

# SUNDHED I HELSINGØR 2006

Sofie Biering-Sørensen  
Anne Illemann Christensen  
Jacob Hornnes  
Ulrik Hesse

---

Sundhed i Helsingør 2006

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

Statens Institut for Folkesundhed fusionerede med Syddansk Universitet pr. 1. januar 2007.

Copyright © Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet og Helsingør Kommune.  
København, januar 2007.

Gengivelse af uddrag, herunder figurer, tabeller, citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse.  
Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation, bedes  
sendt Helsingør Kommune.

Rapporten kan erhverves ved henvendelse til:

Addie Just Frederiksen  
Helsingør Kommune  
Birkedalsvej 27  
3000 Helsingør

Telefon: 4928 2968

E-mail: [ajf46@helsingor.dk](mailto:ajf46@helsingor.dk)

[www.helsingorkommune.dk](http://www.helsingorkommune.dk)

## Forord

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

Sundhed i Helsingør 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 studentermedarbejder, bachelor, Sofie Biering-Sørensen, forskningsmedarbejder Ulrik Hesse, studentermedarbejder, bachelor, Anne Illemann Christensen og studentermedarbejder Jacob Hornnes. Programsekretær Jeanette Mai Kroman har opsat og klargjort rapporten til trykning. Fra Helsingør har udviklingskonsulent Addie Just Frederiksen og læge Thomas Lund Sørensen bistået med udvikling af spørgsmål til undersøgelsen og kommenteret rapporten.

Januar 2007

Per Tærsebøl  
Borgmester

Morten Grønbæk  
Forskningsleder



# Indholdsfortegnelse

Forord.....	3
Indholdsfortegnelse.....	5
Sammenfatning .....	7
Kapitel 1 Materiale og metode.....	15
1.1 Baggrund og formål .....	15
1.2 Læsevejledning .....	15
1.3 Indsamling af data.....	19
1.4 Spørgeskemaets struktur.....	19
1.5 Bortfald og repræsentativitet.....	20
1.6 Sociodemografisk beskrivelse af populationen .....	20
1.7 Statistisk analyse .....	22
Kapitel 2 Helbredsrelateret livskvalitet.....	23
2.1 Selvvurderet helbred .....	23
2.2 Stress.....	25
2.3 Funktionsniveau blandt 65-årige eller derover .....	25
Kapitel 3 Sygelighed og konsekvenser af sygdom .....	29
3.1 Sygdom og sygelighed.....	29
3.1.1 Langvarig sygdom .....	30
3.1.2 Specifikke sygdomme .....	30
3.1.3 Andel med smerter eller ubehag inden for en 14-dages periode .....	32
3.2 Ulykker .....	46
3.2 Ulykker .....	47
3.3 Konsekvenser af sygdom .....	47
Kapitel 4 Sygdomsadfærd og brug af sundheds-væsenet .....	49
4.1 Kontakt til læger og andre behandlere inden for en 3-måneders periode .....	49
4.3 Brug af tandlæge.....	53
4.4 Brug af fysioterapeut og kiropraktor .....	53
4.5 Psykologisk eller psykiatrisk hjælp .....	54
4.6 Brug af medicin.....	54
Kapitel 5 Sundhedsadfærd .....	65
5.1 Rygning.....	65
5.2 Fysisk aktivitet .....	66
5.2.1 Fysisk aktivitet i fritiden .....	66
5.2.2 Fysisk aktivitet i hovedbeskæftigelsen .....	67
5.3 Alkohol .....	68
5.4 Hash .....	69
5.5 Kost .....	69
5.6 Svær overvægt og undervægt.....	69
5.7 Forandringsparathed .....	70
5.8 Egen indsats .....	71
5.9.1 Alkohol.....	71
5.9.2 Rygning .....	73
5.9.3 Ændring af vægt .....	74
5.9.4 Ændring af motionsvaner.....	76
Kapitel 6 Sociale relationer.....	89
Det strukturelle aspekt.....	90
Det funktionelle aspekt .....	90
Kapitel 7 Arbejdsmiljø .....	97
7.1 Psykosocialt arbejdsmiljø .....	97

7.2 Fysisk arbejdsmiljø.....	97
7.3 Sygefravær.....	98
7.4 Passiv rygning.....	99
Litteraturliste.....	101

## Sammenfatning

Undersøgelsen Sundhed i Helsingør 2006 har til formål at beskrive forekomsten og fordelingen af sundhed og sygelighed blandt borgere i Helsingør Kommune. Beskrivelsen omfatter forekomst og fordeling af helbredsrelateret livskvalitet, funktionsevne, sygdom, sygelighed, sygdomsadfærd og sociale relationer samt faktorer, der har betydning for sundhedstilstanden som fx sundhedsadfærd, sundhedsvaner, livsstil og forandringsparathed.

Sundhed i Helsingør er baseret på et spørgeskema udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed. Spørgeskemaet er baseret på samme model som Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005. Det betyder, at resultaterne fra Sundhed i Helsingør 2006 i vid udstrækning vil kunne sammenlignes med såvel regionale som nationale tal.

Sundhed i Helsingør 2006 er baseret på en repræsentativ stikprøve på 2000 tilfældig udvalgte borgere, der pr. 1. august 2006 var 16 år eller derover og bosiddende i Helsingør Kommune.

### Helbredsrelateret livskvalitet

#### Selvurderet helbred

Andelen, der vurderer deres helbred som værende virkelig godt eller godt, er mindre i Helsingør Kommune end i Region Hovedstaden og i Danmark som helhed. Der er en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der vurderer deres eget helbred som værende virkelig godt eller godt. Andelen, med virkelig godt eller godt selvvurderet helbred, falder med stigende alder. Jo højere uddannelsesniveau desto større er andelen, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt. Der er en markant større andel blandt erhvervsaktive end blandt ikke erhvervsaktive, der vurderer deres helbred som værende virkelig godt eller godt. I forhold til civilstand ses de største andele, der vurderer deres helbred som værende virkelig godt eller godt, blandt gifte og samlevende. Der er en større andel, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt blandt borgere, der bor i Espergærde eller Hornbæk end blandt borgere, der bor i Helsingør.

#### Stress

Stress er en tilstand karakteriseret fysiologisk ved energimobilisering og psykologisk ved anspændthed og ulyst. Udsættelse for stress i længerevarende perioder kan medføre stressbettinget sygdom, som fx hjerte-karsygdom og depression. Desuden kan bestående sygdom forværres af stress.

Andelen, der ofte føler sig stresset i Helsingør Kommune, adskiller sig ikke fra andelen i Region Hovedstaden og Danmark som Helhed. Der er en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der ofte føler sig stresset i dagligdagen. For mænd ses de største andele af borgere, der ofte føler sig stresset blandt de 25-64 årige, mens de største andele for kvinder ses blandt de 16-44 årige.

## Sygdom og sygelighed

I Sundhed i Helsingør anvendes tre forskellige mål for sygdom og sygelighed. 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

Andelen, der har en eller flere langvarige sygdomme, i Helsingør Kommune adskiller sig ikke fra andelen i Region Hovedstaden og Danmark som helhed. Andelen, med langvarig sygdom, stiger med stigende alder. Der er en større andel blandt borgere, der har en kort uddannelse, der har en langvarig sygdom, end blandt borgere der har en lang uddannelse. Andelen, med langvarig sygdom, er større blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive. Endvidere er der en større andel, der har en langvarig sygdom, blandt enlige (separerede, skilte) end blandt gifte.

### Specifikke sygdomme

I Helsingør Kommune er der en mindre andel, der lider af slidgigt/leddegigt, end i Danmark som helhed. Andelen, der lider af slidgigt/leddegigt, stiger med stigende alder og er større blandt kvinder end blandt mænd. Blandt borgere, der har en kort uddannelse, er andelen, med slidgigt/leddegigt, større end blandt borgere, der har en lang uddannelse. Der er en større andel blandt ikke erhvervsaktive, der lider af slidgigt/leddegigt, end blandt erhvervsaktive. Endvidere er andelen, der lider af slidgigt/leddegigt, større blandt separerede eller skilte end blandt gifte.

Andelen i Helsingør Kommune, der lider af allergi, adskiller sig ikke fra andelen i Region Hovedstaden og Danmark som helhed. Der er en mindre andel blandt mænd end blandt kvinder der lider af allergi, og andelen falder med stigende alder.

I Helsingør Kommune er andelen, der lider af forhøjet blodtryk, på niveau med andelen i Region Hovedstaden og Danmark som helhed. Andelen, med forhøjet blodtryk, falder med stigende uddannelsesniveau. Der er en større andel, med forhøjet blodtryk, blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive.

Nogenlunde samme andel lider af migræne eller hyppig hovedpine i Helsingør Kommune som i Region Hovedstaden og Danmark som helhed. Andelen med migræne eller hyppig hovedpine er mindre blandt mænd end blandt kvinder. Blandt mænd ses den største andel, med migræne eller hyppig hovedpine, i aldersgruppen 45-64 år, mens den største andel blandt kvinder ses i aldersgruppen 25-44 år. En større andel blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive, lider af migræne eller hyppig hovedpine.

Andelen i Helsingør Kommune, der lider af ryg sygdom, adskiller sig ikke fra andelen i Region Hovedstaden og Danmark. Der er en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der lider af ryg sygdom, og den mindste andel ses i den yngste aldersgruppe. Andelen, der lider af ryg sygdom, er større blandt borgere med en kort uddannelse end blandt borgere med en lang uddannelse. Endvidere ses en større andel af borgere, der lider af en ryg sygdom, blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive.

### Gener og symptomer inden for en 14-dages periode

Andelen der lider af meget generende smerter eller ubehag er mindre i Helsingør Kommune end i Region Hovedstaden. Der er en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der lider af meget generende smerter eller ubehag. Blandt mænd stiger andelen der har meget generende smerter eller ubehag med stigende alder. Blandt kvinder ses den største andel med



meget generende smerter eller ubehag i den yngste aldersgruppe. Andelen med meget generende smerter eller ubehag falder med stigende uddannelsesniveau. Blandt separerede eller skilte er andelen, der lider af meget generende smerter eller ubehag, større end blandt gifte. Der er en større andel blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive, der lider af meget generende smerter eller ubehag. Andelen, med meget generende smerter eller ubehag, er mindre blandt borgere der bor i Espergærde end blandt borgere der bor i Helsingør.

I Helsingør Kommune er andelen, der har oplevet smerter eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder inden for de seneste 14 dage, større end i Region Hovedstaden og Danmark som helhed. Andelen, der har oplevet smerter eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder inden for de seneste 14 dage, er mindre blandt mænd end blandt kvinder. Den største andelen ses blandt kvinder i alderen 16-24 år.

Der er en større andel, der lider af smerter eller ubehag i ryg eller lænd, i Helsingør Kommune end i Region Hovedstaden og Danmark som helhed. Der er en større andel, der har smerter og ubehag i ryg eller lænd, blandt kvinder end blandt mænd. Andelen, der har smerter og ubehag i ryg eller lænd, er mindst i den yngste aldersgruppe. Der er en mindre andel, der har smerter og ubehag i ryg eller lænd, blandt borgere der bor i Espergærde end blandt borgere der bor i Helsingør.

Andelen, der har smerter eller ubehag i ben, hofte, knæ eller fødder, er større i Helsingør Kommune end i Region Hovedstaden og Danmark som helhed. Der er en mindre andel blandt mænd end blandt kvinder, der har smerter eller ubehag i ben, hofte, knæ eller fødder. Den største andel, der har smerter eller ubehag i ben, hofte, knæ eller fødder, ses i den ældste aldersgruppe. Andelen, der har smerter eller ubehag i ben, hofte eller knæ, er større blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive.

Der er en større andel i Helsingør Kommune, der har haft hovedpine inden for de seneste 14 dage, end i Region Hovedstaden og Danmark som helhed. I alle aldersgrupper er andelen, der har været generet af hovedpine, større blandt kvinder end blandt mænd. Andelen, der har haft hovedpine inden for de seneste 14 dage, falder med stigende alder.

Andelen af borgere i Helsingør Kommune, der inden for de seneste 14 dage har været generet af træthed, er større end i Region Hovedstaden og Danmark. I alle aldersgrupper er der en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der har været generet af træthed. Andelen, der har været generet af træthed, er større blandt borgere med kort uddannelse end blandt borgere med lang uddannelse.

## Sygdomsadfærd

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

Andelen i Helsingør Kommune, der har haft kontakt til en praktiserende læge inden for de seneste tre måneder, er større end i Region Hovedstaden og Danmark. Overordnet er andelen, der har haft kontakt til en praktiserende læge, større blandt kvinder end blandt mænd. Den største andel, der har haft kontakt til en praktiserende læge, ses i aldersgruppen 65+ år. Der er en større andel blandt enlige (separerede, skilte) end blandt gifte, der har haft kontakt til den praktiserende læge inden for de seneste tre måneder. Andelen, der har haft kontakt til en praktiserende læge, er mindre blandt erhvervsaktive end blandt ikke erhvervsaktive. Der

er en mindre andel blandt borgere, der bor i Espergærde, og en større andel blandt borgere, der bor i Hornbæk, end blandt borgere, der bor i Helsingør, der har haft kontakt til en praktiserende læge.

Der er en større andel i Helsingør Kommune, der har været til genoptræning inden for det seneste år, end i Region Hovedstaden og Danmark. Der er en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der har været til genoptræning inden for det seneste år og andelen stiger med stigende alder. Blandt borgere med en mellemlang uddannelse er andelen, der har været til genoptræning, større end andelen blandt borgere med en lang uddannelse. Andelen, der har været til genoptræning, er større blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive.

Der er en større andel i Helsingør Kommune, der har været til tandlæge inden for de seneste tre måneder, end i Region Hovedstaden og Danmark. Andelen, der har været til tandlæge, stiger med alderen. Der er en mindre andel, der har været til tandlæge, blandt borgere med en kort uddannelse end blandt borgere med en lang uddannelse. Andelen, der har været til tandlæge, er mindre blandt enlige (ugifte, separerede, skilte) end blandt gifte.

### **Behov for psykologisk eller psykiatrisk hjælp**

Kun en ganske lille andel i Helsingør Kommune angiver at have haft behov for psykologisk eller psykiatrisk hjælp uden at have fået det. Andelen, der har haft behov for psykologisk eller psykiatrisk hjælp uden at have fået det, er større blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive.

### **Brug af medicin**

Andelen i Helsingør Kommune, der har brugt receptpligtig medicin inden for de seneste 14 dage, adskiller sig ikke fra andelen i Region Hovedstaden og Danmark som helhed. Overordnet stiger andelen, der har brugt receptpligtig medicin, med stigende alder. Andelen, der har brugt receptpligtig medicin, er dog større blandt de 16-24 årige end blandt de 25-44 årige. Der er en større andel blandt borgere med en mellemlang uddannelse, der har taget receptpligtigt medicin inden for de seneste 14 dage, end blandt borgere med en lang uddannelse. Endelig er der en større andel blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive, der har brugt receptpligtigt medicin.

Andelen, der har brugt håndkøbsmedicin inden for de seneste 14 dage, er større i Helsingør Kommune end i Region Hovedstaden og Danmark. Der er en større andel blandt kvinder, der har brugt håndkøbsmedicin, end blandt mænd. Overordnet falder andelen, der har brugt håndkøbsmedicin, med stigende alder.

Der er en større andel i Helsingør Kommune, der har brugt smertestillende medicin inden for de seneste 14 dage, end i Region Hovedstaden og i Danmark som helhed. Andelen, der har brugt smertestillende medicin, er større blandt kvinder end blandt mænd. Der er en større andel, der har brugt smertestillende medicin, blandt borgere med en mellemlang uddannelse end blandt borgere med en lang uddannelse. Andelen, der har brugt smertestillende medicin, er større blandt enlige (separerede, skilte), end blandt gifte. Blandt borgere der bor i Espergærde er andelen, der har brugt smertestillende medicin, mindre end blandt borgere der bor i Helsingør.

I Helsingør Kommune er andelen, der inden for de seneste 14 dage har brugt blodtrykssænkende medicin, større end andelen i Region Hovedstaden og Danmark som helhed. De største andele af borgere, der har taget blodtrykssænkende medicin, ses i de ældste aldersgrupper. Blandt borgere med en kort eller mellemlang uddannelse er andelen, der har brugt blodtrykssænkende medicin, mindre end blandt borgere med en lang uddannelse. Andelen, der har brugt blodtrykssænkende medicin, er større blandt ikke erhvervsaktive end blandt er-

hvervsaktive. Der er en større andel blandt samlevende, der har brugt blodtrykssænkende medicin, end blandt gifte.

## 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.

### Ryging

En væsentlig årsag til danskernes overdødelighed er deres rygevaner. Rygere lever i gennemsnit ca. 7 år kortere end ikke-rygere.

I Helsingør Kommune er andelen, der ryger dagligt, mindre end i Region Hovedstaden og i Danmark som helhed. Både blandt mænd og kvinder er andelen, der ryger dagligt, mindst i aldersgruppen 16-24 år og størst i aldersgruppen 45 – 64 år. Andelen, der ryger dagligt, er større blandt borgere med en kort uddannelse end blandt borgere med en lang uddannelse. Der er en mindre andel blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive, der ryger dagligt. Andelen, der ryger dagligt, er mindre blandt gifte end blandt samlevende og skilte. Der er en større andel, der ryger dagligt, blandt borgere, der bor i Helsingør, end blandt borgere, der bor i Hornbæk.

Andelen af storrygere i Helsingør Kommune, dvs. borgere der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen, adskiller sig ikke fra andelen i Region Hovedstaden og Danmark. Den største andel af storrygere ses i aldersgruppen 25 – 44 år for både mænd og kvinder. Der er en mindre andel af storrygere blandt borgere med en lang uddannelse end blandt borgere med en kort eller mellemlang uddannelse. Der er en større andelen af storrygere blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive. Andelen af storrygere er mindre blandt gifte end blandt de øvrige samlivsformer. Der er en mindre andel af storrygere blandt borgere, der bor i Hornbæk, end blandt borgere, der bor i Helsingør.

### Fysisk aktivitet

Det fysiske aktivitetsniveau er på en lang række områder formindsket i takt med, at de fysiske krav i vores fritids- og arbejdsliv er reduceret. Denne udvikling påvirker vores sundhed og sygelighed, idet fysisk aktivitet har mange positive effekter på både den fysiske og psykiske helbredstilstand.

Der er en større andel i Helsingør Kommune, der dyrker hård eller mellemhård fysisk aktivitet i fritiden, end i Danmark som helhed. Andelen, der er fysisk aktive i fritiden, falder med stigende alder. Der er en mindre andel, der er fysisk aktive i fritiden, blandt borgere med en kort uddannelse end blandt borgere med en lang uddannelse. Der er en større andel blandt borgere, der bor i Helsingør, end blandt borgere, der bor i Hornbæk, der er fysisk aktive i fritiden.

Andelen i Helsingør Kommune, der beskriver den fysiske aktivitet i deres hovedbeskæftigelse som værende stillesiddende, adskiller sig ikke fra andelen i Region Hovedstaden. Andelen, med stillesiddende arbejde i hovedbeskæftigelse, er større i Helsingør Kommune end i Danmark. Både blandt mænd og kvinder er andelen, med stillesiddende arbejde i hovedbeskæftigelsen, mindst i aldersgruppen 16 – 24 år. Der er en mindre andel, med stillesiddende arbejde i hovedbeskæftigelsen, blandt borgere med en kort uddannelse end blandt borgere med en lang uddannelse. Andelen, med stillesiddende arbejde i hovedbeskæftigelsen, er mindre blandt samlevende og enlige ugifte end blandt gifte. Der er en mindre andel, der har stillesiddende arbejde i hovedbeskæftigelsen, blandt borgere der bor i Espergærde, end blandt borgere der bor i Helsingør.

## 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 21 genstande om ugen for mænd og 14 genstande om ugen for kvinder (genstandsgrænse). Endvidere anbefales et maksimum brug på fem genstande for en drikkeseanse.

Andelen i Helsingør Kommune, der i løbet af den seneste uge har overskredet Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser, adskiller sig ikke fra andelen i Region Hovedstaden. Der er en større andel i Helsingør Kommune, der har overskredet genstandsgrænsen, end i Danmark som helhed. I alle aldersgrupper er der en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der har overskredet genstandsgrænsen. Andelen, der har overskredet genstandsgrænsen, er størst i den yngste aldersgruppe for både mænd og kvinder. Der er en større andel blandt enlige ugifte end blandt gifte, der har overskredet genstandsgrænsen inden for den seneste uge. Andelen, der har overskredet genstandsgrænsen, er større blandt borgere, der bor i Hornbæk, end blandt borgere, der bor i Helsingør.

Andelen i Helsingør Kommune, der inden for den seneste måned ved mindst en enkelt lejlighed har drukket fem genstande eller derover, er mindre end i Danmark som helhed. Der er en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der har haft mindst en episode, hvor de har drukket fem genstande eller derover.

## Hash

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

Der er en mindre andel i Helsingør Kommune, der inden for det seneste år har prøvet at indtage hash, end i Region Hovedstaden og i Danmark. Blandt kvinder er andelen, der har prøvet at indtage hash, mindre end blandt mænd. Andelen, der har prøvet at indtage hash, er størst i aldersgruppen 16-24 år. Andelen, der har prøvet hash inden for det sidste år, er større blandt enlige (ugifte, fraskilte og separerede) end blandt gifte.

## Svær overvægt

Andelen, der er svært overvægtige, er øget i hele verden. Svær overvægt øger risikoen for en lang række sygdomme såsom hjerte-karsygdomme, diabetes, forhøjet blodtryk og belastningslidelser i bevægeapparatet. Der findes en arvelig disposition for fedme, men den stigende andel, der er overvægtig, i den danske befolkning må først og fremmest sættes i relation til det fysiske aktivitetsniveau og til fedtindholdet i kosten.

Andelen, der er svært overvægtige, i Helsingør Kommune adskiller sig ikke fra andelen i Region Hovedstaden og Danmark som helhed. Andelen, der er svært overvægtige, er størst blandt kvinder i alderen 65+ år. Andelen, der er svær overvægtige, falder med stigende uddannelsesniveau. Der er en større andel, der er svært overvægtige, blandt borgere, der bor i Helsingør, end blandt borgere, der bor i Espergærde og Hornbæk.

## 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 deres helbred og sundhed.

Andelen i Helsingør Kommune, der tror, at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare deres helbred, adskiller sig ikke fra andelen i Danmark som helhed. Der er en mindre andel i Helsingør Kommune, der mener, at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare eller forbedre helbredet, end i Region Hovedstaden. Andelen, der mener, at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare eller forbedre helbredet, er større blandt borgere med en lang uddannelse, end blandt borgere med en mellemlang og blandt borgere med en kort uddannelse. Andelen er større blandt borgere, der bor i Hornbæk, end blandt borgere, der bor i Helsingør.

I Helsingør Kommune er andelen, der aktivt gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred, på samme niveau som i Region Hovedstaden og Danmark som helhed. Den mindste andel af borgere, der aktivt gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred, ses blandt kvinder i aldersgruppen 65+ år. Andelen, der aktivt gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred, stiger med stigende uddannelsesniveau. Der er en større andel, der aktivt gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred, blandt borgere der bor i Hornbæk end blandt borgere der bor i Helsingør.

## Sociale relationer

Menneskets sociale relationer har betydning for dets helbred. Undersøgelser har vist, at personer med stærke sociale relationer ikke nær så let bliver syge, som personer med svage sociale relationer og hvis de bliver syge, kommer de sig hurtigere efter deres sygdom og har mindre risiko for at dø tidligt.

Andelen i Helsingør Kommune, der sjældnere end en gang om måneden ser familien, er mindre end i Region Hovedstaden og i Danmark. Den mindste andel, der sjældnere end en gang om måneden ser familien, ses i aldersgruppen 16-24 år hos både mænd og kvinder.

I Helsingør Kommuner er der en større andel af borgere, der sjældnere end en gang om måneden ser venner og bekendte, end i Region Hovedstaden og Danmark som helhed. Andelen, der sjældnere end en gang om måneden ser venner og bekendte, er mindst i den yngste aldersgruppe for både mænd og kvinder.

Andelen, der ofte eller en gang imellem er uønsket alene, er større i Helsingør Kommune end i Region Hovedstaden og Danmark som helhed. Overordnet set stiger andelen, der er uønsket alene, med stigende alder og er især stor blandt kvinder i aldersgruppen 65+ år. Der er en større andel, der er uønsket alene, blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive.

Andelen, der ikke regner med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom, er større i Helsingør Kommune end i Region Hovedstaden og Danmark som helhed. Der er en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der ikke regner med at kunne få hjælp fra andre i tilfælde af sygdom. Blandt kvinder er andelen, der ikke regner med at kunne få hjælp fra andre i tilfælde af sygdom, størst i aldersgruppen 16-24 år mens andelen blandt mænd er mindst i aldersgruppen 16-24 år. Der er en større andel blandt borgere med en kort uddannelse, der ikke regner med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom, end blandt borgere med en lang uddannelse. Andelen, der ikke regner med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom, er mindre blandt erhvervsaktive end blandt ikke erhvervsaktive. Der er en større andel, der ikke regner med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom, blandt enlige (separerede, skilte), end blandt gifte. Andelen, der ikke regner med at kunne få hjælp fra andre i tilfælde af sygdom, er mindre blandt borgere, der bor i Espergærde og Hornbæk, end blandt borgere, der bor i Helsingør.

## 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.

Oplevelsen af manglende støtte fra den nærmeste overordnede er den hyppigst nævnte psykiske arbejdsmiljøbelastning i Helsingør Kommune. Der er en større andel i Helsingør Kommune, der angiver, at de kun sommetider, sjældent eller aldrig får støtte fra deres nærmeste overordnede, end i Region Hovedstaden og Danmark som helhed.

I Helsingør Kommune er den hyppigst nævnte arbejdsmiljøbelastning i relation til det fysiske/termiske arbejdsmiljø gentagne og ensidige bevægelser samt arbejde i bøjede/forvredne arbejdsstillinger. Andelen, der arbejder i bøjede/forvredne stillinger, og andelen, der løfter/bærer tunge byrder, er stort set den samme i Helsingør Kommune som i Danmark som helhed. Der er en større andel i Helsingør Kommune end i Region Hovedstaden, der arbejder i bøjede/forvredne stillinger, og der løfter/bærer tunge byrder.

# Kapitel 1

## Materiale og metode

### 1.1 Baggrund og formål

Med kommunalreformen, der trådte i kraft 1. januar 2007, har Helsingør Kommune fået ansvaret for en række områder, som Frederiksborg Amt tidligere har været ansvarlig for. Ansvaret for den borgerrettede forebyggelse er flyttet fra amt til kommune, og ansvaret for den patientrettede forebyggelse er delt mellem regionen og kommunen. Derudover er behandlingsindsatsen på fx alkohol- og stofmisbrugsområdet flyttet til kommunen. Kommunen skal ligeledes være med til at finansiere hospitalsindlæggelser samt brug af forskelligt sundhedsprofessionelt personale såsom praktiserende læge. Helsingør Kommune har endvidere overtaget ansvaret for, og finansieringen af, al genoptræning, der foregår efter udskrivning fra hospital. Kommunen skal derfor på flere områder have indgående kendskab til borgerne, bl.a. i forhold til sundhed, sygelighed og sundhedsadfærd.

En række oplysninger om kommunens borgere kan hentes fra forskellige registre (fx Landspatientregistret), men andre oplysninger om borgernes forhold først og fremmest kan opnås, hvis borgerne spørges direkte.

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

Det overordnede formål med Sundhed i Helsingør 2006 er at beskrive forekomsten og fordelingen af sundhed og sygelighed blandt borgere i Helsingør Kommune. Beskrivelsen omfatter forekomst og fordeling af helbredsrelateret livskvalitet, funktionsevne, sygdom, sygelighed, sygdomsadfærd og sociale relationer 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 Helsingør Kommune. I de følgende seks kapitler beskrives undersøgelsens resultater. Kapitlerne dækker den subjektive dimension af sundhed og helbred, det medicinske perspektiv på sygelighed, samt sygdomsadfærd og brug af sundhedsvæsenet, sundhedsadfærd, sociale relationer og arbejdsmiljø.

Et bredt udvalg af undersøgelsens resultater præsenteres som 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. Helsingør Kommune, Region Hovedstaden samt Danmark. Tallene for Region Hovedstaden og Danmark er 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 ikke er den samme i Sundhed i Helsingør 2006 og SUSY-2005. I standardtabellen følger fordelingen dernæst de anvendte sociodemografiske baggrundsvariabler: køn og alder, kombineret skole- og



baggrundsvariabler: køn og alder, kombineret skole- og erhvervsuddannelse, erhvervsstatus, civilstand samt bopæl. De efterfølgende søjler indeholder forskellige statistiske opgørelser. Første søjle "Forekomst" angiver andelen med den givne indikator. Således viser tallene ud for "Total" andelen, der er fysisk aktive i fritiden i hhv. Region Hovedstaden, i Danmark som helhed og i Helsingør Kommune. Tallet ud for gruppen af 25-44 årige mænd angiver, at 46,6 % af mændene er fysisk aktive i fritiden. For de 25-44 årige kvinder, er det 25,5 %. I alt er 34,4 % af mændene fysisk aktive i fritiden.

Til beskrivelse af sociodemografiske forskelle vises i denne rapport tal for hhv. kombineret skole- og erhvervsuddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet, civilstand og bopæl. 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 + år stadig er i arbejde. Helsingør Kommune er i nærværende rapport opdelt i tre områder efter postnumre, således dækker Helsingør alene over postnumrene Helsingør og Snekkersten. Espergærde dækker Espergærde, Tikøb, Græsted, Fredensborg, Jægerspris og Kvistgård, og Hornbæk dækker Hornbæk, Ålsgårde og Hellebæk.

