inkontinens)	12,3	-
Åndedrætsbesvær, forpustethed	11,5	5,5
Svimmelhed	11,4	-
Hurtig hjertebanken	11,3	4,0
Underlivssmerter, herunder kraftig menstruationssmerter	8,8	-
Smerter eller ubehag ved hjertet, smerter i brystet	8,1	-
Besvær med at komme af med vandet	5,3	-

Det fremgår af tabel 3.3 at smerter eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder, smerte eller ubehag i ryg eller lænd, smerter eller ubehag i ben, hofter, knæ eller fødder, hovedpine samt træthed er årsag til flest gener og symptomer.

Det fremgår af standardtabel 3.10, at i alle aldersgrupper er forekomsten af et eller flere meget generende gener eller symptomer mindre blandt mænd end blandt kvinder. Endvidere har kvinder i aldersgruppen 16-24 år en større forekomst end kvinder i alderen 45-64 år. Borgere med en lav eller mellemlang uddannelse har en større forekomst end borgere med en høj uddannelse, og en større andel blandt de ikke erhvervsaktive i forhold til de erhvervsaktive er meget generet af gener og symptomer.

I standardtabel 3.11 ses, at andelen med smerter eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder er større i Allerød end i Region Hovedstaden og Danmark som helhed. I alt 37,9 % blandt mænd og 51,8 % blandt kvinder har haft gener og symptomer fra nakke, skuldre, arme eller hænder. Forekomsten er mindre blandt mænd end blandt kvinder i alle aldersgrupper. Kvinder i aldersgruppen 65+ har en mindre forekomst end kvinder i alderen 45-64 år. En større andel blandt de ikke erhvervsaktive i forhold til erhvervsaktive har smerter eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder.

Borgerne i Allerød har en større forekomst af smerter og ubehag i ryg eller lænd end i Region Hovedstaden og Danmark som helhed (standardtabel 3.12) Forekomsten er generelt mindre

blandt mænd og kvinder i de yngste aldersgrupper samt blandt mænd i aldersgruppen 65+. Andelen, der har oplevet smerter og ubehag i ryg eller lænd inden for den seneste 14-dages periode, er større blandt de ikke erhvervsaktive end blandt de erhvervsaktive.

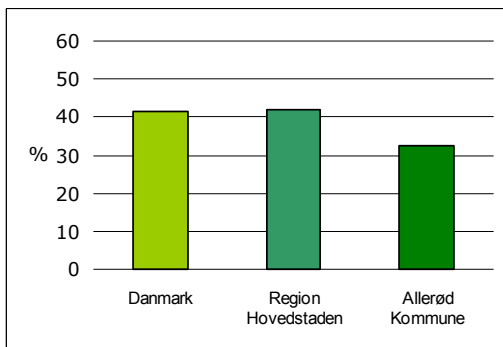
Standardtabel 3.13 viser, at andelen med smerter eller ubehag i ben, hofte, knæ eller fødder er større i Allerød end i Region Hovedstaden og i Danmark som helhed. Mænd har generelt en lavere forekomst end kvinder, og de ældre har en større forekomst end de unge. Andelen er også her større blandt de ikke erhvervsaktive i forhold til de erhvervsaktive.

Det fremgår af standardtabel 3.14, at forekomsten af hovedpine inden for de seneste 14 dage er større i Allerød end i Region Hovedstad og Danmark som helhed. I alle aldersgrupper er andelen, der har haft hovedpine inden for de sidste 14 dage, væsentligt større blandt kvinder end blandt mænd. Forekomsten er størst i de yngste aldersgrupper og aftager derefter med stigende alder.

Knap halvdelen af borgerne i Allerød har været generet af træthed inden for en 14 dages periode. Dette er en større andel end i Region Hovedstaden og i Danmark som helhed (standardtabel 3.15). Andelen er lavere blandt mænd end blandt kvinder i alle aldersgrupper. Generelt falder forekomsten med alderen. Dette gælder dog ikke for de 25-44 årige mænd, hvor mere end fire ud af ti har været generet af træthed inden for de seneste 14 dage. Tendensen er mest udtalt blandt kvinder. Der er en større andel blandt de erhvervsaktive end blandt de ikke erhvervsaktive, der har været generet af træthed inden for de sidste 14 dage.

Standardtabel 3.4. Andel med langvarig sygdom.

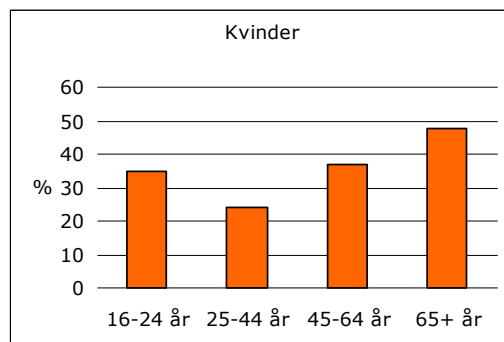
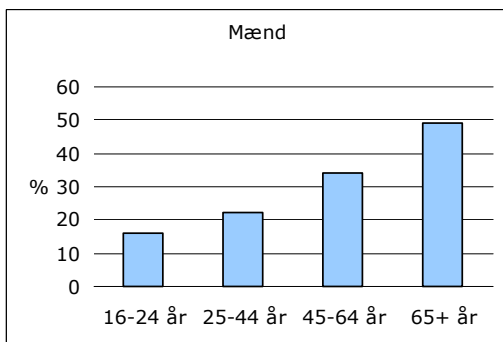
		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	41,1	41,3	+	16688
	Region Hovedstaden	41,6	42,0	+	4402
	Allerød Kommune	33,9	32,3		1442
Mænd	16-24 år	16,2		-	37
	25-44 år	22,2		-	207
	45-64 år	34,3			277
	65+ år	49,3		+	150
	Mænd i alt	32,9			671
Kvinder	16-24 år	34,7			49
	25-44 år	24,2		-	264
	45-64 år	37,0			305
	65+ år	47,7		+	153
	Kvinder i alt	34,6			771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	42,5	37,5		280
	Høj	30,9	31,3		786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	28,6			91
	Uoplyst	39,0			205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	26,9			921
	Ikke erhvervsaktiv	52,2		+	134



33,9% af borgerne angiver at have en langvarig sygdom. Det er større end i Region Hovedstaden og i Danmark.

Andelen med langvarig sygdom stiger med alderen. Dette gælder dog ikke for kvinder i alderen 16-24 år, hvor hver tredje angiver at have en langvarig sygdom

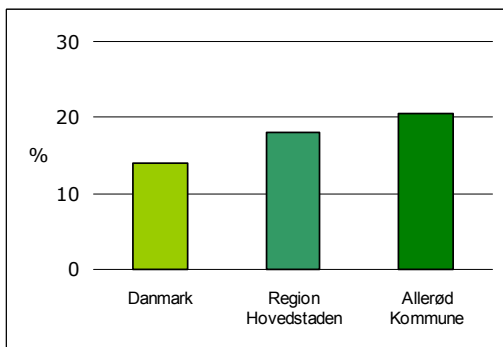
En større andel blandt de ikke erhvervsaktive i forhold til de erhvervsaktive har angivet at have en langvarig sygdom.



Standardtabel 3.5. Andel med allergi.

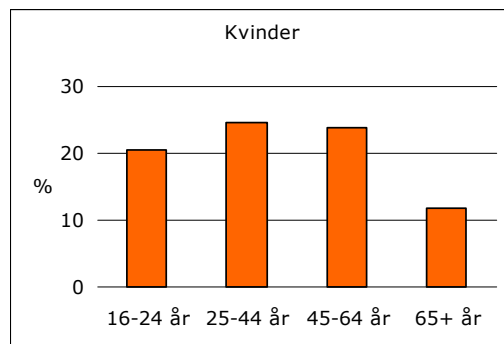
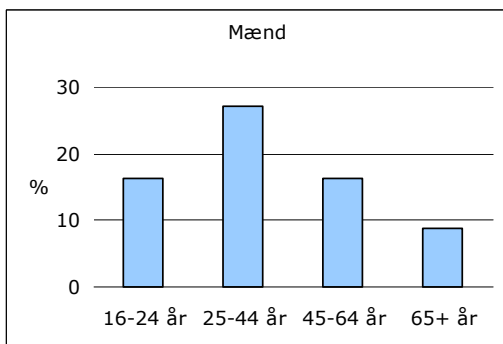
		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	14,2	14,1	16688
	Region Hovedstaden	18,2	18,0	4402
	Allerød Kommune	19,9	20,5	1442
Mænd	16-24 år	16,2	-	37
	25-44 år	27,1	-	207
	45-64 år	16,2	-	277
	65+ år	8,7	-	150
	Mænd i alt	17,9	-	671
Kvinder	16-24 år	20,4	-	49
	25-44 år	24,6	-	264
	45-64 år	23,9	-	305
	65+ år	11,8	-	153
	Kvinder i alt	21,5	-	771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	16,1	18,4	280
	Høj	21,1	20,2	786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	26,4	-	91
	Uoplyst	18,0	-	205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	22,8	-	921
	Ikke erhvervsaktiv	21,6	-	134

- & + markerer statistisk signifikans



Andelen med allergi er større i Allerød end i Region Hovedstaden og i Danmark.

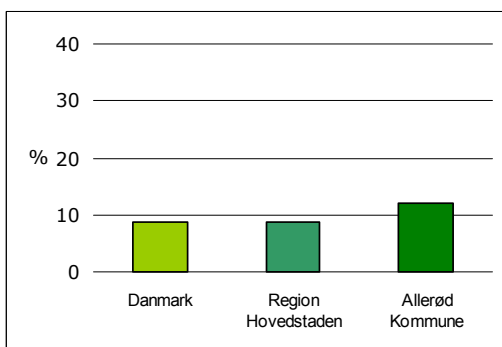
For mænd er forekomsten mindst blandt de 16-24 årige samt de 45+ årige. For kvinder er det de 65+ årige, der har den mindste forekomst.



Standardtabel 3.6. Andel med forhøjet blodtryk.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	8,5	8,8 -	16688
	Region Hovedstaden	8,3	8,6 -	4402
	Allerød Kommune	13,5	12,1	1442
Mænd	16-24 år	0,0		37
	25-44 år	2,4	-	207
	45-64 år	17,7		277
	65+ år	26,0	+	150
	Mænd i alt	13,8		671
Kvinder	16-24 år	0,0		49
	25-44 år	2,3	-	264
	45-64 år	14,8		305
	65+ år	34,0	+	153
	Kvinder i alt	13,3		771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	19,3	14,8	280
	Høj	11,2	12,2	786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	6,6		91
	Uoplyst	23,4		205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	8,8		921
	Ikke erhvervsaktiv	17,9	+	134

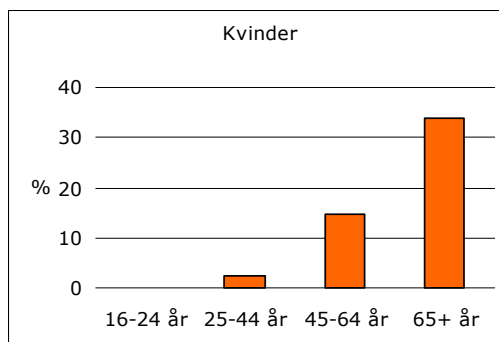
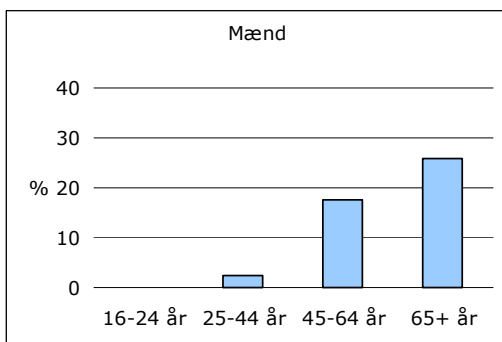
- & + markerer statistisk signifikans



13,5 % af borgerne i Allerød har forhøjet blodtryk. Dette er en større andel end i Region Hovedstaden og i Danmark.

Andelen med forhøjet blodtryk stiger med alderen.

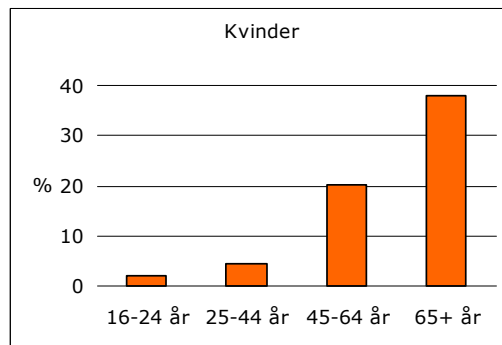
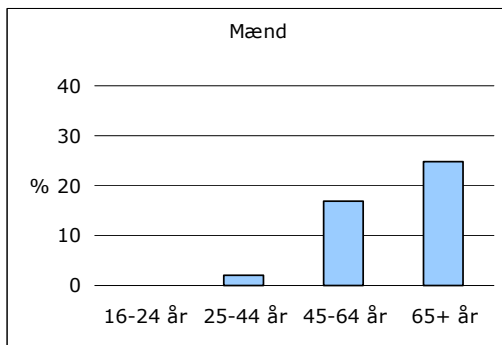
Der er en større andel blandt de ikke erhvervsaktive end blandt de erhvervsaktive, der har forhøjet blodtryk.



Standardtabel 3.7. Andel med slidgigt/leddegigt.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark			
	Region Hovedstaden			
	Allerød Kommune	15,4	13,7	1442
Mænd	16-24 år	0,0		37
	25-44 år	1,9	-	207
	45-64 år	17,0		277
	65+ år	24,7		150
	Mænd i alt	13,2		671
Kvinder	16-24 år	2,0	-	49
	25-44 år	4,5	-	264
	45-64 år	20,3		305
	65+ år	37,9	+	153
	Kvinder i alt	17,2		771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	23,6	19,1	280
	Høj	13,5	14,7	786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	6,6		91
	Uoplyst	21,0		205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	10,1		921
	Ikke erhvervsaktiv	23,9	+	134

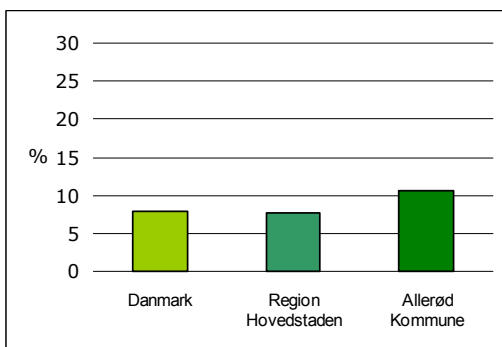
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 3.8. Andel med migræne eller hyppig hovedpine.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	8,0	7,9 -	16688
	Region Hovedstaden	7,7	7,6 -	4402
	Allerød Kommune	10,8	10,6	1442
Mænd	16-24 år	5,4	-	37
	25-44 år	5,8	-	207
	45-64 år	6,5	-	277
	65+ år	2,0	-	150
	Mænd i alt	5,2		671
Kvinder	16-24 år	20,4		49
	25-44 år	18,2		264
	45-64 år	16,7		305
	65+ år	7,2	-	153
	Kvinder i alt	15,5		771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	9,6	10,8	280
	Høj	11,1	10,2	786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	9,9		91
	Uoplyst	10,2		205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	11,0		921
	Ikke erhvervsaktiv	20,1	+	134

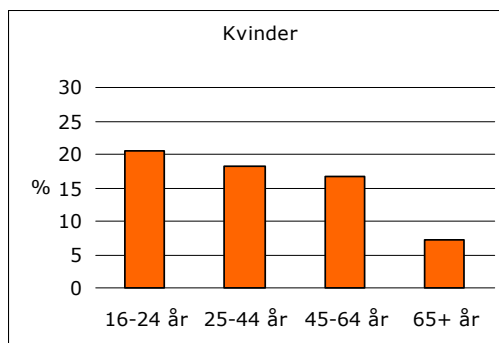
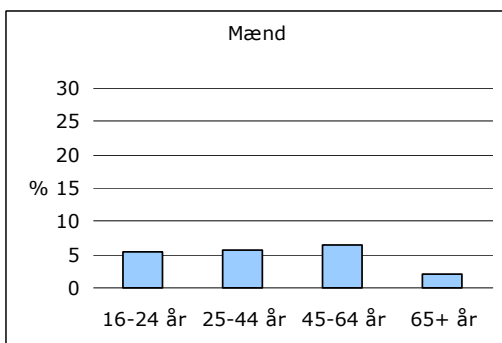
- & + markerer statistisk signifikans



Borgerne i Allerød har oftere migræne eller hyppig hovedpine end befolkningen i Region Hovedstaden og i Danmark.

15,5 % af kvinderne har migræne eller hyppig hovedpine hvilket er en væsentlig større andel end blandt mænd, hvor den tilsvarende andel kun er 5,2 %.

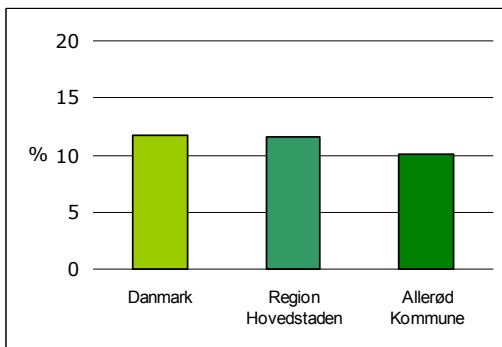
Der er en større andel blandt de ikke erhvervsaktive end blandt de erhvervsaktive, der har migræne eller hyppig hovedpine.



Standardtabel 3.9. Andel med rygssygdom.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	11,7	11,8 +	16688
	Region Hovedstaden	11,4	11,6	4402
	Allerød Kommune	10,6	10,0	1442
Mænd	16-24 år	2,7	-	37
	25-44 år	5,8	-	207
	45-64 år	12,3		277
	65+ år	8,7	-	150
	Mænd i alt	8,9		671
Kvinder	16-24 år	2,0	-	49
	25-44 år	9,8		264
	45-64 år	13,1		305
	65+ år	16,3		153
	Kvinder i alt	11,9		771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	13,2	11,7	280
	Høj	10,6	10,3	786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	7,7		91
	Uoplyst	11,7		205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	9,8		921
	Ikke erhvervsaktiv	15,7	+	134

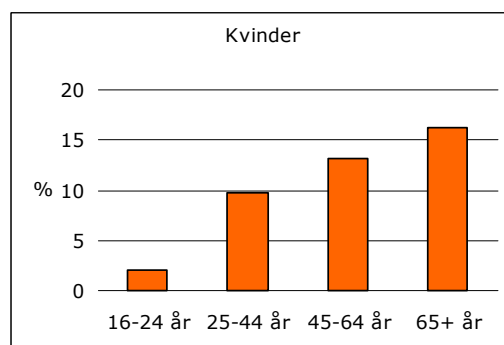
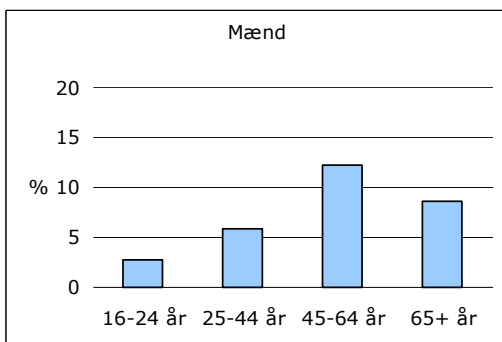
- & + markerer statistisk signifikans



Der er en mindre andel med rygssygdom i Allerød end i Danmark.

Mænd har generelt en mindre forekomst end kvinder, og ældre har generelt en større forekomst end unge.

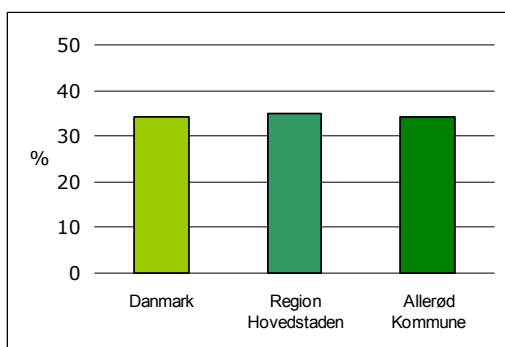
De ikke erhvervsaktive har en større forekomst af rygssygdom end erhvervsaktive.



