SUNDHEDSPROFIL 2013

REGION SJÆLLAND

– vi er til for dig

Titel: Sundhedsprofil 2013 Region Sjælland og kommuner - »Hvordan har du det?«

Forfattere: Inger Helt Poulsen, Rikke Engell, Britta Ortiz

Øvrige bidragsydere: Ane Kirstine Viller Hansen, Ida Thorborg Monrad, Simone Skov Nielsen

Datamanagement: Anders Rasmussen

Kort: Gitte Grønkvist Olsen

Udgiver: Region Sjælland, Kvalitet og Udvikling, Regionshuset, Alleen 15, 4180 Sorø
www.regionsjaelland.dk
KvalitetUdvikling@regionsjaelland.dk

Udgivelse: April 2014

ISBN: 978-87-92026-64-4

Layout og tryk: Tina Bligaard, Glumsø Bogtrykkeri A/S

Oplag: 1000 stk

Sundhedsprofil

Sundhedsprofil 2013 for Region Sjælland og kommuner
»Hvordan har du det?«
Udarbejdet af:
Region Sjælland februar 2014

Et unikt værktøj

Sundhedsvæsenet er i rivende udvikling. Flere borgere behandles for flere sygdomme og tilstande, og der er stort fokus på tværs af region og kommuner på både forebyggelse, på det akutte, på langvarig sygdom og på borgere med multisygdom samt på genoptræning og rehabilitering. Det er en udvikling som præges af mange faktorer – specialisering, teknologiske muligheder, nye lægemidler, den måde vi organiserer os på og økonomi.

I disse år arbejdes der særligt på at styrke det sammenhængende og nære sundhedsvæsen. Helt konkret indgår region og kommuner i år en ny sundhedsaftale, hvor der blandt andet bliver fokuseret på udsatte borgere og borgere med psykisk og somatisk lidelse. Vi arbejder på at udligne den sociale ulighed i sundhed – og med Sundhedsprofilen har vi værktøjet til at se, hvor den sociale ulighed gør sig gældende, så vi kan handle velbegrundet og effektivt.

Vi arbejder også for »Patienten som Partner«. Her ser vi blandt andet frivillige som vigtige samarbejdspartnere. Derfor spørger vi i Sundhedsprofilen til borgernes lyst til at arbejde frivilligt - netop for at understøtte dette mål. Fokus er også på en tættere inddragelse af borgeren i sundhedsfremme, forebyggelse og behandling, hvor borgerens egen oplevelse af sundheden spiller en stor rolle - og her er Sundhedsprofilen et helt unikt værktøj, der supplerer data fra vores mange registre.

Brug denne rapport som opslagsværk, når du skal i gang med et initiativ, der skal fremme sundheden, så har du et godt udgangspunkt for at ramme målgruppen. Eller brug den til at prioritere den politiske og strategiske indsats på det sundhedsområde, du har med at gøre.

Vi vil gerne sige mange tak til de 16.580 borgere i Region Sjælland, som har medvirket i Sundhedsprofilen. I har bidraget til at få skabt et vigtigt værktøj for Region Sjælland og de 17 kommuner til gavn for alle borgere i regionen.

Regionsformand
Jens Stenbæk

Kvalitetsdirektør
Peder Ring

Indhold

Sammenfatning 8

Kapitel 1 Læsevejledning 11

1.1 Konstruktion af kommune-socialgrupper 12

1.2 Regionstabeller 14

1.3 Kommunetabeller 17

1.4 Regionskort 19

1.5 Sammenhængstabeller 20

Kapitel 2 Psykisk velbefindende og livskvalitet 23

2.1 Selvvurderet helbred 24

2.2 Stress 29
2.2.1 Højt stressniveau 30
2.2.2 Højt stressniveau, sundhedsadfærd og trivsel 34
2.2.3 Tag den med ro - råd fra egen læge 36

2.3 Søvn 38
2.3.1 Søvnkvalitet og søvnproblemer 38
2.3.2 Meget generet af søvnproblemer, sundhedsadfærd og trivsel . . . 44

2.4 Generende psykiske symptomer 47
2.4.1 Meget generet af psykiske symptomer 47
2.4.2 Meget generet af psykiske symptomer, sundhedsadfærd og trivsel 51

2.5 Følelse af belastning 53

2.6 Tilfredshed med livet 59

Kapitel 3 Sociale relationer og deltagelse 65

3.1 Sociale relationer 67
3.1.1. Nogen at tale med 67
3.1.2 Sjældent eller aldrig at have nogen at tale med, sundhedsadfærd og trivsel 71
3.1.3 Uønsket alene 73

3.2 Frivilligt arbejde 77

3.3 Grønne områder 81
3.3.1 Tilgængelighed og ophold i grønne områder 81
3.3.2 Sjældent ophold i grønne områder, sundhedsadfærd og trivsel . . 87

3.4 Transport som barriere for deltagelse i aktiviteter 90

Kapitel 4 Sundhedsadfærd 97

4.1 Bevægelse 99
4.1.1 Lettere motion og stillesiddende aktiviteter 99
4.1.2 Stillesiddende aktiviteter mere end 10 timer om dagen 103
4.1.3 Stillesiddende aktiviteter, sundhedsadfærd og trivsel 107
4.1.4 Ønsker at være mere aktiv 109
4.1.5 Motion - råd fra egen læge 111

4.2 Kostvaner 113
4.2.1 Sunde og usunde kostvaner 113
4.2.2 Sodavand, snacks, slik og fastfood 117
4.2.3 Vurdering af egne kostvaner 123
4.2.4 Vil gerne spise mere sundt 126
4.2.5 Holdning til forbud mod køb af sodavand og snacks 130
4.2.6 Kostvaner - råd fra egen læge 132
4.2.7 Usunde kostvaner, sundhedsadfærd og trivsel 135

4.3 Rygning 140
4.3.1 Rygeadfærd 140
4.3.2 Passiv rygning 148
4.3.3 Ønsker rygestop 152

4.4 Alkohol 157
4.4.1 Overskridelse af genstandsgrænser for alkohol 157
4.4.2 Alkoholafhængighed og binge-drikning 162
4.4.3 Problematisk alkoholadfærd 167
4.4.4 Vurdering af egne alkoholvaner 171
4.4.5 Ønsker at nedsætte alkoholforbruget 173
4.4.6 Alkoholforbrug - råd fra egen læge 177

4.5 Euforiserende Stoffer 179

4.6 Sexliv 183
4.6.1 Unge og prævention 184
4.6.2 Unge og sexsygdomme 185
4.6.3 Seksuelle behov 187
4.6.4 Seksuelle behov, sundhedsadfærd og trivsel 191

Kapitel 5 Langvarige sygdomme og helbredsproblemer 197

5.1 Langvarige sygdomme 199
5.1.1 Hjerte-karsygdomme 201
5.1.2 Sukkersyge og kræftsygdomme 209
5.1.3 Luftvejssygdomme og allergi 213
5.1.4 Sygdomme i bevægeapparatet 217
5.1.5 Psykiske lidelser 224
5.1.6 Migræne, grå stær og tinnitus 230
5.1.7 Multisygdom 233

5.2 Langvarig sygdom og sammenhæng med udvalgte mål for folkesundheden 239

5.3 Overvægt, undervægt og spiseforstyrrelser 251
5.3.1 Undervægt, normalvægt og overvægt 252
5.3.2 Ønske om vægttab 260
5.3.3 Spiseforstyrrelser 264
5.3.4 Vægttab eller vægtøgning - råd fra egen læge 268
5.3.5 Svær overvægt og sammenhæng med sundhedsadfærd og trivsel 272

Kapitel 6 Metode 277

6.1 Formål og design 278

6.2 Deltageranalyse 279

6.3 Vægtning 280

6.4 Demografi 281
6.4.1 Alder 281
6.4.2 Uddannelsesniveau 282
6.4.3 Etnisk baggrund 284

Sammenfatning

- 16.580 borgere i Region Sjælland har svaret på en række spørgsmål om deres sundhed
- Sundhedsprofilen 2013 er den anden i rækken. Den første blev lavet i 2010
- 18 procent ryger dagligt. Det er et fald på 5 procentpoint siden 2010
- 14 procent viser tegn på alkoholafhængighed. Det er et fald på 3 procentpoint siden 2010
- 16 procent har dårligt selvvurderet helbred. Det er uændret siden 2010
- 23 procent har højt stressniveau. Det er uændret siden 2010
- 42 procent har multisygdom. Det er uændret siden 2010

Her er den nyeste Sundhedsprofil – et længe ventet planlægningsværktøj for kommuner og region til gavn for borgere og medarbejdere.

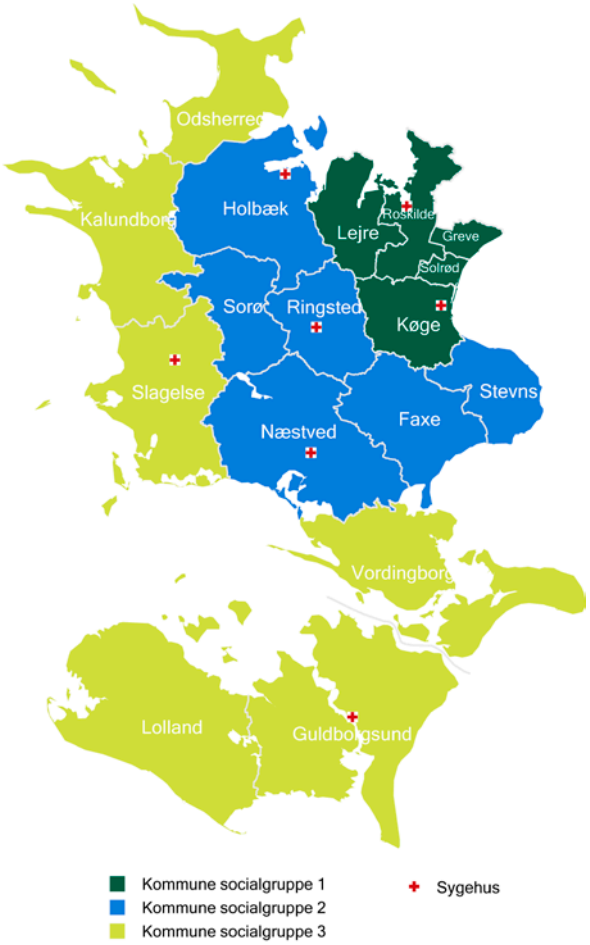
16.580 borgere har svaret på en lang række spørgsmål om deres sundhedsvaner, sundhed og trivsel, og denne rapport giver et samlet overblik over resultaterne. På baggrund heraf tegner Sundhedsprofilen 2013 et helt unikt billede af sundhedstilstanden hos Region Sjællands borgere.

Sundhedsprofilen 2013 er den anden Sundhedsprofil i Region Sjælland - den første blev lavet i 2010. En lang række spørgsmål fra 2010 er genbrugt i 2013. Derfor er det nu muligt at vise udviklingen i borgernes sundhed på en række mål. Nye spørgsmål er kommet til, blandt andet om lysten til lave frivilligt arbejde, brug af natur og oplevede belastninger i en tid, der er præget af finanskrise. Alt sammen for at sikre, at Sundhedsprofilen 2013 er relevant i den sundhedsplanlægning og strategiudvikling, som løbende sker i region og kommuner.

Kommunesocialgrupper

Kommunerne er i denne rapport inddelt i tre kommunesocialgrupper. Inddelingen i kommunesocialgrupper er gjort for at tydeliggøre en eventuel social ulighed på tværs af kommunerne. Kommunesocialgruppe 1 er de kommuner med den højeste

gennemsnitlige bruttoindkomst, færrest borgere med grundskole alene og færrest borgere uden for arbejdsstyrken. Modsat er kommunesocialgruppe 3 de kommuner med flest borgere med grundskole alene, flest borgere uden for arbejdsstyrken og den laveste gennemsnitlige bruttoindkomst.



Psykisk velbefindende og livskvalitet

Vores oplevelse af eget helbred, psykiske velbefindende og tilfredshed med livet har stor betydning for sundheden og udvikling af sygdom. I Sundhedsprofilen 2013 bidrager disse til at tegne et nuanceret billede af borgernes sundhedstilstand. Det sker ud fra spørgsmål om selvvurderet helbred, stress, søvn, psykiske gener, belastninger af social eller økonomisk karakter og tilfredshed med livet alt i alt.

- 16 procent af borgerne i Region Sjælland har dårligt selvvurderet helbred
- 23 procent har højt stressniveau
- 40 procent sover alt i alt dårligt
- 16 procent har været meget generet af psykiske symptomer
- 47 procent har følt sig belastet af deres økonomi, og 44 procent har følt sig belastet af deres arbejdssituation
- 17 procent er utilfredse med livet

Sociale relationer og deltagelse

Sociale relationer og netværk har stor betydning for livskvaliteten og sundheden. Vores livsstil, psykiske velbefindende og kropsfunktioner påvirkes af vores sociale relationer. Kontakt med naturen er en anden aktivitet, som har stor betydning for menneskers sundhed og velvære. Sociale relationer og deltagelse vises ud fra spørgsmål om kontakt til andre personer, deltagelse i frivilligt arbejde, tilgængelighed og brug af grønne områder og transport som barriere for deltagelse i aktiviteter.

- 5,8 procent af borgerne i Region Sjælland har sjældent eller aldrig nogen at tale med
- 6 procent er ofte uønsket alene
- 30 procent deltager i frivilligt arbejde
- 20 procent deltager ikke i frivilligt arbejde, men vil gerne
- 7 procent opholder sig sjældent i grønne områder
- 25 procent har undladt at deltage i aktiviteter på grund af problemer med transport - og 6 procent har undladt at bruge sundhedsvæsenets tilbud på grund af dette

Sundhedsadfærd

At kende borgernes sundhedsvaner er en vigtig forudsætning for at kunne målrette de sundhedsfremmende og forebyggende tiltag. I Sundhedsprofilen 2013 fokuseres der på adfærd, som fysisk aktivitet, kostvaner, rygning, brug af rusmidler som alkohol og euforiserende stoffer, seksuel trivsel og - for de yngste aldersgrupper - brug af prævention.

- 73 procent af borgerne i Region Sjælland dyrker lettere motion eller har stillesiddende aktiviteter i fritiden
- 28 procent har stillesiddende aktiviteter mere end 10 timer om dagen
- 20 procent har sunde kostvaner
- 18 procent ryger dagligt
- 14 procent viser tegn på alkoholafhængighed
- 2,2 procent har prøvet hash eller andre euforiserende stoffer inden for den sidste måned
- 5 procent af de 16-34-årige dyrkede usikker sex ved sidste samleje
- 62 procent får fuldstændig eller næsten fuldstændig dækket deres seksuelle behov

Langvarige sygdomme og helbredsproblemer

Sundhedsvæsenet er i en rivende udvikling: Flere borgere behandles for flere sygdomme, flere borgere lider af multisygdom, og patienterne ligger kortere tid på sygehusene. Dermed vokser opgaven med behandling og rehabilitering i kommunerne og hos de praktiserende læger. I Sundhedsprofilen er spurgt til 18 langvarige sygdomme og en række andre helbredsproblemer, som spiseforstyrrelse, over- og undervægt.

- 30 procent af borgerne i Region Sjælland har ikke nogen langvarig sygdom
- 28 procent har én langvarig sygdom
- 42 procent har multisygdom
- Den mest udbredte langvarige sygdom er slidgigt
- 17 procent er svært overvægtige
- 5,6 procent har - eller har tidligere haft - en spiseforstyrrelse

Demografi

I Sundhedsprofilen 2013 er rapporteret en lang række forskellige mål for borgernes sundhedstilstand sammenholdt med fordelingen over udvalgte variable om demografi og sociale forhold. I afsnittet om demografi er vægten lagt på alder, uddannelsesniveau og etnicitet.

- 25 procent af borgerne er 65+ år
- 14 procent har grundskole alene, og 8 procent har lang videregående uddannelse
- 2,7 procent har anden vestlig baggrund, og 4,6 procent har ikke-vestlig baggrund

Kapitel 1
Læsevejledning

1.1 Konstruktion af kommunesocialgrupper
1.2 Regionstabeller
1.3 Kommunetabeller
1.4 Regionskort
1.5 Sammenhængstabeller

Kapitel 1 Læsevejledning

Målrettet planlægning inden for sundhedsområdet såvel som på andre områder er en nødvendighed på grund af stigende udgifter. Befolkningens behov for sundhedsydelser vokser i takt med ændring af livsstilsvaner og en stigende ældrebefolkning. Her spiller Sundhedsprofilens oplysninger om borgernes sundhed, sygelighed og sundhedsadfærd - på kommunalt såvel som på regionalt niveau - en vigtig rolle som grundlag for planlægning og samarbejde mellem region og kommuner.

Dette er den anden sundhedsprofil for Region Sjælland og de 17 kommuner i regionen. Den første Sundhedsprofil udkom i 2010. De regionale Sundhedsprofiler gentages med en frekvens på 4 år, og følger sundhedsaftaleprocessen. Sundhedsprofilen er dermed en del af et nationalt koncept, hvor indhold, dataindsamling og databearbejdning er standardiseret. Dette gør det muligt at sammenligne oplysningerne i denne Sundhedsprofil med oplysningerne i andre regioner og kommuner i hele landet.

Region Sjællands Sundhedsprofil er et resultat af et frugtbart samarbejde med repræsentanter for kommunerne, sygehusene, praksissektoren og regional udvikling i Følgegruppen for sundhedsprofiler i Region Sjælland.