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 køns- og aldersmæssige forskelle, således at tallene fra Helsingør kan sammenlignes med tallene fra Region Hovedstaden og Danmark. Tallene er altså et udtryk for, hvor stor forekomsten af fysisk aktivitet i fritiden ville være, hvis Sundhed i Helsingør 2006 og SUSY-2005 havde samme køns- og aldersfordeling, som den danske befolkning 1. januar 2005. Dog gælder for samlivsstatus, at der alene er standardiseret efter alder. Der er ikke lavet køns- og aldersstandardiserede forekomster for gruppen "Skoleelev/anden uddannelse". Dette skyldes, at det ikke er entydigt, hvilket niveau "Anden uddannelse" befinder sig på. Der er ikke heller beregnet standardiserede forekomster for samlivsgruppen "Enlig, (enkestand), da det ikke giver mening at aldersstandardisere en gruppe, der altovervejende udgøres af ældre over 65 år.

Efter den standardiserede forekomst er der markeret med "+" eller "-", hvis den standardiserede forekomst afviger signifikant fra referencegruppen. For køn og alder bruges de ikke-standardiserede forekomster. Ved total opgørelser er Helsingør Kommune valgt som referencegruppe. For køn og alder er kvinder i aldersgruppen 45-64 år valgt som referencegruppe. Det fremgår af standardtabel 1.1, at alle mænd og kvinder, bortset fra den ældste aldersgruppe, har statistisk signifikant højere andele, der er fysisk aktive i fritiden end referencegruppen. De ældste kvinder har en statistisk signifikant mindre andel, der er fysisk aktive i fritiden, end referencegruppen. Tilsvarende er gruppen med lang uddannelse, de erhvervsaktive, gifte borgere og borgere, der bor i Helsingør og Snekkersten, valgt som referencegrupper ved hhv kombineret skole- og erhvervsuddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet, civilstand samt bopæl. Referencegruppen er skrevet i *kursiv*. Der vil kun blive kommenteret på standardtabellen i de tilfælde, hvor der er statistiske signifikante forskelle mellem grupperne.

Den sidste søjle i standardtabellen angiver hvor mange personer, der er i den pågældende undergruppe. Der er fx 730 kvinder og 553 mænd i undersøgelsen (standardtabel 1.1).

Når der kommenteres på standardtabellen, vil det være de ikke-standardiserede forekomster, der angives.



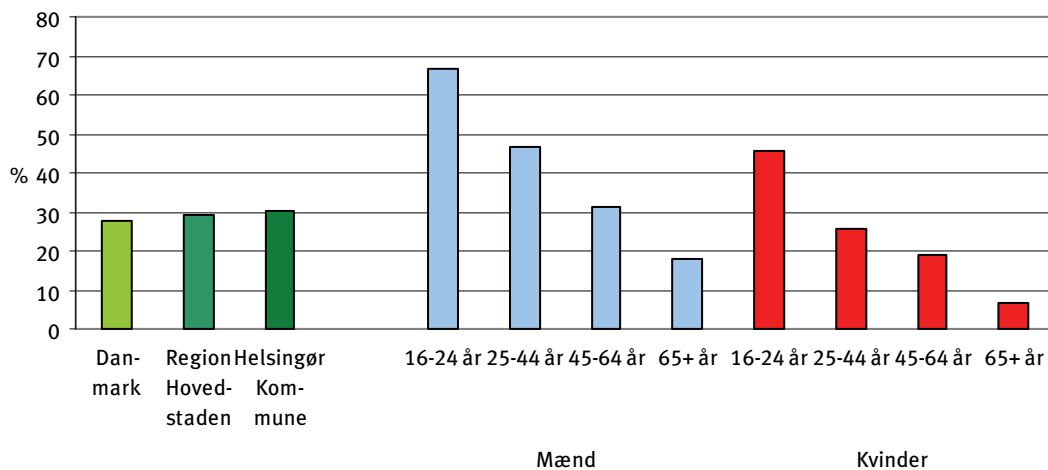
I hver standardtabel er der endvidere en figur, der viser forekomster for Helsingør, Region Hovedstaden og Danmark, samt forekomst for Helsingør fordelt på køn og alder. Tallene fra Helsingør Kommune, Region Hovedstaden og Danmark er de køns- og aldersstandardiserede forekomster (standardtabel 1.1).

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: 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
	Helsingør Kommune	25,6	30,3		1283
Mænd	16-24 år	66,7		+	48
	25-44 år	46,6		+	131
	45-64 år	31,5		+	219
	65+ år	18,1			155
	Mænd i alt	34,4			553
Kvinder	16-24 år	45,5		+	44
	25-44 år	25,5		+	200
	45-64 år	18,8			293
	65+ år	6,7		-	193
	Kvinder i alt	19,0			730
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	8,7	10,9	-	173
	Mellemlang	25,2	28,9		345
	Lang	28,1	29,3		581
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	18,8			48
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	32,6	33,3		693
	Ikke erhvervsaktiv	26,1	21,3		238
Civilstand	Gift	26,3	29,5		753
	Samlevende	26,5	25,2		151
	Enlig (separeret, skilt)	14,6	22,6		123
	Enlig (ugift)	37,4	27,8		139
	Enlig (enkestand)	13,3			83
Bopæl	Helsingør	22,8	27,2		738
	Espergærde	27,2	31,1		301
	Hornbæk	32,4	39,0	+	244

- &amp; + markerer statistisk signifikans



### 1.3 Indsamling af data

Sundhed i Helsingør 2006 er baseret på en repræsentativ stikprøve af alle borgere, der er 16 år eller derover og bosiddende i Helsingør Kommune pr. 1. august 2006. Stikprøven var på 2000 borgere, der alle fik tilsendt et spørgeskema<sup>1</sup>. Efterfølgende blev der sendt to rykkerbreve til de borgere, der ikke havde returneret spørgeskemaet. I rykkerbrevene blev vigtigheden af undersøgelsen understreget, og de blev høfligt opfordret til at besvare og returnere skemaet. Med det anden rykkerbrev fulgte desuden et nyt spørgeskema. Dataindsamlingen forløb over syv uger startende medio august 2006. I alt har 1283 borgere returneret spørgeskemaet, hvilket giver en svarprocent på 64,2 %.

### 1.4 Spørgeskemaets struktur

Spørgeskemaet til Sundhed i Helsingør 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 konsekvenser (1). Udover at spørge ind til forskellige helbredsmål stilles der en række spørgsmål, der kan belyse perspektiver på sygdom og sundhed, der som tidligere nævnt ikke kan opnås via registre. Der spørges 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 disse perspektiver.

Fordelen ved at bruge spørgsmål fra SUSY-2005 undersøgelsen er, at det er muligt for kommunen at sammenligne direkte med de nationale og regionale opgørelser. Denne sammenligning foretager vi i rapporten i det omfang, det er muligt. Ved nogle spørgsmål vil sammenligningen mellem data fra SUSY-2005 undersøgelsen og Sundhed i Helsingør 2006 dog være besværliggjort af forskellen i måden data er indsamlet på. I SUSY-2005 undersøgelsen er data indsamlet ved personlige interviews i svarpersonens hjem, mens data for Sundhed i Helsingør 2006 er indsamlet ved et postomdelt spørgeskema. Endvidere er SUSY-2005 undersøgelsen indsamlet i løbet af et år, mens dataindsamlingen for Sundhed i Helsingør 2006 er foregået i løbet af efteråret, og der er derved ikke tager højde for årstidsvariationen i besvarelserne af spørgsmål helbredsrelateret.

Der er udover standardspørgsmålene udviklet enkelte spørgsmål specifikt til denne undersøgelse. Dette er sket i samarbejde med Helsingør Kommune.

Overordnet fordeler spørgsmålene i spørgeskemaet sig inden for følgende kategorier: sociodemografiske baggrundsspørgsmål (køn, alder, samlivsstatus m.m.)

- helbredsrelateret livskvalitet
- sygdomme, gener og symptomer
- sundhedsvæsenet og medicin
- sundhedsvaner
- socialt netværk
- arbejdsmiljø.

<sup>1</sup> Eftersom en af de udtrukne viste sig at have bopæl uden for kommunen er der, som det fremgår af tabellerne, kun tale om 1999 personer.

## 1.5 Bortfald og repræsentativitet

Ved bortfald forstås personer, der er udtrukket til stikprøven, men ikke har mulighed for eller ikke ønsker at deltage i undersøgelsen (fx hvis personen er for syg, er ude at rejse eller ikke ønsker at medvirke i undersøgelsen).

Det er af stor betydning for resultaternes generaliserbarhed dels, at de udtrukne borgere tegner et retvisende billede af borgerne i Helsingør Kommune, og dels at de borgere, der ikke deltager i undersøgelsen, ikke afviger væsentligt fra de borgere, der deltager. I tabel 1.1 vises, bl.a. køns- og aldersfordelingen i Helsingør Kommune sammenlignet med den udtrukne stikprøve. Der er færre borgere i stikprøven i alderen 25-44 år og tilsvarende flere i alderen 65+ år. Der er dog ikke tale om store forskelle, og det betyder ikke noget for validiteten.

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 bortfald i køns- og aldersgrupper. Generelt er bortfaldet større blandt mænd end blandt kvinder. Blandt mænd i aldersgrupperne 16-24 år og 25-44 år er bortfaldet over 50 %. I de ældste aldersgrupper er bortfaldet væsentligt mindre. Blandt kvinderne er bortfaldet mere jævnt fordelt, dog ses det største bortfald i den yngste aldersgruppe (næsten 50 %). 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. Helsingør Kommune\*, den udtrukne stikprøve, deltagere i undersøgelsen samt bortfald.

		Helsingør Kommune		Stikprøve		Deltagere		Bortfald	
		Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Mænd	16-24	2597	5,3	111	5,6	48	3,7	63	56,8
	25-44	7945	16,3	286	14,3	131	10,2	155	54,2
	45-64	8590	17,7	350	17,5	219	17,1	131	37,4
	65+	4299	8,8	205	10,3	155	12,1	50	24,4
	I alt	23431	48,2	952	47,6	553	43,1	399	41,9
Kvinder	16-24	2369	4,9	86	4,3	44	3,4	42	48,8
	25-44	8199	16,9	300	15,0	200	15,6	100	33,3
	45-64	8920	18,3	401	20,1	293	22,8	108	26,9
	65+	5735	11,8	260	13,0	193	15,0	67	25,8
	I alt	25223	51,8	1047	52,4	730	56,9	317	30,3
I alt	16-24	4966	10,2	197	9,9	92	7,2	105	53,3
	25-44	16144	33,2	586	29,3	331	25,8	255	43,5
	45-64	17510	36,0	751	37,6	512	39,9	239	31,8
	65+	10034	20,6	465	23,3	348	27,1	117	25,2
	I alt	48654	100	1999	100	1283	100	716	35,8

\* Tal fra Danmarks Statistik. Statistikbanken, December 2006

## 1.6 Sociodemografisk beskrivelse af populationen

Et af formålene med Sundhed i Helsingør 2006 er at beskrive Helsingør Kommune i forhold til Region Hovedstaden og Danmark. Generelt viser tabel 1.2, at der er lidt flere kvinder i Sundhed i Helsingør 2006 i forhold til SUSY-2005 undersøgelsen. Dette gælder både for landstallene såvel som for regionstallene. Borgerne i Helsingør 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 Helsingør (2006), Region Hovedstaden (2005) og Danmark (2005) (Procent).

		Helsingør Kommune	Region Hovedstaden	Danmark
Mænd	16-24	3,7	3,8	4,9
	25-44	10,2	18,2	16,2
	45-64	17,1	16,2	17,9
	65+	12,1	8,1	9,6
	I alt	43,1	46,4	48,6
Kvinder	16-24	3,4	5,6	4,9
	25-44	15,6	19,2	17,0
	45-64	22,8	17,5	18,4
	65+	15,0	11,4	11,1
	I alt	56,9	53,6	51,4
I alt	16-24	7,2	9,5	9,8
	25-44	25,8	37,4	33,2
	45-64	39,9	33,7	36,3
	65+	27,1	19,5	20,7
	I alt	100,0	100,0	100,0
<i>Antal svarpersoner</i>		<i>1283</i>	<i>2923</i>	<i>14566</i>

Eventuelle forskelle mellem Helsingør Kommune og Region Hovedstaden og Danmark kan i nogen grad forklares ved forskelle i den socioøkonomiske sammensætning. Tabel 1.3 viser fordelingen af forskellige sociodemografiske variabler i hhv. Helsingør Kommune, 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 Helsingør Kommune er på nogenlunde samme niveau som uddannelsesniveaet på landsplan, men lavere end niveaet i Region Hovedstaden. I Helsingør Kommune har 14,2 % af borgerne mindre end 10 års uddannelse, imod 9,5 % i Region Hovedstaden. Blandt borgerne i Helsingør Kommune har 23,0 % 15 års uddannelse eller mere, imod 23,3 % i Danmark som helhed og 32,6 % i Region Hovedstaden. Derudover har 3,8 % af borgerne i Helsingør Kommune angivet, at de har "Anden Skole"-uddannelse, imod 0,6 % i Danmark som helhed og 0,9 % i Region Hovedstaden. I alt 3,7 % af borgerne i Helsingør Kommune har ikke oplyst nogen uddannelse, imod 0,6 % i Danmark og 0,3% i Region Hovedstaden. Tilsvarende er der lidt færre erhvervsaktive i Helsingør Kommune (57,9 %) end i Danmark som helhed (63,9 %) og i Region Hovedstaden (65,9 %).

Andelen af borgere, der er gift, er lidt større i Helsingør Kommune (58,7 %) end i resten af landet (54,4 %) og i Region Hovedstaden (48,7 %). Der er ligeledes flere enlige (enkestand) i Helsingør (10,8 %) end i såvel Danmark (6,9 %) og Region Hovedstaden (6,8 %). Der er væsentligt færre enlige (ugifte) i Helsingør Kommune (6,5 %) end i Danmark (16,9 %) og Region Hovedstaden (21,1 %). I Helsingør Kommune har 2,7 % af borgerne ikke angivet deres civilstand, imod 0,0 % i både Danmark som helhed og Region Hovedstaden.

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.

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

		Helsingør Kommune	Region Hovedstaden	Danmark
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	<10 år	14,2	9,5	14,9
	10 år	7,8	4,5	5,4
	11-12 år	22,1	20,0	22,3
	13-14 år	23,9	30,8	31,0
	15+ år	23,0	32,6	23,3
	Skoleelev	1,6	1,3	1,7
	Anden skole	3,8	0,9	0,6
	Uoplyst	3,7	0,3	0,6
	I alt	100	100	100
Erhvervmæssig status	Erhvervsaktiv	57,9	65,9	63,9
	Ikke erhvervsaktiv	40,4	34,0	36,1
	Uoplyst	1,7	0,0	0,0
	I alt	100	100	100
Ægteskabelig stand	Gift	58,7	48,7	54,4
	Samlevende	11,8	15,6	15,5
	Enlig (separeret, skilt)	9,6	7,8	6,3
	Enlig (ugift)	6,5	21,1	16,9
	Enlig (enkestand)	10,8	6,8	6,9
	Uoplyst	2,7	0,0	0,0
	I alt	100	100	100
<i>Antal svarpersoner</i>		<i>1283</i>	<i>2923</i>	<i>14566</i>

Sammenfattende kan det siges, at 64,2 % af borgerne i stikprøven har deltaget i undersøgelsen. Den udtrukne stikprøve er repræsentativ for kommunen, men undersøgelsens bortfald betyder, at aldersgruppen 16-24 år og i et vist omfang også aldersgruppen 25-44 år er underrepræsenteret i undersøgelsen, mens ældre er overrepræsenteret. Det gør sig især gældende for mænd.

## 1.7 Statistisk analyse

Som beskrevet i afsnit 1.2, har vi for variable, der er præsenteret i standardtabeller, lavet køns- og aldersstandardiserede forekomster bortset fra køns- og aldersstandardisering. Der er foretaget en direkte køns- og aldersstandardisering. Grupperne kan sammenlignes internt i variable: totalforekomster, kombineret skole- og erhvervsuddannelse, erhvervsstatus, civilstand og boligform. Til at vurdere om der er eventuelle statistisk signifikante forskelle mellem grupper, er der beregnet konfidensintervaller for de standardiserede forekomster. Tilsvarende for køns- og aldersgrupper er der beregnet konfidensintervaller. For overskuelighedens skyld vises konfidensintervallerne ikke i standardtabellerne.

Til at belyse, hvor vigtigt det er for borgerne i Helsingør at ændre deres alkoholvaner, deres vægt, deres fysiske aktivitetsniveau og at holde med at ryge (blandt rygere), er der brugt Visuelle Analoge Skalaer (VAS). VAS er en ubrudt skala, hvor respondenter med et kryds på en linie markerer, hvor vigtigt det er ændre sundhedsvaner. Skalaen går fra "Slet ikke vigtigt" til "Meget vigtigt" og er uden tal-værdier. Efterfølgende er markeringer konverteret til tal på en skala fra et til ti, og der er udregnet gennemsnit. I tabeller, hvor der indgår VAS spørgsmål, er der brugt Kruskal-Wallis test, for at vurdere om der er forskelle på grupperns gennemsnit. Kruskal-Wallis er et non-parametrisk test, der bygger på gennemsnitlige rangeringer.

## Kapitel 2

# Helbredsrelateret livskvalitet

Nærværende kapitel tager udgangspunkt i indikatorerne selvvurderet helbred og oplevelse af stress. Der sættes således fokus på den subjektive dimension af sundhed og helbred. Derudover beskrives i kapitlet det fysiske funktionsniveau blandt 65+ årige.

Den subjektive dimension af sundhed og helbred handler om, hvordan borgerne i Helsingør Kommune 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 egen sundheds- og helbredstilstand, der er genstandsfeltet. Det er alene svarpersonerne, der kan rapportere om, hvordan de oplever og føler deres sundhedstilstand.

### 2.1 Selvvurderet helbred

Det er velkendt, at en persons vurdering af eget helbred er en særdeles god faktor til at forudsige dødelighed og sygelighed. Jo dårligere en person vurderer sit eget helbred, desto større er risikoen for død og for sygelighed i en given opfølgingsperiode (1). Der findes forskellige forklaringer på denne sammenhæng. For det første er det blevet fremhævet, 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 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 har betydning for sygelighed og dødelighed. For det tredje fremhæves, at vurderingen af eget helbred også afspejler indre og ydre ressourcer, der kan trækkes på i tilfælde af sygdom (fx oplevelsen af indre kontrol eller ekstern social støtte) (2).

I Sundhed i Helsingør 2006 er der brugt formuleringen: Hvorledes vil du vurdere din nuværende helbredstilstand i almindelighed? Svarfordelingen fremgår af tabel 2.1.

Tabel 2.1 Svarfordelingen for spørgsmålet om selvvurderet helbred (Procent).

	Helsingør Kommune	Danmark
Virkelig godt	19,2	34,5
Godt	49,7	44,8
Nogenlunde	22,3	15,0
Dårligt	6,4	4,2
Meget dårligt	1,5	1,3
Uoplyst	0,9	0,0
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>1283</i>	<i>14566</i>

Der er ingen forskel på andelen, der vurderer eget helbred som værende dårligt eller meget dårligt (Helsingør 7,9 % og Danmark 5,5 %). Derimod har 68,9 % af borgerne i Helsingør Kommune vurderet deres helbred som værende virkelig godt eller godt hvilket er en markant

mindre andel end i Danmark som helhed hvor 79,3 % vurderer deres helbred som værende virkelig godt eller godt.

Denne forskel kan bl.a. skyldes sæsonvariation. Sundhed i Helsingør 2006 er indsamlet i slutningen af sommeren til midten af efteråret, mens data for SUSY-2005 er indsamlet i løbet af et helt år. Der er signifikant forskel på andelen, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt, afhængig af om dataindsamlingen er foregået forår, sommer, efterår eller vinter (3). Endvidere kan det skyldes forskel i dataindsamlingsmetode. Mens Sundhed i Helsingør 2006 er indsamlet ved selvadministrerede spørgeskemaer, så er SUSY-2005 baseret på personlige interviews.

Figur 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 varet seks måneder eller mere. I alt vurderer 50,9 % af borgerne i Helsingør eget helbred som værende virkelig godt eller godt samtidig med, at de ikke har nogen langvarig sygdom, mens 23,6 % vurderer, at de har nogenlunde eller dårligt helbred og samtidig har en langvarig sygdom. 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 18,5 %, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt og samtidig har en langvarig sygdom, og 7,0 % der ikke har nogen langvarig sygdom og samtidig vurderer eget helbred som nogenlunde, dårligt eller meget dårligt. I figuren er der kun inkluderet borgere, der har svaret på spørgsmålene omhandlende selv vurderet helbred samt om man har nogen langvarig sygdom.

Figur 1: Sammenhængen mellem selv vurderet helbred og langvarig sygdom (Procent).

	Ingen langvarig sygdom		
Virkelig godt eller godt selv vurderet helbred	50,9	7,0	Nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selv vurderet helbred
	18,5	23,6	
	Langvarig sygdom		

Standardtabel 2.1 viser, at andelen af borgere, der vurderer deres helbred som værende virkelig godt eller godt, er mindre i Helsingør Kommune end i Region Hovedstaden og i Danmark som helhed. Der er en større andel blandt mænd end kvinder, der vurderer deres eget helbred som værende virkelig godt eller godt. Andelen af borgere med virkelig godt eller godt selv vurderet helbred falder med stigende alder. Der ses en tydelig sammenhæng mellem selv vurderet helbred og uddannelsesniveau. Jo højere uddannelsesniveau desto større er andelen, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt. Det fremgår endvidere, at der er en markant større andel blandt erhvervsaktive end blandt ikke erhvervsaktive, der vurderer deres helbred som værende virkelig godt eller godt. I forhold til civilstand, ses de største andele af borgere, der vurderer deres helbred som værende virkelig godt eller godt blandt gifte og samlevende. Der er en større andel, der vurderer eget helbred om værende virkelig godt eller godt blandt borgere, der bor i Espergærde eller Hornbæk end blandt borgere, der bor i Helsingør.



## 2.2 Stress

Stress er en tilstand, der både påvirker personer fysisk og psykisk. I daglig tale siger personer ofte, at de er stressede, når de har travlt, og tingene vokser dem over hovedet. De 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 (4). I nærværende undersøgelse fokuseres der på den oplevelsesmæssige dimension af begrebet.

Standardtabel 2.2 viser, at der er lidt flere kvinder end mænd, der ofte føler sig stresset i dagligdagen. For mænd ses de største andele af personer, der ofte føler sig stresset, blandt de 25-64 årige, mens de største andele for kvinder ses blandt de 16-44 årige.

## 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 forhøjede 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 sundhedsprogram 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 forskellige spørgsmål, som omhandler borgerens evne til at udføre en række dagligdags funktioner. Der er inkluderet tre spørgsmål relateret til mobilitet og to relateret til kommunikationsfærdigheder.

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 dagligdags funktioner (Procent).

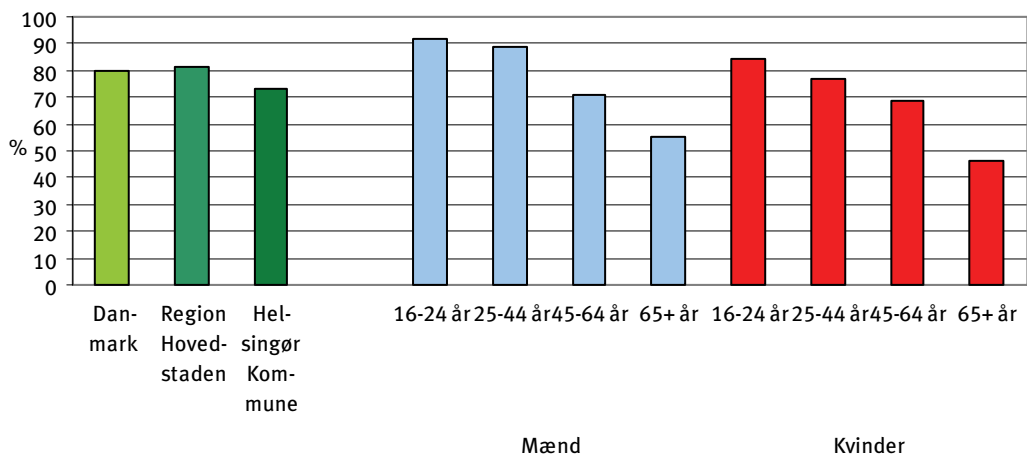
	Helsingør		Region			
	Kommune		Hovedstaden		Danmark	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Kan uden besvær gå 400 meter	72,9	59,6	80,6	72,6	78,5	70,5
Kan uden besvær gå op og ned ad trapper	76,1	60,1	79,8	67,2	79,5	66,6
Kan uden besvær bære 5 kg	75,5	46,6	88,2	62,1	85,1	61,6
Kan uden besvær læse en avistekst	83,9	77,2	86,9	84,6	88,1	84,3
Kan uden besvær høre en normal samtale	57,4	69,4	63,7	74,4	64,0	70,9
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>155</i>	<i>193</i>	<i>386</i>	<i>332</i>	<i>1391</i>	<i>1621</i>

Det fremgår af tabel 2.3, at andelen blandt mænd, der har god mobilitet er større end andelen blandt kvinder. Derudover ses, at en større andel blandt mænd end blandt kvinder uden besvær kan læse en avistekst, mens en større andel blandt kvinder end blandt mænd uden besvær kan høre en normal samtale. Både i forhold til mobilitet og kommunikationsfærdigheder er der en mindre andel i Helsingør end i Region Hovedstaden og i Danmark som helhed, der uden besvær kan udføre en række dagligdags funktioner. Mere end hver anden kvinde har besvær med at bære 5 kg. I Helsingør kan otte ud af ti borgere over 65 år uden besvær læse en avistekst, mens andelen af borgere over 65 år, der uden besvær høre en normal samtale er lidt mere end seks ud af ti.

Standardtabel 2.1 Andel med godt selv vurderet helbred.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	79,4	80,1	+	14566
	Region Hovedstaden	81,3	81,6	+	2923
	Helsingør Kommune	68,9	73,0		1283
Mænd	16-24 år	91,7		+	48
	25-44 år	88,5		+	131
	45-64 år	71,2			219
	65+ år	55,5		-	155
	Mænd i alt	72,7			553
Kvinder	16-24 år	84,1		+	44
	25-44 år	76,5		+	200
	45-64 år	68,9			293
	65+ år	46,6		-	193
	Kvinder i alt	66,0			730
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	40,5	52,9	-	173
	Mellemlang	64,1	67,4	-	345
	Lang	79,5	79,8		581
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	68,8			48
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	82,4	82,9		693
	Ikke erhvervsaktiv	57,1	53,0	-	238
Civilstand	Gift	71,4	75,7		753
	Samlevende	73,5	71,5		151
	Enlig (separeret, skilt)	59,3	60,8	-	123
	Enlig (ugift)	74,1	61,1	-	139
	Enlig (enkestand)	50,6			83
Bopæl	Helsingør	64,9	69,4		738
	Espergærde	73,4	77,5	+	301
	Hornbæk	75,4	78,5	+	244

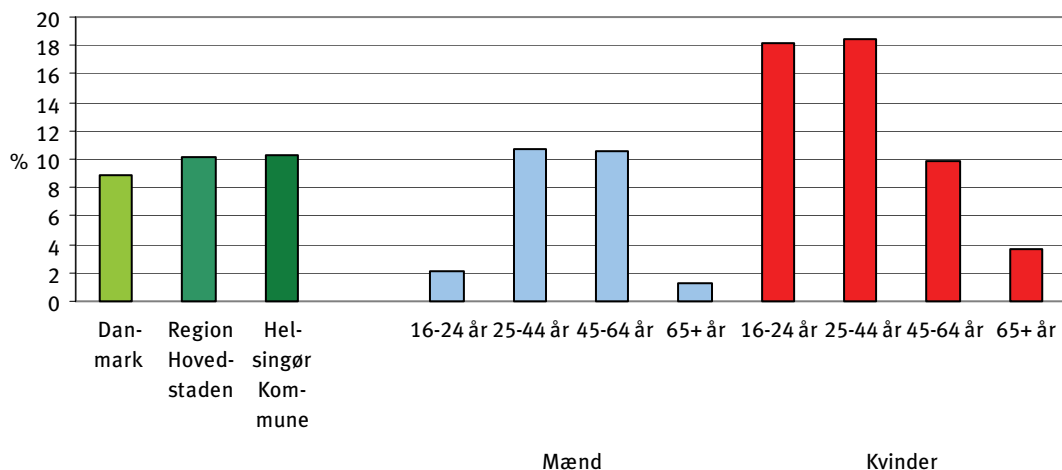
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 2.2 Andel der ofte føler sig stresset i dagligdagen.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	8,7	8,8	14566
	Region Hovedstaden	10,3	10,2	2923
	Helsingør Kommune	9,4	10,3	1283
Mænd	16-24 år	2,1	-	48
	25-44 år	10,7		131
	45-64 år	10,5		219
	65+ år	1,3	-	155
	Mænd i alt	7,2		553
Kvinder	16-24 år	18,2	+	44
	25-44 år	18,5	+	200
	45-64 år	9,9		293
	65+ år	3,6	-	193
	Kvinder i alt	11,1		730
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	5,2	8,8	173
	Mellemlang	7,8	8,8	345
	Lang	11,0	10,7	581
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	16,7		48
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	12,3	12,4	693
	Ikke erhvervsaktiv	10,9	11,6	238
Civilstand	Gift	8,8	10,7	753
	Samlevende	13,9	12,8	151
	Enlig (separeret, skilt)	11,4	13,9	123
	Enlig (ugift)	10,1	9,3	139
	Enlig (enkestand)	4,8		83
Bopæl	Helsingør	9,8	10,3	738
	Espergærde	10,3	10,9	301
	Hornbæk	7,4	9,2	244

- &amp; + markerer statistisk signifikans



## Kapitel 3

# Sygelighed og konsekvenser af sygdom

Der findes forskellige perspektiver på sundheds- og sygelighedstilstanden i en befolkning. Det første perspektiv omhandler den subjektive dimension af sundhed og helbred, og beskrives i kapitel 2. Det andet perspektiv, som dette kapitel primært omhandler, dækker den medicinske dimension. Til sidst i kapitlet vil konsekvenser af sygdom og forekomsten af ulykker blive beskrevet.