Standardtabel 3.10. Andel med meget generende gener og symptomer inden for en 14-dages periode.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal	
Total	Danmark	34,3	34,3	16688	
	Region Hovedstaden	34,9	34,9	4402	
	Allerød Kommune	34,9	34,1	1442	
Mænd	16-24 år	24,3	-	37	
	25-44 år	23,7	-	207	
	45-64 år	32,1	-	277	
	65+ år	32,7	-	150	
	Mænd i alt	29,2		671	
	Kvinder	16-24 år	46,9	+	49
25-44 år		39,4		264	
45-64 år		38,4		305	
65+ år		41,2		153	
Kvinder i alt		39,8		771	
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse		Lav/mellem	41,1	39,6	+
	Høj	32,3	31,2		786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	35,2			91
	Uoplyst	35,6			205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	31,9			921
	Ikke erhvervsaktiv	48,5		+	134

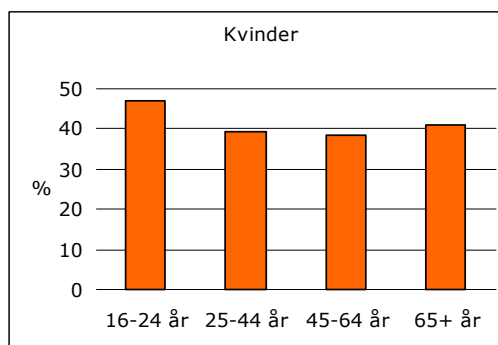
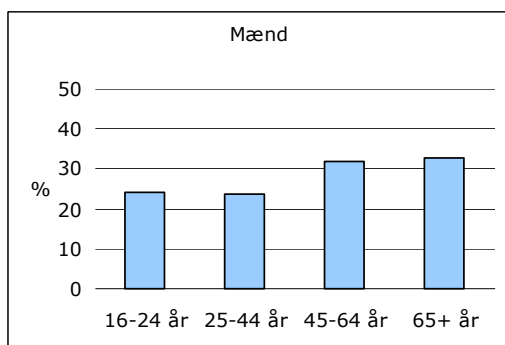
- & + markerer statistisk signifikans



Kvinder oplever flere gener og symptomer end mænd.

Borgere med en lav eller mellemlang uddannelse har en større forekomst end borgere med en høj uddannelse.

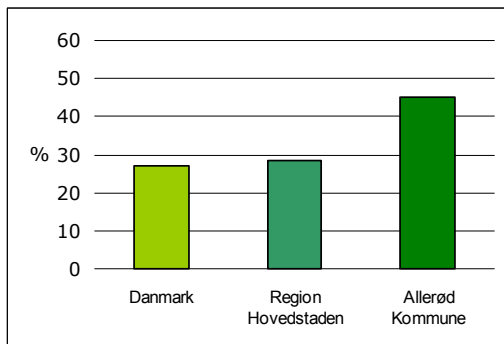
Der er en større andel blandt de ikke erhvervsaktive i forhold til de erhvervsaktive, der er meget generet af gener og symptomer.



Standardtabel 3.11. Andel med smerte eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder inden for en 14 dages periode.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	27,3	27,2	- 16688
	Region Hovedstaden	28,4	28,3	- 4402
	Allerød Kommune	45,3	44,9	1442
Mænd	16-24 år	37,8	-	37
	25-44 år	37,7	-	207
	45-64 år	39,7	-	277
	65+ år	35,3	-	150
	Mænd i alt	37,9		671
Kvinder	16-24 år	49,0		49
	25-44 år	53,0		264
	45-64 år	54,1		305
	65+ år	45,8	-	153
	Kvinder i alt	51,8		771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	43,2	40,2	280
	Høj	46,1	44,7	786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	42,9		91
	Uoplyst	46,8		205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	45,7		921
	Ikke erhvervsaktiv	53,7	+	134

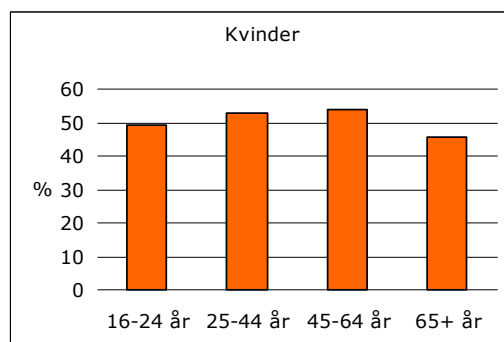
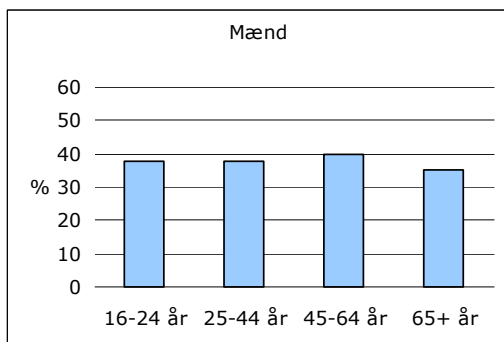
- & + markerer statistisk signifikans



45,3 % af borgerne i Allerød har angivet at have smerte eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder, hvilket er en større andel end i Region Hovedstaden og Danmark.

En større andel blandt kvinder end blandt mænd angiver at have smerter eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder.

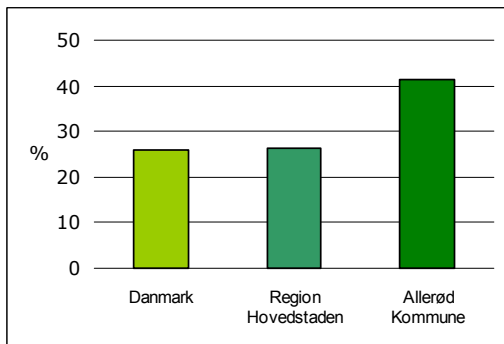
De ikke erhvervsaktive har en større forekomst af smerte eller ubehag i nakke skuldre, arme eller hænder end erhvervsaktive.



Standardtabel 3.12. Andel med smerte eller ubehag i ryg eller lænd inden for en 14-dages periode.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	26,0	26,1	- 16688
	Region Hovedstaden	26,2	26,2	- 4402
	Allerød Kommune	41,4	41,4	1442
Mænd	16-24 år	24,3		- 37
	25-44 år	40,6		207
	45-64 år	40,4		277
	65+ år	35,3		- 150
	Mænd i alt	38,4		671
Kvinder	16-24 år	34,7		- 49
	25-44 år	46,2		264
	45-64 år	44,9		305
	65+ år	42,5		153
	Kvinder i alt	44,2		771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	47,5	44,7	280
	Høj	40,5	39,6	786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	37,4		91
	Uoplyst	43,4		205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	42,0		921
	Ikke erhvervsaktiv	50,0		+ 134

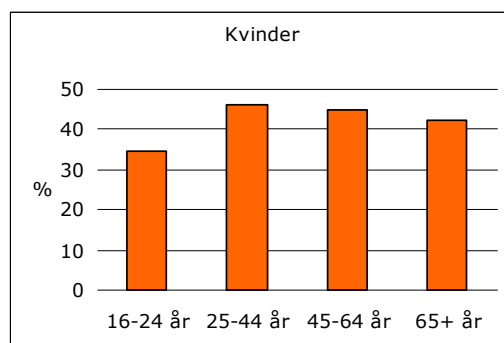
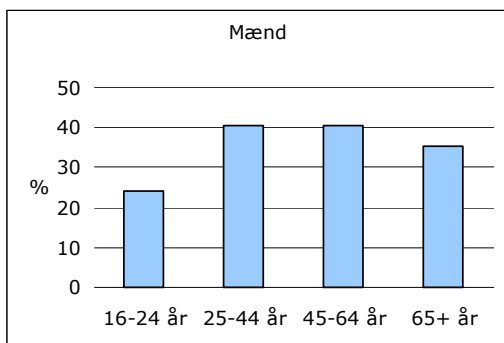
- & + markerer statistisk signifikans



Allerød har en større forekomst af smerter og ubehag i ryg eller lænd end i Region Hovedstaden og Danmark som helhed.

Forekomsten er mindst blandt mænd og kvinder i alderen 16-24 år og mænd i alderen 65+ år.

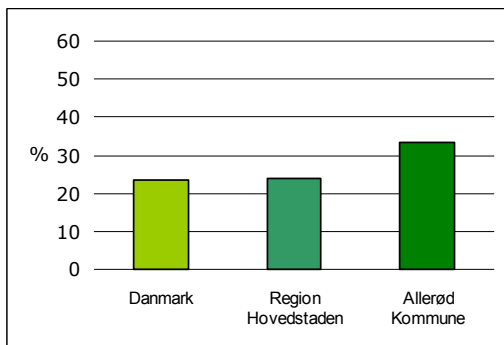
En større andel blandt de ikke erhvervsaktive end blandt de erhvervsaktive har angivet at have smerter og ubehag i ryg eller lænd.



Standardtabel 3.13. Andel med smerter eller ubehag i ben, hofter, knæ eller fødder inden for en 14-dages periode.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	23,3	23,5 -	16688
	Region Hovedstaden	23,9	24,1 -	4402
	Allerød Kommune	34,8	33,4	1442
Mænd	16-24 år	16,2	-	37
	25-44 år	25,1	-	207
	45-64 år	33,9	-	277
	65+ år	38,0	-	150
	Mænd i alt	31,1		671
Kvinder	16-24 år	30,6	-	49
	25-44 år	24,6	-	264
	45-64 år	45,6		305
	65+ år	49,0		153
	Kvinder i alt	38,1		771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	43,2	37,7	280
	Høj	33,1	33,0	786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	26,4		91
	Uoplyst	38,0		205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	31,7		921
	Ikke erhvervsaktiv	42,5	+	134

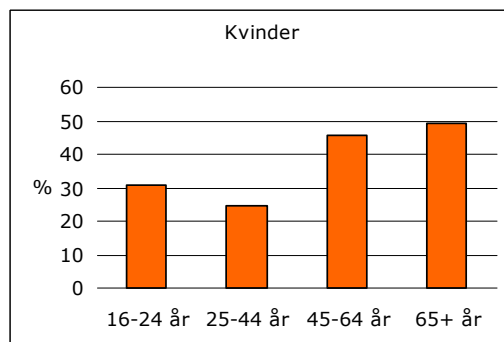
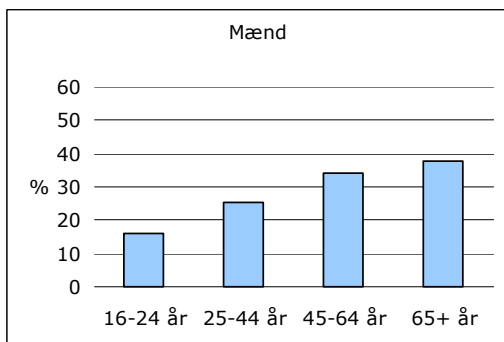
- & + markerer statistisk signifikans



Hver tredje borger i Allerød angiver at have smerter eller ubehag i ben, hofter, knæ eller fødder, hvilket er større end i Region Hovedstaden og Danmark som helhed.

Andelen er større blandt ældre end blandt unge, og kvinder har generelt en større forekomst end mænd.

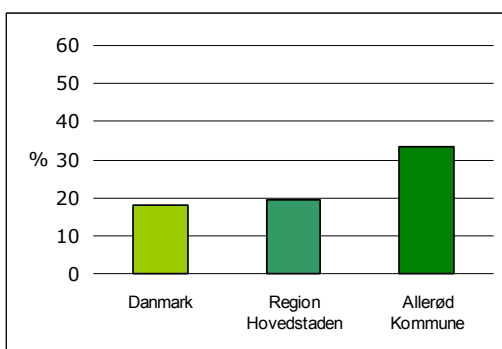
En større andel blandt de ikke erhvervsaktive end blandt de erhvervsaktive har angivet at have smerter og ubehag i ben, hofter, knæ eller fødder.



Standardtabel 3.14. Andel med hovedpine inden for en 14-dages periode.

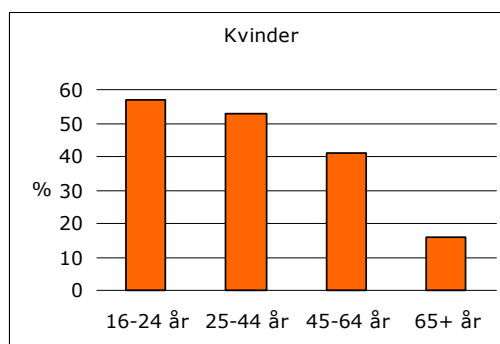
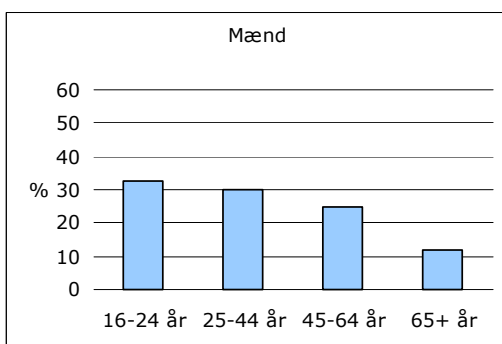
		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	18,4	18,2 -	16688
	Region Hovedstaden	19,7	19,5 -	4402
	Allerød Kommune	33,0	33,6	1442
Mænd	16-24 år	32,4	-	37
	25-44 år	30,0	-	207
	45-64 år	24,9	-	277
	65+ år	12,0	-	150
	Mænd i alt	24,0		671
Kvinder	16-24 år	57,1	+	49
	25-44 år	52,7	+	264
	45-64 år	41,0		305
	65+ år	15,7	-	153
	Kvinder i alt	41,1		771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	26,1	29,9	280
	Høj	35,2	32,9	786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	28,6		91
	Uoplyst	30,2		205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	37,4		921
	Ikke erhvervsaktiv	38,1		134

- & + markerer statistisk signifikans



Andel med hovedpine er større i Allerød end i Region Hovedstad og Danmark som helhed.

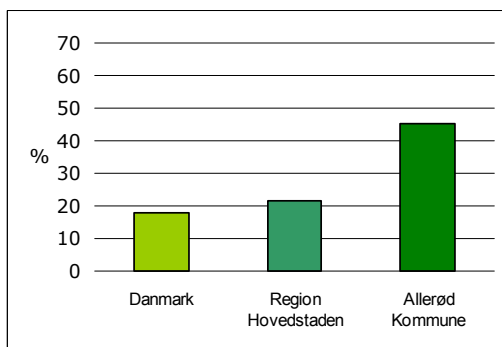
I alle aldersgrupper er andelen, der har haft hovedpine inden for de sidste 14 dage, væsentligt større blandt kvinder end blandt mænd. Forekomsten er størst i de yngste aldersgrupper og aftager derefter med stigende alder.



Standardtabel 3.15 Andel der har været generet af træthed inden for en 14-dages periode.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	17,7	17,7	- 16688
	Region Hovedstaden	21,8	21,6	- 4402
	Allerød Kommune	45,1	45,5	1442
Mænd	16-24 år	40,5		- 37
	25-44 år	44,9		207
	45-64 år	40,4		- 277
	65+ år	34,0		- 150
	Mænd i alt	40,5		671
Kvinder	16-24 år	65,3		+ 49
	25-44 år	55,7		+ 264
	45-64 år	48,5		305
	65+ år	34,6		- 153
	Kvinder i alt	49,4		771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	43,2	45,0	280
	Høj	47,1	45,2	786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	37,4		91
	Uoplyst	39,0		205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	48,3		921
	Ikke erhvervsaktiv	40,3		- 134

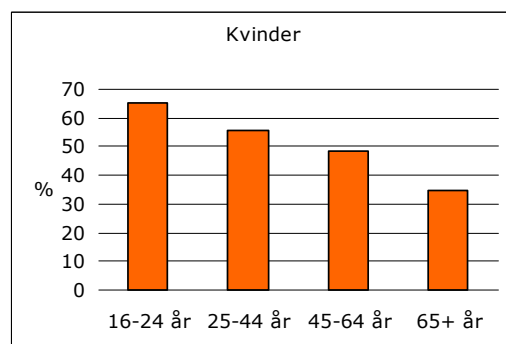
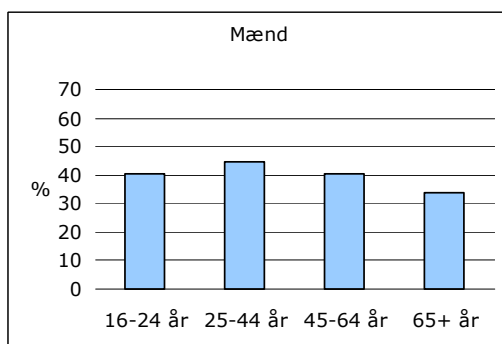
- & + markerer statistisk signifikans



I Allerød har en større andel været generet af træthed end i Region Hovedstaden og i Danmark som helhed.

Andelen er mindst blandt mænd end blandt kvinder. Forekomsten er størst blandt kvinder i alderen 16-44 år.

Der er en større andel blandt de erhvervsaktive end blandt de ikke erhvervsaktive, der har været generet af træthed.



3.2 Ulykker

Ulykker er et forholdsvist stort folkesundhedsproblem. En væsentlig del af kapaciteten på sygehusene anvendes til behandling af skader efter ulykker, og blandt unge udgør ulykker den væsentligste dødsårsag. Eftervirkninger efter ulykker har desuden stor betydning for individers lidelser og livskvalitet og på arbejdskapacitet og sygefravær. I Sundhed i Allerød har vi undersøgt forekomsten af de forskellige ulykkesformer indenfor det sidste år ved at spørge til ulykker i fritiden og herunder bedt borgeren specificere, hvilken type af ulykke der er tale om.

Tabel 3.16 Forekomst af forskellige former for ulykker udenfor arbejdstiden blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent.

Mænd					
	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
Trafikulykke	0,0	0,5	1,8	1,3	1,2
Hjemmeulykke	0,0	1,9	2,9	1,3	2,1
Ulykke ved idræt/sport	13,5	5,3	2,5	0,0	3,4
Andet	2,7	1,9	3,6	2,0	2,7
Antal svarpersoner	37	207	277	150	671

Kvinder					
	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
Trafikulykke	6,1	0,4	0,1	0,7	1,0
Hjemmeulykke	0,0	3,0	3,0	3,3	2,9
Ulykke ved idræt/sport	8,2	2,3	2,3	0,7	2,3
Andet	2,0	1,9	4,6	7,8	4,2
Antal svarpersoner	49	264	305	153	771

I tabel 3.16 vises andelen, som har været udsat for mindst en af de forskellige ulykkestyper inden for det sidste år. Det afhænger klart af køn og alder hvilken type ulykke, der er hyppigst forekommende. At have været udsat for mindst en ulykke inden for det sidste år ved idræt/sport er hyppigst forekommende blandt 16-24 årige, mens hjemmeulykker og andre former for ulykker er hyppigst forekommende i de ældre aldersgrupper.

3.3 Konsekvenser af sygdom

Dette afsnit handler om, hvorledes sygdom og dårligt helbred influerer på opfyldelsen af de sociale roller, de enkelte borgere har, enten i familien, på arbejdet, i fritiden eller i hvilken som helst anden social sammenhæng, de færdes i. De enkelte borgers identitet og betydning er i vid udstrækning afhængig af de sociale sammenhænge, de indgår i, og i tilfælde af sygdom er man sårbar, ikke blot smertemæssigt, kropsmæssigt, men også på det psykosociale plan, og manglende rolleudfyldelse har konsekvenser for, hvorledes omgivelserne vurderer den enkelte og dennes værdi. Begrænsninger i udførelsen af dagligdags aktiviteter som følge af sygdom eller symptomer til sygefravær, arbejdsskift og arbejdsophør som følge af sygdom er mål for sygdomsrelaterede udstødelserprocesser.

