



B A L L E R U P

SUNDHED I BALLERUP

Anne Illemann Christensen

Jacob Hornnes

Sofie Biering-Sørensen

Ulrik Hesse

Forord

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

Sundhed i Ballerup 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 kommune og til monitorering af den ydede indsats.

Undersøgelsen er tilrettelagt og gennemført af en projektgruppe bestående af forskningsmedarbejder Ulrik Hesse, studentermedarbejder, bachelor, Anne Illemann Christensen, studentermedarbejder Jacob Hornnes, studentermedarbejder, bachelor, Sofie Biering-Sørensen. Forskningsmedarbejder Ola Ekholm har bistået med statistiske analyser og løbende rådgivet projektgruppen. Programsekretær Jeanette Mai Kroman har opsat og klargjort rapporten til trykning.

november 2006

Morten Grønbæk
Forskningsleder

Sundhed i Ballerup 2006

Anne Illemann Christensen, Jacob Hornnes, Sofie Biering-Sørensen, Ulrik Hesse

Copyright © Statens Institut for Folkesundhed / Ballerup Kommune.

København, november 2006

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

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

Rapporten kan erhverves ved henvendelse til:

Mia Fischerman

Ballerup Kommune

Hold-an Vej 7

2750 Ballerup

Telefon: 4477 2000

E-mail: balkom@balk.dk

www.ballerup.dk

Indholdsfortegnelse

Forord.....	1
Indholdsfortegnelse	3
Sammenfatning	5
Kapitel 1 Materiale og metode.....	13
1.1 Baggrund og formål	13
1.2 Læsevejledning.....	13
1.3 Indsamling af data	17
1.4 Spørgeskemaets struktur	17
1.5 Bortfald og repræsentativitet.....	18
1.6 Sociodemografisk beskrivelse af populationen	19
1.7 Analyse	21
Litteratur	22
Kapitel 2 Helbredsrelateret livskvalitet.....	23
2.1 Selvvurderet helbred.....	23
2.2 Stress.....	24
2.3 Funktionsniveau blandt 65-årige eller derover.....	25
Litteratur	29
Kapitel 3 Sygelighed og konsekvenser af sygdom.....	31
3.1 Sygelighed	31
3.1.1 Langvarig sygdom.....	32
3.1.2 Specifikke sygdomme.....	32
3.1.3 Forekomst af gener og symptomer inden for en 14-dages periode	34
3.2 Ulykker	49
3.3 Konsekvenser af sygdom	49
Litteratur	50
Kapitel 4 Sygdomsadfærd og brug af sundhedsvæsenet	51
4.1 Kontakt til læger og andre behandlere inden for en 3-måneders periode	51
4.2 Brug af tandlæge	55
4.3 Brug af fysioterapeut og kiropraktor	55
4.4 Psykologisk eller psykiatrisk hjælp	56
4.5 Brug af medicin.....	56
Litteratur	66
Kapitel 5 Sundhedsadfærd	67
5.1 Rygning	67
5.2 Fysisk aktivitet	68
5.3 Fysisk aktivitet i hovedbeskæftigelsen	69
5.4 Alkohol.....	70
5.5 Hash.....	71
5.6 Kost.....	71

5.7 Svær overvægt og undervægt	72
5.8 Forandringsparathed.....	73
5.8.1 Egen indsats.....	73
5.8.2 Alkohol.....	74
5.8.3 Rygning	75
5.8.4 Ændring af vægt	76
5.8.8 Ændring af motionsvaner	78
Litteratur	90
Kapitel 6 Sociale relationer og social kapital	91
6.1 Sociale relationer.....	91
6.2 Det strukturelle aspekt	92
6.3 Det funktionelle aspekt	93
6.4 Kulturelle og sociale tilbud	95
6.5 Social kapital.....	98
Litteratur	107
Kapitel 7 Arbejdsmiljø	108
7.1 Psykosocialt arbejdsmiljø.....	108
7.2 Det fysiske arbejdsmiljø	108
7.3 Passiv rygning	109
Litteratur	110

Sammenfatning

Sundhed i Ballerup 2006 har til formål at beskrive borgernes sundheds- og sygelighedstilstand samt de faktorer, der er af betydning for sundhedstilstanden. Dette omfatter 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 i kommunen. Sundhed i Ballerup er baseret på en repræsentativ stikprøve på 2000 tilfældig udvalgte borgere i Ballerup Kommune. Sundhed i Ballerup er baseret på et spørgeskemaet udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed. Spørgeskemaet er baseret på samme model som sundheds- og sygelighedsundersøgelserne 2005. Det betyder, at Sundhed i Ballerup i vid udstrækning vil kunne sammenlignes med såvel regionale som nationale forhold.

Helbredsrelateret livskvalitet

Selvurderet helbred

Overordnet set aftager andelen, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt, med alderen. 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. Borgere, der er separerede eller skilte, vurderer i mindre omfang end gifte borgere deres helbred som virkelig godt eller godt. Der er ligeledes en mindre andel af borgere, der bor i lejebolig, der vurderer deres helbred som værende virkelig godt eller godt i forhold til borgere, der bor i ejerbolig. Andelen, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt er mindre i Ballerup end i Danmark og Region Hovedstaden.

Stress

Stress er en tilstand karakteriseret fysiologisk ved energimobilisering og psykologisk ved anspændthed og ulyst. Udsættelse for stres i længerevarende perioder kan medføre stressbetinget sygdom, som fx hjerte-karsygdom og depression. Desuden kan bestående sygdom forværres af stress. I Ballerup føler kvinder sig oftere stresset end mænd. Den yngste aldersgruppe (16-24 årige) og den ældste aldersgruppe (65+ årige) er dem, der føler sig mindst stressede. Andelen i Ballerup, der ofte føler sig stressede, er på samme niveau som i Danmark og Region Hovedstaden.

Sygelighed og konsekvenser af sygdom

I Sundhed i Ballerup anvendes tre forskellige mål for sygdom og sygeligheden. Det drejer sig om forekomst af langvarig sygdom, forekomst af specifikke sygdomme samt forekomst af gener, symptomer og besvær inden for en 14-dages periode.

Langvarig sygdom

Forekomsten af langvarig sygdom er lavere i Ballerup end i Region Hovedstaden og i Danmark som helhed. Forekomsten af langvarig sygdom er større blandt ældre end blandt yngre.

Blandt de ikke erhvervsaktive er andelen større end blandt de erhvervsaktive, og blandt borgere, der bor i lejeboliger, er andelen større end blandt borgere, der bor i ejerboliger. Forekomsten er højere blandt enlige (ugifte) end blandt gifte.

Specifikke sygdomme

Andelen med allergi er mindre i Ballerup end i Region Hovedstaden og i Danmark som helhed. Andelen er mindre blandt mænd end blandt kvinder og falder med stigende alder. Andelen er desuden større blandt borgere med lang uddannelse end blandt borgere med mellem-lang uddannelse og større for erhvervsaktive end for ikke erhvervsaktive.

Andelen der har forhøjet blodtryk i Ballerup er på niveau med Region Hovedstaden og Danmark som helhed. Der er ingen i aldersgruppen 16-24 år, der har forhøjet blodtryk. Andelene med forhøjet blodtryk stiger med alderen for begge køn. Der er en højere forekomst blandt borgere med kort uddannelse end blandt borgere med lang uddannelse.

Forekomsten af slidgigt/leddegigt er højere for kvinder end for mænd. Forekomsten er lavest blandt de yngste aldersgrupper for både mænd og kvinder. Mere end fire ud af ti kvinder i alderen 65 + år angiver at have slidgigt/leddegigt. Forekomsten af slidgigt/leddegigt falder med stigende uddannelsesniveau. Ikke erhvervsaktive har en højere forekomst af slidgigt/leddegigt end de erhvervsaktive. Forekomsten er større blandt borgere i lejeboliger end blandt borgere i ejerboliger. Der er ingen forskel på forekomsten af slidgigt/leddegigt i Ballerup og Danmark.

Forekomsten af migræne og hyppig hovedpine er højere i Ballerup end i Region Hovedstaden. Med undtagelse af den ældste aldersgrupper er forekomsten lavere blandt mænd end blandt kvinder. Blandt borgere med kort uddannelse er forekomsten over dobbelt så stor som blandt borgere med lang uddannelse. Andelen med migræne og hyppig hovedpine blandt ikke erhvervsaktive er næsten tre gange så stor som blandt de erhvervsaktive. Andelen er større blandt enlige (skilte, separerede) end blandt gifte. Andelen er næsten dobbelt så stor blandt borgere i lejeboliger som blandt borgere i ejerboliger.

Der er en mindre andel med rygsygdom i Ballerup sammenlignet med Danmark som helhed. Andelen med rygsygdom stiger med stigende alder. Andelen er større blandt borgere med kort uddannelse end blandt borgere med lang uddannelse. Der er en større andel med rygsygdom blandt de ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive. Andelen er større blandt borgere i lejeboliger sammenlignet med borgere i ejerboliger.

Gener og symptomer inden for en 14-dages periode

Andelen med meget generende gener og symptomer er mindre i Ballerup end i Region Hovedstaden. I alle aldersgrupper er andelen med et eller flere meget generende gener eller symptomer mindre blandt mænd end blandt kvinder. Andelen er stor for den yngste aldersgruppe, falder i den næste aldersgruppe for derefter at stige igen. Der er en større andel med et eller flere meget generende gener eller symptomer blandt borgere med en kort eller mellemlang uddannelse end blandt borgere med en lang uddannelse. Andelen er større blandt ikke erhvervsaktive i forhold til de erhvervsaktive. Der er en større andel blandt borgere i lejeboliger end blandt borgere i ejerboliger.

Andelen med smerter eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder er større i Ballerup end i Region Hovedstaden og Danmark som helhed. Andelen er mindre blandt mænd end blandt kvinder i alle aldersgrupper. Der ses en højere forekomst blandt borgere med kort og

mellemlang uddannelse end blandt borgere med lang uddannelse. Andelen er større blandt borgere der bor i lejeboliger end blandt borgere, der bor i ejerboliger.

Ballerup Kommune har en højere forekomst af smerter og ubehag i ryg eller lænd inden for den seneste 14-dages periode end i Region Hovedstaden og Danmark som helhed. Forekomsten er lavere blandt mænd end blandt kvinder og stiger med stigende alder. Forekomsten af smerter og ubehag i ryg eller lænd er højere blandt samlevende end blandt gifte. Der ses en højere forekomst af smerter og ubehag i ryg eller lænd blandt borgere i lejeboliger end blandt borgere i ejerboliger.

Andelen med smerter eller ubehag i ben, hofte, knæ eller fødder er større i Ballerup end i Region Hovedstaden og i Danmark som helhed. Der ses en mindre andel blandt mænd end blandt kvinder, og en større andel blandt ældre end blandt yngre. Andelen er væsentlig større blandt borgere med en kort uddannelse end blandt borgere med en lang uddannelse. Der ses ligeledes en større andel blandt de ikke erhvervsaktive i forhold til de erhvervsaktive. Andelen med smerter eller ubehag i ben, hofte, knæ eller fødder er størst blandt samlevende og enlige (ugifte). Andelen blandt borgere i lejeboliger er større end blandt borgere i ejerboliger.

Forekomsten af hovedpine inden for de seneste 14 dage er større i Ballerup end i Region Hovedstaden og Danmark som helhed. Forekomsten er lavere blandt kvinder end blandt mænd, den er højest i de yngste aldersgrupper for derefter at aftage med stigende alder. Forekomsten er højere blandt borgere med kort uddannelse end blandt borgere med lang uddannelse. Den højeste forekomst ses blandt de enlige (separerede, skilte). Blandt borgere i lejeboliger er forekomsten højere end blandt borgere i ejerboliger.

Knap halvdelen af borgerne i Ballerup har været generet af træthed inden for en 14 dages periode. Dette er en væsentlig højere forekomst end i Region Hovedstaden og i Danmark som helhed. Med undtagelse af aldersgruppen 65 + år er forekomsten i alle aldersgrupper lavere blandt mænd end blandt kvinder. Forekomsten falder med stigende alder. Blandt borgere med kort uddannelse er forekomsten lavere end blandt borgere med lang uddannelse. Forekomsten er højere blandt de samlevende end blandt de gifte. Der er en højere forekomst blandt borgere i lejeboliger end blandt borgere i ejerboliger.

Sygdomsadfærd brug af sundhedsvæsenet

Mennesker reagerer forskelligt på sygdomme og sygelighed. 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.

Kontakt til behandlere

Borgerne i Ballerup går mere til praktiserende læge og benytter sig mere af tilbud om genoptræning end borgerne i såvel Region Hovedstaden som Danmark. Overordnet set stiger andelen af borgere, der har haft kontakt med den praktiserende læge eller været til genoptræning inden for en tremåneders periode, med alderen. Flere kvinder end mænd har haft kontakt til en praktiserende læge. Borgere, der er enlige (separerede, skilte), har en højere forekomst end borgere, der er gifte og erhvervsaktive har i mindre omfang end ikke erhvervsaktive har haft kontakt til en praktiserende læge. En større andel blandt borgere, der bor i lejebolig end blandt borgere, der bor i ejerbolig har haft kontakt til en praktiserende læge.

Flere borgere i Ballerup end i Region Hovedstaden og Danmark har været i kontakt med en tandlæge inden for en tremåneders periode. Flere i de ældre aldersgrupper (45+ årige) end i de yngre aldersgrupper (16-44 årige) har været i kontakt med en tandlæge.

Der generelt lidt flere blandt kvinder end blandt mænd, der har oplevet et udækket behov for psykologisk eller psykiatrisk hjælp. For mænd stiger andelen med alderen, mens den omvendte tendens gør sig gældende for kvinder.

Brug af medicin

Forbruget af håndkøbsmedicin er højere i Ballerup Kommune end i Danmark som helhed og der er flere kvinder end mænd, der tager denne slags medicin. Den højeste forekomst findes blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år.

Forbruget af receptmedicin stiger med alderen, således at den yngste aldersgruppe har det mindste forbrug. Borgere med en mellemlang uddannelse har i større omfang taget receptpligtigt medicin end borgere med en lang uddannelse og en større andel blandt ikke erhvervsaktive har taget receptmedicin i forhold til erhvervsaktive. Borgere, der er enlige (separerede, skilte), har en højere forekomst end borgere, der er gifte og andelen er større blandt borgere i lejebolig, end blandt borgere i ejerbolig.

En større andel af borgerne i Ballerup har brugt smertestillende medicin inden for en 14-dages periode end i Region Hovedstaden og i Danmark som helhed. Flere blandt end blandt kvinder har brugt smertestillende medicin. Den mindste andel af borgere, der bruger smertestillende medicin ses blandt de 16-24 årige mænd. Forekomsten er højere blandt borgere, der er bor i lejebolig, end blandt borgere, der bor i ejerbolig.

Sundhedsadfærd

Sundhedsadfærd forstås som den del af en persons livsstil, der har indvirkning på eller betydning for den enkelte persons sundhed og helbred. Sundhedsadfærden kan have såvel tilsligtede som utilsigtede konsekvenser.

Rygning

En væsentlig årsag til danskernes overdødelighed er deres rygevaner. Beregninger har vist, at en cigaretryger i gennemsnit lever ca. 7 år kortere end en ikke-ryger. Andelen af borgere i Ballerup Kommune, der ryger dagligt, er mindre end i Region Hovedstaden og i Danmark som helhed. Både for mænd og kvinder ses den største andel af dagligrygere i aldersgruppen 45 – 64 år. Blandt borgere med en kort uddannelse, er der en større andel, der ryger dagligt, end blandt borgere med en lang uddannelse. Ligeledes er der en større andel blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive, der ryger dagligt. I forhold til samlivsstatus er forekomsten størst i gruppen af enlige (separerede, skilte). Andelen af dagligrygere er markant højere blandt borgere, der bor i lejebolig i forhold til borgere, der bor i ejerbolig.

Det samme mønster genfindes når man kigger på forekomsten af storrygere. Storrygere er defineret som personer, der ryger mere end 15 cigaretter om dagen. Der er en mindre andel blandt borgere i Ballerup end i Danmark som helhed og i Region Hovedstaden. For mænd ses den største andel af storrygere i aldersgruppen 25 – 44 år, mens andelen for kvinder er størst i aldersgruppen 45 – 64 år. Den mindste andel af storrygere ses blandt borgere med en lang uddannelse. Andelen af storrygere er markant større i gruppen af ikke erhvervsaktive. Den laveste forekomst af storrygere ses i gruppen af gifte og den højeste forekomst i gruppen af

enlige (separerede, skilte). Mere end hver femte, der bor i lejebolig, er storryger, hvor det samme gælder for mindre end hver tiende, der bor i ejerbolig.

Fysisk aktivitet i hovedbeskæftigelsen

Det fysiske aktivitetsniveau er 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, idet fysisk aktivitet har mange positive effekter på både den fysiske og psykiske helbredstilstand. Ballerup Kommune har en større andel i forhold til Danmark som helhed, der beskriver den fysiske aktivitet i deres hovedbeskæftigelse som værende stillesiddende. Den laveste forekomst af stillesiddende arbejde ses i aldersgruppen kvinder 16 – 24 år. I forhold til uddannelse ses den mindste forekomst blandt borgere med kort uddannelse. Andelen, der rapporterer, at de har et stillesiddende arbejde, er markant mindre blandt borgere, der bor i lejebolig i forhold til borgere, der bor i ejerbolig.

Fysisk aktivitet i fritiden

Andelen, der dyrker fysisk aktivitet i fritiden er på niveau med Danmark og Region Hovedstaden en større andel blandt mænd end blandt kvinder er fysisk aktive. Andelen er større blandt yngre end blandt ældre. Jo højere uddannelsesniveau des større hård eller mellemhård fysisk aktivitet. Andelen er størst blandt de erhvervsaktive samt blandt dem, der bor i ejerbolig.

Alkohol

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. For at forebygge alkoholrelaterede problemer i den danske befolkning anbefaler Sundhedsstyrelsen en maksimumsgrænse på maksimalt på 21 genstande om ugen for mænd og 14 genstande om ugen for kvinder (genstandsgrænse). Endvidere anbefales et maksimum brug på fem genstande for en drikkeance.

I Ballerup er der er mindre andel end i Region Hovedstaden og Danmark som helhed, der i løbet af den sidste uge har overskredet genstandsgrænsen. I alle aldersgrupper er der flere mænd end kvinder, der overskrider genstandsgrænsen. For både mænd og kvinder ses, at den største andel, der angiver at overskride genstandsgrænsen, er aldersgrupperne 45 – 64 år samt 65 + år.

Andelen af borgerne i Ballerup der indenfor den seneste måned ved mindst en drikkeance har drukket fem genstande eller derover, er mindre end i Region Hovedstaden og i Danmark. Der er en større andele blandt mænd end blandt kvinder, der har haft mindst en episode, hvor de har drukket fem genstande eller derover inden for den seneste måned. Med undtagelse af den ældste aldersgrupper angiver mere end hver anden mand, at han i løbet af den sidste måned mindst en gang har drukket mere end fem genstande. Blandt kvinder ses et andet mønster, jo ældre kvinderne er desto færre angiver, at de mindst en gang har drukket mere end fem genstande i løbet af den sidste måned. Andelen stiger med stigende uddannelsesniveau. Der er en større andel blandt borgere, der bor i ejerbolig, end blandt borgere, der bor i lejebolig.

Hash

Det at prøve stoffer er typisk et ungdomsfænomen, og de fleste fortsætter ikke brugen. De fleste, der prøver stoffer, har således et eksperimentelt forbrug i en kortere periode i de unge år.

Andelen af borgerne i Ballerup Kommune, der har prøvet at indtage hash inden for det seneste år, er mindre end i Region Hovedstaden og i Danmark. Andelen er lidt mindre blandt kvinder end blandt mænd. Blandt de 16-24 årige ses den højeste forekomst. Stort set ingen i de ældste aldersgrupper har indtaget hash i løbet af det sidste år. Forekomsten er størst blandt enlige (ugifte, skilte, separerede).

Svær overvægt

Forekomsten af svær overvægt er øget globalt. Svær overvægt øger risikoen for en lang række sygdomme såsom 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 en befolkning må først og fremmest sættes i relation til det fysiske aktivitetsniveau og til fedtindholdet i kosten.

Andelen med svær overvægt er større i Ballerup Kommune i forhold til Region Hovedstaden. Blandt kvinder stiger andelen med overvægt med stigende alder, mens andelen blandt mænd er størst i aldersgruppen 45 – 64 år. Der ses en klar sammenhæng mellem uddannelsesniveau og forekomsten af svær overvægt, således at jo kortere uddannelse desto større andel med svær overvægt. Mere end dobbelt så mange, der bor i lejebolig, er svært overvægtige sammenlignet med borgere, der bor i ejerbolig.

Egen indsats

En vigtig forudsætning for at sundhedsformidlere, praktiserende læger m.fl. kan motivere befolkningen til selv at ændre på deres sundhedsadfærd, er at borgerne selv tror, at deres egen indsats har betydning for helbred og sundhed.

Der er en større andel i Ballerup Kommune der mener, at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare deres helbred end i Danmark som helhed men en mindre andel end i Region Hovedstaden. Andelen, der mener egen indsats er særdeles vigtig, falder med alderen. Andelen, der mener, at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare eller forbedre helbredet er mindst i gruppen af kort uddannede. Blandt de personer, der bor i ejerbolig, er andelen større end i gruppen, der bor i lejebolig.

Andelen, der aktivt gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred, er større i Ballerup end i Danmark. Den største andel ses blandt kvinder i aldersgruppen 25 – 44 år. Jo længere uddannelse desto større er andelen, der aktivt gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred. Der er en større andel, der aktivt gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred, blandt borgere, der bor i ejerbolig, end blandt borgere, der bor i lejebolig.

Sociale relationer og social kapital

Menneskets sociale relationer har betydning for dets helbred. Undersøgelser har vist, at folk med stærke sociale relationer ikke nær så let bliver syge, og hvis de bliver syge, kommer de sig hurtigere efter deres sygdom og har mindre risiko for at dø tidligt. Social kapital defineres som omfanget af gensidighed, normer om gensidig hjælp, tillid og andre kendetegn ved den sociale struktur, som er en ressource for det enkelte menneske og fremmer den fælles indsats.

Andelen, der træffer deres familie sjældnere end en gang om måneden, er mindre i Ballerup end i Region Hovedstaden.

I Ballerup er der en større andel af borgere end i Region Hovedstaden og Danmark som helhed, som angiver, at de sjældnere end en gang om måneden ser venner og bekendte. Der er en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der sjældnere end en gang om måneden træffer deres venner og bekendte. Andelen er mindre i de yngre aldersgrupper end i de ældre aldersgrupper.

I Ballerup er der en større andel, der er uønsket alene end i Region Hovedstaden og i Danmark som helhed. Overordnet er der en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der angiver, at de er uønsket alene. Andelen er stor blandt mænd og kvinder i aldersgruppen 16-24 årige samt kvinder i aldersgruppen 65+ år. Den mindste andel ses blandt mænd i alderen 25-44 år. Andelen, der er uønsket alene, er større blandt borgere med en kort uddannelse end blandt borgere, der har en lang uddannelse. Endvidere er andelen, der er uønsket alene, større blandt borgere, der ikke er erhvervsaktive, end blandt borgere, der er erhvervsaktive. Der er en større andel blandt de enlige (separerede, skilte, ugifte) end blandt de gifte, der angiver at være uønsket alene. Endelig er der en markant større andel af borgere, der bor i lejebolig, end borgere, der bor i ejerbolig, som er uønsket alene

Der er en tendens til, at andelen, der ikke regner med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom, stiger med alderen. Andelen, der ikke regner med, at der er nogle udenfor husstanden, der vil hjælpe dem i tilfælde af sygdom, er størst blandt kvinder i alderen 65+ år. Den mindste andel ses blandt mænd og kvinder i alderen 25-44 år. Andelen, der ikke regner med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom, er størst blandt borgere, der er enlige (separerede, skilte).

I Sundhed i Ballerup er der spurgt til, om borgerne føler sig stærkt eller til en vis grad knyttet til det kvarter, de bor i. Andelen, der føler sig stærkt eller til en vis grad knyttet til det kvarter de bor i, er mindst blandt mænd i alderen 16-24 år og størst blandt kvinder i alderen 65+ år. Der er en mindre andel blandt enlige (ugifte) end blandt gifte, der angiver, at de føler sig knyttet til det kvarter, de bor i. Der er en mindre andel blandt borgere, der bor i lejebolig, end blandt borgere, der bor i ejerbolig, der føler sig stærkt eller til en vis grad knyttet til det kvarter, de bor i.

Ligeledes er der spurgt til, hvorvidt borgeren synes, at naboer og andre beboer i lokalområdet alt i alt er hjælpsomme. Andelen, der synes naboer og andre beboer er hjælpsomme, er mindst blandt mænd i alderen 16-24 årige mænd, og største blandt mænd i alderen 65+ år. Der er en mindre andel blandt borgere med en mellemlang uddannelse end blandt borgere med en lang uddannelse, der synes, at deres naboer og andre beboere i lokalområdet alt i alt er hjælpsomme. Andelen er mindst blandt samlevende og enlige (ugifte, separerede, skilte). Der er en større andel blandt borgere, der bor i ejerbolig, end blandt borgere, der bor i lejebolig, der synes, at deres naboer eller andre beboere i lokalområdet er hjælpsomme eller meget hjælpsomme.

Kapitel 1 Materiale og metode

1.1 Baggrund og formål

Med kommunalreformen, der træder i kraft 1. januar 2007, får Ballerup Kommune ansvaret for en række områder, som Københavns Amt tidligere har været ansvarlig for. Ansvar for den borgerrettede forebyggelse flytter fra amt til kommune, og ansvaret for den patientrettede forebyggelse deles mellem regionen og kommunen. Derudover flyttes behandlingsindsatsen på fx alkohol- og stofmisbrugsområdet til kommunen. Kommunen skal ligeledes afholde betaling for hospitalsindlæggelser samt brug af forskelligt sundhedsprofessionelt personale såsom brug af praktiserende læge. Ballerup Kommune overtager endvidere ansvaret for og finansieringen af al genoptræning, der foregår efter udskrivning fra sygehus. Kommunen skal derfor på flere områder have indgående kendskab til borgerne bl.a. i forhold til 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 borgerne spørges 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 gennemførte indsatser.

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

1.2 Læsevejledning

Rapporten består af syv kapitler. I første kapitel er der redegjort for formål, dataindsamling, spørgeskemaets opbygning, og der gives en sociodemografisk beskrivelse af borgerne i Ballerup Kommune. Dernæst følger undersøgelsens resultater, i alt seks kapitler. Kapitlerne dækker den subjektive, oplevelsesmæssige dimension af sundhed og helbred, det medicinske 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 af en tabel og en figur. 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).

Ud for "Total" vises i standardtabellen totaltal fra hhv. Ballerup Kommune, Region Hovedstaden samt Danmark. Tallene for Region Hovedstaden og Danmark er tal fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 (SUSY-2005). Ved enkelte standardtabeller er det ikke muligt, at angive opgørelser fra SUSY-2005. Dette skyldes, at spørgsmålene enten ikke er medtaget i

SUSY-2005, eller at spørgsmålsformuleringen er ændret, således at det ikke er muligt at sammenligne Sundhed i Ballerup 2006 med tal fra SUSY-2005. I standardtabellen følger dernæst de anvendte sociodemografiske baggrundsfaktorer, det er følgende faktorer: køn og alder, kombineret skole- og erhvervsuddannelse, erhvervsstatus, civilstand samt boligforhold.

De efterfølgende søjler indeholder forskellige statistiske opgørelser. Første søjle "Forekomst" angiver andelen med den givne indikator – i eksemplet andelen der er fysisk aktivitet i fritiden (standardtabel 1.1). Således viser tallene ud for "Total" andelen, der er fysisk aktive i fritiden i hhv. Region Hovedstaden, i Danmark som helhed og i Ballerup Kommune. Tallet ud for gruppen af 25-44 årige mænd angiver, at 40,3 % er fysisk aktive i fritiden. For de 25-44 årige kvinder, er det 23,8 %. I alt er 30,8 % af mændene fysisk aktive.

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

I søjlen "Standardiseret forekomst" vises standardiserede forekomster for alle grupper undtagen de køns- og aldersspecifikke. De standardiserede forekomster er køns- og aldersstandardiseret i forhold til den danske befolkning pr. 1. januar 2005. Det betyder, at forekomsten er justeret for evt. køns- og aldersmæssige forskelle, således at tallene fra Ballerup kan sammenlignes med tallene fra Region Hovedstaden og Danmark. Tallene er altså for totaltallet et udtryk for, hvor stor forekomsten af fysisk aktivitet i fritiden ville være, hvis Sundhed i Ballerup og SUSY-2005 havde samme køns- og aldersfordeling, som den danske befolkning 1. januar 2005. I resten af tabellen er det udtryk for forekomsten givet, at de enkelte undergrupper har samme køns- og aldersfordeling som referencegruppen (dvs. den gruppe der sammenlignes med). Eksempelvis at borgerne med kort eller mellemlang uddannelse har den samme køns- og aldersfordeling som borgerne med lang uddannelse. Der er ikke lavet køns- og aldersstandardiserede forekomster for gruppen "Skoleelev/anden uddannelse". Dette skyldes, at vi ikke ønsker at analysere på gruppen, da det ikke entydigt kan siges, hvilket niveau "Anden uddannelse" befinder sig på. Der er heller ikke lavet standardiserede forekomster for samlivsgruppen "Enlig, (enkestand), da det dårligt giver mening at aldersstandardisere en gruppe af borger, der altovervejende udgøres af ældre over 65 år.

Til beskrivelse af Ballerup Kommune vil der blive brugt "Forekomst", da de viser de faktiske forekomster for Ballerup Kommune. Når der kommenteres på forskelle for kombineret skole- og erhvervsuddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og boligforhold vil det være "Standardiseret forekomst", der angives.

Efter den standardiserede forekomst er der markeret med "+" eller "-", hvis den standardiserede forekomst afviger signifikant fra referencegruppen. Et "+" markere statistisk signifikant højere forekomst og et "-" statistisk signifikant lavere forekomst. For køn og alder bruges de ikke-standardiserede forekomster. Ved totaltal er Ballerup valgt som referencegruppe. For køn og alder er kvinder i aldersgruppen 45-64 år valgt som referencegruppe. Det fremgår af standardtabel 1.1, at samtlige aldersgrupper af mænd samt de to yngste grupper af kvinder har statistisk signifikant højere andele, og de ældste kvinder har en statistisk signifikant

mindre andel end referencegruppen. Tilsvarende er gruppen med lang uddannelse, de erhvervsaktive, de gifte og borgere i ejerboliger valgt som referencegrupper ved hhv kombineret skole- og erhvervsuddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet, civilstand og boligform. Referencegruppen er skrevet i *kursiv*. Der vil kun 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 708 kvinder og 535 mænd i undersøgelsen (standardtabel 1.1).