Der kan anvendes forskellige registerbaserede mål for den aktuelle sundheds- og sygelighedstilstand. Dødeligheden i en befolkning er et af disse. Andre indirekte mål for sygelighedstilstanden, som kan beskrives ud fra registeroplysninger, er indlæggelsesmønstret, sengedagsforbruget og brug af primær sundhedstjeneste. Når disse mål anvendes, opnås alene en beskrivelse af sygeligheden i den del af befolkningen, der oplever så alvorlige symptomer eller sygdomme, at de kontakter det professionelle sundhedsvæsen.

Ønskes der imidlertid viden om den del af sygeligheden, der ikke nødvendigvis har ført til kontakt med sundhedsvæsenet, men som alligevel belaster folks dagligdag, er det nødvendigt at spørge den enkelte borger. I dette perspektiv kan manifestationerne af sygelighed variere fra sygdomme diagnosticeret i sundhedsvæsenet til gener og besvær i dagligdagen, som kan udvikle sig til egentlig sygdom eller helt forsvinde igen. Sundhed i Helsingør 2006 er beskrevet ud fra den enkelte borgers perspektiv, hvilket giver et unikt indblik i sygdoms og sygelighedstilstanden i Helsingør Kommune.

### 3.1 Sygdom og sygelighed

I nærværende undersøgelse anvendes tre mål for sygdom og sygelighed:

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

Overensstemmelse mellem forskellige mål for sundhed og sygelighed

Forekomsten af sygdom og sygelighed varierer afhængig af hvilket mål, der anvendes. Uanset hvilket mål der anvendes for sygdom og sygelighed, vil en større andel af borgere, der er syge, vurdere eget helbred som dårligt eller virkelig dårligt, end borgere, der er raske. Sammenhængen mellem selv vurderet helbred og forskellige mål for sygdom og sygelighed fremgår af tabel 3.1. Tabellen viser, at jo dårligere eget helbred vurderes, desto større er andelen af borgere der har en langvarig sygdom, en specifik sygdom eller er meget generet af smerter eller ubehag. Blandt borgere med et virkeligt godt eller godt selv vurderet helbred har kun 26,0 % angivet, at de har en langvarig sygdom sammenholdt med 92,1 % af borgere med dårligt eller meget dårligt selv vurderet helbred. Den samme tendens ses i forhold til de andre mål for sygdom og sygelighed.

Tabel 3.1 Andel med forskellige former for sygdom og sygelighed opgjort i forhold til selv vurderet helbred (Procent).

	Selvvurderet helbred		
	Virkelig godt eller godt	Nogenlunde	Dårligt eller meget dårligt
<b>Andel med:</b>			
- langvarig sygdom	26,0	68,2	92,1
- specifik sygdom	54,0	83,6	90,1
- meget generende smerter eller ubehag	23,8	68,5	90,1
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>884</i>	<i>286</i>	<i>101</i>

### 3.1.1 Langvarig sygdom

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

Standardtabel 3.1 viser, at 40,8 % af borgerne i Helsingør Kommune har en eller flere langvarige sygdomme. Andelen, med langvarig sygdom, er større i de ældre aldersgrupper (45+ årige) end i de yngre aldersgrupper (16-44 årige). Blandt borgere med en kort uddannelse er der en større andel, der angiver at lide af langvarig sygdom, end blandt borgere med en lang uddannelse. Blandt de ikke erhvervsaktive angiver 51,3 % at de lider af en langvarig sygdom, mens dette kun gør sig gældende for 31,3 % af de erhvervsaktive. Andelen, med langvarig sygdom, er desuden større blandt enlige (separerede, skilte) end blandt gifte.

### 3.1.2 Specifikke sygdomme

Det fremgår af tabel 3.2, at i Helsingør Kommune er slidgigt/leddegigt, allergi, forhøjet blodtryk samt rygsygdom de enkeltsygdomme eller tilstande, som den største andel angiver at have. Andelen, med specifikke sygdomme er overordnet set på niveau med Danmark. I forhold til Region Hovedstaden har en større andel i Helsingør Kommune slidgigt/leddegigt, mens en lidt mindre andel lider af allergi.

Tabel 3.2 Andelen med specifikke sygdomme og lidelser i Helsingør Kommune og i Danmark (Procent).

	Helsingør Kommune	Region Hovedstaden	Danmark
Slidgigt/leddegigt	20,1	16,9	19,6
Allergi (ikke astma)	19,2	24,5	21,0
Forhøjet blodtryk	15,8	13,5	14,7
Rygsygdom	15,0	14,4	15,4
Migræne eller hyppig hovedpine	11,5	9,9	11,1
Tinitus	10,8	9,0	9,1
Astma	6,2	6,9	6,4
Sukkersyge/diabetes	4,5	4,0	3,9
Kronisk angst eller depression	4,1	3,2	3,8
Kronisk bronkitis, emfysem (for store lunger, rygerlunger)	3,7	2,9	3,4
Osteoporose (knogleskørhed)	2,7	1,9	2,1
Grå stær	2,7	2,6	2,8
Anden psykisk lidelse	2,0	1,6	2,1
Cancer eller kræftsygdomme (inklusive leukæmi)	1,5	1,0	1,1
Blodprop i hjertet eller hjertekrampe	1,3	0,4	0,6
Hjerneblødning/blodprop i hjernen	1,1	0,2	0,3
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>1283</i>	<i>2923</i>	<i>14566</i>

Standardtabel 3.2 viser, at 19,2 % af borgerne i Helsingør Kommune lider af allergi. Andelen, med allergi, er mindre blandt mænd end blandt kvinder, og andelen falder med stigende alder.

I Helsingør Kommune er andelen med forhøjet blodtryk størst i de ældste aldersgrupper (standardtabel 3.3). Andelen af borgere med forhøjet blodtryk falder med stigende uddannelsesniveau. En større andel blandt de ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive angiver at have forhøjet blodtryk.

Det fremgår af standardtabel 3.4, at en mindre andel i Helsingør Kommune har slidgigt/leddegigt end i Danmark. Andelen af borgere, der har slidgigt/leddegigt, stiger med stigende alder. Med undtagelse af den yngste aldersgruppe, er der i alle aldersgrupper en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der har slidgigt/leddegigt. Blandt borgere med en kort uddannelse er der en større andel med slidgigt/leddegigt end blandt borgere med en lang uddannelse. I forhold til erhvervsaktivitet ses, at der er en større andel blandt ikke erhvervsaktive der har slidgigt/leddegigt end blandt erhvervsaktive. Andelen af borgere med slidgigt/leddegigt er større blandt separerede eller skilte end blandt gifte.

Standardtabel 3.5 viser, at andelen med migræne eller hyppig hovedpine er mindre blandt mænd end blandt kvinder. Blandt kvinder i aldersgruppen 25-44 år ses den største andel med migræne eller hyppig hovedpine, idet 24,5 % angiver at have en af disse lidelser. Derudover

fremgår det af standardtabellen, at en større andel blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive føler sig generet af migræne eller hyppig hovedpine.

Det ses af standardtabel 3.6, at 15,0 % af borgerne i Helsingør Kommune lider af en ryg sygdom, og der er en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der lider af denne sygdom. Andelen af borgere, der har en ryg sygdom, er mindst i den yngste aldersgruppe. Af standardtabellen ses også, at andelen med en ryg sygdom er større blandt borgere med kort uddannelse end blandt borgere med lang uddannelse. De ikke erhvervsaktive har en større andel med en ryg sygdom end de erhvervsaktive, idet 20,6 % af de ikke erhvervsaktive har denne lidelse i forhold til kun 11,5 % af de erhvervsaktive.

### **3.1.3 Andel med smerter eller ubehag inden for en 14-dages periode**

Smerter eller ubehag kan opstå af flere årsager. De kan bl.a. være konsekvenser af sygdom, opstå i forbindelse med ulykker eller være resultat af medfødte skavanker. Rapportering af smerter eller ubehag udgør et væsentligt supplement til den registerbaserede viden om befolkningens sundheds- og sygelighedstilstand. Smerter eller ubehag kan påvirke den enkeltes borgers dagligdag, men er ikke nødvendigvis så slemme, at borgeren kontakter sundhedsvæsnet. I år 2000 indtog i alt 35 % håndkøbsmedicin, som en reaktion på smerter eller ubehag. En lige så stor andel tog receptpligtig medicin og mindre end 15 % henvendte sig til en læge<sup>1</sup>.



Tabel 3.3 Andel med smerter eller ubehag inden for en 14-dages periode (Procent).

	Helsingør Kommune	Region Hovedstaden	Danmark
Meget generet af smerter eller ubehag	39,4	41,0	39,8
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	51,5	32,5	30,3
Smerter eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder	50,2	34,1	32,8
Smerter eller ubehag i ben, hofter, knæ eller fødder	45,4	31,0	30,5
Træthed	43,9	32,3	28,6
Hovedpine	30,9	23,5	22,8
Søvnbesvær, søvnproblemer	30,5	18,7	18,5
Ondt i maven, oppustet mave	25,0	7,1	7,3
Fordøjelsesbesvær, tynd/hård mave	22,8	8,2	7,8
Forkølelse, snue, hoste	20,7	17,5	16,6
Eksem, hududslet, kløe	18,1	11,1	10,0
Ængstelse, nervøsitet, uro, angst	17,6	8,5	8,4
Åndedrætsbesvær, forpustethed	17,6	7,9	7,7
Svimmelhed	17,6	-	-
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	17,2	8,2	8,5
Kvalme eller uro i maven	16,0	-	-
Problemer med at holde på vandet (inkontinens)	14,5	-	-
Hurtig hjertebanken	13,9	5,2	5,3
Smerter eller ubehag ved hjertet, smerter i brystet	11,3	-	-
Underlivssmerter, herunder kraftig menstruationssmerter	9,4	-	-
Besvær med at komme af med vandet	6,1	-	-
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>1283</i>	<i>2923</i>	<i>14566</i>

Det fremgår af tabel 3.3, at smerter eller ubehag i ryg, lænd, skuldre, nakke, hoved og lemmer samt træthed er de hyppigst rapporterede gener og symptomer. Generelt er der en større andel i Helsingør Kommune, der har smerter eller ubehag, end i Region Hovedstaden og Danmark som helhed. En medvirkende faktor til, at Helsingør Kommune har en større andel med smerter eller ubehag end Danmark som helhed, kan være, at data for Sundhed i Helsingør 2006 er indsamlet i efteråret, mens data for SUSY-2005 er indsamlet i løbet af et helt år. Dette gælder fx for forkølelse og træthed.

Standardtabel 3.7 viser, at 39,4 % af borgerne i Helsingør Kommune lider af meget generende smerter eller ubehag. Dette er en mindre andel end i Region Hovedstaden. Der er en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der lider af meget generende smerter eller ubehag. Blandt mænd stiger andelen med stigende alder, mens den største andel blandt kvinder ses i den yngste aldersgruppe. Andelen af borgere med meget generende smerter eller ubehag falder med stigende uddannelsesniveau. Det ses desuden af standardtabellen, at andelen er større blandt separerede eller skilte end blandt gifte, idet 47,2 % af de skilte borgere har meget generende smerter eller ubehag, mens dette er tilfældet for 37,5 % af de gifte borgere. I forhold til erhvervsaktivitet, ses en større andel hos ikke erhvervsaktive i forhold til erhvervsaktive. Andelen af borgere med meget generende smerter eller ubehag er mindre i Espergærde end i Helsingør.

Det fremgår af standardtabel 3.8, at andelen med smerter eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder inden for en 14-dages periode er større i Helsingør Kommune end i Region Hovedstaden og Danmark som helhed. Andelen er mindre blandt mænd end blandt kvinder i alle aldersgrupper. Den største andel ses blandt kvinder i alderen 16-24 år, hvor 65,9 % angiver at have smerter eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder.

I Helsingør Kommune lider 51,5 % af smerter eller ubehag i ryg eller lænd, hvilket er en langt større andel end i Region Hovedstaden og Danmark som helhed (standardtabel 3.9). Der er en større andel, der har smerter og ubehag i ryg eller lænd blandt kvinder end blandt mænd, og andelen er mindst i den yngste aldersgruppe. Derudover viser standardtabellen, at der er en mindre andel med disse lidelser blandt borgere der bor i Espergærde end blandt borgere der bor i Helsingør.

Standardtabel 3.10 viser, at andelen med smerter eller ubehag i ben, hofte, knæ eller fødder er større i Helsingør Kommune end i Region Hovedstaden og Danmark som helhed. Blandt mænd er der en mindre andel, der har smerter eller ubehag i ben, hofte, knæ eller fødder, end blandt kvinder, og den største andel ses i aldersgruppen 65+ år. Andelen, med smerter eller ubehag i ben, hofte eller knæ er større blandt borgere, der ikke er erhvervsaktive, end blandt borgere, der er erhvervsaktive.

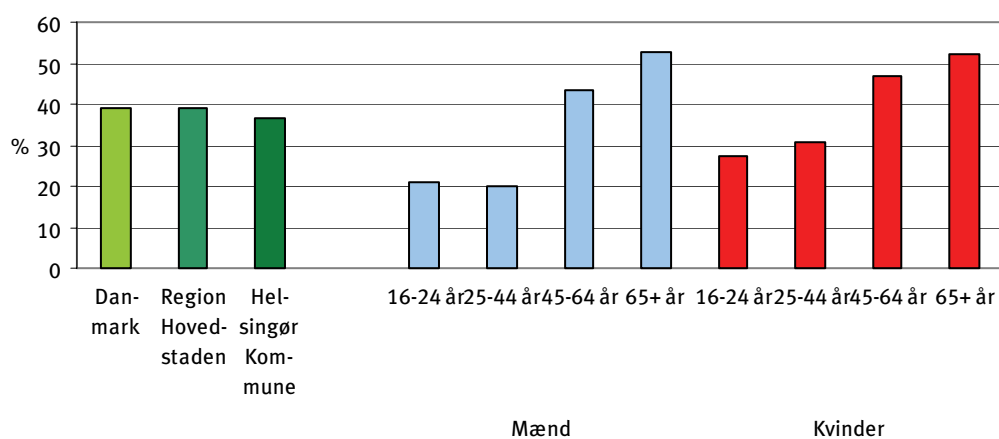
Det fremgår af standardtabel 3.11, at der er en større andel i Helsingør Kommune, der har været generet af hovedpine inden for de seneste 14 dage, end i Region Hovedstaden og Danmark som helhed. I alle aldersgrupper er andelen, der har været generet af hovedpine, større blandt kvinder end blandt mænd. Andelen, der har været generet af hovedpine, er størst i de yngste aldersgrupper og aftager derefter med stigende alder.

Knap halvdelen af borgerne i Helsingør Kommune 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 i Danmark. Der er i alle aldersgrupper en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der har været generet af træthed. Blandt borgere med kort uddannelse er andelen, der har været generet af træthed, større end blandt borgere med lang uddannelse.

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
	Helsingør Kommune	40,8	36,8		1283
Mænd	16-24 år	20,8		-	48
	25-44 år	19,8		-	131
	45-64 år	43,4			219
	65+ år	52,9		+	155
	Mænd i alt	38,5			553
Kvinder	16-24 år	27,3		-	44
	25-44 år	30,5		-	200
	45-64 år	46,8			293
	65+ år	52,3		+	193
	Kvinder i alt	42,6			730
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	54,3	49,0	+	173
	Mellemlang	44,6	40,6		345
	Lang	37,7	36,0		581
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	37,5			48
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	31,3	29,8		693
	Ikke erhvervsaktiv	51,3	54,9	+	238
Civilstand	Gift	39,7	34,8		753
	Samlevende	35,1	37,3		151
	Enlig (separeret, skilt)	52,8	51,9	+	123
	Enlig (ugift)	32,4	42,6		139
	Enlig (enkestand)	56,6			83
Bopæl	Helsingør	43,1	39,2		738
	Espergærde	38,2	32,8		301
	Hornbæk	37,3	34,5		244

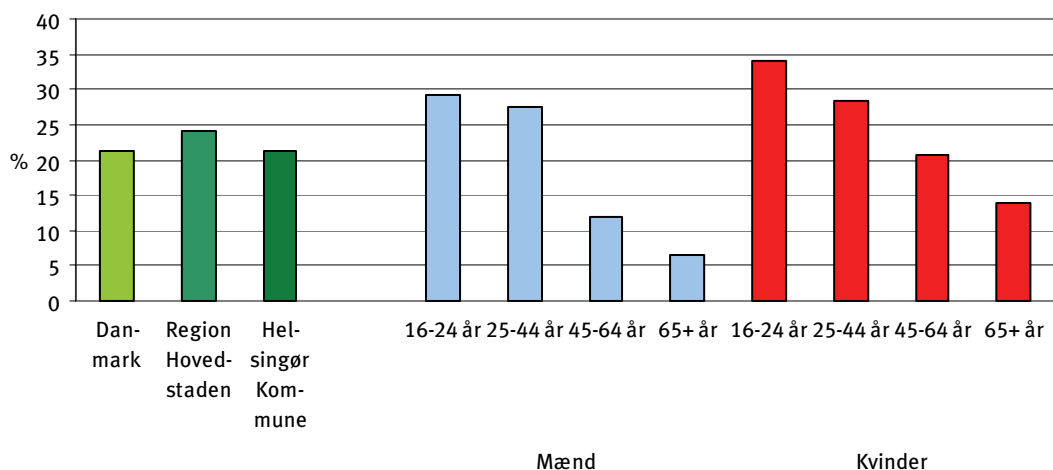
- &amp; + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 3.2 Andel med allergi.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	21,0	21,3	14566
	Region Hovedstaden	24,5	24,2	2923
	Helsingør Kommune	19,2	21,3	1283
Mænd	16-24 år	29,2	+	48
	25-44 år	27,5	+	131
	45-64 år	11,9	-	219
	65+ år	6,5	-	155
	Mænd i alt	15,6		553
Kvinder	16-24 år	34,1	+	44
	25-44 år	28,5	+	200
	45-64 år	20,8		293
	65+ år	14,0	-	193
	Kvinder i alt	21,9		730
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	9,8	12,8	173
	Mellemlang	17,4	19,3	345
	Lang	22,0	22,6	581
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	16,7		48
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	21,8	21,5	693
	Ikke erhvervsaktiv	23,5	27,3	238
Civilstand	Gift	17,5	19,5	753
	Samlevende	27,8	26,1	151
	Enlig (separeret, skilt)	15,4	22,0	123
	Enlig (ugift)	23,7	18,2	139
	Enlig (enkestand)	15,7		83
Bopæl	Helsingør	18,7	20,9	738
	Espergærde	20,3	22,5	301
	Hornbæk	19,3	21,0	244

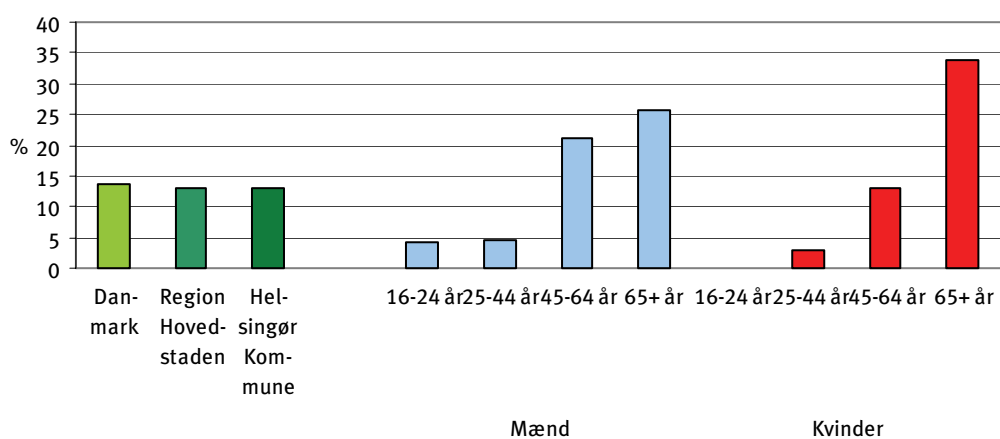
- &amp; + markerer statistisk signifikans



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
	Helsingør Kommune	15,8	13,0		1283
Mænd	16-24 år	4,2		-	48
	25-44 år	4,6		-	131
	45-64 år	21,0		+	219
	65+ år	25,8		+	155
	Mænd i alt	17,0			553
Kvinder	16-24 år	0,0			44
	25-44 år	3,0		-	200
	45-64 år	13,0			293
	65+ år	33,7		+	193
	Kvinder i alt	14,9			730
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	30,1	23,4	+	173
	Mellemlang	19,1	16,5	+	345
	Lang	12,0	12,1		581
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	8,3			48
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	9,7	9,0		693
	Ikke erhvervsaktiv	12,6	16,0	+	238
Civilstand	Gift	17,0	12,9		753
	Samlevende	13,2	16,0		151
	Enlig (separeret, skilt)	12,2	8,1		123
	Enlig (ugift)	10,1	16,8		139
	Enlig (enkestand)	26,5			83
Bopæl	Helsingør	15,6	13,2		738
	Espergærde	15,9	12,7		301
	Hornbæk	16,4	12,7		244

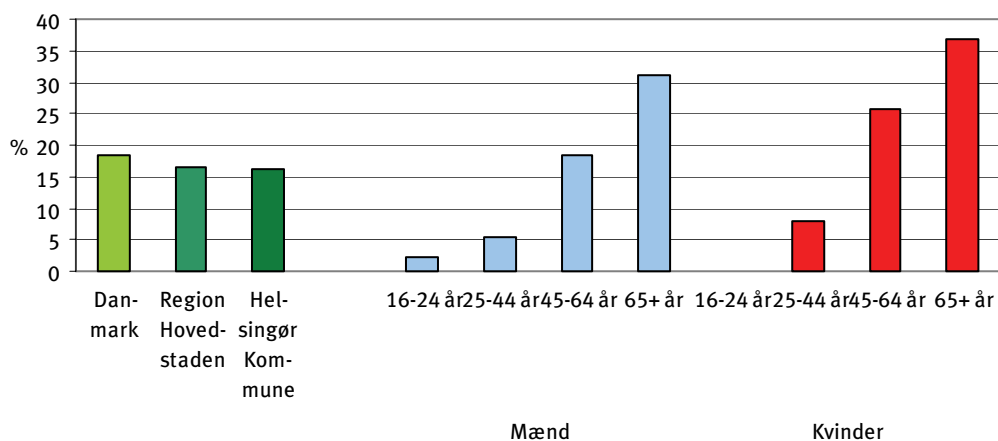
- &amp; + markerer statistisk signifikans



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
	Helsingør Kommune	20,1	16,3		1283
Mænd	16-24 år	2,1		-	48
	25-44 år	5,3		-	131
	45-64 år	18,3		-	219
	65+ år	31,0		+	155
	Mænd i alt	17,4			553
Kvinder	16-24 år	0,0			44
	25-44 år	8,0		-	200
	45-64 år	25,6			293
	65+ år	36,8		+	193
	Kvinder i alt	22,2			730
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	34,7	27,6	+	173
	Mellemlang	23,2	20,1		345
	Lang	16,7	16,2		581
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	18,8			48
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	12,1	11,4		693
	Ikke erhvervsaktiv	22,7	23,8	+	238
Civilstand	Gift	20,3	16,1		753
	Samlevende	10,6	12,1		151
	Enlig (separeret, skilt)	30,9	28,7	+	123
	Enlig (ugift)	10,1	18,9		139
	Enlig (enkestand)	34,9			83
Bopæl	Helsingør	21,1	17,4		738
	Espergærde	18,6	14,7		301
	Hornbæk	18,9	15,4		244

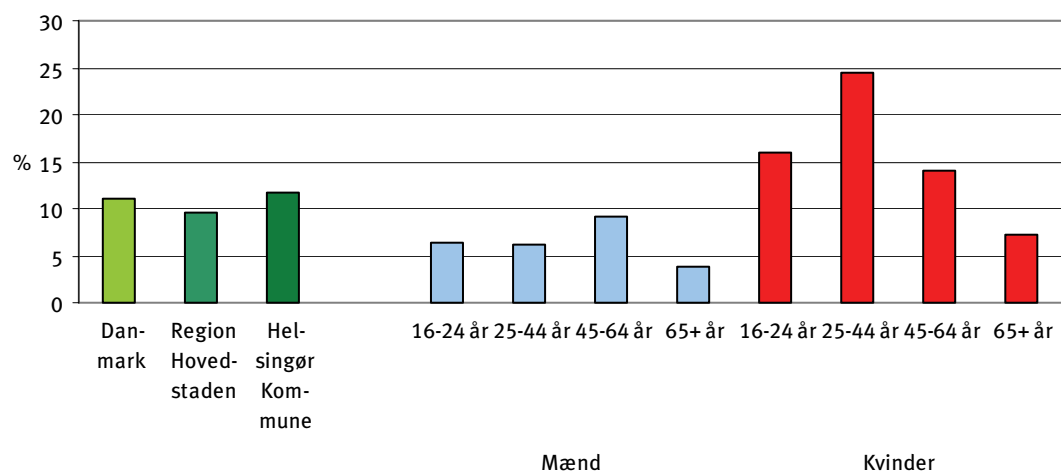
- &amp; + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 3.5 Andel med migræne eller hyppige hovedpine.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	11,1	11,2	14566
	Region Hovedstaden	9,9	9,7	2923
	Helsingør Kommune	11,5	11,7	1283
Mænd	16-24 år	6,3	-	48
	25-44 år	6,1	-	131
	45-64 år	9,1	-	219
	65+ år	3,9	-	155
	Mænd i alt	6,7		553
Kvinder	16-24 år	15,9		44
	25-44 år	24,5	+	200
	45-64 år	14,0		293
	65+ år	7,3	-	193
	Kvinder i alt	15,2		730
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	9,2	11,9	173
	Mellemlang	10,4	10,9	345
	Lang	12,0	11,3	581
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	25,0		48
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	12,8	12,3	693
	Ikke erhvervsaktiv	16,4	23,8	238
Civilstand	Gift	11,4	13,1	753
	Samlevende	13,2	12,6	151
	Enlig (separeret, skilt)	10,6	13,3	123
	Enlig (ugift)	12,2	11,4	139
	Enlig (enkestand)	7,2		83
Bopæl	Helsingør	13,0	13,0	738
	Espergærde	9,0	8,9	301
	Hornbæk	10,2	10,3	244

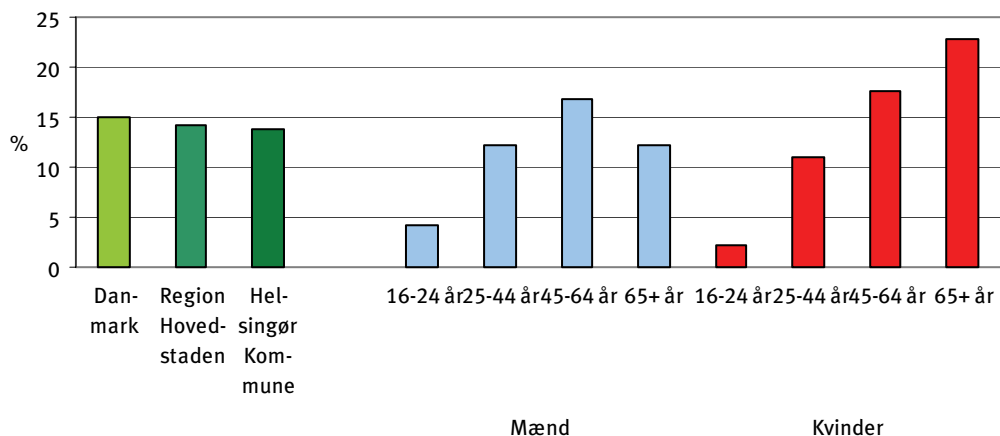
- &amp; + statistisk signifikans



Standardtabel 3.6 Andel med rygsygdom.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	15,4	15,1		14566
	Region Hovedstaden	14,4	14,1		2923
	Helsingør Kommune	15,0	13,7		1283
Mænd	16-24 år	4,2	-		48
	25-44 år	12,2	-		131
	45-64 år	16,9			219
	65+ år	12,3	-		155
	Mænd i alt	13,4			553
Kvinder	16-24 år	2,3	-		44
	25-44 år	11,0	-		200
	45-64 år	17,7			293
	65+ år	22,8	+		193
	Kvinder i alt	16,3			730
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	23,1	23,9	+	173
	Mellemlang	15,1	14,3		345
	Lang	14,3	14,5		581
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	14,6			48
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	11,5	11,8		693
	Ikke erhvervsaktiv	20,6	22,2	+	238
Civilstand	Gift	14,3	13,3		753
	Samlevende	15,2	16,4		151
	Enlig (separeret, skilt)	22,8	19,1		123
	Enlig (ugift)	9,4	9,5		139
	Enlig (enkestand)	19,3			83
Bopæl	Helsingør	16,4	15,1		738
	Espergærde	14,0	12,4		301
	Hornbæk	12,3	11,2		244