Sygefravær inden for de sidste 14 dage samt inden for det sidste år er kun opgjort for de erhvervsaktive, mens aktivitetsbegrænsning, varig aktivitetsbegrænsning samt andel førtidspensionister er opgjort for alle borgere, der har svaret på de respektive spørgsmål.

Det fremgår af tabel 3.17, at borgere i Allerød rammes af aktivitetsbegrænsning og sygefravær på samme niveau som i resten af Danmark. I Allerød angiver 15,0 %, at de har været begrænset i udførelse af dagligdagsaktiviteter, og godt en tredjedel af dem angiver, at begrænsningerne er af længerevarende karakter. Mere end hver tiende har haft en sygedag i løbet af en 14 dages periode, men næsten halvdelen har slet ikke haft en sygedag i løbet af et år.

Tabel 3.17 Andel med aktivitetsbegrænsning, sygefravær og førtidspension.

	Allerød	Danmark
Aktivitetsbegrænsning inden for de seneste 14 dage	15,0	14,9
Langvarig aktivitetsbegrænsning	6,2	6,7
Sygefravær inden for de seneste 14 dage	11,0	11,4
Sygefravær inden for det sidste år	54,2	58,7
Førtidspensionister	1,9	4,2

3.3.1 Brug af hjælpemidler

Anvendelse af hjælpemidler ophæver ikke den kropslige funktionsmangel, men kan fjerne eller mindske aktivitetsbegrænsningen inden for specifikke områder, hvor personens aktiviteter ville være begrænsede uden hjælpemiddel. Dermed bidrager hjælpemidlerne også til forebyggelse af problemer med at udfylde den sociale rolle. Brugen af hjælpemidler er beskrevet ved et enkelt spørgsmål, der omfattede udvalgte former for hjælpemidler, så som briller eller kontaktlinser, høreapparat, stok og kørestol. Svarfordelingen fremgår af tabel 3.18.

Tabel 3.18 Brug af forskellige former for hjælpemidler. Procent.

	Allerød	Danmark
Briller/kontaktlinser	71,4	66,6
Høreapparat	3,7	4,1
Stok, krykker, gangstol	2,5	4,3
Kørestol	1,0	1,0
Andre former for hjælpemidler	2,4	1,6
Bruger en eller flere former for hjælpemidler	72,8	67,4

I Allerød angiver lidt over 70 % af borgerne, at de anvender briller eller kontaktlinser, hvilket er lidt større end landsgennemsnittet (tabel 3.18). Der er ligeledes en større andel, der anvender andre former for hjælpemidler. Til gengæld er der en mindre andel, der anvender høreapparat samt stok, krykker eller gangstol. Andelen, der anvender kørestol, er den samme i Allerød som i Danmark som helhed.

4. Sygdomsadfærd og brug af sundhedsvæsenet

Mennesker reagerer forskelligt på gener og sygdomme. Nogle reagerer ved ikke at foretage sig noget, mens andre reagerer aktivt på måder, der kan variere bredt. De aktive reaktioner kan fx være at kontakte sundhedsvæsenet, tage medicin, eller søge hjælp hos venner og bekendte.

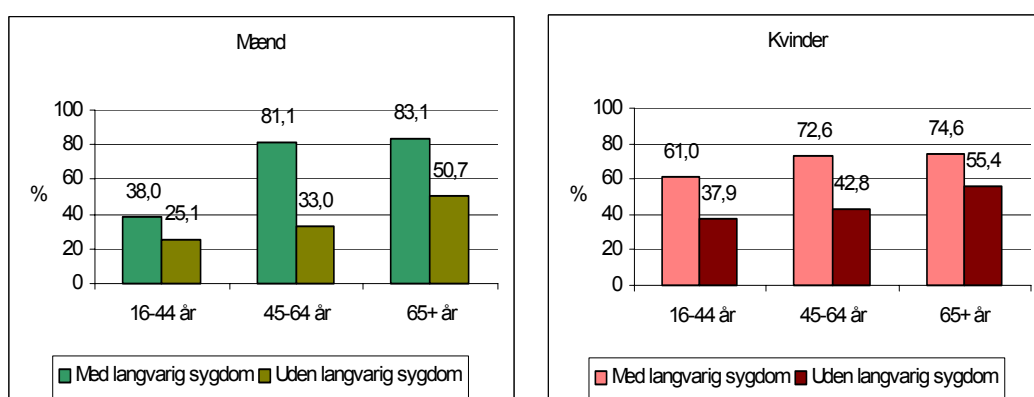
En række oplysninger om brug af sundhedsvæsenet kan fås direkte fra registre. Men registre mangler oplysninger om befolkningens behov for ydelser. Styrken i Sundhed i Allerød er, at det er muligt at belyse sundhedsvæsenets ydelser i forhold til sygelighedsfaktorer.

4.1 Kontakt til læger og andre behandlere inden for en 3-måneders periode

Kontakt til praktiserende læger eller andre behandlere i den primære sundhedstjeneste er belyst i forhold til de seneste tre måneder. Spørgsmålene dækker borgerens kontakt pga. af egen sygdom eller helbredsproblem og ikke børns sygdom.

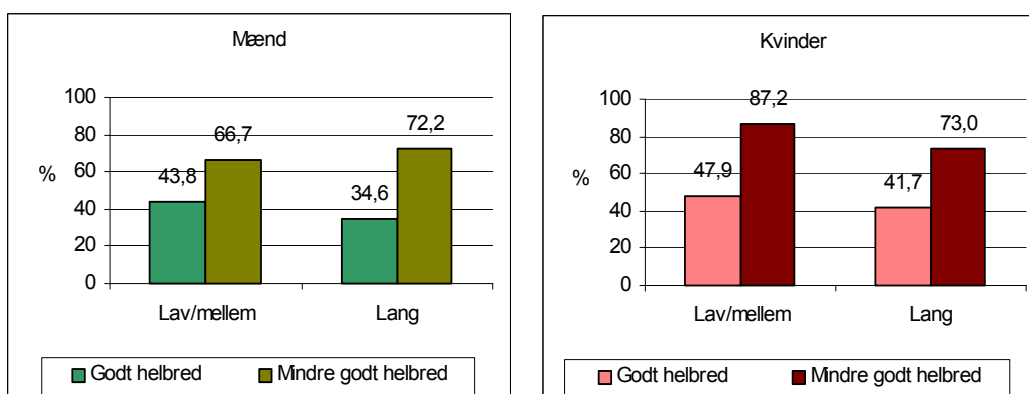
Figur 4.1 belyser sammenhængen mellem sygelighed målt ved langvarig sygdom og brug af sundhedsvæsenet – her ved praktiserende læge. Generelt har en større andel borgere med langvarig sygdom end borgere uden haft kontakt til praktiserende læge i løbet af de sidste tre måneder. Knap tre gange så mange mænd i alderen 45–64 år med langvarig sygdom har været i kontakt med en praktiserende læge som mænd i alderen 45-64 år uden sygdom. Både blandt borgere med og uden langvarig sygdom ses, at andelen, der går til praktiserende læge, stiger med alderen.

Figur 4.1. Andelen der har været i kontakt med praktiserende læge indenfor de sidste 3 måneder blandt personer med og uden langvarig sygdom. Opgjort særskilt for mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent.



Figur 4.2 viser sammenhængen mellem brug af praktiserende læge og selv vurderet helbred blandt borgere i Allerød med forskelligt uddannelsesniveau. Uanset uddannelsesniveau er der en større andel, der har haft kontakt med praktiserende læge blandt personer, der har et mindre godt helbred. Blandt kvinder falder andelen, der har haft kontakt med praktiserende læge med stigende uddannelsesniveau. Der tegner sig et anderledes billede blandt mænd. Andelen af mænd, der rapporterer, at de har haft kontakt med praktiserende læge, falder med stigende uddannelsesniveau blandt borgere, der har et godt selv vurderet helbred, mens der blandt mænd med mindre godt selv vurderet helbred er en større andel blandt de højst uddannede, der har haft kontakt med praktiserende læge.

Figur 4.2. Andel der har været i kontakt med praktiserende læge inden for de sidste 3 måneder blandt mænd og kvinder med og uden dårligt selv vurderet helbred. Procent.



Opgørelser fra Sygesikringsregistret viser, at der på landsplan har været en stigning i antallet af kontakter til praktiserende læger fra ca. 32 mill. patientkontakter i 2000 til mere end 34,5 mill. kontakter i 2004 (Danmarks Statistik: www.statistikbanken.dk). SUSY-2000 undersøgelsen viste tilsvarende en stigning i andelen af befolkningen, der har været i kontakt med praktiserende læge inden for de seneste 3 måneder, fra 35,1 % i 1987 til 39,6 % i 2000. Det samme mønster gør sig gældende for kontakt til praktiserende speciallæge og tandlæge (Kjøller . 2002).

Af tabel 4.1 og 4.2 fremgår kontaktmønstret til læger og andre behandlere blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Generelt er mønstret, at kontakt til læge og behandlere stiger med stigende alder. Dog ses den største forekomst af kontakt til vagtlæge blandt kvinder i aldersgruppen 16-44 år. Flere kvinder end mænd har haft kontakt med læger uden for sygehus: praktiserende læge, praktiserende speciallæge og vagtlæge, mens andelen af mænd, der har haft kontakt til henholdsvis skadestue, hospitalsambulatorium og har været indlagt på hospital er lidt større end blandt kvinder.

Tabel 4.1. Brug af forskellige former for læger inden for en 3-måneders periode. Opgjort særskilt for mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent.

Mænd	16-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
Praktiserende læge	27,1	48,0	64,0	44,0
Vagtlæge	0,8	4,7	3,3	3,0
Praktiserende speciallæge	4,5	12,3	14,0	9,8
Skadestue	3,7	4,0	4,0	3,9
Hospitalsambulatorium	4,1	13,7	20,0	11,6
Hospitalsindlæggelse	1,6	6,1	8,7	5,1
I alt andel med kontakt til læge	32,0	53,4	69,3	49,2
Antal svarpersoner	244	277	150	671

Kvinder	16-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
Praktiserende læge	41,5	51,8	61,4	49,6
Vagtlæge	7,0	5,3	2,0	5,3
Praktiserende speciallæge	12,5	18,0	15,0	15,2
Skadestue	2,9	2,6	3,9	3,0
Hospitalsambulatorium	9,6	11,5	11,8	10,8
Hospitalsindlæggelse	3,5	2,6	7,2	3,9
I alt andel med kontakt til læge	49,8	56,4	66,7	55,8
Antal svarpersoner	313	305	153	771

Tabel 4.2. Brug af andre behandlere inden for en 3-måneders periode. Opgjort særskilt for mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent.

Mænd	16-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
Tandlæge	39,3	53,1	60,7	49,8
Fysioterapeut	4,5	7,6	11,3	7,3
Kiropraktor	6,6	8,3	8,7	7,8
Psykolog	2,1	1,8	0,7	1,6
Antal svarpersoner	244	277	150	671

Kvinder	16-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
Tandlæge	41,2	53,4	55,6	48,9
Fysioterapeut	9,3	15,4	18,3	13,5
Kiropraktor	5,1	6,2	7,2	6,0
Psykolog	5,8	4,6	0,0	4,2
Antal svarpersoner	313	305	153	771

Standardtabel 4.5 viser, at der er en større andel af borgerne i Allerød end såvel Region Hovedstaden som Danmark som helhed, der har haft kontakt til en praktiserende læge indenfor de seneste tre måneder. Der er en tendens til, at andelen af borgerne i Allerød, der har haft kontakt til en praktiserende læge, stiger med alderen, ligesom flere kvinder end mænd har haft kontakt til en praktiserende læge. Flere borgere med lav eller mellemlang uddannelse har haft kontakt med en praktiserende læge end borgere med lang uddannelse. Erhvervsaktive har i mindre omfang end ikke erhvervsaktive haft kontakt til en praktiserende læge.

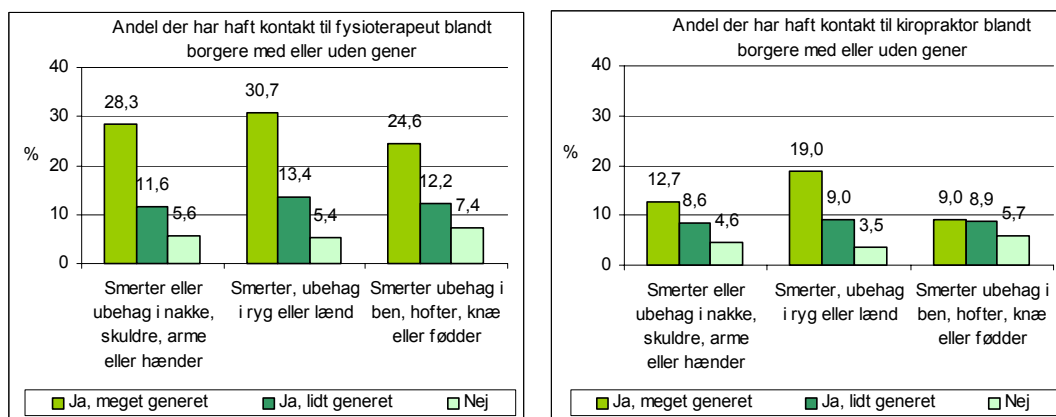
4.2 Brug af tandlæge

Andelen af borgerne i Allerød, der har været til tandlæge indenfor de seneste tre måneder er større end de tilsvarende andele i hhv. Region Hovedstaden og på landsplan (standardtabel 4.6). Andelen, der har haft kontakt til tandlæge indenfor en 3-måneders periode stiger med alderen.

4.3 Brug af fysioterapeut og kiropraktor

Andelen af borgere i Allerød, der har været til enten fysioterapeut (10,6 %) eller kiropraktor (6,8 %) inden for en 3-måneders periode, er dobbelt så stor som befolkningen i Danmark, hvor andelen er hhv. 5,3 % og 3,5 %. Af figur 4.3 ses, at forbruget er størst blandt de borgere, der angiver, at de inden for de seneste 14 dage har været generet af muskel- og skeletssmerter. Andelen, der har haft kontakt til kiropraktor højest blandt de borgere, der angiver, at de har lænde- eller rygproblemer.

Figur 4.3. Brug af fysioterapeut og kiropraktor blandt personer med og uden gener eller ubehag i bevægeapparatet. Procent.



4.4 Psykologisk eller psykiatrisk hjælp

I Allerød har 3,0 % af borgerne haft kontakt til psykolog inden for de seneste 3 måneder. Dette er større end Danmark som helhed, hvor den tilsvarende andel kun er 1,5 %. Andelen med kontakt til psykolog er størst blandt yngre og midaldrende kvinder (tabel 4.2). I Sundhed i Allerød er der desuden spurgt til, om borgerne har haft behov for psykologisk eller psykiatrisk hjælp uden at have fået det. Som det fremgår af standardtabel 4.7 er der betydeligt flere kvinder end mænd, der oplevet et udækket behov for hjælp. Størst andel blandt de ikke erhvervsaktive synes, at de har haft et udækket behov.

Tabel 4.3 viser sammenhængen mellem selv vurderet helbred, sygelighed og stress og behov for psykologisk eller psykiatrisk hjælp uden at have fået det. Tabellen viser, at andelen, der ikke har fået den hjælp, de har behov for, er væsentligt større blandt de borgere, der er syge, som vurderer deres helbred som værende mindre godt eller som ofte er stresset i deres dagligdag.

Tabel 4.3. Behov for psykologisk eller psykiatrisk hjælp uden at have fået det i forhold til helbred, sygelighed og stress. Procent.

		Behov for hjælp
Selvvurderet helbred	Mindre godt	18,5
	Godt	8,0
Langvarig sygdom	Ja	14,3
	Nej	8,0
Oplevet stress	Ofte	29,5
	Sjældent eller aldrig	8,5

4.5 Brug af medicin

Befolkningens brug af medicin kan opgøres på forskellige måder. I lægemiddelstyrelsens statistikker opgøres salget af de forskellige former for medicin både i døgndoser og i omsætning i mill. kr. De hyppigst solgte medikamenter er blodtrykssænkende og smertedæmpende lægemidler, astmamidler, psykoregulerende lægemidler, mavesårsmedicin samt medicin mod infektioner. Sådanne statistikker giver et overblik over, hvor megen medicin, der bliver omsat, men det giver ikke et billede af, hvor megen medicin, der bliver brugt, og om køberen også er den person, der tager medicinen.

Selvrapporteret medicinforbrug kan komme tættere på det egentlige forbrug. Der er dog de begrænsninger og problemer, at borgerne måske ikke er i stand til at give en præcis beskrivelse af de lægemidler, de anvender. Selvrapporteret brug af medicin sammenholdt med data om svarpersonens velbefindende kan fx give en indikation af, om medicinen bliver taget som en reaktion på et helbredsproblem eller sygdom.

Som det fremgår af tabel 4.4 har en langt større andel af de, der angiver at have et mindre godt helbred, brugt receptmedicin inden for de sidste 14 dage. Det samme mønster ses blandt borgere med eller uden langvarig sygdom. Det fremgår endvidere af tabellen, at næsten alle borgere med diabetes, forhøjet blodtryk og kronisk bronkitis har brugt receptpligtig medicin i en 14-dages periode (ved angivelse af sygdomme, skelnes der ikke mellem behandlingskrævende eller ikke behandlingskrævende sygdomme, fx bliver der spurgt overordnet til diabetes, der skelnes ikke mellem type 1 eller type 2 diabetes).

Tabel 4.4. Brug af receptmedicin inden for de seneste 14 dage i forhold til helbred og sygelighed. Procent.

		Brug af receptmedicin inden for en 14-dages periode
Selvvurderet helbred	Mindre godt	76,1
	Godt	34,0
Langvarig sygdom	Ja	69,9
	Nej	28,1
Listesygdom	Diabetes	78,7
	Forhøjet blodtryk	91,3
	Kronisk bronkitis, KOL	80,8
	Hovedpine, migræne	65,4
	Rygsygdom	62,1
Meget generet af symptomer sidste 14 dage		58,5

Standardtabel 4.8 viser, at en større andel af borgerne i Allerød bruger receptmedicin end i Region Hovedstaden og i Danmark som helhed. Flere kvinder end mænd har taget receptpligtig medicin inden for en 14 dages periode, og andelen af borgere, der bruger receptmedicin, stiger med alderen. Således bruger 68,0 % af mænd, der er fyldt 65 år medicin, hvor andelen blandt mænd i alderen 16-24 år er 18,9 %. Blandt de ikke erhvervsaktive har 6 ud af 10 taget receptmedicin inden for de seneste 14 dage.

Som det fremgår af standardtabel 4.9 er mønstret for brug af håndkøbsmedicin anderledes. Andelen, der bruger håndkøbsmedicin, er ligesom andelen, der bruger receptmedicin større i Allerød end i Region Hovedstaden og i Danmark som helhed. Ligeledes er der generelt flere kvinder end mænd, der bruger håndkøbsmedicin. Hvor brugen af receptmedicin stiger med alderen, ses det modsat rettede mønster for brug af håndkøbsmedicin bortset fra de helt unge mænd, hvor andelen er mindre end andelen blandt de 25-44 årige såvel som blandt de 45-64 årige. Mønsteret er mest udbredt for kvinders vedkommende.

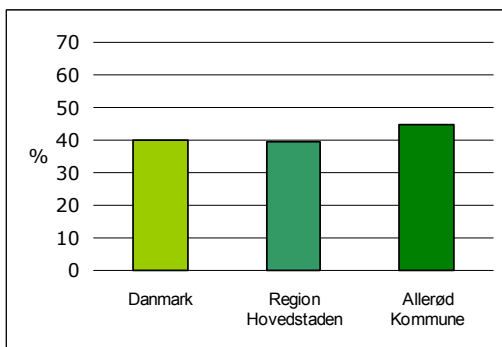
Forbruget af smertestillende recept- og håndkøbsmedicin inden for en 14-dages periode er vist i standardtabel 4.10. Hver anden kvinde har taget en form for smertestillende medicin i løbet af de sidste 14 dage, hvor den tilsvarende andel for mænd er hver tredje. En større andel af borgerne i Allerød bruger smertestillende medicin end Danmark som helhed. Andelen af medicinbrugere er større blandt borgere, der er uden for arbejdsmarkedet end blandt borgere i arbejde.