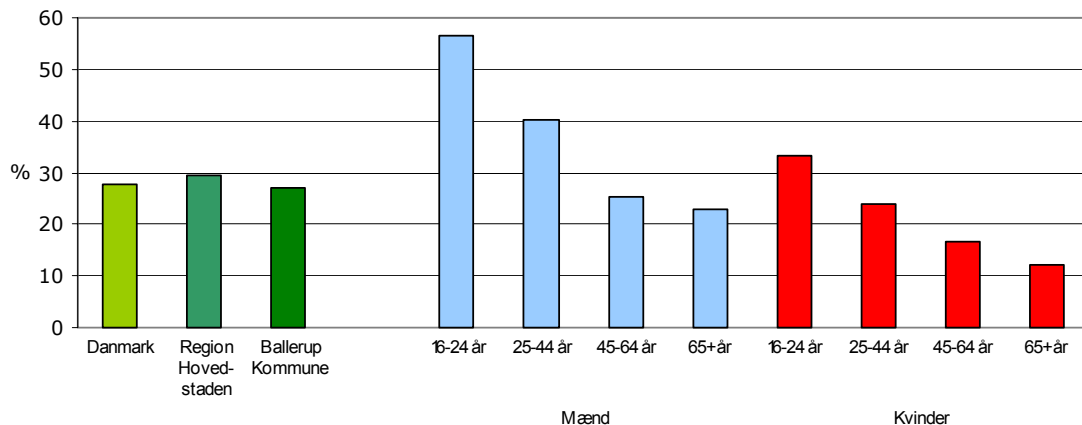
I hver standardtabel er der endvidere en figur, der viser forekomster for Ballerup, Region Hovedstaden og Danmark, samt forekomst for Ballerup fordelt på køn og alder. Tallene fra Ballerup Kommune, Region Hovedstaden og Danmark er de køns- og aldersstandardiserede forekomster (standardtabel 1.1).

Standardtabellerne er placeret sidst i et afsnit eller et kapitel, hvorimod almindelige tabeller er placeret der, hvor de bliver omtalt. Både standardtabeller og almindelige tabeller er nummereret fortløbende og særskilt. Der vil således være tabeller og standardtabeller med samme nummer.

Standardtabel 1.1 Eksempel på standardtabel: andel der angiver, at de er fysisk aktive i fritiden.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	26,5	27,6		14566
	Region Hovedstaden	28,5	29,3		2923
	Ballerup Kommune	24,1	27,1		1243
Mænd	16-24 år	56,4		+	39
	25-44 år	40,3		+	139
	45-64 år	25,4		+	209
	65+ år	23,0		+	148
	Mænd i alt	30,8			535
Kvinder	16-24 år	33,3		+	57
	25-44 år	23,8		+	210
	45-64 år	16,6			259
	65+ år	12,1		-	182
	Kvinder i alt	18,9			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	12,0	12,3	-	166
	Mellemlang	16,5	17,1	-	321
	Lang	29,0	29,7		569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	22,0			91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	27,9	28,7		721
	Ikke erhvervsaktiv	22,1	12,5	-	190
Civilstand	Gift	23,9	25,7		745
	Samlevende	28,7	25,9		136
	Enlig (separeret, skilt)	14,6	17,7		103
	Enlig (ugift)	33,3	25,8		159
	Enlig (enkestand)	10,8			74
Bolig	Lejebolig	17,9	22,3	-	580
	Ejerbolig	29,8	31,0		591

- & + markerer statistisk signifikans



1.3 Indsamling af data

Sundhed i Ballerup 2006 er baseret på en repræsentativt stikprøve af alle borgere, der er 16 år eller derover og bosiddende i Ballerup Kommune pr. 26. april 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 det anden rykkerbrev fulgte desuden et nyt spørgeskema. Dataindsamlingen forløb over 7 uger startende primo maj 2006. I alt har 1243 borgere returneret spørgeskemaet, hvilket giver en svarprocent på 62,2.

1.4 Spørgeskemaets struktur

Spørgeskemaet til Sundhed i Ballerup 2006 er konstrueret med udgangspunkt i SUSY-2005, der er baseret på en traditionel, epidemiologisk forståelsesmodel, som opererer med nogle risikofaktorer, der kan medvirke til sygdom med deraf følgende konsekvenser¹. Udover at spørge ind til sygdom stilles der en række spørgsmål, der kan give en viden, der som tidligere nævnt ikke kan opnås via registre. Der spørges bl.a. til konsekvenser af sygdom samt en række bagvedliggende oplysninger, der formodes at have betydning for udvikling af sygdom eller kan medføre nedsat livskvalitet. SUSY-undersøgelserne er unikke, da der ikke findes andre landsdækkende undersøgelser med denne vinkel. Fordelen ved at bruge spørgsmål fra SUSY-2005 er, at det er muligt for kommunen at sammenligne direkte med nationale og regionale opgørelser. Denne sammenligning foretager vi i rapporten i det omfang, det er muligt. Der er desuden udviklet enkelte spørgsmål specifikt til denne undersøgelse. Dette er sket i samarbejde med Ballerup Kommune.

Overordnet fordeler spørgsmålene sig indenfor følgende kategorier:

- sociodemografiske baggrundsspørgsmål
- helbred
- 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 har mulighed for eller ikke ønsker at deltage i undersøgelsen (fx personen er for syg, er ude at rejse eller ikke ønsker at medvirke i undersøgelsen).

Det er af stor betydning for resultaternes generaliserbarhed (at resultaterne kan siges at være en dækkende beskrivelse af Ballerup) dels, at de udtrukne borgere tegner et retvisende billede af borgerne i Ballerup Kommune, og dels at de borgere, der ikke deltager i undersøgelsen, ikke afviger væsentligt fra de borgere, der deltager. Tabel 1.1 viser, at køns- og aldersfordelingen i stikprøven ikke er væsentlig forskellig fra fordelingen af køn og alder blandt borgerne i Ballerup Kommune. Der er dog en svag tendens til at borgerne i stikprøven er ældre end borgerne i kommunen generelt.

Der er en tendens til at de borgere der deltager er ældre end borgerne i den udtrukne stikprøve, samt at der er en lille overvægt af kvinder. Tabel 1.1 viser endvidere bortfald i køns- og aldersgrupper. Det største bortfald ses blandt yngre mænd (16-24 år). Kun 39 mænd i alderen 16-24 år deltog i undersøgelsen. Både i denne gruppe samt blandt mænd i alderen 25-44 år er bortfaldet større end antallet af deltagere. Blandt mænd ses, at der er faldende bortfald med stigende alder, således er det mindste bortfald blandt de ældste mænd. Generelt er bortfaldet blandt mænd højere end blandt kvinder. Blandt kvinderne i Ballerup Kommune er bortfaldet mere jævnt fordelt, dog ses det største bortfald i den yngste aldersgruppe. 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 1.1 Køns- og aldersfordelingen i hhv. Ballerup Kommune, den udtrukne stikprøve og blandt deltagere i undersøgelsen.

		Ballerup		Stikprøve		Deltagere		Bortfald	
		Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Mænd	16-24	2163	5,9	85	4,3	39	3,1	46	6,1
	25-44	6264	17,0	295	14,8	139	11,2	156	20,6
	45-64	5877	15,9	353	17,7	209	16,8	144	19,0
	65+	3469	9,4	208	10,4	148	11,9	60	7,9
	I alt	17773	48,2	941	47,1	535	43,0	406	53,6
Kvinder	16-24	2074	5,6	100	5,0	57	4,6	43	5,7
	25-44	6420	17,4	316	15,8	210	16,9	106	14,0
	45-64	6310	17,1	375	18,8	259	20,8	116	15,3
	65+	4334	11,7	268	13,4	182	14,6	86	11,4
	I alt	19138	51,8	1059	53,0	708	57,0	351	46,4
I alt	16-24	4237	11,5	185	9,3	96	7,7	89	11,8
	25-44	12684	34,4	611	30,6	349	28,1	262	34,6
	45-64	12187	33,0	728	36,4	468	37,7	260	34,3
	65+	7803	21,1	476	23,8	330	26,6	146	19,3
	I alt	36911	100	2000	100	1243	100	757	100

1.6 Sociodemografisk beskrivelse af populationen

Et af formålene med Sundhed i Ballerup 2006 er at beskrive Ballerup 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 Ballerup i forhold til Region Hovedstaden og Danmark. Af tabel 1.3 fremgår svarpopulationens fordeling på køn og alder.

Tabel 1.2, viser at der er lidt flere kvinder i Sundhed i Ballerup 2006 i forhold til SUSY-2005 undersøgelsen. Dette gælder både for landstallene såvel som for regionstallene. Borgerne i Ballerup er desuden ældre end i resten af landet og regionen. Der er dog generelt ikke tale om store forskelle.

Tabel 1.2 Køns- og aldersfordeling for Ballerup, Region Hovedstaden(2005) og Danmark(2005). Procent.

		Region		
		Ballerup	Hovedstaden	Danmark
Mænd	16-24	3,1	3,8	4,9
	25-44	11,2	18,2	16,2
	45-64	16,8	16,2	17,9
	65+	11,9	8,1	9,6
	I alt	43,0	46,4	48,6
Kvinder	16-24	4,6	5,6	4,9
	25-44	16,9	19,2	17,0
	45-64	20,8	17,5	18,4
	65+	14,6	11,4	11,1
	I alt	57,0	53,6	51,4
I alt	16-24	7,7	9,5	9,8
	25-44	28,1	37,4	33,2
	45-64	37,7	33,7	36,3
	65+	26,6	19,5	20,7
	I alt	100	100,0	100,0
Antal		1243	2923	14566

Tabel 1.3 viser fordelingen af forskellige sociodemografiske variabler i hhv. Ballerup, Danmark og Region Hovedstaden. 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. Uddannelsesniveaet i Ballerup Kommune er på nogenlunde samme niveau som uddannelsesniveaet på landsplan, men lavere end niveaet i Region Hovedstaden. I Ballerup har 13,8 % af borgerne mindre end 10 års uddannelse, imod 9,5 % i Region Hovedstaden. Blandt borgerne i Ballerup har 17,2 % 15 års uddannelse eller mere, imod 23,3 % i Danmark som helhed og 32,6 % i Region Hovedstaden. Derudover har 5,2 % af borgerne i Ballerup angivet, at de har "Anden Skole"-uddannelse, imod 0,6 % i Danmark som helhed og 0,9 % i Region Hovedstaden. I alt 2,3 % af borgerne i Ballerup har ikke oplyst nogen uddannelse, imod 0,6 % i Danmark og 0,3 % i Region Hovedstaden.

Der er lidt færre erhvervsaktive i Ballerup (59,1 %) end i Danmark som helhed (63,9 %) og i Region Hovedstaden (65,9 %). Tilsvarende er 39,8 % af borgerne i Ballerup ikke erhvervsakti-

ve imod 36,1 % i Danmark som helhed og 34,0 % i Region Hovedstaden. I Ballerup har 1,1 % af Borgerne ikke angivet deres erhvervsmæssige status, imod 0,0 % i såvel Danmark som helhed og Region Hovedstaden.

Andelen af borgere, der er gift, er lidt større i Ballerup (59,9 %) end i resten af landet (54,4 %) og i Region Hovedstaden (48,7 %). Tilsvarende er der færre ugifte og samlevende. I alt 12,8 % i Ballerup er ugifte i forhold til 16,9 % og 21,1 % i hhv Danmark og Region Hovedstaden, og 10,9 % er samlevende i Ballerup, imod 15,5 % i Danmark og 15,6 % i Region Hovedstaden. I Ballerup har 2,1 % af borgerne ikke angivet deres civilstand, imod 0,0 % i både Danmark som helhed og Region Hovedstaden.

I Ballerup bor 46,7 % af borgerne til leje, og 47,6 % bor i ejerboliger. Det er desværre ikke muligt at sammenligne med Danmark og Region Hovedstaden, eftersom der ikke er stillet et tilsvarende spørgsmål i SUSY-2005. I alt har 0,3 % af borgerne i Ballerup ikke angivet deres boligform.

I standardtabellerne bliver uoplyste udeladt. Under 10 års uddannelse er kategoriseret som kort uddannelse, 10-12 års uddannelse som mellemlang uddannelse og 13 års uddannelse eller mere som lang uddannelse. Skoleelever og personer med "Anden skole" er lagt sammen.

I boligform bliver der kun kigget på personer, der enten er lejere eller bor i ejerboliger. Dette skyldes, at de øvrige grupper er for små, og at det ikke er muligt at slå dem sammen på en måde, der er analytisk tilfredsstillende.

Tabel 1.3 Fordelingen af kombineret skole og erhvervsuddannelse, erhvervmæssig status, ægteskabelig stand og boligforhold. Procent.

		Ballerup	Danmark	Region Hoved- staden
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	<10 år	13,8	14,9	9,5
	10 år	7,0	5,4	4,5
	11-12 år	21,4	22,3	20,0
	13-14 år	30,8	31,0	30,8
	15+ år	17,2	23,3	32,6
	Skoleelev	2,3	1,7	1,3
	Anden skole	5,2	0,6	0,9
	Uoplyst	2,3	0,6	0,3
	I alt	100	100	100
Erhvervmæssig status	Erhvervsaktiv	59,1	63,9	65,9
	Ikke erhvervsaktiv	39,8	36,1	34,0
	Uoplyst	1,1	0,0	0,0
	I alt	100	100	100
Ægteskabelig stand	Gift	59,9	54,4	48,7
	Samlevende	10,9	15,5	15,6
	Enlig (separeret, skilt)	8,3	6,3	7,8
	Enlig (ugift)	12,8	16,9	21,1
	Enlig (enkestand)	6,0	6,9	6,8
	Uoplyst	2,1	0,0	0,0
	I alt	100	100	100
Boligform	Lejebolig	46,7	-	-
	Andelsbolig	4,2	-	-
	Ejerbolig	47,6	-	-
	Andet	1,3	-	-
	Uoplyst	0,3	-	-
	I alt	100	0	0
	Antal personer	1243	14566	2923

Sammenfattende kan det siges, at 62,1 % af borgerne i Ballerup har deltaget i undersøgelsen. 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.

1.7 Analyse

Som beskrevet i afsnit 1.2, har vi lavet køns- og aldersstandardiserede forekomster, for samtlige variabler, bortset fra køn- og aldersforekomster, der er præsenteret i standardtabeller. Der er foretaget en direkte køns- og alderstandardisering. Til at vurdere, om der er eventuelle statistisk signifikante forskelle mellem grupper, er der beregnet konfidensintervaller for de standardiserede forekomster, således kan der sammenlignes internt i variablerne totalfore-

komster, kombineret skole- og erhvervsuddannelse, erhvervsstatus, civilstand og boligform. Tilsvarende for køns- og aldersgrupper er der beregnet konfidensintervaller for forekomsterne.

I tabel 5.4, 5.6, 5.9 og 5.11 er der lavet statistiske tests. Til at vurdere forskelle på Visuelle Analoge Skalaer (VAS) i forskellige grupper har vi brugt Kruskal-Wallis nonparametriske test.

Litteratur

¹ Kjølner M & Rasmussen NKr. Sundhed og sygelighed i Danmark & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002.

Kapitel 2 Helbredsrelateret livskvalitet

Kapitlet tager udgangspunkt i indikatorerne selv vurderet helbred og oplevelsen af stress. Der sættes således fokus på den subjektive, oplevelsesmæssige dimension af sundhed og helbred. Den handler om, hvordan borgerne i Ballerup oplever deres egen sundhed og helbred. Det er ofte hævdet, at 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 i kapitlet det fysiske funktionsniveau blandt 65+ årige.

2.1 Selv vurderet helbred

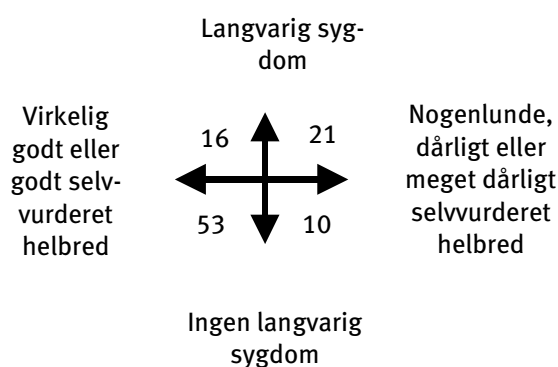
Det er velkendt, at en persons vurdering af eget helbred er en endog særdeles god faktor til at forudsige (prædiktiv) dødelighed og sygelighed: det er vist i adskillige studier, at jo dårligere en person vurderer sit eget helbred, desto større er risikoen for død og for sygelighed i en given opfølgingsperiode¹. Idler & Benyamini² fremhæver forskellige typer af forklaringer på denne sammenhæng. For det første fremhæves, at der er tale om en helhedsorienteret vurdering, hvor svarpersonen bruger forskellige kilder i sin vurdering, dvs. ikke blot aktuel 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 fremhæves, at vurderingen af eget helbred kan influere på, hvorledes personen reagerer på egen sygdom (fx at man tager den medicin, man er blevet ordineret) og egen sundhedsfremmende eller forebyggende adfærd. Alt sammen faktorer der er af betydning for sygelighed og dødelighed. For det tredje fremhæves, 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 Ballerup 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	16,6
Godt	51,9
Nogenlunde	24,9
Dårligt	4,8
Meget dårligt	1,3
Uoplyst	0,6
Antal svarpersoner	1243

Figur 2.1 viser sammenhængen mellem selv vurderet helbred og langvarig sygdom. Langvarig sygdom er defineret ud fra WHO's internationale sygdomsklassifikation og afspejler, at sygdom har været seks måneder eller mere. Det fremgår af tallene i figuren, at det at leve med en langvarig sygdom ikke nødvendigvis betyder, at en person vurderer sit helbred som værende dårligt. Således er der i alt 16 %, der lever med langvarig sygdom, og som vurderer deres helbred som værende godt, mens 21 % lever med langvarig sygdom og ikke har et godt selv vurderet helbred. Til gengæld har 53 % ikke nogen langvarig sygdom og et godt selv vurderet helbred, mens de uden langvarig sygdom, der ikke vurderer deres helbred som værende godt udgør 10 %.

Figur 2.1: Sammenhængen mellem selv vurderet helbred og langvarig sygdom. Procent.



Standardtabel 2.1 viser, at andelen af borgere, der vurderer deres helbred som værende virkelig godt eller godt, er mindre i Ballerup end i Region Hovedstaden og i Danmark som helhed. Andelen, der vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt, aftager med stigende alder. For kvinder i aldersgruppen 16-24 år er andelen dog lavere end blandt kvinder i alderen 25-44 år. 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 78,1 % vurderer deres eget helbred som værende godt eller virkelig godt i forhold til ikke erhvervsaktive, hvor 53,7 % vurderer deres helbred som værende virkelig godt eller godt. Af standardtabellen fremgår det desuden, at der i forhold til gifte borgere er der en mindre andel af enlige, der er separerede eller skilte, der vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt. Der er ligeledes en mindre andel af borgere, der bor i lejebolig, der vurderer deres helbred som værende virkelig godt eller godt i forhold til borgere, der bor i ejerbolig.

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 der produceres stresshormoner, og således gør kroppen parat til en øget indsats. Stress forårsages af en belastning, som er vanskelig 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. Det fremgår af tabel 2.2, at næsten hver tiende borger i Ballerup ofte føler sig stresset.

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

Ja, ofte	8,9
Ja, af og til	48,6
Nej, næsten aldrig	39,3
Uoplyst/ved ikke	3,2
Antal svarpersoner	1243

Standardtabel 2.2 viser, at en lidt større andel af kvinderne end mændene ofte føler sig stressede. For både kvinder og mænd ses det, at den yngste aldersgruppe (16-24 årige) og den ældste aldersgruppe (65+ årige) er dem, der føler sig mindst stressede.

2.3 Funktionsniveau blandt 65-årige eller derover

I de senere år har både andelen og antallet af ældre – her afgrænset til personer på 65 år eller derover – 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 tre forskellige spørgsmål relateret til fysisk mobilitet og to relateret til kommunikationsfærdigheder.

Fysisk mobilitet omfatter:

- 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., f.eks. en indkøbspose

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)

Tabel 2.3 Andel af mænd og kvinder på 65 år eller derover, der uden besvær kan udføre en række daglige funktioner. Procent.

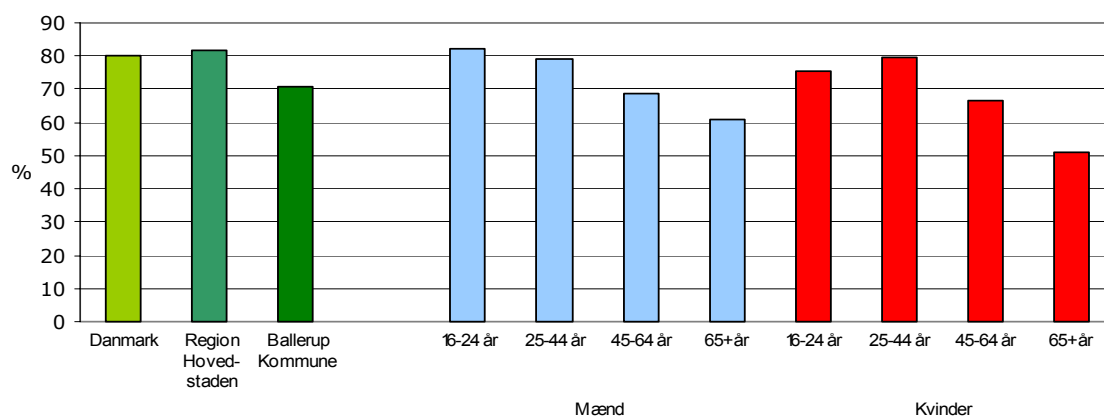
	Ballerup		Danmark	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Kan uden besvær gå 400 meter	80,4	68,1	78,5	70,5
Kan uden besvær gå op og ned ad trapper	83,1	66,5	79,5	66,6
Kan uden besvær bære 5 kg	81,1	54,4	85,1	61,6
Kan uden besvær læse en avistekst	83,1	84,6	88,1	84,3
Kan uden besvær høre en normal samtale	61,5	73,6	64,0	70,9
Antal svarpersoner	148	182	1391	1621

Det fremgår af tabel 2.3, at andelen af mænd, der har god fysisk mobilitet er større end andelen af kvinder, der har god fysisk mobilitet. I forhold til kommunikationsfærdigheder er der ingen forskel på kvinders og mænds evne til at læse en avistekst, mens flere kvinder end mænd uden besvær kan høre en normal samtale. Overordnet skiller Ballerup sig ikke ud fra Danmark som helhed. Der er dog en lavere andel af kvinder, der uden besvær kan bære 5 kg i Ballerup (54,4 %) end i Danmark som helhed (61,6 %).

Standardtabel 2.1 Andel med godt eller virkelig godt selvvurderet helbred.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	79,4	80,1	+	14566
	Region Hovedstaden	81,3	81,6	+	2923
	Ballerup Kommune	68,5	70,8		1243
Mænd	16-24 år	82,1		+	39
	25-44 år	79,1		+	139
	45-64 år	68,9			209
	65+ år	60,8		-	148
	Mænd i alt	70,3			535
Kvinder	16-24 år	75,4		+	57
	25-44 år	79,5		+	210
	45-64 år	66,4			259
	65+ år	51,1		-	182
	Kvinder i alt	67,1			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	45,2	42,6	-	166
	Mellemlang	60,7	65,5	-	321
	Lang	78,7	78,1		569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	63,7			91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	78,4	78,4		721
	Ikke erhvervsaktiv	53,7	38,1	-	190
Civilstand	Gift	70,6	73,6		745
	Samlevende	72,8	69,5		136
	Enlig (separeret, skilt)	58,3	58,9	-	103
	Enlig (ugift)	73,6	67,8		159
	Enlig (enkestand)	44,6			74
Bolig	Lejebolig	59,0	61,1	-	580
	Ejerbolig	78,5	79,5		591

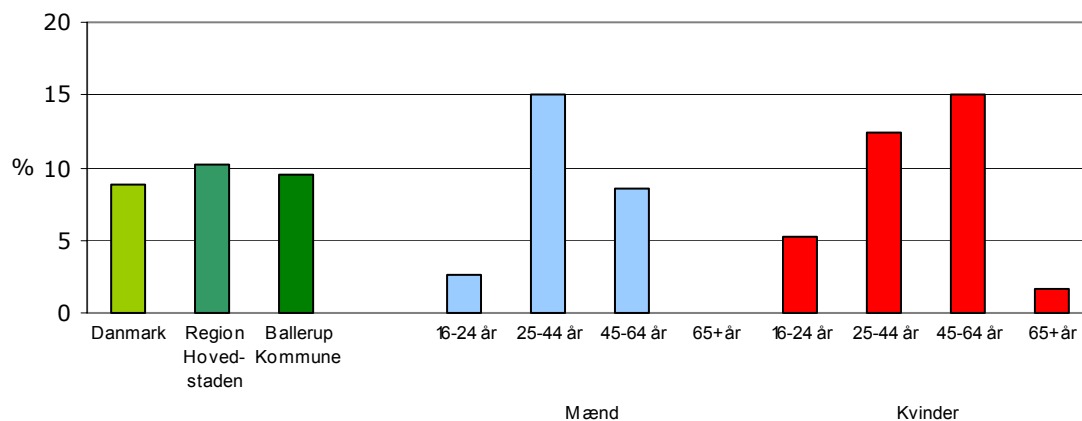
- & + markerer statistisk signifikans



Standarttabel 2.2 Andel der ofte føler sig stresset i dagligdagn.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	8,7	8,8	14566
	Region Hovedstaden	10,3	10,2	2923
	Ballerup Kommune	8,9	9,5	1243
Mænd	16-24 år	2,6	-	39
	25-44 år	15,1		139
	45-64 år	8,6	-	209
	65+ år	0,0		148
	Mænd i alt	7,5		535
Kvinder	16-24 år	5,3	-	57
	25-44 år	12,4		210
	45-64 år	15,1		259
	65+ år	1,6	-	182
	Kvinder i alt	10,0		708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	4,2	7,9	166
	Mellemlang	6,2	8,5	321
	Lang	12,1	11,1	569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	12,1		91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	12,8	12,9	721
	Ikke erhvervsaktiv	8,4	18,6	190
Civilstand	Gift	9,0	10,5	745
	Samlevende	11,8	10,3	136
	Enlig (separeret, skilt)	12,6	15,5	103
	Enlig (ugift)	5,7	5,4	159
	Enlig (enkestand)	4,1		74
Bolig	Lejebolig	7,9	8,3	580
	Ejebolig	10,7	10,9	591

- & + markerer statistisk signifikans



Litteratur

¹ Kristensen TS, Bjørner J, Smith-Hansen L, Borg V, Skov T: Selvurderet helbred og arbejdsmiljø, Er selvurderet helbred et frugtbar og nyttigt begreb i arbejdsmiljøforskning og forebyggelse? København: Arbejdsmiljøfondet, 1998.

² 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.

Kapitel 3 Sygelighed og konsekvenser af sygdom

Der findes 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. Endvidere vil forekomsten af ulykker og konsekvenser af sygdom blive beskrevet i sidste del af kapitlet.

3.1 Sygelighed

I nærværende undersøgelse anvendes tre forskellige mål for sygdom og sygeligheden:

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

Forekomsten af sygdom varierer med hvilket mål, der anvendes, men lige meget hvilket mål, der anvendes, er det de syge, der har et dårligt selv vurderet helbred. Sammenhængen mellem selv vurderet helbred og forskellige mål for sygelighed fremgår af tabel 3.1. Det fremgår for alle de nævnte former for sygelighed, at jo dårligere eget helbred vurderes, desto større er forekomsten af sygelighed. I alt 36,9 % af borgerne i Ballerup har en eller flere langvarige sygdomme. Kun 22,8 % af borgere med virkeligt godt eller godt selv vurderet helbred har en langvarig sygdom sammenholdt med 94,7 % blandt borgere med dårligt eller meget dårligt selv vurderet helbred. Den samme tendens gør sig gældende, når udgangspunkter er andre mål for sygelighed. Tabellen inkluderer kun personer, der har svaret på spørgsmålet om selv vurderet helbred.

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

	Oplevet helbred er:			I alt
	Virkelig godt eller godt	Nogenlunde	Dårligt eller meget dårligt	
<i>Andel med:</i>				
-langvarig sygdom	22,8	61,6	94,7	36,9
-specifik sygdom	55,1	82,6	88,0	64,0
-meget generende gener	25,0	64,2	35,8	39,2
-aktivitetsbegrænsning	7,5	24,8	62,7	15,3
Antal svarpersoner	851	310	75	1236

3.1.1 Langvarig sygdom

Forekomsten af langvarig sygdom er belyst ved spørgsmålet om, hvorvidt borgerne 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 3.1 viser, at 36,9 % af borgerne i Ballerup har en eller flere langvarige sygdomme. Forekomsten er lavere i Ballerup end i Region Hovedstaden og i Danmark som helhed. Forekomsten af langvarig sygdom er større blandt de ældste sammenlignet med de yngre. Blandt de ikke erhvervsaktive er andelen større end blandt de erhvervsaktive, og blandt borgere, der bor i lejebolig er andelen større end blandt borgere i ejerbolig. Forekomsten er desuden større for enlige (ugifte) end for gifte.

3.1.2 Specifikke sygdomme

Det fremgår af tabel 3.2, at allergi, slidgigt/leddegigt, forhøjet blodtryk samt rygsygdomme er de enkeltsygdomme eller tilstande, som er hyppigst forekommende. Overordnet er Ballerup på niveau med Danmark, men for nogle enkeltsygdomme eller tilstande har Ballerup en lidt højere forekomst.

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

	Ballerup	Danmark
Allergi (ikke astma)	21,4	21,0
Slidgigt/leddegigt	20,4	19,6
Forhøjet blodtryk	17,8	14,7
Rygsygdom	14,2	15,4
Migræne eller hyppig hovedpine	12,7	11,1
Tinnitus	10,4	9,1
Astma	6,9	6,4
Sukkersyge/diabetes	4,6	3,9
Kronisk bronkitis, emfysem (for store lunger, rygerlunger)	4,0	3,4
Kronisk angst eller depression	3,1	3,8
Osteoporose (knogleskørhed)	2,9	2,1
Grå stær	2,8	2,8
Anden psykisk lidelse	1,3	2,1
Cancer eller kræftsygdomme (inklusive leukæmi)	1,0	1,1
Blodprop i hjertet eller hjertekrampe	0,7	0,6
Hjerneblødning/blodprop i hjernen	0,5	0,3
Antal svarpersoner	1243	14566

Forekomsten af allergi i Ballerup er mindre blandt mænd end blandt kvinder (standardtabel 3.2) og falder med stigende alder. Andelen er desuden større for borgere med lang uddannelse end for borgere med mellemlang uddannelse og større for erhvervsaktive end for ikke erhvervsaktive.

I standardtabel 3.3, der viser andele af borgere med forhøjet blodtryk ses, 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 forekomst blandt borgere med kort uddannelse end blandt borgere med lang uddannelse.

Det fremgår af standardtabel 3.4, der viser andele af borgere med slidgigt/leddegigt, at mere end fire ud af ti af kvinderne i alderen 65 + år angiver at have slidgigt/leddegigt. Andelen er mindst blandt de yngste aldersgrupper for både mænd og kvinder. Forekomsten er højere for kvinder end for mænd. Andelen falder med længere uddannelse. I forhold til erhvervsaktivitet ses, at ikke erhvervsaktive har en højere forekomst af slidgigt/leddegigt end de erhvervsaktive. Andelen er større blandt borgere i lejeboliger end blandt borgere i ejerboliger.