- &amp; + markerer statistisk signifikans

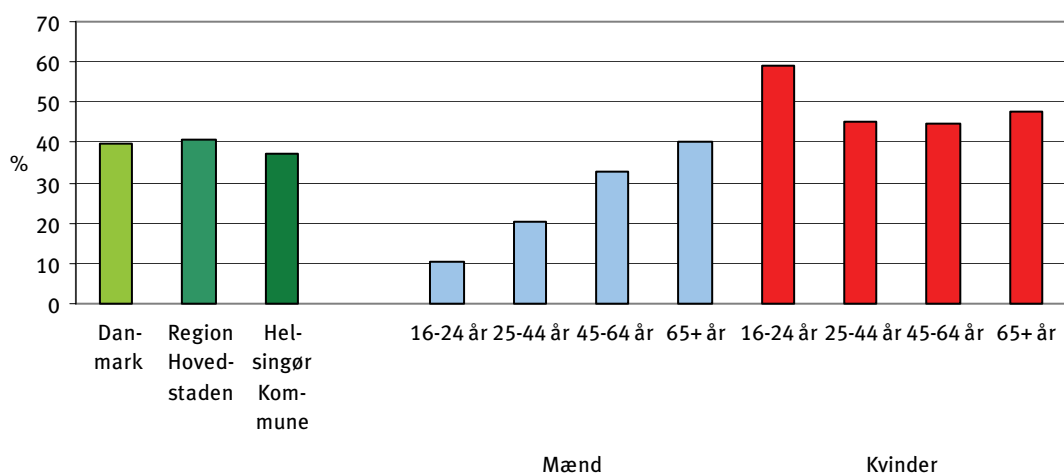




Standardtabel 3.7 Andel med meget generende smerter eller ubehag inden for en 14-dages periode.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	39,8	39,7		14566
	Region Hovedstaden	41,0	40,8	+	2923
	Helsingør Kommune	39,4	37,1		1283
Mænd	16-24 år	10,4		-	48
	25-44 år	20,6		-	131
	45-64 år	32,9		-	219
	65+ år	40,0			155
	Mænd i alt	30,0			553
Kvinder	16-24 år	59,1		+	44
	25-44 år	45,0			200
	45-64 år	44,7			293
	65+ år	47,7			193
	Kvinder i alt	46,4			730
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	50,9	52,3	+	173
	Mellemlang	42,9	40,9	+	345
	Lang	33,0	32,1		581
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	43,8			48
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	31,5	30,4		693
	Ikke erhvervsaktiv	55,0	58,0	+	238
Civilstand	Gift	37,5	35,7		753
	Samlevende	37,7	38,3		151
	Enlig (separeret, skilt)	47,2	49,8	+	123
	Enlig (ugift)	38,1	40,7		139
	Enlig (enkestand)	44,6			83
Bopæl	Helsingør	42,5	39,6		738
	Espergærde	34,6	32,3	-	301
	Hornbæk	35,7	35,4		244

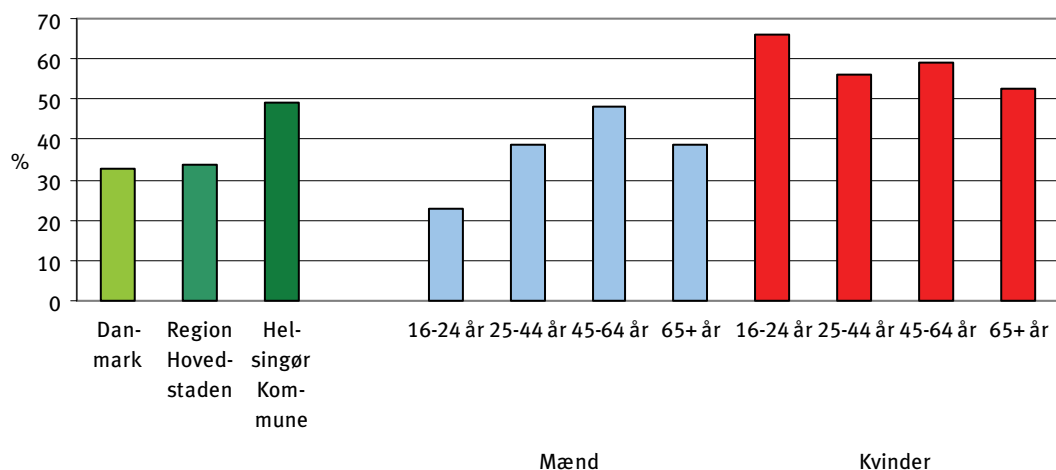
- &amp; + markerer statistisk signifikans



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
	Helsingør Kommune	50,2	49,0		1283
Mænd	16-24 år	22,9		-	48
	25-44 år	38,9		-	131
	45-64 år	48,4		-	219
	65+ år	38,7		-	155
	Mænd i alt	41,2			553
Kvinder	16-24 år	65,9		+	44
	25-44 år	56,0			200
	45-64 år	59,0			293
	65+ år	52,8		-	193
	Kvinder i alt	57,0			730
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	48,0	40,8		173
	Mellemlang	53,3	52,6		345
	Lang	49,1	48,4		581
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	62,5			48
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	50,2	49,5		693
	Ikke erhvervsaktiv	55,5	55,1		238
Civilstand	Gift	49,5	49,3		753
	Samlevende	50,3	49,7		151
	Enlig (separeret, skilt)	58,5	58,3		123
	Enlig (ugift)	50,4	48,8		139
	Enlig (enkestand)	47,0			83
Bopæl	Helsingør	51,6	50,3		738
	Espergærde	48,2	45,1		301
	Hornbæk	48,4	49,0		244

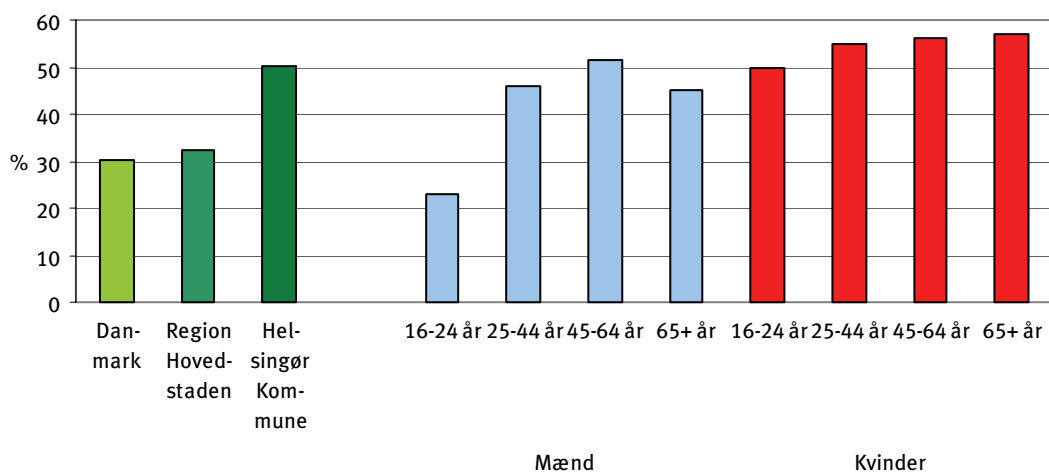
- &amp; + markerer statistisk signifikans



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
	Helsingør Kommune	51,5	50,1	1283
Mænd	16-24 år	22,9	-	48
	25-44 år	45,8	-	131
	45-64 år	51,6	-	219
	65+ år	45,2	-	155
	Mænd i alt	45,9	-	553
Kvinder	16-24 år	50,0	-	44
	25-44 år	55,0	-	200
	45-64 år	56,3	-	293
	65+ år	57,0	-	193
	Kvinder i alt	55,8	-	730
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	56,1	53,6	173
	Mellemlang	51,3	50,8	345
	Lang	51,6	51,9	581
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	62,5	-	48
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	50,2	50,5	693
	Ikke erhvervsaktiv	54,6	57,7	238
Civilstand	Gift	51,4	51,7	753
	Samlevende	54,3	54,5	151
	Enlig (separeret, skilt)	62,6	58,4	123
	Enlig (ugift)	43,2	44,8	139
	Enlig (enkestand)	53,0	-	83
Bopæl	Helsingør, Snekkersten	54,7	52,8	738
	Espergærde	46,2	43,5	301
	Hornbæk	48,4	50,1	244

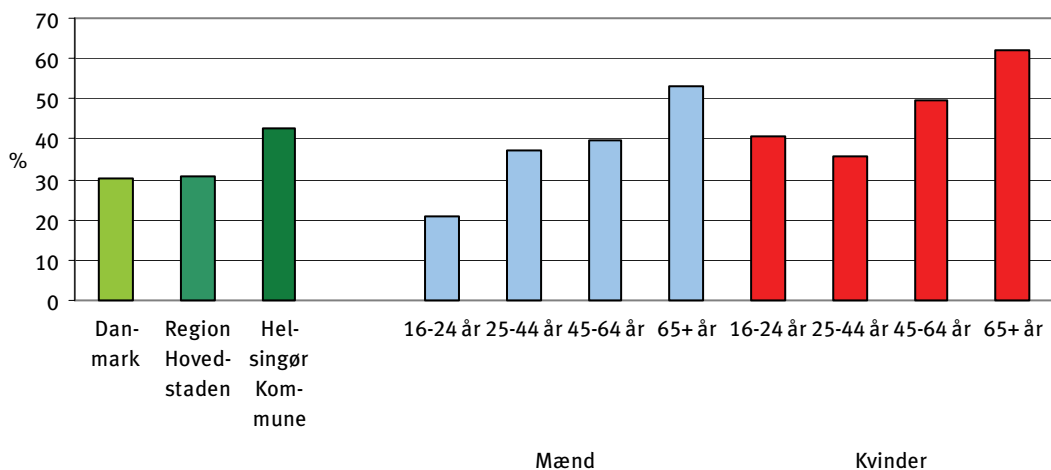
- &amp; + markerer statistisk signifikans



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
	Helsingør Kommune	45,4	42,6		1283
Mænd	16-24 år	20,8		-	48
	25-44 år	37,4		-	131
	45-64 år	39,7		-	219
	65+ år	52,9			155
	Mænd i alt	41,2			553
Kvinder	16-24 år	40,9		-	44
	25-44 år	35,5		-	200
	45-64 år	49,8			293
	65+ år	62,2		+	193
	Kvinder i alt	48,6			730
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	59,0	49,9		173
	Mellemlang	49,0	45,4		345
	Lang	39,4	39,9		581
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	60,4			48
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	36,9	37,1		693
	Ikke erhvervsaktiv	51,3	56,0	+	238
Civilstand	Gift	45,2	42,7		753
	Samlevende	41,1	44,2		151
	Enlig (separeret, skilt)	52,0	50,4		123
	Enlig (ugift)	36,7	40,8		139
	Enlig (enkestand)	63,9			83
Bopæl	Helsingør	48,0	44,6		738
	Espergærde	40,2	38,2		301
	Hornbæk	44,3	41,7		244

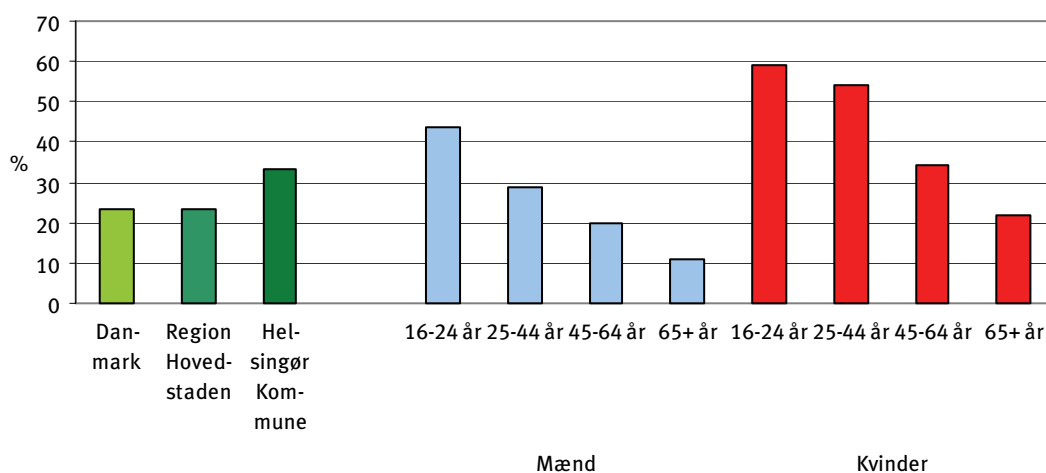
- &amp; + markerer statistisk signifikans



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
	Helsingør Kommune	30,9	33,3	1283
Mænd	16-24 år	43,8		+ 48
	25-44 år	29,0		- 131
	45-64 år	20,1		- 219
	65+ år	11,0		- 155
	Mænd i alt	21,7		553
Kvinder	16-24 år	59,1		+ 44
	25-44 år	54,0		+ 200
	45-64 år	34,5		293
	65+ år	21,8		- 193
	Kvinder i alt	37,9		730
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	23,1	34,8	173
	Mellemlang	29,6	32,8	345
	Lang	30,3	29,4	581
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	41,7		48
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	35,2	34,1	693
	Ikke erhvervsaktiv	38,7	37,3	238
Civilstand	Gift	29,1	33,2	753
	Samlevende	38,4	36,3	151
	Enlig (separeret, skilt)	33,3	41,4	123
	Enlig (ugift)	39,6	35,2	139
	Enlig (enkestand)	12,0		83
Bopæl	Helsingør	34,3	36,1	738
	Espergærde	26,6	29,6	301
	Hornbæk	26,2	29,5	244

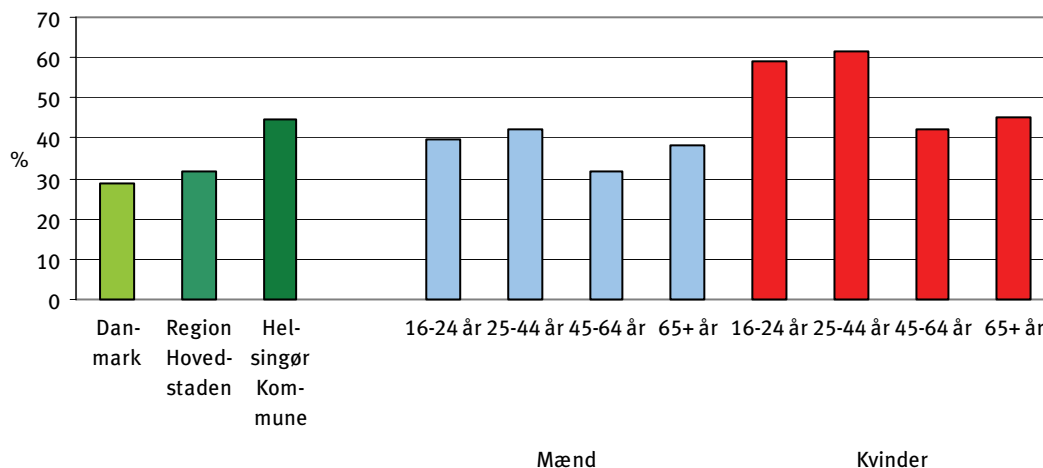
- &amp; + markerer statistisk signifikans



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
	Helsingør Kommune	43,9	44,7		1283
Mænd	16-24 år	39,6			48
	25-44 år	42,0			131
	45-64 år	32,0		-	219
	65+ år	38,1			155
	Mænd i alt	36,7			553
Kvinder	16-24 år	59,1		+	44
	25-44 år	61,5		+	200
	45-64 år	42,3			293
	65+ år	45,1			193
	Kvinder i alt	49,3			730
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	48,6	55,7	+	173
	Mellemlang	43,8	45,7		345
	Lang	40,6	40,6		581
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	62,5			48
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	43,9	43,0		693
	Ikke erhvervsaktiv	46,6	52,9		238
Civilstand	Gift	42,0	44,8		753
	Samlevende	53,6	51,7		151
	Enlig (separeret, skilt)	42,3	48,7		123
	Enlig (ugift)	41,0	39,9		139
	Enlig (enkestand)	50,6			83
Bopæl	Helsingør	46,3	45,4		738
	Espergærde	42,5	44,4		301
	Hornbæk	38,1	40,5		244

- &amp; + 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 personers lidelser og livskvalitet og på arbejdskapacitet og sygefravær<sup>1</sup>.

Tabel 3.4 Forekomst af fritidsulykker opgjort særskilt for mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper (Procent).

<b>Mænd</b>					
	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
Trafikulykke	4,2	0,0	1,4	1,9	1,5
Hjemmeulykke	2,1	3,1	3,2	1,3	2,5
Ulykke ved idræt/sport	14,6	5,3	2,3	0,7	3,6
Andet	10,4	3,8	2,3	3,2	3,6
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>48</i>	<i>131</i>	<i>219</i>	<i>155</i>	<i>553</i>
<b>Kvinder</b>					
	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
Trafikulykke	4,6	1,5	1,4	1,0	1,5
Hjemmeulykke	0,0	2,0	1,4	5,2	2,5
Ulykke ved idræt/sport	13,6	2,5	0,3	2,1	2,2
Andet	6,8	3,5	5,8	5,2	5,1
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>44</i>	<i>200</i>	<i>293</i>	<i>193</i>	<i>730</i>

Tabel 3.4 viser andelen, som har været udsat for en fritidsulykke inden for det sidste år. Det afhænger af køn og alder hvilken type af 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 de 16-24 årige. En større andel blandt de 16-24 årige mænd har været udsat for anden ulykke end de 16-24 årige kvinder. Til gengæld er andelen, der angiver, at de har været udsat for en anden ulykke inden for det sidste år højst blandt kvinder i den ældste aldersgruppe. En større andel blandt de 16-24 årige angiver, at de har været udsat for en trafikulykke inden for det sidste år. Blandt mænd ses ingen variation i andelen, der har været udsat for en hjemmeulykke inden for det sidste år, hvor der blandt kvinder ses en større andel blandt 65+ årige.

### 3.3 Konsekvenser af sygdom

Dette afsnit handler om, hvorledes sygdom og dårligt helbred påvirker borgernes evne til at indgå i sociale sammenhænge. De enkelte borgers identitet er i vid udstrækning afhængig af de sociale sammenhænge, de indgår i. I tilfælde af sygdom er de sårbare, ikke blot fysisk, men også på det psykosociale plan, og manglende evne til at indgå i sociale sammenhænge kan have konsekvenser for, hvorledes omgivelserne vurderer den enkelte (2). Konsekvenser af sygdom og dårligt helbred er i Sundhed i Helsingør opgjort som begrænsninger i udførelsen af dagligdags aktiviteter, sygefravær og arbejdsophør. Sygefravær inden for de seneste 14 dage samt inden for det seneste år er kun opgjort for erhvervsaktive borgere i alderen 16-64 år. Andelen af førtidspensionister er opgjort for borgere i alderen 16-64 år.

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

	Helsingør	
	Kommune	Danmark
Aktivitetsbegrænsning inden for de seneste 14 dage	17,9	13,2
Langvarig aktivitetsbegrænsning	12,3	6,7
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>1283</i>	<i>14566</i>

	Helsingør	
	Kommune	Danmark
Sygefravær inden for de seneste 14 dage	8,3	10,0
Mere end 25 sygedage indenfor det sidste år	4,7	4,7
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>660</i>	<i>7669</i>

	Helsingør	
	Kommune	Danmark
Førtidspensionister	5,7	4,8
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>935</i>	<i>11554</i>

Det fremgår af tabel 3.5, at en større andel af borgere i Helsingør Kommune end i Danmark som helhed har aktivitetsbegrænsninger. Derimod har en lidt mindre andel i Helsingør kommune haft sygefravær inden for de seneste 14 dage i forhold til Danmark som helhed.



## Kapitel 4

# Sygdomsafærd og brug af sundhedsvæsenet

Dette kapitel omhandler sygdomsafærd og brug af sundhedsvæsenet. I kapitlet beskrives borgernes kontakt til praktiserende læge og andre behandlere samt deres brug af medicin.

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 tage medicin, søge hjælp hos familie og venner eller kontakte fagpersoner i og uden for sundhedsvæsenet.

Borgernes sygdomsafærd kan beskrives på flere måder. En række oplysninger om deres brug af sundhedsvæsenet kan fås direkte fra registre. Registerne indeholder dog ikke oplysninger om borgernes gener og symptomer samt deres behov for sundhedsydelser, som også er vigtige elementer i forståelsen af borgernes sygdomsafærd. Disse oplysninger findes i Sundhed i Helsingør 2006, og styrken i denne rapport er derfor, at borgernes sygdomsafærd 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 inden for de seneste tre måneder. Spørgsmålene dækker borgerens kontakt pga. egen sygdom eller helbredsproblem og ikke pga. børns sygdom eller helbredsproblem.

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 2004<sup>1</sup>. SUSY-2005 undersøgelsen viste tilsvarende en stigning i andelen, der har været i kontakt med praktiserende læge inden for 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 sundhedsvæsnets ydelser heriblandt praktiserende speciallæge<sup>2</sup>.

Af tabel 4.1 fremgår kontaktmønstret til forskellige former for læger inden for en 3-måneders periode blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Generelt ses, at kontakten til læger stiger med stigende alder. I aldersgruppen 45-64 år ses den mindste andel af borgere, der har haft kontakt til vagtlæge inden for de seneste tre måneder. Overordnet set er andelen, der har haft kontakt til en læge, større blandt kvinder end blandt mænd.

Tabel 4.1 Brug af forskellige former for læger inden for en 3-måneders periode opgjort særskilt for mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper i Helsingør Kommune (Procent).

<b>Mænd</b>	16-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
Praktiserende læge	28,5	42,9	64,5	44,3
Vagtlæge	5,0	0,9	5,8	3,6
Praktiserende speciallæge	7,3	12,8	17,4	12,3
Skadestue	5,6	4,1	5,8	5,1
Hospitalsambulatorium	7,3	13,7	23,9	14,5
Hospitalsindlæggelse	2,8	4,1	6,5	4,3
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>179</i>	<i>219</i>	<i>155</i>	<i>553</i>

<b>Kvinder</b>	16-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
Praktiserende læge	52,1	52,6	65,3	55,8
Vagtlæge	5,3	3,4	4,7	4,4
Praktiserende speciallæge	24,2	22,5	19,7	22,3
Skadestue	2,9	2,7	6,2	3,7
Hospitalsambulatorium	7,4	17,4	15,5	13,6
Hospitalsindlæggelse	1,6	6,5	6,7	4,9
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>244</i>	<i>293</i>	<i>193</i>	<i>730</i>

Tabel 4.2 viser brugen af andre behandlere i sundhedsvæsenet inden for en 3-måneders periode blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper i Helsingør Kommune. Andelen, der har haft kontakt til tandlæge, fysioterapeut og kiropraktor stiger med alderen, mens det omvendte mønster ses for brugen af psykolog, hvor andelen er mindst i den ældste aldersgruppe. Generelt er der en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der gør brug af disse behandlere.

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

<b>Mænd</b>	16-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
Tandlæge	29,1	53,4	57,4	46,7
Fysioterapeut	5,6	10,1	12,3	9,2
Kiropraktor	7,3	9,1	9,7	8,7
Psykolog	2,2	0,9	0,7	1,3
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>179</i>	<i>219</i>	<i>155</i>	<i>553</i>

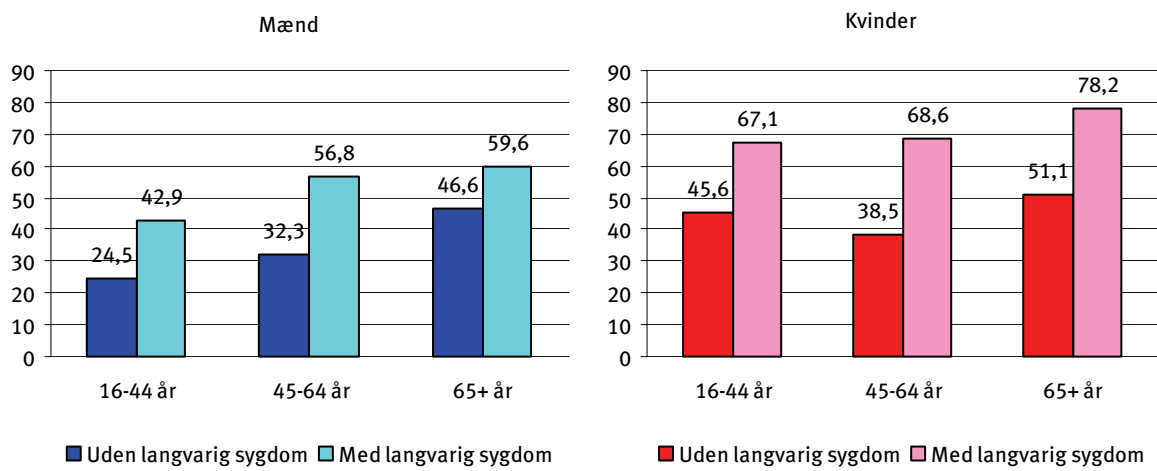
  

<b>Kvinder</b>	16-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
Tandlæge	38,5	49,5	58,0	48,1
Fysioterapeut	13,1	16,4	15,5	15,1
Kiropraktor	10,3	12,3	15,0	12,3
Psykolog	5,3	4,8	1,0	4,0
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>244</i>	<i>293</i>	<i>193</i>	<i>730</i>

Figur 4.1 viser sammenhængen mellem langvarig sygdom og brug af praktiserende læge i løbet af de seneste 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 har været i kontakt med den praktiserende læge, stiger med stigende alder. Med stigende alder bliver der en større forskel i andelen blandt mænd, der har været i kontakt med praktiserende læge blandt borgere med eller uden langvarig sygdom. Blandt kvinder med langvarig sygdom er andelen, der har været

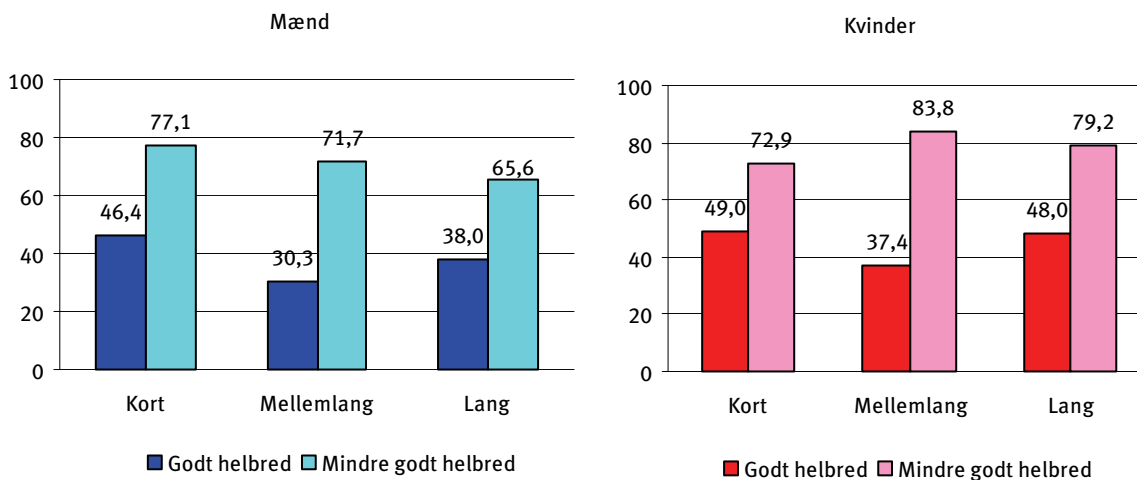
i kontakt med en praktiserende læge inden for de seneste tre måneder, nogenlunde den samme i de to yngste aldersgrupper, hvor efter den stiger i den ældste aldersgruppe. Blandt kvinder uden langvarig sygdom er andelen, der har været i kontakt med den praktiserende læge, mindst i aldersgruppen 45-64 år. Det gælder ligeledes for kvinder, at forskellen i andelen der har været i kontakt med praktiserende læge blandt borgere med en langvarig sygdom og blandt borgere uden en langvarig sygdom bliver større med stigende alder.

Figur 4.1 Andelen der har været i kontakt med praktiserende læge inden for de seneste 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 Helsingør Kommune 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 kort uddannelse været i kontakt med den praktiserende læge end dem med lang og mellemlang uddannelse, mens der blandt kvinder med godt selv vurderet helbred ses den mindste andel i gruppen af borgere med en mellemlang uddannelse. Denne tendens gør sig også gældende for mænd med godt selv vurderet helbred. Blandt mænd med mindre godt selv vurderet helbred falder andelen, der har været i kontakt med den praktiserende læge, 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 selvvalueret helbred opgjort på uddannelsesniveau (Procent).



Det fremgår af standardtabel 4.1, at andelen af borgerne i Helsingør Kommune, der har haft kontakt til en praktiserende læge inden for de seneste tre måneder, er større end i såvel Region Hovedstaden som i Danmark. Overordnet set har en større andel blandt kvinder end blandt mænd haft kontakt til en praktiserende læge, og den største andel ses i aldersgruppen 65+ år. En større andel blandt borgere, der er enlige (separerede, skilte), der har haft kontakt til den praktiserende læge, end blandt borgere, der er gifte. Standardtabellen viser ligeledes, at andelen af borgere, der har haft kontakt til en praktiserende læge, er mindre blandt erhvervsaktive end blandt ikke erhvervsaktive. Der er en mindre andel blandt borgere der bor i Espergærde og en større andel blandt borgere i Hornbæk end blandt borgerne i Helsingør, der har haft kontakt til en praktiserende læge.