Hvad angår blodtrykssænkende medicin, viser standardtabel 4.11, at en større andel i Allerød end i Region Hovedstaden og i Danmark generelt har brugt blodtrykssænkende medicin inden for en 14-dages periode. Der er store aldersforskelle i brugen af blodtrykssænkende medicin. Således bruger næsten 40 % borgere, der er fyldt 65 år, blodtrykssænkende medicin, mens der tilsvarende kun er hhv. 3,4 % og 3,8 % mænd og kvinder i alderen 25-44 år, der bruger denne medicin. Borgere, der ikke er i arbejde, bruger ligeledes mere medicin end borgere, der er aktive på arbejdsmarkedet.

Standardtabel 4.5. Andel der har haft kontakt til praktiserende læge inden for en 3-måneders periode.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	39,6	39,8	- 16688
	Region Hovedstaden	39,3	39,7	- 4402
	Allerød Kommune	47,0	44,8	1442
Mænd	16-24 år	24,3		- 37
	25-44 år	27,5		- 207
	45-64 år	48,0		277
	65+ år	64,0		+ 150
	Mænd i alt	43,9		671
Kvinder	16-24 år	49,0		49
	25-44 år	40,2		- 264
	45-64 år	51,8		305
	65+ år	61,4		+ 153
	Kvinder i alt	49,5		771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	54,6	50,9	+ 280
	Høj	42,9	43,0	786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	46,2		91
	Uoplyst	57,1		205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	41,2		921
	Ikke erhvervsaktiv	57,5		+ 134

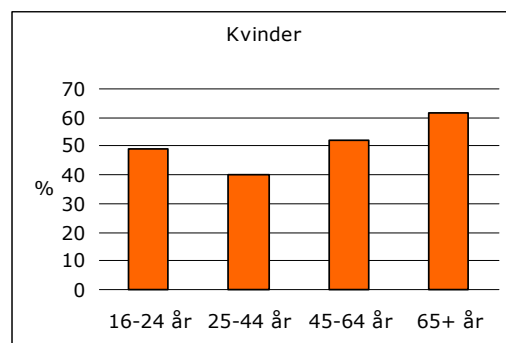
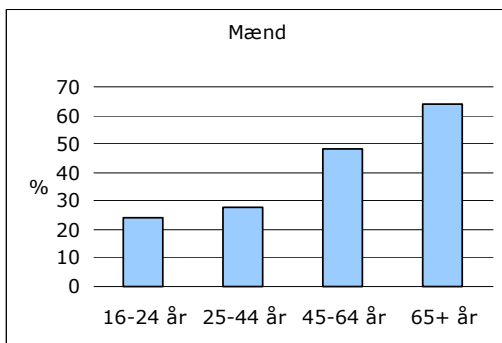
- & + markerer statistisk signifikans



47,0 % af borgerne i Allerød har haft kontakt med praktiserende læge, hvilket er en større andel end i Region Hovedstaden og i Danmark som helhed.

Borgere, der er højtuddannede, har i mindre grad end borgere, der er lavtuddannede eller har en mellemlang uddannelse, haft kontakt til praktiserende læge.

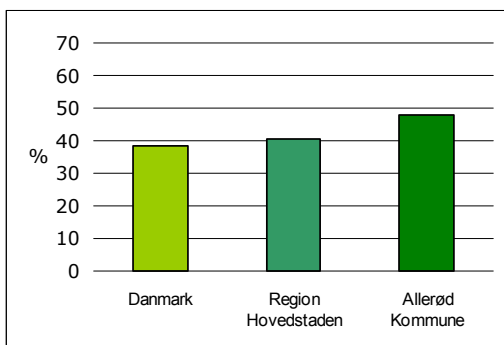
Andelen, der kontakter praktiserende læge, er større blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive.



Standardtabel 4.6. Andel der har haft kontakt til tandlæge inden for en 3-måneders periode.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	38,6	38,6	- 16688
	Region Hovedstaden	40,4	40,7	- 4402
	Allerød Kommune	49,3	47,9	1442
Mænd	16-24 år	40,5		- 37
	25-44 år	39,1		- 207
	45-64 år	53,1		277
	65+ år	60,7		+ 150
	Mænd i alt	49,9		671
Kvinder	16-24 år	36,7		- 49
	25-44 år	42,0		- 264
	45-64 år	53,4		305
	65+ år	55,6		153
	Kvinder i alt	48,8		771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	48,9	44,9	280
	Høj	50,8	51,7	786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	56,0		91
	Uoplyst	45,9		205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	48,0		921
	Ikke erhvervsaktiv	45,5		134

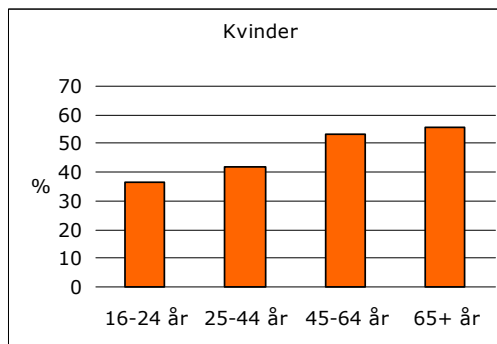
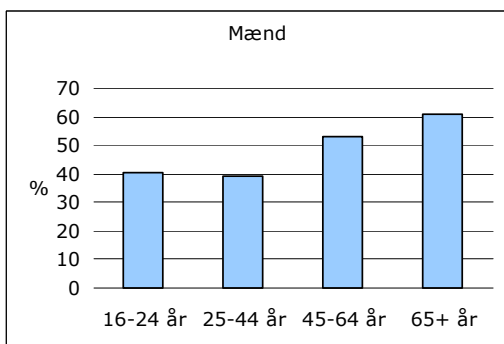
- & + markerer statistisk signifikans



49,3 % har haft kontakt til tandlæge inden for de seneste 3 måneder. Betragteligt flere borgere i Allerød har haft kontakt til tandlæge end den danske befolkning.

Ældre har haft kontakt til tandlæge i større omfang end yngre.

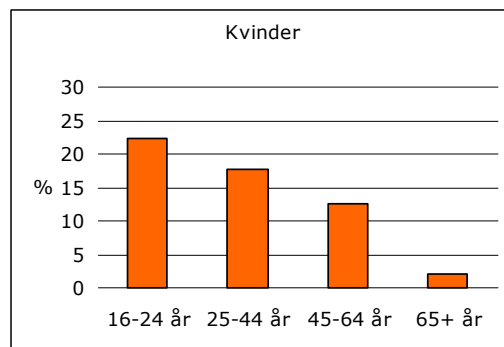
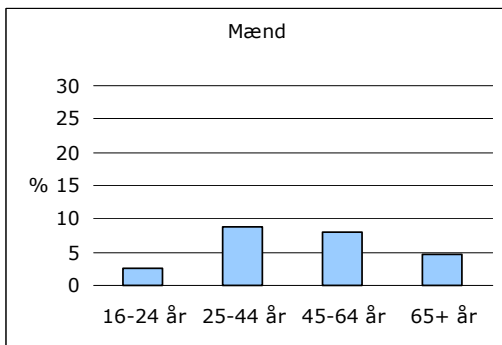
Ligeså mange mænd som kvinder har været hos tandlæge i løbet af de sidste 3 måneder.



Standardtabel 4.7. Andel med behov for psykologisk eller psykiatrisk hjælp uden at have fået det.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark			
	Region Hovedstaden			
	Allerød Kommune	10,3	10,2	1442
Mænd	16-24 år	2,7	-	37
	25-44 år	8,7		207
	45-64 år	7,9	-	277
	65+ år	4,7	-	150
	Mænd i alt	7,1		671
Kvinder	16-24 år	22,4	+	49
	25-44 år	17,8	+	264
	45-64 år	12,5		305
	65+ år	2,0	-	153
	Kvinder i alt	12,8		771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	7,9	9,8	280
	Høj	10,4	9,5	786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	15,4		91
	Uoplyst	9,3		205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	11,4		921
	Ikke erhvervsaktiv	16,4	+	134

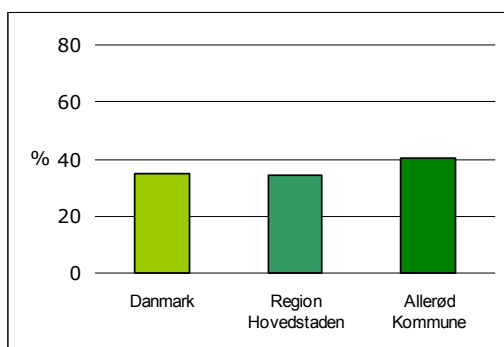
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 4.8. Andel der har brugt receptmedicin inden for en 14-dages periode.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	34,6	35,0	16688
	Region Hovedstaden	33,7	34,5	4402
	Allerød Kommune	43,1	40,5	1442
Mænd	16-24 år	18,9	-	37
	25-44 år	22,2	-	207
	45-64 år	40,1	-	277
	65+ år	68,0	+	150
	Mænd i alt	39,6		671
Kvinder	16-24 år	32,7	-	49
	25-44 år	33,3	-	264
	45-64 år	50,5		305
	65+ år	63,4	+	153
	Kvinder i alt	46,0		771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	50,4	43,2	280
	Høj	41,5	42,0	786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	38,5		91
	Uoplyst	48,8		205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	34,6		921
	Ikke erhvervsaktiv	59,7	+	134

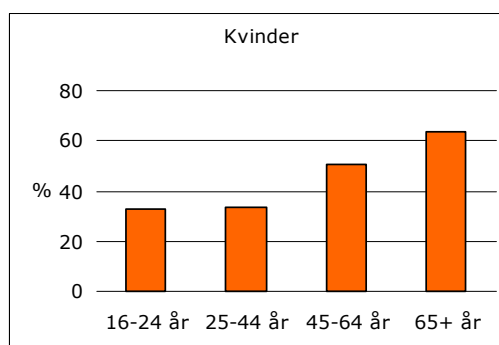
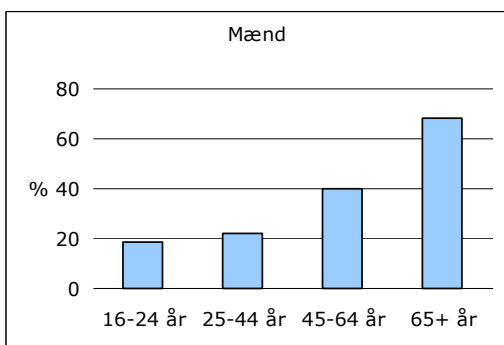
- & + markerer statistisk signifikans



En større andel i Allerød end i Region Hovedstaden og i Danmark angiver at have brugt receptmedicin inden for de seneste 14 dage.

Flere kvinder end mænd bruger receptmedicin. Andelen stiger med alderen.

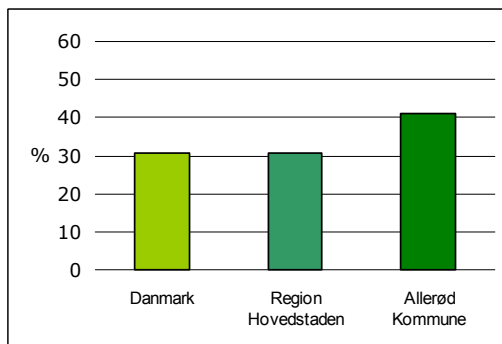
Der er en større andel blandt de ikke erhvervsaktive end blandt de erhvervsaktive, der har brugt receptmedicin inden for de seneste 14 dage.



Standardtabel 4.9. Andel der har brugt håndkøbsmedicin inden for en 14-dages periode.

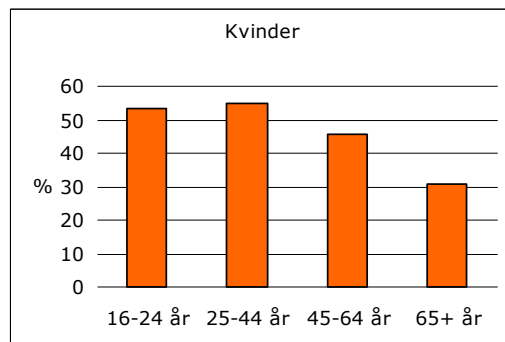
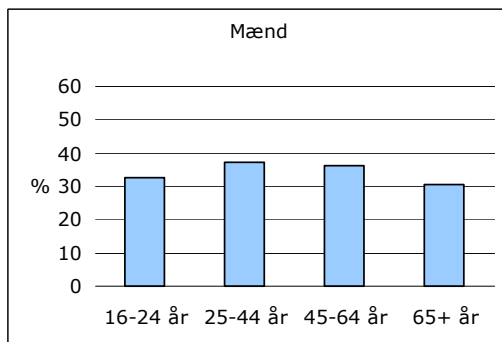
		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	30,7	30,6	- 16688
	Region Hovedstaden	30,8	30,8	- 4402
	Allerød Kommune	41,0	41,1	1442
Mænd	16-24 år	32,4		- 37
	25-44 år	37,2		- 207
	45-64 år	36,1		- 277
	65+ år	30,7		- 150
	Mænd i alt	35,0		671
Kvinder	16-24 år	53,1		+ 49
	25-44 år	54,9		+ 264
	45-64 år	45,6		305
	65+ år	30,7		- 153
	Kvinder i alt	46,4		771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	37,1	38,9	280
	Høj	43,3	41,8	786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	44,0		91
	Uoplyst	35,1		205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	43,8		921
	Ikke erhvervsaktiv	42,5		134

- & + markerer statistisk signifikans



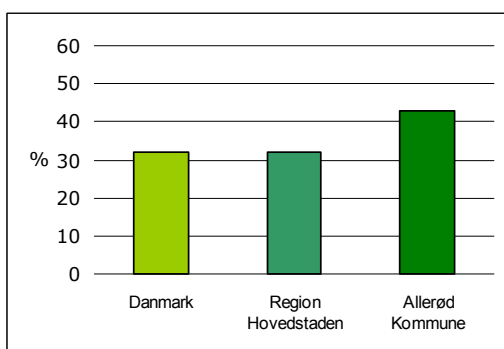
En større andel i Allerød end i Region Hovedstaden og i Danmark angiver at have brugt håndkøbsmedicin inden for de seneste 14 dage.

Der er en større andel blandt kvinder end blandt mænd der bruger håndkøbsmedicin. Kvinder i alderen 16-44 år har den største forekomst.



Standardtabel 4.10. Andel der har brugt smertestillende medicin inden for en 14-dages periode.

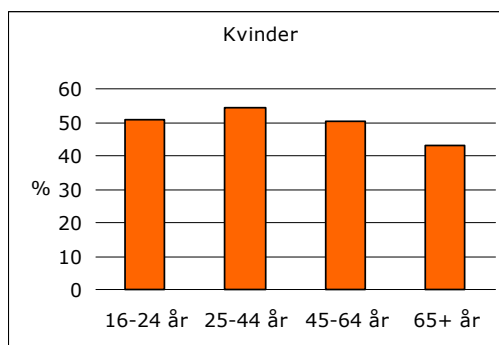
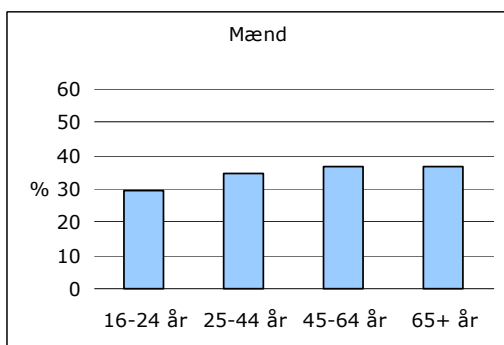
		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	32,1	32,1	16688
	Region Hovedstaden	31,8	31,9	4402
	Allerød Kommune	43,4	43,0	1442
Mænd	16-24 år	29,7	-	37
	25-44 år	34,8	-	207
	45-64 år	36,5	-	277
	65+ år	36,7	-	150
	Mænd i alt	35,6		671
Kvinder	16-24 år	51,0		49
	25-44 år	54,5		264
	45-64 år	50,2		305
	65+ år	43,1	-	153
	Kvinder i alt	50,4		771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	46,1	45,7	280
	Høj	43,9	42,3	786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	35,2		91
	Uoplyst	42,0		205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	43,5		921
	Ikke erhvervsaktiv	51,5	+	134



En større andel i Allerød end i Region Hovedstaden og i Danmark angiver at have brugt smertestillende medicin inden for de seneste 14 dage.

Flere kvinder end mænd bruger receptmedicin.

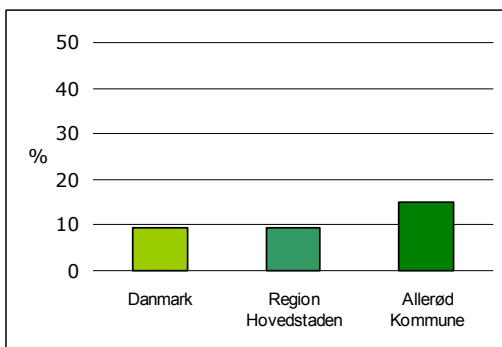
En større andel blandt de ikke erhvervsaktive end blandt de erhvervsaktive angiver at have brugt smertestillende medicin inden for de seneste 14 dage.



Standardtabel 4.11. Andel der har brugt blodtryksænkende medicin inden for en 14-dages periode.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	9,2	9,4 -	16688
	Region Hovedstaden	9,0	9,5 -	4402
	Allerød Kommune	16,8	15,1	1442
Mænd	16-24 år	2,7	-	37
	25-44 år	3,4	-	207
	45-64 år	18,4		277
	65+ år	39,3	+	150
	Mænd i alt	17,6		671
Kvinder	16-24 år	10,2	-	49
	25-44 år	3,8	-	264
	45-64 år	16,1		305
	65+ år	39,9	+	153
	Kvinder i alt	16,2		771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	23,9	19,3	280
	Høj	13,5	14,9	786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	12,1		91
	Uoplyst	26,3		205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	9,7		921
	Ikke erhvervsaktiv	20,9	+	134

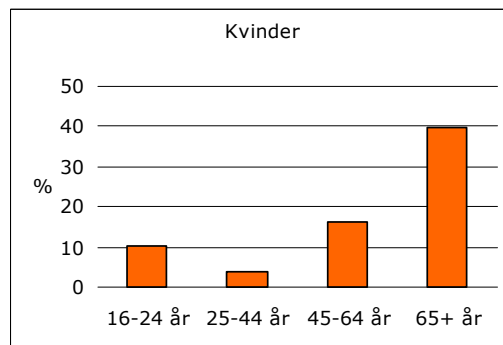
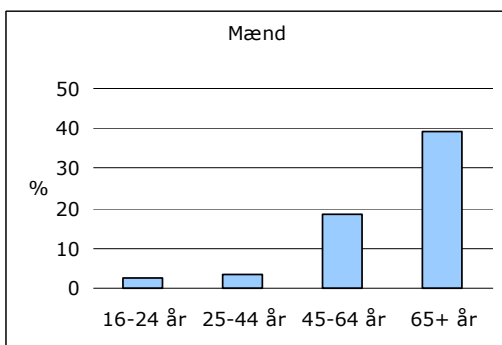
- & + markerer statistisk signifikans



16,8 % af borgerne i Allerød har brugt blodtryksænkende medicin inden for de seneste 14 dage. Dette er en større andel end i Region Hovedstaden og Danmark.

Andelen der har brugt blodtryksænkende medicin inden for de seneste 14 dage stiger med alderen

De ikke erhvervsaktive har en større forekomst end de erhvervsaktive.