Standardtabel 3.5 viser, at der er en højere forekomst af migræne og hyppig hovedpine i Ballerup sammenlignet med Region Hovedstaden. Andelen er mindre blandt mænd end blandt kvinder i alle aldersgrupper undtagen den ældste. Blandt borgere med kort uddannelse er forekomsten over dobbelt så stor som blandt borgere med lang uddannelse. Andelen med migræne og hyppig hovedpine blandt ikke erhvervsaktive er næsten tre gange så stor som blandt de erhvervsaktive. Blandt enlige (skilte), er andelen større end blandt de gifte. Andelen er næsten dobbelt så stor blandt borgere i lejeboliger som blandt borgere i ejerboliger.

Der er en mindre andel af borgere i Ballerup, der lider af rygsygdom sammenlignet med Danmark som helhed (standardtabel 3.6). Forekomsten stiger med stigende alder. Der er en større andel blandt borgere med kort uddannelse end blandt borgere med lang uddannelse. De ikke erhvervsaktive har en større forekomst af rygsygdom end erhvervsaktive. Borgere i lejeboliger har en større forekomst sammenlignet med borgere i ejerboliger.

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. Gener og symptomer kan opstå af flere årsager. De kan på forskellige måder være konsekvenser af sygdom, opstå i forbindelse med ulykker eller være resultat af medfødte skavanker. Rapportering af gener og symptomer udgør 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.

	Ballerup	Danmark
Smerter eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder	50,7	32,8
Træthed	48,5	28,6
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	48,9	30,3
Smerter eller ubehag i ben, hofter, knæ eller fødder	42,8	30,5
Hovedpine	32,7	22,8
Forkølelse, snue hoste	23,5	16,6
Søvnbesvær, søvnproblemer	26,5	18,5
Eksem, hududslet, kløe	21,0	10,0
Ondt i maven, oppustet mave	24,1	7,3
Fordøjelsesbesvær, tynd/hård mave	21,2	7,8
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	18,4	8,5
Ængstelse, nervøsitet, uro eller angst	17,1	8,4
Kvalme eller uro i maven	13,6	-
Problemer med at holde på vandet (inkontinens)	13,0	-
Åndedrætsbesvær, forpustethed	17,8	7,7
Svimmelhed	14,6	-
Hurtig hjertebanken	12,7	5,3
Underlivssmerter, herunder kraftig menstruationssmerter	11,2	-
Smerter eller ubehag ved hjertet, smerter i brystet	9,7	-
Besvær med at komme af med vandet	6,0	-
Antal svarpersoner	1243	14566

Det fremgår af tabel 3.3, at smerter eller ubehag i ryg, skuldre, nakke, hoved og lemmer, samt træthed er de hyppigst rapporterede gener og symptomer.

Det fremgår af standardtabel 3.7, at andelen med meget generende gener og symptomer er mindre i Ballerup end i Region Hovedstaden. I alle aldersgrupper er forekomsten af et eller flere meget generende gener eller symptomer mindre blandt mænd end blandt kvinder. Alder spiller en rolle, således er andelen stor for den yngste aldersgruppe, falder i den næste aldersgruppe, for derefter at stige. Borgere med en kort eller mellemlang uddannelse har en større forekomst end borgere med en lang uddannelse, og en større andel blandt ikke-erhvervsaktive i forhold til de erhvervsaktive er meget generet af gener og symptomer. Borgere i lejligheder har en væsentlig større forekomst end borgere i ejerboliger.

I standardtabel 3.8 ses, at andelen med smerter eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder er større i Ballerup end i Region Hovedstaden og Danmark som helhed. Forekomsten

er mindre blandt mænd end blandt kvinder i alle aldersgrupper. Borgerne med kort og mellem-lang uddannelse har desuden en større forekomst end borgere med lang uddannelse. Borgere der bor i lejeboliger har større forekomst end borgere, der bor i ejerboliger.

Ballerup Kommune har en langt større forekomst af smerter og ubehag i ryg eller lænd end i Region Hovedstaden og Danmark som helhed (standardtabel 3.9). Forekomsten er lavere blandt mænd end blandt kvinder. Andelen stiger med alderen. Der er en større andel blandt samlevende i forhold til gifte. Andelen, der har oplevet smerter og ubehag i ryg eller lænd inden for den seneste 14-dages periode, er større blandt borgere i lejeboliger end blandt borgere i ejerboliger.

Standardtabel 3.10 viser, at andelen med smerter eller ubehag i ben, hofte, knæ eller fødder er større i Ballerup end i Region Hovedstaden og i Danmark som helhed. Mænd har i alle aldersgrupper en mindre forekomst end kvinder, og de ældre har en større forekomst end de unge. Andelen er væsentlig højere blandt borgere med kort uddannelse i forhold til borgere med lang uddannelse. Forekomsten er også væsentlig højere blandt de ikke erhvervsaktive i forhold til de erhvervsaktive. Samlevende og enlige (ugifte) har højere forekomster end de gifte. Andelen blandt borgere i lejeboliger er større end blandt borgere i ejerboliger.

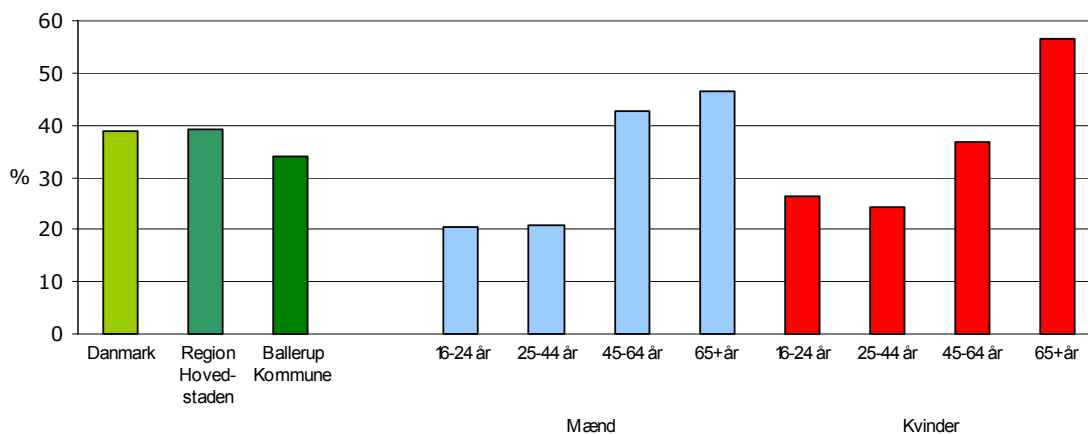
Det fremgår af standardtabel 3.11, at forekomsten af hovedpine inden for de seneste 14 dage er større i Ballerup end i Region Hovedstaden og Danmark som helhed. I alle aldersgrupper er andelen, der har haft hovedpine inden for de sidste 14 dage, større blandt kvinder end blandt mænd. Forekomsten er størst i de yngste aldersgrupper og aftager derefter med stigende alder. Andelen er væsentlig større blandt borgere med kort uddannelse end blandt borgere med lang uddannelse. Den er også væsentlig større blandt de enlige (separerede, skilte) end blandt de gifte. Blandt borgere i lejeboliger er forekomsten større end blandt borgere i ejerboliger.

Knap halvdelen af borgerne i Ballerup har været generet af træthed inden for en 14 dages periode (standardtabel 3.12). Dette er en væsentlig større andel end i såvel Region Hovedstaden som Danmark som helhed. Forekomsten er i alle aldersgrupper mindre blandt mænd end blandt kvinder, og falder med alderen. Dette gælder dog ikke for de 65 + årige mænd hvor mere end fire ud af ti har været generet af træthed inden for de seneste 14 dage. Blandt borgere med kort uddannelse er andelen mindre end blandt borgere med lang uddannelse. Andelen er større blandt de samlevende end blandt de gifte. Der er en større andel blandt borgere i lejeboliger end blandt borgere i ejerboliger, der har været generet af træthed inden for de sidste 14 dage.

Standardtabel 3.1 Andel med langvarig sygdom.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	39,8	39,0	+	14566
	Region Hovedstaden	39,8	39,2	+	2923
	Ballerup Kommune	36,9	34,0		1243
Mænd	16-24 år	20,5		-	39
	25-44 år	20,9		-	139
	45-64 år	42,6		+	209
	65+ år	46,6		+	148
	Mænd i alt	36,4			535
Kvinder	16-24 år	26,3		-	57
	25-44 år	24,3		-	210
	45-64 år	36,7			259
	65+ år	56,6		+	182
	Kvinder i alt	37,3			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	44,6	39,3		166
	Mellemlang	43,0	37,6		321
	Lang	30,9	32,2		569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	52,7			91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	27,6	27,2		721
	Ikke erhvervsaktiv	46,3	63,0	+	190
Civilstand	Gift	36,5	33,0		745
	Samlevende	26,5	30,7		136
	Enlig (separeret, skilt)	46,6	38,2		103
	Enlig (ugift)	33,3	41,7	+	159
	Enlig (enkestand)	58,1			74
Bolig	Lejebolig	42,6	39,4	+	580
	Ejerbolig	31,1	29,4		591

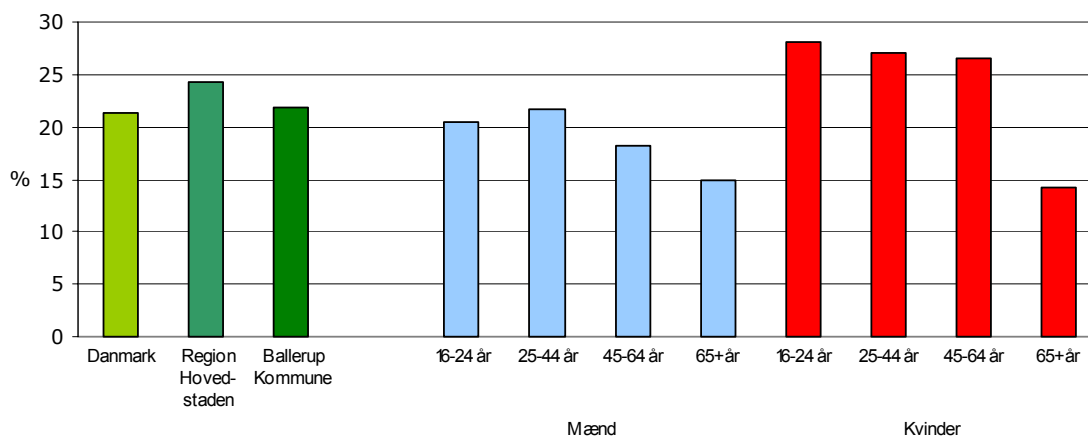
- & + markerer statistisk signifikans



Standarttabel 3.2 Andel med allergi.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	21,0	21,3	14566
	Region Hovedstaden	24,5	24,2	2923
	Ballerup Kommune	21,4	21,8	1243
Mænd	16-24 år	20,5		39
	25-44 år	21,6	-	139
	45-64 år	18,2	-	209
	65+ år	14,9	-	148
	Mænd i alt	18,3		535
Kvinder	16-24 år	28,1		57
	25-44 år	27,1		210
	45-64 år	26,6		259
	65+ år	14,3	-	182
	Kvinder i alt	23,7		708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	15,7	15,9	166
	Mellemlang	16,8	17,9	321
	Lang	26,2	25,3	569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	14,3		91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	25,0	23,9	721
	Ikke erhvervsaktiv	19,5	15,5	190
Civilstand	Gift	20,7	22,3	745
	Samlevende	25,0	25,5	136
	Enlig (separeret, skilt)	20,4	19,8	103
	Enlig (ugift)	23,3	21,2	159
	Enlig (enkestand)	21,6		74
Bolig	Lejebolig	21,4	22,0	580
	Ejerbolig	22,2	21,9	591

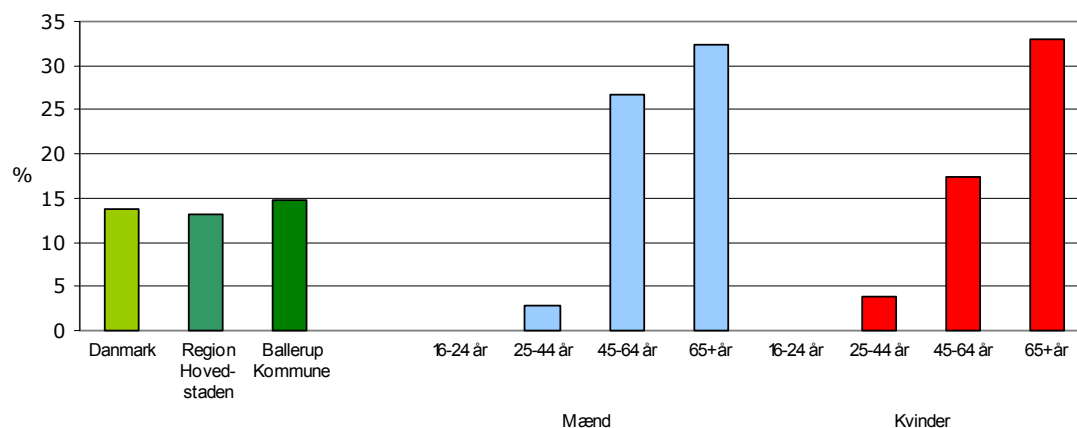
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 3.3 Andel med forhøjet blodtryk.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	14,7	13,8		14566
	Region Hovedstaden	13,5	13,1		2923
	Ballerup Kommune	17,8	14,7		1243
Mænd	16-24 år	0,0			39
	25-44 år	2,9	-		139
	45-64 år	26,8	+		209
	65+ år	32,4	+		148
	Mænd i alt	20,2			535
Kvinder	16-24 år	0,0			57
	25-44 år	3,8	-		210
	45-64 år	17,4			259
	65+ år	33,0	+		182
	Kvinder i alt	16,0			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	29,5	20,1	+	166
	Mellemlang	25,2	18,9		321
	Lang	12,3	14,3		569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	23,1			91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	11,9	12,0		721
	Ikke erhvervsaktiv	14,2	14,9		190
Civilstand	Gift	21,2	16,1		745
	Samlevende	6,6	9,3		136
	Enlig (separeret, skilt)	17,5	11,9		103
	Enlig (ugift)	9,4	18,3		159
	Enlig (enkestand)	23,0			74
Bolig	Lejebolig	19,0	16,3		580
	Ejerbolig	15,9	13,8		591

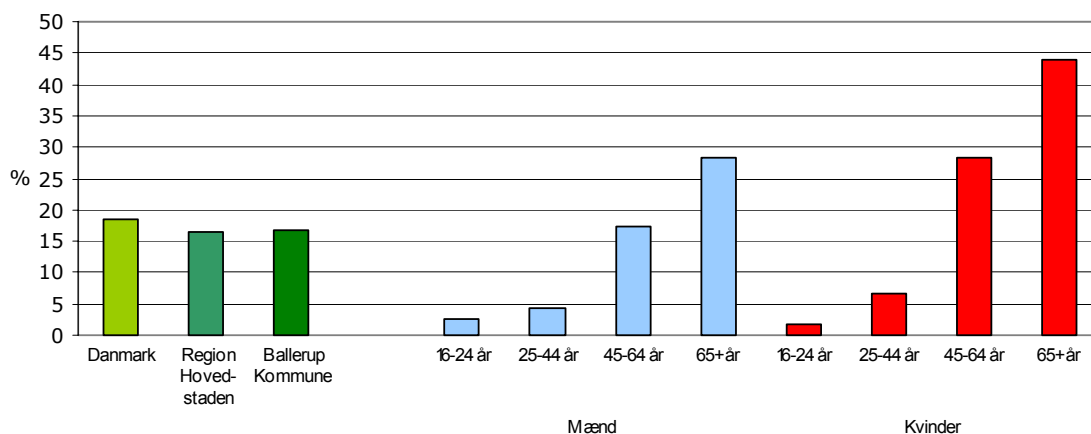
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 3.4 Andel med slidgigt/ledegigt.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	19,6	18,5		14566
	Region Hovedstaden	16,9	16,4		2923
	Ballerup Kommune	20,4	16,8		1243
Mænd	16-24 år	2,6	-		39
	25-44 år	4,3	-		139
	45-64 år	17,2	-		209
	65+ år	28,4			148
	Mænd i alt	15,9			535
Kvinder	16-24 år	1,8	-		57
	25-44 år	6,7	-		210
	45-64 år	28,2			259
	65+ år	44,0	+		182
	Kvinder i alt	23,7			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	38,6	28,5	+	166
	Mellemlang	27,4	21,2	+	321
	Lang	14,1	15,1		569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	20,9			91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	11,9	11,5		721
	Ikke erhvervsaktiv	23,7	25,6	+	190
Civilstand	Gift	20,8	16,3		745
	Samlevende	12,5	19,6		136
	Enlig (separeret, skilt)	23,3	15,7		103
	Enlig (ugift)	12,6	19,7		159
	Enlig (enkestand)	40,5			74
Bolig	Lejebolig	25,7	20,7	+	580
	Ejerbolig	15,6	13,6		591

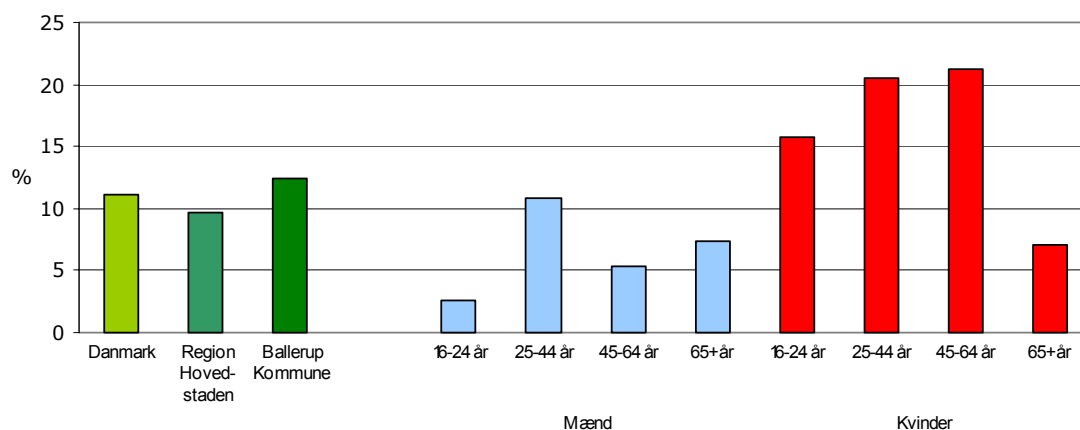
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 3.5 Andel med migræne eller hyppig hovedpine.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	11,1	11,2		14566
	Region Hovedstaden	9,9	9,7	-	2923
	Ballerup Kommune	12,7	12,4		1243
Mænd	16-24 år	2,6		-	39
	25-44 år	10,8		-	139
	45-64 år	5,3		-	209
	65+ år	7,4		-	148
	Mænd i alt	7,1			535
Kvinder	16-24 år	15,8			57
	25-44 år	20,5			210
	45-64 år	21,2			259
	65+ år	7,1		-	182
	Kvinder i alt	16,9			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	17,5	23,1	+	166
	Mellemlang	12,5	14,9		321
	Lang	12,0	10,4		569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	12,1			91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	13,2	12,8		721
	Ikke erhvervsaktiv	20,5	34,1	+	190
Civilstand	Gift	12,8	14,3		745
	Samlevende	11,8	10,3		136
	Enlig (separeret, skilt)	18,4	25,3	+	103
	Enlig (ugift)	10,7	10,6		159
	Enlig (enkestand)	10,8			74
Bolig	Lejebolig	16,9	16,5	+	580
	Ejerbolig	8,8	8,6		591

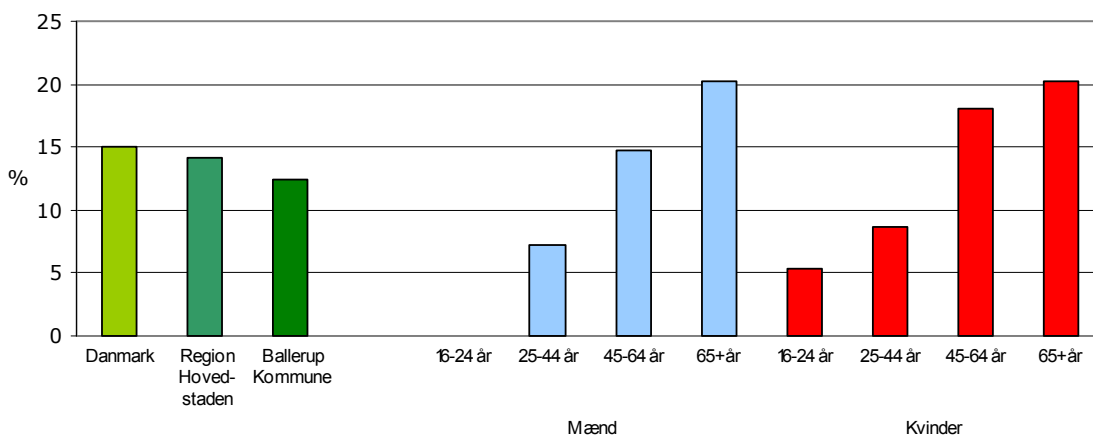
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 3.6 Andel med rygssygdom.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	15,4	15,1	+	14566
	Region Hovedstaden	14,4	14,1		2923
	Ballerup Kommune	14,2	12,4		1243
Mænd	16-24 år	0,0			39
	25-44 år	7,2		-	139
	45-64 år	14,8			209
	65+ år	20,3			148
	Mænd i alt	13,3			535
Kvinder	16-24 år	5,3		-	57
	25-44 år	8,6		-	210
	45-64 år	18,1			259
	65+ år	20,3			182
	Kvinder i alt	14,8			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	21,7	20,3	+	166
	Mellemlang	18,4	16,0		321
	Lang	11,6	11,6		569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	13,2			91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	9,8	9,8		721
	Ikke erhvervsaktiv	20,0	23,6	+	190
Civilstand	Gift	14,4	12,6		745
	Samlevende	8,8	12,8		136
	Enlig (separeret, skilt)	17,5	17,4		103
	Enlig (ugift)	8,8	11,4		159
	Enlig (enkestand)	27,0			74
Bolig	Lejebolig	18,3	16,4	+	580
	Ejerbolig	10,3	9,3		591

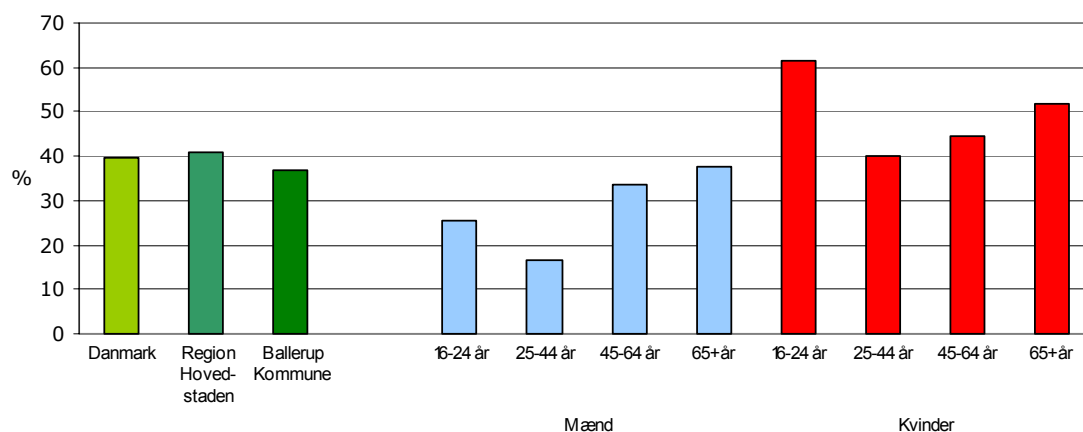
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 3.7 Andel med meget generende gener og symptomer inden for en 14-dages periode.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	39,8	39,7		14566
	Region Hovedstaden	41,0	40,8	+	2923
	Ballerup Kommune	39,2	36,9		1243
Mænd	16-24 år	25,6		-	39
	25-44 år	16,5		-	139
	45-64 år	33,5		-	209
	65+ år	37,8		-	148
	Mænd i alt	29,7			535
Kvinder	16-24 år	61,4		+	57
	25-44 år	40,0			210
	45-64 år	44,4			259
	65+ år	51,6		+	182
	Kvinder i alt	46,3			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	51,8	51,0	+	166
	Mellemlang	43,9	41,9	+	321
	Lang	32,3	30,4		569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	34,1			91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	33,8	31,2		721
	Ikke erhvervsaktiv	48,9	53,4	+	190
Civilstand	Gift	35,4	34,1		745
	Samlevende	39,0	41,4		136
	Enlig (separeret, skilt)	49,5	41,7		103
	Enlig (ugift)	39,6	39,8		159
	Enlig (enkestand)	59,5			74
Bolig	Lejebolig	46,4	43,9	+	580
	Ejerbolig	32,1	30,5		591

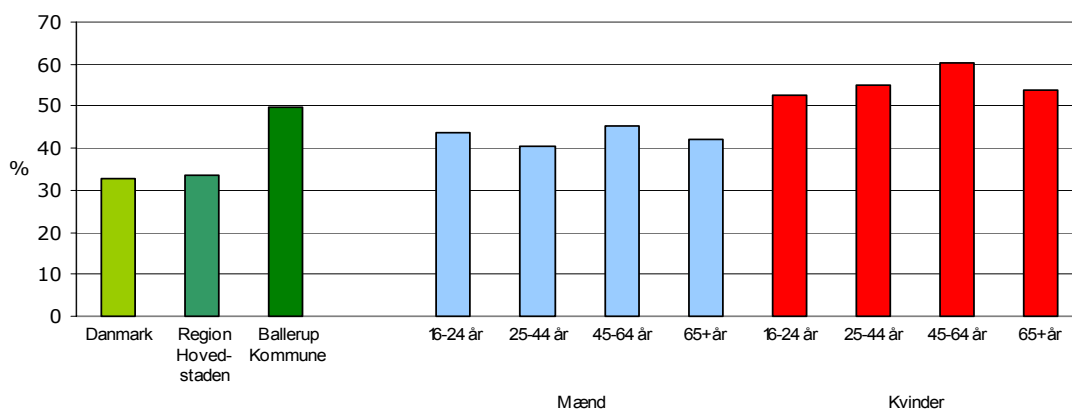
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 3.8 Andel med smerte eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder inden for en 14 dages periode.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	32,8	32,7	-	14566
	Region Hovedstaden	34,1	33,7	-	2923
	Ballerup Kommune	50,7	49,6		1243
Mænd	16-24 år	43,6		-	39
	25-44 år	40,3		-	139
	45-64 år	45,5		-	209
	65+ år	41,9		-	148
	Mænd i alt	43,0			535
Kvinder	16-24 år	52,6		-	57
	25-44 år	55,2			210
	45-64 år	60,2			259
	65+ år	53,8		-	182
	Kvinder i alt	56,5			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	56,0	55,7	+	166
	Mellemlang	54,2	54,4	+	321
	Lang	47,3	44,7		569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	51,6			91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	51,6	50,2		721
	Ikke erhvervsaktiv	51,6	54,8		190
Civilstand	Gift	50,5	51,2		745
	Samlevende	55,1	55,6		136
	Enlig (separeret, skilt)	51,5	46,1		103
	Enlig (ugift)	44,0	46,9		159
	Enlig (enkestand)	55,4			74
Bolig	Lejebolig	54,7	54,2	+	580
	Ejerbolig	47,0	45,7		591

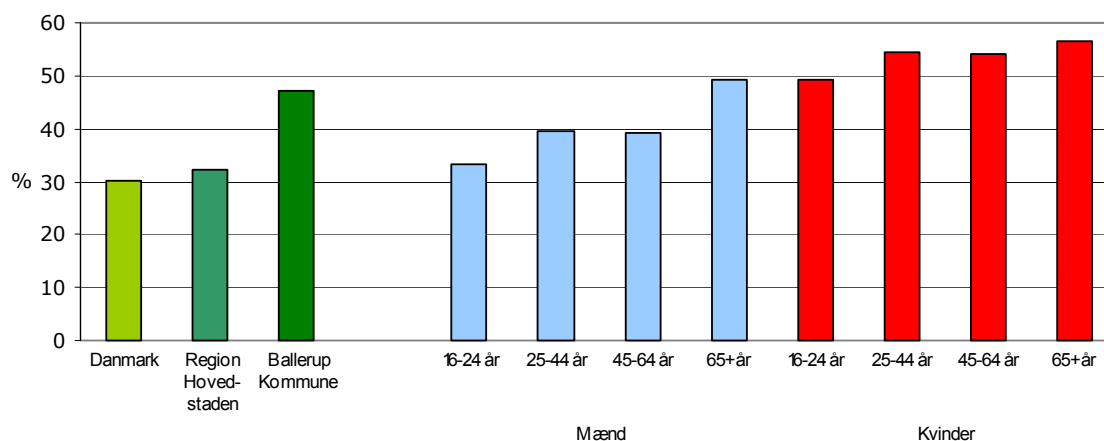
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 3.9 Andel med smerte eller ubehag i ryg eller lænd inden for en 14-dages periode.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	30,3	30,3	-	14566
	Region Hovedstaden	32,5	32,3	-	2923
	Ballerup Kommune	48,9	47,3		1243
Mænd	16-24 år	33,3		-	39
	25-44 år	39,6		-	139
	45-64 år	39,2		-	209
	65+ år	49,3			148
	Mænd i alt	41,7			535
Kvinder	16-24 år	49,1			57
	25-44 år	54,3			210
	45-64 år	54,1			259
	65+ år	56,6			182
	Kvinder i alt	54,4			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	54,2	54,0		166
	Mellemlang	50,8	48,6		321
	Lang	47,8	46,1		569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	46,2			91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	46,5	45,2		721
	Ikke erhvervsaktiv	51,1	56,2		190
Civilstand	Gift	46,6	46,3		745
	Samlevende	53,7	56,0	+	136
	Enlig (separeret, skilt)	53,4	55,7		103
	Enlig (ugift)	47,8	51,2		159
	Enlig (enkestand)	60,8			74
Bolig	Lejebolig	54,1	52,4	+	580
	Ejerbolig	44,7	43,4		591

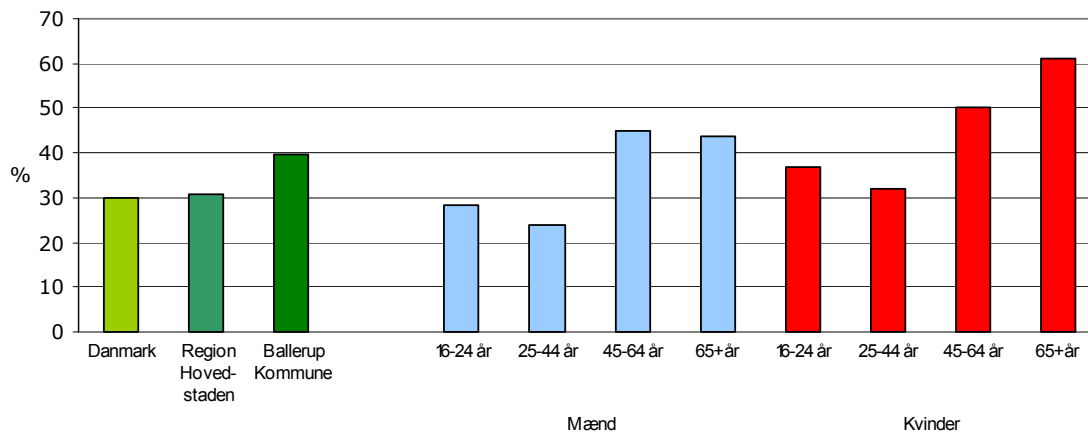
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 3.10 Andel med smerter eller ubehag i ben, hofter, knæ eller fødder inden for en 14-dages periode.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	30,5	30,1	-	14566
	Region Hovedstaden	31,0	30,8	-	2923
	Ballerup Kommune	42,8	39,8		1243
Mænd	16-24 år	28,2		-	39
	25-44 år	23,7		-	139
	45-64 år	45,0		-	209
	65+ år	43,9		-	148
	Mænd i alt	37,9			535
Kvinder	16-24 år	36,8		-	57
	25-44 år	31,9		-	210
	45-64 år	50,2			259
	65+ år	61,0		+	182
	Kvinder i alt	46,5			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	57,8	54,4	+	166
	Mellemlang	48,0	42,5		321
	Lang	36,2	36,3		569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	48,4			91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	35,9	34,9		721
	Ikke erhvervsaktiv	51,1	52,9	+	190
Civilstand	Gift	41,2	36,2		745
	Samlevende	41,9	48,0	+	136
	Enlig (separeret, skilt)	45,6	43,8		103
	Enlig (ugift)	40,9	46,1	+	159
	Enlig (enkestand)	56,8			74
Bolig	Lejebolig	51,7	48,7	+	580
	Ejerbolig	34,3	32,3		591