1.1 Konstruktion af kommunesocialgrupper

Social ulighed i sundhed er et kendt fænomen, og der arbejdes på flere niveauer nationalt, regionalt og kommunalt på at udligne den sociale ulighed i befolkningen. Sundhedsprofilen giver en særlig mulighed for at afdække eventuel social ulighed i forhold til de gennemsnitlige socioøkonomiske faktorer i kommunerne ved anvendelse af de såkaldte kommunesocialgrupper. Grupperne er udarbejdet på baggrund af tre socioøkonomiske kategorier:

- Andel af borgere med grundskole alene
- Andel af borgere uden for arbejdsmarkedet defineret som:
    - Arbejdsløse i mindst et halvt år
    - Modtager af dagpenge eller uddannelsesgodtgørelse
    - Førtidspensionister
    - Kontakthjælpsmodtagere
- Gennemsnitlig bruttoindkomst

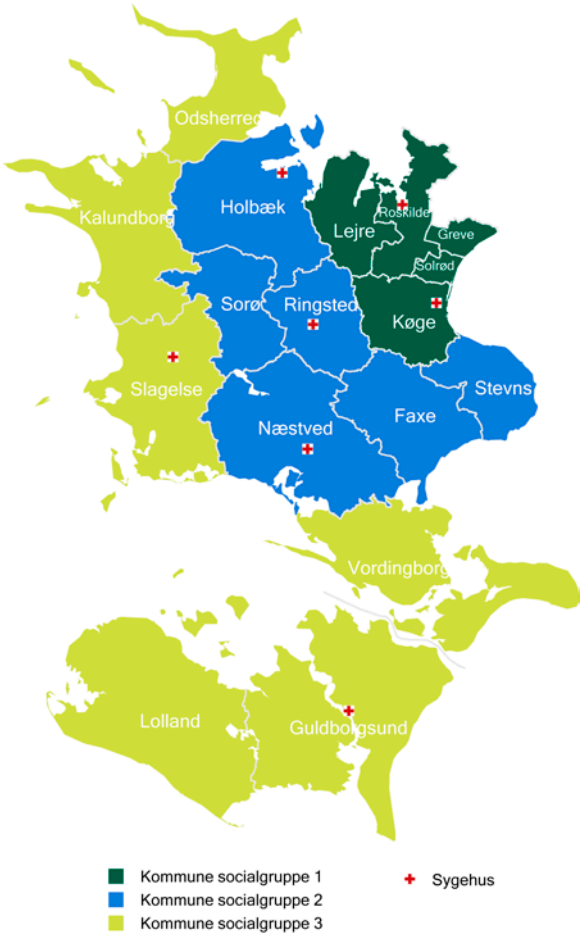
Tabel 1.1.1 Inddeling i kommunesocialgrupper

Kommune	Grundskole alene	Udenfor arbejdsstyrken	Indkomst	Sum	Kommunesocialgruppe
Greve	1	1	1	3	1
Køge	1	2	1	4	1
Lejre	1	1	1	3	1
Roskilde	1	1	1	3	1
Solrød	1	1	1	3	1
Faxe	2	2	2	6	2
Holbæk	2	2	2	6	2
Næstved	2	2	2	6	2
Ringsted	2	2	2	6	2
Sorø	2	2	2	6	2
Stevns	2	1	2	5	2
Guldborgsund	3	3	3	9	3
Kalundborg	3	3	3	9	3
Lolland	3	3	3	9	3
Odsherred	3	3	3	9	3
Slagelse	3	3	3	9	3
Vordingborg	3	3	3	9	3

For hver kategori rangordnes kommunerne og inddeles i tre næsten lige store grupper: De fem kommuner, der har den laveste andel af borgere med grundskole alene tildeles 1 point. De 6 kommuner med de højeste andel af borgere med grundskole alene tildeles 3 point. Og de fem kommuner, der ligger herimellem tildeles 2 point.På samme måde fordeles point blandt kommunerne efter andelen af borgere udenfor arbejdsstyrken. De 6 kommuner med den laveste gennemsnitlig indkomst får 3 point, de 6 kommuner med den højeste gennemsnitlig indkomst tildeles 1 point, og kommunerne herimellem tildeles 2 point.

Summen af points afgør, hvilken socialgruppe kommunen placeres i. Den tredjedel af kommunerne, der har færrest points, udgør kommunesocialgruppe 1, mens den tredjedel af kommunerne, som har flest points, udgør kommunesocialgruppe 3. Den sidste socialgruppe udgør kommunesocialgruppe 2. Hvis der er flere kommuner med samme antal points, benyttes gennemsnitlig bruttoindkomst til rangordning af disse kommuner. Inden for hver kommunesocialgruppe er kommunerne vist i alfabetisk orden. Se tabel 1.1.1. og kort 1.1.1 for den endelige fordeling af kommunesocialgrupper.

Kort 1.1.1 Kommunesocialgrupper i Region Sjælland



1.2 Regionstabeller

I Sundhedsprofilen præsenteres forekomsten af en lang række mål for sundhedstilstanden samlet for hele Region Sjælland, tabel 1.2.1. I regionstabellerne bliver fordelingen vist for en række karakteristika – nemlig køn, alder, uddannelsesniveau, erhvervstilknytning, samlivsstatus og etnisk baggrund. Dette er gjort for at vise de befolkningsgrupper, hvor der er det største forebyggelsespotentiale. Kategorierne udover køn og alder i regionstabellerne er defineret som:

Uddannelse

Der er to spørgsmål i Sundhedsprofilen, som er brugt til at definere uddannelse: »Er du under uddannelse? « og »Har du fuldført en uddannelse udover skole- eller ungdomsuddannelse?«. På baggrund af disse spørgsmål er uddannelse konstrueret som:

- Under uddannelse
- Grundskole alene
- Kort uddannelse – kortere kurser eller erhvervsuddannelse/faglært
- Kort videregående – 2 til 3 år
- Mellemlang videregående uddannelse – 3 til 4 år
- Lang videregående – mere end 4 år

Erhvervstilknytning

I Sundhedsprofilen er definitionen af erhvervstilknytning defineret på baggrund af to spørgsmål »Er du under uddannelse?« og »Er du i arbejde?« samt oplysninger fra registerdata. Erhvervstilknytning er defineret som:

- Beskæftigede – borgere, der er i arbejde
- Arbejdsløse – borgere, der er uden for arbejdsmarked, men ikke modtager kontanthjælp, revalidering eller sygedagpenge
- Førtidspensionister – borgere mellem 16 og 64 år, der modtager førtidspension
- Efterlønsmodtagere – borgere mellem 60 og 64 år, som modtager efterløn
- Alderspensionister – borgere på 65 år og derover
- Øvrige ikke-erhvervsaktive – borgere, der modtager kontanthjælp, revalidering eller sygedagpenge

Samlivsstatus

Samlivsstatus er konstrueret på baggrund af spørgsmålet: »Bor du alene eller sammen med andre?«. Såfremt spørgsmålet ikke er besvaret suppleres med registerdata.

- Samlevende – borgere, der bor sammen med ægtefælle eller partner
- Ikke-samlevende – borgere, der ikke bor sammen med ægtefælle eller partner

Etnisk baggrund

I Sundhedsprofilen skelnes der ikke mellem indvandrere og efterkommere. Etnisk baggrund opdeles i tre typer, der defineres som:

- Dansk
- Vestlig – Alle 25 EU-lande plus Andorra, Island, Liechtenstein, Monaco, Norge, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, Canada, USA, Australien og New Zealand
- Ikke-vestlig – Alle øvrige lande

For at øge læsevenligheden er antallet af personer rundet op til nærmeste 100. Det betyder, at summen i en regionstabel og summen i en kommunetabel ikke nødvendigvis er præcis den samme.

Såfremt der er under 10 borgere i en enkelt kategori, bliver resultatet erstattet af en vandret streg. Dette er gjort, for, at der ikke skal blive lagt for meget vægt på resultater udregnet på et alt for lille datagrundlag.

Tallet angiver, at 22 % af borgerne på 45 – 54 år ryger dagligt

En grafisk visning af de 22 % daglige rygere. Jo længere søjle, jo højere procent

Tallet angiver, at 27.000 personer på 45 – 54 år i Region Sjælland er daglige rygere. Tallet er rundet op til nærmeste 100

Tabel 1.2.1 Læsevejledning for regionstabeller. Eksempel: Ikke-rygere og dagligrygere

	% Ikke-rygere	Personer	% Dagligrygere	Personer
Region Sjælland	78	507.300	18	
Køn				
Mand	77	244.200	20	
Kvinde	80	263.100	17	54.600
Alder				
16-24 år	75	61.200	17	13.800
25-34 år	77	52.200	18	12.300
35-44 år	80	86.800	16	17.400
45-54 år	76	93.100	22	27.000
55-64 år	77	84.800	21	23.400
65-79 år	81	101.200	17	21.300
80+ år	90	27.900	9	2.700
Uddannelse				
Under uddannelse	77	34.400	15	6.500
Grundskole	70	52.900	28	21.300
Kort uddannelse	77	169.800	20	45.200
Kort videreg. uddannelse	83	39.200	15	6.900
Mellemlang videreg. uddannelse	85	88.800	12	12.500
Lang videreg. uddannelse	88	35.900	10	4.000
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	80	251.000	16	51.300
Arbejdsløse	74	25.100	22	7.600
Førtidspensionister	63	22.000	35	12.200
Efterlønsmodtagere	78	16.300	19	4.000
Alderspensionister	83	129.100	15	24.000
Øvrige ikke-erhvervsaktive	58	14.400	39	9.800
Samlivsstatus				
Samlevende	81	341.000	17	69.700
Ikke samlevende	74	166.300	21	48.200
Etnisk baggrund				
Danmark	78	471.200	18	109.200
Andre vestlige lande	76	13.100	20	3.500
Ikke-vestlige lande	79	23.000	18	5.300

0 20 40 60 80 100%

0 10 20 30 40%

1.3 Kommunetabeller

I Sundhedsprofilen er resultaterne præsenteret på kommunalt niveau i kommunetabellerne, som viser variationen mellem kommunerne i forhold til regionsgennemsnittet, tabel 1.3.1.

Odds ratio viser forholdet mellem sandsynligheden i to populationer. I dette tilfælde viser odds ratio forholdet mellem sandsynligheden i de enkelte kommuner sammenlignet med hele Region Sjælland.

Når odds ratio er større end 1 (søjlen ligger til højre) betyder det, at sandsynligheden er større end i hele Region Sjælland – eller som i dette eksempel, at andelen af dagligrygere er større. Vel og mærke, når der er justeret for køn og alder. Det vil sige, at der er taget højde for, at der i kommunerne ikke er lige mange mænd og kvinder, og ikke lige mange unge og gamle.

Tilsvarende er en odds ratio mindre end 0 (søjlen ligger til venstre) udtryk for, at risikoen er lavere end i Region Sjælland, når der er justeret for køn og alder. En stjerne ud for søjlen viser, at denne forskel er fundet statistisk signifikant. Det betyder, at selv om der er usikkerhed på odds ratioen, er der reel forskel på de to populationer – den enkelte kommune og Region Sjælland.

Der er i Sundhedsprofilen anvendt et signifikansniveau på 0,05 ved alle test. Når man laver en statistisk test beregnes sikkerhedsintervaller omkring estimatet - for eksempel procenter eller odds ratioer i kommunetabellerne. Jo mindre den population, man beregner estimatet på er, jo større vil disse sikkerhedsintervaller være. Eller jo sjældnere et udfald indtræffer, jo større usikkerhed vil der være i en given population – for eksempel i tilfældet med sjældne sygdomme.

Den statistiske test undersøger, om der er grund til at tro, at sandsynligheden i den enkelte kommune er den samme som i hele Region Sjælland. Hvis de to sikkerhedsintervaller overlapper, er der ikke statistisk belæg for at antage, at der er forskel på de to estimater. Derfor kan to estimater, der umiddelbart ser meget forskellige ud, i den statistiske test blive fundet, at de ikke er forskellige. Dette gælder især, når data bliver delt op i mindre populationer. Et godt eksempel er afsnittet under sexsygdomme, hvor kun de 16-34-årige har modtaget visse af spørgsmålene. Her ser for eksempel odds ratioerne for de enkelte kommuner ganske store ud i forhold til regionsgennemsnittet, men den statistiske test konkluderer, at dette skyldes tilfældigheder.

Som noget nyt i Sundhedsprofil 2013 har det været muligt at undersøge ændringen fra 2010 til 2013 på en række spørgsmål. Som vi så i eksemplet ovenfor, ser ændringen umiddelbart ganske stor ud. Men den statistiske usikkerhed på disse beregninger er store, og derfor skal tolkningen gøres varsomt. I tabel 1.3.1 er der ikke fundet statistisk belæg for, at ændringen skyldes andet end tilfældigheder i Guldborgsund, Slagelse, Stevns, Greve, Lejre og Roskilde Kommuner. En styrkeberegning viser, at en forsigtig tommelfingerregel kan være, at ændringen for de enkelte kommuner skal være over 6 procent før, der eventuelt kan være tale om en reel ændring, der ikke kun kan tilskrives tilfældigheder.

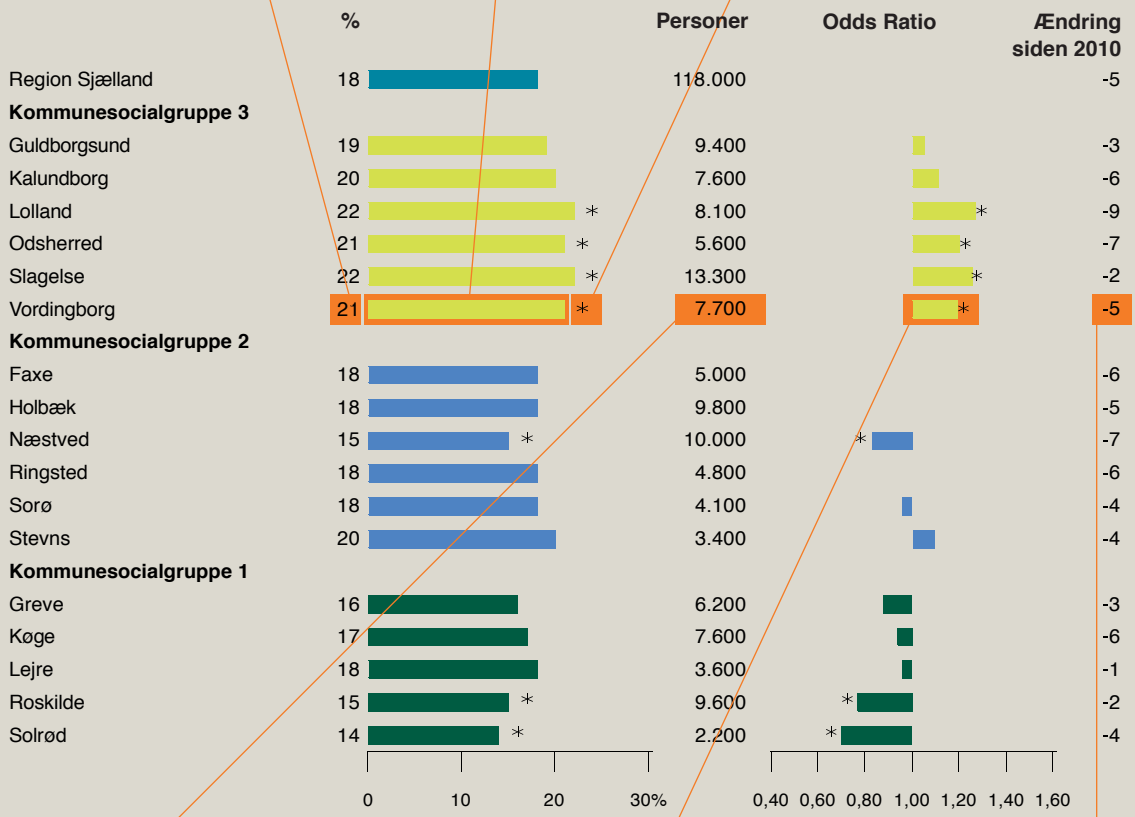
Det er ikke muligt direkte at sammenligne de rapporterede tal i Sundhedsprofilen 2013 med de tal, der blev formidlet i Sundhedsprofilen 2010. Det skyldes, at der i nogle tilfælde er konstrueret nye afledte variable i forhold til 2010, og at der i ganske få tilfælde er lavet lidt om på spørgsmålene. Dette gør, at svarfordelingerne i 2013 og 2010 ikke nødvendigvis kan sammenlignes. Derfor bør kun de ændringer, der er vist i kommunetabellerne, formidles videre.

Tallet angiver, at 21 % af borgerne er daglige rygere i Vordingborg Kommune

En visuel præsentation af de 26 % dagligrygere i Vordingborg Kommune

Stjernen angiver, at kommunens andel af dagligrygere er fundet signifikant forskelligt fra andeleni hele Region Sjælland

Tabel 1.3.1 Læsevejledning for kommunetabeller. Eksempel: Dagligrygere – kommuner



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Tallet angiver, at 7.700 personer ryger i Vordingborg Kommune. Tallet er rundet op til nærmeste 100

Forskellen i sandsynligheden for dagligerygere mellem kommune og region er beregnet som odds ratio justeret for køn og alder. Stjernen viser, at den justerede odds ratio er signifikant forskellig fra Region Sjælland samlet.

Hvor det er muligt, er der beregnet ændring fra 2010 i procentpoint. Et minus foran tallet kendetegner et fald i perioden siden sidste Sundhedsprofil

1.4 Regionskort

For at visualisere resultaterne fra kommunetabellerne er der lavet regionskort, kort 1.4.1. Her er kommunerne på baggrund af forekomsten af den pågældende mål for sundhed inddelt i fire nogenlunde lige store og samtidig meningsfyldte grupper. Hver kategori er tildelt en farve. Jo mørkere nuancen er, jo højere er andelen. Eksemplet med daglige rygere er vist til højre. Her har kommuner med en andel på 14 til 16 procent de laveste andele, og dermed den lyseste nuance. Den mørkeste nuance findes hos kommuner med de højeste andele, nemlig fra 21 til 22 procent.

Da der er lagt vægt på at kategorierne skal være meningsfyldte, er det ikke muligt at sammenligne kort fra Sundhedsprofil 2013 med Sundhedsprofil 2010, da inddelingen ikke nødvendigvis er den samme. Dette vil også kunne aflæses i den oversigt over kategorier, som følger med alle kort.

Kort 1.4.1 Læsevejledning for regionskort Eksempel: Dagligrygere

1.5 Sammenhængstabeller

I Sundhedsprofilen 2013 er der som noget nyt vist en række sammenhængstabeller, tabel 1.5.1. Disse tabeller er udarbejdet for at vise eventuelle sammenhænge på tværs af forskellige mål for sundhedstilstanden. Her er fordelingen af den enkelte variabel vist på tværs af KRAMS-faktorerne (kost, rygning, alkohol, motion og stoffer) og en række mål for trivsel (tilfredshed med livet, søvn, selvvurderet helbred og socialt netværk). Trivselsspørgsmålene er udvalgt på baggrund af en diskussion om og en vurdering af forventede sammenhænge og indflydelse variablerne i mellem. Der er ikke udført statistiske tests på sammenhængstabellerne. Det betyder, at de kun skal bruges til at give en idé om – og måske understøtte fornemmelser af – at en god eller dårlig sundhedstilstand slår igennem på flere punkter.

Her vises et eksempel på, hvordan sammenhængstabellerne skal læses. I tabel 1.5.1 vises en sammenhængstabel for svær overvægt. Heraf fremgår det, at der blandt borgere med usunde kostvaner er 18 procent, der er svært overvægtige. Af borgere med middelsunde kostvaner er 17 procent overvægtige, og blandt borgere med sunde kostvaner er 14 procent overvægtige. På den måde viser tabellen, at andelen af svært overvægtige har en faldende tendens, jo sundere kostvanerne er. På samme måde kan det ses, at 28 procent af borgerne, der har et dårligt selvvurderet helbred, er svært overvægtige, hvorimod 14 procent af borgerne, der har et godt selvvurderet helbred, er svært overvægtige.

Tallet angiver, at 18 % af personer, der har usunde kostvaner, er svært overvægtige

En grafisk visning af de 18 % svært overvægtige blandt personer med meget usunde kostvaner.

Tallet angiver, at 15.300 personer med meget usunde kostvaner er svært overvægtige.