5. Sundhedsadfærd

Sundhedsadfærd forstås som den del af livsstilen, der har mulige konsekvenser for den enkelte persons sundhed og helbred. Der kan være tale om såvel tilsigtede som utilsigtede konsekvenser. Ligeledes kan der være tale om såvel målrettede og bevidste handlinger, der udføres 'for at' opnå sundhed eller 'for at' undgå sygdom, som mere vanemæssig adfærd, som udføres uden egentlige overvejelser om dens sundhedsmæssige eller helbredsmæssige konsekvenser. Sundhedsadfærd kan betragtes som en epidemiologisk risikofaktor, hvor det er vigtigt at kunne konstatere objektivt og præcist, i hvilken udstrækning den enkelte person udfører sundhedsfremmende eller –skadelig adfærd. Fx, hvorvidt den enkelte borger er fysisk aktiv i det anbefalede omfang, eller udsætter sig for helbredsrisici i form af rygning, eller i form af indtagelse af en vis mængde fedt i maden osv. Der kan imidlertid også anlægges et andet, mere psykologisk-socialpsykologisk perspektiv, hvor det væsentlige er at forstå, hvilket motiv og hvilken begrundelse der evt. er for adfærden. Det er vigtig viden ved tilrettelæggelse af sundhedsfremmeindsatser, at et realistisk mål måske bør være at opnå, at den enkelte begynder blot at overveje at ændre sin adfærd i en sundere retning (Rasmussen 2002).

5.1 Hvad skal der til for at ændre sundhedsadfærd?

Der bliver ofte rejst kritik af sundhedskampagnerne angiveligt manglende effekt på befolkningens livsstil og sundhedsadfærd, og der bliver stillet forslag om mere målrettede, opsøgende, restriktive og intensive ændringsmetoder. Logikken bag denne kritik synes at være, at når der ikke fra den ene dag til den anden ses en ændring i adfærden, så er det udtryk for en dårlig kampagne. Dermed undervurderer man, at sundhedsadfærd er bundet i det enkelte menneskes liv og sociale omgivelser og er ikke - eller kun til en vis grad - bestemt af, om personen ved, om det er sundt eller usundt, det vedkommende gør og dernæst handler rationelt ud fra en sådan viden. Ligeledes kan også normer og gruppeadfærd være med til at påvirke vores sundhedsadfærd i såvel positiv som negativ retning (Rasmussen 2002).

5.2 Egen indsats

I dette afsnit belyses psykosociale perspektiver af sundhedsadfærd. At man tror, at egen indsats har betydning for helbred og sundhed, er en vigtig forudsætning for, at sundhedsformidlere, praktiserende læger m.fl. kan motivere befolkningen til selv at ændre på deres sundhedsadfærd. For at få et billede af de former for adfærd, som borgere i Allerød udfører med det formål eller med den tanke, at adfærden skal eller kan være sund, er der i Sundhed i Allerød spurgt til, hvorvidt man gør noget for at bevare eller forbedre sit helbred, samt om man tillægger egen indsats en betydning. Det giver et billede af borgernes opmærksomhed på og tilskyndelse til at leve sundt, men fortæller til gengæld ikke nødvendigvis noget om personen nu også gør det, han eller hun siger. For eksempel kan en person, der er opmærksom på at spise sund kost reelt spise mere usundt, end en person der ikke er opmærksom på sin kost. Sundhedsadfærdens betydning for danskernes sundhedstilstand er blevet bekræftet gennem omfattende analyser, der bl.a. viser at rygning årligt medfører et merforbrug i sundhedsvæsenet på næsten 4,5 mia. kr., og behandling af alkoholrelaterede lidelser tegner sig for yderligere 947 mio. kr. (Juel, et al 2006).

Som det fremgår af standardtabel 5.3, angiver mere end tre ud af fire borgere i Allerød, at de tror, at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare deres helbred. Dette er højere end i Region Hovedstaden og på landsplan hvor andelen er omkring 65 %. Kvinder angiver i større grad end mænd, at de tillægger egen indsats en betydning, ligesom andelen er størst blandt de højest uddannede og de erhvervsaktive. Andelen, der vurderer egen indsats som vigtig, falder med alderen. Standardtabel 5.4 viser, at borgerne i Allerød (90,1 %) i højere grad end i Danmark (82,7 %) henholdsvis i Region Hovedstaden (84,6 %) aktivt gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred. Både de højtuddannede såvel som erhvervsaktive er dem, hvor flest gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred.

5.3 Rygning

En væsentlig årsag til danskernes overdødelighed er danskernes rygevaner. Beregninger har vist, at en rygere lever 7-10 år kortere end ikke-rygere (Juel, et al 2006). I forhold til andre lande ligger rygningen på et højt niveau i Danmark, især blandt kvinder (Nielsen 2002).

Det fremgår af standardtabel 5.5, at andelen af borgere i Allerød, der ryger dagligt, er langt mindre end i Region Hovedstaden og i Danmark som helhed. Bortset fra de 65+ årige er der en tendens til, at andelen af rygere stiger med alderen. Der er flere lavt- og mellemlangt uddannede, der ryger end højtuddannede, ligesom der er flere ikke erhvervsaktive, der ryger end erhvervsaktive.

I standardtabel 5.6 genfindes samme mønster som i standardtabel 5.5. Andelen af storrygere, dvs. personer der ryger 15 cigaretter eller flere om dagen, er markant mindre i Allerød end i Danmark som helhed. For både mænd og kvinder ses den største andel af storrygere i aldersgruppen 45-64 år. Mht. uddannelse findes den største andel af storrygere blandt de borgere, der har en lav eller en mellemlang uddannelse. Forskellen er mere markant end for daglig-rygning. Den sociale gradient genfindes ligeledes for borgere i og udenfor arbejdsmarkedet.

5.4 Fysisk aktivitet

Den teknologiske udvikling har haft stor betydning for vores daglige bevægelsesmønstre. Således er vores fysiske aktivitetsniveau på en lang række områder formindsket i takt med, at de fysiske krav i vores fritids- og arbejdsliv er reduceret. Denne udvikling påvirker vores sundhed og sygelighed, og langt hen ad vejen er det muligt at relatere udviklingen inden for en række livsstilsorienterede sygdomme til manglende fysisk belastning af knogler og kredsløb. Tidligere anbefalede Sundhedsstyrelsen fysisk aktivitet i fire timer om ugen eller derover for at opnå en sundhedsfremmende effekt men valgte i 1999 at tilslutte sig nye internationale retningslinier. De nye retningslinier anbefaler fysisk aktivitet på minimum et moderat niveau i mindst 30 minutter om dagen alle ugens dage. Med moderat fysisk aktivitet forstås, at man fx føler sig lettere forpustet, men ikke mere end at man stadig kan føre en samtale (Sundhedsstyrelsen 2001). De 30 minutters fysiske aktivitet kan langt hen ad vejen indgå som en naturlig del af hverdagen som ved fx at cykle, gå, ordne have eller gøre rent.

Det vil være relevant at styrke indsatsen omkring de 30 minutters fysisk aktivitet om dagen i forhold til de ældre, idet en stor andel blandt ældre er fysisk inaktive eller kun lidt fysisk aktive, specielt ældre kvinder.

Det har vist sig vanskeligt at udvikle en ny indikator, der belyser Sundhedsstyrelsens nye retningslinjer, derfor er fysisk aktivitet i fritiden i denne undersøgelse belyst gennem spørgsmålet: "Hvis vi ser på det sidste år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse på din fysiske aktivitet i fritiden?" Svarfordelingen fremgår af tabel 5.1.

Tabel 5.1. Fysisk aktivitet i fritiden. Procent.

Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen	4,3
Dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde e.l. mindst 4 timer om ugen	24,8
Spadsere, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer pr. uge (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde)	55,4
Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse	11,2
Uoplyst	4,2
I alt	100

5.5 Fysisk aktivitet i hovedbeskæftigelsen

Den teknologiske udvikling har som nævnt medført en ændring i vores daglige bevægelsesmønster, og det gælder i høj grad for vores arbejdsliv. Det stillesiddende arbejde er mere udbredt end tidligere og er samlet set den mest udbredte arbejdsform blandt erhvervsaktive mennesker (tabel 5.2).

Fysisk aktivitet i hovedbeskæftigelsen er belyst gennem følgende spørgsmål: "Hvordan vil du beskrive den fysiske belastning i din hovedbeskæftigelse". Svarfordelingen fremgår af tabel 5.2.

Tabel 5.2. Fysisk aktivitet i arbejdet. Procent.

Hovedsageligt stillesiddende arbejde, som ikke kræver legemlig anstrengelse	42,5
Arbejde, som i stort omfang udføres stående eller gående, men eller ikke kræver legemlig anstrengelse	11,5
Stående eller gående arbejde med en del løfte- eller bærearbejde	11,3
Tungt eller hurtigt arbejde som er anstrengende	1,3
Ikke erhvervsaktiv	30,7
Uoplyst	2,7
I alt	100

Standardtabel 5.7 viser, at andelen med hård eller mellemhård fysisk aktivitet i fritiden er større i Allerød, end i såvel Region Hovedstaden som på landsplan. Andelen falder i takt med stigende alder. Der er desuden i alle aldersgrupper større andele blandt mænd end kvinder, der er fysisk aktive i fritiden. Andelen er desuden større blandt de erhvervsaktive end blandt de ikke erhvervsaktive.

I standardtabel 5.8 angives andelen med stillesiddende arbejde i hovedbeskæftigelsen. Der er alene medtaget erhvervsaktive borgere i alderen 25–64 år. I forhold Region Hovedstaden og Danmark er der en væsentligt større andel, der beskriver den fysiske aktivitet i deres hovedbeskæftigelse som værende stillesiddende. Flere mænd end kvinder har stillesiddende arbejde i deres hovedbeskæftigelse. Større andele blandt højtuddannede har stillesiddende arbejde.

5.6 Alkohol

En stor andel af den danske befolkning drikker jævnligt alkohol. Forbruget af alkohol har ligesom rygning været en medvirkende årsag til den stagnerende middellevetid op gennem 1990'erne. Opgørelser har vist, at der har været mere end 2.500 årlige dødsfald i Danmark, der enten har haft alkohol som primær årsag eller som medvirkende årsag (Juel, et al 2006).

Personer med stort alkoholforbrug har højere dødelighed og sygelighed end personer med moderat eller intet forbrug. Personer uden alkoholforbrug har den samme risiko for sygelighed og dødelighed som personer med et moderat alkoholforbrug (Grønbæk, et al 1997). For at forebygge alkoholrelaterede problemer i den danske befolkning anbefaler Sundhedsstyrelsen en maksimumsgrænse for den enkeltes ugentlige forbrug af alkohol på maksimalt på 21 genstande for mænd og 14 for kvinder.

Retningslinier for gravide er ingen alkohol under graviditet. Standardtabel 5.9 viser andelen, der overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse. Der er færre i Allerød (12,5 %) end i Region Hovedstaden (15,9 %), der har overskredet genstandsgrænsen.

I alle aldersgrupper er der flere mænd end kvinder, der overskrider genstandsgrænsen. Der er færrest blandt 25-44-årige mænd og kvinder, der overskrider genstandsgrænsen. En større andel af de ikke erhvervsaktive end af de erhvervsaktive overskrider genstandsgrænsen.

Anbefalingerne blev i 2005 suppleret med retningslinier for forbruget af alkohol for en drikkeepisode. Sundhedsstyrelsen tilråder nu, at man højst drikker fem genstande, når man drikker alkohol. Hvis man på en dag/aften drikker mere end fem genstande kaldes det for en bingeepisode.

Standardtabel 5.10 viser, at 54,6 % af borgerne i Allerød, inden for den seneste måned, ved en enkelt lejlighed har drukket mere end 5 genstande. En større andel blandt mænd end blandt kvinder har haft mindst en episode, hvor de har drukket mere end fem genstande. For begge køn er det aldersgruppen 16-24 år, der har den højeste forekomst. Der er en større andel blandt de erhvervsaktive end blandt de ikke erhvervsaktive, der ved mindst en lejlighed har indtaget mere end 5 genstande.

5.7 Hash

Standardtabel 5.11 viser andelen, der inden for det sidste år har prøvet at indtage hash. Andelen af borgerne i Allerød kommune, der har prøvet at indtage hash er mindre end både i Region Hovedstaden såvel som i Danmark. Andelen er lidt mindre blandt kvinder end blandt mænd. Den aldersgruppe, der langt oftest har prøvet at indtage hash, er de 16-24 årige. Stort set ingen i de ældste aldersgrupper har indtaget hash i løbet af det sidste år.

5.8 Kost

Gode kostvaner er af betydning for forebyggelse af de store folkesygdomme, såsom hjerte-kar-sygdomme, kræft, muskel- og skeletlidelser og overvægt. I nærværende undersøgelse er der spurgt til, hvor ofte borgerne indtager forskellige former for madvarer. I dette afsnit belyses, hvor stor en andel af borgere i Allerød, der spiser hhv. salat, råkost og frugt.

Borgere i Allerød angiver i større grad end i Region Hovedstaden og i Danmark som helhed, at de spiser salat eller råkost hver dag eller næsten hver dag (standardtabel 5.12). Andelen af kvinder, der spiser salat eller råkost, er langt højere end andelen blandt mænd. Den højeste andel ses for mænd i aldersgruppen 45-64 år og for kvinder i aldersgruppen 25-44 år. Ligeledes ses, at de højest uddannede, og dem der er erhvervsaktive, har en større andel end blandt dem med lav eller mellemlang uddannelse og blandt dem, der ikke er erhvervsaktive.

Standardtabel 5.13 viser, hvor mange der spiser frugt hver dag eller næsten hver dag. I Allerød angiver flere borgere end i Region Hovedstaden og i Danmark som helhed, at de spiser frugt hver dag eller næsten hver dag. I alle aldersgrupper er der flest kvinder, der angiver, at de spiser frugt. For mænd ses, at andelen stiger med stigende alder. Andelen er størst blandt de højest uddannede.

5.9 Svær overvægt og undervægt

Forekomsten af svær overvægt er øget globalt. Svær overvægt øger risikoen for en lang række sygdomme som hjerte-karsygdomme, diabetes, forhøjet blodtryk og belastningslidelser i bevægeapparatet. Overvægt er således en risikofaktor for de store folkesygdomme. Der forefindes en arvelig disposition for fedme, men den stigende forekomst af overvægt i befolkningen må først og fremmest sættes i relation til det fysiske aktivitetsniveau og til fedtindholdet i kosten.

Body Mass Index (BMI) udregnes på basis af oplysninger om kropshøjde og kropsvægt. BMI er kropsvægten i kg divideret med kvadratet på højden målt i meter, kg/m^2 . Når man anvender folks egne oplysninger om højde og vægt til beregning af BMI, er der selvfølgelig mulighed for fejlrapportering. Det er derfor væsentligt, at man alene sammenligner data, der er indsamlet på samme måde.

Undervægt har tidligere været et problem pga. under- og fejlnæring, men er nu oftere forbundet med somatiske lidelser eller psykisk sygelighed. Med somatisk betinget undervægt menes undervægt der kan ses i forbindelse med visse alvorlige sygdomme som tuberkulose,

AIDS og for højt stofskifte. Psykisk betinget undervægt ses oftest blandt unge med spiseforstyrrelser.

Det fremgår af standardtabel 5.14, at aldersgruppen 16-24 år har den mindste andel af overvægt. I alle aldersgrupper er der en højere forekomst af overvægt blandt mænd end blandt kvinder. Det er især mænd i aldersgrupperne 25-44 år og 45-64 år, der er overvægtige. Der er en større forekomst af overvægt blandt borgere, der har en kort eller mellemlang uddannelse end blandt borgere, der er højtuddannede.

5.10 Talt med praktiserende læge om sundhedsvaner

De praktiserende læger kan spille en vigtig rolle i det kommunale forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. De findes allerede i lokalområderne og har den nødvendige viden til at kunne rådgive og vejlede borgere angående deres sundhedsvaner.

I Sundhed i Allerød er der derfor spurgt til, om man har talt med sin praktiserende læge om sundhedsvaner. Det fremgår af standardtabel 5.15, at det især er ældre mænd og kvinder, der har talt med praktiserende læger om deres sundhedsvaner. Der er en større andel af borgere uden for arbejdsmarkedet end borgere i arbejde der har talt med praktiserende læge om sundhedsvaner.

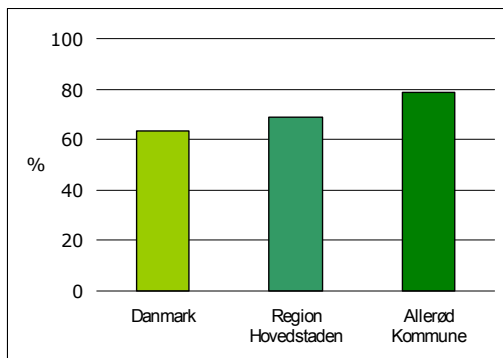
I nærværende undersøgelse er der desuden spurgt til, hvor stor en andel af borgerne, der har talt med deres praktiserende læge om de forskellige former for sundhedsvaner. Standardtabel 5.16 viser andelen der har talt med praktiserende læge om motion. Den højeste andel ses hos mænd i alderen 65+ og den laveste andel ses igen hos mænd i alderen 25-44 år

Den samme tendens genfindes i forhold til kost (standardtabel 5.17). Det er mænd i de ældste aldersgrupper, der oftest har talt med praktiserende læge om kost og mænd i alderen 25-44 år, der mindst hyppigt har talt med praktiserende læge om kost. Blandt de ikke erhvervsaktive er der en større andel, der har talt med praktiserende læge om kost.

Standardtabel 5.3. Andel der mener, at deres egen indsats er særdeles vigtig for at forbedre deres helbred.

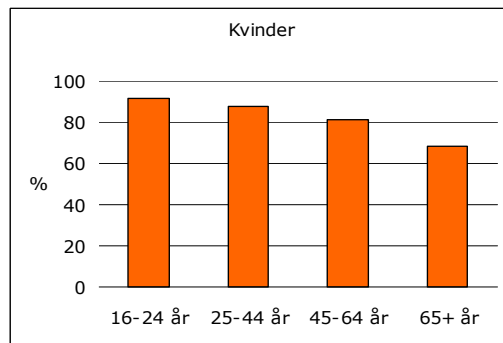
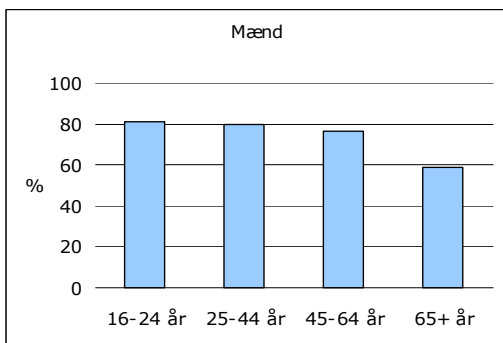
		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	63,8	63,6	- 16688
	Region Hovedstaden	69,1	68,7	- 4402
	Allerød Kommune	77,9	78,5	1442
Mænd	16-24 år	81,1		37
	25-44 år	79,7		207
	45-64 år	76,5	-	277
	65+ år	58,7	-	150
	Mænd i alt	73,8		671
Kvinder	16-24 år	91,8	+	49
	25-44 år	87,5	+	264
	45-64 år	81,0		305
	65+ år	68,6	-	153
	Kvinder i alt	81,5		771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	69,6	71,8	- 280
	Høj	80,0	79,2	786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	75,8		91
	Uoplyst	78,0		205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	83,3		921
	Ikke erhvervsaktiv	67,2	-	134

- & + markerer statistisk signifikans



En større andel blandt yngre end ældre mener, at deres egen indsats er særdeles vigtig for at bevare eller forbedre deres helbred.

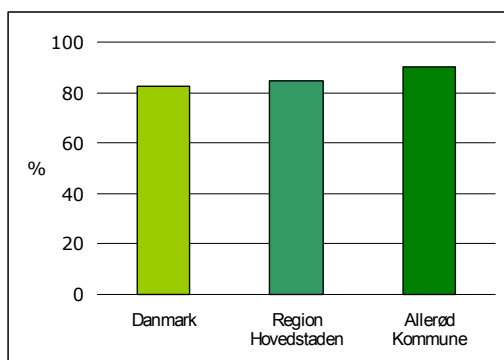
En større andel blandt højtuddannede mener, at egen indsats er særdeles vigtig. Andelen, der mener, at egen indsats er vigtig er større blandt de erhvervsaktive.



Standardtabel 5.4. Andel der gør noget for at forbedre deres helbred.