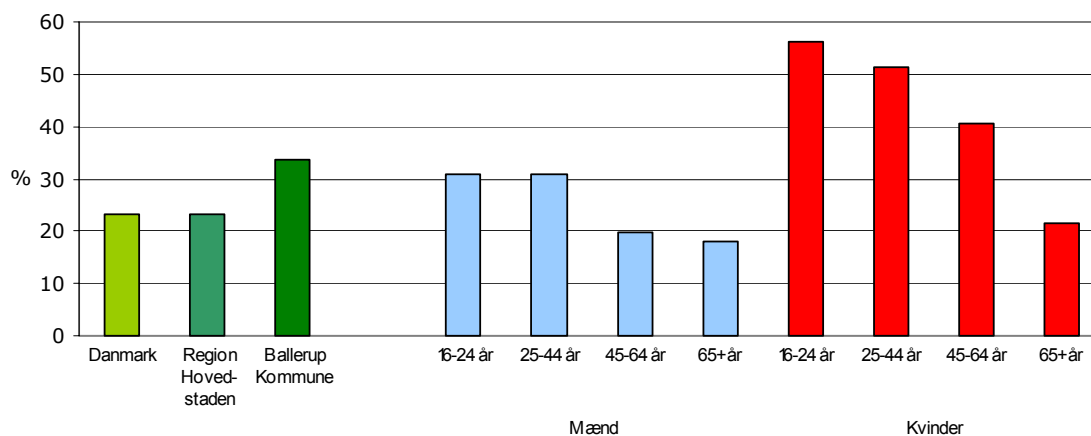
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 3.11 Andel med hovedpine inden for en 14-dages periode.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	22,8	23,2	-	14566
	Region Hovedstaden	23,5	23,2	-	2923
	Ballerup Kommune	32,7	33,7		1243
Mænd	16-24 år	30,8		-	39
	25-44 år	30,9		-	139
	45-64 år	19,6		-	209
	65+ år	18,2		-	148
	Mænd i alt	23,0			535
Kvinder	16-24 år	56,1		+	57
	25-44 år	51,4		+	210
	45-64 år	40,5			259
	65+ år	21,4		-	182
	Kvinder i alt	40,1			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	33,7	47,4	+	166
	Mellemlang	29,0	33,4		321
	Lang	32,7	29,7		569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	30,8			91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	36,5	35,0		721
	Ikke erhvervsaktiv	41,1	45,8		190
Civilstand	Gift	30,6	33,6		745
	Samlevende	45,6	40,0		136
	Enlig (separeret, skilt)	39,8	52,6	+	103
	Enlig (ugift)	34,0	27,8		159
	Enlig (enkestand)	23,0			74
Bolig	Lejebolig	38,4	40,0	+	580
	Ejebolig	28,1	28,8		591

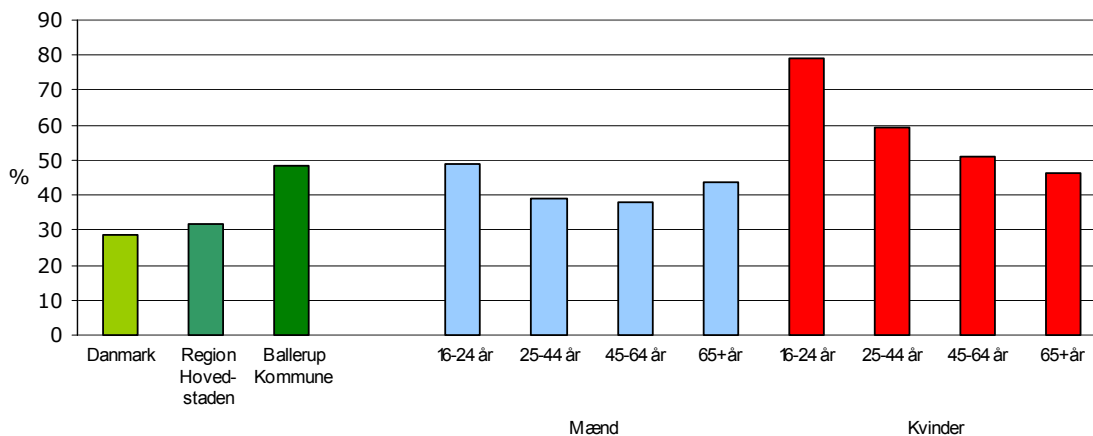
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 3.12 Andel der har været generet af træthed inden for en 14-dages periode.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	28,6	28,8	-	14566
	Region Hovedstaden	32,3	32,0	-	2923
	Ballerup Kommune	48,5	48,6		1243
Mænd	16-24 år	48,7			39
	25-44 år	38,8		-	139
	45-64 år	37,8		-	209
	65+ år	43,9		-	148
	Mænd i alt	40,6			535
Kvinder	16-24 år	78,9		+	57
	25-44 år	59,5		+	210
	45-64 år	51,0			259
	65+ år	46,2			182
	Kvinder i alt	54,5			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	52,4	58,9	+	166
	Mellemlang	45,8	48,1		321
	Lang	44,6	42,3		569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	56,0			91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	48,7	47,0		721
	Ikke erhvervsaktiv	54,2	44,5		190
Civilstand	Gift	43,2	45,3		745
	Samlevende	55,9	54,9	+	136
	Enlig (separeret, skilt)	57,3	53,6		103
	Enlig (ugift)	56,6	53,0		159
	Enlig (enkestand)	56,8			74
Bolig	Lejebolig	54,3	53,9	+	580
	Ejerbolig	43,7	44,5		591

- & + markerer statistisk signifikans



3.2 Ulykker

Ulykker er et stort folkesundhedsproblem. En væsentlig del af kapaciteten på sygehusene anvendes til behandling af skader efter ulykker, og blandt unge udgør ulykker den hyppigste dødsårsag. Eftervirkninger efter ulykker har desuden stor betydning for individers lidelser og livskvalitet og på arbejdskapacitet og sygefravær¹.

Tabel 3.4 Forekomst af forskellige former for fritidsulykker 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	0,0	2,9	2,7	1,9
Hjemmeulykke	2,6	1,4	1,4	2,7	1,9
Ulykke ved idræt/sport	12,8	9,4	0,5	1,4	3,9
Andet	5,1	5,0	3,8	2,0	3,7
Antal svarpersoner	39	139	209	148	535

Kvinder	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
Trafikulykke	1,8	2,4	1,9	0,6	1,7
Hjemmeulykke	5,3	2,4	2,3	4,4	3,1
Ulykke ved idræt/sport	10,5	0,5	1,5	1,1	1,8
Andet	17,5	1,4	3,5	3,3	4,0
Antal svarpersoner	57	210	259	182	708

I tabel 3.4 vises andelen, som har været udsat for mindst en af de forskellige fritidsulykker inden for det sidste år. Det afhænger 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, og for mændenes vedkommende gælder dette også de 25-44 årige. Den største andel findes blandt de yngste kvinder under kategorien "Andet".

3.3 Konsekvenser af sygdom

Dette afsnit handler om, hvorledes sygdom og dårligt helbred influerer på borgernes opfyldelse af deres sociale roller, hvad enten det er i familien, på arbejdet, i fritiden eller i en hvilken som helst anden social sammenhæng. De enkelte borgers identitet er i vid udstrækning afhængig af de sociale sammenhænge, de indgår i, og i tilfælde af sygdom er de sårbare, ikke blot fysisk, men også på det psykosociale plan, og manglende rolleudfyldelse har konsekvenser for, hvorledes omgivelserne vurderer den enkelte og dennes værdi.

Sygdomsrelaterede udstødsprocesser kan måles som begrænsninger i udførelsen af dagligdags aktiviteter, sygefravær, arbejdsskift og arbejdsophør. Sygefravær inden for de sidste 14 dage samt inden for det sidste år er kun opgjort for erhvervsaktive borgere i alderen 16-64 år. Andelen af førtidspensionister er opgjort for borgere i alderen 16-64 år. Aktivitets-

begrænsning og varig aktivitetsbegrænsning er opgjort for alle borgere, der har svaret på de respektive spørgsmål.

Det fremgår af tabel 3.5, at en højere andel af borgere i Ballerup har langvarige aktivitetsbegrænsninger end borgere i resten af landet. Ellers er Ballerup nogenlunde på samme niveau som Danmark.

Tabel 3.5 Andel med aktivitetsbegrænsning, sygefravær og førtidspension. Procent.

	Ballerup	Danmark
Aktivitetsbegrænsning inden for de seneste 14 dage	15,3	13,2
Langvarig aktivitetsbegrænsning	9,1	6,7
Antal svarpersoner	1243	14566
Sygefravær inden for de seneste 14 dage	9,1	10,0
Mere end 25 sygedage indenfor det sidste år	3,5	4,7
Antal svarpersoner	689	7669
Førtidspensionister	5,3	4,8
Antal svarpersoner	913	11554

Litteratur

¹ Ekholm, O. Ulykker. I: Kjølner M, Rasmussen NK, eds. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002: 5.5, 160-165.

Kapitel 4 Sygdomsadfærd og brug af sundhedsvæsenet

Dette kapitel omhandler sundhedsadfærd og brug af sundhedsvæsenet. Borgernes kontakt til praktiserende læge og andre behandlere samt deres brug af medicin vil blive beskrevet i kapitlet.

Mennesker reagerer forskelligt på sygdomme og sygelighed. 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 borgernes brug af sundhedsvæsenet kan fås direkte fra registre, men registrene indeholder ikke oplysninger om borgernes gener og symptomer samt deres behov for sundhedsydelse. Styrken i Sundhed i Ballerup er, at borgernes sygdomme og sygelighed belyses ud fra flere perspektiver.

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 ved at spørge til borgernes kontakt indenfor de seneste tre måneder. Spørgsmålene dækker borgerens kontakt pga. egen sygdom eller helbredsproblem, og ikke pga. børns sygdom.

Opgørelser fra Sygesikringsregistret viser, at der på landsplan har været en stigning i antallet af kontakter til praktiserende læger fra ca. 32 mil. patientkontakter i 2000 til mere end 34,5 mil. kontakter i 2004¹. SUSY-2005 undersøgelsen viste tilsvarende en stigning i andelen af befolkningen, der har været i kontakt med praktiserende læge indenfor de seneste tre måneder. Andelen steg fra 35,1 % i 1987 til 40,9 % i 2005. Det samme mønster gør sig gældende for andre af sundhedsvæsenets ydelser heriblandt tandlæge².

Af tabel 4.1 fremgår kontaktmønstret til forskellige former for læger blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Generelt ses, at kontakten til læger stiger med stigende alder. Den omvendte tendens gør sig dog gældende for kontakt til vagtlæge, hvor forekomsten falder med stigende alder. Flere blandt kvinder end blandt mænd har haft kontakt til læger uden for sygehuset (praktiserende læge, vagtlæge og speciallæge). Blandt borgere, der er 65 år eller ældre, er andelen af mænd, der har haft kontakt til sygehuset, større end andelen blandt kvinder, der har haft kontakt til sygehuset.

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
Praktiserende læge	36,1	51,5	63,9
Vagtlæge	5,7	2,5	4,2
Praktiserende speciallæge	8,1	16,2	26,9
Skadestue	3,8	2,5	9,1
Hospitalsambulatorium	9,4	15,3	28,0
Hospitalsindlæggelse	3,2	5,4	13,9
Antal svarpersoner	178	209	148

Kvinder	16-44 år	45-64 år	65+ år
Praktiserende læge	48,9	57,6	70,1
Vagtlæge	7,0	7,3	5,0
Praktiserende speciallæge	16,9	26,5	31,3
Skadestue	6,1	5,2	5,7
Hospitalsambulatorium	12,3	20,7	21,2
Hospitalsindlæggelse	3,4	3,7	4,9
Antal svarpersoner	267	259	182

Tabel 4.2 viser brugen af andre behandlere i sundhedsvæsenet inden for en 3-måneders periode blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Andelen, der har haft kontakt til tandlæge og fysioterapeut, stiger med alderen, mens det omvendte mønster ses for brugen af kiropraktor og psykolog, hvor andelen falder med stigende alder. Generelt gør flere blandt kvinder end blandt mænd brug af fysioterapeut og psykolog.

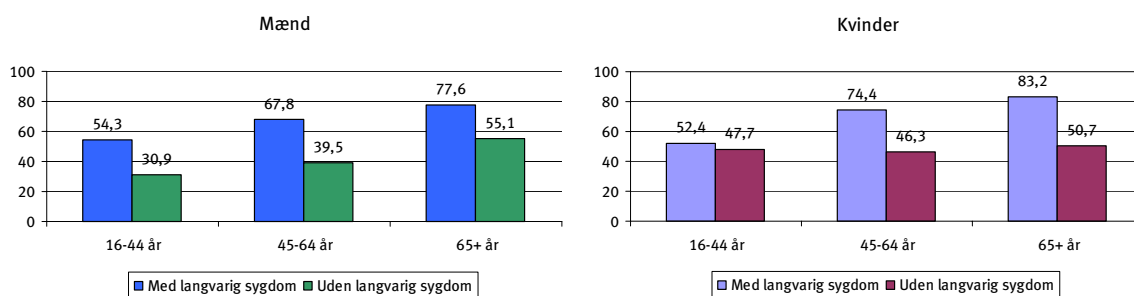
Tabel 4.2 Brug af andre behandlere i sundhedsvæsenet inden for en 3-måneders periode opgjort særskilt for mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent.

Mænd	16-44 år	45-64 år	65+ år
Tandlæge	33,5	49,0	61,8
Fysioterapeut	5,9	6,4	10,7
Kiropraktor	5,9	6,4	3,3
Psykolog	4,1	1,1	0,8
Antal svarpersoner	178	209	148

Kvinder	16-44 år	45-64 år	65+ år
Tandlæge	41,1	61,1	60,0
Fysioterapeut	8,4	18,1	16,3
Kiropraktor	4,1	7,0	2,0
Psykolog	8,3	7,4	0,0
Antal svarpersoner	267	259	182

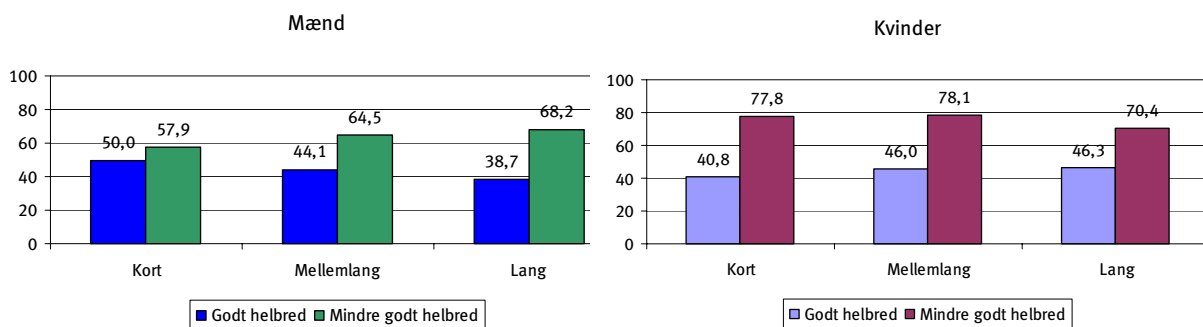
Figur 4.1 viser sammenhængen mellem langvarig sygdom og brug af praktiserende læge i løbet af de sidste tre måneder. En større andel blandt borgere med langvarig sygdom end blandt borgere uden langvarig sygdom har haft kontakt til praktiserende læge. Både blandt mænd med og uden langvarig sygdom ses, at andelen, der går til praktiserende læge i løbet af de sidste tre måneder, stiger med alderen. Den samme tendens gør sig gældende for kvinder med langvarig sygdom, mens for kvinder uden langvarig sygdom, er andelen næsten konstant i alle aldersgrupper.

Figur 4.1 Andelen der har været i kontakt med praktiserende læge indenfor de sidste tre måneder blandt borgere 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 Ballerup med forskelligt uddannelsesniveau. Uanset uddannelsesniveau er der en større andel blandt borgere med mindre godt selv vurderet helbred, der har været i kontakt med en praktiserende læge end blandt borgere med godt selv vurderet helbred. Blandt kvinder med mindre godt selv vurderet helbred har en mindre andel af dem med lang uddannelse været i kontakt med den praktiserende læge end dem med kort og mellemlang uddannelse, mens blandt kvinder med godt selv vurderet helbred har en mindre andel af dem med kort uddannelse end dem med mellemlang og lang uddannelse været i kontakt med den praktiserende læge. Der tegner sig et anderledes billede for mændene. Blandt mænd med mindre godt selv vurderet helbred stiger andelen, der har været i kontakt med den praktiserende læge, med stigende uddannelsesniveau. Blandt mænd med godt selv vurderet helbred ses den omvendte tendens, idet andelen, der har været i kontakt med en praktiserende læge, falder med stigende uddannelsesniveau.

Figur 4.2 Andel der har været i kontakt med praktiserende læge inden for de seneste tre måneder blandt borgere med godt og mindre godt selv vurderet helbred opgjort på uddannelsesniveau. Procent.



Det fremgår af standardtabel 4.1, at borgerne i Ballerup i større omfang har haft kontakt til en praktiserende læge inden for de seneste tre måneder end borgerne i såvel Region Hovedstaden som i Danmark. Der er en tendens til, at andelen af borgerne i Ballerup, der har haft kontakt til en praktiserende læge, stiger med alderen, ligesom flere blandt kvinder end blandt mænd har haft kontakt til en praktiserende læge. Borgere, der er enlige (separerede, skilte), har en højere forekomst end borgere, der er gifte. Standardtabellen viser ligeledes, at erhvervsaktive i mindre omfang end ikke erhvervsaktive har haft kontakt til en praktiserende læge. I alt 48,1 % af de borgere, der bor i ejerbolig har haft kontakt til en praktiserende læge i forhold til 56,4 % af de borgere, der bor i lejlighed.

Tabel 4.3 viser andelen af borgere, der har været til genoptræning eller har haft et udækket behov for genoptræning. Tabellen indeholder kun tal for 65+ årige borgere. Blandt disse borgere har 13,0 % været til genoptræning sammenholdt med 9,3 % af borgere i alle aldersgrupper (standardtabel 4.2). Blandt de 65+ årige borgere har 3,0 % haft et udækket behov for genoptræning.

Tabel 4.3 Andel af 65+ årige borgere, der har været til genoptræning eller har haft et udækket behov for genoptræning. Procent.

Været til genoptræning	13,0
Haft behov for genoptræning uden at have fået det	3,0
Antal svarpersoner	330

Tabel 4.4 viser årsager til genoptræning samt stedet, hvor genoptræningen er foregået. Tabellen er alene opgjort for 65+ borger, der har været til genoptræning. Mere end hver anden borger, der har været til genoptræning, angiver at de har fået genoptræning i forbindelse med midlertidigt nedsat fysisk funktionsevne. En næsten lige så stor andel angiver, at de har fået det i forbindelse med en operation på hospital. Tilsvarende angiver næsten hver anden der har været til genoptræning at de har fået genoptræning pga. nedsat fysisk funktionsevne. Mere end hver anden borger, der har været til genoptræning angiver, at de har været til genoptræning på et hospital, og to ud af tre, at det er foretaget et andet sted. Andetsteds vil i denne sammenhæng sige hos en privatpraktiserende fysio- eller ergoterapeut, i eget hjem, i et lokalt sundhedscenter, på dagcenter eller plejehjem.

Tabel 4.4 Årsager til genoptræning samt stedet hvor genoptræningen er foregået opgjort blandt 65+ årige borgere, der har været til genoptræning. Procent.

Genoptræning i forbindelse med operation på hospital	48,8
Genoptræningsom følge af midlertidigt nedsat fysisk funktionsevne	51,2
Genoptræning som følge af varigt nedsat fysisk funktionsevne	48,8
Genoptræning på hospital	53,5
Genoptræning andetsteds	67,4
Antal svarpersoner	43

Standardtabel 4.2 viser, at en større andel af borgere i Ballerup end borgere i Region Hovedstaden og Danmark som helhed, har været til genoptræning inden for det seneste år. Overordnet set stiger andelen, der har været til genoptræning, med alderen. Kvinder i aldersgruppen 16-24 år har dog en større forekomst end kvinder i aldersgruppen 25-44 år. Derudover

ses det, at andelen blandt ikke erhvervsaktive, der har været til genoptræning, er større end andelen blandt erhvervsaktive.

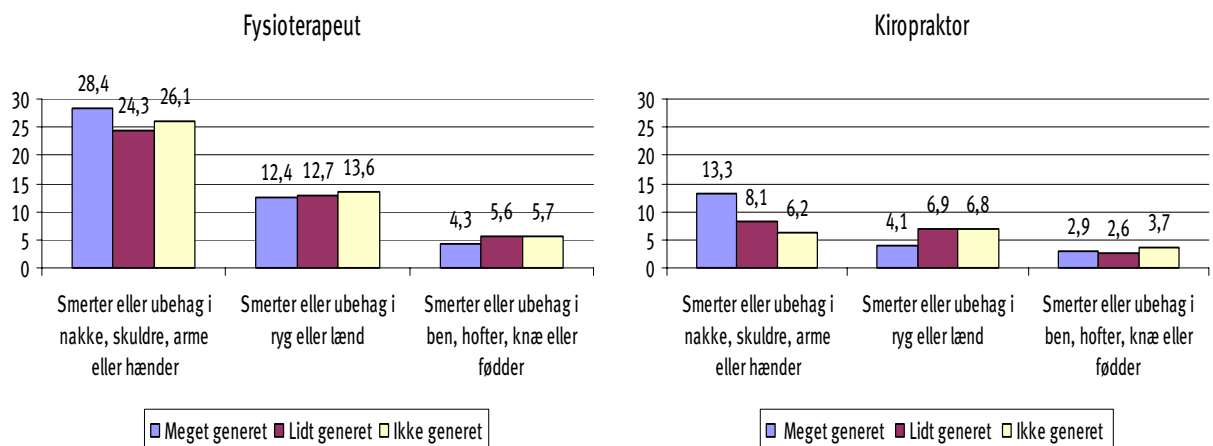
4.2 Brug af tandlæge

Andelen af borgerne i Ballerup, der har været til tandlæge inden for de seneste tre måneder er større end de tilsvarende andele i hhv. Region Hovedstaden og Danmark, hvilket fremgår af standardtabel 4.3. Andelen er større i de ældre aldersgrupper (45+ årige) end i de yngre aldersgrupper (16-44 årige). Derudover har færre blandt enlige (ugifte) i forhold til gifte været i kontakt med en tandlæge.

4.3 Brug af fysioterapeut og kiropraktor

Andelen af borgere i Ballerup, der har været til enten fysioterapeut (10,9 %) eller kiropraktor (5,0 %) inden for en 3-måneders periode, er større end i Danmark, hvor andelen er hhv. 6,9 % og 4,3 %. Af figur 4.3 ses, at brugen af fysioterapeut og kiropraktor er størst blandt borgere, der angiver, at de inden for de seneste 14 dage har haft smerter eller ubehag i bevægeapparatet. Andelen, der har haft kontakt til fysioterapeut eller kiropraktor, inden for en tremåneders periode er størst blandt de borgere, der angiver, at de har haft smerter eller ubehag i nakke skuldre, arme eller hænder.

Figur 4.3 Brug af fysioterapeut og kiropraktor blandt borgere med meget, lidt eller ingen gener i bevægeapparatet. Procent.



4.4 Psykologisk eller psykiatrisk hjælp

I Sundhed i Ballerup er der spurgt til, om borgerne har haft behov for psykologisk eller psykiatrisk hjælp uden at have fået det. Som det fremgår af standardtabel 4.4, er der generelt lidt flere blandt kvinder end blandt mænd, der har oplevet et udækket behov for hjælp. For mænd stiger andelen med alderen, mens den omvendte tendens gør sig gældende for kvinder.

Tabel 4.5 viser sammenhængen mellem behov for psykologisk eller psykiatrisk hjælp uden at have fået det og stress. Tabellen viser, at andelen, der ikke har fået den hjælp, de har behov for, er højere blandt borgere, der ofte er stressede i deres dagligdag.

Tabel 4.5 Behov for psykologisk eller psykiatrisk hjælp uden at have fået det i forhold til stress. Procent.

		Behov for hjælp
Ofte stresset i dagligdagen	Nej	1,0
	Ja	5,4
Antal svarpersoner		1243

4.5 Brug af medicin

Borgernes brug af medicin kan opgøres på forskellige måder. I lægemiddelstyrelsens statistikker opgøres salget af medicin både i døgndoser og i omsætning. Sådanne statistikker giver et billede af hvor meget medicin, der bliver omsat, men de giver ikke et billede af hvor meget 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 den begrænsning, at borgerne måske ikke er i stand til at give en præcis beskrivelse af de lægemidler, som 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 4.6, har en langt større andel blandt borgere, der angiver at have et mindre godt helbred, brugt receptpligtig medicin inden for de sidste 14 dage end blandt borgere, der angiver at have et godt helbred. Det samme mønster ses blandt borgere med en langvarig sygdom. Det fremgår endvidere af tabellen, at næsten alle borgere med diabetes, forhøjet blodtryk og astma har brugt receptpligtig medicin (ved angivelse af sygdomme, skelnes der ikke mellem behandlingskrævende eller ikke behandlingskrævende sygdomme, fx bliver der spurgt overordnet til diabetes, og der skelnes derfor ikke mellem type 1 og type 2 diabetes).

Tabel 4.6 Brug af receptmedicin inden for de seneste 14 dage i forhold til selv vurderet helbred og sygelighed. Procent.

		Brugt receptpligtig medicin inden for en 14 dages periode
Selvvurderet Helbred	Mindre godt	71,2
	Godt	36,3
Langvarig syg	Ja	71,9
	Nej	32,9
Listesygdom	Forhøjet blodtryk	90,5
	Astma	87,2
	Diabetes	80,7
	Kronisk bronkitis KOL	72,0
	Rygsygdom	71,0
	Hovedpine, migræne	66,5
	Allergi (ikke astma)	49,6
Antal svarpersoner		1243

Standardtabel 4.5 viser, at andelen af borgere, der bruger receptmedicin, stiger med alderen. Borgere med en mellemlang uddannelse har i større omfang taget receptpligtigt medicin end borgere med en lang uddannelse. I forhold til erhvervsstatus ses, at en større andel af ikke erhvervsaktive har taget receptmedicin i forhold til erhvervsaktive. Derudover ses det af standardtabellen, at borgere, der er enlige (separerede, skilte), har en højere forekomst end borgere, der er gifte. Således har 57,3 % af de enlige (separerede, skilte) brugt receptpligtig medicin i forhold til kun 47,8 % af de gifte. Andelen er ligeledes større blandt borgere, der bor i lejebolig, end blandt borgere, der bor i ejerbolig.

Som det fremgår af standardtabel 4.6 er andelen, der bruger håndkøbsmedicin større i Ballerup end i Danmark, og der er flere blandt kvinder end blandt mænd, der bruger håndkøbsmedicin. Den højeste forekomst ses blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år. I forhold til erhvervsstatus ses, at erhvervsaktive oftere end ikke erhvervsaktive har taget håndkøbsmedicin.

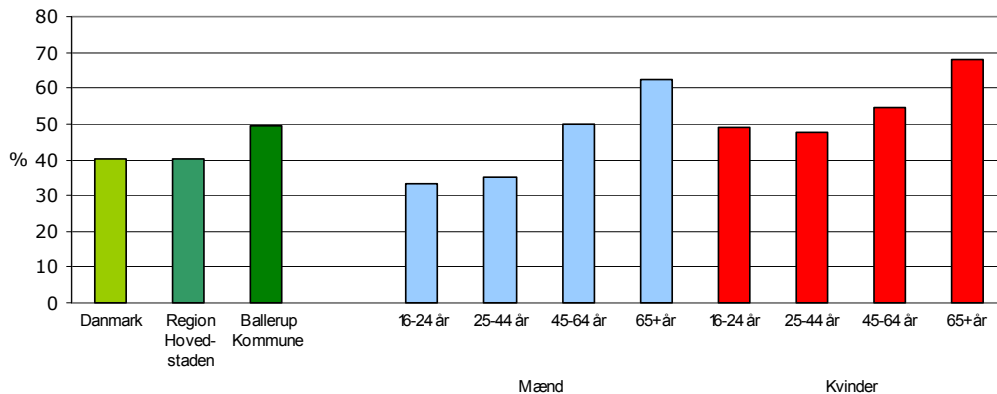
Forbruget af smertestillende recept- og håndkøbsmedicin inden for en 14-dages periode er vist i standardtabel 4.7. En større andel af borgerne i Ballerup bruger smertestillende medicin end i Region Hovedstaden og i Danmark som helhed. Mere end hver anden kvinde har taget smertestillende medicin i løbet af de sidste 14 dage, hvor den tilsvarende andel for mænd er hver tredje. Den mindste andel blandt borgere, der bruger smertestillende medicin ses blandt de 16-24 årige mænd. Forekomsten er højere blandt borgere, der er bor i lejebolig, end blandt borgere, der bor i ejerbolig.

En større andel i Ballerup end i Region Hovedstaden og Danmark som helhed har brugt blodtrykssænkende medicin inden for en 14-dages periode (standardtabel 4.8). Der er store aldersforskelle i brugen af blodtrykssænkende medicin, således bruger 50,0 % af de 65+ årige mænd og 41,2 % af de 65+ årige kvinder blodtrykssænkende medicin, mens det tilsvarende kun er 2,9 % og 7,1 % af hhv. mænd og kvinder i alderen 25-44 år, der bruger denne type medicin.