Tabel 4.3 viser andelen af borgere, der har været til genoptræning og andelen, der har haft et udækket behov for genoptræning. Tabellen indeholder kun information om borgere, der er 65+ år. Blandt disse borgere har 19,8 % været til genoptræning sammenholdt med 12,2 % af borgere i alle aldersgrupper (standardtabel 4.2). Dette stemmer overens med den generelle tendens i standardtabellen, der viser, at der er en større andel af ældre borgere end yngre borgere, der har været til genoptræning. Blandt 65+ årige borgere i Helsingør Kommune har 3,7 % 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	19,8
Haft behov for genoptræning uden at have fået det	3,7
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>348</i>

Tabel 4.4 viser årsager til genoptræning for 65+ årige borgere. Blandt borgere, der har fået genoptræning, har næsten seks ud af ti fået det i forbindelse med operation på et hospital eller som følge af midlertidigt nedsat funktionsevne. En langt mindre andel har fået det i forbindelse med anden hospitalsindlæggelse eller som følge af varigt nedsat funktionsevne. Det vides dog ikke, hvorvidt genoptræningen er foregået i lokalt regi.

Tabel 4.4 Årsager til genoptræning opgjort blandt 65+ årige borgere (Procent).

Genoptræning i forbindelse med operation på hospital	58,0
Genoptræning i forbindelse med anden hospitalsindlæggelse	11,6
Genoptræningsom følge af midlertidigt nedsat fysisk funktionsevne	58,0
Genoptræning som følge af varigt nedsat fysisk funktionsevne	20,3
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>69</i>

Tabel 4.5 er kun opgjort for 65+ årige borgere, der har fået genoptræning. Det fremgår af tabellen, at genoptræningen for næsten syv ud af ti af borgere er foregået på et hospital. Lidt under halvdelen har fået genoptræning hos en privatpraktiserende fysioterapeut eller ergoterapeut, mens kun 18,9 % har haft et genoptræningsforløb andetsteds. Andetsteds vil i denne sammenhæng sige i eget hjem, på dagcenter eller plejehjem.

Tabel 4.5 Stedet, hvor genoptræningen er foregået opgjort blandt 65+ årige borgere (Procent).

Genoptræning på hospital	68,1
Genoptræning hos privatpraktiserende fysioterapeut, ergoterapeut	44,9
Genoptræning andetsteds	18,9
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>69</i>

Standardtabel 4.2 viser, at der er en større andel blandt borgere i Helsingør Kommune, der har været til genoptræning inden for det seneste år, end blandt borgere i Region Hovedstaden og Danmark som helhed. Andelen stiger med alderen og en større andel blandt kvinder end blandt mænd har været til genoptræning. Derudover ses det, at andelen blandt borgere med en mellemlang uddannelse, der har været til genoptræning, er større end andelen blandt borgere med en lang uddannelse. Andelen af borgere, der har været til genoptræning, er større blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive, idet kun 7,8 % blandt de erhvervsaktive har været til genoptræning i forhold til 14,3 % blandt de ikke erhvervsaktive.

### 4.3 Brug af tandlæge

Det fremgår af standardtabel 4.3, at andelen af borgerne i Helsingør Kommune, der har været til tandlæge inden for de seneste tre måneder er større end de tilsvarende andele i hhv. Region Hovedstaden og Danmark. Andelen af borgere, der har været til tandlæge, stiger med stigende alder. En mindre andel blandt borgere med kort uddannelse har haft kontakt til tandlæge. Derudover er andelen af borgere, der har været til tandlæge, blandt enlige (ugifte, separerede, skilte) mindre end den tilsvarende andel blandt gifte.

### 4.4 Brug af fysioterapeut og kiropraktor

Andelen af borgere i Helsingør Kommune, der har været til enten fysioterapeut eller kiropraktor inden for en 3-måneders periode, er større end i Danmark som helhed (tabel 4.6).

Tabel 4.6 Andel der har været til henholdsvis fysioterapeut eller kiropraktor inden for en 3-måneders periode i Helsingør Kommune (Procent).

	Helsingør Kommune	Danmark
Fysioterapeut	15,6	6,9
Kiropraktor	13,6	4,3
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>1283</i>	<i>14566</i>

#### 4.5 Psykologisk eller psykiatrisk hjælp

I Sundhed i Helsingør 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 en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der har oplevet et udækket behov for hjælp. Blandt mænd falder andelen, der har haft behov for psykologisk eller psykiatrisk hjælp uden at have fået det, med stigende alder, mens andelen blandt kvinder er størst i aldersgruppen 65+ år. Derudover fremgår det, at andelen, der har oplevet et udækket behov for hjælp, er større blandt de ikke erhvervsaktive end blandt de erhvervsaktive.

#### 4.6 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. Disse statistikker giver et billede af hvor meget medicin, der bliver omsat, men ikke af hvor meget medicin, der bliver brugt<sup>3</sup>. De kan heller ikke vise, 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 den medicin, som de anvender. Derudover kan f.eks. selvrapporteret brug af medicin sammenholdt med oplysninger om svarpersonens velbefindende give en indikation af, om medicinen bliver taget som en reaktion på et helbredsproblem eller en sygdom.

Som det fremgår af tabel 4.6, har en langt større andel af borgere, der angiver at have et mindre godt helbred, brugt receptpligtig medicin inden for de seneste 14 dage end 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 forhøjet blodtryk, kronisk bronkitis, KOL samt astma og diabetes har brugt receptpligtig medicin. Ved angivelse af sygdomme, skelnes der i Sundhed i Helsingør 2006 ikke mellem behandlingskrævende og ikke behandlingskrævende sygdomme. Der bliver f.eks. spurgt overordnet til diabetes, og der skelnes derfor ikke mellem type 1 og type 2 diabetes.

Tabel 4.6 Brug af receptpligtig medicin inden for de seneste 14 dage i forhold til helbred og sygelighed (Procent).

		Brugt receptpligtig medicin inden for en 14 dages periode
Selvvurderet helbred	Mindre godt	75,9
	Godt	34,5
Langvarig syg	Ja	70,2
	Nej	31,6
Listesygdom	Forhøjet blodtryk	91,1
	Kronisk bronkitis, KOL	89,4
	Astma	87,5
	Diabetes	82,8
	Rygsygdom	63,2
	Hovedpine, migræne	56,8
	Allergi (ikke astma)	48,0
<i>Antal svarpersoner</i>		<i>1283</i>

Standardtabel 4.5 viser, at overordnet set stiger andelen af borgere, der bruger receptpligtig medicin, med alderen. Dog er der en større andel, der bruger af receptpligtig medicin blandt de 16-24 årige end blandt de 25-44 årige. Derudover fremgår det, at borgere med en mellem-lang uddannelse i større omfang har taget receptpligtigt medicin end borgere med en lang uddannelse. I forhold til erhvervsstatus ses, at der er en større andel, der har brugt receptpligtigt medicin, blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive.

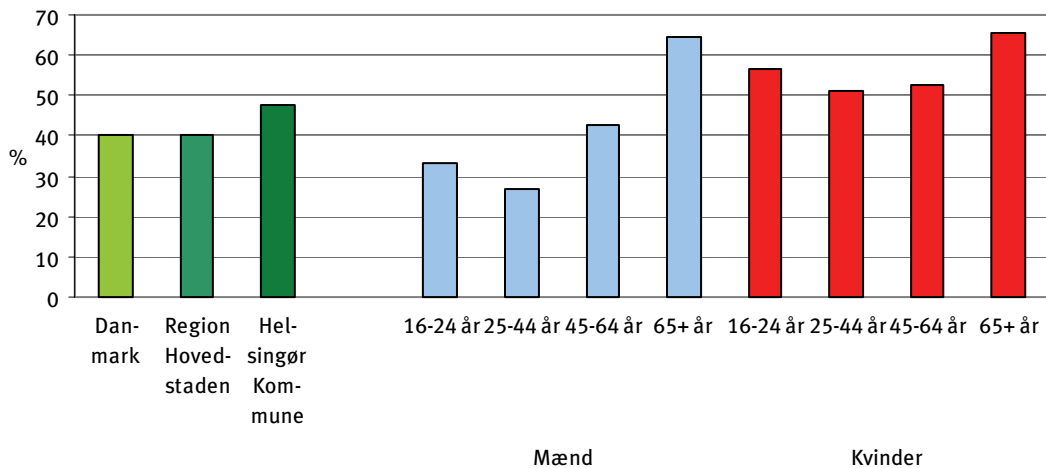
Som det fremgår af standardtabel 4.6 er andelen, der bruger håndkøbsmedicin større i Helsingør Kommune end i Region Hovedstaden og i Danmark. Der er en større andel blandt kvinder, der bruger håndkøbsmedicin, end blandt mænd. Andelen af borgere, der bruger håndkøbsmedicin, er mindst i aldersgruppen 65 + år. Forbruget af smertestillende receptpligtig medicin og håndkøbsmedicin inden for en 14-dages periode er vist i standardtabel 4.7. En større andel blandt borgerne i Helsingør bruger smertestillende medicin end i Region Hovedstaden og i Danmark som helhed. Mere end hver anden kvinde har brugt smertestillende medicin, mens det kun er lidt over hver tredje mand, der har brugt denne form for medicin. Desuden ses af standardtabellen, at andelen, der har brugt smertestillende medicin, er større blandt borgere med en mellemlang uddannelse end blandt borgere med en lang uddannelse. Andelen af enlige (separerede, skilte), der har brugt denne form for medicin, er større end andelen af gifte, således har 59,3 % af de enlige (separerede, skilte) brugt smertestillende medicin, mens dette alene gør sig gældende for 49,1 % af de gifte. Andelen, der har brugt smertestillende medicin, er mindre blandt borgerne i Esbjerg end blandt borgerne i Helsingør.

I Helsingør Kommune har 22,0 % af borgerne brugt blodtrykssænkende medicin inden for en 14-dages periode (standardtabel 4.8). Dette er en større andel end i Region Hovedstaden og Danmark som helhed. Andelen, der har brugt blodtrykssænkende medicin, er størst i de ældste aldersgrupper. Blandt borgere med en kort eller mellemlang uddannelse er andelen, der har brugt blodtrykssænkende medicin, større end blandt borgere med en lang uddannelse. Derudover viser standardtabellen, at en større andel blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive har brugt blodtrykssænkende medicin. Andelen, der har brugt blodtrykssænkende medicin, blandt samlevende er større end andelen blandt gifte.

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
	Helsingør Kommune	50,8	47,4		1283
Mænd	16-24 år	33,3		-	48
	25-44 år	26,7		-	131
	45-64 år	42,9		-	219
	65+ år	64,5		+	155
	Mænd i alt	44,3			553
Kvinder	16-24 år	56,8			44
	25-44 år	51,0			200
	45-64 år	52,6			293
	65+ år	65,3		+	193
	Kvinder i alt	55,8			730
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	63,0	51,6		173
	Mellemlang	50,1	46,9		345
	Lang	49,2	48,1		581
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	41,7			48
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	42,3	40,3		693
	Ikke erhvervsaktiv	55,0	58,4	+	238
Civilstand	Gift	50,2	46,3		753
	Samlevende	41,7	42,8		151
	Enlig (separeret, skilt)	58,5	57,0	+	123
	Enlig (ugift)	50,4	53,7		139
	Enlig (enkestand)	60,2			83
Bopæl	Helsingør	51,6	47,8		738
	Espergærde	44,5	39,4	-	301
	Hornbæk	56,1	55,3	+	244

- &amp; + markerer statistisk signifikans

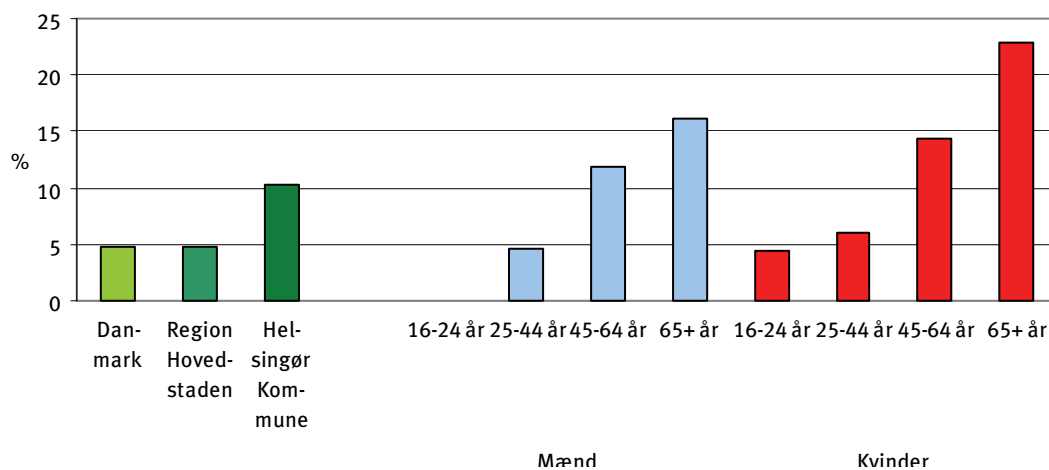




Standardtabel 4.2 Andel der har været til genoptræning inden for det seneste år.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	4,8	4,8	-	14566
	Region Hovedstaden	4,9	4,8	-	2923
	Helsingør Kommune	12,2	10,3		1283
Mænd	16-24 år	0,0			48
	25-44 år	4,6		-	131
	45-64 år	11,9			219
	65+ år	16,1			155
	Mænd i alt	10,3			553
Kvinder	16-24 år	4,5		-	44
	25-44 år	6,0		-	200
	45-64 år	14,3			293
	65+ år	22,8		+	193
	Kvinder i alt	13,7			730
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	15,6	13,0		173
	Mellemlang	15,9	14,3	+	345
	Lang	9,6	9,6		581
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	16,7			48
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	7,8	7,6		693
	Ikke erhvervsaktiv	14,3	13,0	+	238
Civilstand	Gift	12,4	10,2		753
	Samlevende	12,6	13,9		151
	Enlig (separeret, skilt)	13,0	10,1		123
	Enlig (ugift)	7,9	15,4		139
	Enlig (enkestand)	18,1			83
Bopæl	Helsingør	13,0	11,0		738
	Espergærde	10,6	10,1		301
	Hornbæk	11,9	9,4		244

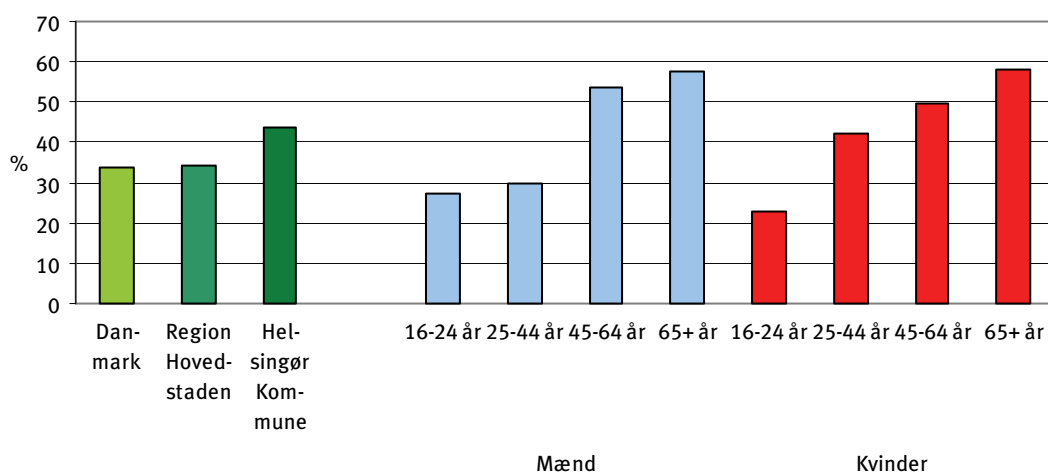
- &amp; + markerer statistisk signifikans



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
	Helsingør Kommune	47,5	43,8		1283
Mænd	16-24 år	27,1		-	48
	25-44 år	29,8		-	131
	45-64 år	53,4			219
	65+ år	57,4		+	155
	Mænd i alt	46,7			553
Kvinder	16-24 år	22,7		-	44
	25-44 år	42,0		-	200
	45-64 år	49,5			293
	65+ år	58,0		+	193
	Kvinder i alt	48,1			730
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	41,6	34,2	-	173
	Mellemlang	51,3	47,3		345
	Lang	51,3	50,5		581
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	41,7			48
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	43,0	42,7		693
	Ikke erhvervsaktiv	46,2	40,7		238
Civilstand	Gift	51,1	47,2		753
	Samlevende	41,1	41,3		151
	Enlig (separeret, skilt)	42,3	34,4	-	123
	Enlig (ugift)	33,1	34,9	-	139
	Enlig (enkestand)	59,0			83
Bopæl	Helsingør	46,1	43,3		738
	Espergærde	48,8	44,7		301
	Hornbæk	50,0	46,0		244

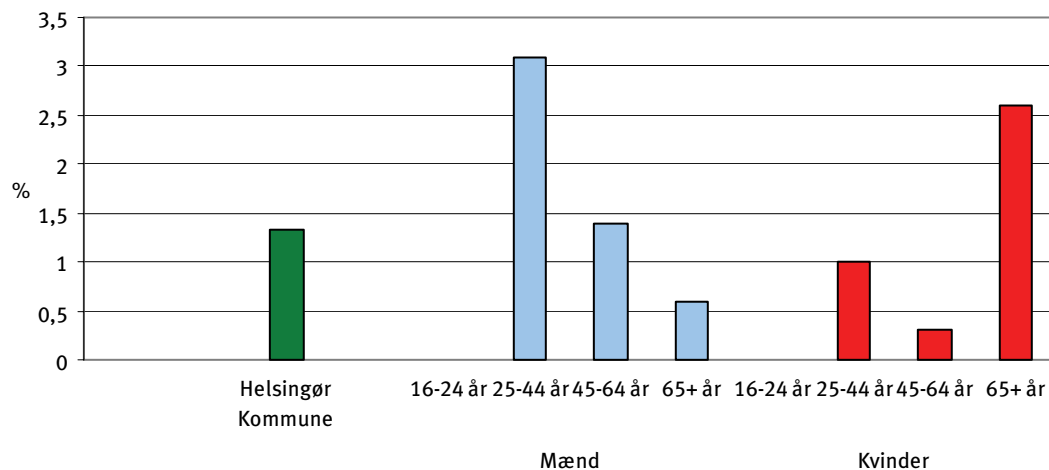
- &amp; + markerer statistisk signifikans



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
	Helsingør Kommune	1,2	1,3	1283
Mænd	16-24 år	0,0		48
	25-44 år	3,1		131
	45-64 år	1,4		219
	65+ år	0,6		155
	Mænd i alt	1,4		553
Kvinder	16-24 år	0,0		44
	25-44 år	1,0		200
	45-64 år	0,3		293
	65+ år	2,6		193
	Kvinder i alt	1,1		730
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	1,7	1,8	173
	Mellemlang	2,0	2,4	345
	Lang	0,9	1,0	581
	Skoleelev/anden skoleuddannelse			
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	0,6	0,7	693
	Ikke erhvervsaktiv	2,5	8,5 +	238
Civilstand	Gift	0,8	0,8	753
	Samlevende	2,0	1,8	151
	Enlig (separeret, skilt)	0,8	0,5	123
	Enlig (ugift)	1,4	0,9	139
	Enlig (enkestand)	3,6		83
Bopæl	Helsingør	1,5	1,6	738
	Espergærde	0,7	0,7	301
	Hornbæk	1,2	1,5	244

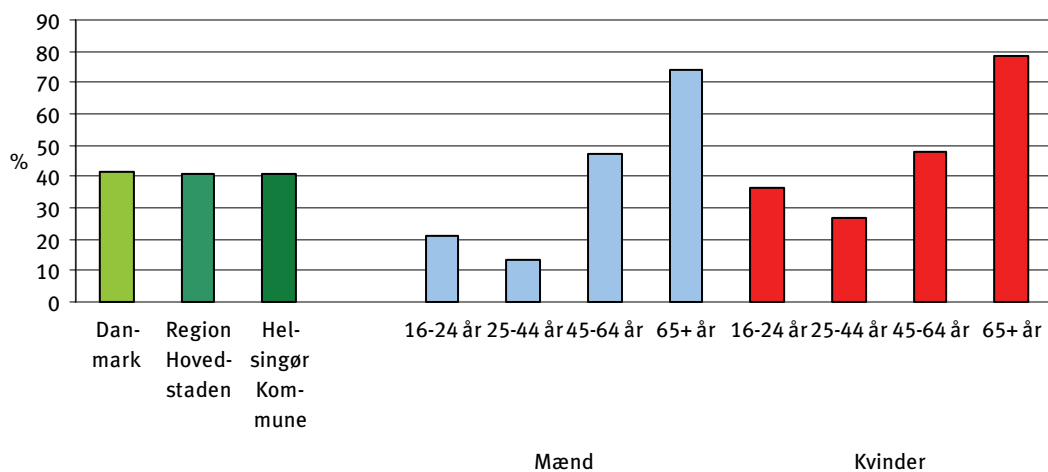
- &amp; + markerer statistisk signifikans



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
	Helsingør Kommune	47,4	41,0	1283
Mænd	16-24 år	20,8	-	48
	25-44 år	13,7	-	131
	45-64 år	47,0		219
	65+ år	74,2	+	155
	Mænd i alt	44,5		553
Kvinder	16-24 år	36,4	-	44
	25-44 år	26,5	-	200
	45-64 år	48,1		293
	65+ år	78,8	+	193
	Kvinder i alt	49,6		730
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	68,8	48,1	173
	Mellemlang	53,3	47,5	345
	Lang	39,8	38,8	581
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	37,5		48
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	30,2	28,3	693
	Ikke erhvervsaktiv	54,6	51,6	238
Civilstand	Gift	47,5	39,8	753
	Samlevende	34,4	38,2	151
	Enlig (separeret, skilt)	52,8	41,8	123
	Enlig (ugift)	36,7	43,6	139
	Enlig (enkestand)	74,7		83
Bopæl	Helsingør	49,5	43,0	738
	Espergærde	44,5	37,2	301
	Hornbæk	44,7	40,0	244

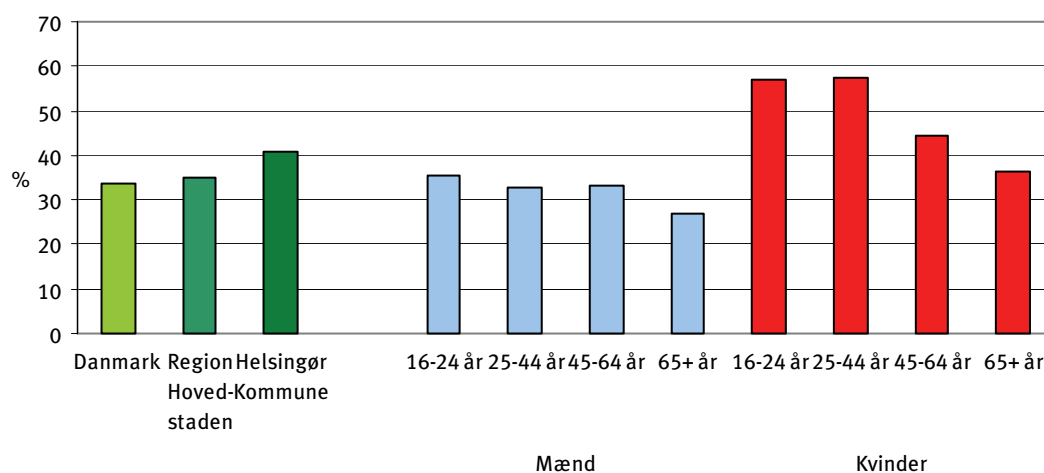
- &amp; + markerer statistisk signifikans



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
	Helsingør Kommune	40,1	40,7	1283
Mænd	16-24 år	35,4	-	48
	25-44 år	32,8	-	131
	45-64 år	33,3	-	219
	65+ år	27,1	-	155
	Mænd i alt	31,6		553
Kvinder	16-24 år	56,8	+	44
	25-44 år	57,5	+	200
	45-64 år	44,4		293
	65+ år	36,3	-	193
	Kvinder i alt	46,6		730
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	34,1	39,0	173
	Mellemlang	38,8	40,4	345
	Lang	42,3	41,3	581
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	43,8		48
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	43,6	42,2	693
	Ikke erhvervsaktiv	42,0	45,7	238
Civilstand	Gift	39,2	40,8	753
	Samlevende	44,4	42,9	151
	Enlig (separeret, skilt)	42,3	46,0	123
	Enlig (ugift)	43,9	39,0	139
	Enlig (enkestand)	38,6		83
Bopæl	Helsingør	41,1	41,2	738
	Espergærde	37,2	35,7	301
	Hornbæk	41,0	43,3	244

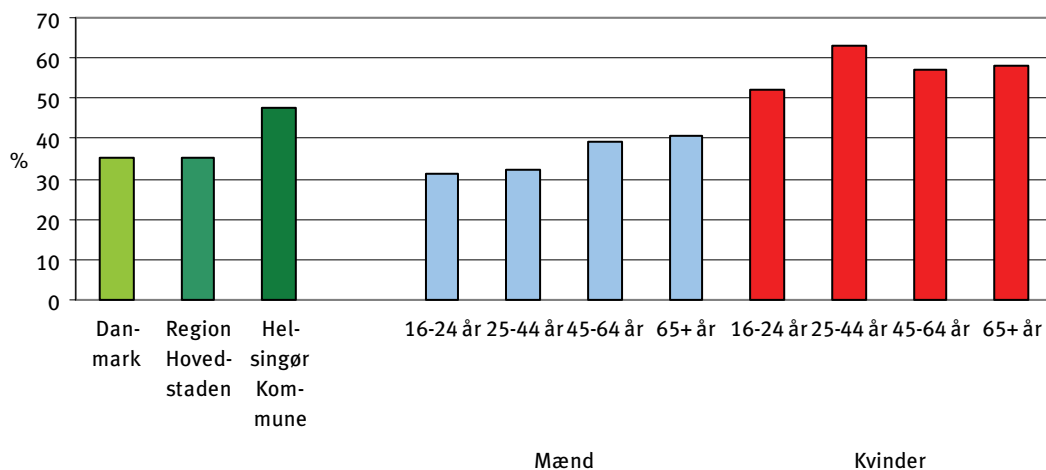
- &amp; + markerer statistisk signifikans



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
	Helsingør Kommune	49,5	47,6		1283
Mænd	16-24 år	31,3		-	48
	25-44 år	32,1		-	131
	45-64 år	39,3		-	219
	65+ år	40,6		-	155
	Mænd i alt	37,3			553
Kvinder	16-24 år	52,3			44
	25-44 år	63,0		+	200
	45-64 år	57,3			293
	65+ år	58,0			193
	Kvinder i alt	58,8			730
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	53,8	55,0		173
	Mellemlang	54,2	53,9	+	345
	Lang	47,5	45,9		581
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	45,8			48
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	47,8	46,2		693
	Ikke erhvervsaktiv	53,4	56,7		238
Civilstand	Gift	49,1	49,1		753
	Samlevende	47,7	47,8		151
	Enlig (separeret, skilt)	59,3	60,3	+	123
	Enlig (ugift)	47,5	49,9		139
	Enlig (enkestand)	45,8			83
Bopæl	Helsingør	51,6	49,5		738
	Espergærde	45,2	42,1	-	301
	Hornbæk	48,4	47,2		244

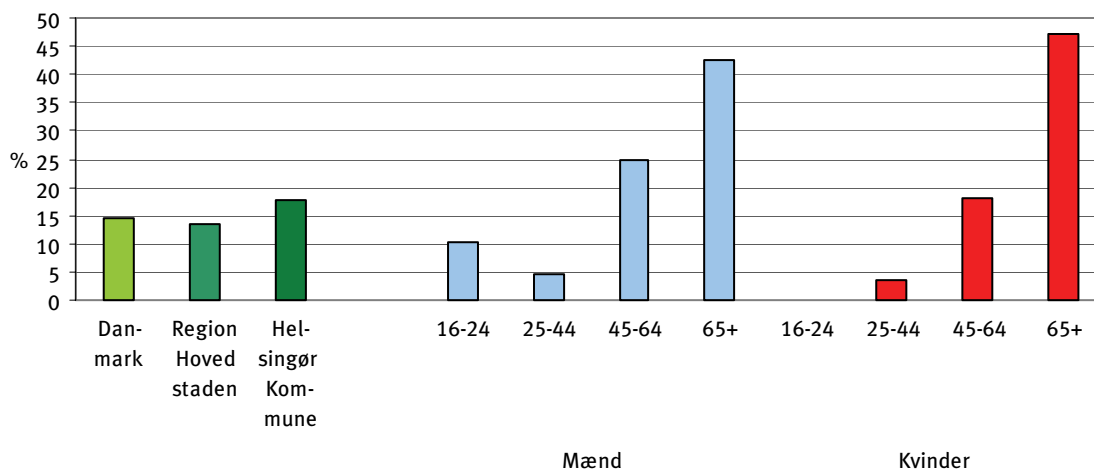
- &amp; + markerer statistisk signifikans



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
	Helsingør Kommune	22,0	17,7		1283
Mænd	16-24 år	10,4		-	48
	25-44 år	4,6		-	131
	45-64 år	24,7		+	219
	65+ år	42,6		+	155
	Mænd i alt	23,7			553
Kvinder	16-24 år	0,0			44
	25-44 år	3,5		-	200
	45-64 år	18,1			293
	65+ år	47,2		+	193
	Kvinder i alt	20,7			730
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	43,4	24,3	+	173
	Mellemlang	26,7	22,2	+	345
	Lang	15,5	15,5		581
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	12,5			48
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	11,5	10,9		693
	Ikke erhvervsaktiv	18,5	16,5	+	238
Civilstand	Gift	22,3	16,5		753
	Samlevende	20,5	24,4	+	151
	Enlig (separeret, skilt)	20,3	13,7		123
	Enlig (ugift)	10,8	18,5		139
	Enlig (enkestand)	42,2			83
Bopæl	Helsingør	22,8	18,7		738
	Espergærde	20,6	16,5		301
	Hornbæk	21,3	16,4		244

- &amp; + markerer statistisk signifikans







## Kapitel 5

# Sundhedsadfærd

Sundhedsadfærd forstås som den del af personers livsstil, der har indvirkning på eller betydning for deres sundhed og sygelighed. Sundhedsadfærden kan have såvel tilsigtede som utilsigtede konsekvenser. Der kan være tale om målrettede og bevidste handlinger, der udføres for at opnå en bedre sundhedstilstand eller for at undgå sygdom. Der kan endvidere være tale om vanemæssig adfærd, som udføres uden egentlige overvejelser om dens sundhedsmæssige eller helbredsmæssige konsekvenser, og i stedet er et udtryk for personens værdier og normer.