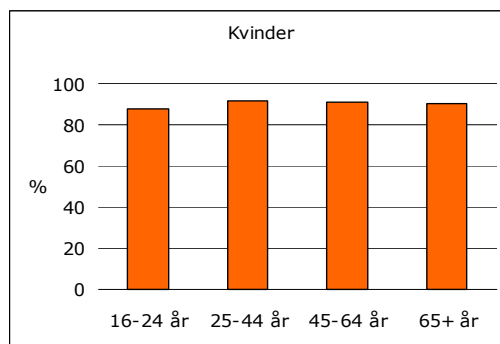
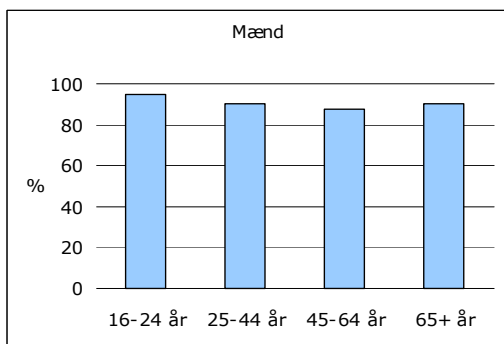
		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	82,7	82,7	-	16688
	Region Hovedstaden	84,6	84,6	-	4402
	Allerød Kommune	90,1	90,1		1442
Mænd	16-24 år	94,6			37
	25-44 år	89,9			207
	45-64 år	87,4			277
	65+ år	90,0			150
	Mænd i alt	89,1			671
Kvinder	16-24 år	87,8			49
	25-44 år	91,7			264
	45-64 år	90,8			305
	65+ år	90,2			153
	Kvinder i alt	90,8			771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	82,9	81,5	-	280
	Høj	92,6	92,9		786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	94,5			91
	Uoplyst	87,8			205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	91,0			921
	Ikke erhvervsaktiv	82,8		-	134

- & + markerer statistisk signifikans



En større andel af Allerøds borgere end Region Hovedstaden og Danmark gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred.

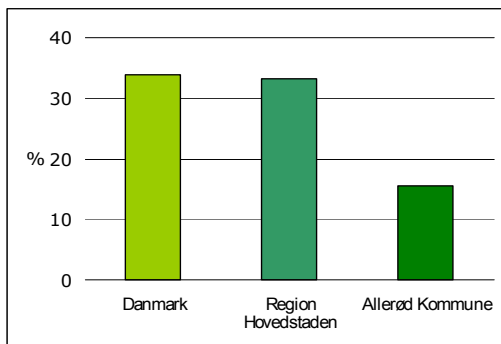
Blandt højtuddannede er der en større andel, der aktivt gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred. Andelen, der aktivt gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred, er større blandt de erhvervsaktive end blandt de ikke erhvervsaktive.



Standardtabel 5.5. Andel der dagligt ryger cigaretter.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	34,0	33,9	+	16688
	Region Hovedstaden	33,2	33,2	+	4402
	Allerød Kommune	16,3	15,5		1442
Mænd	16-24 år	5,4		-	37
	25-44 år	14,0		-	207
	45-64 år	21,3			277
	65+ år	19,3			150
	Mænd i alt	17,7			671
Kvinder	16-24 år	6,1		-	49
	25-44 år	11,0		-	264
	45-64 år	20,3			305
	65+ år	14,4		-	153
	Kvinder i alt	15,0			771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	26,4	26,3	+	280
	Høj	14,1	14,4		786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	15,4			91
	Uoplyst	15,6			205
	Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	16,0		
Ikke erhvervsaktiv		24,6		+	134

- & + markerer statistisk signifikans

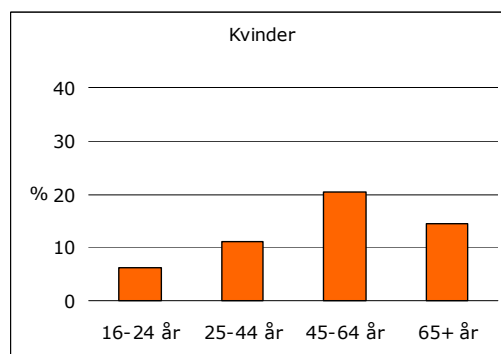
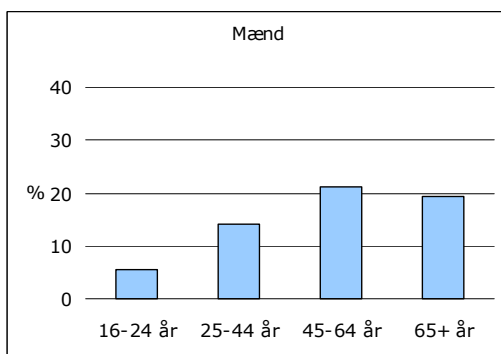


Andelen af dagligrygere i Allerød er betragteligt mindre end i Region Hovedstaden og Danmark.

Andelen af dagligrygere er størst blandt de 45-64 årige.

Højtuddannede angiver i mindre grad at de ryger dagligt.

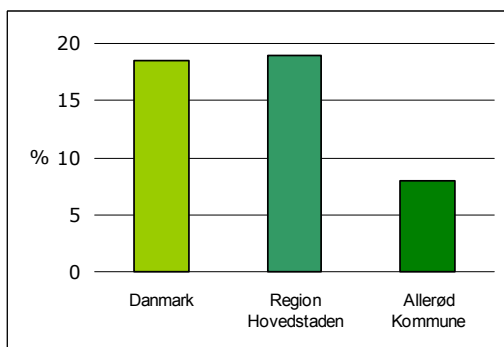
Andelen af dagligrygere er større blandt de ikke erhvervsaktive.



Standardtabel 5.6. Andel storrygere, dvs. ryger 15 eller flere cigaretter om dagen.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	18,6	18,5	+	16688
	Region Hovedstaden	19,1	19,0	+	4402
	Allerød Kommune	8,3	8,0		1442
Mænd	16-24 år	5,4			37
	25-44 år	7,2			207
	45-64 år	15,2		+	277
	65+ år	5,3		-	150
	Mænd i alt	10,0			671
Kvinder	16-24 år	2,0		-	49
	25-44 år	5,7		-	264
	45-64 år	10,2			305
	65+ år	4,6		-	153
	Kvinder i alt	7,0			771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	18,2	18,2	+	280
	Høj	5,6	5,6		786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	7,7			91
	Uoplyst	7,8			205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	8,6			921
	Ikke erhvervsaktiv	17,9		+	134

- & + markerer statistisk signifikans

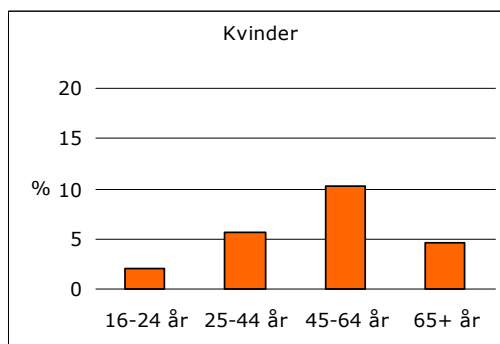
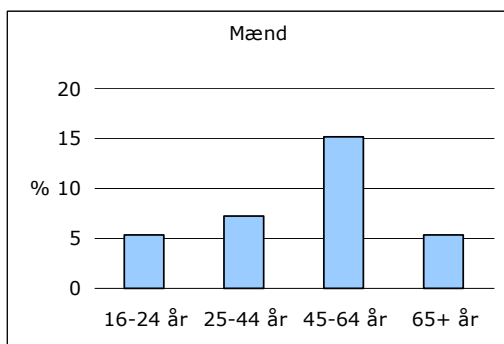


Andelen af storrygere i Allerød er betragteligt lavere end i Region Hovedstaden og Danmark

Andelen af storrygere er størst blandt de 45-64 årige.

Højtuddannede angiver i mindre grad at de er storrygere.

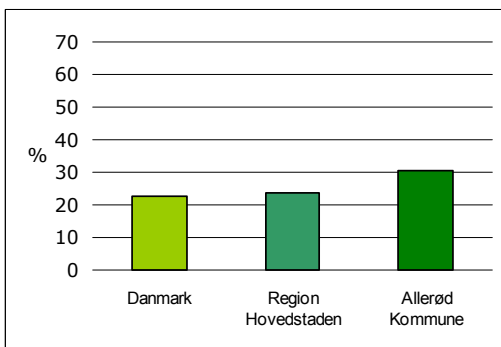
Andelen af storrygere er større blandt de ikke erhvervsaktive.



Standardtabel 5.7. Andel med hård eller mellemhård fysisk aktivitet i fritiden.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	23,0	22,9	- 16688
	Region Hovedstaden	24,4	23,8	- 4402
	Allerød Kommune	29,2	30,7	1442
Mænd	16-24 år	67,6		+ 37
	25-44 år	42,5		+ 207
	45-64 år	30,7		+ 277
	65+ år	22,0		150
	Mænd i alt	34,5		671
Kvinder	16-24 år	42,9		+ 49
	25-44 år	27,3		264
	45-64 år	23,6		305
	65+ år	15,7		- 153
	Kvinder i alt	24,6		771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	23,6	26,4	280
	Høj	31,0	31,3	786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	23,1		91
	Uoplyst	21,5		205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	31,2		921
	Ikke erhvervsaktiv	23,1		- 134

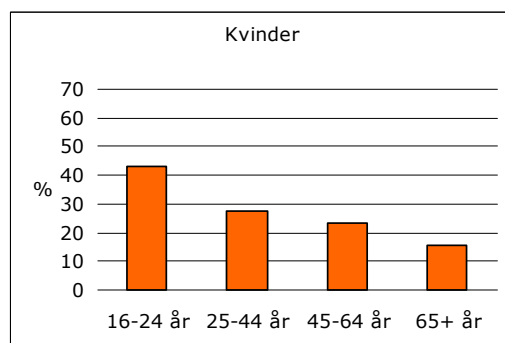
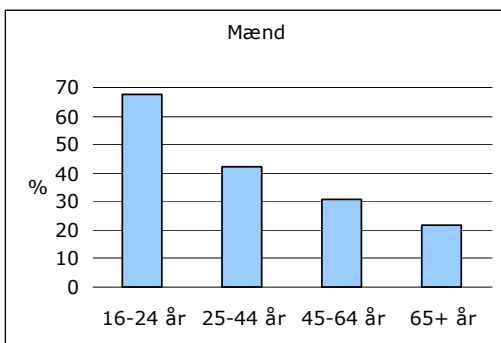
- & + markerer statistisk signifikans



En større andel af Allerøds borgere er fysisk aktive i deres fritid end i Region Hovedstaden og i Danmark.

Mænd angiver i højere grad end kvinder, at de er fysisk aktive.

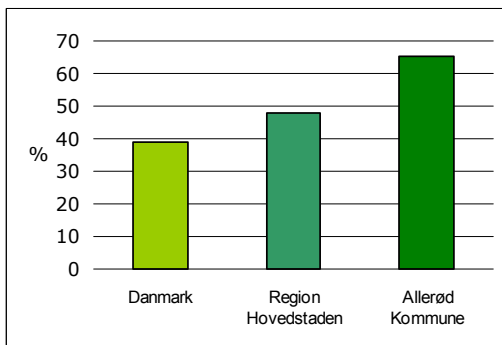
Andelen, der er fysisk aktive, er større blandt de erhvervsaktive.



Standardtabel 5.8. Andel med stillesiddende arbejde i deres hovedbeskæftigelse.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	37,5	39,1	-	9074
	Region Hovedstaden	47,0	47,8	-	2437
	Allerød Kommune	63,8	65,5		890
Mænd	16-24 år				
	25-44 år	67,3		+	196
	45-64 år	69,5		+	233
	65+ år				
	Mænd i alt	<u>68,5</u>			429
Kvinder	16-24 år				
	25-44 år	64,5			228
	45-64 år	60,5			233
	65+ år				
	Kvinder i alt	<u>62,5</u>			461
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	46,2	50,4	-	143
	Høj	68,4	69,2		605
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	72,5			69
	Uoplyst	64,2			109
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	-			-
	Ikke erhvervsaktiv	-			-

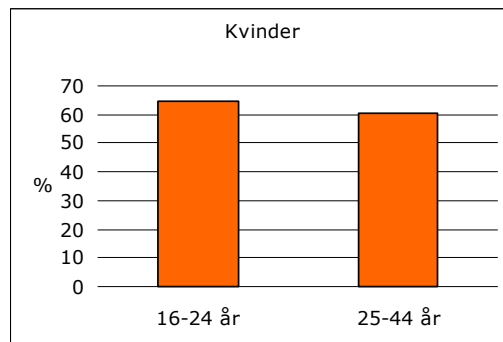
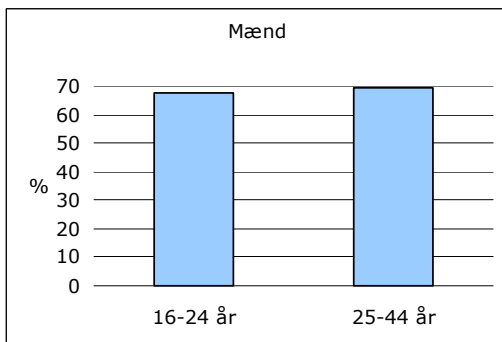
- & + markerer statistisk signifikans



Allerøds borgere angiver oftere, at de har stillesiddende arbejde.

En større andel blandt mænd end kvinder angiver, at de har stillesiddende arbejde.

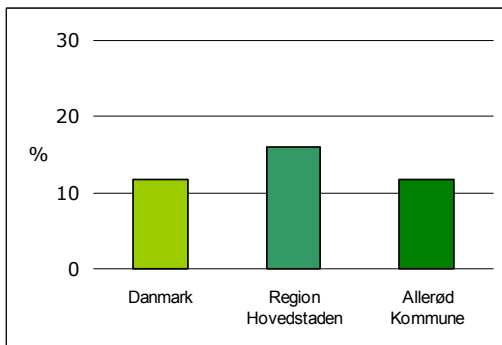
Blandt de højtuddannede er en større andel stillesiddende i deres arbejde.



Standardtabel 5.9. Andel der overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse for alkohol.

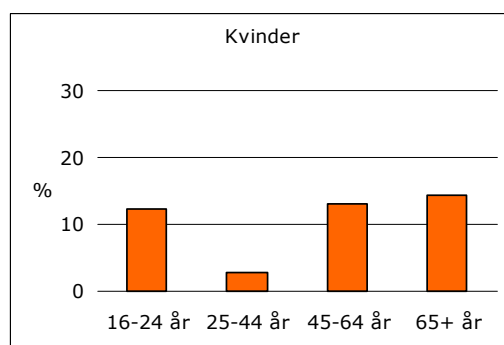
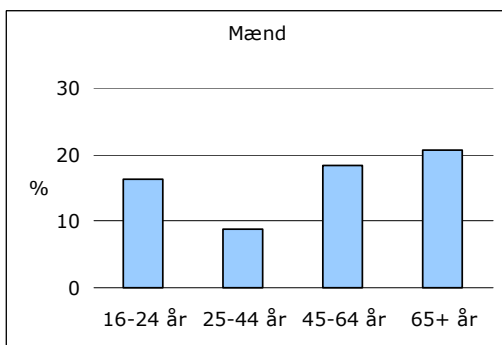
		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	11,7	11,7	16688
	Region Hovedstaden	15,9	16,0 +	4402
	Allerød Kommune	12,5	11,8	1442
Mænd	16-24 år	16,2		37
	25-44 år	8,7	-	207
	45-64 år	18,4	+	277
	65+ år	20,7	+	150
	Mænd i alt	15,8		671
Kvinder	16-24 år	12,2		49
	25-44 år	2,7	-	264
	45-64 år	13,1		305
	65+ år	14,4		153
	Kvinder i alt	9,7		771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	12,9	10,6	280
	Høj	12,2	13,0	786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	11,0		91
	Uoplyst	13,2		205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	10,1		921
	Ikke erhvervsaktiv	17,2	+	134

- & + markerer statistisk signifikans



En større andel blandt mænd anigver, at de har drukket mere end de anbefalede 21 genstande (kvinder: 14 genstande).

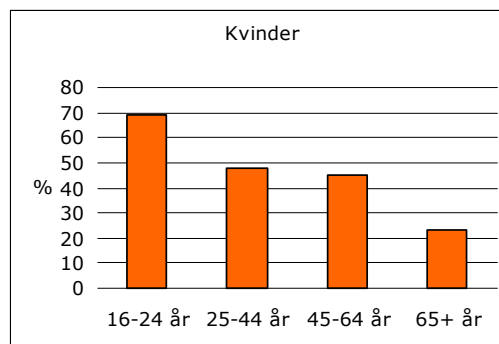
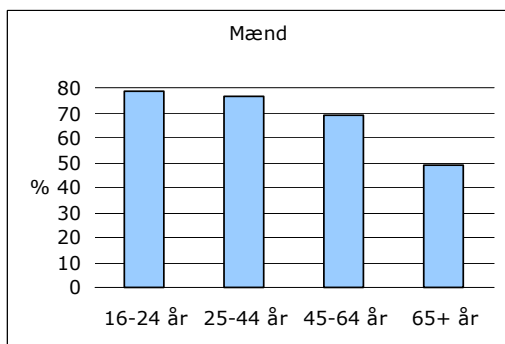
Andelen, der overskrider genstandsgrænsen, er større blandt de ikke erhvervsaktive.



Standardtabel 5.10. Andel der ved mindst en lejlighed har indtaget mere end 5 genstande inden for den seneste måned.

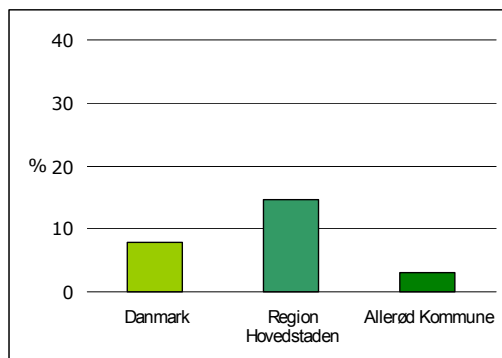
		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	.	.	0
	Region Hovedstaden	.	.	0
	Allerød Kommune	54,6	56,3	1442
Mænd	16-24 år	78,4	+	37
	25-44 år	76,3	+	207
	45-64 år	69,3	+	277
	65+ år	48,7		150
	Mænd i alt	67,4		671
Kvinder	16-24 år	69,4	+	49
	25-44 år	48,1		264
	45-64 år	45,2		305
	65+ år	23,5	-	153
	Kvinder i alt	43,5		771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	47,9	49,3	280
	Høj	57,0	56,3	786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	50,5		91
	Uoplyst	47,8		205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	59,9		921
	Ikke erhvervsaktiv	47,8	-	134

- & + markerer statistisk signifikans

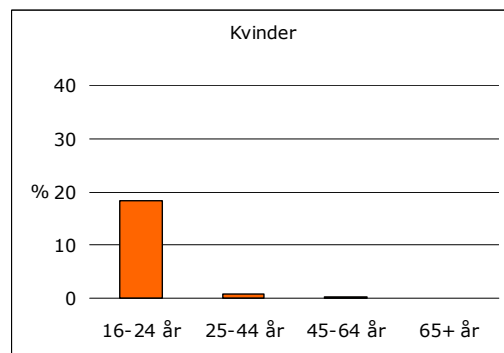
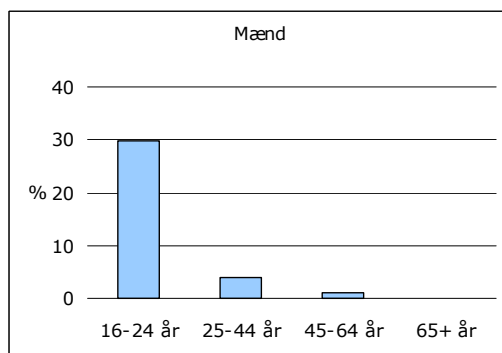


Standardtabel 5.11. Andel der har indtaget hash inden for det sidste år.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	5,2	5,3	+	14277
	Region Hovedstaden	8,5	8,4	+	3793
	Allerød Kommune	2,4	3,0		1442
Mænd	16-24 år	29,7		+	37
	25-44 år	3,9			207
	45-64 år	1,1			277
	65+ år	0,0			150
	Mænd i alt	3,3			672
Kvinder	16-24 år	18,4		+	49
	25-44 år	0,8			264
	45-64 år	0,3			305
	65+ år	0,0			153
	Kvinder i alt	1,7			772
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	1,8	2,0		280
	Høj	0,6	0,7		786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	2,2			91
	Uoplyst	1,0			205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	1,1			921
	Ikke erhvervsaktiv	3,0			134



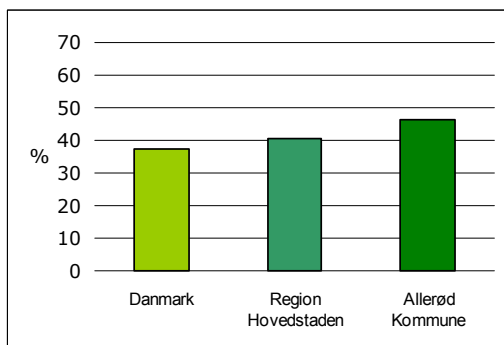
Det er stort set alene aldersgruppen 16-24 år, der har angivet, at de inden for de seneste år har prøvet at indtage hash.