Standardtabel 4.1 Andel der har haft kontakt til praktiserende læge inden for en 3-måneders periode.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	40,9	40,3	-	14566
	Region Hovedstaden	40,5	40,1	-	2923
	Ballerup Kommune	52,4	49,5		1243
Mænd	16-24 år	33,3		-	39
	25-44 år	35,3		-	139
	45-64 år	49,8			209
	65+ år	62,2		+	148
	Mænd i alt	48,2			535
Kvinder	16-24 år	49,1			57
	25-44 år	47,6		-	210
	45-64 år	54,4			259
	65+ år	68,1		+	182
	Kvinder i alt	55,5			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	57,8	49,4		166
	Mellemlang	56,1	52,8		321
	Lang	49,9	50,7		569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	54,9			91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	46,2	45,4		721
	Ikke erhvervsaktiv	53,2	61,1	+	190
Civilstand	Gift	53,0	48,9		745
	Samlevende	46,3	50,5		136
	Enlig (separeret, skilt)	60,2	66,0	+	103
	Enlig (ugift)	48,4	55,5		159
	Enlig (enkestand)	56,8			74
Bolig	Lejebolig	56,4	53,0	+	580
	Ejerbolig	48,1	45,5		591

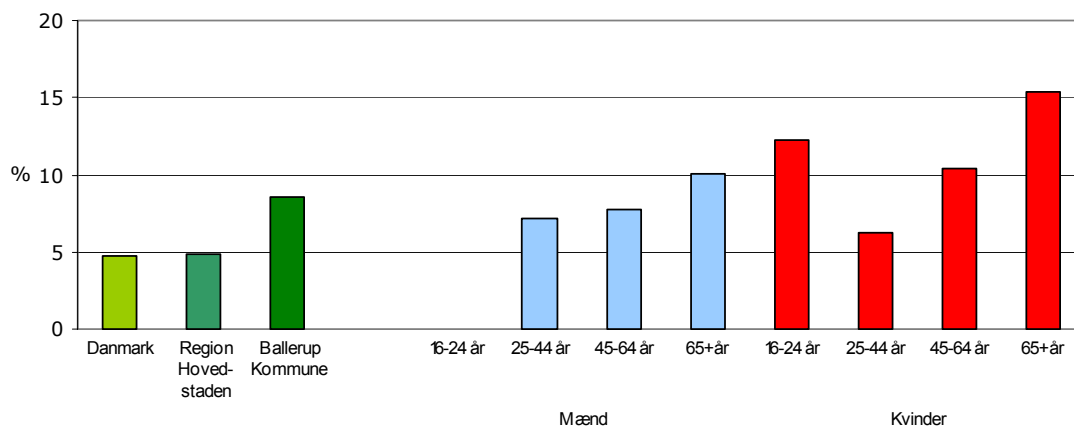
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 4.2 Andel der har været til genoptræning inden for det seneste år.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	4,8	4,8	-	14566
	Region Hovedstaden	4,9	4,8	-	2923
	Ballerup Kommune	9,3	8,6		1243
Mænd	16-24 år	0,0			39
	25-44 år	7,2			139
	45-64 år	7,7			209
	65+ år	10,1			148
	Mænd i alt	7,7			535
Kvinder	16-24 år	12,3			57
	25-44 år	6,2		-	210
	45-64 år	10,4			259
	65+ år	15,4		+	182
	Kvinder i alt	10,6			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	11,4	6,9		166
	Mellemlang	8,7	8,8		321
	Lang	9,1	9,0		569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	11,0			91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	6,8	6,6		721
	Ikke erhvervsaktiv	12,1	24,4	+	190
Civilstand	Gift	7,9	7,1		745
	Samlevende	11,8	12,5		136
	Enlig (separeret, skilt)	8,7	12,3		103
	Enlig (ugift)	7,5	10,0		159
	Enlig (enkestand)	17,6			74
Bolig	Lejebolig	10,0	9,4		580
	Ejerbolig	8,1	7,7		591

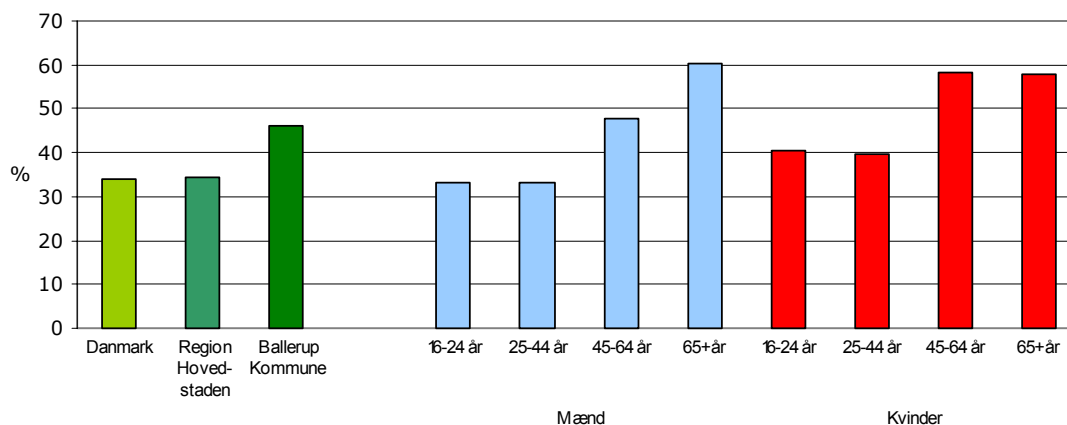
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 4.3 Andel der har haft kontakt til tandlæge inden for en 3-måneders periode.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	34,4	33,9 -	14566
	Region Hovedstaden	35,0	34,5 -	2923
	Ballerup Kommune	49,1	46,2	1243
Mænd	16-24 år	33,3	-	39
	25-44 år	33,1	-	139
	45-64 år	47,8	-	209
	65+ år	60,1	-	148
	Mænd i alt	46,4		535
Kvinder	16-24 år	40,4	-	57
	25-44 år	39,5	-	210
	45-64 år	58,3		259
	65+ år	57,7		182
	Kvinder i alt	51,1		708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	52,4	43,9	166
	Mellemlang	54,5	51,2	321
	Lang	48,0	48,2	569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	42,9		91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	46,2	45,2	721
	Ikke erhvervsaktiv	43,2	40,1	190
Civilstand	Gift	52,6	48,6	745
	Samlevende	44,9	45,1	136
	Enlig (separeret, skilt)	56,3	43,9	103
	Enlig (ugift)	34,6	37,9 -	159
	Enlig (enkestand)	44,6		74
Bolig	Lejebolig	47,6	44,2	580
	Ejerbolig	52,5	49,8	591

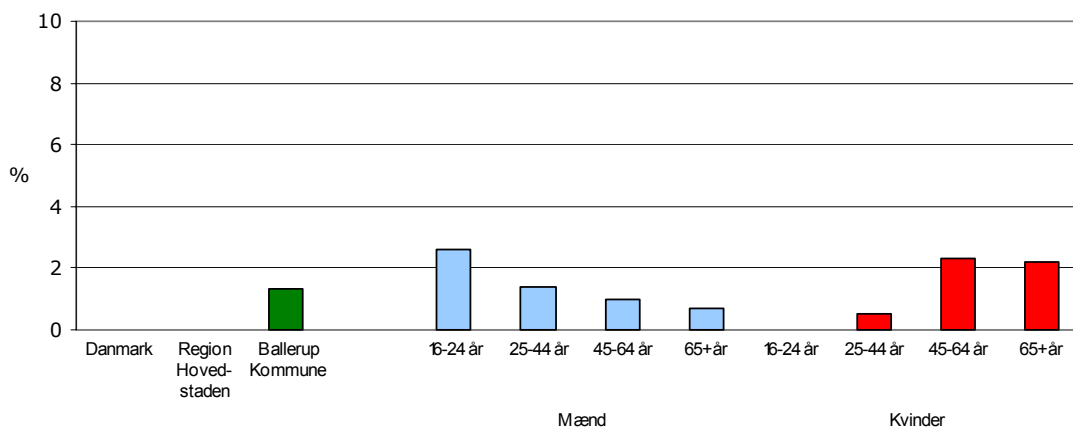
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 4.4 Andel med behov for psykologisk eller psykiatrisk hjælp uden at have fået det.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark		.	0
	Region Hovedstaden		.	0
	Ballerup Kommune	1,4	1,3	1243
Mænd	16-24 år	2,6		39
	25-44 år	1,4		139
	45-64 år	1,0		209
	65+ år	0,7		148
	Mænd i alt	1,1		535
Kvinder	16-24 år	0,0		57
	25-44 år	0,5		210
	45-64 år	2,3		259
	65+ år	2,2		182
	Kvinder i alt	1,6		708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	1,8	0,7	166
	Mellemlang	0,9	0,7	321
	Lang	1,4	1,4	569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	2,2		91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	1,2	1,3	721
	Ikke erhvervsaktiv	1,6	0,8	190
Civilstand	Gift	1,2	1,2	745
	Samlevende	1,0	0,0	103
	Enlig (separeret, skilt)	1,3	0,5	159
	Enlig (ugift)	5,4	1,4	74
	Enlig (enkestand)			
Bolig	Lejebolig	1,2	1,3	580
	Ejerbolig	1,2	1,1	591

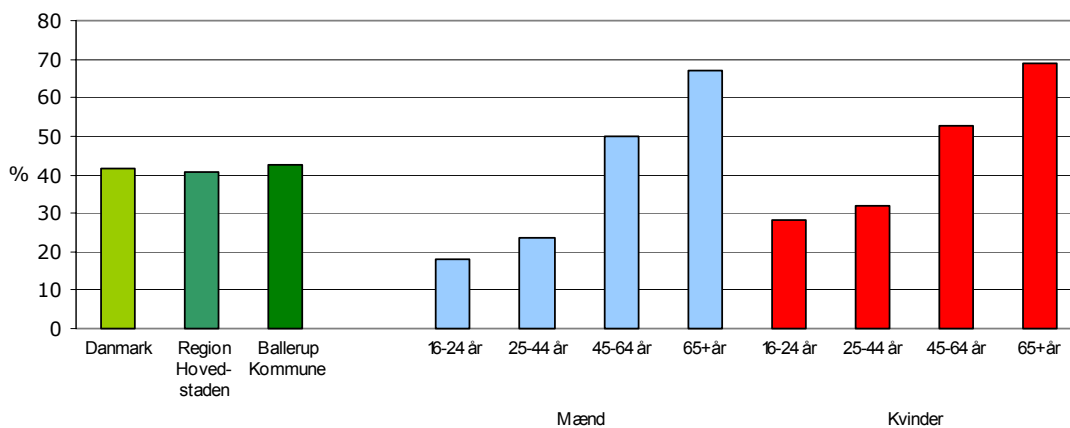
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 4.5 Andel der har brugt receptpligtig medicin inden for en 14-dages periode.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	43,2	41,8	14566
	Region Hovedstaden	41,7	40,9	2923
	Ballerup Kommune	47,3	42,6	1243
Mænd	16-24 år	17,9	-	39
	25-44 år	23,7	-	139
	45-64 år	49,8		209
	65+ år	66,9	+	148
	Mænd i alt	45,4		535
Kvinder	16-24 år	28,1	-	57
	25-44 år	31,9	-	210
	45-64 år	52,9		259
	65+ år	68,7	+	182
	Kvinder i alt	48,7		708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	59,0	45,8	166
	Mellemlang	56,7	51,9	321
	Lang	42,0	43,9	569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	50,5		91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	37,6	36,5	721
	Ikke erhvervsaktiv	48,4	61,5	190
Civilstand	Gift	47,8	41,2	745
	Samlevende	35,3	41,0	136
	Enlig (separeret, skilt)	57,3	55,3	103
	Enlig (ugift)	39,6	49,1	159
	Enlig (enkestand)	66,2		74
Bolig	Lejebolig	52,4	47,6	580
	Ejerbolig	41,6	38,5	591

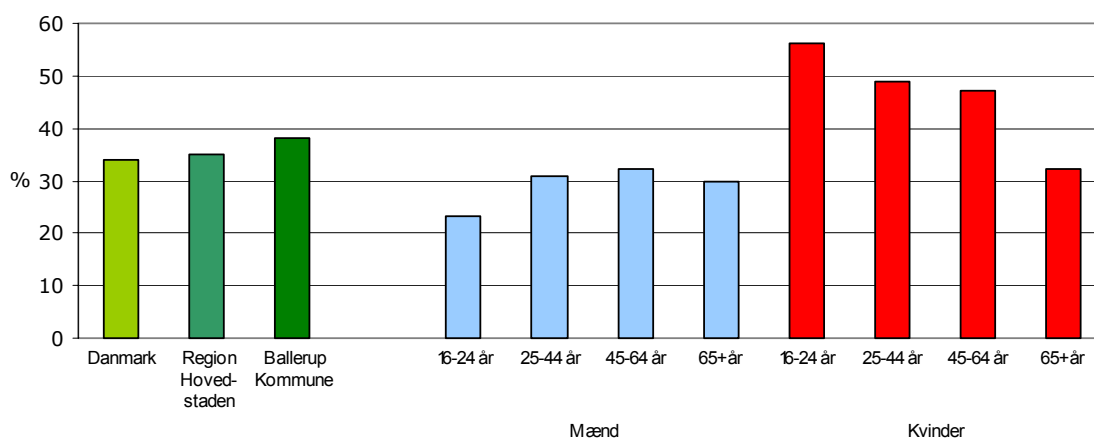
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 4.6 Andel der har brugt håndkøbsmedicin inden for en 14-dages periode.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	33,8	33,8	- 14566
	Region Hovedstaden	35,6	35,0	2923
	Ballerup Kommune	38,5	38,1	1243
Mænd	16-24 år	23,1	-	39
	25-44 år	30,9	-	139
	45-64 år	32,1	-	209
	65+ år	29,7	-	148
	Mænd i alt	30,5		535
Kvinder	16-24 år	56,1	+	57
	25-44 år	49,0		210
	45-64 år	47,1		259
	65+ år	32,4	-	182
	Kvinder i alt	44,6		708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	37,3	34,1	166
	Mellemlang	31,5	33,0	321
	Lang	41,7	39,3	569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	41,8		91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	41,5	40,5	721
	Ikke erhvervsaktiv	40,5	30,6	- 190
Civilstand	Gift	38,4	39,8	745
	Samlevende	44,1	41,8	136
	Enlig (separeret, skilt)	36,9	41,5	103
	Enlig (ugift)	36,5	35,8	159
	Enlig (enkestand)	36,5		74
Bolig	Lejebolig	39,0	38,5	580
	Ejerbolig	39,1	38,6	591

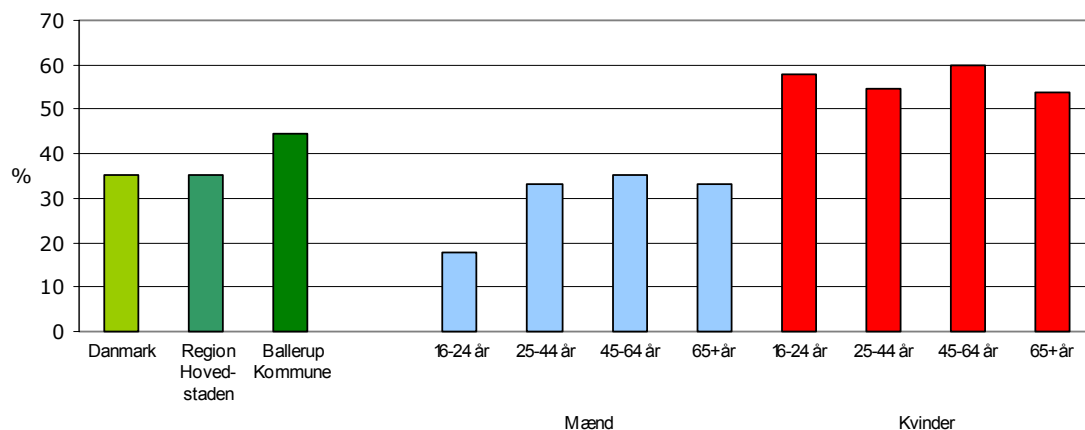
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 4.7 Andel der har brugt smertestillende medicin inden for en 14-dages periode.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	35,6	35,3	-	14566
	Region Hovedstaden	35,9	35,2	-	2923
	Ballerup Kommune	46,4	44,5		1243
Mænd	16-24 år	17,9		-	39
	25-44 år	33,1		-	139
	45-64 år	35,4		-	209
	65+ år	33,1		-	148
	Mænd i alt	32,9			535
Kvinder	16-24 år	57,9			57
	25-44 år	54,8		-	210
	45-64 år	59,8			259
	65+ år	53,8		-	182
	Kvinder i alt	56,6			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	49,4	43,0		166
	Mellemlang	43,3	45,1		321
	Lang	48,2	45,7		569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	46,2			91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	46,6	45,2		721
	Ikke erhvervsaktiv	49,5	50,9		190
Civilstand	Gift	46,0	46,6		745
	Samlevende	50,0	50,6		136
	Enlig (separeret, skilt)	49,5	49,9		103
	Enlig (ugift)	39,6	40,5		159
	Enlig (enkestand)	52,7			74
Bolig	Lejebolig	51,0	48,7	+	580
	Ejerbolig	42,6	41,9		591

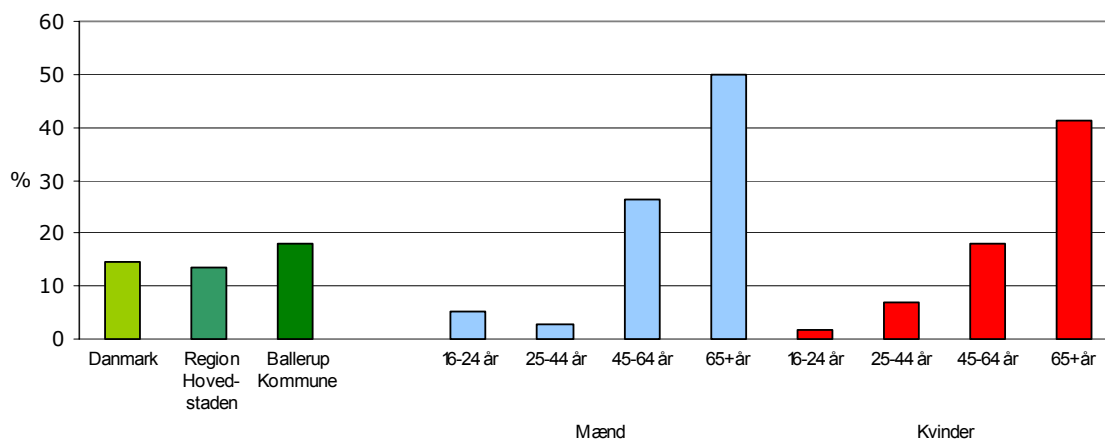
- & + markerer statistisk signifikans



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

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	15,5	14,5	14566
	Region Hovedstaden	14,0	13,6	2923
	Ballerup Kommune	22,0	18,1	1243
Mænd	16-24 år	5,1	-	39
	25-44 år	2,9	-	139
	45-64 år	26,3	+	209
	65+ år	50,0	+	148
	Mænd i alt	25,2		535
Kvinder	16-24 år	1,8	-	57
	25-44 år	7,1	-	210
	45-64 år	18,1		259
	65+ år	41,2	+	182
	Kvinder i alt	19,5		708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	34,9	20,8	166
	Mellemlang	29,0	19,8	321
	Lang	16,3	18,9	569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	28,6		91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	12,8	12,7	721
	Ikke erhvervsaktiv	16,3	15,4	190
Civilstand	Gift	25,1	19,2	745
	Samlevende	7,4	11,4	136
	Enlig (separeret, skilt)	23,3	18,1	103
	Enlig (ugift)	13,2	25,3	159
	Enlig (enkestand)	32,4		74
Bolig	Lejebolig	23,8	19,6	580
	Ejerbolig	19,1	16,4	591

- & + markerer statistisk signifikans



Litteratur

¹ Danmarks Statistik. Danmarks Statistikbank. www.statistikbanken.dk, 30. oktober 2006.

² Kjølner M. Sygdomsafærd og brug af sundhedsvæset. Red: Kjølner M. & Rasmussen Nkr. Sundhed og Sygelighed i Danmark 2000 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhedsvidenskab, 2002.

Kapitel 5 Sundhedsadfærd

Sundhedsadfærd forstås som den del af en persons livsstil, der har indvirkning på eller betydning for den enkelte persons sundhed og helbred. Sundhedsadfærden kan have såvel tilsigtede som utilsigtede konsekvenser. Der kan være tale om målrettede og bevidste handlinger, der udføres for at opnå sundhed eller for at undgå sygdom. Der kan endvidere være tale om mere vanemæssig adfærd, som udføres uden egentlige overvejelser om adfærdssundhedsmæssige eller helbredsmæssige konsekvenser, men som kan tages som strømpil for værdier og normer.

Sundhedsadfærd kan betragtes som risikofaktorer, årsager til sygdom. Det er vigtigt at kunne konstatere objektivt og præcist, i hvilken udstrækning den enkelte person udfører sundhedsfremmende eller –skadelig adfærd. Det kan eksempelvis være, hvorvidt den enkelte borger er fysisk aktiv i det anbefalede omfang eller udsætter sig for helbredsrisici i form af rygning, eller i form af uhensigtsmæssige kostvaner osv. Sundhedsadfærd kan imidlertid også betragtes ud fra et mere psykologisk/socialpsykologisk perspektiv, hvor det væsentlige er at forstå, hvilket motiv der evt er for adfærden.

Der bliver ofte rejst kritik af sundhedskampagnernes angiveligt manglende effekt på befolkningens livsstil og sundhedsadfærd, og der bliver stillet forslag om mere målrettede, opøgende, 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 adfærd er sund eller usund, 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 retning¹.

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.²

5.1 Rygning

En væsentlig årsag til danskernes overdødelighed er danskernes rygevaner. Beregninger har vist, at rygere lever 7-10 år kortere end ikke-rygere². I forhold til andre OECD lande er andelen af rygere i Danmark på et højere niveau end gennemsnittet³. Samfundsøkonomisk er rygere dyre. Sundhedsvæsenets årlige ressourceforbrug til behandling af rygerelaterede lidelser er beregnet til kr. 4.456 mio., hvor sygehusindlæggelser bidrager med 87 % af de beregnede omkostninger.

Det fremgår af standardtabel 5.1, at andelen af borgere i Ballerup, der ryger dagligt, er mindre end i Region Hovedstaden og i Danmark som helhed. Både for mænd og kvinder er den største andel dagligrygere i aldersgruppen 45 – 64 år. Der er en meget klar sammenhæng mellem uddannelseslængde og andelen af personer, der dagligt ryger. Blandt dem med kortest uddannelse, er der således langt flere, der ryger dagligt, end blandt dem med længst uddannel-

se. Der er klare forskelle mellem dem, der er erhvervsaktive og dem, der ikke er erhvervsaktive. Forekomsten er mindre blandt gifte end blandt gruppen af enlige (skilte, separerede). Andelen af dagligrygere er markant højere blandt de personer, der bor i lejebolig i forhold til dem, der bor i ejerbolig.

Andelen af storrygere (standardtabel 5.2) dvs. personer, der ryger mere end 15 cigaretter om dagen, er mindre i Ballerup end i Danmark som helhed såvel som i Region Hovedstaden. For mænd er det aldersgruppen 25 – 44 år, der har den største andel af storrygere, hvor andelen for kvinder er højest i aldersgruppen 45 – 64 år. Næsten ingen unge mænd er storrygere. Mht. til uddannelse ses den mindste andel af storrygere i gruppen med lang uddannelse. Andelen af storrygere er markant større i gruppen af ikke erhvervsaktive. Den mindste forekomst af storrygere ses i gruppen af gifte og den største forekomst i gruppen af enlige, separerede, skilte. Der er en meget markant forskel på andelen af storrygere i forhold til, hvilken boligtype man bor i, således er mere end hver femte, der bor i lejebolig storryger, hvor det samme gælder for mindre end hver tiende, der bor i ejerbolig.

5.2 Fysisk aktivitet

Det er blevet mindre nødvendigt at være fysisk aktiv i dagligdagen, både på jobbet og i forbindelse med transport. 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, idet fysisk aktivitet har mange positive effekter på både den fysiske og psykiske tilstand.

Det er ingen klar konsensus om, hvordan man måler fysisk aktivitet. Nogle studier anvender tid brugt på fysisk aktivitet, andre studier tager højde for intensitet. Uafhængigt af målemetode viser studier at fysisk aktivitet mindsker risikoen for forhøjet blodtryk, hjerte-karsygdomme, diabetes og osteoporose og medvirker til at immunforsvaret forbedres, ligesom det mentale og sociale velbefindende øges. Beregninger har vist, at fysisk inaktive i gennemsnit dør fem til seks år tidligere end fysisk aktive⁴. Regeringen understreger i sit folkesundhedsprogram, at antallet af fysisk aktive skal øges markant, og fysisk aktivitet skal være en naturlig del af hverdagen⁵.

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 føler sig lettere forpustet, men ikke mere end at man stadig kan føre en samtale⁶. De 30 minutters fysiske aktivitet kan deles op i mindre portioner. Således vil der være en sundhedsgavnlig effekt af blot ti minutters moderat fysisk aktivitet tre gange om dagen. Det er altså den samlede mængde, der er væsentlig, og 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 retningslinier⁷, 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"?

Svarfordelingen fremgår af tabel 5.1. Mere end hver tiende borger i Ballerup er stillesiddende fritiden, og de opfylder derfor hverken det gamle eller det nye mål for fysisk aktivitet.

Tabel 5.1 Fysisk aktivitet i fritiden. Procent.

Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen	2,9
Dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde e.l. mindst 4 timer om ugen	21,2
Spadsere, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer pr. uge (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde)	61,0
Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse	12,1
Uoplyst	2,8
I alt	100

Standardtabel 5.3 viser, at andelen, der dyrker hård eller mellemhård fysisk aktivitet i fritiden, er større blandt mænd end blandt kvinder. For både mænd og kvinder ses, at andelen falder i takt med stigende alder. Der ses en sammenhæng mellem uddannelseslængde og forekomsten af personer, der er fysisk aktive. Der er således færrest, der er fysisk aktive blandt personer med kort uddannelse, hvor en større andel er fysisk aktive i gruppen med mellemlang uddannelse, og den største andel ses i gruppen, der har en lang uddannelse. En markant større andel blandt de erhvervsaktive er fysisk aktive i deres fritid end i gruppen af ikke erhvervsaktive. Der er endvidere en klar sammenhæng med boligform og fysisk aktivitet, andelen der bor i ejerbolig rapporterer i større grad end borgere, der bor i lejebolig, at de er fysisk aktive.

5.3 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. 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	28,1
Arbejde, som i stort omfang udføres stående eller gående, men eller ikke kræver legemlig anstrengelse	12,1
Stående eller gående arbejde med en del løfte- eller bærearbejde	15,7
Tungt eller hurtigt arbejde som er anstrengende	2,8
Ikke erhvervsaktiv	39,8
Uoplyst	1,5
I alt	100

I standardtabel 5.4 angives andelen med stillesiddende arbejde i hovedbeskæftigelsen. Der er alene medtaget erhvervsaktive borgere i alderen 16–64 år. I forhold til Danmark er der en større andel, der beskriver den fysiske aktivitet i deres hovedbeskæftigelse som værende stillesiddende. Den laveste forekomst af stillesiddende arbejde ses i aldersgruppen kvinder 16 – 24 år. Der er en klar sammenhæng mellem uddannelse og stillesiddende arbejde i hovedbeskæftigelsen, den mindste forekomst ses i gruppen med kort uddannelse. Andelen, der rapporterer, at de har et stillesiddende arbejde, er markant mindre blandt dem, der bor i ejerbolig i forhold til borgere, der bor i lejebolig.

5.4 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 årsag².

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 alkoholforbrug³. 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 (genstandsgrænse).

Drikkemønstre og ikke kun det totale alkoholforbrug har betydning for alkoholrelateret dødelighed⁴. Derfor blev anbefalingerne i 2005 suppleret med retningslinier for forbruget af alkohol for en drikkesance. Sundhedsstyrelsen tilråder nu, at man højst drikker fem genstande ad gangen, når man drikker alkohol. Hvis man på en dag/aften drikker mere end fem genstande kaldes det for en bingeepisode. Anbefalinger for gravide er ingen alkohol under graviditet.

Standardtabel 5.5 viser andelen, der overskrider Sundhedsstyrelsens maksimumsgrænse. Der er færre i Ballerup end i Region Hovedstaden såvel som i Danmark som helhed, der i løbet af den sidste uge har overskredet genstandsgrænsen. I alle aldersgrupper er der flere mænd

end kvinder, der overskrider genstandsgrænsen. For både mænd og kvinder ses, at den største andel, der angiver at overskride Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse, er aldersgrupperne 45 – 64 år og 65 + år.

Standardtabel 5.6 viser at 44,0 % af borgerne i Ballerup indenfor den seneste måned ved mindst en enkelt lejlighed har drukket fem genstande eller derover, det er mindre end i Region Hovedstaden såvel som i Danmark. Som med andelen, der overskrider genstandsgrænsen, er der større andele blandt mænd end blandt kvinder, der har haft mindst en episode, hvor de har drukket fem genstande eller derover. Bortset fra den ældste aldersgruppe rapporterer mere end hver anden mand, at han i løbet af den sidste måned mindst en gang har drukket mere end fem genstande. Blandt kvinder ses et andet mønster, jo ældre des færre angiver, at de mindst en gang har drukket mere end fem genstande i løbet af den sidste måned. Der ses en sammenhæng mellem uddannelsesniveau og bingeepisoder. Andelen stiger med stigende uddannelsesniveau, således ses den største forekomst i gruppen med lang uddannelse. Der er en større andel af borgere, der bor i lejebolig, der rapporterer mindst en bingeepisode end borgere, der bor i lejebolig.

5.5 Hash

Det at prøve illegale stoffer er typisk et ungdomsfænomen, og de fleste fortsætter ikke brugen. De fleste, der prøver illegale stoffer, har således et eksperimentelt forbrug i en kortere periode i de unge år. Undersøgelser i hele befolkningen viser, at det eksperimentelle brug af illegale stoffer toppe i 16 – 19 års alderen, og meget få prøver stoffer første gang efter 20-årsalderen. Det er langt hen ad vejen de samme unge, der udsætter sig for de forskellige former for risikoadfærd. Undersøgelser dokumenterer, at det ofte er de samme unge, som har et stort alkoholforbrug, der har et dagligt brug af tobak og ryger hash¹⁰.

Standardtabel 5.7 viser andelen, der inden for det sidste år har prøvet at indtage hash. Andelen af borgerne i Ballerup 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, hvor størst andel 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. Forekomsten af at have prøvet hash inden for det sidste år er størst blandt enlige (ugifte, fraskilte og separerede).

I Ballerup Kommune er der et kommunalt tilbud til stofmisbrugere. Støtte og aktivitetscentret Brydehusvej tilbyder ambulante behandling. I Sundhed i Ballerup er der spurgt til kendskabet til det kommunale tilbud med formuleringen: Ved du hvor i kommunen, du kan søge råd og hjælp vedrørende brug af stoffer? Standardtabel 5.8 viser, at sammenlignet med alle andre køns- og aldersgrupper ved markant flere kvinder i alderen 45 – 64 år, hvor i kommunen, de kan søge råd og hjælp vedrørende forbrug af stoffer. Det samme gælder for ikke erhvervsaktive, hvor en markant større andel angiver, at de ved, hvor Ballerups borgere kan finde hjælp.