Tabel 1.5.1 Læsevejledning for sammenhængstabel

Eksempel: Svær overvægt

	Personer	%
Kostvaner		
Meget usunde	18	15.300
Middel	17	68.000
Sunde	14	17.900
Rygning		
Daglig ryger	15	16.600
Lejlighedsvis ryger	15	3.100
Tidligere rygere	19	36.700
Aldrig ryger	16	47.500
Problematisk alkoholadfærd		
Nej	17	77.700
Ja	14	17.800
Fysisk aktivitet		
Træner ikke hårdt/motionerer	19	85.500
Træner hårdt/motionerer	10	16.100
Stoffer seneste måned		
Har ikke taget stoffer	17	98.000
Har taget stoffer	12	1.600
Tilfredshed med livet		
Tilfreds	15	78.500
Utilfreds	22	22.500
Søvn		
Sover godt	15	55.500
Sover dårligt	20	50.500
Selvvurderet helbred		
Dårligt	28	28.400
Godt	14	77.200
Socialt netværk		
Ikke uønsket alene	16	96.800
Uønsket alene	20	7.500

0 10 20 30%

Kapitel 2 Psykisk velbefindende og livskvalitet

2.1 Selvvurderet helbred
2.2 Stress
2.3 Søvn
2.4 Generende psykiske symptomer
2.5 Følelse af belastning
2.6 Tilfredshed med livet

Psykisk velbefindende og livskvalitet

- 16 procent af borgerne i Region Sjælland har dårligt selvvurderet helbred
- 23 procent har højt stressniveau
- 40 procent sover alt i alt dårligt
- 16 procent har været meget generet af psykiske symptomer
- 47 procent har følt sig belastet af deres økonomi – 44 procent af deres arbejdssituation
- 17 procent er utilfredse med livet

Oplysninger om borgernes oplevelse af eget helbred, psykiske velbefindende og tilfredshed med livet bidrager til at tegne et nuanceret billede af befolkningens sundhedstilstand, som ikke er tilgængeligt andre steder. Sundhedsprofilen 2013 belyser i dette kapitel borgernes vurdering af deres helbred, psykisk velbefindende og livskvalitet. Det sker ud fra spørgsmål om selvvurderet helbred, stress, søvn, psykiske gener, belastninger af social eller økonomisk karakter og tilfredshed med livet alt i alt.

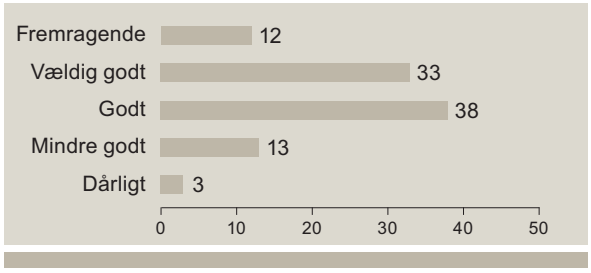
2.1 Selvvurderet helbred

- 16 procent af borgerne har dårligt selvvurderet helbred
- Dårligt selvvurderet helbred ses især blandt borgere på 80 år og derover, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive borgere
- Dårligt selvvurderet helbred er socialt ulige fordelt

Personers vurdering af eget helbred, selvvurderet helbred, er et begreb med en selvstændig betydning. Begrebet har vist sig at være en uafhængig risikofaktor for både sygelighed og dødelighed og indgår derfor i mange befolkningsundersøgelser om sundhed og sygelighed.

Flere undersøgelser har påvist sammenhænge mellem selvvurderet helbred og forekomst af kræft, hjertesygdom, brug af sundhedsvæsenet, medicinforbrug og dødelighed. Jo dårligere en person vurderer sit eget helbred, desto større er risikoen for sygelighed og tidlig død[1].

Tabel 2.1.1 Selvvurderet helbred

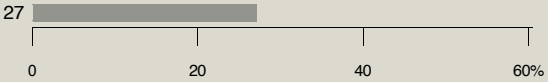


Til Sundhedsprofilen er borgerne blevet bedt om at svare på: »Hvordan synes du selv, du har det?«. Svarfordelingen fremgår af tabel 2.1.1. Det ses, at 12 procent har svaret, at de har et fremragende selvvurderet helbred, 33 procent har svaret vældig godt, og 38 procent har svaret godt. Til gengæld har 13 procent svaret, at de har et mindre godt, og 3 procent har svaret, at de har et dårligt selvvurderet helbred.

I Sundhedsprofilen omtales fremover selvvurderet helbred i to kategorier. I kategorien »Dårligt selvvurderet helbred« indgår de borgere, der har svaret mindre godt eller dårligt til spørgsmålet, mens resten af besvarelserne indgår i »Godt selvvurderet helbred«.

Tabel 2.1.2 Borgere med dårligt selvvurderet helbred

	%	Personer
Region Sjælland	16	107.900
Køn		
Mand	14	45.400
Kvinde	19	62.400
Alder		
16-24 år	7	5.400
25-34 år	12	8.500
35-44 år	11	12.300
45-54 år	17	20.700
55-64 år	20	22.400
65-79 år	21	26.600
80+ år	35	11.800
Uddannelse		
Under uddannelse	5	2.500
Grundskole	31	23.900
Kort uddannelse	16	36.100
Kort videreg. uddannelse	13	6.000
Mellemlang videreg. uddannelse	11	11.600
Lang videreg. uddannelse	7	2.700
Erhvervstilknytning		
Beskæftigede	7	22.800
Arbejdsløse	14	5.300
Førtidspensionister	59	20.700
Efterlønsmodtagere	12	2.500
Alderspensionister	24	38.400
Øvrige ikke-erhvervsaktive	53	13.800
Samlivsstatus		
Samlevende	15	62.400
Ikke samlevende	20	45.500
Etnisk baggrund		
Danmark	16	96.800
Andre vestlige lande	16	2.800
Ikke-vestlige lande	27	8.300



Generelt: 16 procent af borgerne i Region Sjælland vurderer deres helbred som dårligt, tabel 2.1.2.

Køn og alder: Det ses lidt, at flere kvinder end mænd har dårligt selvvurderet helbred. Dårligt selvvurderet helbred er mindst udbredt blandt de 16-24-årige, hvor andelen er 7 procent. Herefter stiger andelen med stigende alder, og for borgere på 80 år og derover forekommer dårligt selvvurderet helbred 5 gange så ofte som blandt de yngste.

Uddannelse: Blandt borgere under uddannelse er dårligt selvvurderet helbred mindst udbredt. Hos borgere med grundskole alene har 31 procent dårligt selvvurderet helbred, og andelen falder med stigende uddannelseslængde. Blandt borgere med lang videregående uddannelse vurderer 7 procent, at deres helbred er dårligt. Der ses en social gradient i dårligt selvvurderet helbred.

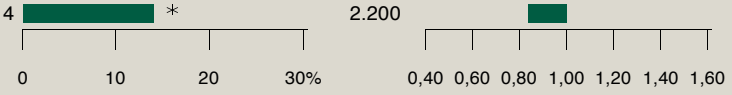
Erhvervstilknytning: Dårligt selvvurderet helbred er mindst udbredt blandt beskæftigede, hvor andelen er 7 procent. Andelen er højest blandt førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive, hvor over halvdelen af borgerne har dårligt selvvurderet helbred. Blandt alderspensionister vurderer hver fjerde deres helbred som dårligt.

Samlivsstatus: 20 procent af borgerne, der ikke bor sammen med en partner, har dårligt selvvurderet helbred, hvilket er en større andel end blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Dårligt selvvurderet helbred er mest udbredt blandt borgere med ikke-vestlig baggrund, hvor andelen er 27 procent. Dette er næsten dobbelt så hyppigt, som blandt borgere af dansk eller anden vestlig baggrund, hvor andelen er 16 procent.

Tabel 2.1.3 Borgere med dårligt selvvurderet helbred – kommuner

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Sjælland	16	107.900		-1
Kommunesocialgruppe 3				
Guldborgsund	18	9.400		-1
Kalundborg	19 *	7.400	*	2
Lolland	21 *	7.900	*	0
Odsherred	17	4.600		-4
Slagelse	18	11.600	*	2
Vordingborg	18	6.800		0
Kommunesocialgruppe 2				
Faxe	16	4.500		-1
Holbæk	15	8.200		0
Næstved	16	10.600		0
Ringsted	17	4.500		0
Sorø	16	3.900		0
Stevns	15	2.600		-2
Kommunesocialgruppe 1				
Greve	13 *	5.100		-1
Køge	15	6.700		-2
Lejre	13 *	2.800	*	1
Roskilde	14	9.300		-2
Solrød	14 *	2.200		-1



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Andelen af borgere med dårligt selvvurderet helbred varierer mellem 13 procent i Greve og Lejre Kommuner og 21 procent i Lolland Kommune, tabel 2.1.3. Kalundborg og Lolland Kommuner har en signifikant højere andel end regionsgennemsnittet, mens andelen i Greve, Lejre og Solrød Kommuner er signifikant lavere. Her ses en tydelig social gradient, da andelene af borgere med dårligt selvvurderet helbred er større i kommunerne fra kommunesocialgruppe 3 sammenlignet med kommunerne fra gruppe 1. Se også kort 2.1.1. Når der er justeret for køn og alder har Kalundborg, Lolland og Slagelse Kommuner en signifikant højere andel af borgere med dårligt selvvurderet helbred, hvorimod Lejre Kommune fortsat har en signifikant mindre andel. Den sociale gradient er bevaret, når der er taget højde for køn og alder.

Udvikling: 16 procent af borgerne i Region Sjælland har dårligt selvvurderet helbred i 2013. Dermed er andelen faldet med ét procentpoint siden 2010. Andelen af borgere med dårligt selvvurderet helbred er faldet med 4 procentpoint i Odsherred Kommune. Andelen af borgere med dårligt selvvurderet helbred er ikke steget i nogen kommune.

Kort 2.1.1 Borgere med dårligt selvvurderet helbred

2.2 Stress

- 23 procent af borgerne i Region Sjælland har et højt stressniveau – andelen er uændret siden 2010
- Højt stressniveau er mest udbredt blandt borgere på 80 år og derover, øvrige ikke-erhvervsaktive og førtidspensionister
- 18 procent er af egen læge blevet rådet til at tage den med ro
- Blandt borgere med højt stressniveau er der en overvægt af borgere, der er utilfredse med livet, har et dårligt selvvurderet helbred eller er uønsket alene

Stress er en fysiologisk og psykologisk tilstand, der gør, at vi kan yde vores bedste i situationer, hvor der kræves noget særligt af os. Kortvarigt stress kan derfor betegnes som en positiv tilstand. Det er først, når en stresstilstand står på i længere tid, at det bliver et problem med risiko for udvikling af fysiske og psykiske sygdomme som f.eks. hjerte-karsygdomme og depression. Stress kan desuden have negative sociale konsekvenser[2 3 4].

Stress opstår, når der er ubalance mellem de krav, borgere udsættes for og oplevelsen af kontrol. Psykisk arbejdsbelastning er en af de faktorer, der forårsager stress. Psykisk arbejdsbelastning resulterer i 1.400 dødsfald pr. år, et tab i den danske middellevetid på 6-7 måneder for mænd og ½ år for kvinder, ca. 30.000 hospitalsindlæggelser og godt ½ mio. kontakter til almen praksis[5].

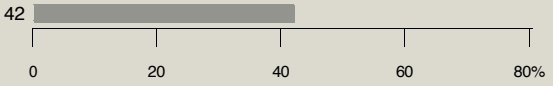
2.2.1 Højt stressniveau

I Sundhedsprofilen måles stressniveauet med Cohens Perceived Stress Scale, som er en valideret stress-scala. Den består af ti spørgsmål inden for dimensionerne: Uforudsigelighed, manglende kontrol og høje krav. På baggrund af disse spørgsmål får deltagerne tildelt en stressscore, der går fra nul til 40 - jo højere værdi des højere stressniveau[6].

Højt stressniveau er i Sundhedsprofil 2013 defineret med den nationale Sundhedsprofil 2010 som reference. I den nationale Sundhedsprofil 2010 blev det konstateret, at de 20 procent mest stressede borgere havde en stressscore på 18 eller derover. Denne score er anvendt i det følgende og definerer, hvad der forstås ved et højt stressniveau.

Tabel 2.2.1.1 Borgere med højt stressniveau

	%	Personer
Region Sjælland	23	150.600
Køn		
Mand	19	60.000
Kvinde	27	90.500
Alder		
16-24 år	25	20.700
25-34 år	29	19.900
35-44 år	22	23.900
45-54 år	22	27.900
55-64 år	21	23.800
65-79 år	19	24.100
80+ år	33	10.200
Uddannelse		
Under uddannelse	27	12.200
Grundskole	37	28.100
Kort uddannelse	20	45.400
Kort videreg. uddannelse	16	7.800
Mellemlang videreg. uddannelse	18	18.800
Lang videreg. uddannelse	13	5.200
Erhvervstilknytning		
Beskæftigede	16	50.200
Arbejdsløse	28	10.000
Førtidspensionister	55	19.200
Efterlønsmodtagere	13	2.800
Alderspensionister	22	34.300
Øvrige ikke-erhvervsaktive	66	16.700
Samlivsstatus		
Samlevende	20	86.100
Ikke samlevende	29	64.400
Etnisk baggrund		
Danmark	22	133.200
Andre vestlige lande	28	4.800
Ikke-vestlige lande	42	12.500



Generelt: 23 procent af borgerne i Region Sjælland har et højt stressniveau, tabel 2.2.1.1

Køn og alder: Højt stressniveau forekommer hyppigere blandt kvinder end blandt mænd. Den højeste andel med højt stressniveau forekommer blandt borgere på 80 år og derover. Her udgør andelen 33 procent. Blandt borgere i den erhvervsaktive alder forekommer højt stressniveau hyppigst blandt de 25-34-årige. Blandt de 65-79-årige findes den laveste forekomst af borgere med højt stressniveau med 19 procent.

Uddannelse: Blandt borgere med grundskole alene forekommer højt stressniveau hos mere end hver tredje. Der er en tydelig social gradient med den laveste forekomst blandt borgere med lang videregående uddannelse, hvor andelen udgør 13 procent.

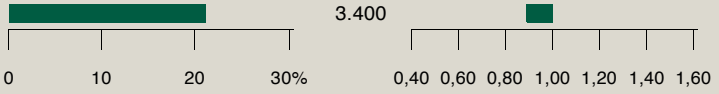
Erhvervstilknytning: De laveste andele med højt stressniveauer findes blandt efterlønsmodtagere og beskæftigede med henholdsvis 13 og 16 procent, mens de højeste andele findes blandt øvrige ikke-erhvervsaktive med 66 procent og førtidspensionister med 55 procent.

Samlivsstatus: Andelen med højt stressniveau er lidt højere blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner, end blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Blandt borgere med ikke-vestlig baggrund er andelen, der har et højt stressniveau, næsten dobbelt så høj som blandt borgere med dansk baggrund, nemlig 42 procent mod 22 procent.

Tabel 2.2.1.2 Borgere med højt stressniveau – kommuner

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Sjælland	23	150.600		0
Kommunesocialgruppe 3				
Guldborgsund	25	12.500		-2
Kalundborg	25	9.700		0
Lolland	26 *	9.800	*	1
Odsherred	22	5.900		-2
Slagelse	26 *	16.400	*	0
Vordingborg	21	7.800		-3
Kommunesocialgruppe 2				
Faxe	20 *	5.500	*	-2
Holbæk	23	12.200		2
Næstved	23	15.100		0
Ringsted	21	5.500		-1
Sorø	23	5.200		3
Stevns	24	4.200		1
Kommunesocialgruppe 1				
Greve	20	7.500		-2
Køge	24	10.800		-1
Lejre	20	4.200		2
Roskilde	22	14.800		1
Solrød	21	3.400		2

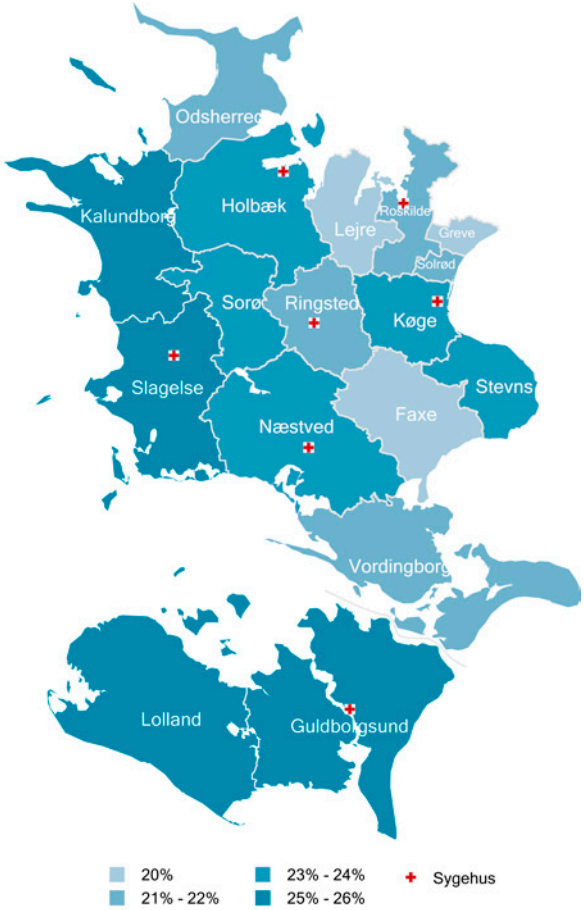


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Andelen med højt stressniveau varierer fra 20 procent i Greve, Lejre og Faxe Kommuner til 26 procent i Lolland og Slagelse Kommuner, se tabel 2.2.1.2. I tre kommuner adskiller andelen med højt stressniveau sig signifikant fra regionsgennemsnittet på 23 procent. I Lolland og Slagelse Kommuner ligger andelen signifikant over regionssnittet, mens andelen i Faxe Kommune ligger signifikant under regionsgennemsnittet. Se også kort 2.2.1.1 Resultaterne er fortsat signifikante, når der er justeret for køn og alder.

Udvikling: Hverken i forhold til regionsgennemsnittet eller i forhold til resultaterne for de enkelte kommuner findes nogen betydelige ændringer i andelene, der har et højt stressniveau.

Kort 2.2.1.1 Højt stressniveau

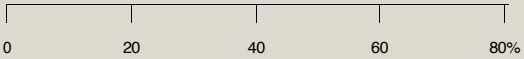


2.2.2 Højt stressniveau, sundhedsadfærd og trivsel

I dette afsnit vil sammenhænge mellem højt stressniveau og udvalgte mål for sundhedsadfærd og trivsel blive vist. Du kan se mere om definitionerne af de udvalgte mål for sundhedstilstanden under de respektive kapitler.