Standardtabel 5.12. Andel der spiser salat eller råkost hver dag eller næsten hver dag.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	37,4	37,2	- 16688
	Region Hovedstaden	40,5	40,5	- 4402
	Allerød Kommune	46,8	46,1	1442
Mænd	16-24 år	27,0	-	37
	25-44 år	39,1	-	207
	45-64 år	41,9	-	277
	65+ år	35,3	-	150
	Mænd i alt	38,7		671
Kvinder	16-24 år	42,9	-	49
	25-44 år	60,2		264
	45-64 år	58,4		305
	65+ år	36,6	-	153
	Kvinder i alt	53,8		771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	28,9	30,1	- 280
	Høj	53,2	50,8	786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	60,4		91
	Uoplyst	45,4		205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	53,3		921
	Ikke erhvervsaktiv	34,3	-	134

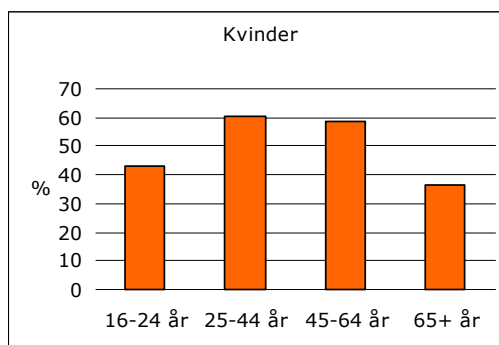
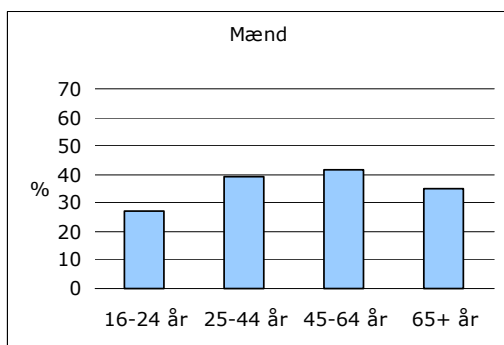
- & + markerer statistisk signifikans



En større andel blandt borgere i Allerød angiver, at de spiser salat eller råkost hver dag eller næsten hver dag.

Kvinder angiver i større grad end mænd, at de spiser salat eller råkost.

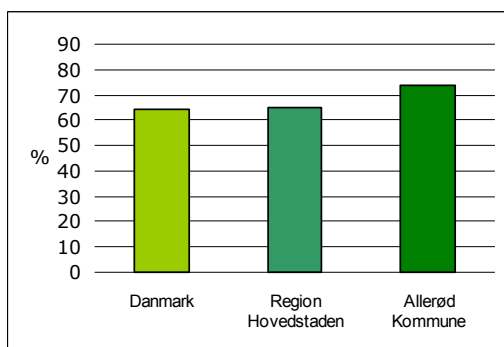
Blandt erhvervsaktive og højtuddannede angiver en større andel, at de spiser salat eller råkost hver dag eller næsten hver dag.



Standardtabel 5.13. Andel der spiser frugt hver dag eller næsten hver dag.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	64,2	64,2	- 16688
	Region Hovedstaden	64,9	65,2	- 4402
	Allerød Kommune	75,4	73,7	1442
Mænd	16-24 år	54,1	-	37
	25-44 år	56,0	-	207
	45-64 år	66,4	-	277
	65+ år	77,3	-	150
	Mænd i alt	65,0		671
Kvinder	16-24 år	79,6	-	49
	25-44 år	83,0		264
	45-64 år	86,9		305
	65+ år	83,7		153
	Kvinder i alt	84,5		771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	71,4	68,8	- 280
	Høj	77,7	76,4	786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	73,6		91
	Uoplyst	75,6		205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	75,0		921
	Ikke erhvervsaktiv	72,4		134

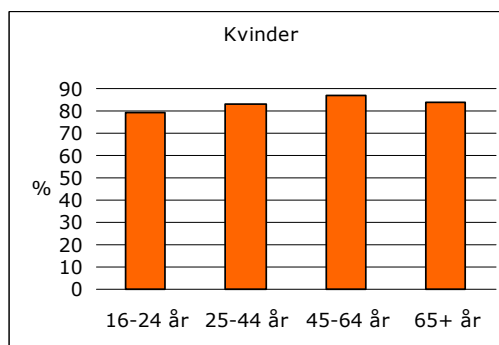
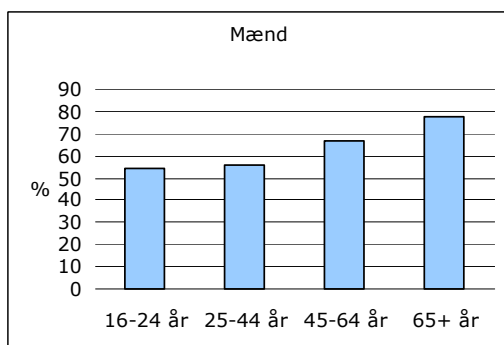
- & + markerer statistisk signifikans



Andelen, der spiser frugt hver dag, er større i Allerød end i Region Hovedstaden og i Danmark.

Kvinder spiser i højere grad frugt end mænd. Ældre spiser mere end unge.

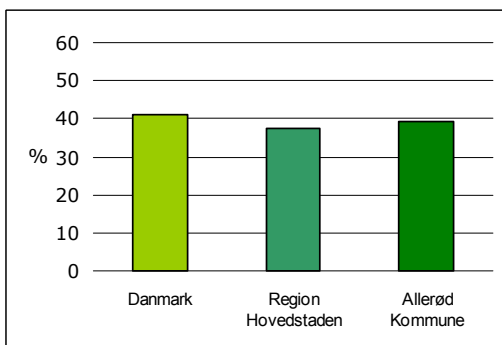
Blandt de højtuddannede er der en større andel, der spiser frugt.



Standardtabel 5.14. Andel der er overvægtig. (BMI \geq 25).

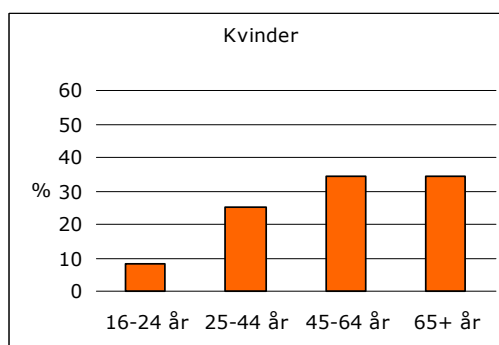
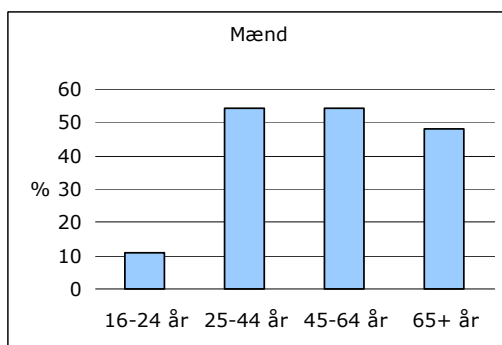
		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal	
Total	Danmark	41,0	41,1	16688	
	Region Hovedstaden	36,9	37,4	4402	
	Allerød Kommune	39,3	39,2	1442	
Mænd	16-24 år	10,8	-	37	
	25-44 år	54,1	+	207	
	45-64 år	54,2	+	277	
	65+ år	48,0	+	150	
	Mænd i alt	50,4		671	
Kvinder	16-24 år	8,2	-	49	
	25-44 år	25,0	-	264	
	45-64 år	34,4		305	
	65+ år	34,6		153	
	Kvinder i alt	29,5		771	
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	50,0	48,0	+	280
	Høj	38,3	38,3		786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	39,6			91
	Uoplyst	41,0			205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	41,2			921
	Ikke erhvervsaktiv	40,3			134

- & + markerer statistisk signifikans



Mere end hver anden mand 25 år eller ældre er overvægtig. Mænd er i aldersgrupper i højere grad overvægtige.

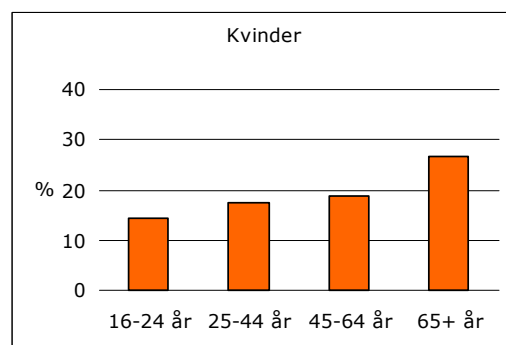
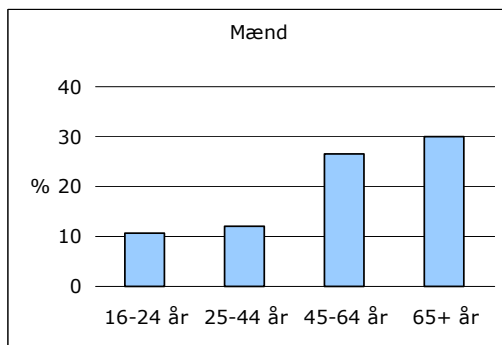
De højtuddannede er ikke i så høj grad overvægtige.



Standardtabel 5.15. Andel der har talt med praktiserende læge om deres sundhedsvaner.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark			
	Region Hovedstaden			
	Allerød Kommune	20,6	19,7	1442
Mænd	16-24 år	10,8	-	37
	25-44 år	12,1	-	207
	45-64 år	26,4	+	277
	65+ år	30,0	+	150
	Mænd i alt	21,9		671
Kvinder	16-24 år	14,3		49
	25-44 år	17,4		264
	45-64 år	18,7		305
	65+ år	26,8	+	153
	Kvinder i alt	19,6		771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	24,6	22,7	280
	Høj	19,8	20,2	786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	15,4		91
	Uoplyst	23,9		205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	18,0		921
	Ikke erhvervsaktiv	26,1	+	134

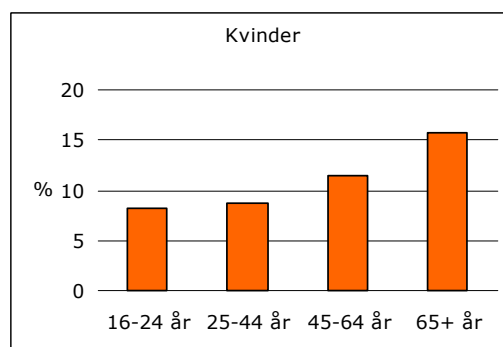
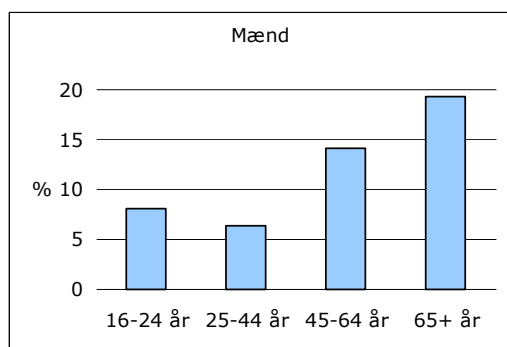
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 5.16. Andel der har talt med deres praktiserende læge om deres motionsvaner.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark			
	Region Hovedstaden			
	Allerød Kommune	11,8	11,1	1442
Mænd	16-24 år	8,1		37
	25-44 år	6,3	-	207
	45-64 år	14,1		277
	65+ år	19,3	+	150
	Mænd i alt	12,5		671
Kvinder	16-24 år	8,2		49
	25-44 år	8,7		264
	45-64 år	11,5		305
	65+ år	15,7		153
	Kvinder i alt	11,1		771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	14,3	12,9	280
	Høj	11,8	12,0	786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	7,7		91
	Uoplyst	11,7		205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	10,1		921
	Ikke erhvervsaktiv	12,7		134

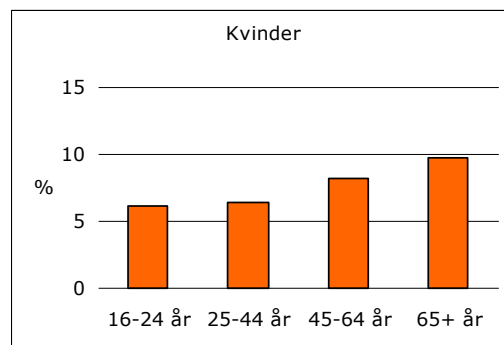
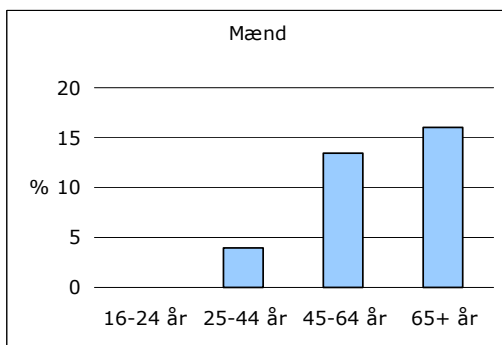
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 5.17. Andel der har talt med praktiserende læge om kost.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark			
	Region Hovedstaden			
	Allerød Kommune	8,9	8,2	1442
Mænd	16-24 år	0,0		37
	25-44 år	3,9	-	207
	45-64 år	13,4	+	277
	65+ år	16,0	+	150
	Mænd i alt	10,3		671
Kvinder	16-24 år	6,1		49
	25-44 år	6,4		264
	45-64 år	8,2		305
	65+ år	9,8		153
	Kvinder i alt	7,8		771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	12,9	11,5 +	280
	Høj	7,8	7,5	786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	5,5		91
	Uoplyst	11,7		205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	8,0		921
	Ikke erhvervsaktiv	9,7		134

- & + markerer statistisk signifikans



6. Sociale relationer

Tilknytningen til andre mennesker – de sociale relationer – har fået en central placering inden for folkesundhedsvidenskaben. Der foreligger en lang række forskningsresultater, som viser, at sociale relationer både kan være barrierer og ressourcer for udviklingen og forbedringen af sundhedsadfærd og helbred. Der er ikke nogen entydige forklaringer på sammenhængen mellem sociale relationer og sundhed. Nogle forklaringer betoner betydningen af fælles normer og værdier i bestemte grupper, andre er mere praktiske og betoner fordelene i eksempelvis at have mulighed for at trække på sit netværk i tilfælde af sygdom. Desuden kan det at mangle et socialt netværk måske i sig selv spille en direkte rolle, da det kan virke stressende og dermed øge modtageligheden overfor sygdomme (Nielsen & Rasmussen 2000).

Et vigtigt socialt netværk er familien, der må formodes at spille en væsentlig rolle både i forhold til skabelse af værdier og normer og i forhold til at have et netværk, der praktisk kan træde til og hjælpe i tilfælde af sygdom. Desuden kan kontakten til familien være afgørende for, om man får dækket sit behov for socialt samvær ikke mindst for de ældres vedkommende. I Sundhed i Allerød er der spurgt til, hvor ofte borgerne træffer deres familie. Familie er her defineret som familie uden for husstanden. Som det fremgår af standardtabel 6.7 er der en mindre andel blandt kvinder i alderen 65+, der en gang om måneden eller sjældnere træffer deres familie end i resten af køns og aldersgrupperne.

En tilsvarende rolle spiller kontakten til venner og bekendte. Der er derfor også spurgt til, hvor ofte borgerne i Allerød træffer venner og bekendte. Standardtabel 6.8 viser andelen af borgere, der sjældnere end 1 gang om måneden ser venner og bekendte. Som det fremgår, er der en større andel af borgere i Allerød (1,1 %) end Region Hovedstaden (8,0 %) og Danmark som helhed (7,4 %), som angiver, at de sjældnere end 1 gang om måneden ser venner og bekendte. Der er en stor variation over alder. Andelen er lavest blandt de 16-24-årige, og størst blandt de 45-64-årige.

De to tidligere spørgsmål er specifikke og siger dermed ikke nødvendigvis særligt meget om, hvor meget social kontakt Allerøds borgere har generelt. Selvom en person har angivet, at vedkommende ikke har nævneværdig social kontakt til sin familie, kan personen kompensere for dette ved at have stor social kontakt til venner og bekendte, ligesom det modsatte kan være tilfældet. Desuden angiver disse variable alene, hvor ofte man har kontakt til andre, men ikke hvorvidt behovet for socialt samvær med andre reelt er dækket. Et behov der i øvrigt må antages at variere fra person til person. Der blev derfor også spurgt til, hvorvidt borgerne nogensinde oplevede at være alene, selvom de egentlig havde mest lyst til at være sammen med andre, hvilket kan give et mere nøjagtigt billede af, hvorvidt de føler, at de får dækket deres behov for socialt samvær med andre.

Standardtabel 6.9 viser andelen, der ofte eller en gang imellem er uønsket alene. Alder spiller en stor rolle, men dog ikke helt på samme måde for begge køn. De 16-24-årige mænd og kvinder samt kvinder i alderen 65+ er dem, der oftest er uønsket alene. Uddannelse spiller

også en rolle. Således er andelen, der er uønsket alene blandt borgere med lave eller mellem-lange uddannelser dobbelt så stor som blandt borgere, der er højtuddannede. Mere end dobbelt så mange ikke erhvervsaktive som erhvervsaktive er ofte uønsket alene.

Som tidligere nævnt er en af årsagerne til, at vi har stillet spørgsmål omkring socialt kontakt til andre, at denne kontakt kan spille en praktisk rolle i forbindelse med hjælp under sygdom. Standardtabel 6.10 viser andelen af borgere, der ikke regner med at kunne få hjælp fra andre i tilfælde af sygdom. Andre vil i dette tilfælde sige personer udenfor husstanden. De ældste skiller sig klart ud. Således er det mænd og kvinder i alderen 65+, med hhv. 9,3 % og 13,1 %, hvor flest ikke regner med, at der er nogle udenfor husstanden, der vil hjælpe dem i tilfælde af sygdom.

I Sundhed i Allerød er der desuden spurgt til, hvor ofte borgerne anvender en række forskellige kulturelle og sociale tilbud.

Som det fremgår af tabel 6.1, er der en tendens til, at andelen af borgere, der månedligt eller oftere går på biblioteket, er højere for kvinder end for mænd. Det er specielt aldersgruppen 65+ år der månedligt eller oftere benytter biblioteket.

Tabel 6.1. Andel af borgerne der månedligt eller oftere går på biblioteket. Procent.

	Mænd	Kvinder
16-24 år	27,0	32,7
25-44 år	23,2	36,4
45-64 år	18,4	27,9
65+ år	27,3	43,8

Noget tilsvarende gør sig gældende for andelen af borgere, der månedligt eller oftere går i biografen eller teatret (tabel 6.2). Der er en tendens til, at andelen er lidt større blandt kvinder end blandt mænd. Andelen er størst blandt de 16-24-årige for både mænd og kvinder. Spørgsmålet giver dog ikke svar på, om borgerne benytter de kulturelle tilbud i eller uden for kommunen.