5.6 Kost

Gode kostvaner har betydning for forebyggelse af de store folkesygdomme såsom hjerte-kar-sygdomme, kræft, muskel- og skeletlidelser og overvægt. Fire procent af alle dødsfald er relateret til et for stort indtag mættet fedt. Det samme tal er gældende for et for lille frugt- og grøntindtag². Kostindtag er vanskeligt at måle sammenlignet med eksempelvis rygning. I

nærværende undersøgelse er der spurgt til, hvor ofte borgerne plejer at spise frugt og grønt. Som det fremgår af tabel 5.3, er der markant forskel på indtaget af frugt og grønt blandt mænd og kvinder. Den mindste andel, der spiser frugt hver dag, ses i gruppen af de yngste mænd. Den mindste andel, der spiser grøntsager hver dag eller flere gange dagligt, ses blandt de ældste mænd.

Tabel 5.3. Andel der spiser frugt og grøntsager i aldersgrupper. Procent.

		Spiser frugt hver dag	Spiser grøntsager hver dag	Antal
Mænd	16-24 år	28,2	38,5	39
	25-44 år	39,6	45,3	139
	45-64 år	38,3	35,9	209
	65 år eller ældre	35,1	25,0	148
	I alt	37,0	35,5	535
Kvinder	16-24 år	49,1	43,9	57
	25-44 år	54,8	64,8	210
	45-64 år	62,2	61,4	259
	65 år eller ældre	58,8	47,8	182
	I alt	58,1	57,5	708

5.7 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 en befolkning 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 . WHO definerer følgende vægtgrupper opdelt efter BMI¹¹:

Undervægt	BMI < 18,5
Normalvægt	18,5 ≤ BMI < 25
Moderat overvægt	25 ≤ BMI < 30
Svær overvægt	30 ≤ BMI < 35

Når man anvender selvrapportering af højde og vægt til beregning af BMI, er der naturligvis mulighed for, at respondenterne angiver, at de er højere eller vejer mindre. Undersøgelser viser, at lave mænd angiver, at de er lidt højere end de faktisk er, og det tilsvarende gælder for overvægtige kvinder¹². 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. Psykisk betinget undervægt ses oftest blandt unge med spiseforstyrrelser.

Standardtabel 5.9 viser, at andelen med svær overvægt er større i Ballerup Kommune i forhold til Region Hovedstaden, men andelen er på niveau med resten af Danmark. Blandt kvin-

der i Ballerup stiger andelen med svær overvægt med stigende alder, mens andelen med overvægt blandt mænd er størst i aldersgruppen 45 – 64 år. Der ses en klar sammenhæng mellem uddannelse og forekomsten af svær overvægt, jo kortere uddannelse desto større andel med svær overvægt. Tilsvarende ses en sammenhæng mellem boligform og svær overvægt, mere end dobbelt så mange, der bor i lejebolig, er svært overvægtige sammenlignet med borgere, der bor i ejerbolig.

5.8 Forandringsparathed

Forandringsparathed kan defineres som enkeltpersoners behov for forandring samt i hvor høj grad personen har vilje og interesse i at forandres. En række faktorer skal være opfyldt, for at en person er i stand til at ændre adfærd. Først og fremmest skal personen betragte den ændrede adfærd som noget ønskeligt - et gode for ham eller hende (outcome-expectancy), og personen skal desuden have en positiv forventning om, at adfærdsændringen kan lykkes (self-efficacy). Disse faktorer hænger tæt sammen med nødvendigheden af, at personen oplever kontrol over egen tilværelse og er i stand til at forfølge sine mål, også selvom processen eventuelt er ubehagelig. Desuden skal personen naturligvis have den viden og de kundskaber, der er nødvendige for at gennemføre adfærdsændringen, ligesom det omgivende fysiske og sociale miljø skal understøtte adfærdsændringen. Hver af faktorerne har direkte betydning for valg af forebyggelsesstrategi, idet indsatsen bør tilrettelægges i forhold til målgruppens behov og ressourcer¹³. Det er derfor vigtig ud fra et forebyggelsesperspektiv at kende personens holdning til at nedsætte alkoholforbrug, ændre vægt, være mere fysisk aktiv og holde op med at ryge. Tilsvarende er det vigtigt at vide, hvilken form for hjælp personen gerne vil have, hvis personen skal forbedre sundhedsvaner, og om personen i forvejen gør noget aktivt for at forbedre eller bevare egen helbreds-situation.

For at få et billede af de former for adfærd, som borgere i Ballerup udfører med det formål, at adfærden skal være sund, er der i Sundhed i Ballerup 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 det fortæller til gengæld ikke nødvendigvis noget om, personen nu også gør det. En person, der fx er opmærksom på at spise sund kost, kan reelt spise mere usundt end en person, der ikke er opmærksom på sin kost.

For alkohol, rygning, motion og fedme har vi bedt borgerne om at sætte et kryds på en skala (Visuel Analog Skala), der skal vise, hvor vigtigt det er for respondenterne at forbedre sundhedsvaner. Endvidere er der spurgt til, hvilken hjælp borgerne helst vil have, hvis de skal ændre deres brug af alkohol og tobak, ændre deres vægt eller være mere fysisk aktive.

5.8.1 Egen indsats

I dette afsnit belyses psykosociale perspektiver af sundhedsadfærd. En vigtig forudsætning for at sundhedsformidlere, praktiserende læger m.fl. kan motivere befolkningen til selv at ændre på deres sundhedsadfærd, er at borgerne selv tror, at deres egen indsats har betydning for helbred og sundhed¹⁴.

Som det fremgår af standardtabel 5.10, angiver 71,4 % af borgerne i Ballerup, at de tror, at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare deres helbred. Dette er en større andel end i Danmark men mindre end i Region Hovedstaden. Andelen, der mener egen indsats er vigtig,

falder med alderen. Andelen, der mener, at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare eller forbedre helbredet er mindst i gruppen af kort uddannede. Blandt de personer, der bor i ejerbolig, er andelen større end i gruppen, der bor i lejebolig.

Standardtabel 5.11 viser, at andelen, der aktivt gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred, er større i Ballerup (88,5 %) end i Danmark. Der er ikke store alders- og kønsforskelle bortset fra gruppen af 25 – 44 årige kvinder, hvor andelen, der gør noget for helbredet, er størst. Der er en markant sammenhæng mellem uddannelse og andelen, der gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred, jo længere uddannelse desto større andel der aktivt gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred. Der er en større andel, der aktivt gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred, blandt borgere, der bor i ejerbolig, i forhold til borgere, der bor i lejebolig.

5.8.2 Alkohol

Tabel 5.4 er en oversigt over gennemsnitsbesvarelserne på spørgsmålet om, hvor vigtigt det er for borgerne i Ballerup at ændre deres brug af alkohol. Borgerne i Ballerup synes generelt ikke, at det er særlig vigtigt at nedsætte deres alkoholbrug (gennemsnit: 2,49). Gennemsnittet er højere for mænd end for kvinder. Der er en sammenhæng mellem alder og oplevelsen af, hvor vigtigt det er af at nedsætte alkoholforbruget, således stiger gennemsnittet af, hvor vigtig det er at nedsætte alkoholforbruget med stigende alder fra de 16 – 24 årige til aldersgruppen 45 – 64 år, hvor den ældste aldersgruppe ikke synes, at det er særligt vigtigt at nedsætte alkoholbruget. Gennemsnittet blandt de borgere, der inden for den sidste uge har overskredet Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse, såvel som de borgere, der inden for den seneste måned har drukket mere end fem genstande, er markant højere, end blandt de borgere, der ikke overskrider hverken antal af genstande for en uge eller for en drikke-seance.

Tabel 5.4. Gennemsnit af hvor vigtigt borgerne synes, det er at nedsætte alkoholbruget.

		Gennemsnit	Antal
I alt	I alt	2,49	1068
Køn (*)	Mænd	2,75	482
	Kvinder	2,27	586
Alder (*)	16-24 år	2,17	83
	25-44 år	2,48	318
	45-64 år	2,90	405
	65 + år	1,95	262
Overskrider SST's genstandsgrænse (*)	Ja	3,48	154
	Nej	2,32	914
Har inden for den seneste måned haft mindst en binge-episode (*)	Ja	2,74	536
	Nej	2,23	532

* markerer statistisk signifikans

Som det fremgår af tabel 5.5, er der kun ganske få former for hjælp og støtte, borgerne ønsker at benytte sig af, hvis de skal nedsætte deres brug af alkohol. De fleste ønsker ikke hjælp (60,3 %), hvis de skal nedsætte deres brug af alkohol. Markant flere mænd end kvinder

ønsker ikke hjælp. De to mest ønskede former for hjælp er hjælp og støtte fra familien (12,0 %) og hjælp fra praktiserende læge (8,1 %). Generelt er der en tendens til, at kvinder i højere grad end mænd vil modtage hjælp eller støtte til at nedsætte alkoholforbruget, hvis de skal nedsætte brugen af alkohol.

Tabel 5.5. Andel der ønsker forskellige former for hjælp og støtte til at nedsætte deres brug af alkohol. Procent.

	Mænd	Kvinder	I alt
Kontakt til alkoholbehandlingscenter	2,6	9,2	6,4
Antabusbehandling (evt. gratis)	1,1	4,5	3,1
Forbud mod alkohol på min arbejdsplads	2,2	3,7	3,1
Hjælp og støtte fra min arbejdsplads	2,8	6,4	4,8
Hjælp og støtte fra min familie	9,0	14,3	12,0
Mulighed for at gøre det sammen med andre	1,9	8,1	5,4
Hjælp fra min praktiserende læge	5,1	10,5	8,1
Hjælp fra andet sundhedspersonale	0,9	2,0	1,5
Ønsker ikke hjælp	69,0	53,7	60,3
Antal svarpersoner	535	708	1243

5.8.3 Rygning

I forhold til hvor vigtigt borgerne synes, det er at nedsætte brugen af alkohol (gennemsnit 2,48) synes rygere i Ballerup, det er mere vigtigt holde op med at ryge (gennemsnittet 5,70) Der er ingen forskel på mænd og kvinder, men der er derimod aldersforskelle. Det er vigtigere at holde op med at ryge for aldersgrupperne 25 – 44 år og 45 – 64 år end for både de yngste og ældste. Der er ingen forskel på, hvor vigtigt det er at holde med at ryge blandt storrygere (15 + cigaretter) og rygere, der ryger færre end 15 cigaretter.

Tabel 5.6 Gennemsnit af hvor vigtigt rygere i Ballerup synes, det er at holde op med at ryge.

		Gennemsnit	Antal
I alt	I alt	5,70	301
Køn	Mænd	5,59	140
	Kvinder	5,79	161
Alder (*)	16-24 år	5,90	79
	25-44 år	6,27	22
	45-64 år	6,24	134
	65 + år	4,17	66
Ryger mere end 15 cigaretter	Ja	5,78	139
	Nej	5,63	162

* markerer statistisk signifikans

Som det fremgår af tabel 5.7, er der markant flere mænd end kvinder, der ikke ønsker hjælp, hvis de skal holde op med at ryge. Næsten hver anden mandlig ryger ønsker ikke hjælp eller

støtte, hvor det blot gælder for tredje kvinde. De tre oftest ønskede former for hjælp eller støtte er hhv rygestopkursus, alternativ behandling og nikotinsubstitut (fx tyggegummi). Flere kvinder end mænd angiver, at de gerne vil have hjælp eller støtte i form af fx hjælp eller støtte fra familie, læger eller andet sundhedspersonale.

Tabel 5.7. Forskellige former for hjælp og støtte til at holde op med at ryge, blandt rygere
Procent.

	Mænd	Kvinder	I alt
Nikotintyggegummi eller andre nikotinpræperater	17,4	26,2	22,2
Rygestopkursus (evt. gratis)	23,6	34,4	29,5
Hjælp og støtte fra min arbejdsplads	5,6	9,7	7,9
Rygeforbud på min arbejdsplads	6,8	9,7	8,4
Hjælp og støtte fra min familie	13,0	15,4	14,3
Mulighed for at gøre det sammen med andre	8,7	18,0	13,8
Hjælp fra min praktiserende læge	8,1	9,2	8,7
Hjælp fra andet sundhedspersonale	3,1	3,1	3,1
Hjælp fra alternativ behandler, fx akupunktur, hypnose	21,1	34,9	28,7
Ønsker ikke hjælp	48,5	31,3	39,0
Antal svarpersoner	161	195	356

5.8.4 Ændring af vægt

Det kan være lige så vigtigt at tage på i vægt som at tabe sig. Tabel 5.8 viser, at mere end 6 ud af 10 ønsker at tabe sig, mens blot mindre end en ud af 20 ønsker at tage på.

Tabel 5.8. Ønsker at tabe sig eller tage på i vægt. Procent.

Ja, at tabe mig	61,5
Ja, at tage på i vægt	4,0
Vil ikke ændre min vægt	32,9
Uoplyst	1,5
I alt	100

I alt 65,5 % af borgerne i Ballerup ønsker at ændre deres vægt. Gennemsnittet på en skala fra 1 til 10 på spørgsmålet om, hvor vigtigt borgerne synes, det er at ændre vægten, er 5,00. Gennemsnittet er højere for kvinder end for mænd (tabel 5.9). For aldersgruppen af 65 + årige synes borgerne, det er markant mindre vigtigt end i de øvrige aldersgrupper. Der er en statistisk signifikant sammenhæng mellem BMI og hvor vigtigt borgernes synes, det er at ændre deres vægt. Blandt de borgere, der ønsker at tabe sig, er gennemsnittet for hvor vigtigt, det er at ændre vægt, 6,75, sammenlignet med gennemsnittet (1,72) blandt de borgere, der ikke ønsker at ændre deres vægt.

Tabel 5.9. Gennemsnit af hvor vigtigt borgerne synes, det er at ændre vægt.

		Gennemsnit	Antal
I alt	I alt	5,00	1202
Køn (*)	Mænd	4,66	521
	Kvinder	5,26	681
Alder (*)	16-24 år	5,11	94
	25-44 år	5,38	339
	45-64 år	5,21	457
	65 + år	4,26	312
BMI (*)	< 18.5	2,69	26
	18.5 - < 25	3,53	587
	25 - < 30	6,18	407
	30 >=	7,96	156
Ønsker at tabe sig (*)	At tabe sig	6,75	754
	Vil ikke ændre vægt	1,72	393

* markerer statistisk signifikans

Tabel 5.10 viser, hvilken form for hjælp eller støtte, borgere gerne vil have, hvis de skal ændre deres vægt. Generelt er der markante forskelle på mænd og kvinder. Ønsket om gratis kostvejledning (22,6 % hhv 37,4 %) er sammen med ønsket om tilbud om gratis motion, de to mest ønskede former for hjælp, borgerne gerne vil have, hvis de skal ændre deres vægt. Mere end hver anden mand ønsker ikke hjælp, hvis de skal ændre deres vægt, hvor det blandt kvinderne er lidt over hver tredje, der ikke ønsker hjælp.

Tabel 5.10. Forskellige former for hjælp og støtte til at ændre vægt. Procent.

	Mænd	Kvinder	I alt
Gratis kostvejledning	22,6	37,4	31,1
Gratis slankekursus	11,6	23,9	18,6
Tilbud om gratis motion	21,7	38,6	31,3
Hjælp og støtte fra min familie	14,8	17,1	16,1
Mulighed for at gøre det sammen med andre	9,7	22,0	16,7
Hjælp fra min praktiserende læge	6,0	10,2	8,4
Hjælp fra andet sundhedspersonale	2,2	5,4	4,0
Hjælp fra psykolog	1,3	4,8	3,3
Ønsker ikke hjælp	51,4	35,3	42,2
Antal svarpersoner	535	708	1243

8.5.8 Ændring af motionsvaner

Det er meget vigtigere for borgere i Ballerup at ændre motionsvaner, end at ændre nogen af de andre sundhedsvaner. Gennemsnittet, for hvor vigtigt borgerne synes, det er, at ændre motionsvaner, er 7,18. Det er lige vigtigt for både mænd og kvinder og i alle aldersgrupper. Men der er forskel på, hvor vigtigt det er at ændre motionsvaner i forhold til borgernes fysiske aktivitet i fritiden. Gennemsnittet er markant højere blandt dem, der ikke har stillesiddende fritidsaktivitet i forhold til dem, der har stillesiddende fritidsaktivitet, det er mest vigtigt for de borgere der ikke har stillesiddende fritidsinteresser.

Tabel 5.11. Gennemsnit at hvor vigtigt borgerne synes, det er at ændre motionsvaner.

		Gennemsnit	Antal
I alt	I alt	7,18	1216
Køn	Mænd	7,14	524
	Kvinder	7,21	692
Alder	16-24 år	7,14	96
	25-44 år	7,49	347
	45-64 år	7,13	458
	65 + år	6,91	315
Stillesiddende fritidsaktivitet (*)	Ja	5,12	144
	Nej	7,45	1072

* markerer statistisk signifikans

Som det fremgår af tabel 5.11, er der ingen forskel på, hvor vigtigt det er for mænd og kvinder, at være mere fysisk aktive, men der er stor forskel på, om mænd og kvinder ønsker hjælp eller støtte (tabel 5.12). Næsten hver anden mand ønsker ikke hjælp, hvor det blot er tilfældet for mindre end hver tredje kvinder. For både mænd og kvinder ses, at de former for hjælp og støtte, de helst vil have er gratis motionstilbud, mulighed for at gøre det sammen med andre og mulighed for motion på arbejdspladsen. Kvinder vil i markant større omfang end mænd have gratis motion eller mulighed for at gøre det sammen med andre. Der er derimod næsten ingen forskel på mænd og kvinder, når det gælder ønsket om mulighed for motion på arbejdspladsen.

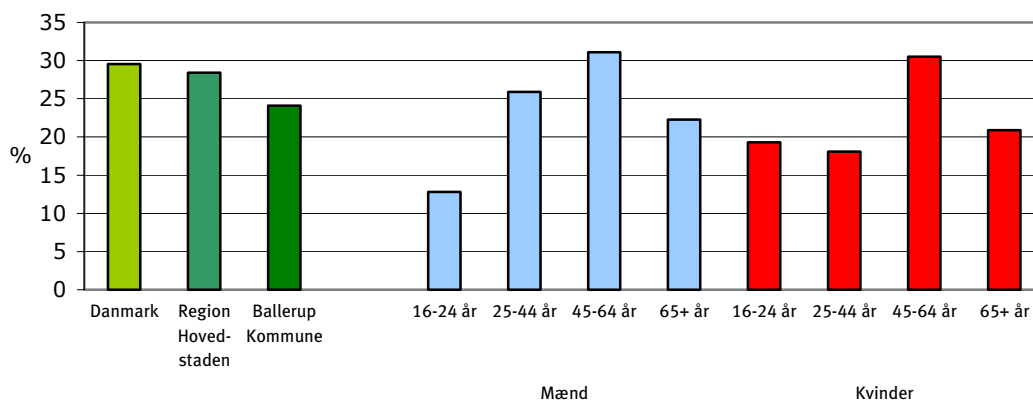
Tabel 5.12. Forskellige former for hjælp og støtte til at ændre vægt. Procent.

	Mænd	Kvinder	I alt
Gratis motionstilbud (fx "motion på recept")	23,7	37,3	31,5
Mulighed for motion på min arbejdsplads	16,3	18,2	17,4
Kortere afstand til idrætsfaciliteter	8,8	12,9	11,1
Hjælp og støtte fra min familie	9,0	9,3	9,2
Mulighed for at gøre det sammen med andre	19,4	28,3	24,5
Hjælp fra min praktiserende læge	2,8	4,0	3,5
Hjælp fra andet sundhedspersonale	2,2	3,7	3,1
Træningen kan foregå i mit hjem	6,5	11,4	9,3
Ønsker ikke hjælp	47,5	32,2	38,8
Antal svarpersoner	535	708	1243

Standardtabel 5.1. Andel der ryger dagligt.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	29,6	29,6	+	14566
	Region Hovedstaden	28,4	28,4	+	2923
	Ballerup Kommune	24,5	24,1		1243
Mænd	16-24 år	12,8		-	39
	25-44 år	25,9			139
	45-64 år	31,1			209
	65+ år	22,3		-	148
	Mænd i alt	26,0			535
Kvinder	16-24 år	19,3		-	57
	25-44 år	18,1		-	210
	45-64 år	30,5			259
	65+ år	20,9		-	182
	Kvinder i alt	23,4			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	31,3	37,2	+	166
	Mellemlang	30,8	34,9	+	321
	Lang	21,1	21,2		569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	19,8			91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	24,8	25,0		721
	Ikke erhvervsaktiv	28,9	37,6	+	190
Civilstand	Gift	22,3	20,6		745
	Samlevende	25,7	26,0		136
	Enlig (separeret, skilt)	35,9	36,4	+	103
	Enlig (ugift)	23,9	24,2		159
	Enlig (enkestand)	31,1			74
Bolig	Lejebolig	33,3	33,7	+	580
	Ejerbolig	16,8	15,5		591

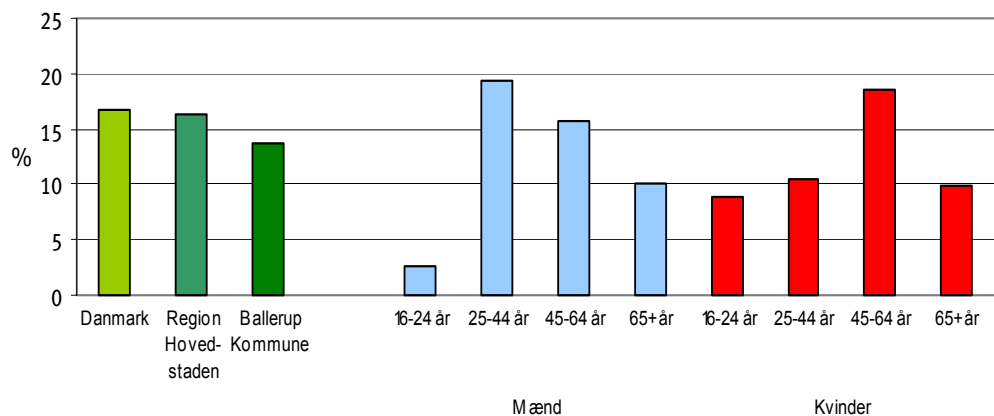
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 5.2. Andel storrygere (15 cigaretter eller mere).

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	16,6	16,7	+	14566
	Region Hovedstaden	16,4	16,4	+	2923
	Ballerup Kommune	13,6	13,6		1243
Mænd	16-24 år	2,6		-	39
	25-44 år	19,4			139
	45-64 år	15,8			209
	65+ år	10,1		-	148
	Mænd i alt	14,2			535
Kvinder	16-24 år	8,8		-	57
	25-44 år	10,5		-	210
	45-64 år	18,5			259
	65+ år	9,9		-	182
	Kvinder i alt	13,1			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	16,9	22,0	+	166
	Mellemlang	19,9	25,5	+	321
	Lang	10,9	11,0		569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	9,9			91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	14,1	14,7		721
	Ikke erhvervsaktiv	17,9	26,7	+	190
Civilstand	Gift	11,8	11,4		745
	Samlevende	17,6	16,8		136
	Enlig (separeret, skilt)	21,4	27,5	+	103
	Enlig (ugift)	10,7	12,4		159
	Enlig (enkestand)	20,3			74
Bolig	Lejebolig	19,8	21,0	+	580
	Ejerbolig	8,0	7,2		591

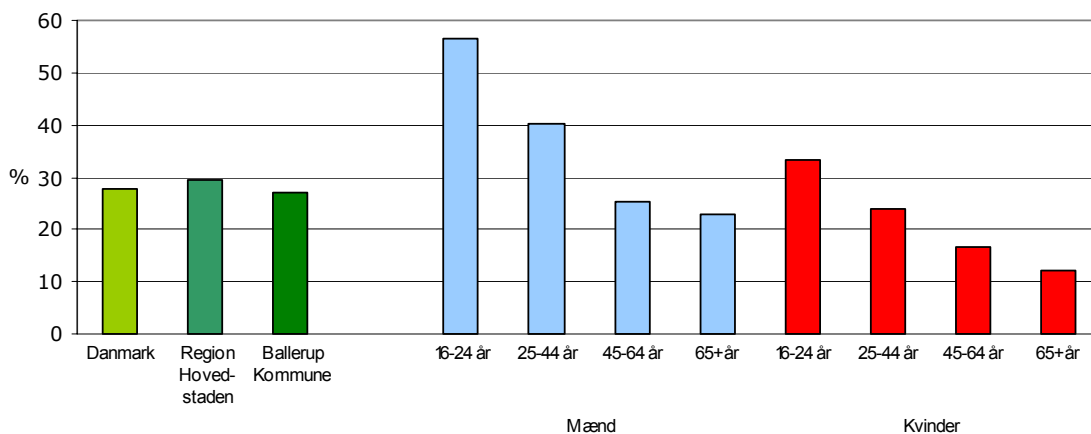
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 5.3. Andel der dyrker hård eller mellemhård fysisk aktivitet i fritiden.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	26,5	27,6		14566
	Region Hovedstaden	28,5	29,3		2923
	Ballerup Kommune	24,1	27,1		1243
Mænd	16-24 år	56,4		+	39
	25-44 år	40,3		+	139
	45-64 år	25,4		+	209
	65+ år	23,0		+	148
	Mænd i alt	30,8			535
Kvinder	16-24 år	33,3		+	57
	25-44 år	23,8		+	210
	45-64 år	16,6			259
	65+ år	12,1		-	182
	Kvinder i alt	18,9			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	12,0	12,3	-	166
	Mellemlang	16,5	17,1	-	321
	Lang	29,0	29,7		569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	22,0			91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	27,9	28,7		721
	Ikke erhvervsaktiv	22,1	12,5	-	190
Civilstand	Gift	23,9	25,7		745
	Samlevende	28,7	25,9		136
	Enlig (separeret, skilt)	14,6	17,7		103
	Enlig (ugift)	33,3	25,8		159
	Enlig (enkestand)	10,8			74
Bolig	Lejebolig	17,9	22,3	-	580
	Ejerbolig	29,8	31,0		591

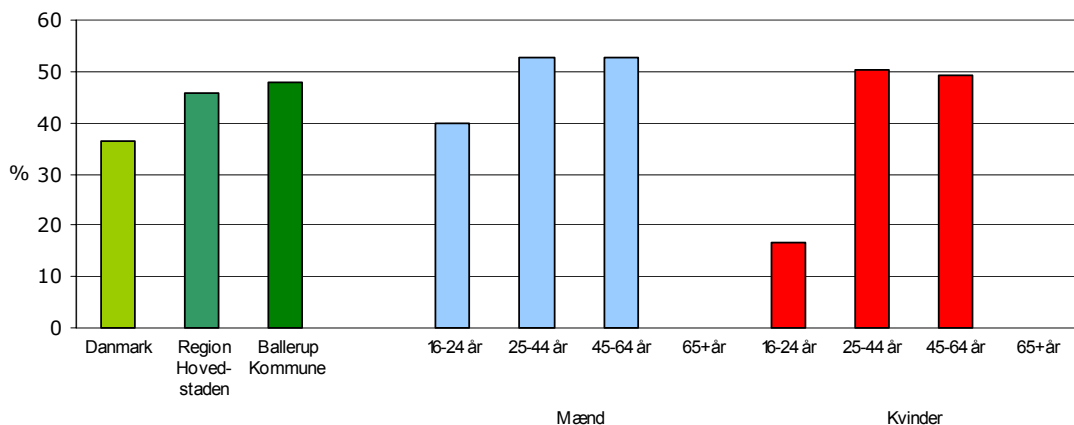
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 5.4. Andel med stillesiddende arbejde i hovedbeskæftigelsen.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	39,1	36,5	-	7969
	Region Hovedstaden	49,9	45,8		1642
	Ballerup Kommune	49,9	47,8		669
Mænd	16-24 år	40,0			10
	25-44 år	52,8			127
	45-64 år	52,7			150
	65+ år				
	Mænd i alt	52,3			287
Kvinder	16-24 år	16,7		-	18
	25-44 år	50,3			185
	45-64 år	49,2			179
	65+ år				
	Kvinder i alt	48,2			382
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	28,2	19,7	-	39
	Mellemlang	41,5	41,8	-	123
	Lang	55,9	55,9		431
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	50,0			48
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv				
	Ikke erhvervsaktiv				
Civilstand	Gift	54,8	55,4		423
	Samlevende	40,4	39,8	-	99
	Enlig (separeret, skilt)	51,9	53,7		54
	Enlig (ugift)	33,8	34,3	-	77
	Enlig (enkestand)	63,6			11
Bolig	Lejebolig	35,6	35,5	-	267
	Ejerbolig	61,1	61,6		370

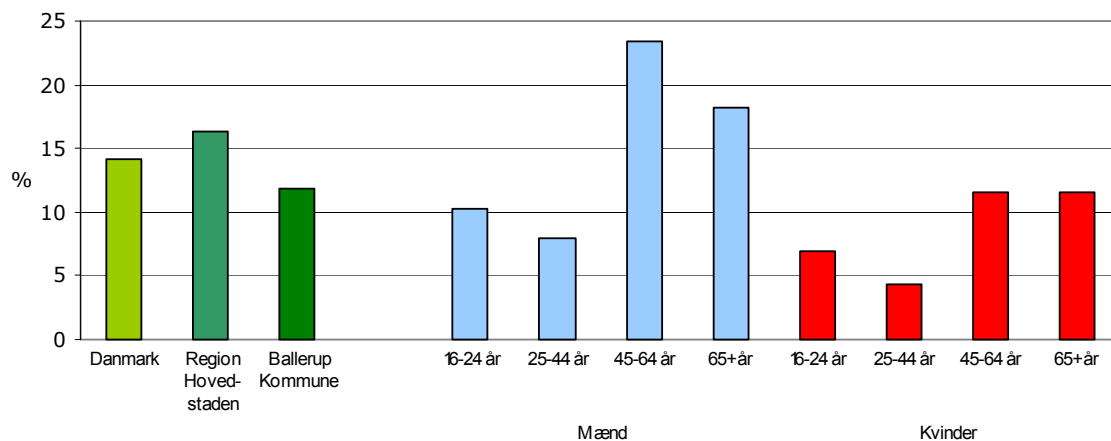
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 5.5. Andel der overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	14,3	14,2	+	14566
	Region Hovedstaden	16,1	16,4	+	2923
	Ballerup Kommune	12,5	11,8		1243
Mænd	16-24 år	10,3			39
	25-44 år	7,9			139
	45-64 år	23,4		+	209
	65+ år	18,2		+	148
	Mænd i alt	17,0			535
Kvinder	16-24 år	7,0			57
	25-44 år	4,3		-	210
	45-64 år	11,6			259
	65+ år	11,5			182
	Kvinder i alt	9,0			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	12,0	9,4		166
	Mellemlang	13,7	11,1		321
	Lang	13,2	14,2		569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	8,8			91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	11,1	11,3		721
	Ikke erhvervsaktiv	14,2	10,5		190
Civilstand	Gift	14,0	11,0		745
	Samlevende	11,8	13,1		136
	Enlig (separeret, skilt)	9,7	10,2		103
	Enlig (ugift)	9,4	11,0		159
	Enlig (enkestand)	10,8			74
Bolig	Lejebolig	10,5	10,3		580
	Ejerbolig	14,6	13,8		591