Tabel 2.2.2.1 Sammenhæng mellem højt stressniveau, sundhedsadfærd og trivsel

	%	Personer
Kostvaner		
Meget usunde	29	25.000
Middel	22	90.500
Sunde	18	23.800
Rygning		
Daglig ryger	33	38.000
Lejlighedsvis ryger	25	5.300
Tidligere rygere	22	43.100
Aldrig ryger	20	59.700
Problematisk alkoholadfærd		
Nej	21	99.700
Ja	25	31.500
Fysisk aktivitet		
Træner ikke hårdt/motionerer	26	116.600
Træner hårdt/motionerer	14	23.800
Stoffer seneste måned		
Har ikke taget stoffer	22	133.600
Har taget stoffer	41	5.600
Tilfredshed med livet		
Tilfreds	14	72.700
Utilfreds	61	63.700
Søvn		
Sover godt	13	49.200
Sover dårligt	38	98.700
Selvvurderet helbred		
Dårligt	62	64.600
Godt	16	84.700
Socialt netværk		
Ikke uønsket alene	20	122.900
Uønsket alene	60	23.000



Sammenhæng med sundhedsadfærd: Blandt borgere, der spiser meget usundt, er der en højere andel, der har et højt stressniveau, end blandt borgere, der spiser sundt, tabel 2.2.2.1. Andelen med højt stressniveau er højere blandt dagligrygere end blandt aldrig-rygere, ligesom der er en lidt højere andel blandt borgere med problematisk alkoholadfærd end blandt borgere, der ikke har dette. Andelen med højt stressniveau er næsten dobbelt så høj blandt borgere, der ikke træner hårdt/motionerer, sammenholdt med borgere, der er fysisk aktive. Det samme mønster gør sig gældende for borgere, der har taget stoffer den sidste måned, sammenlignet med borgere, der ikke har taget stoffer.

Sammenhæng med trivsel: Hyppigheden af højt stressniveau er mere end fire gange så højt hos borgere, der er utilfredse med livet, end blandt borgere, der er tilfredse med livet. Blandt borgere, der sover dårligt, er andelen med højt stressniveau ca. tre gange så høj som blandt borgere, der sover godt. Borgere, der betegner deres selvvurderede helbred som dårligt, har fire gange så hyppigt et højt stressniveau end borgere, der betegner deres selvvurderede helbred som godt. I forhold til borgere, der ofte er uønsket alene, forekommer højt stressniveau tre gange så hyppigt som blandt borgere, der ikke er uønsket alene.

2.2.3 Tag den med ro – råd fra egen læge

I Sundhedsprofilen har borgerne fået spørgsmålet: »Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at tage den med ro?«. Svarmulighederne var »Ja«, »Nej« og »Ved ikke«. I tabellen nedenfor er gengivet resultaterne for de borgere, der har svaret ja på dette spørgsmål.

Tabel 2.2.1.3 Borgere, der af egen læge er rådet til at tage den med ro

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: 18 procent af borgerne i Region Sjælland er af egen læge blevet rådet til at tage den med ro inden for det seneste år, tabel 2.2.1.3. Når der justeres for køn og alder ligger andelen i Solrød Kommune signifikant under regionsgennemsnittet. De øvrige resultater er ikke signifikant forskellige fra regionsgennemsnittet.

2.3 Søvn

- 40 procent af borgerne i Region Sjælland vurderer, at de alt i alt sover dårligt
- 12 procent angiver, at de har været meget generet af søvnproblemer i de seneste 14 dage
- Borgere, der er meget generet af søvnproblemer, har ofte et dårligt selvvurderet helbred, er uønsket alene eller er utilfredse med livet

Søvn er en nødvendig fysiologisk tilstand, der har betydning for mange fysiologiske og psykologiske processer i kroppen og hjernen. Der er en del hormoner, hvor niveauet i kroppen ændres under søvn. Det gælder for bl.a. væksthormon, melatonin, kortisol og testosteron. Forstyrrelser af søvnen kan derfor blandt andet føre til ændret produktion af disse hormoner med øget risiko for at udvikle sygdomme[7]. Motion kan forbedre nattesøvnen. Manglende søvn kan være årsag til psykisk sygdom, ligesom psykisk sygdom ofte er årsag til søvnproblemer[i].

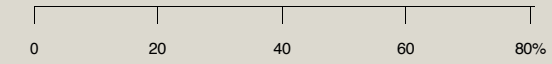
En del sygdomme medfører søvnproblemer. Det gælder f.eks. ved depression[8] og Parkinsons sygdom[9]. Omvendt er der også en del primære søvnsygdomme. En af de mest udbredte er søvnapnø, hvoraf obstruktiv søvnapnø er den hyppigste. Den forekommer ofte hos svært overvægtige[10]. Manglende søvn og dårlig søvnkvalitet medfører øget risiko for udvikling af sygdomme, men er også en medvirkende faktor i f.eks. trafikulykker[11], hvis sygdommen ikke behandles.

2.3.1 Søvnkvalitet og søvnproblemer

Borgerne er i Sundhedsprofilen 2013 blevet spurgt om, hvordan de alt i alt synes deres søvn er, samt om de inden for de seneste 14 dage har været generet af søvnbesvær eller søvnproblemer.

Tabel 2.3.1.1 Borgere, der alt i alt sover dårligt

	%	Personer
Region Sjælland	40	260.800
Køn		
Mand	35	112.100
Kvinde	45	148.700
Alder		
16-24 år	33	26.500
25-34 år	40	27.000
35-44 år	35	38.400
45-54 år	42	52.000
55-64 år	45	49.900
65-79 år	41	52.200
80+ år	45	14.800
Uddannelse		
Under uddannelse	34	15.200
Grundskole	49	37.600
Kort uddannelse	40	89.300
Kort videreg. uddannelse	37	17.400
Mellemlang videreg. uddannelse	38	40.200
Lang videreg. uddannelse	32	13.200
Erhvervstilknytning		
Beskæftigede	35	110.300
Arbejdsløse	45	14.100
Førtidspensionister	63	21.900
Efterlønsmodtagere	39	8.200
Alderspensionister	42	67.000
Øvrige ikke-erhvervsaktive	68	17.100
Samlivsstatus		
Samlevende	38	162.900
Ikke samlevende	43	98.000
Etnisk baggrund		
Danmark	40	239.800
Andre vestlige lande	37	6.400
Ikke-vestlige lande	49	14.700



Generelt: 40 procent af borgerne i Region Sjælland angiver, at de alt i alt sover dårligt, tabel 2.3.1.1.

Køn og alder: Hyppigheden af dårlig søvn er højere hos kvinder end blandt mænd. Det er blandt de 16-24-årige, at den laveste andel, der sover dårligt, forekommer. Den højeste andel findes blandt de 55-64-årige og blandt borgere på 80 år og derover, hvor 45 procent oplever dette.

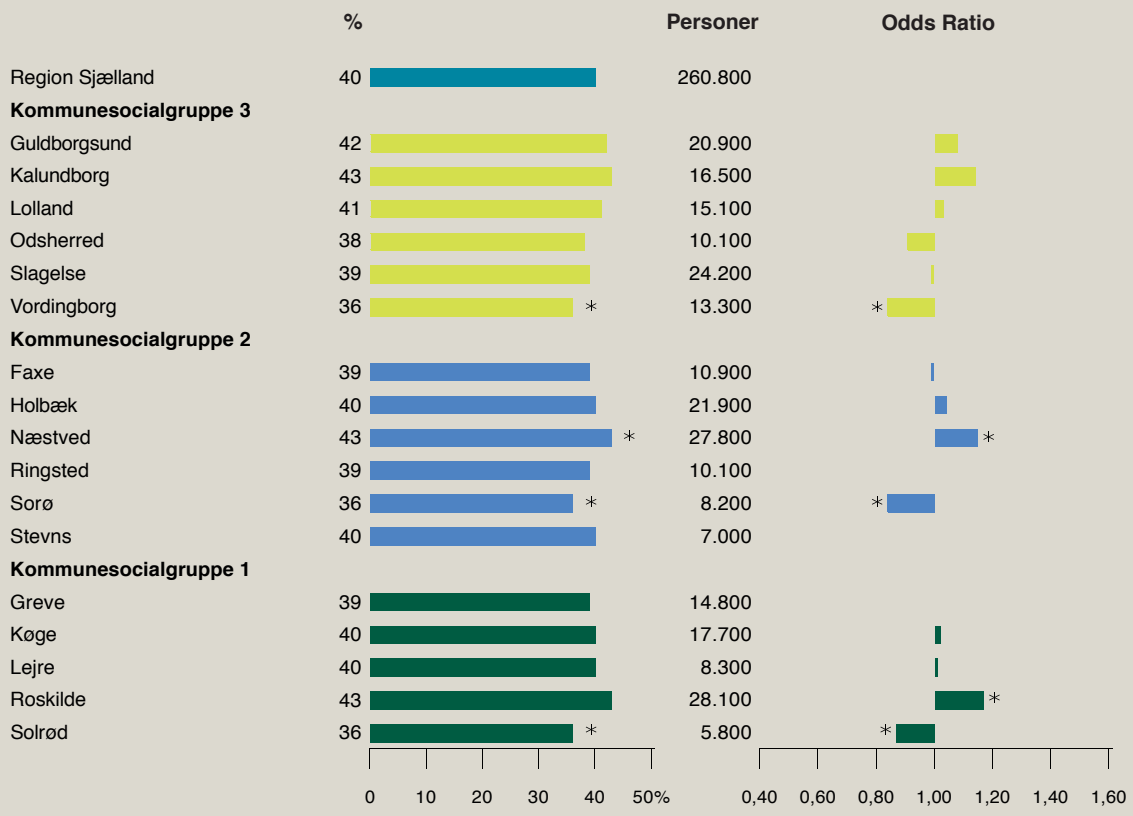
Uddannelse: Den højeste andel, der sover dårligt, forekommer blandt borgere med grundskole alene. Her udgør andelen 49 procent. Den laveste andel forekommer blandt borgere med lang videregående uddannelse. Der er en tendens til, at andelen, der sover dårligt, falder med stigende uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning: Blandt øvrige ikke-erhvervsaktive borgere og førtidspensionister er det omkring 2/3, der oplever at sove dårligt. Den laveste andel findes blandt beskæftigede, hvor det gælder for 1/3.

Samlivsstatus: Dårlig søvn er mest udbredt blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner.

Etnisk baggrund: Den højeste andel, der alt i alt sover dårligt, findes blandt borgere med ikke-vestlig baggrund, hvor det gælder for halvdelen af borgerne, mens den laveste andel findes blandt borgere med anden vestlig baggrund.

Tabel 2.3.1.2 Borgere, der alt i alt sover dårligt – kommuner

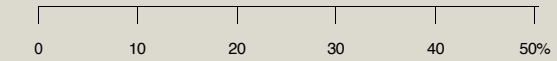


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Udbredelsen af dårlig søvn går fra 36 procent i Vordingborg, Sorø og Solrød Kommuner til 43 procent i Kalundborg, Roskilde og Næstved Kommuner, tabel 2.3.1.2. Der er fire kommuner, der adskiller sig signifikant fra regionsgennemsnittet. I Næstved Kommune ligger andelen signifikant over regionsgennemsnittet, mens andelen i Vordingborg, Sorø og Solrød Kommuner ligger signifikant under regionsgennemsnittet. Resultatet er fortsat signifikant, når der justeres for køn og alder. Derudover bliver Roskilde Kommune også signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder.

Tabel 2.3.1.3 Borgere, der har været meget generet af søvnproblemer inden for de seneste 14 dage

	%	Personer
	12	78.000
Køn		
Mand	9	29.400
Kvinde	15	48.600
Alder		
16-24 år	13	10.300
25-34 år	12	7.900
35-44 år	9	10.300
45-54 år	14	16.800
55-64 år	13	14.700
65-79 år	11	14.400
80+ år	11	3.600
Uddannelse		
Under uddannelse	15	6.600
Grundskole	17	13.300
Kort uddannelse	11	24.800
Kort videreg. uddannelse	9	4.200
Mellemlang videreg. uddannelse	10	10.100
Lang videreg. uddannelse	7	2.700
Erhvervstilknytning		
Beskæftigede	8	25.700
Arbejdsløse	11	3.700
Førtidspensionister	29	10.200
Efterlønsmodtagere	8	1.800
Alderspensionister	11	18.000
Øvrige ikke-erhvervsaktive	40	10.000
Samlivsstatus		
Samlevende	11	44.700
Ikke samlevende	15	33.300
Etnisk baggrund		
Danmark	11	68.900
Andre vestlige lande	14	2.500
Ikke-vestlige lande	22	6.600



Generelt: 12 procent af borgerne i Region Sjælland angiver, at de har været meget generet af søvnproblemer i de seneste 14 dage, tabel 2.3.1.3.

Køn og alder: Flere kvinder end mænd har været meget generet af søvnproblemer inden for de seneste 14 dage. Der er ikke de store udsving blandt de forskellige aldersgrupper i forhold til, hvor stor en andelen er, der har været meget generet af søvnproblemer. Den højeste andel forekommer blandt de 45-54-årige, nemlig 14 procent, og den laveste andel forekommer blandt de 35-44-årige med 9 procent.

Uddannelse: Der er en social gradient i forhold til, hvor stor en andel, der har været meget generet af søvnproblemer inden for de seneste 14 dage. Blandt borgere med grundskole alene, drejer det sig om 17 procent, og blandt borgere med en lang videregående uddannelse drejer det sig om 7 procent.

Erhvervstilknytning: Der er to kategorier, der skiller sig negativt ud i forhold til regionsgennemsnittet, nemlig kategorien øvrige ikke-erhvervsaktive, hvor 40 procent har været meget generet af søvnproblemer, og førtidspensionister, hvor det drejer sig om 29 procent. Beskæftigede og efterlønsmodtagere har den laveste andel på 8 procent.

Samlivsstatus: Blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner, er hyppigheden af at være meget generet af søvnproblemer lidt højere end blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Blandt borgere med ikke-vestlig baggrund er andelen, der har været meget generet af søvnproblemer inden for de seneste 14 dage, dobbelt så høj som blandt borgere med dansk baggrund.

Tabel 2.3.1.4 Borgere, der har været meget generet af søvnproblemer de seneste 14 dage – kommuner

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

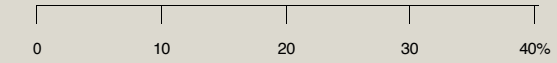
Kommunevariation: Andelen af borgere, der har været meget generet af søvnproblemer de seneste 14 dage, varierer i kommunerne fra 9 procent i Sorø Kommune til 14 procent i Kalundborg og Lolland Kommuner, tabel 2.3.1.4. Det er kun i Sorø Kommune, at andelen afviger signifikant fra regionsgennemsnittet, hvor andelen er signifikant lavere end regionsgennemsnittet. Denne forskel bevares, når der justeres for køn og alder.

2.3.2 Meget generet af søvnproblemer, sundhedsadfærd og trivsel

I det følgende afsnit vil sammenhængen mellem at have været meget generet af søvnproblemer de seneste 14 dage og en række andre mål for sundhedstilstanden blive vist. Du kan se mere om definitionerne af de udvalgte mål for sundhedstilstanden under de respektive kapitler.

Tabel 2.3.2.1 Sammenhæng mellem at have været meget generet af søvnproblemer de seneste 14 dage, sundhedsadfærd og trivsel

	%	Personer
Kostvaner		
Meget usunde	14	12.400
Middel	11	45.700
Sunde	11	14.100
Rygning		
Daglig ryger	18	20.500
Lejlighedsvis ryger	11	2.300
Tidligere rygere	11	22.700
Aldrig ryger	10	30.200
Risikabel alkohol adfærd		
Nej	11	52.700
Ja	13	16.300
Fysisk aktivitet		
Træner ikke hårdt/motionerer	13	60.800
Træner hårdt/motionerer	7	12.200
Stoffer seneste måned		
Har ikke taget stoffer	12	69.000
Har taget stoffer	24	3.200
Tilfredshed med livet		
Tilfreds	8	41.300
Utilfreds	28	28.900
Søvn		
Sover godt	1	5.100
Sover dårligt	28	71.600
Selvvurderet helbred		
Dårligt	33	34.700
Godt	8	42.800
Socialt netværk		
Ikke uønsket alene	11	63.600
Uønsket alene	32	12.200



Sammenhæng med sundhedsadfærd: Blandt borgere med meget usunde kostvaner er andelen, der er meget generet af søvnproblemer de seneste 14 dage, lidt højere end blandt borgere, der spiser sundt, tabel 2.3.2.1. Andelen med søvnproblemer er næsten dobbelt så høj blandt dagligrygere sammenlignet med andelen blandt andre rygere og aldrig-rygere. I forhold til problematisk alkoholadfærd findes ikke nogen sikker forskel i andelen med søvnproblemer. Andelen med søvnproblemer er næsten dobbelt så høj blandt borgere, der ikke træner hårdt/motioner, sammenlignet med borgere, der træner hårdt/motionerer. Blandt borgere, der har taget stoffer inden for den seneste måned, er andelen, der er meget generet af søvnproblemer, dobbelt så høj sammenlignet med borgere, der ikke har taget stoffer inden for den sidste måned.

Sammenhæng med trivsel: Andelen af borgere, der er meget generet af søvnproblemer, er mere end tre gange så høj blandt borgere, der er utilfredse med livet sammenlignet med borgere, der er tilfredse med livet. Blandt borgere, der sover dårligt, er det 28 procent, der angiver, at de inden for de sidste 14 dage har været meget generet af søvnproblemer mod en procent blandt borgere, der angiver, at de generelt sover godt. Blandt borgere med et dårligt selvvurderet helbred er andelen, der har været meget generet af søvnproblemer, fire gange højere end blandt borgere, der angiver, at de har et godt selvvurderet helbred. Andelen af borgere, der er generet af søvnproblemer, er tre gange højere blandt borgere, der er uønsket alene sammenlignet med borgere, der ikke er uønsket alene.

2.4 Generende psykiske symptomer

- 16 procent af borgerne i Region Sjælland har været meget generet af psykiske symptomer – en lille stigning siden 2010
- Især kvinder, borgere med grundskole alene, øvrige ikke-erhvervsaktive borgere, førtidspensionister og borgere med ikke-vestlig baggrund har været meget generet af psykiske symptomer

Der findes en lang række former for psykiske symptomer, lige fra tvangsprægede handlinger, vrangforestillinger, hallucinationer, angst, træthed, følelse af tristhed, opstemthed, uro, forvirring eller kropslige symptomer med psykisk årsag[12].

2.4.1 Meget generet af psykiske symptomer

I Sundhedsprofilen fokuseres på et udsnit af disse symptomer, og det er valgt at belyse flere psykiske symptomer under ét. Borgerne er spurgt om: »Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de nedenstående former for smerter og ubehag?« Der kunne svares »Ja, meget«, »Ja, lidt« og »Nej« til kategorierne:

- Søvnbesvær, søvnproblemer
- Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig
- Ængstelse, nervøsitet, uro og angst

I det følgende er gengivet resultater for de borgere, der har svaret »Ja, meget« til, at de inden for de seneste 14 dage har været generet af nogle af disse former for ubehag.