Tabel 6.2. Andel af borgere der månedligt eller oftere går i biograf eller teatret. Procent.

	Mænd	Kvinder
16-24 år	46,0	46,9
25-44 år	16,0	22,0
45-64 år	18,1	23,6
65+ år	15,3	26,1

Andelen, der går regelmæssigt i kirke, eller deltager i menighedsaktiviteter er lille for både mænd og kvinder, om end den er lidt større for kvinder (tabel 6.3). Halvdelen af mændene og knap halvdelen af kvinderne går aldrig i kirke og deltager aldrig i aktiviteter i menigheden.

Tabel 6.3. Hvor ofte benyttes: kirke og menighedsaktiviteter. Procent.

	Mænd	Kvinder
En eller flere gange om ugen	1,2	3,1
En eller 2 gange om måneden	2,2	4,5
Sjældnere	45,7	52,0
Aldrig	50,9	40,4

Andelen, der mindst en gang om ugen benytter et idrætsanlæg er størst for de helt unge (tabel 6.4). Dog er andelen blandt de helt unge kvinder væsentligt mindre end blandt de helt unge mænd. Blandt mændene falder andelen med alderen. For kvinder er andelen der benytter et idrætsanlæg størst blandt de yngste samt blandt kvinder i aldersgruppen 45-64 år.

Tabel 6.4. Andel af borgere der mindst en gang om ugen benytter idrætsanlæg. Procent.

	Mænd	Kvinder
16-24 år	70,3	30,6
25-44 år	33,8	23,9
45-64 år	22,7	27,5
65+ år	18,7	20,9

Hvor ofte, og hvorvidt borgerne over 65 år går i ældreklub varierer i et vist omfang med deres køn. Således er der en tendens til, at kvinder oftere benytter ældreklubberne, men der er til gengæld også en vis tendens til, at de mænd, der benytter ældreklubberne benytter dem mere hyppigt end kvinderne (tabel 6.5). I alt benytter cirka en tredjedel af mændene og knap halvdelen af kvinderne sig af ældreklubberne.

Tabel 6.5. Hvor ofte borgere over 65 år i Allerød kommune benytter ældreklubber. Procent.

	Mænd	Kvinder
En eller flere gange om ugen	16,2	13,7
En eller 2 gange om måneden	7,4	12,2
Sjældnere	12,5	17,6
Aldrig	64,0	56,5

Som det fremgår af tabel 6.6 går ca. 40 % af mændene og 36 % af kvinderne på restaurant, cafeteria, bodega eller lignende mindst en gang om måneden. Som det ligeledes fremgår, er andelen, der gør det på ugentlig basis ret beskeden. Overordnet set spiller køn ikke nogen større rolle.

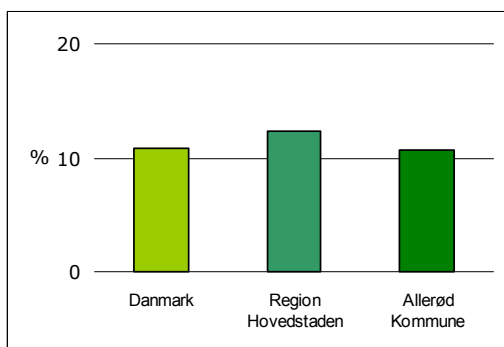
Tabel 6.6. Hvor ofte borgere går på restaurant, cafeteria, bodega eller lignende. Procent.

	Mænd	Kvinder
En eller flere gange om ugen	6,7	3,9
En eller 2 gange om måneden	34,1	32,0
Sjældnere	51,8	56,9
Aldrig	7,5	7,2

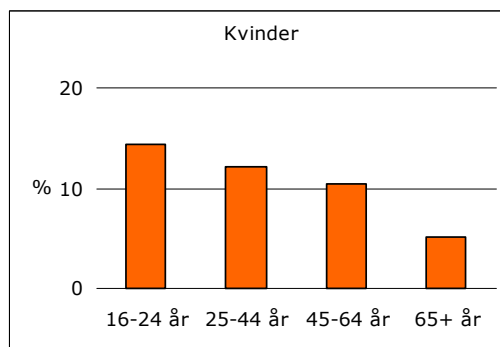
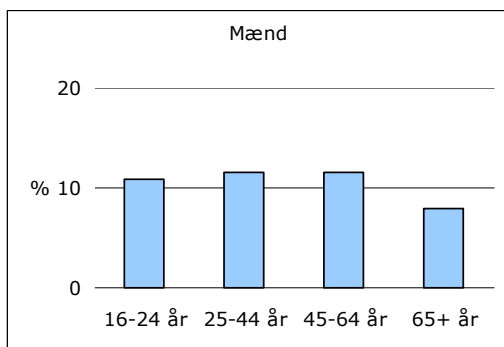
Standardtabel 6.7. Andel der træffer deres familie sjældnere end en gang om måneden.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	10,8	10,8	16688
	Region Hovedstaden	12,2	12,3	4402
	Allerød Kommune	10,5	10,6	1442
Mænd	16-24 år	10,8		37
	25-44 år	11,6		207
	45-64 år	11,6		277
	65+ år	8,0		150
	Mænd i alt	10,9		671
Kvinder	16-24 år	14,3		49
	25-44 år	12,1		264
	45-64 år	10,5		305
	65+ år	5,2	-	153
	Kvinder i alt	10,2		771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	9,3	9,7	280
	Høj	10,6	10,2	786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	17,6		91
	Uoplyst	7,3		205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	11,6		921
	Ikke erhvervsaktiv	9,7		134

- & + markerer statistisk signifikans



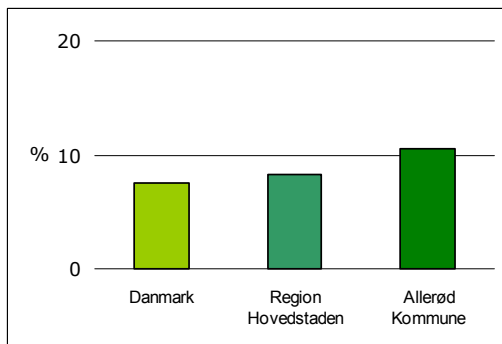
Andelen der træffer familie sjældnere end en gang om måneden er mindst blandt kvinder i aldersgruppen 65+ år.



Standardtabel 6.8. Andel der sjældnere end en gang om måneden træffer deres venner.

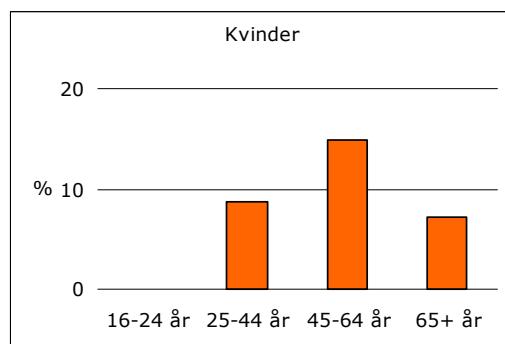
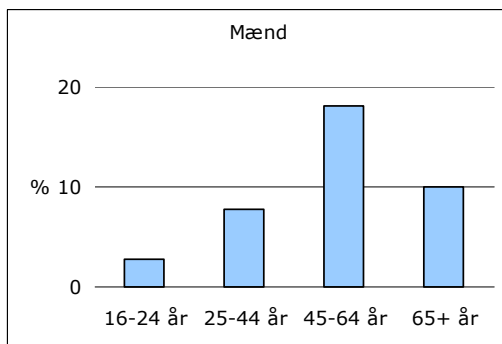
		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	7,4	7,5 -	16688
	Region Hovedstaden	8,0	8,2 -	4402
	Allerød Kommune	11,1	10,5	1442
Mænd	16-24 år	2,7	-	37
	25-44 år	7,7	-	207
	45-64 år	18,1		277
	65+ år	10,0	-	150
	Mænd i alt	12,2		671
Kvinder	16-24 år	0,0		49
	25-44 år	8,7	-	264
	45-64 år	14,8		305
	65+ år	7,2	-	153
	Kvinder i alt	10,2		771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	12,9	12,4	280
	Høj	12,0	11,6	786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	13,2		91
	Uoplyst	8,8		205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	12,8		921
	Ikke erhvervsaktiv	11,9		134

- & + markerer statistisk signifikans



Lidt flere borgere i Allerød træffer venner og bekendte sjældnere end en gang om måneden.

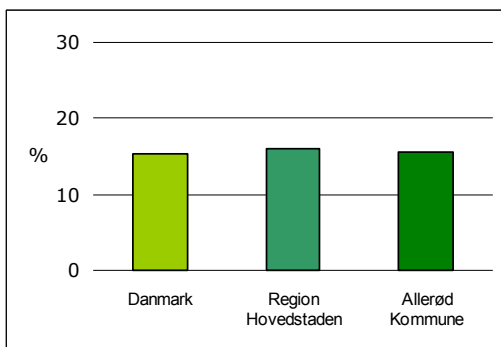
Andelen der træffer venner sjældnere end en gang om måneden er størst blandt 45-64 årige.



Standardtabel 6.9. Andel der ofte eller en gang imellem er uønsket alene.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal	
Total	Danmark	15,3	15,4	16688	
	Region Hovedstaden	16,1	16,0	4402	
	Allerød Kommune	15,3	15,5	1442	
Mænd	16-24 år	21,6	+	37	
	25-44 år	12,1		207	
	45-64 år	14,4		277	
	65+ år	15,3		150	
	Mænd i alt	14,3		671	
Kvinder	16-24 år	26,5	+	49	
	25-44 år	15,5		264	
	45-64 år	12,5		305	
	65+ år	22,2	+	153	
	Kvinder i alt	16,3		771	
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	20,7	19,5	+	280
	Høj	11,5	11,3		786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	11,0			91
	Uoplyst	21,0			205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	11,5			921
	Ikke erhvervsaktiv	28,4		+	134

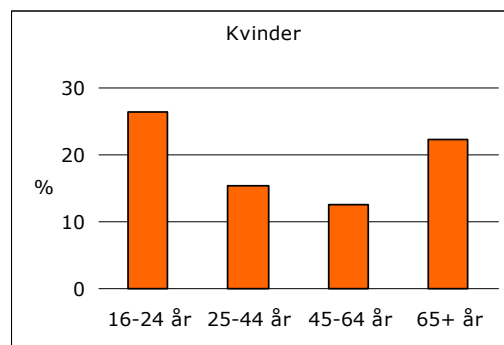
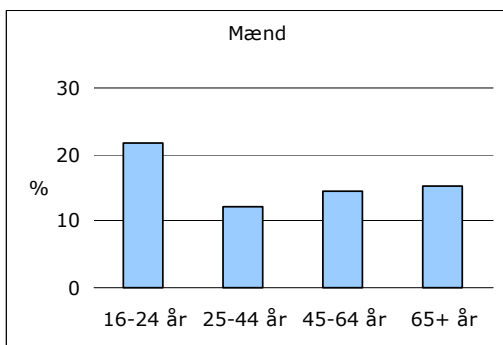
- & + markerer statistisk signifikans



Både blandt de yngste mænd og yngste kvinder ser den største andel, der ofte eller en gang i mellem er uønsket alene.

Borgere med høj uddannelse er i mindre grad uønsket alene.

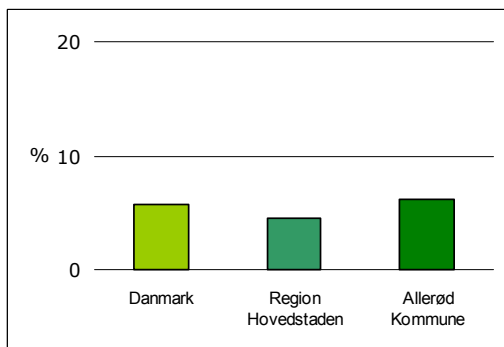
Den største forekomst af at være uønsket alene ses blandt de ikke erhvervsaktive.



Standardtabel 6.10. Andel der ikke regner med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom.

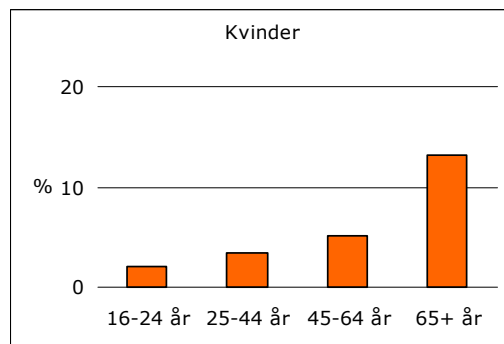
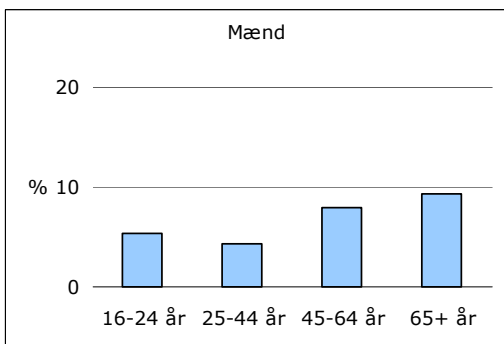
		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	5,6	5,7	16688
	Region Hovedstaden	4,4	4,6 -	4402
	Allerød Kommune	6,5	6,2	1442
Mænd	16-24 år	5,4		37
	25-44 år	4,3		207
	45-64 år	7,9		277
	65+ år	9,3	+	150
	Mænd i alt	7,1		671
Kvinder	16-24 år	2,0		49
	25-44 år	3,4		264
	45-64 år	5,2		305
	65+ år	13,1	+	153
	Kvinder i alt	6,0		771
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Lav/mellem	7,9	6,6	280
	Høj	5,5	6,0	786
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	7,7		91
	Uoplyst	8,8		205
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	5,3		921
	Ikke erhvervsaktiv	5,2		134

- & + markerer statistisk signifikans



Andelen, der ikke regner med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom, er lidt større i Allerød end i Region Hovedstaden.

Både blandt mænd og kvinder er andelen, der ikke regner med at kunne få hjælp størst i de ældste aldersgrupper.



7. Arbejdsmiljø

Arbejdspladsen er de senere år blevet et centralt forum for forebyggelse og sundhedsfremme, og der er kommet større fokus på arbejdsmiljøets indflydelse på medarbejdernes fysiske og psykiske sundhedstilstand. I nærværende afsnit beskrives de psykosociale og fysiske/termiske arbejdsmiljøbelastninger. Tabel 7.1 viser en oversigt over forekomsten af helbredsrisici i det psykosociale og det fysisk/termiske arbejdsmiljø. Forekomsterne er alene andele blandt erhvervsaktive.

7.1 Psykosocialt arbejdsmiljø

Det psykosociale arbejdsmiljø handler om sammenhængen mellem arbejdsmæssige forhold og medarbejdernes psykiske helbred og trivsel. I takt med de senere års stigning i de psykologiske krav i arbejdet er der også kommet mere og mere fokus på det psykosociale arbejdsmiljøets betydning for sundhed og helbred. Den hyppigst nævnte psykosociale arbejdsmiljøbelastning er oplevelsen af manglende støtte fra den nærmeste overordnede. I Allerød angiver 49,4 %, at de kun aldrig, sommetider, eller sjældent får støtte fra deres nærmeste overordnede, hvilket er højere end Danmark som helhed (38,2 %).

7.2 Det fysiske arbejdsmiljø

Nogle af de hyppigst forekommende arbejdsbetingede lidelser kan henføres til det fysiske arbejdsmiljø. Det drejer sig hovedsageligt om muskel- og skeletsygdomme.

I relation til det fysisk/termiske arbejdsmiljø er de hyppigst nævnte arbejdsmiljøbelastninger gentagne og ensidige bevægelser (27,3 %) samt arbejde i bøjede/forvredne arbejdsstillinger (25,2 %). Allerød har dog en lavere forekomst i alle kategorier end Danmark som helhed.

Tabel 7.1. Forekomst af helbredsmæssige risikofaktorer i arbejdsmiljøet. Kun erhvervsaktive. Procent.

	Allerød	Danmark
<i>Psykosocialt arbejdsmiljø</i>		
Andel der:		
- altid eller ofte ikke når alle sine arbejdsopgaver	25,4	25,8
- kun sommetider, sjældent eller aldrig har indflydelse på, hvad de laver	16,0	16,3
- kun sommetider, sjældent eller aldrig får støtte fra deres nærmeste overordnede	49,4	38,2
<i>Fysisk/termisk arbejdsmiljø</i>		
Andel der to eller flere dage om ugen er udsat for:		
- arbejde i bøjede/forvredne arbejdsstillinger	25,2	35,2
- mange gentagne og ensidige bevægelser	27,3	39,3
- at løfte/bære tunge byrder (mindst 10 kg)	16,8	33,9
- støj, så man må hæve stemmen, hvis man skal tale med andre	19,9	36,0
- andre fysiske forhold	13,8	-

7.3 Passiv rygning

Passiv rygning udgør et arbejdsmiljømæssigt problem. Hyppige gener er irritation af øjne og slimhinder, hovedpine og ubehagelig lugt i hår og tøj. Astma kan forværres hos voksne ved passiv rygning, ligesom der er fundet sammenhæng mellem udsættelse for passiv rygning og udviklingen af lungekræft og hjertekarsygdomme. I Folkesundhedsprogrammet er rygning et vigtigt indsatsområde og herunder prioriteres udviklingen af røgfrie miljøer på arbejdspladsen, således at ingen ufrivilligt udsættes for passiv rygning i deres hverdag. Lidt mere end hver anden person, der er på arbejdsmarkedet oplyste i 2000, at der var indført faste regler for rygning på deres arbejdsplads. Der er således stadig god grund til at undersøge borgernes daglige udsættelse for passiv rygning (Nielsen 2002). Blandt borgere i Allerød oplyser 33,4 %, at de altid eller nogle gange er udsat for passiv rygning på deres arbejdsplads.

Litteratur

Kapitel 1

Materiale og metode

Kjøller M & Rasmussen Nkr. Sundhed og Sygelighed i Danmark 2000 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002.

Kapitel 2

Helbredsrelateret livskvalitet

Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour* 1997;38:21-37.

Kristensen TS, Bjørner J, Smith-Hansen L, Borg V, Skov T. Selvurderet helbred og arbejdsmiljø. - Et selvurderet helbred et frugtbar og nyttigt begreb i arbejdsmiljøforskning og forebyggelse? København: Arbejdsmiljøfondet, 1998.

Kapitel 4

Sygdomsadfærd og brug af sundhedsvæsenet

Danmarks Statistik: www.statistikbanken.dk

Kjøller M. Sygdomsadfærd og brug af sundhedsvæsenet. Red: Kjøller M & Rasmussen Nkr. Sundhed og Sygelighed i Danmark 2000 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002.

Kapitel 5

Sundhedsadfærd

Grønæk M, Iversen L, Olsen J, Becker PU, Hardt F, Sørensen TIA. Genstandsgrænser. *Ugeskrift for Læger* 1997;159(40):5939-5945. DIKE, 1995.

Juel K. Betydning af tobak, stort alkoholforbrug og stofmisbrug på dødeligheden i Danmark. *Ugeskrift for Læger* 2001;163(32):4190-4195.

Nielsen NS. Rygning. Red: Kjøller M & Rasmussen Nkr. Sundhed og Sygelighed i Danmark 2000 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002.

Rasmussen Nkr. Sundhedsadfærd. Red: Kjøller M & Rasmussen Nkr. Sundhed og Sygelighed i Danmark 2000 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002.

Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet og sundhed. København: Sundhedsstyrelsen, 2001.

Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006.

Kapitel 6

Sociale relationer

Jensen JN & Kjølner M. Sociale relationer og medborgerinddragelse. Red: Kjølner M & Rasmussen NKr. Sundhed og Sygelighed i Danmark 2000 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed. 2002.

Kapitel 7

Arbejdsmiljø

Jensen JN. Arbejdsmiljø. Red: Kjølner M & Rasmussen NKr. Sundhed og Sygelighed i Danmark 2000 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed. 2002.