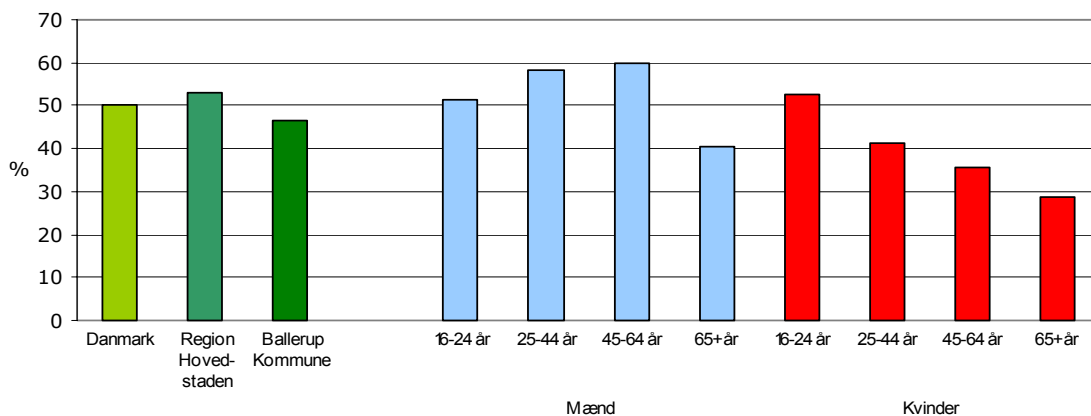
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 5.6. Andel der mindst en gang inden for den seneste måned har drukket fem genstande eller mere.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	48,7	50,0	+	14566
	Region Hovedstaden	52,0	53,1	+	2923
	Ballerup Kommune	44,0	46,4		1243
Mænd	16-24 år	51,3		+	39
	25-44 år	58,3		+	139
	45-64 år	59,8		+	209
	65+ år	40,5			148
	Mænd i alt	53,5			535
Kvinder	16-24 år	52,6		+	57
	25-44 år	41,4		+	210
	45-64 år	35,5			259
	65+ år	28,6		-	182
	Kvinder i alt	36,9			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	28,9	25,3	-	166
	Mellemlang	41,7	45,2		321
	Lang	49,9	51,1		569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	34,1			91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	49,8	50,9		721
	Ikke erhvervsaktiv	40,0	38,1		190
Civilstand	Gift	45,5	46,3		745
	Samlevende	46,3	45,5		136
	Enlig (separeret, skilt)	35,0	42,8		103
	Enlig (ugift)	47,8	43,2		159
	Enlig (enkestand)	32,4			74
Bolig	Lejebolig	37,9	40,5	-	580
	Ejerbolig	49,6	51,5		591

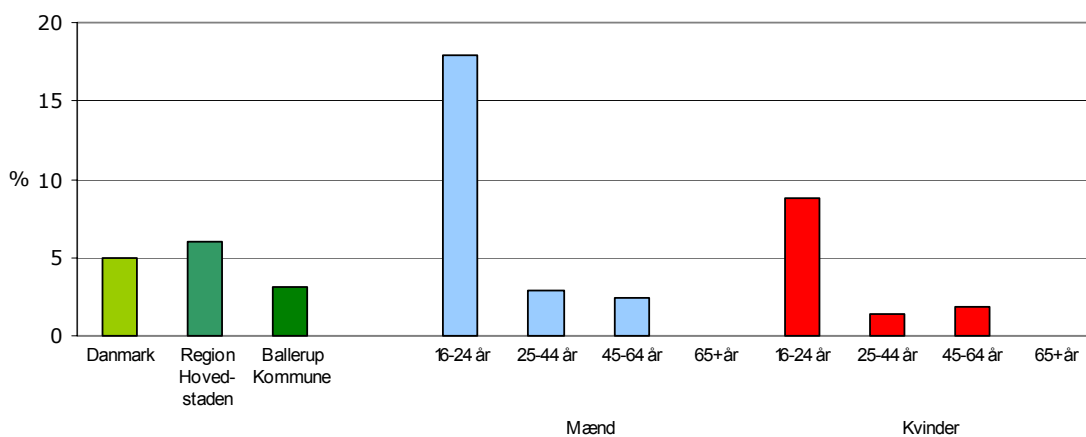
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 5.7. Andel der inden for det sidste år har prøvet at indtage hash.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	4,0	5,0	+	11238
	Region Hovedstaden	5,5	6,0	+	2923
	Ballerup Kommune	2,3	3,1		1243
Mænd	16-24 år	17,9		+	39
	25-44 år	2,9			139
	45-64 år	2,4			209
	65+ år	0,0			148
	Mænd i alt	3,0			535
Kvinder	16-24 år	8,8		+	57
	25-44 år	1,4			210
	45-64 år	1,9			259
	65+ år	0,0			182
	Kvinder i alt	1,8			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	1,2	2,8		166
	Mellemlang	1,9	3,0		321
	Lang	1,4	1,4		569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	1,1			91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	2,8	1,9		721
	Ikke erhvervsaktiv	4,7	6,9		190
Civilstand	Gift	0,8	0,8		745
	Samlevende	2,9	2,1		136
	Enlig (separeret, skilt)	3,9	4,3	+	103
	Enlig (ugift)	7,5	5,1	+	159
	Enlig (enkestand)	1,4			74
Bolig	Lejebolig	2,4	3,2		580
	Ejerbolig	2,4	3,4		591

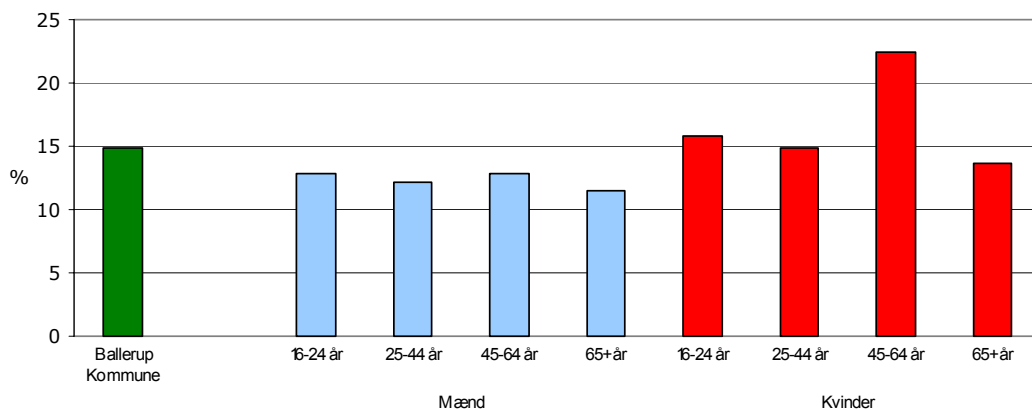
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 5.8. Andel der ved hvor i kommunen man kan få råd og hjælp vedrørende forbrug af stoffer.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark			
	Region Hovedstaden			
	Ballerup Kommune	15,2	14,8	1243
Mænd	16-24 år	12,8	-	39
	25-44 år	12,2	-	139
	45-64 år	12,9	-	209
	65+ år	11,5	-	148
	Mænd i alt	12,3		535
Kvinder	16-24 år	15,8	-	57
	25-44 år	14,8	-	210
	45-64 år	22,4	-	259
	65+ år	13,7	-	182
	Kvinder i alt	17,4		708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	10,8	20,2	166
	Mellemlang	15,6	16,7	321
	Lang	17,2	15,8	569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	9,9		91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	14,8	14,4	721
	Ikke erhvervsaktiv	20,5	31,7	190
Civilstand	Gift	15,3	14,2	745
	Samlevende	15,4	15,2	136
	Enlig (separeret, skilt)	16,5	20,3	103
	Enlig (ugift)	12,6	9,0	159
	Enlig (enkestand)	17,6		74
Bolig	Lejebolig	15,2	15,9	580
	Ejerbolig	15,7	14,7	591

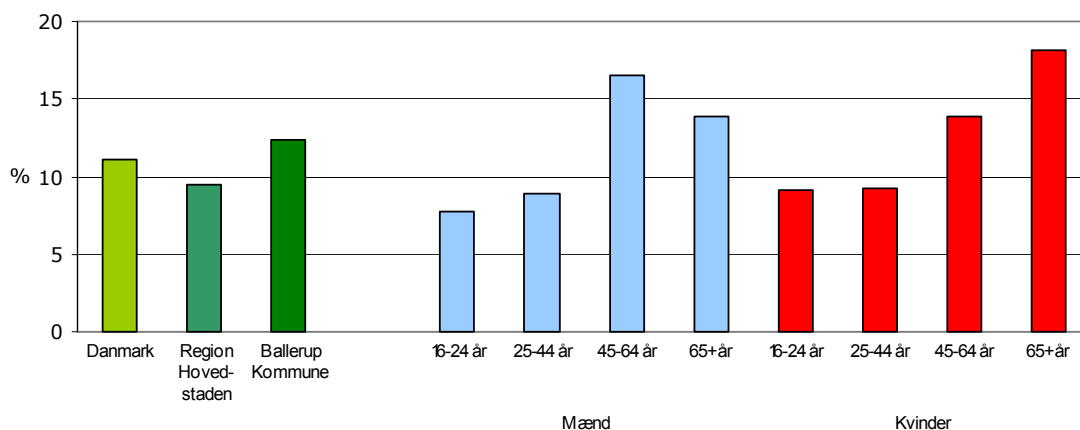
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 5.9. Andel med svær overvægt.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	11,4	11,1		14487
	Region Hovedstaden	9,6	9,5	-	2907
	Ballerup Kommune	13,2	12,4		1208
Mænd	16-24 år	7,7		-	39
	25-44 år	8,9		-	135
	45-64 år	16,5			206
	65+ år	13,9			144
	Mænd i alt	13,2			524
Kvinder	16-24 år	9,1			55
	25-44 år	9,2		-	207
	45-64 år	13,9			251
	65+ år	18,1			171
	Kvinder i alt	13,2			684
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	21,0	22,5	+	157
	Mellemlang	13,8	14,7		311
	Lang	10,5	11,2		560
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	18,6			86
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	12,4	12,1		707
	Ikke erhvervsaktiv	10,8	13,9		185
Civilstand	Gift	13,1	11,7		725
	Samlevende	9,8	12,4		132
	Enlig (separeret, skilt)	15,0	19,7		100
	Enlig (ugift)	12,8	16,1		156
	Enlig (enkestand)	18,6			70
Bolig	Lejebolig	18,4	18,5	+	565
	Ejerbolig	8,1	7,3		577

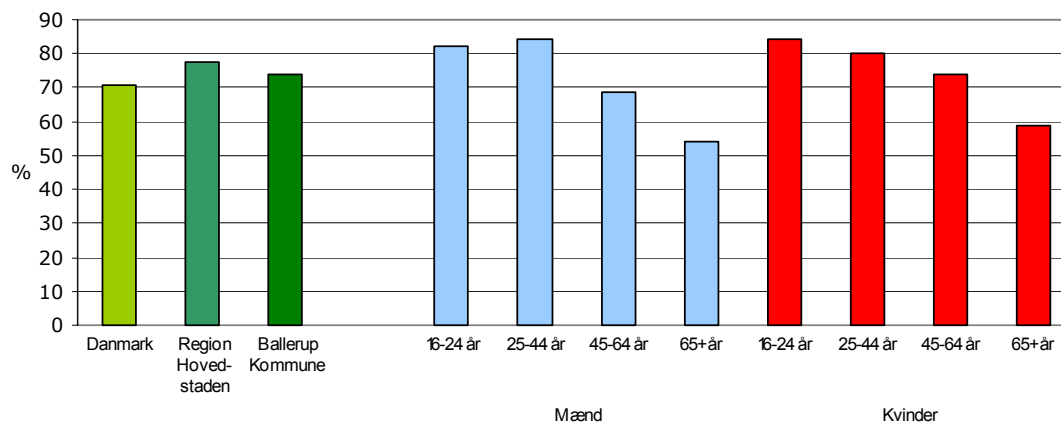
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 5.10 Andel der mener, at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare eller forbedre deres helbred.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	70,3	70,7	-	14566
	Region Hovedstaden	77,5	77,5	+	2923
	Ballerup Kommune	71,4	73,9		1243
Mænd	16-24 år	82,1		+	39
	25-44 år	84,2		+	139
	45-64 år	68,9		-	209
	65+ år	54,1		-	148
	Mænd i alt	69,7			535
Kvinder	16-24 år	84,2		+	57
	25-44 år	80,0		+	210
	45-64 år	73,7			259
	65+ år	58,8		-	182
	Kvinder i alt	72,6			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	53,6	54,8	-	166
	Mellemlang	65,4	72,0		321
	Lang	79,6	78,1		569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	60,4			91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	78,8	78,7		721
	Ikke erhvervsaktiv	68,9	73,0		190
Civilstand	Gift	70,6	73,9		745
	Samlevende	77,9	70,3		136
	Enlig (separeret, skilt)	70,9	74,1		103
	Enlig (ugift)	76,1	70,6		159
	Enlig (enkestand)	56,8			74
Bolig	Lejebolig	65,3	68,0	-	580
	Ejerbolig	78,2	79,6		591

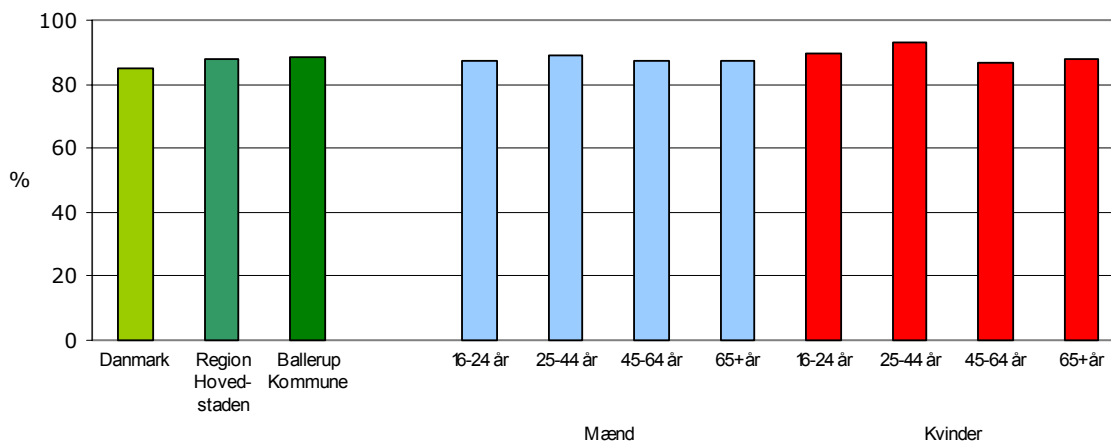
- & + markerer statistisk signifikans



Standarttabel 5.11 Andel der aktivt gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	85,1	85,0	-	14566
	Region Hovedstaden	87,9	87,7		2923
	Ballerup Kommune	88,5	88,7		1243
Mænd	16-24 år	87,2			39
	25-44 år	89,2			139
	45-64 år	87,1			209
	65+ år	87,2			148
	Mænd i alt	87,7			535
Kvinder	16-24 år	89,5			57
	25-44 år	92,9		+	210
	45-64 år	86,9			259
	65+ år	87,9			182
	Kvinder i alt	89,1			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	83,1	83,1	-	166
	Mellemlang	84,7	85,2	-	321
	Lang	93,0	92,8		569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	83,5			91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	89,7	89,7		721
	Ikke erhvervsaktiv	85,8	80,7		190
Civilstand	Gift	89,8	90,3		745
	Samlevende	89,7	86,8		136
	Enlig (separeret, skilt)	88,3	88,7		103
	Enlig (ugift)	85,5	84,2		159
	Enlig (enkestand)	79,7			74
Bolig	Lejebolig	84,8	84,1	-	580
	Ejerbolig	92,6	92,8		591

- & + markerer statistisk signifikans



Litteratur

- ¹ Rasmussen NKr. Sundhedsadfærd. Red: Kjølner M & Rasmussen NKr. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002
- ² Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og Folkesundhed i Danmark. København. Statens Institut for Folkesundhed, 2006
- ³ OECD's sundhedsdatabase, 2005
- ⁴ Bauman AE, Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000 – 2003. *J Sci Med Sport* 2004; 7 (1 suppl): 6-19
- ⁵ Regeringen. Sund Hele Livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002 – 10. 2002
- ⁶ Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet og sundhed. København. Sundhedsstyrelsen, 2001
- ⁷ Jørgensen ME, Rosenlund M. National monitorering af den officielle anbefaling om fysisk aktivitet – Et metodestudie. Statens Institut for Folkesundhed, 2005
- ⁸ Grønbæk M, Iversen L, Olsen J, Becker PU, Hardt F, Sørensen TIA. Genstandsgrænser. *Ugeskrift for Læger* 1997;159(40):5939-5945
- ⁹ Tolstrup JA, Jensen MK, Tjønneland A, Overvad K, Grønbæk M. Drinking pattern and mortality in middle-aged men and women. *Addiction*, 99: 323 – 330. 2004
- ¹⁰ Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse. Resultater fra MULD. 2004
- ¹¹ WHO consultation on Obesity (2000). Obesity: Preventing and managing the global epidemic report of a WHO consultation. WHO Technical Report Series, No. 894, Geneva 2000
- ¹² Spencer EA, Appleby PN, Davey GK, Key TJ. Validity of self-reported height and weight in 4808 EPIC-Oxford participants. *Public Health Nutrition* 2002 5(4), 561-565, Villanueva EV. The validity of self-reported weight in US adults: a population based cross-sectional study. *BMC Public Health* 2001; 1:11
- ¹³ Green LW, Kreuter MW, Health program planning, 4th. Edition. McGraw-Hill, 2005
- ¹⁴ Lissau I. Red: Kjølner M & Rasmussen NKr. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002

Kapitel 6 Sociale relationer og social kapital

Dette kapitel handler om de sociale relationer og social kapital. Begge begreber omhandler de mellem menneskelige relationer men belyser forskellige aspekter.

6.1 Sociale relationer

Menneskets sociale relationer har betydning for dets helbred. Undersøgelser har vist, at folk med stærke sociale relationer ikke nær så let bliver syge, og hvis de bliver syge, kommer de sig hurtigere efter deres sygdom og har mindre risiko for at dø tidligt. Beregninger har vist, at hvert år indtræffer 1000-1500 dødsfald relateret til svage sociale relationer, hvilket svarer til 1,8-2,6 % af alle dødsfald. Mænd med svage sociale relationer dør i gennemsnit tre år for tidligt, mens kvinder med svage sociale relationer dør to år for tidligt. Endvidere kan personer med svage sociale relationer forvente færre kvalitetsjusterede leveår end personer med stærke sociale relationer¹. Kvalitetsjusterede leveår kombinerer helbredsstatus og dødelighed i et samlet mål. Der kan være situationer, hvor der opnås ekstra leveår, men hvor de ekstra leveår skal leves med et dårligt helbred og dermed ringere livskvalitet. Den ekstra levetid skal derfor holdes op mod den ringere livskvalitet, hvilket sammenfattes i målet kvalitetsjusterede leveår². I ovenstående beregninger er personer med svage sociale relationer defineret som personer, der sjældent eller aldrig træffer familie og personer, der ikke regner med at få hjælp af andre i tilfælde af sygdom.

Forklaringen på sammenhængen mellem sygdom, død og sociale relationer er formentlig en kombination af flere faktorer. Gennem sociale relationer kan man få praktisk hjælp og støtte, hvis man fx bliver syg, herunder også hjælp til at komme til lægen og lignende. Sociale relationer kan desuden fungere som støtte, hvis man bliver trængt eller presset, og kan derved beskytte et menneske mod de skadelige virkninger af fx stress. Endvidere kan et manglende socialt netværk i sig selv spille en direkte rolle, da det kan virke stressende og dermed øge modtageligheden overfor sygdomme. Der kan således være tale om direkte fysiologiske påvirkninger. Endvidere lærer man af de sociale relationer, man er en del af. Hvis man eksempelvis har sociale relationer med hensigtsmæssige sundhedsvaner, kan det betyde, at man ændrer sin sundhedsadfærd i positiv retning og derved får sunde vaner og lærer at handle hensigtsmæssigt hvis man bliver belastet eller syg. Det er gennem de gode sociale relationer, at man lærer at håndtere svære situationer og få kontrol over tilværelsen. Sociale netværk kan også være forum for udveksling af viden og kundskaber.

Udover de ovenfor nævnte positive aspekter ved sociale relationer foreligger der imidlertid en lang række forskningsresultater, som viser, at sociale relationer ligeså vel kan være en barriere for udvikling og forbedring af sundhedsadfærd og helbredet. Sociale relationer kan være negative i den forstand, at mennesker ikke alene har mulighed for at støtte hinanden, men også har mulighed for at give hinanden bekymringer, udnytte og på anden måde skade hinanden. Et eksempel kan være situationer, hvor de sociale relationer bliver til en belastning, fx i forbindelse med sygdom hos en ægtefælle eller nære slægtninge. Mobning er et andet eksempel på, hvordan sociale relationer kan have en negativ effekt på helbredet. Desuden kan sociale relationer ligeså vel fremme negativ sundhedsadfærd som positiv sundhedsadfærd.

I gennem de senere år har flere undersøgelser sat fokus på disse aspekter af sociale relationer³.

De sociale relationer kan beskrives ved henholdsvis en kvantitativ del af de sociale relationer og den form for støtte en person modtager fra sit netværk, dvs. den kvalitative del af de sociale relationer¹. I nærværende undersøgelse belyses den kvantitative del af de sociale relationer ud fra to spørgsmål om, hvor ofte man træffer hhv. familie og venner. Den kvalitative del belyses ud fra spørgsmålene, om man ofte føler sig uønsket alene, og om man i tilfælde af sygdom kan forvente at få hjælp til praktiske problemer. I de efterfølgende standardtabeller fokuseres på forekomsten af svage sociale relationer.

6.2 Det kvantitative aspekt

Familien er et vigtigt socialt netværk for de fleste mennesker. Det må derfor formodes, at familien spiller en væsentlig rolle både i forhold til skabelse af værdier og normer og i forhold til at være 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.

Standardtabel 6.1 viser andelen af borgere, der sjældnere end en gang om måneden ser familien. Familie er her defineret som familie udenfor husstanden. Det fremgår, at der er en mindre andel i Ballerup end i Region Hovedstaden, der træffer deres familie sjældnere end en gang om måneden.

Venner og bekendte er ligeledes en vigtig del af de sociale relationer. Der er derfor også spurgt til, hvor ofte borgerne i Ballerup træffer venner og bekendte. Standardtabel 6.2 viser andelen af borgere, der sjældnere end en gang om måneden ser venner og bekendte. Andelen der sjældnere end en gang om måneden ser venner og bekendte er større i Ballerup end i Region Hovedstaden og Danmark som helhed. Omfanget af sociale relationer til venner og bekendte ændres gennem livet, hvilket også fremgår af standardtabellen. Der er en mindre andel blandt de yngre aldersgrupper end blandt de ældre, der angiver, at de sjældnere end en gang om måneden ser venner og bekendte. Andelen der træffer deres venner og bekendte sjældnere end en gang om måneden er mindre blandt mænd end blandt kvinder.

De to tidligere spørgsmål er specifikke og siger dermed ikke nødvendigvis særligt meget om, hvor meget social kontakt Ballerups borgere har. Selvom en borger har angivet, at vedkommende ikke har nævneværdig social kontakt til sin familie, kan borgeren kompensere for dette ved at have stor social kontakt til venner og bekendte, ligesom det modsatte kan være tilfældet. Endvidere kan borgeren have mange sociale relationer på arbejdspladsen og kan derigennem få dækket sit sociale behov. Desuden angiver disse variable som nævnt udelukkende, hvor ofte borgerne har kontakt til andre dvs. kvantiteten af de sociale relationer, men ikke hvorvidt behovet for socialt samvær med andre reelt er dækket, eller hvorvidt man modtager hjælp og støtte dvs. kvaliteten af de sociale relationer.

6.3 Det kvalitative aspekt

For at belyse det kvalitative aspekt, blev der derfor spurgt til, hvorvidt borgerne nogensinde oplevede at være alene, selvom de egentlig havde mest lyst til at være sammen med andre. Dette kan give et mere nøjagtigt billede af, hvorvidt de føler, at de får dækket deres behov for socialt samvær med andre. Endvidere blev der spurgt til, om man i tilfælde af sygdom kan forvente at få hjælp af andre til praktiske problemer.

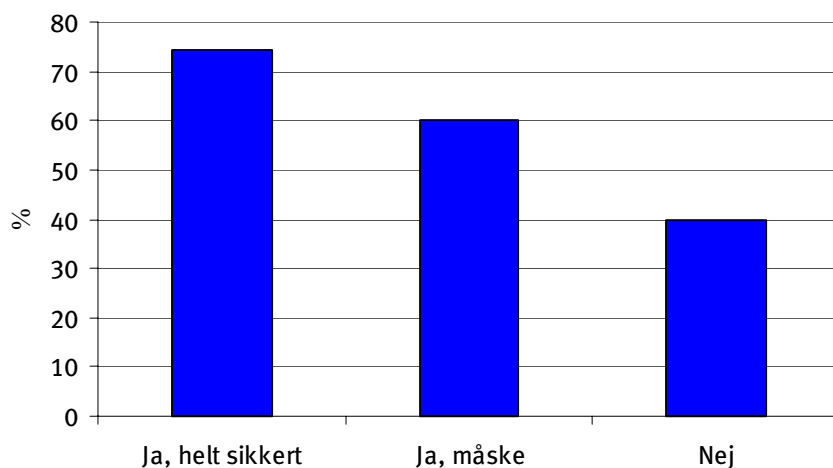
Standardtabel 6.3 viser andelen, der ofte eller en gang imellem er uønsket alene. I Ballerup er der en større andel, der er uønsket alene end i Region Hovedstaden og i Danmark som helhed. Overordnet er der en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der angiver, at de er uønsket alene. Andelen er stor blandt mænd og kvinder i aldersgruppen 16-24 årige samt kvinder i aldersgruppen 65 + år. Den mindste andel ses blandt mænd i alderen 25-44 år. Andelen, der er uønsket alene, er markant større blandt borgere med en kort uddannelse end blandt borgere, der har en lang uddannelse. Endvidere er andelen, der er uønsket alene, markant større blandt borgere, der ikke er erhvervsaktive, end blandt borgere, der er erhvervsaktive

Standardtabel 6.4 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 uden for husstanden. Der er en tendens til, at andelen, der ikke regner med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom, stiger med alderen. Andelen der ikke regner med, at der er nogle udenfor husstanden, der vil hjælpe dem i tilfælde af sygdom er størst blandt kvinder i alderen 65 + år. Den mindste andel ses blandt mænd og kvinder i alderen 25-44 år. Endvidere er der en større andel blandt borgere, der er enlige (separerede, skilte), der ikke regner med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom end blandt borgere, der er gifte.

Det er således et gennemgående træk, at kvaliteten af de sociale relationer ændres gennem livsforløbet. De ældste aldersgrupper træffer sjældnere deres familie og venner, har sværere ved at få hjælp ved sygdom og er relativt oftere uønsket alene.

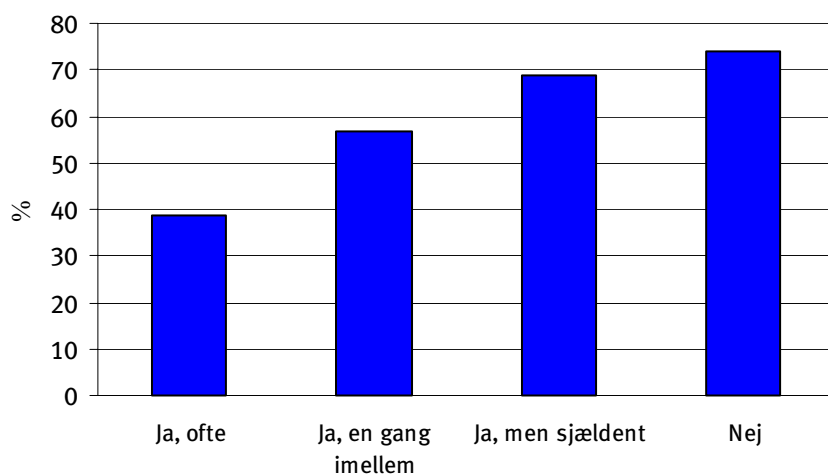
Andelen af borgere, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt i forhold til, om man regner med at kunne få hjælp fra andre i tilfælde af sygdom, fremgår af figur 6.1. Det fremgår at andelen, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt, er størst blandt borgere, der angiver, at de helt sikkert kan få hjælp i tilfælde af sygdom. Her angiver mere end syv ud af ti borgere at have et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred. Blandt borgere, der ikke regner med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom, er det kun fire ud af ti, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt.

Figur 6.1. Andel af borgere der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt i forhold til, om man regner med at kunne få hjælp fra andre i tilfælde af sygdom. Procent.



Den samme tendens i selv vurderet helbred gør sig gældende i forhold til, hvorvidt man er uønsket alene (figur 6.2). Blandt borgere, der ikke eller sjældent er uønsket alene, er der en større andel, der har et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred, end blandt borgere der ofte eller engang imellem er uønsket alene.

Figur 6.2 Andel der vurderer eget helbred som virkelig godt eller godt i forhold til, hvorvidt man er uønsket alene. Procent.



6.4 Kulturelle og sociale tilbud

I Sundhed i Ballerup er der desuden spurgt til, hvor ofte borgerne anvender en række forskellige kulturelle og sociale tilbud. Spørgsmålet giver dog ikke svar på, om borgerne benytter de kulturelle tilbud i Ballerup eller uden for kommunen.

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. Forskellen mellem mænd og kvinder mindskes med årene. Det er specielt aldersgruppen 25-44 år, der månedligt eller oftere benytter biblioteket. Dette gør sig tilsvarende gældende for andelen af borgere, der månedligt eller oftere går i biografen eller teatret. Det fremgår, at andelen er størst blandt de 16-24-årige for både mænd og kvinder, hvor henholdsvis 41,0 % og 36,8 % månedligt eller oftere går i biografen eller i teatret.

Tabel 6.1 Andel af borgerne der månedligt eller oftere går på hhv. biblioteket eller biograf/teatret. Procent.

	Bibliotek		Biograf eller teatret	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
16-24 år	10,3	35,1	41,0	36,8
25-44 år	23,0	38,1	24,5	22,4
45-64 år	20,6	29,7	10,5	17,8
65+ år	27,0	39,6	9,4	13,2

Tabel 6.2 viser, hvor ofte borgerne i Ballerup benytter hhv. kirke og menighedsaktiviteter samt nytte- eller kolonihave. Det fremgår, at andelen, der går regelmæssigt i kirke eller deltager i menighedsaktiviteter, er lille for både mænd og kvinder. Halvdelen af mændene og knap halvdelen af kvinderne går aldrig i kirke og deltager aldrig i aktiviteter i menigheden. I forhold til brug af nytte-, -kolonihave fremgår det, at knap hver tiende borger benytter nytte-, kolonihave en eller flere gange om ugen. Otte ud af ti borgere benytter aldrig nytte- eller kolonihave.

Tabel 6.2 Hvor ofte benyttes hhv. kirke og menighedsaktiviteter samt nytte-, -kolonihave. Procent.

	Kirke og menighedsaktiviteter		Nytte-, kolonihave	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
En eller flere gange om ugen	2,2	2,5	9,2	9,2
En eller to gange om måneden	3,2	3,3	1,7	1,1
Sjældnere	38,1	43,8	6,4	4,8
Aldrig	52,7	45,1	80,0	80,1
Uoplyst	3,7	5,4	2,8	4,8

Det fremgår af tabel 6.3, at knap halvdelen af borgerne i Ballerup aldrig benytter kulturhuse som fx Baltoppen, Baghuset eller Ungdomshuset. Der er ikke den store forskel mellem mænd og kvinder. Der er således mange borgere, der ikke benytter sig af kulturhuse. Det samme gør sig gældende i forhold til brug af beboerhuse eller medborgerhuse. Syv ud af ti borgere benytter aldrig beboerhus eller medborgerhus. Overordnet set spiller køn ikke nogen større rolle.