Tabel 2.4.1.1 Borgere, der har været meget generet af psykiske symptomer de seneste 14 dage

	%	Personer
Region Sjælland	16	105.200
Køn		
Mand	12	39.500
Kvinde	20	65.700
Alder		
16-24 år	18	14.800
25-34 år	18	12.100
35-44 år	13	14.300
45-54 år	18	22.300
55-64 år	17	18.400
65-79 år	15	18.600
80+ år	15	4.700
Uddannelse		
Under uddannelse	21	9.500
Grundskole	25	19.300
Kort uddannelse	14	32.100
Kort videreg. uddannelse	12	5.500
Mellemlang videreg. uddannelse	14	14.500
Lang videreg. uddannelse	8	3.300
Erhvervstilknytning		
Beskæftigede	11	33.400
Arbejdsløse	18	6.000
Førtidspensionister	40	13.900
Efterlønsmodtagere	10	2.100
Alderspensionister	15	23.400
Øvrige ikke-erhvervsaktive	55	13.900
Samlivsstatus		
Samlevende	14	59.200
Ikke samlevende	21	46.000
Etnisk baggrund		
Danmark	16	93.400
Andre vestlige lande	18	3.000
Ikke-vestlige lande	29	8.700

Generelt: 16 procent af borgerne i Region Sjælland har inden for de seneste 14 dage følt sig meget generet af psykiske symptomer, tabel 2.4.1.1.

Køn og alder: Flere kvinder end mænd har været meget generet af psykiske symptomer. Meget generende psykiske symptomer er nogenlunde ligeligt fordelt mellem aldersgrupperne, og mindst udbredt blandt de 35-44-årige.

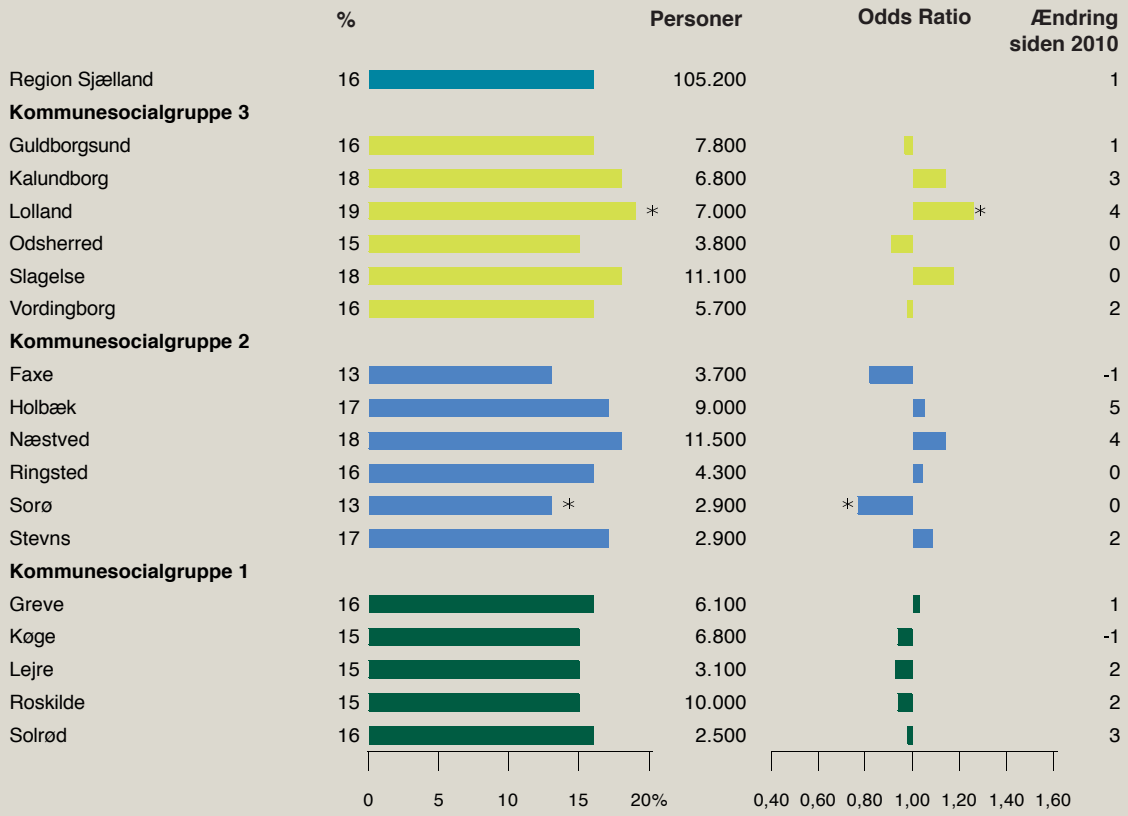
Uddannelse: Blandt borgere med grundskole alene har hver 4. følt sig meget generet, og blandt borgere under uddannelse har hver 5. følt sig meget generet af psykiske symptomer. Andelen er lavest blandt borgere med lang videregående uddannelse, hvor 8 procent har været meget generet.

Erhvervstilknytning: 55 procent af de øvrige ikke-erhvervsaktive borgere og 40 procent af førtidspensionisterne har været meget generet af psykiske symptomer. Disse andele er 4-5 gange større end blandt efterlønsmodtagere og beskæftigede.

Samlivsstatus: Andelen af borgere, der ikke bor sammen med en partner, og som har følt sig meget generet af psykiske symptomer, er 21 procent, hvilket er højere end blandt samlevende, hvor andelen er 14 procent.

Etnisk baggrund: 29 procent med ikke-vestlig baggrund har følt sig meget generet af psykiske symptomer, mens dette er tilfældet for 16 og 18 procent for borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Tabel 2.4.1.2 Borgere, der har været meget generet af psykiske symptomer de seneste 14 dage – kommuner



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Andelen af borgere, der har følt sig meget generet af psykiske symptomer, varierer mellem 13 procent i Faxe og Sorø Kommuner og 19 procent i Lolland Kommune, tabel 2.4.1.2. Lolland Kommunes andel er signifikant højere end regionsgennemsnittet, mens andelen i Sorø Kommune er signifikant lavere. Se også kort 2.4.1.1. Den signifikante forskel bevares, når der er taget højde for køn og alder.

Udvikling: 16 procent af borgerne i Region Sjælland har været meget generet af psykiske symptomer i 2013 mod 15 procent i 2010.
I Holbæk Kommune er andelen af borgere, der har været meget generet af psykiske symptomer, steget 5 procentpoint siden 2010.

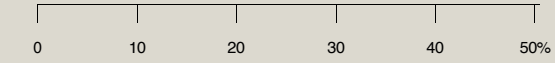
Kort 2.4.1.1 Borgere, der har været generet af psykiske symptomer de seneste 14 dage

2.4.2 Meget generet af psykiske symptomer, sundhedsadfærd og trivsel

I det følgende afsnit vil sammenhængen mellem at have været meget generet af psykiske symptomer og en række andre mål for sundhedstilstanden blive vist. Du kan se mere om definitionerne af de udvalgte mål for sundhedstilstanden under de respektive kapitler.

Tabel 2.4.2.1 Sammenhæng mellem at have været meget generet af psykiske symptomer, sundhedsadfærd og trivsel

	%	Personer
Kostvaner		
Meget usunde	20	17.400
Middel	15	62.000
Sunde	14	18.200
Rygning		
Daglig ryger	24	27.500
Lejlighedsvis ryger	16	3.400
Tidligere rygere	16	30.600
Aldrig ryger	14	40.700
Problematisk alkoholadfærd		
Nej	15	70.900
Ja	18	22.400
Fysisk aktivitet		
Træner ikke hårdt/motionerer	18	82.300
Træner hårdt/motionerer	10	16.200
Stoffer seneste måned		
Har ikke taget stoffer	16	93.100
Har taget stoffer	32	4.200
Tilfredshed med livet		
Tilfreds	10	51.100
Utilfreds	43	43.900
Søvn		
Sover godt	5	17.500
Sover dårligt	34	86.200
Selvvurderet helbred		
Dårligt	46	47.500
Godt	11	57.100
Socialt netværk		
Ikke uønsket alene	14	84.500
Uønsket alene	47	18.000



Sammenhæng med sundhedsadfærd: 20 procent af borgerne, der har været meget generet af psykiske symptomer, har meget usunde kostvaner, til sammenligning er det 15 og 14 procent hos borgere, med middel og sunde kostvaner, tabel 2.4.2.1. Blandt dagligrygere er andelen, som har været meget generet af psykiske symptomer, højere end blandt borgere, der aldrig har røget. Der er ikke nogen umiddelbar forskel i andelen af borgere, der har været meget generet af psykiske symptomer, på tværs af alkoholadfærd. Derimod er meget generet af psykiske symptomer mere udbredt blandt borgere, der ikke træner og motionerer hårdt, end blandt borgere, der træner og motionerer. Det ses også, at blandt borgere, der har brugt stoffer den seneste måned, er andelen, der har været meget generet af psykiske symptomer, dobbelt så høj som blandt borgere, der ikke har taget stoffer.

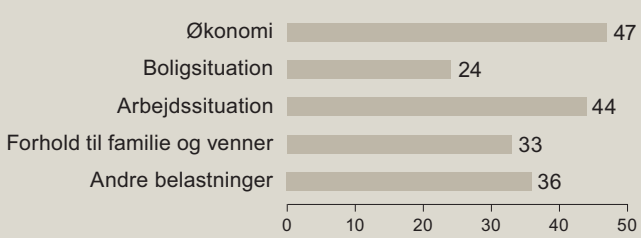
Sammenhæng med trivsel: Der er tegn på sammenhæng mellem at have været meget generet af psykiske symptomer og tilfredshed med livet, søvn, selvvurderet helbred og socialt netværk. Blandt borgere, som sover dårligt, er andelen, der har været generet af psykiske symptomer, næsten syv gange så høj end blandt borgere, der ikke sover dårligt. Blandt borgere, der er utilfredse med livet eller har dårligt selvvurderet helbred, og som har været meget generet af psykiske symptomer, er andelen fire gange så høj som blandt borgere, der er tilfredse med livet eller har et godt selvvurderet helbred. Desuden ses blandt borgere, der ofte er uønsket alene, en tre gange så høj andel, der har været generet af psykiske symptomer, end blandt borgere, der ikke er uønsket alene.

2.5 Følelse af belastning

- 47 procent af borgerne i Region Sjælland har det seneste år følt sig belastet af deres økonomi
- 44 procent har følt sig belastet af deres arbejdssituation
- 33 procent har følt sig belastet af forhold til familie og venner

Den finansielle krise, som de fleste danskere har haft inde på livet de seneste år, har formentlig haft indflydelse på borgernes livskvalitet, sundhed og sygelighed. I Sundhedsprofilen 2013 har det været muligt at tilføje nye spørgsmål, der har til formål at belyse helt aktuelle forhold. Derfor blev der, som noget nyt, spurgt til borgernes oplevelse af belastning. Borgerne i Region Sjælland blev spurgt, om de inden for de seneste 12 måneder har følt sig belastet af forskellige forhold, som økonomi, arbejdssituation, boligsituation, forholdet til familie og venner og andet.

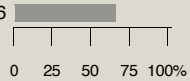
Tabel 2.5.1 Følelse af belastning

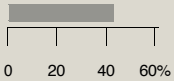


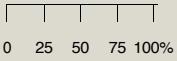
Fordelingen af borgere, der har svaret ja til disse spørgsmål, er vist i tabel 2.5.1. Tabellen viser, at næsten halvdelen af borgerne har følt sig belastet af deres økonomi, og 44 procent har følt sig belastet af deres arbejdssituation. Derudover har cirka hver 3. borger følt sig belastet af forhold til familie og venner eller af andre belastninger. 24 procent har følt sig belastet af deres boligsituation.

Tabel 2.5.2 Borgere, der har følt sig belastet af økonomi, bolig og arbejde inden for det seneste år

	% Økonomi	Personer	% Bolig	Personer	% Arbejde	Personer
Region Sjælland	47	304.700	24	158.700	44	281.600
Køn						
Mand	46	146.700	23	74.900	42	131.700
Kvinde	48	158.000	25	83.800	47	149.900
Alder						
16-24 år	59	48.200	35	28.200	48	39.300
25-34 år	68	46.800	39	27.000	64	43.700
35-44 år	59	64.600	27	29.800	60	65.100
45-54 år	51	62.500	23	27.800	56	69.000
55-64 år	37	40.800	19	20.800	41	43.900
65-79 år	28	35.800	16	19.900	13	15.600
80+ år	19	6.000	16	5.100	19	5.100
Uddannelse						
Under uddannelse	60	26.900	34	15.100	43	19.100
Grundskole	47	35.300	28	20.900	38	27.600
Kort uddannelse	47	103.700	22	49.400	42	91.700
Kort videreg. uddannelse	44	20.800	20	9.400	47	22.100
Mellemlang videreg. uddannelse	44	46.700	21	22.300	50	51.800
Lang videreg. uddannelse	40	16.200	20	8.000	53	21.600
Erhvervstilknytning						
Beskæftigede	50	155.400	23	70.800	56	176.900
Arbejdsløse	58	20.400	31	11.000	58	20.000
Førtidspensionister	55	19.100	33	11.400	30	9.700
Efterlønsmodtagere	30	6.400	15	3.200	13	2.700
Alderspensionister	27	41.800	16	25.000	14	20.600
Øvrige ikke-erhvervsaktive	87	21.900	52	13.000	85	21.000
Samlivsstatus						
Samlevende	45	190.900	21	87.500	45	188.600
Ikke samlevende	51	113.800	32	71.200	43	93.000
Etnisk baggrund						
Danmark	46	276.600	23	140.300	44	259.700
Andre vestlige lande	49	8.600	33	5.700	45	7.700
Ikke-vestlige lande	66	19.600	43	12.700	50	14.200







Generelt: 47 procent, og dermed næsten halvdelen af borgerne i Region Sjælland, har inden for de seneste 12 måneder følt sig belastet af deres økonomi. 24 procent har følt sig belastet af deres boligsituation, mens 44 procent har følt sig belastet af deres arbejdssituation, tabel 2.5.2.

Køn og alder: Der er ingen forskel på andelen af kvinder og mænd, som har følt sig belastet af deres økonomi eller boligsituation. Lidt flere kvinder end mænd har følt sig belastet af deres arbejdssituation. Andelen af borgere, der har følt sig belastet af økonomi, er størst blandt de 25-34-årige, hvor andelen er 68 procent. Næststørst er andelen blandt de 16-24-årige og de 35-44-årige, hvor andelen er 59 procent. Efter 35 årsalderen falder andelen med stigende alder, og 19 procent af borgere på 80 år og derover har følt økonomiske belastninger. De 16-24-årige og de 25-34-årige er de aldersgrupper med størst andel af borgere, der har følt sig belastet af deres boligsituation. Det drejer sig om godt hver 3. borger, mens 16 procent af borgerne på 65 år og derover har følt sig belastet af deres boligsituation. Over halvdelen af borgerne i alderen 25-54 år har følt sig belastet af deres arbejdssituation.

Uddannelse: Borgere under uddannelse er den kategori, som hyppigst har følt sig belastet af økonomi og boligsituation. Blandt borgere med lang videregående uddannelse har 53 procent følt sig belastet af deres arbejdssituation, hvilket er højere end blandt alle øvrige uddannelsesgrupper.

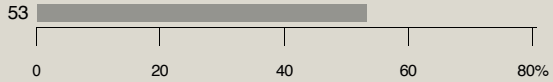
Erhvervstilknytning: Belastet økonomi ses mest udbredt blandt øvrige ikke-erhvervsaktive, hvor andelen er 87 procent. Også blandt arbejdsløse, førtidspensionister og beskæftigede er andelen, der har følt sig belastet af økonomi, over 50 procent. Belastet af boligsituation er mest udbredt blandt øvrige ikke-erhvervsaktive, hvor andelen er 52 procent - mindst belastede er efterlønsmodtagere og alderspensionister. 85 procent af de øvrige ikke-erhvervsaktive har følt sig belastet af deres arbejdssituation, hvilket er den højeste andel. Over halvdelen af de arbejdsløse og de beskæftigede har følt sig belastet af deres arbejdssituation.

Samlivsstatus: 51 procent af borgerne, der ikke bor sammen med en partner, har følt sig belastet af deres økonomi, hvilket er en større andel end blandt de samlevende. Blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner, har hver 3. følt sig belastet af deres boligsituation, mens dette er tilfældet for hver 5. blandt de samlevende. Der ses ingen forskel på samlevende eller ikke samlevende med hensyn til at have følt sig belastet af arbejdssituationen.

Etnisk baggrund: 2 ud af 3 borgere med ikke-vestlig baggrund har følt sig belastet af deres økonomi, mens dette er tilfældet for knap halvdelen af borgere med dansk eller anden vestlig baggrund. 43 procent af borgere med ikke-vestlig baggrund har følt sig belastet af deres boligsituation, hvilket er en højere andel end blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund. Borgere, der har følt sig belastet af deres arbejdssituation, forekommer mere hyppigt blandt borgere med ikke-vestlig baggrund, hvor det gælder for 50 procent, end blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Tabel 2.5.3 Borgere, der har følt sig belastet af forholdet til familie og venner inden for det seneste år

	%	Personer
Region Sjælland	33	215.700
Køn		
Mand	31	98.800
Kvinde	36	116.900
Alder		
16-24 år	39	31.800
25-34 år	44	30.000
35-44 år	40	43.300
45-54 år	38	46.700
55-64 år	29	32.000
65-79 år	22	27.600
80+ år	14	4.400
Uddannelse		
Under uddannelse	41	18.500
Grundskole	34	25.600
Kort uddannelse	30	66.100
Kort videreg. uddannelse	34	15.900
Mellemlang videreg. uddannelse	36	37.600
Lang videreg. uddannelse	33	13.500
Erhvervstilknytning		
Beskæftigede	34	106.500
Arbejdsløse	35	12.400
Førtidspensionister	52	17.900
Efterlønsmodtagere	24	5.100
Alderspensionister	20	32.000
Øvrige ikke-erhvervsaktive	61	15.400
Samlivsstatus		
Samlevende	32	136.000
Ikke samlevende	36	79.800
Etnisk baggrund		
Danmark	32	193.700
Andre vestlige lande	38	6.600
Ikke-vestlige lande	53	15.400



Generelt: Hver tredje borger i Region Sjælland har inden for de seneste 12 måneder følt sig belastet af forholdet til deres familie og venner, tabel 2.5.3.

Køn og alder: Lidt flere kvinder end mænd har følt sig belastet af forholdet til familie og venner. I aldersgruppen 25-34 år forekommer hyppigst borgere, som har følt sig belastet af familie og venner, det gælder for 44 procent. Mindst udbredt er det blandt borgere på 80 år og derover, hvor andelen er 14 procent.

Uddannelse: Blandt borgere under uddannelse har 41 procent følt sig belastet af familie og venner, mens andelen er lavere i alle øvrige uddannelsesgrupper.

Erhvervstilknytning: Det er mest udbredt at have følt sig belastet af familie og venner blandt øvrige ikke-erhvervsaktive borgere og førtidspensionister med henholdsvis 61 og 52 procent. Følelsen af belastning er mindst udbredt blandt alderspensionister, hvor det gælder for 20 procent.