Sundhedsadfærd kan endvidere betragtes som en epidemiologisk risikofaktor. Her er det vigtigt at kunne konstatere objektivt og præcist, i hvilken udstrækning den enkelte borger 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. Her anerkendes, at normer og gruppeprocesser spiller en vigtig rolle i udformningen af en persons adfærd. Man kan fx sagtens forestille sig, at personer tillægger sig en adfærd for at leve op til gruppens normer på arbejdspladsen, i skolen eller i familien, uden at der indgår overvejelser om, hvorvidt den pågældende adfærd er sund eller usund.

Der bliver ofte sat spørgsmålstegn ved sundhedskampagnernes effekt på befolkningens livsstil og sundhedsadfærd, og der bliver stillet forslag om mere målrettede, opsøgende, restriktive og intensive ændringsmetoder. Tankerne bag dette 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 undervurderes, at sundhedsadfærd er bundet i det enkelte menneskes liv og sociale omgivelser og ikke - eller kun til en vis grad - er bestemt af, om borgeren ved, om adfærden er sund eller usund, og dernæst handler rationelt ud fra en sådan viden. Endvidere kan normer og gruppeadfærd også være med til at påvirke sundhedsadfærden i såvel positiv som negativ retning<sup>1</sup>.

Sundhedsadfærdens betydning for danskernes sundhedstilstand er blevet bekræftet gennem beregninger, 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.<sup>2</sup>.

### 5.1 Rygning

En væsentlig årsag til danskernes overdødelighed er deres rygevaner. Beregninger har vist, at rygere lever 7-10 år kortere end ikke-rygere. I forhold til mange andre lande er andelen af rygere i Danmark større end gennemsnittet ( 2).

Det fremgår af standardtabel 5.1, at andelen af borgere i Helsingør 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 og den mindste andel ses i den yngste aldersgruppe. Der er en sammenhæng mellem uddannelseslængde og andelen af borgere, der ryger dagligt. Blandt borgere med en kort uddannelse, er andelen, der ryger dagligt mere end dobbelt så stor end blandt borgere med en lang uddannelse. Andelen

af dagligrygere er større blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive. I forhold til samlivsstatus er andelen, der ryger dagligt, mindre blandt gifte end blandt samlevende og enlige (skilte eller separerede). Andelen, der ryger daglig, er større blandt borgere, der bor i Helsingør end blandt borgere, der bor i Hornbæk.

Andelen af storrygere (standardtabel 5.2) dvs. borgere, der ryger mere end 15 cigaretter om dagen, er størst i aldersgruppen 25 – 44 år og mindst i den yngste aldersgruppe. I forhold til uddannelse ses, at andelen af storrygere falder med stigende uddannelsesniveau. Andelen af storrygere er markant større i gruppen af ikke erhvervsaktive end i gruppen af erhvervsaktive, og den er ligeledes langt større blandt enlige (ugifte, separerede og skilte) end blandt gifte. Andelen, der ryger mere end 15 cigaretter om dagen, er mindre blandt borgere, der bor i Hornbæk end blandt borgere, der bor i Helsingør.

## 5.2 Fysisk aktivitet

De fysiske krav i vores fritids- og arbejdsliv er reduceret, hvilket har medført at det fysiske aktivitetsniveau på en lang række områder er faldet. 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 fysisk aktivitet måles. Nogle studier anvender tid brugt på fysisk aktivitet som mål, mens andre studier tager højde for intensitet. Uafhængigt af målemetode viser studier, at fysisk aktivitet mindsker risikoen for forhøjet blodtryk, hjertekarsygdomme, diabetes og osteoporose. Endvidere medvirker fysisk aktivitet til, at immunforsvaret forbedres, ligesom det mentale og sociale velbefindende øges. Undersøgelser har vist, at fysisk inaktive i gennemsnit dør fem til seks år tidligere end fysisk aktive<sup>3</sup>. Regeringen understreger i sit sundhedsprogram, at antallet af fysisk aktive skal øges markant, og at fysisk aktivitet skal være en naturlig del af hverdagen (4).

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. Ved moderat fysisk aktivitet forstås, at man føler sig lettere forpustet, men ikke mere end at man stadig kan føre en samtale. De 30 minutters fysiske aktivitet kan deles op i mindre portioner. Således vil der være en sundhedsgavnlig effekt af 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 indgå som en naturlig del af hverdagen som ved fx at cykle, gå, ordne have eller gøre rent (5).

### 5.2.1 Fysisk aktivitet i fritiden

I Sundhed i Helsingør 2006 er fysisk aktivitet i fritiden belyst gennem spørgsmålet: ”Hvis vi ser på det sidste år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse på din fysiske aktivitet i fritiden?”. Svarfordelingen fremgår af tabel 5.1. Hver tiende borger i Helsingør er stillesiddende i 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	3,1
Dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde e.l. mindst 4 timer om ugen	22,5
Spadsere, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer pr. uge (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde)	57,5
Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse	10,4
Uoplyst	6,5
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>1283</i>

Af standardtabel 5.3 viser andelen, der dyrker hård eller mellemhård fysisk aktivitet i fritiden. Hård eller mellemhård fysisk aktivitet i fritiden er defineret som borgere, der træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen eller borgere, der dyrker motionsidræt, udfører tungt havearbejde e.l. mindst fire timer om ugen. Der er en større andel, der dyrker hård eller mellemhård fysisk aktivitet, i Helsingør Kommune end i Danmark som helhed. Andelen af borgere, der er fysisk aktive, falder med stigende alder, og der er en mindre andel blandt kvinder end blandt mænd, der er fysisk aktive. Der ses en sammenhæng mellem uddannelseslængde og andelen af personer, der er fysisk aktive. Der er således en mindre andel, der er fysisk aktive, blandt borgere med en kort uddannelse end blandt borgere med en lang uddannelse. Der er en mindre andel, der dyrker hård eller mellemhård fysisk aktivitet, blandt borgere, der bor i Helsingør end blandt borgere, der bor i Hornbæk.

### 5.2.2 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 i Helsingør Kommune (tabel 5.2). Fysisk aktivitet i hovedbeskæftigelsen er belyst gennem følgende spørgsmål: "Hvordan vil du beskrive den fysiske belastning i din hovedbeskæftigelse"?

Tabel 5.2 Fysisk aktivitet i hovedbeskæftigelsen (Procent).

Hovedsageligt stillesiddende arbejde, som ikke kræver legemlig anstrengelse	26,3
Arbejde, som i stort omfang udføres stående eller gående, men eller ikke kræver legemlig anstrengelse	14,3
Stående eller gående arbejde med en del løfte- eller bærearbejde	14,1
Tungt eller hurtigt arbejde som er anstrengende	2,3
Ikke erhvervsaktiv	40,4
Uoplyst	2,6
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>1283</i>

Af standardtabel 5.4 fremgår, at i Helsingør Kommune beskriver 45,9 % af de erhvervsaktive borgere i alderen 16–64 år deres fysiske aktivitet i hovedbeskæftigelsen som værende stillesiddende. I forhold til Danmark er der en større andel i Helsingør Kommune, der beskriver den fysiske aktivitet i deres hovedbeskæftigelse som værende stillesiddende. Andelen, med stillesiddende arbejde, er for både mænd og kvinder mindst i aldersgruppen 16 – 24 år. Der er en klar sammenhæng mellem uddannelse og stillesiddende arbejde i hovedbeskæftigelsen, idet andelen af borgere med stillesiddende arbejde stiger med stigende uddannelsesniveau. Andelen af borgere med stillesiddende arbejde er mindre blandt samlevende og enlige ugifte end blandt gifte. Blandt borgere, der bor i Espergærde, er andelen med stillesiddende arbejde, større end blandt borgere, der bor i Helsingør.

### 5.3 Alkohol

En stor del af den danske befolkning drikker jævnlige alkohol. Forbruget af alkohol har ligesom rygning været en medvirkende årsag til den stagnerende middellevetid op gennem 1990'erne. Opgørelser har vist, at der har været mere end 2.500 årlige dødsfald i Danmark, der enten har haft alkohol som primær årsag eller som medvirkende årsag (2).

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 for den enkeltes ugentlige forbrug af alkohol på maksimalt på 21 genstande for mænd og 14 for kvinder. Dette betegnes som Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse.

Drikkemønstre og ikke kun det totale alkoholforbrug har betydning for alkoholrelateret dødelighed. Derfor blev anbefalingerne i 2005 suppleret med retningslinier for forbruget af alkohol for en drikkesession. Sundhedsstyrelsen tilråder nu, at der højst drikkes fem genstande ad gangen. Hvis man på en dag/aften drikker mere end fem genstande, kaldes det for en bingeepisode. Anbefalingerne for gravide er, at de skal undgå alkohol.

Standardtabel 5.5 viser andelen, der overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse. Der er en større andel i Helsingør Kommune end i Danmark som helhed, der i løbet af den sidste uge har overskredet genstandsgrænsen. I alle aldersgrupper er der en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der overskrider genstandsgrænsen. I den yngste aldersgruppe ses den største andel, der angiver at overskride Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse, mens den mindste andel ses i aldersgruppen 25-44 år. Der er en større andel af borgere, der drikker mere end sundhedsstyrelsen anbefaler, blandt enlige ugifte end blandt gifte. Andelen, der overskrider genstandsgrænsen, er større blandt borgere, der bor i Hornbæk, end blandt borgere der bor i Helsingør.

Det fremgår af standardtabel 5.6, at 44,7 % af borgerne i Helsingør Kommune inden for den seneste måned har haft mindst en bingeepisode. Andelen er mindre i Helsingør Kommune end i Region Hovedstaden. Der er en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der har haft en episode eller derover, hvor de har drukket mindst fem genstande inden for den seneste måned. Bortset fra den ældste aldersgruppe angiver mere end hver anden mand, at han i løbet af den sidste måned har haft mindst en bingeepisode. I den ældste aldersgruppe er andelen blandt mænd, der har haft mindst en bingeepisode, mere end dobbelt så stor som andelen blandt kvinder.

## 5.4 Hash

Det er typisk et ungdomsfænomen at prøve stoffer, og hovedparten fortsætter ikke brugen. De fleste, der prøver stoffer, har således et eksperimentelt forbrug i en kortere periode i de unge år. Undersøgelser har vist, at den eksperimentelle brug af stoffer toppe i 16 – 19 års alderen, og at meget få prøver stoffer første gang efter 20-års alderen. Det er langt hen ad vejen de samme unge, der udsætter sig for de forskellige former for risikoadfærd såsom et stort alkoholforbrug og et forbrug af tobak og hash (6).

Standardtabel 5.7 viser andelen, der inden for det seneste år har prøvet at indtage hash. Andelen af borgere i Helsingør Kommune, der har indtaget hash, er mindre end i Region Hovedstaden og i Danmark. Der er en lidt større andel blandt mænd end blandt kvinder, der har indtaget hash inden for det seneste år. Den aldersgruppe, hvor de fleste har indtaget hash, er de 16-24 årige. Stort set ingen i de ældste aldersgrupper har indtaget hash i løbet af det sidste år. Andelen af borgere, der har indtaget hash inden for det seneste år, er større blandt enlige (ugifte) og samlevende end blandt gifte.

## 5.5 Kost

Gode kostvaner har betydning for forebyggelse af de store folkesygdomme såsom hjerte-karsygdomme, kræft og muskel- og skeletlidelser. Beregninger bekræfter dette, idet fire procent af alle dødsfald er relateret til et for stort indtag af mættet fedt (2). Det samme tal er gældende for et for lille frugt- og grøntindtag. 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 forskel på indtaget af frugt og grønt blandt mænd og kvinder, således er der blandt kvinder en større andel, der spiser frugt og grønt hver dag. I den yngste aldersgruppe ses den mindste andel, der dagligt spiser grøntsager. Blandt kvinder ses den mindste andel af borgere, der dagligt spiser frugt, i den ældste aldersgruppe, mens der blandt mænd i denne aldersgruppe ses den største andel.

Tabel 5.3. Andel der spiser frugt og grøntsager opgjort på aldersgrupper (Procent).

		Spiser frugt hver dag	Spiser grøntsager hver dag	Antal
Mænd	16-24 år	48,8	27,1	48
	25-44 år	49,6	40,5	131
	45-64 år	53,9	47,5	219
	65+ år	58,7	42,6	155
	I alt	53,5	42,7	553
Kvinder	16-24 år	81,8	38,6	44
	25-44 år	82,0	59,0	200
	45-64 år	80,9	62,1	293
	65+ år	70,0	48,7	193
	I alt	78,4	57,5	708

## 5.6 Svær overvægt og undervægt

Andelen, der er svært overvægtig, er øget i hele verden. Svær overvægt øger risikoen for en lang række sygdomme som hjerte-karsygdomme, diabetes, forhøjet blodtryk og belastningslidelser i bevægeapparatet. Svær overvægt er således en risikofaktor for mange af de store folkesygdomme. Der findes en arvelig disposition for fedme, men den stigende andel af svært overvægtige i den danske 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.

$$BMI = \frac{vægt(kg)}{højde(m)^2}$$

WHO definerer følgende vægtgrupper opdelt efter BMI:

Undervægt	BMI < 18,5	kg/m <sup>2</sup>
Normalvægt	18,5 ≤ BMI < 25	kg/m <sup>2</sup>
Moderat overvægt	25 ≤ BMI < 30	kg/m <sup>2</sup>
Svær overvægt	30 ≤ BMI	kg/m <sup>2</sup>

Når der anvendes selvrapportering af højde og vægt til beregning af BMI, er der naturligvis mulighed for, at respondenterne angiver, at de er højere eller vejer mindre, end de gør i virkeligheden. Undersøgelser viser, at lave mænd angiver, at de er lidt højere, end de faktisk er, og overvægtige kvinder angiver, at de vejer lidt mindre, end de faktisk gør (7,8).

Undervægt har tidligere været et problem pga. under- og fejlnæring, men er nu oftere forbundet med somatiske eller psykiske lidelser. Med somatisk betinget undervægt menes undervægt, der kan ses i forbindelse med visse alvorlige sygdomme fx for højt stofskifte. Psykisk betinget undervægt ses oftest blandt unge med spiseforstyrrelser.

Standardtabel 5.8 viser, at andelen med svær overvægt er mindst i den yngste aldersgruppe. I forhold til uddannelsesniveau ses, at jo kortere uddannelse des større er andelen med svær overvægt. Andelen, der er svært overvægtig, er større blandt borgere, der bor i Helsingør, end blandt borgere, der bor i Espergærde og Hornbæk.

## 5.7 Forandringsparathed

Forandringsparathed kan defineres som enkeltpersoners behov for forandring, samt i hvor høj grad personen har vilje og interesse i at ændre adfærd. 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 derudover 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 indflydelse på valget af forebyggelsesstrategi, idet indsatsen bør tilrettelægges i forhold til målgruppens behov og ressourcer<sup>9</sup>. Det er derfor vigtig ud fra et forebyggelsesperspektiv at kende borgernes holdning til at nedsætte deres alkoholforbrug, ændre vægt, være mere fysisk aktive og holde op med at ryge. Tilsvarende er det vigtigt at vide, hvilken form for hjælp borgerne i kommunen gerne vil have, hvis de skal forbedre deres sundhedsvaner, og om borgerne i forvejen gør noget aktivt for at forbedre eller bevare egen helbreds-situation.

For at få et overblik over de former for adfærd, som borgerne i Helsingør udfører med det formål, at blive sundere, er der i Sundhed i Helsingør 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 ikke om, personen nu også gør det. Eksempelvis kan en person, der er opmærksom

på at spise sund kost, reelt spise mere usundt end en person, der ikke er opmærksom på at spise sund kost.

## 5.8 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 sundhed.

Som det fremgår af standardtabel 5.9, angiver 69,8 % af borgerne i Helsingør Kommune, at de tror, at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare deres helbred. Dette er en mindre andel end i Region Hovedstaden. Blandt kvinder falder andelen, der mener, at egen indsats er særdeles vigtigt for helbredet, med stigende alder. I forhold til uddannelse stiger andelen, der mener, at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare eller forbedre helbredet, med stigende uddannelsesniveau. Andelen af borgere, der mener, at egen indsats er særdeles vigtig for helbredet, er større blandt borgere, der bor i Hornbæk end blandt borgere, der bor i Helsingør.

Det fremgår af standardtabel 5.10, at 85,9 % af borgerne i Helsingør Kommune oplyser, at de aktivt gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred. Andelen, der gør noget aktivt for at bevare eget helbred, er mindst blandt de ældste kvinder og er størst blandt kvinder i aldersgruppen 25-44 år, hvor 95,0 % oplyser, at de aktivt gør noget for eget helbred. Andelen af borgere, der aktivt gør noget for eget helbred, stiger med stigende uddannelsesniveau. Blandt borgere, der bor i Hornbæk, ses en større andel, der aktivt gør noget for eget helbred, end blandt borgere, der bor i Helsingør.

For alkohol, rygning, motion og fedme har vi bedt borgerne om at sætte et kryds på en visuel analog skala (VAS), der skal vise, hvor vigtigt det er for borgerne at forbedre disse sundhedsvaner. Skalaen går fra "Slet ikke vigtigt" til "Meget vigtigt" og er uden tal-værdier. Efterfølgende er markeringer konverteret til tal på en skala fra et til ti, og der er udregnet gennemsnit. 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 og om de i givet fald vil betale for den hjælp.

### 5.9.1 Alkohol

Tabel 5.4 er en oversigt over gennemsnitsbesvarelserne på spørgsmålet om, hvor vigtigt det er for borgerne i Helsingør Kommune at ændre deres brug af alkohol. Borgerne i Helsingør Kommune synes generelt ikke, at det er særlig vigtigt at nedsætte deres alkoholbrug (gennemsnit 2,78). 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 at den ældste aldersgruppe synes, at det er mindre vigtigt at nedsætte alkoholbruget end de resterende aldersgrupper. Gennemsnittet blandt borgere, der inden for den sidste uge har overskredet Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse, og blandt borgere, der inden for den seneste måned har haft mindst en bingeepisode, er markant højere, end blandt de borgere, der ikke overskrider hverken antallet 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		2,78	1089
Køn (*)	Mænd	3,11	503
	Kvinder	2,51	586
Alder (*)	16-24 år	2,86	83
	25-44 år	2,89	298
	45-64 år	2,99	448
	65 + år	2,28	260
Overskrider SST's genstandsgrænse (*)	Ja	3,87	213
	Nej	2,52	876
Har inden for den seneste måned haft mindst en binge-episode (*)	Ja	3,14	555
	Nej	2,42	534

\* markerer statistisk signifikans

Som det fremgår af tabel 5.5, er der kun ganske få former for hjælp og støtte, borgerne i Helsingør Kommune ønsker at benytte sig af, hvis de skal nedsætte deres brug af alkohol. Den største andel af borgere ønsker ikke hjælp (65,3 %), hvis de skal nedsætte deres brug af alkohol. En markant større andel blandt mænd end blandt kvinder ønsker ikke hjælp. De to mest ønskede former for hjælp er hjælp og støtte fra familien (10,4 %) og hjælp fra praktiserende læge (6,2 %).

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	3,3	5,5	4,5
Antabusbehandling (evt. gratis)	1,6	2,2	2,0
Forbud mod alkohol på min arbejdsplads	1,8	2,7	2,3
Hjælp og støtte fra min arbejdsplads	2,4	4,8	3,7
Hjælp og støtte fra min familie	8,3	12,1	10,4
Mulighed for at gøre det sammen med andre	3,3	4,3	3,8
Hjælp fra min praktiserende læge	4,5	7,4	6,2
Hjælp fra andet sundhedspersonale	1,1	1,8	1,5
Ønsker ikke hjælp	73,8	58,9	65,3
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>553</i>	<i>730</i>	<i>1283</i>

Tabel 5.6 viser andelen, der er villig til at betale for hjælp til at nedsætte deres brug af alkohol. Det fremgår, at for begge køn falder andelen, der villig betale for at nedsætte deres brug af alkohol, med stigende alder.



## 5.6 Andel, der villig til at betale for hjælp til at nedsætte deres brug af alkohol (Procent).

Mænd	16-44 år	19,0
	45-64 år	7,8
	65+ år	3,2
	I alt	10,1
Kvinder	16-44 år	16,8
	45-64 år	9,9
	65+ år	2,6
	I alt	10,3
<i>Antal svarpersoner</i>		<i>1283</i>

## 5.9.2 Rygning

Tabel 5.7 viser gennemsnitsbesvarelsene på spørgsmålet om, hvor vigtigt det er for rygerne i Helsingør Kommune at holde op med at ryge. Kvinder synes det er vigtigere at holde op med at ryge end mænd. Det er vigtigere for aldersgrupperne 25 – 44 år og 45 – 64 år end for både de yngste og ældste. Storrygerne (15 + cigaretter) synes det er vigtigere end borgere, der ryger mindre end 15 cigaretter om dagen.

Tabel 5.7 Gennemsnit af hvor vigtigt rygere i Helsingør Kommune synes, det er at holde op med at ryge, blandt borgere der ryger.

		Gennemsnit	Antal
I alt		5,35	344
Køn (*)	Mænd	4,85	173
	Kvinder	5,80	177
Alder (*)	16-24 år	4,07	28
	25-44 år	6,24	82
	45-64 år	5,77	159
	65 + år	3,94	81
Ryger mere end 15 cigaretter (*)	Ja	5,91	181
	Nej	4,69	169

\* markerer statistisk signifikans

Som det fremgår af tabel 5.8, er der en markant større andel blandt mænd end blandt 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 hver tredje kvinde. De tre oftest ønskede former for hjælp eller støtte er hhv. rygestopkursus, alternativ behandling og nikotinsubstitut (fx tyggegummi).

Tabel 5.8. Forskellige former for hjælp og støtte til at holde op med at ryge, blandt rygere (Procent).

	Mænd	Kvinder	I alt
Nikotintyggegummi eller andre nikotinpræperater	22,1	31,3	26,7
Rygestopkursus (evt. gratis)	16,0	24,7	20,4
Hjælp og støtte fra min arbejdsplads	5,5	3,3	4,4
Rygeforbud på min arbejdsplads	6,6	7,1	6,9
Hjælp og støtte fra min familie	14,4	14,8	14,6
Mulighed for at gøre det sammen med andre	6,1	13,7	9,9
Hjælp fra min praktiserende læge	8,8	11,5	10,2
Hjælp fra andet sundhedspersonale	2,2	5,5	3,9
Hjælp fra alternativ behandler, fx akupunktur, hypnose	14,4	31,9	23,1
Ønsker ikke hjælp	49,7	33,0	41,3
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>181</i>	<i>182</i>	<i>363</i>

Andelen, der er villig til at betale for at få hjælp til at holde med at ryge, blandt borgere, der ryger, fremgår af tabel 5.9. I alt er 44,6 % blandt kvindelige rygere villige til at betale for hjælp holde op med at ryge, mens dette kun gør sig gældende for 35,8 % blandt mandlige rygere. For begge køn ses den mindste andel, der villig til at betale for hjælp, blandt de 65+ årige.

Tabel 5.9 Andel, der er villig til at betale for at få hjælp til at holde med at ryge, blandt borgere, der ryger, opgjort særskilt for mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper (Procent).

Mænd	16-44 år	45,6
	45-64 år	36,5
	65+ år	22,9
	I alt	35,8
Kvinder	16-44 år	54,4
	45-64 år	53,6
	65+ år	19,2
	I alt	44,6
<i>Antal svarpersoner</i>		<i>383</i>

### 5.9.3 Ændring af vægt

I Sundhed i Helsingør 2006 er der inkluderet et spørgsmål om, hvorvidt borgeren ønsker at tabe sig, tage på i vægt eller ikke ønsker at ændre vægt. Det kan være lige så vigtigt at tage på i vægt som at tabe sig. Tabel 5.10 viser, at knap seks ud af ti ønsker at tabe sig, mens blot mindre end 1 ud af 20 ønsker at tage på.

Tabel 5.10. Ønsker at tabe sig eller tage på i vægt (Procent).

Ja, at tabe mig	55,9
Ja, at tage på i vægt	3,7
Vil ikke ændre min vægt	39,3
Uoplyst	1,2
I alt	100
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>1283</i>

I alt 59,6 % af borgerne i Helsingør Kommune 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 4,87 (tabel 5.11). Gennemsnittet er højere for kvinder end for mænd. I aldersgruppen 65+ årige finder borgerne det mindre vigtigt at ændrer deres vægt end i de øvrige aldersgrupper. Der er en sammenhæng mellem BMI og hvor vigtigt, borgerne synes, det er at ændre deres vægt. Således er interessen langt større blandt borgere med et højt BMI end blandt borgere med et lavt BMI og et BMI i normalområdet. Blandt de borgere, der ønsker at tabe sig, er gennemsnittet, for hvor vigtigt det er at ændre vægt langt større end gennemsnittet blandt de borgere, der ikke ønsker at ændre deres vægt.

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

		Gennemsnit	Antal
I alt		4,87	1231
Køn (*)	Mænd	4,45	535
	Kvinder	5,19	696
Alder (*)	16-24 år	4,96	90
	25-44 år	5,30	324
	45-64 år	5,12	498
	65 + år	4,02	319
BMI (*)	< 18.5	3,07	28
	18.5 - < 25	3,64	660
	25 - < 30	6,08	386
	30 >-	7,07	131
Ønsker at tabe sig (*)	At tabe sig	6,87	698
	Vil ikke ændre vægt	2,01	484

\* markerer statistisk signifikans

Tabel 5.12 viser, hvilken form for hjælp eller støtte, 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. Gratis kostvejledning er sammen med tilbudet om gratis motion de to mest ønskede former for hjælp, borgerne gerne vil have, hvis de skal ændre deres vægt.

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

	Mænd	Kvinder	I alt
Gratis kostvejledning	23,3	36,0	30,6
Gratis slankekursus	8,1	14,7	11,9
Tilbud om gratis motion	18,4	28,6	24,2
Hjælp og støtte fra min familie	14,8	17,5	16,4
Mulighed for at gøre det sammen med andre	7,8	17,3	13,2
Hjælp fra min praktiserende læge	6,7	10,1	8,7
Hjælp fra andet sundhedspersonale	1,5	3,8	2,8
Hjælp fra psykolog	1,1	4,7	3,1
Ønsker ikke hjælp	55,3	38,4	45,7
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>553</i>	<i>730</i>	<i>1283</i>

Der er en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der er villige til at betale for hjælp til at ændre vægt (tabel 5.13). Andelen, der er villig til at betale for hjælp til at ændre vægt, falder med stigende alder. Således er der i den ældste aldersgruppe kun 10,3 % af mændene og 14,5 % af kvinderne, der er villige til at betale for at ændre deres vægt.

Tabel 5.13 Andel der villig til at betale for hjælp til ændre vægt (Procent)

Mænd	16-44 år	38,6
	45-64 år	17,4
	65+ år	10,3
	I alt	22,2
Kvinder	16-44 år	52,1
	45-64 år	36,9
	65+ år	14,5
	I alt	36,0
<i>Antal svarpersoner</i>		<i>1283</i>

#### 5.9.4 Ændring af motionsvaner

Det fremgår af tabel 5.14, at gennemsnittet, for hvor vigtigt borgerne synes, det er, at ændre motionsvaner, er 7,49. Der er forskel på, hvor vigtigt det er at ændre motionsvaner i forhold til borgernes fysiske aktivitet i fritiden. Gennemsnittet er markant højere blandt borgere, der ikke har stillesiddende fritidsaktivitet i forhold til borgere, der har stillesiddende fritidsaktivitet.

Tabel 5.14 Gennemsnit af hvor vigtigt borgerne synes, det er at ændre motionsvaner.

		Gennemsnit	Antal
I alt		7,49	1231
Køn	Mænd	7,42	536
	Kvinder	7,55	695
Alder	16-24 år	7,59	91
	25-44 år	7,53	326
	45-64 år	7,68	498
	65 + år	7,14	316
Stillesiddende fritidsaktivitet (*)	Ja	5,28	126
	Nej	7,75	1105

\* markerer statistisk signifikans

Som det fremgår af tabel 5.14, 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 5.15). Næsten hver anden mand ønsker ikke hjælp, hvor det blot er tilfældet for 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 mulighed for at gøre det sammen med andre eller mulighed for motion på arbejdspladsen.

Tabel 5.15 Forskellige former for hjælp og støtte til at ændre motionsvaner (Procent).