Tabel 6.3 Hvor ofte benyttes hhv. kulturhuse samt beboerhuse eller medborgerhuse. Procent.

	Kulturhuse		Beboerhus eller medborgerhus	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
En eller flere gange om ugen	1,1	0,3	1,3	2,0
En eller to gange om måneden	4,9	4,4	4,3	2,8
Sjældnere	44,7	43,2	21,1	18,5
Aldrig	46,0	46,6	69,2	71,8
Uoplyst	3,4	5,5	4,1	5

Tabel 6.4 viser andelen, der mindst en gang om ugen benytter et idrætsanlæg eller kommercielle træningstilbud, fitnesscente el. lign. Det fremgår, at overordnet er der en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der en eller flere gange om ugen benytter et idrætsanlæg. Dette gælder dog ikke for aldersgruppen 65 + år, hvor andelen er større blandt kvinder end blandt mænd. Blandt kvinder stiger andelen med alderen. Generelt er der dog en lille andel, der benytter idrætsanlæg eller svømmebade mindst en gang om ugen. Andelen, der benytter kommercielle træningstilbud, fitnesscenter el. lign. mindst en gang om ugen, er størst blandt de 16-24 årige for både mænd og kvinder. Bortset fra den yngste aldersgrupper er andelen større blandt kvinder end blandt mænd. Andelen falder med alderen for både mænd og kvinder.

Tabel 6.4 Andel af borgere der mindst en gang om ugen benytter hhv. idrætsanlæg eller kommercielle træningstilbud, fitnesscenter el. lign. Procent.

	Idrætsanlæg		Kommercielle træningstilbud, fitnesscenter el. lign.	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
16-24 år	15,4	3,5	28,2	15,8
25-44 år	18,0	9,1	8,6	13,8
45-64 år	14,8	11,6	6,2	12,0
65+ år	10,8	18,1	3,4	6,0

Hvor ofte, og hvorvidt borgere i alderen 65 + år går i ældreklub varierer alt efter, hvilket køn de har. Således er der en tendens til, at kvinder oftere benytter ældreklubberne (tabel 6.5). Mere end seks ud af ti mænd og knap seks ud af ti kvinder benytter aldrig ældreklubber.

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

	Mænd	Kvinder
En eller flere gange om ugen	7,4	17,6
En eller to gange om måneden	8,1	4,0
Sjældnere	13,5	9,3
Aldrig	64,2	57,7
Uoplyst	6,8	10,4
Antal svarpersoner	148	182

Andelen, der går på restaurant, café el. lign. mindst en gang om måneden, fremgår af tabel 6.6. Andelen er større blandt mænd end blandt kvinder, undtagen i den yngste aldersgruppe. Andelen, der går på restaurant, cafeteria eller lign., falder med alderen for både mænd og kvinder.

Tabel 6.6 Andelen der på restaurant, cafeteria, bodega eller lign. mindst en gang om måneden. Procent.

	Mænd	Kvinder
16-24 år	51,3	57,9
25-44 år	41,7	36,2
45-64 år	31,6	20,5
65+ år	21,6	18,1

Andelen, der benytter offentlige transportmidler mindst en gang om ugen, fremgår af tabel 6.7. Der er flere kvinder end mænd, der benytter offentlige transportmidler i alle aldersgrupper. Kvinder og mænd i alderen 16-24 år er dem, der oftest anvender offentlige transportmidler mindst en gang om ugen.

Tabel 6.7 Andel der benytter offentlige transportmidler mindst en gang om ugen. Procent.

	Mænd	Kvinder
16-24 år	56,4	73,7
25-44 år	15,1	28,6
45-64 år	23,0	29,3
65+ år	21,0	30,8

6.5 Social kapital

Social kapital defineres som omfanget af gensidighed, normer om gensidig hjælp, tillid og andre kendetegn ved den sociale struktur, som er en ressource for det enkelte menneske og fremmer den fælles indsats. Social kapital betragtes som en ressource for både det enkelte individ og samfundet. Der er endnu kun få studier af sammenhængen mellem social kapital og sundhed, men de har vist interessante resultater. Studier har vist, at jo højere tillid der er mellem mennesker i et geografisk område desto lavere dødelighed. Endvidere ser det ud til, at jo højere tillid, der er mellem mennesker, desto højere andel føler, at de har et godt helbred. Andre studier beskriver en sammenhæng mellem stor tillid i befolkningen og et mindre omfang af vold og drab³.

I Sundhed i Ballerup er der spurgt til, om borgerne føler sig stærkt eller til en vis grad knyttet til det kvarter, de bor i. Af standardtabel 6.5 fremgår det, at mænd i alderen 16-24 år er dem, hvor den mindste andel angiver, at de føler sig knyttet til det kvarter, de bor i. Den største andel ses blandt kvinder i alderen 65 + år, hvor næsten otte ud af ti angiver, at de føler sig knyttet til det kvarter, de bor i. I forhold til civilstand er der en mindre andel blandt de enlige (ugifte) end blandt de gifte, der angiver, at de føler sig knyttet til det kvarter, de bor i. Der er en mindre andel blandt borgere, der bor i lejebolig end blandt borgere, der bor i ejerbolig, der føler sig stærkt eller til en vis grad knyttet til det kvarter, de bor i.

Hvor ofte borgerne i Ballerup deltager i en eller anden form for aktivitet, hvor flere mennesker i fællesskab forsøger at lave noget, der kan komme hele lokalområdet til gode, fremgår af tabel 6.8. Mere end tre ud af ti mænd og næsten fire ud af ti kvinder deltager aldrig i en eller anden form for aktivitet, hvor flere mennesker i fællesskab forsøger at lave noget, der kan komme hele lokalområdet til gode.

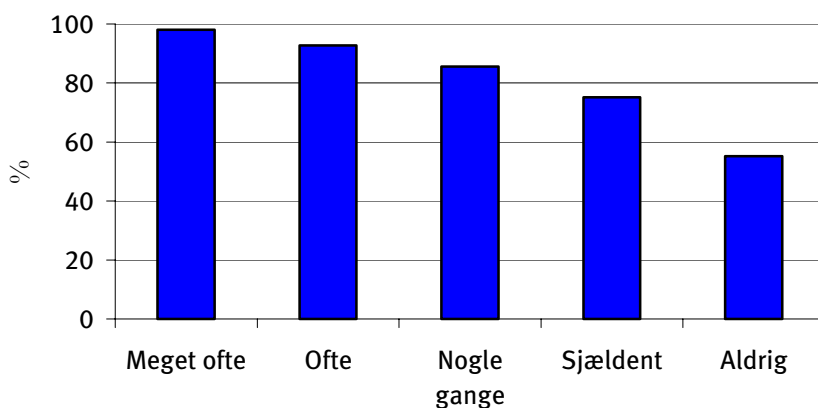
Tabel 6.8 Hvor ofte borgerne deltager i en eller anden form for aktivitet, hvor flere mennesker i fællesskab forsøger at lave noget, der kan komme hele lokalområdet til gode. Procent.

	Mænd	Kvinder
Meget ofte	3,2	4,7
Ofte	8,8	7,1
Nogle gange	23,7	19,4
Sjældent	30,5	29,9
Aldrig	33,6	38,0
Uoplyst	0,2	1,0
Antal svarpersoner	535	708

Andelen, der føler sig stærk knyttet eller til en hvis grad knyttet til det kvarter, hvor de bor, i forhold til hvor ofte de deltager i en eller anden form for aktivitet, hvor flere mennesker i fællesskab forsøger at lave noget, der kan komme hele lokalområdet til gode fremgår af figur 6.3. Det ses, at jo oftere borgeren deltager i en eller anden fælles aktivitet, hvor flere mennesker i fællesskab forsøger at lave noget, der kan komme hele lokalområdet til gode, desto

større er andelen, der føler sig stærkt knyttet eller til en hvis grad knyttet til det kvarter borgeren bor i.

Figur 6.3 Andel der føler sig stærk knyttet eller til en hvis grad knyttet til det kvarter de bor i, i forhold til hvor ofte de deltager i en eller anden form for aktivitet. Procent.



Der er endvidere spurgt til, hvor stærkt borgeren opfatter fællesskab og sammenhold i lokalområdet. Svarfordelingen fremgår af tabel 6.9.

Tabel 6.9 Hvor stærk er efter borgernes opfattelse fællesskab og sammenhold i dit lokalområde. Procent.

	Mænd	Kvinder
Meget stærk	3,2	3,3
Stærk	17,8	20,6
Hverken stærk eller svag	51,2	46,5
Svag	17,6	16,1
Meget svag	8,8	10,6
Uoplyst	1,5	3,0
Antal svarpersoner	535	708

Størstedelen af både mænd (51,2 %) og kvinder (46,5 %) har den opfattelse, at fællesskab og sammenhold i deres lokalområde hverken er stærkt eller svagt. Der er dog flere borgere, der opfatter fællesskab og sammenhold i deres lokalområde som meget svagt end borgere, der opfatter det som meget stærkt.

Ligeledes er der spurgt til, hvorvidt borgeren synes, at naboer og andre beboer i lokalområdet alt i alt er hjælpsomme (standardtabel 6.6). Andelen, der synes naboer og andre beboer er hjælpsomme, er mindst blandt mænd i alderen 16-24 årige mænd, og største blandt mænd i alderen 65 + år. Blandt borgere med en mellemlang uddannelse er der en mindre andel, der

angiver, at de synes, deres naboer og andre beboere i lokalområdet alt i alt er hjælpsomme end blandt borgere, der er har en lang uddannelse. Der er en mindre andel blandt samlevende, enlige (ugifte, separerede, skilte) end blandt gifte, der synes, at deres naboer og andre beboere i lokalområdet alt i alt er meget hjælpsomme eller hjælpsomme. Der er en større andel blandt borgere, der bor i ejerbolig, end blandt borgere, der bor i lejebolig, der synes, at deres naboer eller andre beboere i lokalområdet er hjælpsomme eller meget hjælpsomme.

Andelen af borgere i Ballerup, der deltager i frivilligt arbejde, fremgår af tabel 6.10. Seks ud af ti borgere deltager ikke i frivilligt arbejde. Andelen af borgere, der deltager i bestyrelses- eller udvalgsarbejde, er større end blandt andre former for frivilligt arbejde. Der er lige mange mænd og kvinder, der har deltaget i bestyrelses- eller udvalgsarbejde inden for det sidste år.

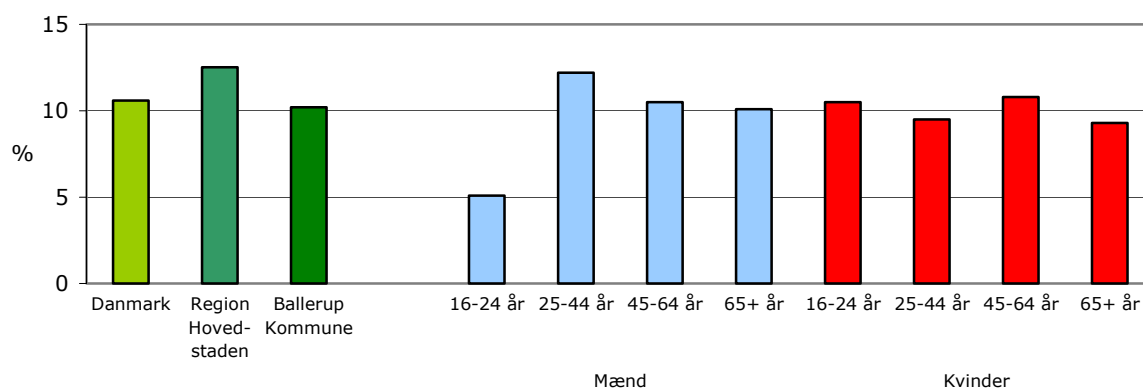
Tabel 6.10 Andel der inden for det sidste år har deltaget i frivilligt arbejde.

	Procent
Bestyrelses eller udvalgsarbejde	20,0
Aktiviteter (træner, holdleder, spejderfører)	6,6
Indsamlinger (fx Kræftens Bekæmpelse, folkekirkens nødhjælp)	5,6
Socialt arbejde i øvrigt (fx besøgsven, Dansk Røde Kors)	2,7
Nej	62,7

Standardtabel 6.1 Andel der træffer deres familie sjældnere end en gang om måneden.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	10,6	10,6	14566
	Region Hovedstaden	12,4	12,5 +	2923
	Ballerup Kommune	10,2	10,2	1243
Mænd	16-24 år	5,1		39
	25-44 år	12,2		139
	45-64 år	10,5		209
	65+ år	10,1		148
	Mænd i alt	10,5		535
Kvinder	16-24 år	10,5		57
	25-44 år	9,5		210
	45-64 år	10,8		259
	65+ år	9,3		182
	Kvinder i alt	10,0		708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	12,0	14,9	166
	Mellemlang	10,0	9,6	321
	Lang	10,5	10,8	569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	7,7		91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	9,8	10,2	721
	Ikke erhvervsaktiv	12,6	15,8	190
Civilstand	Gift	9,3	10,1	745
	Samlevende	7,4	7,7	136
	Enlig (separeret, skilt)	14,6	11,9	103
	Enlig (ugift)	13,8	13,8	159
	Enlig (enkestand)	13,5		74
Bolig	Lejebolig	11,6	11,2	580
	Ejerbolig	8,8	9,2	591

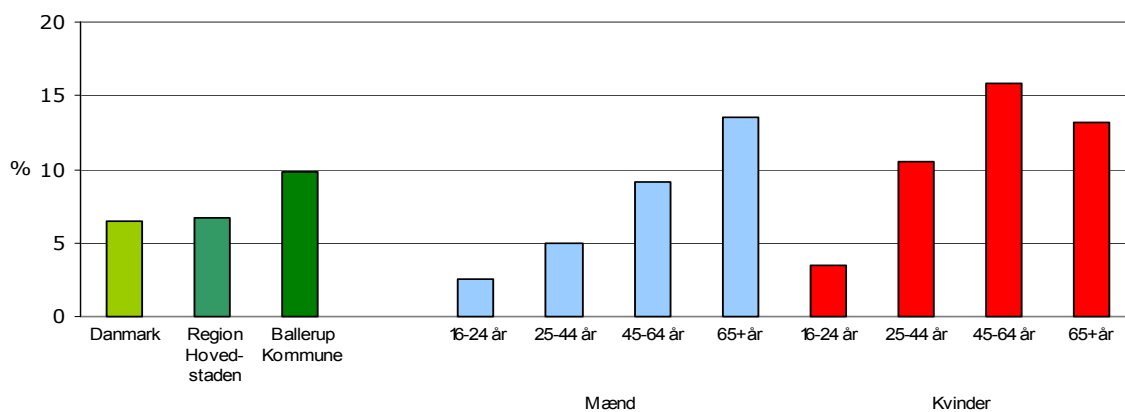
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 6.2 Andel der træffer venner eller bekendte sjældnere end en gang om måneden.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	6,8	6,5	-	14566
	Region Hovedstaden	6,9	6,7	-	2923
	Ballerup Kommune	10,9	9,8		1243
Mænd	16-24 år	2,6	-		39
	25-44 år	5,0	-		139
	45-64 år	9,1	-		209
	65+ år	13,5			148
	Mænd i alt	8,8			535
Kvinder	16-24 år	3,5	-		57
	25-44 år	10,5	-		210
	45-64 år	15,8			259
	65+ år	13,2			182
	Kvinder i alt	12,6			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	13,3	12,5		166
	Mellemlang	13,1	9,9		321
	Lang	10,4	10,2		569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	11,0			91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	10,7	10,2		721
	Ikke erhvervsaktiv	7,9	7,5		190
Civilstand	Gift	13,2	12,6		745
	Samlevende	9,6	10,6		136
	Enlig (separeret, skilt)	10,7	7,3		103
	Enlig (ugift)	4,4	7,1		159
	Enlig (enkestand)	8,1			74
Bolig	Lejebolig	11,6	10,0		580
	Ejerbolig	10,2	9,1		591

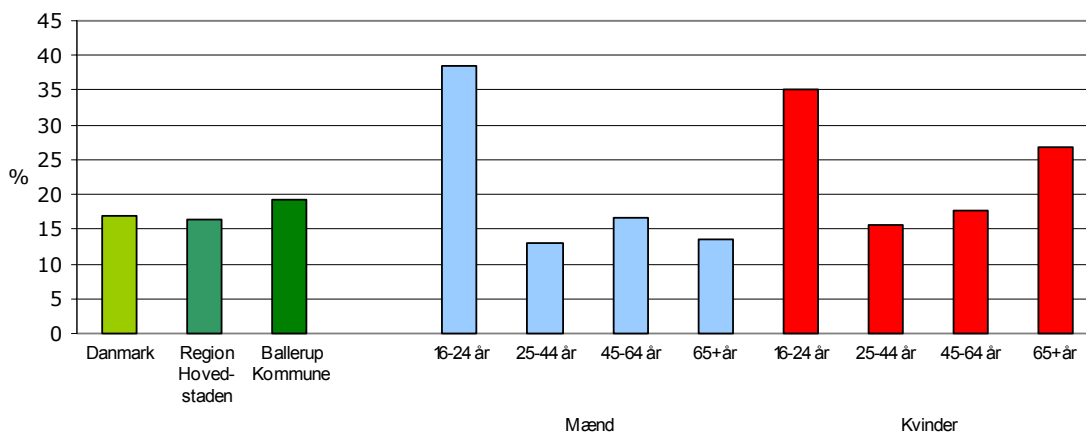
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 6.3 Andel der ofte eller en gang imellem er uønsket alene.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	16,8	17,0	-	14566
	Region Hovedstaden	16,3	16,4	-	2923
	Ballerup Kommune	19,0	19,4		1243
Mænd	16-24 år	38,5		+	39
	25-44 år	12,9		-	139
	45-64 år	16,7			209
	65+ år	13,5			148
	Mænd i alt	16,4			535
Kvinder	16-24 år	35,1		+	57
	25-44 år	15,7			210
	45-64 år	17,8			259
	65+ år	26,9		+	182
	Kvinder i alt	20,9			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	25,3	29,2	+	166
	Mellemlang	19,9	17,9		321
	Lang	13,4	13,5		569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	20,9			91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	15,3	14,2		721
	Ikke erhvervsaktiv	29,5	28,5	+	190
Civilstand	Gift	10,3	9,9		745
	Samlevende	13,2	10,7		136
	Enlig (separeret, skilt)	40,8	44,8	+	103
	Enlig (ugift)	30,2	28,9	+	159
	Enlig (enkestand)	52,7			74
Bolig	Lejebolig	27,2	28,2	+	580
	Ejerbolig	10,8	11,8		591

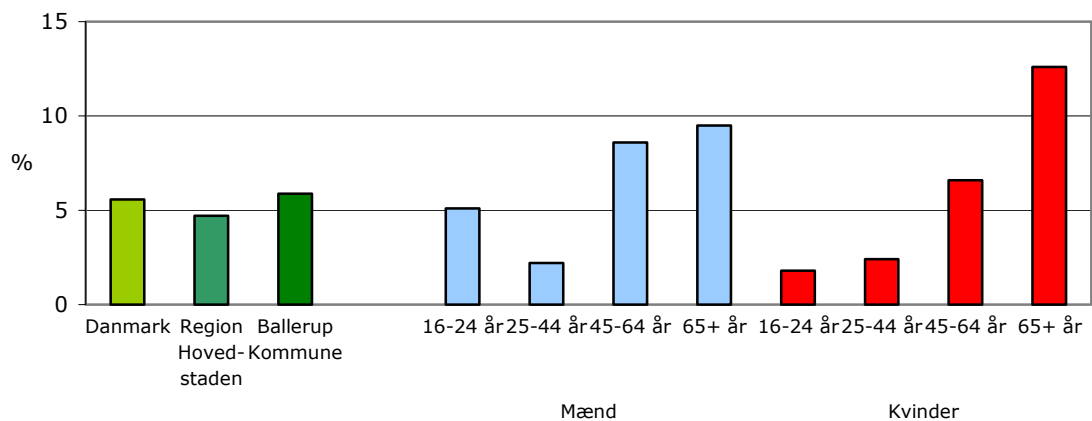
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 6.4 Andel der ikke regner med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	5,8	5,6	14566
	Region Hovedstaden	4,8	4,7	2923
	Ballerup Kommune	6,7	5,9	1243
Mænd	16-24 år	5,1		39
	25-44 år	2,2	-	139
	45-64 år	8,6		209
	65+ år	9,5		148
	Mænd i alt	6,9		535
Kvinder	16-24 år	1,8		57
	25-44 år	2,4	-	210
	45-64 år	6,6		259
	65+ år	12,6	+	182
	Kvinder i alt	6,5		708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	9,0	6,8	166
	Mellemlang	8,7	6,4	321
	Lang	5,3	5,7	569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	7,7		91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	4,6	4,4	721
	Ikke erhvervsaktiv	6,3	9,1	190
Civilstand	Gift	6,3	4,9	745
	Samlevende	5,1	5,1	136
	Enlig (separeret, skilt)	10,7	11,3	103
	Enlig (ugift)	5,7	9,3	159
	Enlig (enkestand)	12,2		74
Bolig	Lejebolig	7,6	6,6	580
	Ejerbolig	5,8	5,3	591

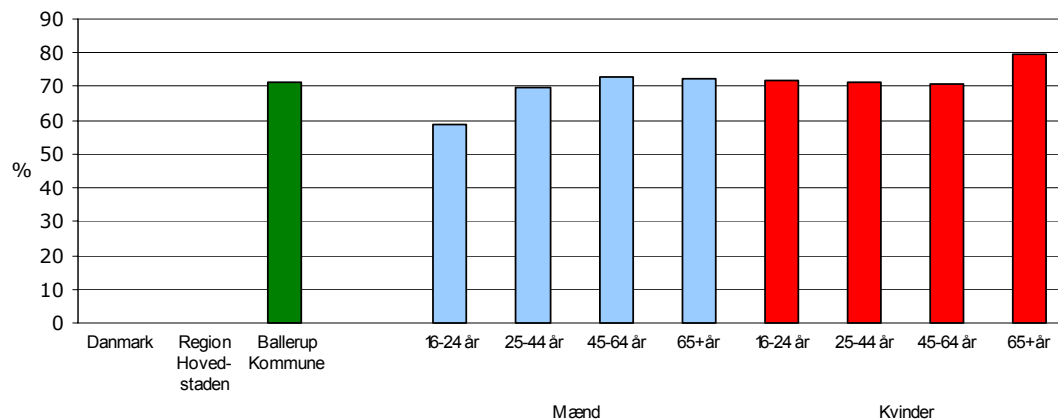
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 6.5 Andel der føler sig stærkt eller til en vis grad knyttet til det kvarter, de bor i.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark		.	0
	Region Hovedstaden		.	0
	Ballerup Kommune	72,2	71,4	1243
Mænd	16-24 år	59,0	-	39
	25-44 år	69,8		139
	45-64 år	72,7		209
	65+ år	72,3		148
	Mænd i alt	70,8		535
Kvinder	16-24 år	71,9		57
	25-44 år	71,4		210
	45-64 år	70,7		259
	65+ år	79,7	+	182
	Kvinder i alt	73,3		708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	72,9	68,4	166
	Mellemlang	71,7	70,4	321
	Lang	74,9	75,4	569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	62,6		91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	70,6	71,0	721
	Ikke erhvervsaktiv	71,6	63,5	190
Civilstand	Gift	75,7	75,3	745
	Samlevende	69,9	66,4	136
	Enlig (separeret, skilt)	65,0	68,9	103
	Enlig (ugift)	61,0	63,2	159
	Enlig (enkestand)	78,4		74
Bolig	Lejebolig	68,3	66,4	580
	Ejerbolig	77,8	78,3	591

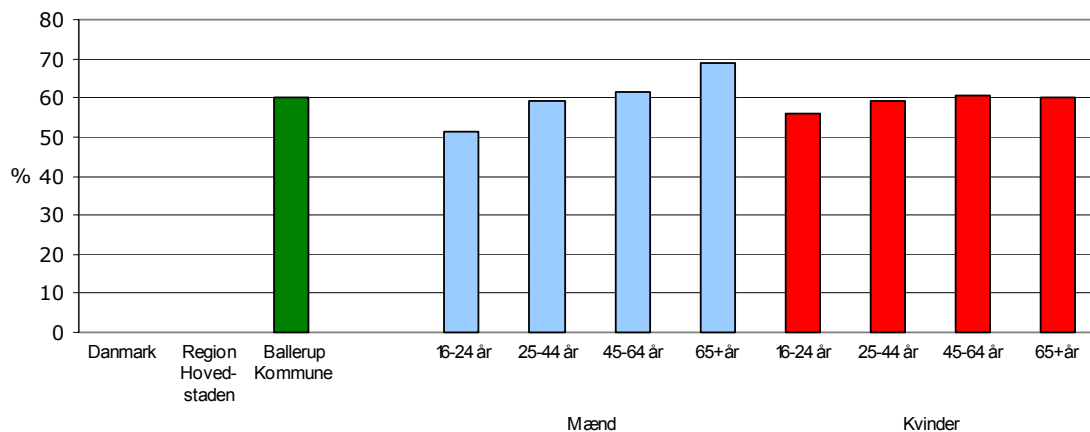
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 6.6 Andel der opfatter naboer og andre beboere i lokalområdet som hjælpssomme eller meget hjælpssomme.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark		.	0
	Region Hovedstaden		.	0
	Ballerup Kommune	60,7	60,0	1243
Mænd	16-24 år	51,3	-	39
	25-44 år	59,0		139
	45-64 år	61,7		209
	65+ år	68,9	+	148
	Mænd i alt	62,2		535
Kvinder	16-24 år	56,1		57
	25-44 år	59,0		210
	45-64 år	60,6		259
	65+ år	59,9		182
	Kvinder i alt	59,6		708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	54,2	56,2	166
	Mellemlang	60,1	58,1	321
	Lang	65,2	66,2	569
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	53,8		91
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	59,8	60,8	721
	Ikke erhvervsaktiv	59,5	51,7	190
Civilstand	Gift	65,9	66,1	745
	Samlevende	48,5	48,8	136
	Enlig (separeret, skilt)	47,6	40,0	103
	Enlig (ugift)	54,7	55,1	159
	Enlig (enkestand)	60,8		74
Bolig	Lejebolig	51,0	48,6	580
	Ejerbolig	70,6	70,7	591

- & + markerer statistisk signifikans



Litteratur

¹ Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H (Eds). Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. 2006. København, Statens Institut for Folkesundhed.

² Kamper-Jørgensen F, Almind G. Forebyggende sundhedsarbejde. København. 2005

³ Due P, Lund R. Sociale relationer og helbred. I Iversen L., Kristensen T.S., Holstein B. og Due P. Medicinsk sociologi – samfund, sundhed og sygdom. København. Munksgaard. 2002.

Kapitel 7 Arbejds miljø

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 kapitel beskrives de psykosociale og fysiske/termiske arbejdsmiljøbelastninger samt passiv rygning. Fysisk aktivitet i hovedbeskæftigelsen er beskrevet i kapitel 5 (Sundhedsadfærd), og sygedage i løbet af de sidste 14 dage såvel som langtidssygdom er beskrevet i kapitel 3 (Sygelighed og konsekvenser af sygdom). Tabel 7.1 viser en oversigt over forekomsten af helbredsrisici i det psykosociale og det fysiske/termiske arbejdsmiljø. Spørgsmålene er alene analyseret for erhvervsaktive borgere i alderen 16 – 64 år.

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 et stigende fokus på det psykosociale arbejdsmiljøets betydning for sundhed og helbred. Den hyppigst nævnte psykiske arbejdsmiljøbelastning er oplevelsen af manglende støtte fra den nærmeste overordnede. I Ballerup angiver 47,6 %, at de kun sommetider, sjældent eller aldrig får støtte fra deres nærmeste overordnede, hvilket er højere end Danmark som helhed (34,6 %) (tabel 7.1).

7.2 Det fysiske arbejdsmiljø

Nogle af de hyppigst forekommende arbejdsrelaterede lidelser kan henføres til det fysiske arbejdsmiljø. Det drejer sig hovedsageligt om muskel- og skeletsygdomme. I relation til det fysiske/termiske arbejdsmiljø er de hyppigst nævnte arbejdsmiljøbelastninger gentagne og ensidige bevægelser (38,4 %) samt arbejde i bøjedede/forvredne arbejdsstillinger (35,2%). Niveauet af fysiske/termiske arbejdsbelastninger, som borgerne i Ballerup angiver, at de er udsat for i deres arbejde, svarer til niveauet i Danmark. I Danmark angiver 38,1 % af de erhvervsaktive, at de er udsat for gentagne og ensidige bevægelser, og 32,2 %, at de to eller flere gange om ugen arbejder i bøjedede og/eller forvredne arbejdsstillinger.

Tabel 7.1 Forekomst af helbredsrisici i arbejdsmiljøet. Blandt erhvervsaktive i alderen 16 – 64 år. Procent.

	Ballerup	Danmark
<i>Psykosocialt arbejdsmiljø</i>		
Andel der:		
- altid eller ofte ikke når alle sine arbejdsopgaver	29,7	28,2
- kun sommetider, sjældent eller aldrig har indflydelse på, hvad de laver	23,3	15,5
- kun sommetider, sjældent eller aldrig får støtte fra deres nærmeste overordnede	47,6	34,6
<i>Fysisk/termisk arbejdsmiljø</i>		
Andel der to eller flere dage om ugen er udsat for:		
- arbejde i bøjedde/forvredne arbejdsstillinger	35,2	32,2
- mange gentagne og ensidige bevægelser	38,4	38,1
- at løfte/bære tunge byrder (mindst 10 kg)	29,0	31,9
- støj, så man må hæve stemmen, hvis man skal tale med andre	28,6	33,1
- andre belastende fysiske forhold	19,3	-
Antal svarpersoner	748	7969

7.3 Passiv rygning

Passiv rygning udgør et arbejdsmiljømæssigt problem. Hyppige gener er irritation af øjne og slimhinder og hovedpine. Endvidere kan astma forværres ved passiv rygning, ligesom der er fundet sammenhæng mellem passiv rygning og udviklingen af lungekræft og hjertekarsygdomme¹. 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 hverdag¹. Lidt mere end hver anden person, der var på arbejdsmarkedet i år 2000 oplyste, at der var indført faste regler for rygning på deres arbejdsplads, i år 2005 er der mere end 7 ud af 10, der oplyser dette². I Sund hele livet fremhæver Regeringen, at røgfrie miljøer skal udvikles af frivillighedens vej, og der derfor ikke skal lovgives på området, der er derfor stadig god grund til at undersøge borgernes daglige udsættelse for passiv rygning. Blandt borgere i Ballerup oplyser 38,5 %, at de altid eller nogle gange er udsat for passiv rygning på deres arbejdsplads, Danmark er det 32,4 %, der angiver, at de nogle gange eller altid er udsat for passiv rygning.

Litteratur

¹ Indenrigs - og Sundhedsministeriet. Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. København: Indenrigs - og Sundhedsministeriet, 2002

² www.si-folkesundhed.dk 30. oktober 2006