Samlivsstatus: Andelen af borgere, der har følt sig belastet af forholdet til familie og venner, er højere blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner, end blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Over halvdelen af borgerne med ikke-vestlig baggrund har følt sig belastet af familie og venner, mens dette er tilfældet for omkring hver tredje borger med dansk eller anden vestlig baggrund.

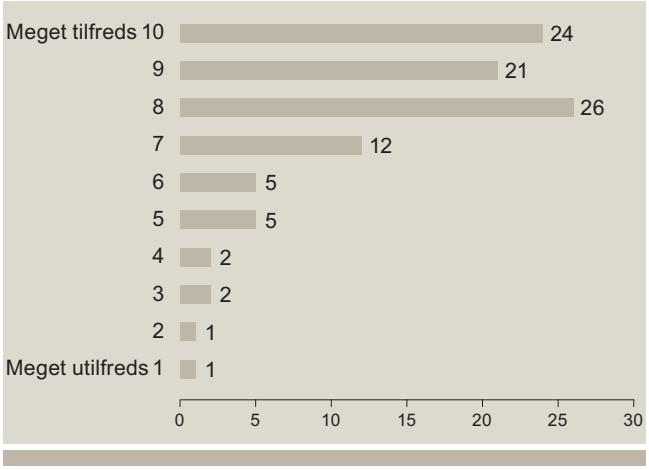
2.6 Tilfredshed med livet

- 24 procent af borgerne i Region Sjælland er meget tilfredse med livet
- 17 procent er utilfredse med livet
- 49 procent af de øvrige ikke-erhvervsaktive er utilfredse med livet. Det samme gælder for 39 procent af førtidspensionisterne og 24 procent af de arbejdsløse
- 29 procent af borgere med ikke-vestlig baggrund er utilfredse med livet

Til Sundhedsprofilen 2013 er stillet følgende spørgsmål til borgerne: »Alt taget i betragtning – hvor tilfreds eller utilfreds er du for tiden med livet?«

Svarfordelingen fremgår af tabel 2.6.1. Det ses, at langt størstedelen af borgerne i Region Sjælland er tilfredse med livet - 24 procent er meget tilfredse. En langt mindre del af borgerne ligger i den utilfredse ende af skalaen. Sundhedsprofilen har fokus på borgere, der er utilfredse med livet. I det følgende er borgere, der er utilfredse med livet, defineret som dem, der har sat kryds ved 6 og derunder.

Tabel 2.6.1 Hvor tilfreds eller utilfreds er du for tiden med livet?



Tabel 2.6.2 Borgere, der er utilfredse med livet

	%	Personer
Region Sjælland	17	105.000
Køn		
Mand	16	48.800
Kvinde	18	56.200
Alder		
16-24 år	19	15.400
25-34 år	20	13.400
35-44 år	18	19.000
45-54 år	18	21.900
55-64 år	15	16.400
65-79 år	12	14.100
80+ år	17	4.900
Uddannelse		
Under uddannelse	19	8.700
Grundskole	25	17.700
Kort uddannelse	15	33.000
Kort videreg. uddannelse	15	7.000
Mellemlang videreg. uddannelse	13	13.900
Lang videreg. uddannelse	13	5.100
Erhvervstilknytning		
Beskæftigede	13	40.700
Arbejdsløse	24	7.100
Førtidspensionister	39	12.500
Efterlønsmodtagere	8	1.500
Alderspensionister	13	18.900
Øvrige ikke-erhvervsaktive	49	11.600
Samlivsstatus		
Samlevende	13	55.400
Ikke samlevende	23	49.600
Etnisk baggrund		
Danmark	16	93.700
Andre vestlige lande	19	3.200
Ikke-vestlige lande	29	8.000

Generelt: 17 procent af borgerne i Region Sjælland er utilfredse med livet, tabel 2.6.2.

Køn og alder: Lidt flere kvinder end mænd er utilfredse med livet. Utilfredshed med livet er mest udbredt blandt de 16-24-årige og de 25-34-årige, hvor andelen er 20 og 19 procent. Laveste andel, der er utilfredse med livet, ses blandt de 65-79-årige. Her er 12 procent utilfredse med livet.

Uddannelse: Blandt borgere med grundskole alene er 25 procent utilfredse med livet, hvilket er en næsten dobbelt så høj andel som blandt borgere med mellemlang og lang videregående uddannelse. Der ses en tendens til social gradient.

Erhvervstilknytning: Utilfredshed med livet er mest udbredt blandt øvrige ikke-erhvervsaktive, hvor andelen er 49 procent og blandt førtidspensionisterne, hvor andelen er 39 procent. Hver 4. arbejdsløse er utilfredse med livet, mens andelen blandt efterlønsmodtagere er 8 procent.

Samlivsstatus: Utilfredshed med livet forekommer næsten dobbelt så hyppigt blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner, sammenlignet med borgere, der er samlevende.

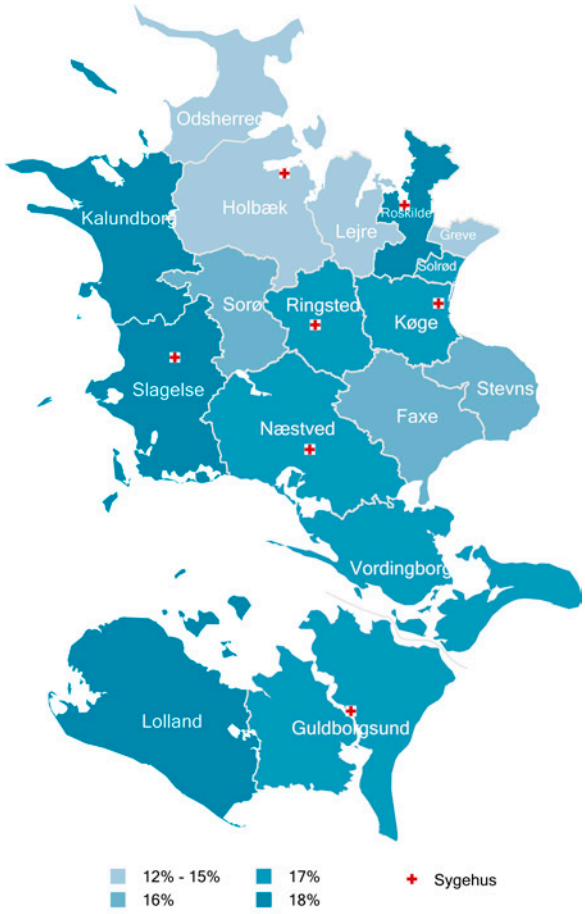
Etnisk baggrund: Det er blandt borgere med ikke-vestlig baggrund, at andelen, der er utilfredse med livet, er størst. Dette gælder for 29 procent. Den mindste andel borgere, der er utilfredse med livet, ses blandt borgere med dansk baggrund. Her er andelen 16 procent.

Tabel 2.6.3 Borgere, der er utilfredse med livet – kommuner

*** Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.**
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Andelen af borgere, der er meget utilfredse med livet, varierer mellem 12 procent i Greve Kommune og 18 procent i Kalundborg, Lolland, Slagelse og Roskilde Kommuner, tabel 2.6.3. Den eneste kommune, som skiller sig ud, er Greve Kommune, hvor andelen er signifikant lavere end regionsgennemsnittet. Se også kort 2.6.1. Den signifikante forskel bevares, når der er taget højde for køn og alder.

Kort 2.6.1 Borgere, der er utilfredse med livet



Referencer:

[1] Christensen, A et al. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 - udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, 2012 http://www.si-folkesundhed.dk/upload/susy_2010_2_1_helbredsrelateret_livskvalitet.pdf

[2] Nielsen, N, Søndergård Kristensen, T: Stress i Danmark – hvad ved vi? Sundhedsstyrelsen, Forskningscenter for Arbejdsmiljø og Statens Institut for Folkesundhed, 2007

[3] Agervold, M. Det psykosociale arbejdsmiljø. Århus, Aarhus Universitetsforlag, 1998

[4] Netterstrøm, B. Stress på arbejdspladsen. København, Hans Reitzels Forlag, 2002

[5] Juel, K et al. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København, Statens Institut for Folkesundhed, 2006

[6] Cohen, S et al. A global measure of perceived stress. Journal of Health and Social Behavior 24 (4): 385-396. December 1983

[7] Jennum, P (red.): Søvn. København, Munksgaard, 2013

[8] https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/psykiatri/tilstande-og-sygdomme/depressioner/depression/

[9] https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/neurologi/tilstande-og-sygdomme/oevrige-sygdomme/parkinsons-sygdom/

[10] https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/oere-naese-hals/tilstande-og-sygdomme/oevrige-sygdomme/soevnapnoe-syndrom/

[11] https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/oere-naese-hals/tilstande-og-sygdomme/oevrige-sygdomme/soevnapnoe-syndrom/

[12] https://www.sundhed.dk/borger/sygdomme-a-aa/psyke/sygdomme/oevrige-sygdomme/organiske-psykiske-lidelser/

Kapitel 3
Sociale relationer og deltagelse

3.1 Sociale relationer
3.2 Frivilligt arbejde
3.3 Grønne områder
3.4 Transport som barriere for deltagelse i aktiviteter

Sociale relationer og deltagelse

- 5,8 procent af borgerne i Region Sjælland har sjældent eller aldrig nogen at tale med
- 6 procent er ofte uønsket alene
- 30 procent deltager i frivilligt arbejde
- 20 procent deltager ikke i frivilligt arbejde, men vil gerne
- 7 procent opholder sig sjældent i grønne områder
- 25 procent har undladt at deltage i aktiviteter på grund af problemer med transport

Sociale relationer og socialt netværk har stor betydning for livskvaliteten og for vores sundhed. Vores livsstil, psykiske velbefindende og kropsfunktioner påvirkes af vores sociale relationer. Mennesker med stærke sociale relationer bliver ikke så let syge, og hvis de bliver syge, kommer de sig hurtigere efter deres sygdom[2].

Aktiv deltagelse i samfundslivet, som for eksempel at være frivillig eller deltage i kulturelle aktiviteter, giver muligheder for at styrke det sociale netværk, og kan derigennem have en positiv indflydelse på sundheden. Brug af naturen er en anden aktivitet, som har stor betydning for menneskers sundhed og velvære. Der er dokumenteret positiv effekt af brug af naturen på blodtryk og kolesterolindholdet i blodet, og ophold i grønne områder kan virke, som et middel til afstressning[3].

Sundhedsprofilen belyser borgernes sociale netværk gennem spørgsmål om at være uønsket alene og at have nogen at tale med ved problemer. Deltagelse i samfundslivet belyses gennem spørgsmål om frivilligt arbejde og gennem borgernes oplevelse af transport som barriere for deltagelse i forskellige former for aktiviteter.

3.1 Sociale relationer

- 5,8 procent af borgerne i Region Sjælland har sjældent eller aldrig nogen at tale med
- 6 procent af borgerne er ofte uønsket alene

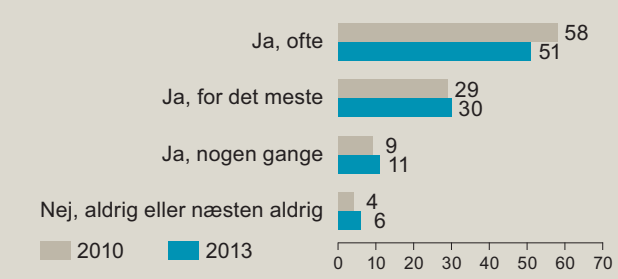
Tilknytningen og kontakten til andre mennesker - de sociale relationer - har betydning for helbredet. Et velfungerede socialt netværk kan virke som en betydelig støtte i håndteringen af belastninger. Undersøgelser viser, at borgere med stærke sociale relationer ikke bliver så let syge - og hvis de bliver syge, kommer de sig hurtigere og har mindre risiko for at dø tidligt end personer med svage sociale relationer[4]. På samme måde kan et sparsomt socialt netværk forstærke den negative påvirkning fra sygdom. Sygdom og eventuelt opståede handicap kan betyde, at borgerne mister deres sociale netværk – helt eller delvist - og at de herefter står i en mere sårbar situation end tidligere[5].

I undersøgelser af det sociale netværks betydning er det beregnet, at et svagt socialt netværk er relateret til mellem 1.000 og 1.500 dødsfald årligt i Danmark. Det svarer til mellem 1,8 og 2,6 procent af alle dødsfald. I samme undersøgelse er Sundhedsvæsenets årlige nettoomkostninger til borgere, som har et svagt socialt netværk, estimeret til mellem 151 og 300 mio. kr. Her er svagt socialt netværk defineret, som borgere, der sjældent træffer familie, eller ikke kan forvente hjælp fra andre i tilfælde af problemer[6].

3.1.1. Nogen at tale med

Sundhedsprofilen belyser borgernes sociale netværk ved spørgsmålene: »Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du har mest lyst til at være sammen med andre?« og »Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?«.

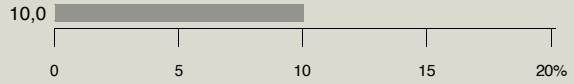
Tabel 3.1.1.1 Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?



I tabel 3.1.1.1 fremgår det, at omkring halvdelen af borgerne i Region Sjælland ofte har nogen at tale med, hvis der er problemer. Hver 3. borger oplever for det meste at have nogen at tale med i tilfælde af problemer. 11 procent har nogle gange, og 6 procent har aldrig nogen at tale med, hvis der er problemer.

Tabel 3.1.1.2. Borgere, der sjældent eller aldrig har nogen at tale med, hvis der er problemer

	%	Personer
Region Sjælland	5,8	37.500
Køn		
Mand	7,7	24.600
Kvinde	3,9	12.900
Alder		
16-24 år	4,7	3.800
25-34 år	4,3	2.900
35-44 år	4,6	5.000
45-54 år	5,7	7.000
55-64 år	6,7	7.400
65-79 år	7,6	9.500
80+ år	6,1	1.900
Uddannelse		
Under uddannelse	4,5	2.000
Grundskole	7,5	5.700
Kort uddannelse	6,4	14.400
Kort videreg. uddannelse	5,2	2.400
Mellemlang videreg. uddannelse	3,2	3.400
Lang videreg. uddannelse	3,7	1.500
Erhvervstilknytning		
Beskæftigede	4,0	12.400
Arbejdsløse	6,0	1.900
Førtidspensionister	13,1	4.600
Efterlønsmodtagere	5,0	1.100
Alderspensionister	7,3	11.400
Øvrige ikke-erhvervsaktive	9,8	2.500
Samlivsstatus		
Samlevende	4,4	18.700
Ikke samlevende	8,4	18.800
Etnisk baggrund		
Danmark	5,3	31.700
Andre vestlige lande	16,6	2.900
Ikke-vestlige lande	10,0	3.000



Generelt: 5,8 procent af borgerne i Region Sjælland har sjældent eller aldrig nogen at tale med, hvis der skulle opstå problemer, tabel 3.1.1.2.

Køn og alder: Næsten dobbelt så mange mænd, som kvinder, angiver ikke at have nogen at tale med ved problemer. Andelen er størst blandt de 65-79-årige, hvor 7,6 procent ikke har nogen at tale med. Borgere på 80 år og derover har en lidt lavere andel – nemlig 6,1 procent. Den laveste andel af borgere, der sjældent eller aldrig har nogen at tale med, findes blandt borgere under 45 år.

Uddannelse: Der er 7,5 procent af borgerne med grundskole alene, der sjældent eller aldrig har nogen at tale med, hvis der er problemer. Det er den højeste andel på tværs af uddannelseskategorier. Den laveste andel ses hos borgere med mellemlang videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning: Der er et spænd fra 13,1 procent blandt førtidspensionister til 4,0 procent blandt beskæftigede i andelen, der har ikke nogen at tale med ved problemer.

Samlivsstatus: Blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner, er oplevelsen af ikke at have nogen at tale med næsten dobbelt så høj, som blandt de samlevende.

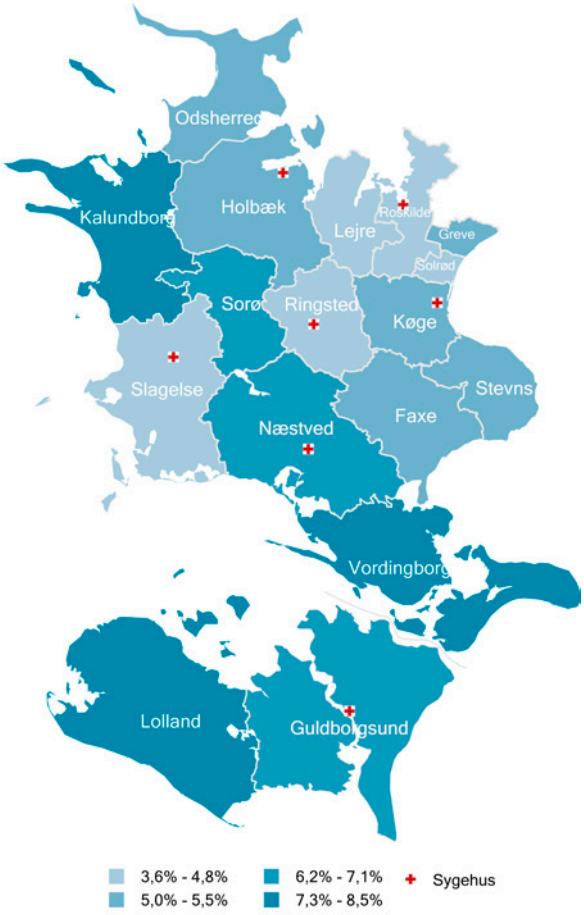
Etnisk baggrund: 16,6 procent af borgere med anden vestlig baggrund har ikke nogen at tale med ved problemer. Den andel er 3 gange så høj, som blandt borgere med dansk baggrund. 10 procent af borgere med ikke-vestlig baggrund har ikke nogen at tale med ved problemer.

Tabel 3.1.1.3 Borgere, der sjældent eller aldrig har nogen at tale med, hvis der er problemer – kommuner

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: I Lolland, Kalundborg og Vordingborg Kommuner er andelen af borgere, der sjældent eller aldrig har nogen at tale med, på mellem 8,5 og 7,3 procent, tabel 3.1.1.3. Det er signifikant højere end regionsgennemsnittet. I Sorø Kommune er der fundet en signifikant lavere andel borgere, der oplever dette. Se også kort 3.1.1.1. Efter justering for køn og alder er der fortsat i Kalundborg og Lolland Kommuner en højere andel af borgere, der ikke har nogen at tale med, og i Sorø Kommune er andelen stadig fundet signifikant lavere. Det samlede billede over kommunesocialgrupper peger på, at der på dette område er tale om en social gradient på kommuneniveau.