	Mænd	Kvinder	I alt
Gratis motionstilbud (fx "motion på recept")	22,6	27,7	25,5
Mulighed for motion på min arbejdsplads	14,3	21,5	18,4
Kortere afstand til idrætsfaciliteter	8,1	12,9	10,8
Hjælp og støtte fra min familie	9,0	10,7	10,0
Mulighed for at gøre det sammen med andre	18,8	27,4	23,7
Hjælp fra min praktiserende læge	4,2	5,1	4,7
Hjælp fra andet sundhedspersonale	2,4	2,9	2,7
Træningen kan foregå i mit hjem	8,1	13,0	10,9
Ønsker ikke hjælp	48,8	35,1	41,0
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>553</i>	<i>730</i>	<i>1283</i>

Det fremgår af tabel 5.16, at der er en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der er villig til at betale for hjælp til at ændre motionsvaner, idet 44,8 % af kvinderne og kun 32,9 % af mændene er villige til at betale. Andelen af borgere, der er villige til at betale for at ændre motionsvaner, falder med stigende alder.

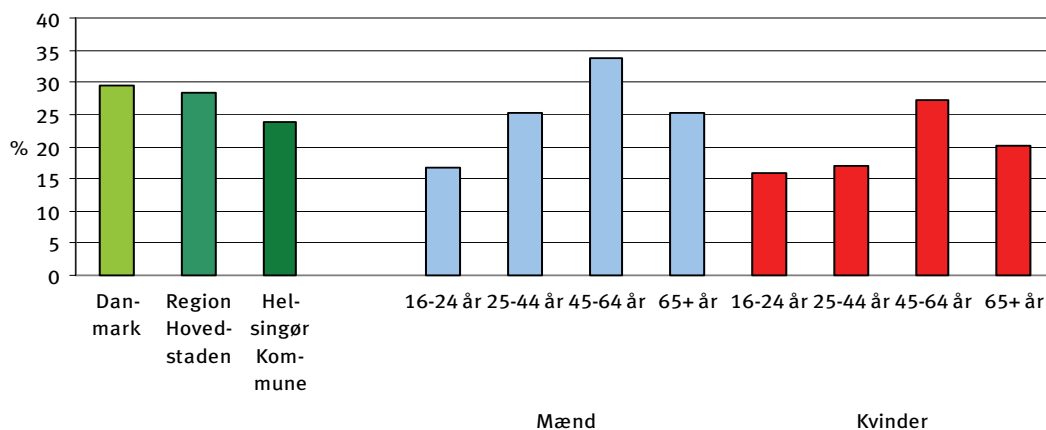
Tabel 5.16 Andel, der er villig til at betale for hjælp til at ændre motionsvaner (Procent).

Mænd	16-44 år	48,6
	45-64 år	27,9
	65+ år	21,9
	I alt	32,9
Kvinder	16-44 år	58,2
	45-64 år	47,4
	65+ år	23,8
	I alt	44,8
<i>Antal svarpersoner</i>		<i>1283</i>

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
	Helsingør Kommune	24,5	23,9		1283
Mænd	16-24 år	16,7		-	48
	25-44 år	25,2			131
	45-64 år	33,8		+	219
	65+ år	25,2			155
	Mænd i alt	27,8			553
Kvinder	16-24 år	15,9		-	44
	25-44 år	17,0		-	200
	45-64 år	27,3			293
	65+ år	20,2		-	193
	Kvinder i alt	21,9			730
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	33,5	49,0	+	173
	Mellemlang	32,2	31,4	+	345
	Lang	18,6	18,2		581
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	10,4			48
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	23,5	23,6		693
	Ikke erhvervsaktiv	30,7	35,8	+	238
Civilstand	Gift	20,8	19,6		753
	Samlevende	27,8	28,5	+	151
	Enlig (separeret, skilt)	47,2	44,1	+	123
	Enlig (ugift)	23,7	24,8		139
	Enlig (enkestand)	24,1			83
Bopæl	Helsingør	26,4	26,2		738
	Espergærde	23,6	21,4		301
	Hornbæk	19,7	18,6	-	244

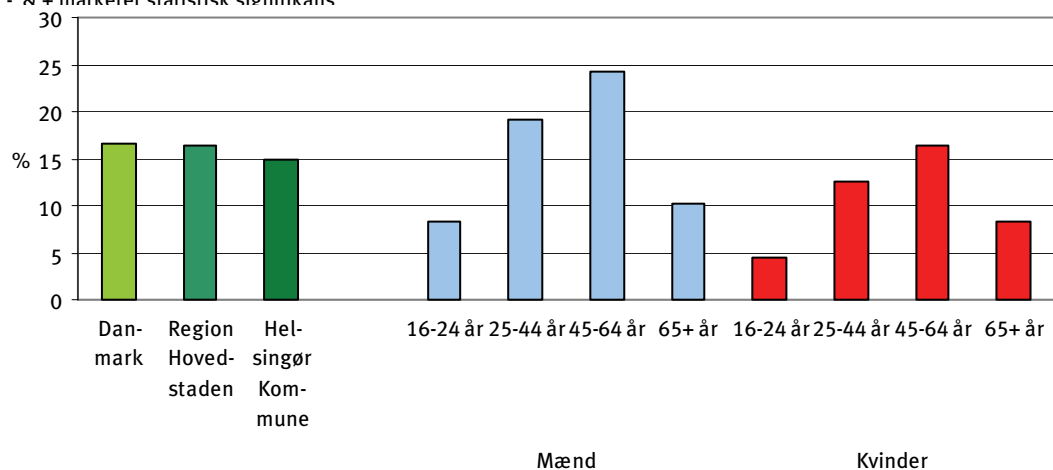
- &amp; + markerer statistisk signifikans



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
	Helsingør Kommune	14,7	14,9		1283
Mænd	16-24 år	8,3	-		48
	25-44 år	19,1			131
	45-64 år	24,2	+		219
	65+ år	10,3	-		155
	Mænd i alt	17,7			553
Kvinder	16-24 år	4,5	-		44
	25-44 år	12,5			200
	45-64 år	16,4			293
	65+ år	8,3	-		193
	Kvinder i alt	12,5			730
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	22,0	41,7	+	173
	Mellemlang	19,4	20,2	+	345
	Lang	11,0	10,9		581
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	6,3			48
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	15,9	16,4		693
	Ikke erhvervsaktiv	19,7	25,1	+	238
Civilstand	Gift	12,5	12,1		753
	Samlevende	16,6	17,2		151
	Enlig (separeret, skilt)	27,6	29,8	+	123
	Enlig (ugift)	19,4	20,7	+	139
	Enlig (enkestand)	8,4			83
Bopæl	Helsingør	16,5	16,9		738
	Espergærde	13,6	13,0		301
	Hornbæk	10,7	10,6	-	244

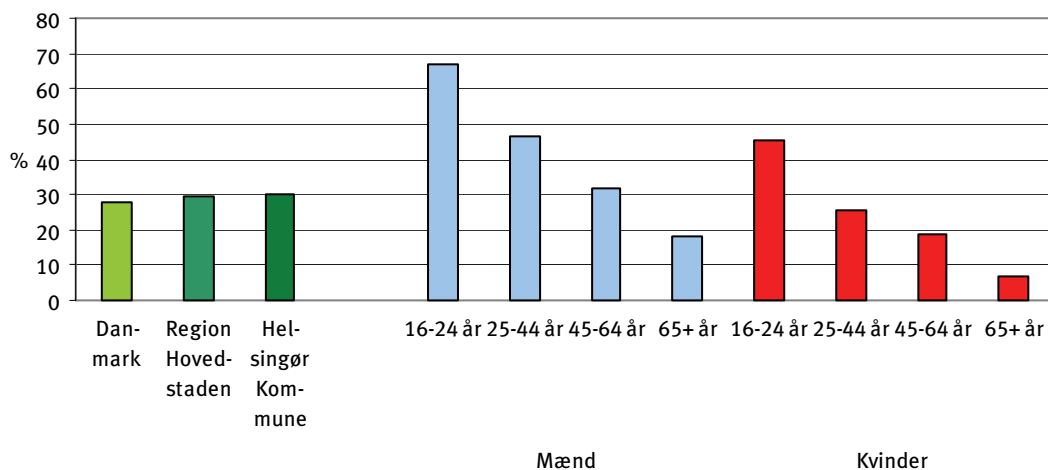
- &amp; + markerer statistisk signifikans



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
	Helsingør Kommune	25,6	30,3		1283
Mænd	16-24 år	66,7		+	48
	25-44 år	46,6		+	131
	45-64 år	31,5		+	219
	65+ år	18,1			155
	Mænd i alt	34,4			553
Kvinder	16-24 år	45,5		+	44
	25-44 år	25,5		+	200
	45-64 år	18,8			293
	65+ år	6,7		-	193
	Kvinder i alt	19,0			730
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	8,7	10,9	-	173
	Mellemlang	25,2	28,9		345
	Lang	28,1	29,3		581
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	18,8			48
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	32,6	33,3		693
	Ikke erhvervsaktiv	26,1	21,3		238
Civilstand	Gift	26,3	29,5		753
	Samlevende	26,5	25,2		151
	Enlig (separeret, skilt)	14,6	22,6		123
	Enlig (ugift)	37,4	27,8		139
	Enlig (enkestand)	13,3			83
Bopæl	Helsingør	22,8	27,2		738
	Espergærde	27,2	31,1		301
	Hornbæk	32,4	39,0	+	244

- &amp; + markerer statistisk signifikans

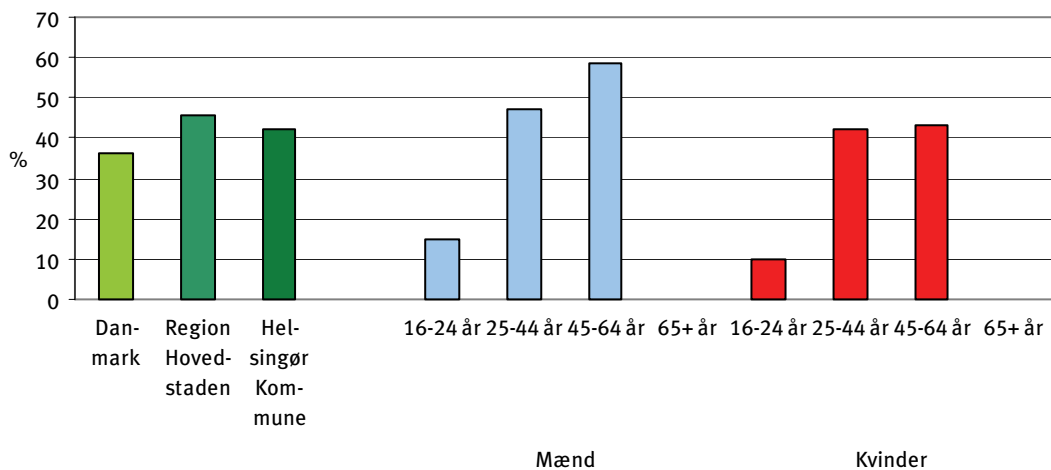




Standardtabel 5.4. Andel med stillesiddende arbejde i hovedbeskæftigelsen.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	39,1	36,5	-	7969
	Region Hovedstaden	49,9	45,8		1642
	Helsingør Kommune	45,9	42,2		665
Mænd	16-24 år	15,0		-	20
	25-44 år	47,1			119
	45-64 år	58,4		+	161
	65+ år				
	Mænd i alt	51,0			300
Kvinder	16-24 år	10,0		-	10
	25-44 år	42,0			162
	45-64 år	43,0			193
	65+ år				
	Kvinder i alt	41,6			365
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	12,2	11,1	-	41
	Mellemlang	39,9	39,3	-	173
	Lang	54,9	54,4		390
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	52,0			25
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv				
	Ikke erhvervsaktiv				
Civilstand	Gift	51,0	50,6		418
	Samlevende	34,7	34,6	-	101
	Enlig (separeret, skilt)	50,0	45,0		62
	Enlig (ugift)	28,8	31,3	-	66
	Enlig (enkestand)	50,0			8
Bopæl	Helsingør	40,1	39,7		372
	Espergærde	57,1	55,4	+	163
	Hornbæk	48,5	47,3		130

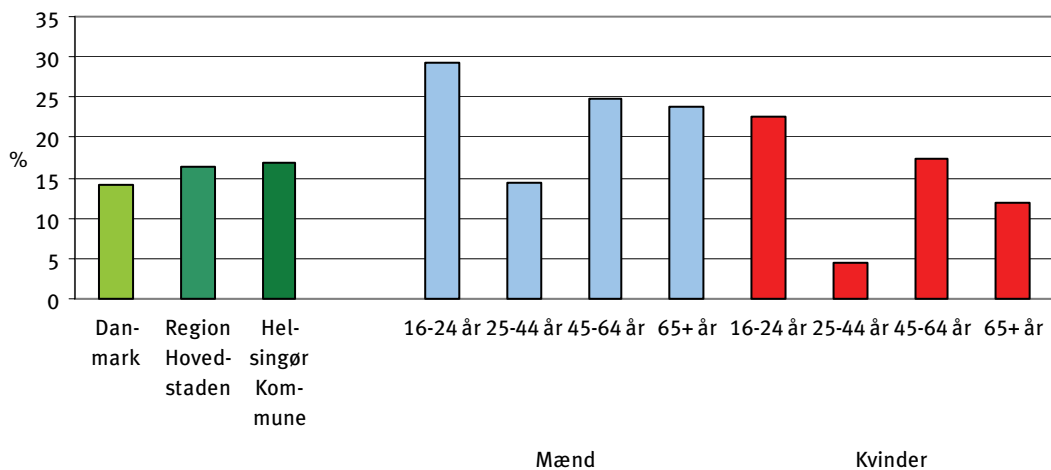
- &amp; + markerer statistisk signifikans



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
	Helsingør Kommune	16,9	16,8		1283
Mænd	16-24 år	29,2		+	48
	25-44 år	14,5			131
	45-64 år	24,7		+	219
	65+ år	23,9		+	155
	Mænd i alt	22,4			553
Kvinder	16-24 år	22,7			44
	25-44 år	4,5		-	200
	45-64 år	17,4			293
	65+ år	11,9		-	193
	Kvinder i alt	12,7			730
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	12,7	19,4		173
	Mellemlang	19,1	18,1		345
	Lang	16,0	15,4		581
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	18,8			48
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	15,2	14,6		693
	Ikke erhvervsaktiv	21,8	18,8		238
Civilstand	Gift	17,4	14,1		753
	Samlevende	18,5	18,5		151
	Enlig (separeret, skilt)	13,0	11,2		123
	Enlig (ugift)	22,3	21,7	+	139
	Enlig (enkestand)	9,6			83
Bopæl	Helsingør	14,9	14,6		738
	Espergærde	18,6	17,7		301
	Hornbæk	20,9	21,5	+	244

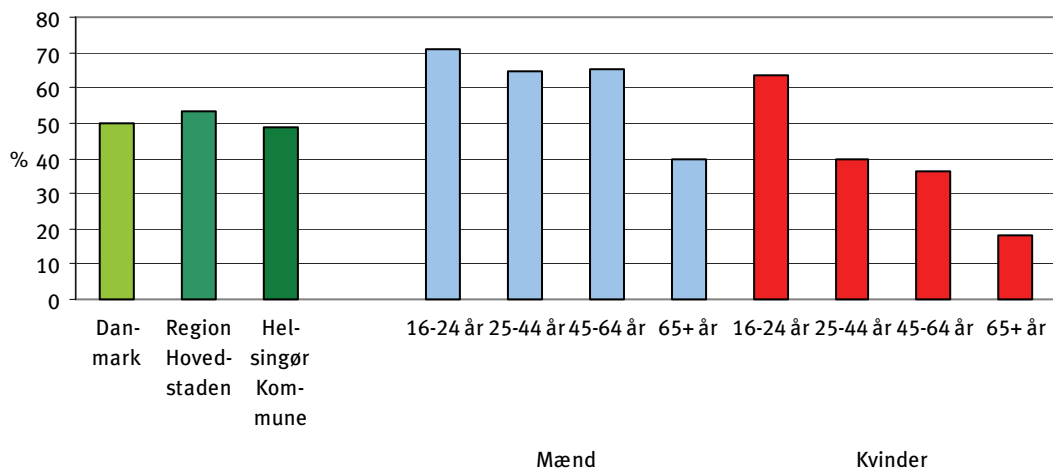
- &amp; + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 5.6. Andel der mindst en gang inden for den seneste måned har drukket 5 genstande eller mere.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	48,7	50,0	14566
	Region Hovedstaden	52,0	53,1 +	2923
	Helsingør Kommune	44,7	49,0	1283
Mænd	16-24 år	70,8	+ 48	48
	25-44 år	64,9	+ 131	131
	45-64 år	65,3	+ 219	219
	65+ år	40,0	155	155
	Mænd i alt	58,6	553	553
Kvinder	16-24 år	63,6	+ 44	44
	25-44 år	39,5	200	200
	45-64 år	36,5	293	293
	65+ år	18,1	- 193	193
	Kvinder i alt	34,1	730	730
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	30,1	39,6	173
	Mellemlang	46,4	48,4	345
	Lang	47,3	48,2	581
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	43,8	48	48
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	51,9	52,8	693
	Ikke erhvervsaktiv	48,7	50,2	238
Civilstand	Gift	45,7	47,1	753
	Samlevende	51,7	52,0	151
	Enlig (separeret, skilt)	37,4	38,6	123
	Enlig (ugift)	55,4	48,6	139
	Enlig (enkestand)	18,1	83	83
Bopæl	Helsingør	43,8	48,0	738
	Espergærde	46,2	51,0	301
	Hornbæk	45,5	50,1	244

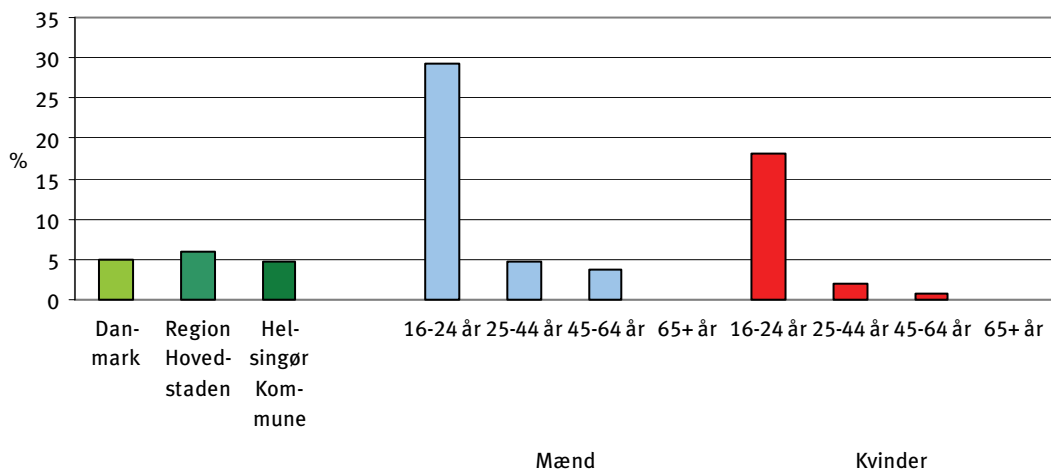
- &amp; + markerer statistisk signifikans



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	
	Helsingør Kommune	3,3	4,8	1283	
Mænd	16-24 år	29,2	+	48	
	25-44 år	4,6		131	
	45-64 år	3,7		219	
	65+ år	0,0		155	
	Mænd i alt	5,1		553	
Kvinder	16-24 år	18,2	+	44	
	25-44 år	2,0		200	
	45-64 år	0,7		293	
	65+ år	0,0		193	
	Kvinder i alt	1,9		730	
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	1,7	4,1	173	
	Mellemlang	2,3	3,0	345	
	Lang	1,5	1,8	581	
	Skoleelev/anden skoleuddannelse				
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	3,0	1,9	693	
	Ikke erhvervsaktiv	8,8	12,5	+	238
Civilstand	Gift	1,2	1,4	753	
	Samlevende	5,3	4,8	+	151
	Enlig (separeret, skilt)	2,4	4,2		123
	Enlig (ugift)	15,1	11,2	+	139
	Enlig (enkestand)				
Bopæl	Helsingør	3,1	4,5	738	
	Espergærde	3,3	4,9	301	
	Hornbæk	3,7	5,0	244	

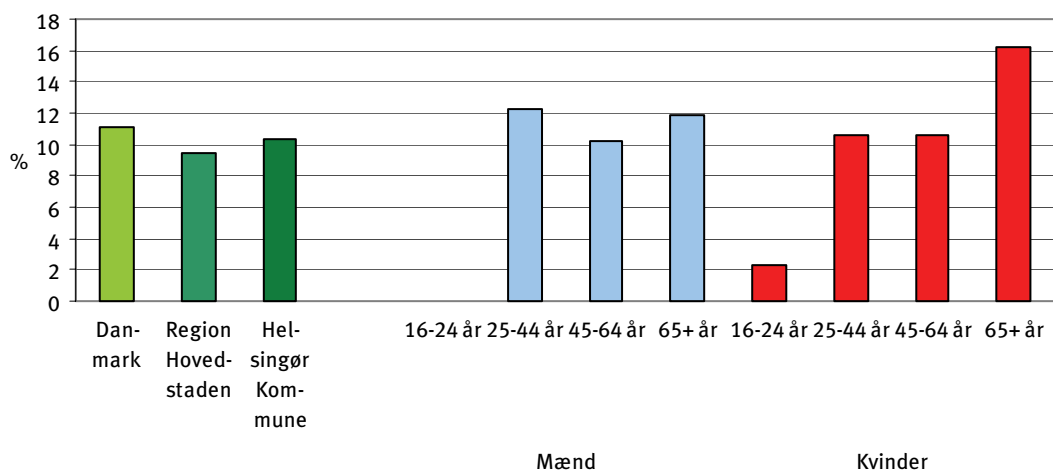
- &amp; + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 5.8. Andel med svær overvægt.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	11,4	11,1		14487
	Region Hovedstaden	9,6	9,5		2907
	Helsingør Kommune	11,0	10,4		1248
Mænd	16-24 år	0,0			46
	25-44 år	12,2			131
	45-64 år	10,2			215
	65+ år	11,9			151
	Mænd i alt	10,3			543
Kvinder	16-24 år	2,3		-	44
	25-44 år	10,6			198
	45-64 år	10,6			284
	65+ år	16,2		+	179
	Kvinder i alt	11,5			705
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	16,6	19,6	+	163
	Mellemlang	14,5	15,0	+	338
	Lang	8,5	9,0		574
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	8,3			48
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	9,9	10,5		686
	Ikke erhvervsaktiv	9,5	13,0		231
Civilstand	Gift	10,3	9,9		737
	Samlevende	10,8	10,9		148
	Enlig (separeret, skilt)	15,3	12,7		118
	Enlig (ugift)	10,9	15,5		138
	Enlig (enkestand)	10,5			76
Bopæl	Helsingør	13,2	12,6		717
	Espergærde	8,6	7,4	-	292
	Hornbæk	7,1	6,5	-	239

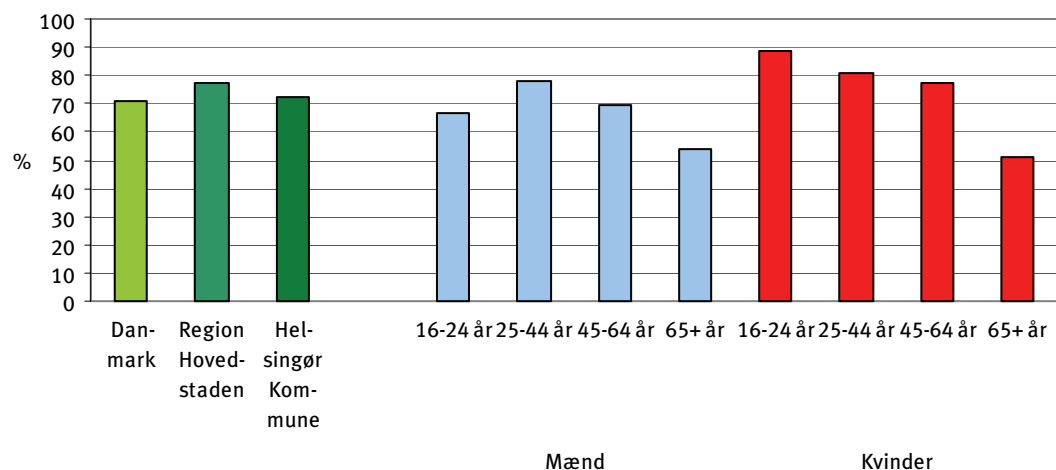
- &amp; + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 5.9 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
	Helsingør Kommune	69,8	72,0		1283
Mænd	16-24 år	66,7		-	48
	25-44 år	77,9			131
	45-64 år	69,4		-	219
	65+ år	54,2		-	155
	Mænd i alt	66,9			553
Kvinder	16-24 år	88,6		+	44
	25-44 år	81,0			200
	45-64 år	77,1			293
	65+ år	50,8		-	193
	Kvinder i alt	71,9			730
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	45,1	50,0	-	173
	Mellemlang	68,1	70,5	-	345
	Lang	77,8	76,9		581
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	75,0			48
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	78,8	78,6		693
	Ikke erhvervsaktiv	69,7	71,6		238
Civilstand	Gift	71,3	74,3		753
	Samlevende	75,5	75,0		151
	Enlig (separeret, skilt)	69,1	70,2		123
	Enlig (ugift)	71,9	66,2		139
	Enlig (enkestand)	51,8			83
Bopæl	Helsingør	69,0	71,3		738
	Espergærde	65,8	68,4		301
	Hornbæk	77,0	79,4	+	244

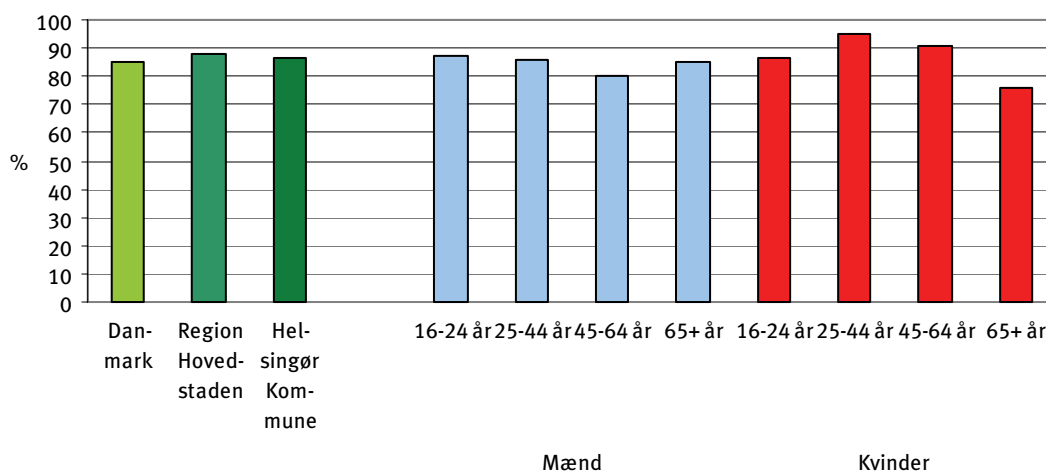
- &amp; + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 5.10. 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
	Helsingør Kommune	85,9	86,3		1283
Mænd	16-24 år	87,5			48
	25-44 år	85,5	-		131
	45-64 år	80,4	-		219
	65+ år	85,2	-		155
	Mænd i alt	83,5			553
Kvinder	16-24 år	86,4			44
	25-44 år	95,0	+		200
	45-64 år	90,8			293
	65+ år	75,6	-		193
	Kvinder i alt	87,7			730
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	69,4	59,2	-	173
	Mellemlang	84,9	86,0	-	345
	Lang	92,4	91,9		581
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	91,7			48
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	89,5	89,3		693
	Ikke erhvervsaktiv	84,9	80,8		238
Civilstand	Gift	88,3	89,9		753
	Samlevende	85,4	85,9		151
	Enlig (separeret, skilt)	85,4	86,3		123
	Enlig (ugift)	84,9	84,7		139
	Enlig (enkestand)	73,5			83
Bopæl	Helsingør	83,9	84,1		738
	Espergærde	87,0	87,0		301
	Hornbæk	90,6	91,3	+	244

- &amp; + markerer statistisk signifikans







## Kapitel 6

# Sociale relationer

Dette kapitel handler om sociale relationer, og hvorledes disse påvirker helbredet. Undersøgelser har vist, at personer med stærke sociale relationer i mindre grad bliver syge, og hvis de bliver syge, kommer de sig hurtigere efter deres sygdom, og de har mindre risiko for at dø tidligt end personer med svage sociale relationer. Hvert år indtræffer 1000-1500 dødsfald relateret til svage sociale relationer, hvilket svarer til ca. 2 % af alle dødsfald. Mænd med svage sociale relationer dør i gennemsnit tre år for tidligt, mens kvinder med svage sociale relationer i gennemsnit dør to år for tidligt. Endvidere kan personer med svage sociale relationer forvente færre kvalitetsjusterede leveår<sup>2</sup> end personer med stærke sociale relationer (1). I de omtalte undersøgelser er personer med svage sociale relationer defineret som personer, der sjældent eller aldrig træffer familie eller personer, der ikke regner med at få hjælp af andre i tilfælde af sygdom.