Kort 3.1.1.1 Borgere, der sjældent eller aldrig har nogen at tale med, hvis der er problemer



3.1.2 Sjældent eller aldrig at have nogen at tale med, sundhedsadfærd og trivsel

I det følgende vil sjældent eller aldrig at have nogen at tale med og sammenhængene med en række andre mål for sundhedstilstanden blive vist. Du kan se mere om definitionerne af de udvalgte mål for sundhedstilstanden under de respektive kapitler.

Tabel 3.1.2.1 Sammenhæng mellem sjældent eller aldrig at have nogen at tale med, sundhedsadfærd og trivsel

	%	Personer
Kostvaner		
Meget usunde	10	8.600
Middel	5	20.200
Sunde	4	5.600
Rygning		
Daglig ryger	9	10.400
Lejlighedsvis ryger	6	1.200
Tidligere rygere	6	11.800
Aldrig ryger	4	13.200
Risikabel alkohol adfærd		
Nej	5	22.700
Ja	8	10.500
Fysisk aktivitet		
Træner ikke hårdt/motionerer	6	28.200
Træner hårdt/motionerer	4	6.800
Stoffer seneste måned		
Har ikke taget stoffer	6	32.900
Har taget stoffer	11	1.400
Tilfredshed med livet		
Tilfreds	4	21.200
Utilfreds	12	12.400
Søvn		
Sover godt	5	17.600
Sover dårligt	8	19.700
Selvvurderet helbred		
Dårligt	11	11.800
Godt	5	25.300
Socialt netværk		
Ikke uønsket alene	5	29.700
Uønsket alene	20	7.600

Sammenhæng med sundhedsadfærd: Borgere, der har meget usunde kostvaner, har dobbelt så ofte ikke har nogen at tale med sammenlignet med borgere med middel og sunde kostvaner. Dobbelt så mange dagligrygerne har ikke nogen at tale med sammenlignet med borgere, der aldrig har røget. Der er en lidt højere andel af borgere, der ikke har nogen at tale med blandt borgere med problematisk alkoholadfærd, blandt borgere, som ikke træner hårdt/ motionerer og blandt borgere, der har prøvet stoffer den seneste måned, når der sammenlignes med borgere, der ikke har problematisk alkoholadfærd, borgere, der træner og motionere hårdt og borgere, der ikke har prøvet stoffer den seneste måned.

Sammenhæng med trivsel: Blandt borgere, der er utilfredse med livet, er andelen, der ikke har nogen at tale med, 3 gange så høj som blandt borgere, der er tilfredse med livet. Det sjældent eller aldrig at have nogen at tale med ses oftere hos borgere, der sover dårligt, borgere, der har et dårligt selvvurderet helbred og borgere, der er uønsket er alene.

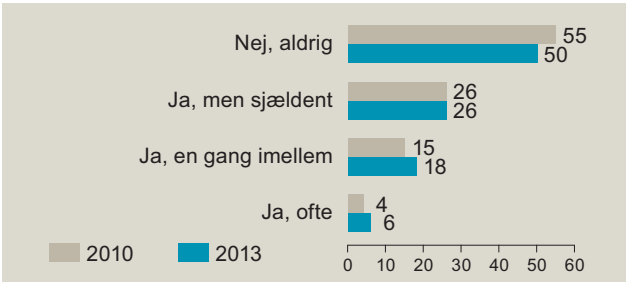
3.1.3 Uønsket alene

- 6 procent af borgerne i Region Sjælland er ofte uønsket alene
- Det er de 16-24-årige og borgere på 80 år og derover, der ofte er uønsket alene

I Sundhedsprofilen har borgerne fået spørgsmålet: »Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du har mest lyst til at være sammen med andre?«. I det følgende er borgere, der har svaret »Ja, ofte« til det spørgsmål, kategoriseret som ofte uønsket alene.

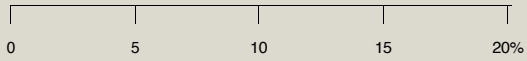
I tabel 3.1.3.1 ses det, at ca. halvdelen af borgerne i Region Sjælland aldrig er uønsket alene og 26 procent af borgerne er sjældent uønsket alene. Lidt under hver anden borger er uønsket alene en gang i mellem, mens 6 procent ofte er uønsket alene.

Tabel 3.1.3.1
Uønsket alene, hvor ofte?



Tabel 3.1.3.2 Borgere, der ofte er uønsket alene

	%	Personer
Region Sjælland	6,0	38.700
Køn		
Mand	5,3	16.700
Kvinde	6,7	22.000
Alder		
16-24 år	10,5	8.400
25-34 år	7,5	5.100
35-44 år	4,0	4.400
45-54 år	4,8	5.900
55-64 år	5,3	5.900
65-79 år	4,6	5.700
80+ år	10,8	3.400
Uddannelse		
Under uddannelse	10,2	4.500
Grundskole	11,9	9.000
Kort uddannelse	4,8	10.700
Kort videreg. uddannelse	4,5	2.100
Mellemlang videreg. uddannelse	2,8	3.000
Lang videreg. uddannelse	2,4	1.000
Erhvervstilknytning		
Beskæftigede	3,2	9.900
Arbejdsløse	6,7	2.100
Førtidspensionister	15,6	5.400
Efterlønsmodtagere	2,4	500
Alderspensionister	5,8	9.100
Øvrige ikke-erhvervsaktive	18,7	4.700
Samlivsstatus		
Samlevende	2,6	10.800
Ikke samlevende	12,5	27.900
Etnisk baggrund		
Danmark	5,6	33.600
Andre vestlige lande	10,6	1.800
Ikke-vestlige lande	11,2	3.300



Generelt: 6 procent af borgerne i Region Sjælland er ofte uønsket alene, tabel 3.1.3.2.

Køn og alder: Der er lidt flere kvinder end mænd, der ofte er uønsket alene. Det er specielt borgere på 80 år og derover og de helt unge på 16-24 år, der ofte er alene, selvom de har lyst til at være sammen med andre. De 35-44-årige har den laveste andel af borgere, der er uønsket alene.

Uddannelse: At være uønsket alene er mest udbredt blandt borgere med grundskole alene og borgere under uddannelse – med henholdsvis 11,9 og 10,2 procent. Herefter ses en tendens til jo længere uddannelse, jo lavere er andelen af borgere, der er uønsket alene. Blandt borgere med lang videregående uddannelse er andelen på 2,4 procent.

Erhvervstilknytning: 18,7 procent af de øvrige ikke-erhvervsaktive og 15,6 procent af førtidspensionisterne er ofte uønsket alene. Disse er de højeste andele. De laveste andele findes blandt efterlønsmodtagere og beskæftigede.

Samlivsstatus: Ofte uønsket alene er mest udbredt blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner. Det gælder for 12,5 procent.

Etnisk baggrund: Blandt borgere med anden vestlig og ikke-vestlig baggrund er andelene, der oplever at være uønsket alene, større end blandt borgere med dansk baggrund.

Tabel 3.1.3.3 Borgere, der ofte er uønsket alene – kommuner

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Andelen, der ofte er uønsket alene, spænder fra 8,3 procent i Guldborgsund Kommune til 3,6 procent i Faxe Kommune, tabel 3.1.3.3. Der er fem kommuner, hvor andelen er fundet signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet: For Guld-borgsund og Lolland Kommuner er andelene højere, og i Faxe, Greve og Lejre Kommuner er andelen lavere end regionsgennemsnittet. Efter justering for køn og alder er forskellen fortsat signifikant i Guldborgsund, Lolland, Faxe og Greve Kommuner. Der er på tværs af kommunerne fundet en social gradient.

3.2 Frivilligt arbejde

- 30 procent af borgerne i Region Sjælland deltager i frivilligt arbejde
- 20 procent af borgerne deltager ikke i frivilligt arbejde, men vil gerne

Frivilligt arbejde kan være en vej til at opnå større viden, udøve færdigheder og styrke det sociale netværk. Det kan føre til nye eller bedre beskæftigelsesmuligheder og medvirke til personlig udvikling. Frivilligt arbejde bidrager ikke kun til at udvikle færdigheder og styrke samfundsøkonomien, men kan også fremme solidaritet og social samhørighed[7]. Helt nye studier tyder på, at frivilligt arbejde har en positiv indflydelse på helbredet[8].

Overordnet kan frivilligt arbejde sidestilles med ulønnet arbejdet. Men når diskussionerne i den offentlige debat om fremtidens velfærd, finanskrise og offentlige besparelser handler om frivilligt arbejde, er det særligt det frivillige sociale arbejde, der er i fokus [9].

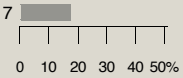
Med socialt frivilligt arbejde[10] menes arbejde, som:

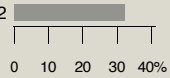
- er frivilligt og ikke lønnet
- udføres over for personer uden for den frivilliges familie og slægt
- er til gavn for andre end én selv og ens familie
- er formelt organiseret
- er aktivt

I Sundhedsprofilen 2013 er medtaget spørgsmål om frivillighed, som giver mulighed for at belyse borgernes lyst til at deltage i frivilligt arbejde, uanset om det betragtes som socialt frivilligt arbejde eller ej. Der er spurgt til, hvorvidt borgerne udfører frivilligt ulønnet arbejde i sportsklub, grundejerforening, bestyrelsesarbejde, pengeindsamling, som besøgsven, i skolebestyrelse, værested o.l. Der er også spurgt til, om borgerne kunne tænke sig at udføre frivilligt arbejde.

Tabel 3.2.1 Deltagelse i frivilligt arbejde

	% Ja	Personer	% Nej, men vil gerne	Personer	% Nej, og ønsker ikke	Personer
Region Sjælland	30	189.200	20	127.400	50	315.800
Køn						
Mand	32	99.400	17	54.500	51	158.600
Kvinde	28	89.800	23	72.900	49	157.200
Alder						
16-24 år	18	14.100	29	23.000	53	41.800
25-34 år	24	16.600	28	19.300	47	32.000
35-44 år	37	39.800	23	25.200	40	43.100
45-54 år	33	39.900	20	24.700	47	57.100
55-64 år	30	32.400	21	22.400	50	53.900
65-79 år	35	41.700	10	12.000	55	66.500
80+ år	18	4.800	3	900	79	21.400
Uddannelse						
Under uddannelse	20	8.900	31	13.900	50	22.500
Grundskole	16	12.400	16	12.000	68	51.000
Kort uddannelse	30	65.900	18	39.000	53	117.300
Kort videreg. uddannelse	40	19.000	17	7.800	43	20.500
Mellemlang videreg. uddannelse	38	39.900	24	25.700	38	40.600
Lang videreg. uddannelse	41	16.900	22	9.100	37	15.000
Erhvervstilknytning						
Beskæftigede	34	105.800	22	69.200	44	139.900
Arbejdsløse	25	6.800	28	7.600	47	12.900
Førtidspensionister	20	6.900	20	6.700	60	20.100
Efterlønsmodtagere	30	6.200	19	4.000	51	10.700
Alderspensionister	32	46.500	9	12.900	60	87.900
Øvrige ikke-erhvervsaktive	16	4.000	32	7.800	52	12.700
Samlivsstatus						
Samlevende	32	134.400	19	80.200	49	202.600
Ikke samlevende	25	54.800	22	47.200	53	113.200
Etnisk baggrund						
Danmark	31	180.000	20	114.700	50	292.100
Andre vestlige lande	25	4.300	21	3.600	53	9.100
Ikke-vestlige lande	17	4.900	32	9.100	53	14.500





Generelt: 30 procent af borgerne i Region Sjælland deltager i frivilligt arbejde, 20 procent kunne godt tænke sig at arbejde frivilligt, mens 50 procent ikke arbejder frivilligt og heller ikke kunne tænke sig at gøre det, tabel 3.2.1.

Køn og alder: Der er flest mænd, der allerede arbejder frivilligt, mens det især er kvinder, som godt kunne tænke sig at arbejde frivilligt. Frivilligt arbejde forekommer oftest blandt 35-44-årige og de 64-79-årige, og det er mindst udbredt blandt de yngste og de ældste. Det er blandt de 16-34-årige, at andelen af borgere, der godt kunne tænke sig at arbejde frivilligt, er højest. Herefter falder andelen med stigende alder. Blandt borgere på 80 år og derover findes den højeste andel, som ikke deltager i frivilligt arbejde, og som heller ikke kunne tænke sig at gøre det.

Uddannelse: Frivilligt arbejde er mest udbredt blandt borgere med en lang videregående uddannelse. Ønsket om at arbejde frivilligt ses oftest blandt borgere under uddannelse, hvor andelen er dobbelt høj som hos borgere med grundskole alene. Blandt borgere, der ikke ønsker at arbejde frivilligt, ses den højeste andel blandt borgere med grundskole alene, og andelen falder med stigende uddannelseslængde.

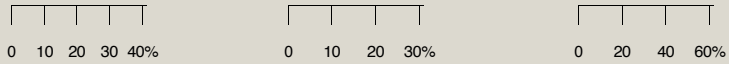
Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, der allerede arbejder frivilligt, er højest blandt beskæftigede og lavest blandt øvrige ikke-erhvervsaktive. Ønsket om at arbejde frivilligt er mest udbredt blandt øvrige ikke-erhvervsaktive og arbejdsløse. Det er især førtidspensionister og alderspensionister, som ikke kunne tænke sig at deltage i frivilligt arbejde.

Samlivsstatus: Frivilligt arbejde forekommer hyppigst blandt samlevende. Blandt borgere, der ikke lever sammen med en partner, er der en lidt højere andel, der gerne vil arbejde frivilligt, end hos de samlevende. Det er også gældende for borgere, der ikke ønsker at arbejde frivilligt.

Etnisk baggrund: Det er mest udbredt at deltage i frivilligt arbejde blandt borgere med dansk baggrund. Andelen af borgere, der godt kunne tænke sig at deltage i frivilligt arbejde, er højest blandt borgere med ikke-vestlig baggrund. Når det drejer sig om borgere, der ikke ønsker at deltage i frivilligt arbejde, ses der ingen forskel mellem de etniske grupper.

Tabel 3.2.2 Deltagelse i frivilligt arbejde – kommuner

	% Ja	Personer	% Nej, men vil gerne	Personer	% Nej, og ønsker ikke	Personer
Region Sjælland	30	189.200	20	127.400	50	315.800
Guldborgsund	32	15.300	20	9.500	48	23.200
Kalundborg	32	11.800	19	7.100	50	18.700
Lolland	30	10.800	16 *	5.900	54 *	19.300
Odsherred	26 *	6.800	21	5.500	53	13.700
Slagelse	24 *	14.500	21	12.200	55 *	32.700
Vordingborg	31	11.000	20	7.200	50	18.000
Kommunesocialgruppe 2						
Faxe	28	7.800	21	5.600	51	14.000
Holbæk	30	15.700	20	10.300	51	26.600
Næstved	29	18.100	20	12.400	52	32.700
Ringsted	32	8.100	20	5.100	48	12.100
Sorø	33	7.300	23	5.100	45 *	10.000
Stevns	33	5.700	21	3.600	46 *	7.800
Kommunesocialgruppe 1						
Greve	27	10.100	21	7.600	52	19.100
Køge	29	12.800	21	9.100	50	22.100
Lejre	35 *	7.100	20	3.900	45 *	9.200
Roskilde	33	21.400	22	14.000	45 *	29.000
Solrød	31	5.000	21	3.300	48	7.600



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

Kommunevariation: Andelen af borgere, der deltager i frivilligt arbejde, er lavest i Odsherred og Slagelse Kommuner med 26 og 24 procent, og højest i Lejre Kommune med 35 procent, se tabel 3.2.2. Alle tre kommuner adskiller sig signifikant fra regionsgennemsnittet. Når det gælder andelen af borgere, der godt kunne tænke sig at deltage i frivilligt arbejde, er denne lavest i Lolland Kommune, som adskiller sig signifikant fra regionsgennemsnittet. Der er ingen særlig forskel mellem de øvrige kommuner og regionsgennemsnittet. Andelen af borgere, som ikke ønsker at deltage i frivilligt arbejde, er højest i Lolland og Slagelse Kommuner og lavest i Sorø, Lejre, Roskilde og Stevns Kommuner. Resultaterne i disse kommuner adskiller sig signifikant fra regionsgennemsnittet.

3.3 Grønne områder

- 95 procent af Region Sjællands borgere har under 1 km til grønne områder
- 7 procent af borgerne i regionen opholder sig sjældent i grønne områder

I den senere tid er der forsket mere og mere i forståelsen af relationerne mellem menneskets sundhed og brugen af natur. Der er dokumenteret positiv effekt af ophold i grønne områder på blodtryk og kolesterolindholdet i blodet, og naturen og grønne områder kan bruges som et middel til afstressning[11]. Flere undersøgelser har påvist en positiv sammenhæng mellem tilgængelighed til grønne områder og fysisk aktivitet[12], og en ny undersøgelse påviser en sammenhæng mellem manglende tilgængelighed til grønne områder og stillesiddende aktivitet i fritiden[13].

Litteratur om brug af natur og sundhed, stress og sygdom anbefaler planlæggende myndigheder og kommuner at indtænke let adgang til grønne områder i den politiske og praktiske planlægning. Her kan det også være relevant at fokusere på borgernes ønsker for at øge brugen af grønne områder[14].

3.3.1 Tilgængelighed og ophold i grønne områder

Inspireret af en undersøgelse om natur og sundhed[15] er borgerne i Sundhedsprofilen spurgt om, hvor tæt de efter egen opfattelse bor fra forskellige former for grønne områder samt om, hvor tit de opholder sig i grønne områder. I det følgende defineres »let tilgængelighed til grønne områder«, som grønne områder, der er mindre end 1 km fra borgerens bopæl. »Sjældent ophold i grønne områder« defineres som borgere, der opholder sig i grønne områder 1 gang om måneden eller sjældnere.

Tabel 3.3.1.1 Let tilgængelighed til og sjældent ophold i grønne områder

	% Grønt område lettilgængeligt (< 1km fra bopæl)	Personer	% Ophold i grønt område månedligt eller sjældnere	Personer
Region Sjælland	95	593.800	7,0	43.100
Køn				
Mand	95	296.500	7,3	22.400
Kvinde	94	297.300	6,7	20.700
Alder				
16-24 år	92	71.100	8,6	6.400
25-34 år	92	62.300	9,5	6.200
35-44 år	94	101.300	7,6	8.000
45-54 år	95	115.400	6,5	7.700
55-64 år	97	104.300	5,7	6.100
65-79 år	96	115.200	4,4	5.200
80+ år	93	24.300	13,6	3.500
Uddannelse				
Under uddannelse	92	40.700	8,6	3.600
Grundskole	92	65.500	11,6	8.000
Kort uddannelse	95	208.700	7,4	15.900
Kort videreg. uddannelse	95	44.300	5,4	2.500
Mellemlang videreg. uddannelse	96	101.800	3,9	4.100
Lang videreg. uddannelse	96	39.200	6,0	2.400
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	95	297.700	6,4	19.600
Arbejdsløse	95	27.300	7,2	2.100
Førtidspensionister	93	30.600	12,9	4.000
Efterlønsmodtagere	97	20.000	4,5	900
Alderspensionister	95	139.500	6,0	8.700
Øvrige ikke-erhvervsaktive	88	21.100	11,6	2.700
Samlivsstatus				
Samlevende	95	396.200	5,9	24.000
Ikke samlevende	93	197.600	9,2	19.100
Etnisk baggrund				
Danmark	95	554.900	6,4	36.500
Andre vestlige lande	92	15.700	7,6	1.200
Ikke-vestlige lande	87	23.200	20,7	5.300

Generelt: 95 procent af borgerne i Region Sjælland har en bopæl, hvor grønne områder er let tilgængelige, tabel 3.3.1.1. 7 procent opholder sig sjældent i grønne områder.