Forklaringen på sammenhængen mellem sociale relationer og hhv. sygdom og død er formentlig en kombination af flere faktorer. Gennem sociale relationer kan borgerne få praktisk hjælp og støtte, fx hvis de bliver syge. Dette er belyst ved at spørge borgerne om, hvorvidt de regner med at kunne få hjælp fra andre til praktiske problemer i tilfælde af sygdom. Dette belyses senere i standardtabel 6.4. Sociale relationer kan desuden fungere som støtte, hvis borgerne bliver trængte eller pressede, og derved kan de sociale relationer beskytte mod de skadelige virkninger af fx stress. Endvidere kan et manglende socialt netværk virke stressende og dermed øges modtageligheden overfor sygdomme (2). Der er således tale om direkte fysiologiske påvirkninger. I Sundhed i Helsingør 2006 er dette belyst ved at spørge borgerne om, hvorvidt de nogensinde er alene, selvom de egentlig havde mest lyst til at være sammen med andre. Dette beskrives i standardtabel 6.3. Endvidere lærer borgerne af de sociale relationer, som de er en del af. Hvis borgerne eksempelvis har sociale relationer med hensigtsmæssige sundhedsvaner, kan det betyde, at de ændrer deres sundhedsadfærd i positiv retning og derved får sunde vaner og lærer at handle hensigtsmæssigt, hvis de bliver belastede eller syge. Det er gennem de gode sociale relationer, at borgerne lærer at håndtere svære situationer og få kontrol over tilværelsen. Sociale netværk kan også være forum for udveksling af viden og kundskaber<sup>3</sup>. Omfanget af de sociale relationer er belyst ved at spørge borgerne om, hvor ofte de træffer hhv. familie samt venner og bekendte. Dette beskrives i standardtabel 6.1 og 6.2.

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, som de kan være en ressource. Sociale relationer kan være en barriere i den forstand, at mennesker ikke alene har mulighed for at støtte hinanden, men også kan 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. Igennem de senere år har flere undersøgelser sat fokus på disse aspekter af sociale relationer (3).

De sociale relationer kan beskrives ved hhv. en strukturel og en funktionel dimension (4). Det strukturelle aspekt dækker primært over, hvor mange og hvilke personer borgeren har kon-

<sup>2</sup> Kvalitetsjusteret leveår er en indikator, der kombinerer dødelighed og helbredsstatus, og hvor levetiden justeres for om helbredet er mere eller mindre perfekt.

takt med dvs. den kvantitative del af de sociale relationer. Det funktionelle aspekt udgør den form for støtte, en person modtager fra sit netværk, dvs. den kvalitative del af de sociale relationer. I denne undersøgelse belyses det strukturelle aspekt ud fra to spørgsmål om, hvor ofte borgeren træffer hhv. familie og venner. Det funktionelle aspekt belyses ud fra spørgsmålene, om borgeren ofte føler sig uønsket alene, og om borgeren i tilfælde af sygdom kan forvente at få hjælp til praktiske problemer. I de efterfølgende standardtabeller fokuseres på andelen med svage sociale relationer.

## Det strukturelle 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 hjælpe i tilfælde af sygdom. Desuden kan kontakten til familien være afgørende for, om borgeren 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 Helsingør Kommune end i Region Hovedstaden og i Danmark som helhed, der træffer deres familie sjældnere end en gang om måneden. Både blandt kvinder og mænd ses den mindste andel i den yngste aldersgruppe. Blandt mænd ses den største andel af borgere, der træffer deres familie sjældnere end en gang om måneden, i aldersgruppen 45-64 år, mens den største andel blandt kvinderne ses i aldersgruppen 25-44 år.

Venner og bekendte er ligeledes en vigtig del af de sociale relationer. Der er derfor også spurgt til, hvor ofte borgerne i Helsingør Kommune 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 Helsingør Kommune end i Region Hovedstaden og Danmark som helhed. Der er en mindre andel i den yngste aldersgruppe end blandt de resterende aldersgrupper, der angiver, at de sjældnere end en gang om måneden ser venner og bekendte.

De to tidligere omtalte spørgsmål er specifikt rettet mod enten venner eller familie, og de siger dermed ikke nødvendigvis særligt meget om, hvor meget social kontakt Helsingør Kommunes borgere reelt har. Selvom en borger har angivet, at vedkommende ikke har nærværdig 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. Derudover 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 borgeren modtager hjælp og støtte dvs. kvaliteten af de sociale relationer.

## Det funktionelle aspekt

For at belyse det funktionelle aspekt, blev der derfor spurgt om, 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 borgerne 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 Helsingør Kommune er der en større andel, der er uønsket alene, end i Region Hovedstaden og Danmark som helhed. Andelen af borgere, der er uønsket alene, er størst blandt kvinder i alderen

65+ år. Der er en større andel blandt ikke erhvervsaktive, der er uønsket alene, end blandt 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 større andel af borgere, der ikke regner med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom, i Helsingør Kommune end i Region Hovedstaden og Danmark som helhed og der er en større andel blandt kvinder end blandt mænd. Blandt kvinder ses den største andel i den yngste aldersgruppe, mens der blandt mænd ses den omvendte tendens. I forhold til uddannelsesniveau er der blandt borgere med en kort uddannelse en større andel, der ikke regner med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom, end blandt borgere med en lang uddannelse. Andelen af borgere, der ikke regner med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom, er mindre blandt erhvervsaktive end blandt ikke erhvervsaktive. Endvidere er der en større andel, der ikke regner med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom, blandt borgere, der er enlige (separerede, skilte), end blandt borgere, der er gifte. Andelen af borgere i Espergærde og Hornbæk, der ikke regner med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom, er mindre end i Helsingør.

Andelen af borgere, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt i forhold til, om de regner med at kunne få hjælp fra andre i tilfælde af sygdom, fremgår af tabel 6.1. Det ses, 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 75,6 % af borgerne i Helsingør at have et virkelig godt eller godt helbred. Blandt borgere, der ikke regner med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom, er det kun 41,9 % af borgerne, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt.

Tabel 6.1. Andel 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).

		Virkelig godt eller godt selvvurderet helbred
Regner med at kunne få praktisk hjælp af andre i tilfælde af sygdom	- ja, helt sikkert	75,6
	- ja, måske	61,2
	- nej	41,9
<i>Antal svarpersoner</i>		<i>1283</i>

Af tabel 6.2 fremgår andelen af borgere, der vurderer eget helbred som virkelig godt eller godt, i forhold til, hvorvidt de er uønsket alene. Den samme tendens som i tabel 6.1 gør sig gældende. Der er en større andel, der har et virkelig godt eller godt selvvurderet helbred blandt borgere, der sjældent eller aldrig er uønsket alene, end blandt borgere, der ofte eller engang imellem er uønsket alene.

Tabel 6.2. Andel der vurderer eget helbred som virkelig godt eller godt i forhold til, hvorvidt de er uønsket alene (Procent).

		Virkelig godt eller godt selvvurderet helbred
Føler sig ofte uønsket alene	- ja, ofte	31,0
	- ja, en gang imellem	54,5
	- ja, men sjældent	73,9
	- aldrig	75,3
<i>Antal svarpersoner</i>		<i>1283</i>

Andelen af borgere, der ofte er uønsket alene i forhold til, hvor ofte de træffer familie og venner vises i tabel 6.3. Blandt borgere, der sjældnere end en gang om måneden træffer familie og venner, er der i alle aldersgrupper en større andel, der ofte føler sig uønsket alene end blandt borgere, der oftere end en gang om måneden træffer familie og venner. Blandt borgere, der sjældnere end en gang om måneden træffer familie, stiger andelen, der ofte er uønsket alene, med alderen, mens der blandt borgere, der oftere end en gang om måneden træffer familie, er en nogenlunde konstant andel i alle aldersgrupper. Denne tendens gør sig også gældende for borgere, der træffer venner oftere end en gang om måneden. Blandt borgere, der træffer venner sjældnere, end en gang om måneden er andelen, der ofte er uønsket alene, størst i den yngste aldersgruppe.

Tabel 6.3 Andel der ofte er uønsket alene i forhold til, hvor ofte de træffer familie og venner.

		Andel, der ofte er uønsket alene		
		16-44 år	45-64 år	65+ år
Træffer familie	- sjældnere end en gang om måneden	27,5	40,5	53,6
	- oftere end en gang om måneden	20,6	17,1	19,1
Træffer venner	- sjældnere end en gang om måneden	40,5	30,2	27,3
	- oftere end en gang om måneden	19,4	17,7	21,3
<i>Antal svarpersoner</i>		<i>423</i>	<i>512</i>	<i>348</i>

Tabel 6.4 viser andelen af borgere, der ikke regner med at få praktisk hjælp i tilfælde af sygdom, i forhold til hvor ofte de træffer familie og venner. I alle aldersgrupper er andelen, der ikke regner med at kunne få praktisk hjælp i tilfælde af sygdom, større blandt borgere, der sjældnere end gang om måneden træffer familie og venner, end blandt borgere, der oftere end en gang om måneden træffer familie og venner. Blandt borgere, der oftere end en gang om måneden træffer familie, stiger andelen, der ikke regner med at kunne få praktisk hjælp i tilfælde af sygdom, med stigende alder. Den samme tendens ses blandt borgere, der oftere en gang om måneden træffer venner eller bekendte. Blandt borgere, der sjældnere end gang om måneden træffer familie, er andelen, der ikke regner med at kunne få praktisk hjælp i tilfælde af sygdom, størst i den ældste aldersgruppe. Andelen af borgere, der sjældnere end en gang om måneden træffer venner eller bekendte, falder med stigende alder.

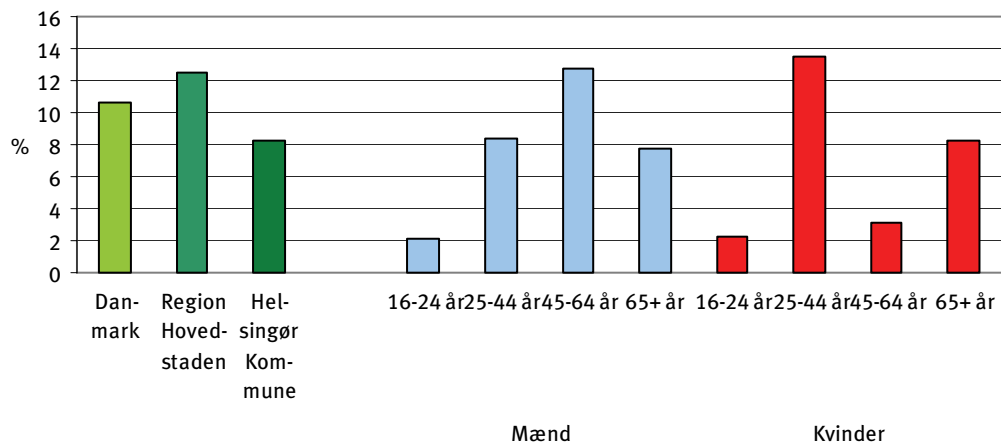
Tabel 6.4 Andel der ikke kan få praktisk hjælp i tilfælde af sygdom i forhold til, hvor ofte de træffer familie og venner opgjort særskilt på aldersgrupper (Procent).

		Andel, der ikke kan få praktisk hjælp i tilfælde af sygdom		
		16-44 år	45-64 år	65+ år
Træffer familie	- sjældnere end en gang om måneden	22,5	24,3	46,4
	- oftere end en gang om måneden	2,9	6,3	10,3
Træffer venner	- sjældnere end en gang om måneden	29,7	20,9	15,2
	- oftere end en gang om måneden	2,3	6,4	13,0
<i>Antal svarpersoner</i>		<i>423</i>	<i>512</i>	<i>348</i>

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
	Helsingør Kommune	8,2	8,3		1283
Mænd	16-24 år	2,1			48
	25-44 år	8,4		+	131
	45-64 år	12,8		+	219
	65+ år	7,7		+	155
	Mænd i alt	9,4			553
Kvinder	16-24 år	2,3			44
	25-44 år	13,5		+	200
	45-64 år	3,1			293
	65+ år	8,3		+	193
	Kvinder i alt	7,3			730
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	7,5	12,6		173
	Mellemlang	7,0	7,0		345
	Lang	9,0	9,0		581
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	27,1			48
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	8,5	9,0		693
	Ikke erhvervsaktiv	7,6	12,5		238
Civilstand	Gift	7,7	9,0		753
	Samlevende	4,0	4,2		151
	Enlig (separeret, skilt)	9,8	13,2		123
	Enlig (ugift)	11,5	13,6		139
	Enlig (enkestand)	10,8			83
Bopæl	Helsingør	8,3	8,0		738
	Espergærde	7,3	7,8		301
	Hornbæk	9,0	9,3		244

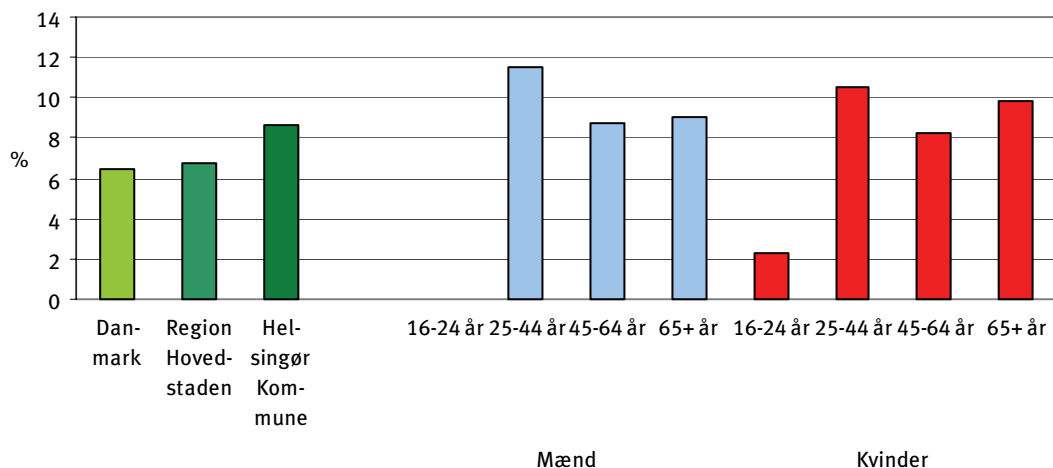
- &amp; + markerer statistisk signifikans



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
	Helsingør Kommune	8,8	8,6	1283
Mænd	16-24 år	0,0		48
	25-44 år	11,5		131
	45-64 år	8,7		219
	65+ år	9,0		155
	Mænd i alt	8,7		553
Kvinder	16-24 år	2,3		44
	25-44 år	10,5		200
	45-64 år	8,2		293
	65+ år	9,8		193
	Kvinder i alt	8,9		730
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	9,8	9,8	173
	Mellemlang	9,3	8,5	345
	Lang	8,4	8,9	581
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	25,0		48
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	8,9	9,6	693
	Ikke erhvervsaktiv	7,6	8,9	238
Civilstand	Gift	10,4	10,9	753
	Samlevende	7,3	7,7	151
	Enlig (separeret, skilt)	8,1	9,4	123
	Enlig (ugift)	5,8	5,8	139
	Enlig (enkestand)	6,0		83
Bopæl	Helsingør	8,7	8,2	738
	Espergærde	8,3	8,3	301
	Hornbæk	9,8	9,9	244

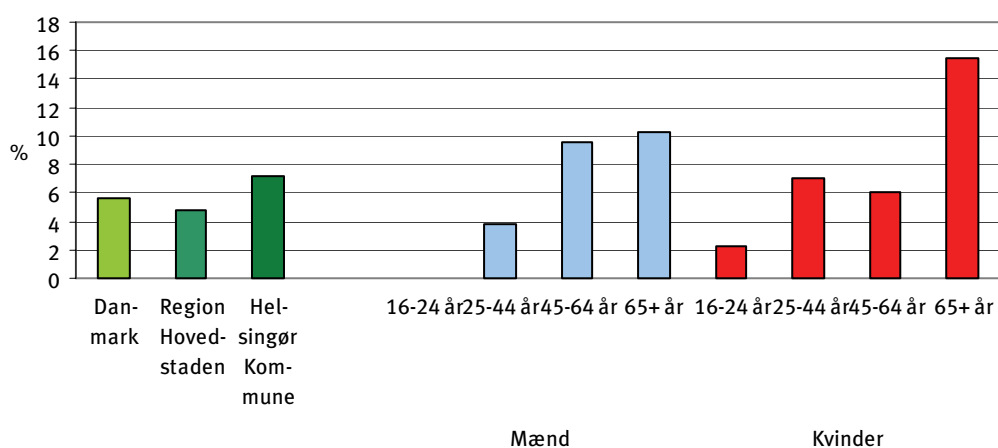
- &amp; + markerer statistisk signifikans



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

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	5,8	5,6	-	14566
	Region Hovedstaden	4,8	4,7	-	2923
	Helsingør Kommune	8,2	7,2		1283
Mænd	16-24 år	0,0			48
	25-44 år	3,8			131
	45-64 år	9,6			219
	65+ år	10,3		+	155
	Mænd i alt	7,6			553
Kvinder	16-24 år	2,3			44
	25-44 år	7,0			200
	45-64 år	6,1			293
	65+ år	15,5		+	193
	Kvinder i alt	8,6			730
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	13,3	8,0		173
	Mellemlang	9,0	7,7		345
	Lang	5,7	5,7		581
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	18,8			48
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	5,3	5,4		693
	Ikke erhvervsaktiv	9,2	10,5	+	238
Civilstand	Gift	8,4	7,9		753
	Samlevende	4,6	5,7		151
	Enlig (separeret, skilt)	10,6	11,0		123
	Enlig (ugift)	5,8	11,5		139
	Enlig (enkestand)	9,6			83
Bopæl	Helsingør	9,1	8,1		738
	Espergærde	7,0	6,2		301
	Hornbæk	7,0	5,9		244

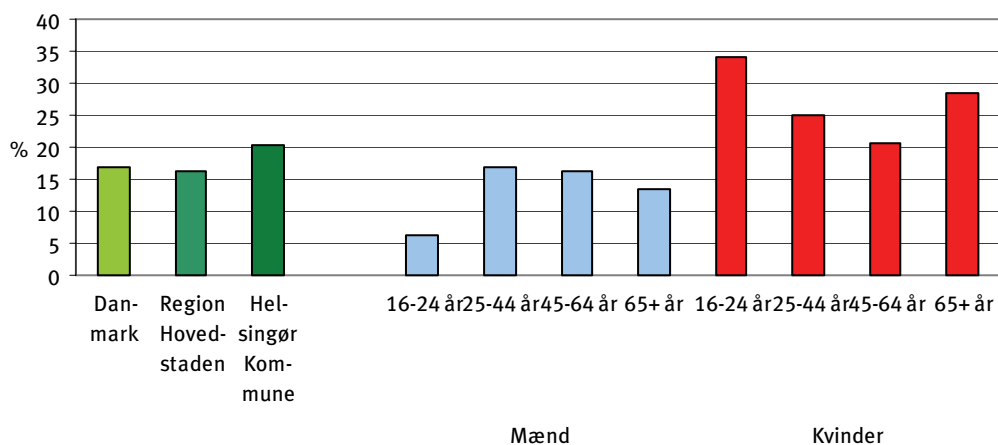
- &amp; + markerer statistisk signifikans



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

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	16,8	17,0	-	14566
	Region Hovedstaden	16,3	16,4	-	2923
	Helsingør Kommune	20,4	20,2		1283
Mænd	16-24 år	6,3		-	48
	25-44 år	16,8			131
	45-64 år	16,4			219
	65+ år	13,5		-	155
	Mænd i alt	14,8			553
Kvinder	16-24 år	34,1		+	44
	25-44 år	25,0			200
	45-64 år	20,5			293
	65+ år	28,5		+	193
	Kvinder i alt	24,7			730
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	30,1	32,3	+	173
	Mellemlang	19,7	19,5		345
	Lang	17,0	17,6		581
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	27,1			48
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	16,5	16,8		693
	Ikke erhvervsaktiv	30,3	31,3	+	238
Civilstand	Gift	11,4	11,8		753
	Samlevende	17,2	16,7		151
	Enlig (separeret, skilt)	43,9	47,3	+	123
	Enlig (ugift)	33,8	36,0	+	139
	Enlig (enkestand)	41,0			83
Bopæl	Helsingør	24,0	23,3		738
	Espergærde	15,6	16,3	-	301
	Hornbæk	15,6	15,6	-	244

- &amp; + markerer statistisk signifikans





## 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, sygefravær, samt passiv rygning. Sygefravær er yderligere beskrevet i kapitel 3 (Sygelighed og konsekvenser af sygdom) og fysisk aktivitet i hovedbeskæftigelsen er beskrevet i kapitel 5 (Sundhedsadfærd).

#### 7.1 Psykosocialt arbejdsmiljø

Det psykosociale arbejdsmiljø handler om sammenhængen mellem arbejdsmæssige forhold og de erhvervsaktives 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. Tabel 7.1 viser forekomsten af helbredsrisici i det psykosociale arbejdsmiljø. Den hyppigst nævnte psykiske arbejdsmiljøbelastning er oplevelsen af manglende støtte fra den nærmeste overordnede, idet 42,6 % angiver, at de kun sommetider, sjældent eller aldrig får støtte fra deres nærmeste overordnede. Dette er højere end Region Hovedstaden (33,0 %) og i Danmark som helhed (34,6 %).

Tabel 7.1 Forekomst af helbredsrisici i det psykosociale arbejdsmiljø. Blandt erhvervsaktive i alderen 16-24 år (Procent).

	Helsingør Kommune	Region Hovedstaden	Danmark
Andel der:			
- altid eller ofte ikke når alle sine arbejdsopgaver	24,3	30,8	28,2
- kun sommetider, sjældent eller aldrig har indflydelse på, hvad de laver	17,4	14,1	15,5
- kun sommetider, sjældent eller aldrig får støtte fra deres nærmeste overordnede	42,6	33,0	34,6
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>765</i>	<i>1642</i>	<i>7969</i>

#### 7.2 Fysisk 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 samt arbejde i bøjede/forvredne arbejdsstillinger (tabel 7.2). Andelen, der arbejder i bøjede/forvredne stillinger og andelen, der løfter/bærer tunge byrder er større i Helsingør Kommune end i Region Hovedstaden.

Tabel 7.2 Forekomst af helbredsrisici i det fysiske arbejdsmiljø. Blandt erhvervsaktive i alderen 16-64 år (Procent).

	Helsingør Kommune	Region Hoved- staden	Danmark
Andel der to eller flere dage om ugen er udsat for:			
- arbejde i bøjede/forvredne arbejdsstillinger	36,3	27,8	32,2
- mange gentagne og ensidige bevægelser	37,5	38,4	38,1
- at løfte/bære tunge byrder (mindst 10 kg)	28,0	23,3	31,9
- støj, så man må hæve stemmen, hvis man skal tale med andre	28,2	30,5	33,1
- andre belastende fysiske forhold	17,1	-	-
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>765</i>	<i>1642</i>	<i>7969</i>

### 7.3 Sygefravær

Sygefravær kan medføre isolation fra arbejdspladsen og kollegaer samt tab af selvværd og identitet. Det kan endvidere føre til øget arbejdsbelastning for de tilbageværende medarbejdere. Sygefravær har også konsekvenser for virksomheder, det kan bl.a. medføre nedsat produktion og kvalitetsforringelser. Sygefravær er ofte tæt forbundet til både det psykosociale og fysiske arbejdsmiljø. Det fremgår af tabel 7.3, at andelen, der har haft mindst en sygedag inden for de sidste 14 dage, er mindre blandt erhvervsaktive, der altid eller ofte får støtte fra deres overordnede og blandt erhvervsaktive, der altid eller ofte har indflydelse på deres arbejdsopgaver end blandt erhvervsaktive, der sommetider, sjældent eller aldrig har indflydelse på deres arbejdsopgaver og får støtte fra deres overordnede. Der er ingen forskel på andel af erhvervsaktive med mindst en sygedag inden for de sidste 14 dage blandt erhvervsaktive med forskellige former for fysisk aktivitet i hovedbeskæftigelsen og blandt erhvervsaktive med forskellige mængder af arbejdspress.

Tabel 7.3 Andelen, der har haft mindst en sygedag inden for de sidste 14 dage, i forhold til helbredsrisici i arbejdsmiljøet (Procent).

		Mindst en sygedag inden for de seneste 14 dage
Får hjælp og støtte fra overordnet	Sommetider, sjældent eller aldrig	10,6
	Altid eller ofte	6,9
Indflydelse på arbejdsopgaver	Sommetider, sjældent eller aldrig	10,5
	Altid eller ofte	6,5
Når ikke arbejdsopgaver	Altid, ofte eller sommetider	9,3
	Sjældent eller aldrig	8,3
Fysisk aktivitet i hovedbeskæftigelsen	Stillesiddende arbejde	9,3
	Stående eller gående eller hårdere	8,1
<i>Antal svarpersoner</i>		<i>635</i>

## 7.4 Passiv rygning

Passiv rygning udgør et arbejdsmiljømæssigt problem. Hyppige gener er irritation af øjne og slimhinder samt hovedpine. Endvidere kan astma forværres ved passiv rygning, ligesom der er fundet sammenhæng mellem passiv rygning og udviklingen af lungekræft og hjertekarsygdomme. I Regeringens sundhedsprogram er tobaksforebyggelse et vigtigt indsatsområde og herunder prioriteres udviklingen af røgfrie miljøer på arbejdspladsen, således at ingen ufrivilligt udsættes for passiv rygning i deres hverdag (3). Lidt mere end hver anden erhvervsaktive oplyste i år 2000, at der var indført faste regler for rygning på deres arbejdsplads, i år 2005 er der mere end 7 ud af 10, der oplyser dette (2). En ny lov om røgfri miljøer på arbejdspladsen træder i kraft d. 1. april 2007, og den vil fjerne tobaksrøg fra offentlige såvel som private arbejdspladser. Der er dog en række undtagelser i de nye regler, som gør det vigtigt stadig at være opmærksom på området. Blandt erhvervsaktive i Helsingør oplyser 46,1 %, at de altid eller nogle gange er udsat for passiv rygning på deres arbejdsplads, mens det i Danmark kun er 32,4 %, der angiver, at de nogle gange eller altid er udsat for passiv rygning.

Det fremgår af tabel 7.4, at en større andel blandt erhvervsaktive, der aldrig udsat for passiv rygning på arbejdspladsen, end blandt erhvervsaktive, der altid er udsat for passiv rygning, har et godt eller virkelig godt selvvurderet helbred. Der er ingen sammenhæng mellem udsættelse for passiv rygning og hhv. stress og langvarig sygdom.

Tabel 7.4 Forskellige former for helbreds og sygeligheds mål i forhold til passiv rygning på arbejdspladsen (Procent).

	Ofte stresset i dagligdagen	Godt eller virkelig godt selvvurderet helbred	langvarig sygdom
<i>Udsat for passiv rygning på arbejdspladsen</i>			
-Ja, altid	12,5	76,8	32,1
-Ja, af og til	10,6	79,4	31,2
-Nej, aldrig	12,4	83,6	30,6
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>739</i>	<i>739</i>	<i>739</i>



# Litteraturliste

## Kapitel 1

1 Kjølner M, Rasmussen NK, eds. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002.

## Kapitel 2

1 Kristensen TS, Bjørner J, Smith-Hansen L, Borg V, Skov T: Selvvurderet helbred og arbejdsmiljø - Er selvvurderet 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.

3 Davidsen M, Ekholm, Kjølner M. Associated paper: European Conference on Quality and Methodology in Official Statistics (Q2004). Mainz. Germany. May 24-26 2004.

4 Kjølner M: Stress – et folkesundhedsproblem. Ugens tal for folkesundhed uge 5, 2003. Statens Institut for Folkesundhed.

## Kapitel 3

1 Kjølner M, Rasmussen NK, eds. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002.

2 Iversen L, Christensen U. Marginalisering og udstødning på arbejdsmarkedet. I: Iversen L, Kristensen TS, Holstein BE, Due P, red. Medicinsk sociologi – samfund, sundhed og sygdom. København: Munksgaard Danmark, 2002: 6, 128-149.

## Kapitel 4

1 Danmarks Statistik. Danmarks Statistikbank. [www.statistikbanken.dk](http://www.statistikbanken.dk)

2 Sundhed og Sygeligheds undersøgelsen 2005. København: Statens Institut for Folkesundhedsvidenskab. 2006.

3 Statistisk Sentralbryrå. Helse i Norge. Helsetilstand og behandlingstilbud belyst ved Befolkningsundersøkelser. Oslo-Kongsvinger. Statistisk Sentralbryrå. 2001.

## Kapitel 5

1 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 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.

4 Regeringen. Sund Hele Livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002 – 10. 2002.

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

6 Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse. Resultater fra MULD. 2004.

7 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.

8 Villanueva EV. The validity of self-reported weight in US adults: a population based cross-sectional study. *BMC Public Health* 2001; 1:11.

9 Green LW, Kreuter MW, Health program planning, 4th. Edition. McGraw-Hill, 2002.

## Kapitel 6

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

2 Iversen L, Søndergård Kristensen T, Hostein B E, Due P (Eds). Medicinsk sociologi- samfund, sundhed og sygdom. København, Munksgaard. 2002.

3 Kamper-Jørgensen F, Almind G (Eds). Forebyggende sundhedsarbejde. København, Munksgaard. 2005.

4 Iversen L, Søndergård Kristensen T, Hostein B E, Due P (Eds). Medicinsk sociologi- samfund, sundhed og sygdom. København, Munksgaard. 2002.

## Kapitel 7

1 Indenrigs - og Sundhedsministeriet. Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. København: Indenrigs - og Sundhedsministeriet, 2002.  
[www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk) 30. oktober 2006.

2 Ekholm O. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005. Ugens tal for folkesundhed , uge 33. 2006 Statens Institut for Folkesundhed.