Køn og alder: Der ses ingen forskel mellem kønnene, når det gælder let tilgængelige til grønne områder og sjældent ophold i grønne områder. De 16-34-årige har i mindre grad end de øvrige aldersgrupper let adgang til grønne områder. Andelen af borgere, der sjældent opholder sig i grønne områder, er højest blandt borgere på 80 år og derover og lavest blandt de 65-79-årige.

Uddannelse: Borgere under uddannelse og borgere med grundskole alene har i lavere grad let adgang til grønne områder. Det er også i disse to grupper, at andelen, der sjældent opholder sig i grønne områder, er størst.

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere med let tilgængelighed til grønne områder er betydeligt lavere blandt øvrige ikke-erhvervsaktive. Dette gælder for 88 procent. En højere andel af førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive opholder sig sjældent i grønne områder sammenlignet med de øvrige grupper.

Samlivsstatus: Der er lidt højere andel af samlevende, der har let tilgængelighed til grønne områder, og en betydeligt højere andel, der ikke lever sammen med en partner, der sjældent opholder sig i grønne områder.

Etnisk baggrund: Let tilgængelighed til grønne områder ses sjældnest hos borgere med ikke-vestlig baggrund. Tilsvarende er sjælden brug af grønne områder betydeligt højere blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Tabel 3.3.1.2 Let tilgængelighed til grønne områder – kommuner

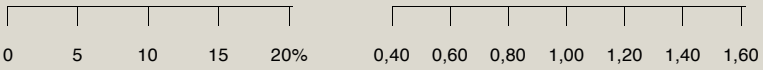
* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Andelen af borgere, der har let tilgængelighed til grønne områder, varierer fra 91 procent i Slagelse Kommune til 99 procent i Lejre Kommune, tabel 3.3.1.2. Det gælder for Slagelse, Næstved, Ringsted, Roskilde og Greve Kommuner, at andelen af borgere, der har grønne områder tæt på deres bolig, er signifikant lavere end regionsgennemsnittet. Stevns, Odsherred, Vordingborg og Lejre Kommuner har alle signifikant højere andele af borgere med kort afstand til grønne områder end regionsgennemsnittet. Se også kort 3.3.1.1. Disse afvigelser er - på nær for Stevns Kommune - stadig signifikante, når der er taget højde for køn og alder.

Kort 3.3.1.1 Let tilgængelighed til grønne områder

Tabel 3.3.1.3 Ophold i grønne områder månedligt eller sjældnere – kommuner

	%	Personer	Odds Ratio
Region Sjælland	7,0	43.100	
Kommunesocialgruppe 3			
Guldborgsund	6,5	3.100	
Kalundborg	5,4	1.900	
Lolland	6,3	2.200	
Odsherred	4,6 *	1.200	
Slagelse	8,8 *	5.000	*
Vordingborg	4,1 *	1.500	*
Kommunesocialgruppe 2			
Faxe	7,2	1.900	
Holbæk	7,8	4.000	
Næstved	6,9	4.200	
Ringsted	10,0 *	2.400	*
Sorø	6,2	1.400	
Stevns	5,3	900	
Kommunesocialgruppe 1			
Greve	8,4	3.000	*
Køge	8,1	3.400	
Lejre	4,3 *	800	*
Roskilde	8,1	5.100	
Solrød	6,9	1.100	

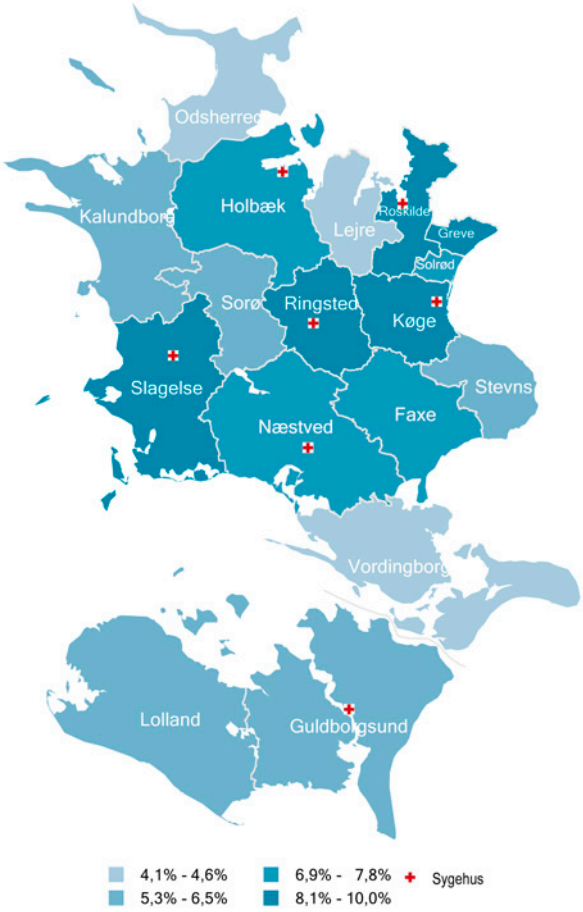


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Andelen af borgere, der opholder sig i grønne områder én gang om måneden eller sjældnere, varierer fra 4,1 procent i Vordingborg Kommune til 10 procent i Ringsted Kommune, tabel 3.3.1.3. I Vordingborg, Lejre og Odsherred Kommuner er andelen af borgere, der sjældent opholder sig i grønne områder, signifikant lavere end regionsgennemsnittet. Ringsted og Slagelse Kommuner har begge signifikant højere andele af borgere, der sjældent opholder sig i grønne områder, end regionsgennemsnittet.

Se også kort 3.3.1.2. Når der er taget højde for køn og alder, er forskellen stadig signifikant lavere end regionsgennemsnittet i Vordingborg og Lejre Kommuner, og signifikant højere i Slagelse, Ringsted og Greve Kommuner.

Kort 3.3.1.2 Ophold i grønne områder månedligt eller sjældnere

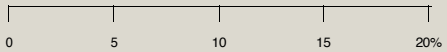


3.3.2 Sjældent ophold i grønne områder, sundhedsadfærd og trivsel

I det følgende afsnit vil sjældent ophold i grønne områder og sammenhænge med en række andre mål for sundhedstilstanden blive vist. Du kan se mere om definitionerne af de udvalgte mål for sundhedstilstanden under de respektive kapitler.

Tabel 3.3.2.1 Sammenhæng mellem sjældent ophold i grønne områder, sundhedsadfærd og trivsel

	%	Personer
Kostvaner		
Meget usunde	14	11.300
Middel	6	24.800
Sunde	3	4.400
Rygning		
Daglig ryger	10	10.600
Lejlighedsvis ryger	8	1.700
Tidligere rygere	6	10.600
Aldrig ryger	7	19.200
Risikabel alkohol adfærd		
Nej	7	31.800
Ja	6	7.300
Fysisk aktivitet		
Træner ikke hårdt/motionerer	8	35.200
Træner hårdt/motionerer	4	5.900
Stoffer seneste måned		
Har ikke taget stoffer	7	39.900
Har taget stoffer	8	1.100
Tilfredshed med livet		
Tilfreds	6	28.900
Utilfreds	12	11.600
Søvn		
Sover godt	6	20.600
Sover dårligt	9	22.000
Selvvurderet helbred		
Dårligt	12	11.700
Godt	6	31.300
Socialt netværk		
Ikke uønsket alene	6	37.000
Uønsket alene	16	5.500



Sammenhæng med sundhedsadfærd: Der er knapt 5 gange så mange borgere, der har meget usunde kostvaner og som sjældent opholder sig i grønne områder, sammenlignet med borgere med sunde kostvaner, tabel 3.3.2.1. Andelen af borgere, der sjældent opholder sig grønne områder, er højere blandt dagligrygerne end blandt tidligere rygere og aldrig-rygere. Der er ikke tegn på sammenhæng mellem sjældent ophold i naturen og alkoholadfærd eller brug af stoffer. Der er dobbelt så mange borgere, der ikke træner hårdt og motionerer, blandt de borgere, der sjældent opholder sig i naturen, når der sammenlignes med borgere, der træner hårdt og motionerer.

Sammenhæng med trivsel: Blandt borgere, der sjældent opholder sig i naturen, er der en højere andel, der er utilfredse med livet, sover dårligt og har dårligt selvvurderet helbred. Over dobbelt så mange borgere, der er uønsket alene, opholder sig sjældent i naturen, sammenlignet med borgere, der ikke er uønsket alene.

3.4 Transport som barriere for deltagelse i aktiviteter

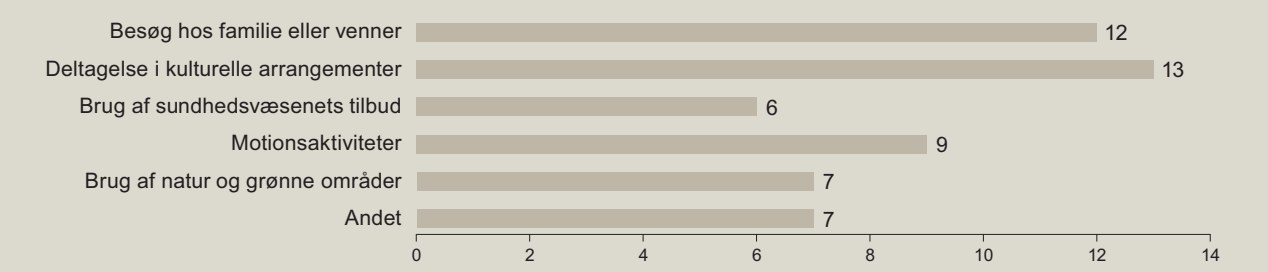
- 25 procent har undladt at deltage i aktiviteter på grund af problemer med transport
- Over 10 procent har undladt at deltage i kulturelle aktiviteter eller besøg hos familie og venner
- 6 procent har undladt at bruge sundhedsvæsenets tilbud

Deltagelse i et almindeligt hverdagsliv i fællesskab med andre har stor betydning for menneskers sundhed og livskvalitet. Aktivitet og deltagelse spiller en rolle i menneskers muligheder for at kunne leve et selvstændigt, ligeværdigt og meningsfuldt hverdagsliv. En norsk undersøgelse påviser sammenhæng mellem deltagelse i kulturelle aktiviteter og godt selvvurderet helbred, lavt angst- og depressionsniveau samt tilfredshed med livet[16].

Den øgede centralisering og sammenlægning af kommuner og amter til regioner samt karakteriseringen af visse dele af landet, som yderområder, har åbnet en diskussion om risikoen for isolation af borgere, der lever i tyndt befolkede egne. Her er transportmuligheder vigtige for at undgå isolation og de øvrige konsekvenser, der kan følge, når transportmuligheder forhindrer folk i for eksempel at deltage i sundhedsvæsenets tilbud om behandling, rehabilitering eller andre aktiviteter.

For at belyse denne problematik er borgerne i Sundhedsprofilen 2013 spurgt, om de på grund af problemer med transport har undladt at deltage i 6 aktiviteter inden for de seneste 12 måneder, som beskrevet nedenfor.

Tabel 3.4.1 Undladt at deltage i aktiviteter på grund af problemer med transport



Tabel 3.4.1 viser, at hver tiende borgere har undladt at besøge familie og venner eller at deltage i kulturelle aktiviteter. 9 procent har undladt at deltage i motionsaktiviteter, 7 procent har ikke brugt de grønne områder på grund af problemer med transport, og 6 procent har ikke gjort brug af sundhedsvæsnets tilbud. I det følgende betragtes disse aktiviteter under ét, og der vises tabeller for borgere, der har undladt mindst én af ovenstående aktiviteter på grund af problemer med transport i det seneste år.

Tabel 3.4.2 Undladt deltagelse i aktiviteter på grund af problemer med transport

	%	Personer
Region Sjælland	25	144.200
Køn		
Mand	23	66.100
Kvinde	27	78.000
Alder		
16-24 år	42	32.800
25-34 år	29	19.300
35-44 år	18	18.400
45-54 år	16	17.900
55-64 år	18	17.900
65-79 år	23	24.700
80+ år	53	13.200
Uddannelse		
Under uddannelse	44	19.500
Grundskole	35	23.300
Kort uddannelse	18	37.000
Kort videreg. uddannelse	15	6.600
Mellemlang videreg. uddannelse	17	16.400
Lang videreg. uddannelse	20	7.800
Erhvervstilknytning		
Beskæftigede	16	47.000
Arbejdsløse	26	7.200
Førtidspensionister	38	11.700
Efterlønsmodtagere	15	2.900
Alderspensionister	29	38.000
Øvrige ikke-erhvervsaktive	42	9.600
Samlivsstatus		
Samlevende	18	67.300
Ikke samlevende	38	76.800
Etnisk baggrund		
Danmark	24	128.500
Andre vestlige lande	27	4.300
Ikke-vestlige lande	43	11.400

Generelt: 25 procent af borgerne i Region Sjælland har undladt at deltage i aktiviteter på grund af problemer med transport inden for det seneste år, tabel 3.4.2.

Køn og alder: Lidt flere kvinder end mænd har haft problemer med transport, mens der er større forskelle mellem aldersgrupperne. Transportproblemer er mest udbredt i de ældste og de yngste aldersgrupper, hvor omkring 50 procent har oplevet dette problem.

Uddannelse: Størst andel, der har haft problemer med transport, findes blandt borgere under uddannelse, med 44 procent. Blandt borgere med grundskole alene har hver tredje haft problemer, hvilket er det dobbelte af, hvad der ses blandt borgere med kort uddannelse.

Erhvervstilknytning: Problemer med transport er mindst udbredt blandt efterlønsmodtagere og beskæftigede med 15 og 16 procent, mens andelen hos førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive er over dobbelt så høj.

Samlivsstatus: 38 procent af de borgere, der ikke lever sammen med en partner, har undladt at deltage i aktiviteter på grund af problemer med transport, hvilket er en dobbelt så høj andel som blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med ikke-vestlig baggrund, der har undladt at deltage i aktiviteter på grund af transportproblemer, er 43 procent, hvilket er en betydeligt højere andel end hos borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Tabel 3.4.3 Undladt deltagelse i aktiviteter på grund af problemer med transport – kommuner

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Andelen af borgere, der det seneste år har undladt at deltage i aktiviteter på grund af transport, varierer mellem 18 procent i Greve Kommune og 30 procent i Slagelse Kommune, se tabel 3.4.3. Begge adskiller sig signifikant fra regionsgennemsnittet. Se også kort 3.4.1. Dette gælder også, når der er taget højde for køn og alder. Der ses en tendens til en social gradient på kommune-niveau, da andelene af borgere, der har haft problemer med transport, er større i kommunerne fra socialgruppe 3 sammenlignet med kommune-socialgruppe 1.

Kort 3.4.1 Undladt deltagelse i aktiviteter på grund af problemer med transport

Referencer:

[1] Breinholt, F. Hvad ved vi om sociale netværk og sundhed? i Liv – Sundhedsfremme og forebyggelse. Århus Amt. 3. 2014

[2] Christensen, A. Ugens tal for folkesundhed. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Uge 43, 2007

[3] Møller, J et al. Betydning af storbyens rekreative områder. Arbejdsrapport, Skov & Landskab. 2011 http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/665949F3-1C89-41D6-A4F1-1ED3CD62136C/0/RUPrekreaohc_samlet.pdf

[4] Christensen, A et al. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2012 http://www.si-folkesundhed.dk/upload/susy_2010_6_0_sociale_relationer.pdf

[5] Juel, K et al. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed, 2006 http://www.si-folkesundhed.dk/upload/risikofaktorer_def.pdf

[6] Juel, K et al. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed. 2006 http://www.si-folkesundhed.dk/upload/risikofaktorer_def.pdf

[7] Participation in volunteering and unpaid work. Second European Quality of Life Survey. Luxembourg. Publications Office of the European Union. 2011 http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2011/02/en/1/EF1102EN.pdf Dansk resumé: http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2011/021/da/1/EF11021DA.pdf

[8] Schreier, HM et al. Effect of volunteering on risk factors for cardiovascular disease in adolescents: a randomized controlled trial. JAMA Pediatrics, 2013 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23440253

[9] www.frivillighed.dk

[10] http://www.frivillighed.dk/Webnodes/Definition+af+frivilligt+(socialt)+arbejde/812

[11] Møller, J et al. Betydning af storbyens rekreative områder. Arbejdsrapport, Skov & Landskab. 2011 http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/665949F3-1C89-41D6-A4F1-1ED3CD62136C/0/RUPrekreaohc_samlet.pdf

[12] Stigsdotter, U et al. SUSY Grøn: Brug af grønne områder og folkesundhed i Danmark – Opsummering af et tværvidenskabeligt forskningsprojekt mellem Skov & Landskab og Statens Institut for Folkesundhed. Arbejdsrapport Skov & Landskab nr. 134. 2011. http://curis.ku.dk/ws/files/33601051/SUSY_rap_net_final.pdf

[13] Storgaard, RL et al. Association between neighbourhood green space and sedentary leisure time in a Danish population. Scandinavian Journal of Public Health. 2013. http://sjp.sagepub.com/content/41/8/846

[14] Randrup, T et al. Natur og sundhed – Sammenhæng mellem grønne områders udtryk og brug set i forhold til befolkningens sundhed. Skov & Landskab. 2008 http://www.naturstyrelsen.dk/NR/rdonlyres/C5BBD5DF-8D41-42D3-8599-AEB9FD60B1F3/0/NaturOgSundhed.pdf

[15] Stigsdotter, U et al. SUSY Grøn: Brug af grønne områder og folkesundhed i Danmark – Opsummering af et tværvidenskabeligt forskningsprojekt mellem Skov & Landskab og Statens Institut for Folkesundhed. Arbejdsrapport Skov & Landskab nr. 134. 2011. http://curis.ku.dk/ws/files/33601051/SUSY_rap_net_final.pdf

[16] Cuypers, K et al. Patterns of receptive and creative cultural activities and their association with perceived health, anxiety, depression and satisfaction with life among adults: the HUNT study, Norway, Journal of Epidemiology and Community Health, 2011. http://jech.bmj.com/content/early/2011/05/04/jech.2010.113571

Kapitel 4
Sundhedsadfærd

4.1 Bevægelse
4.2 Kostvaner
4.3 Rygning
4.4 Alkohol
4.5 Euforiserende stoffer
4.6 Sexliv

Sundhedsadfærd

- 73 procent af borgerne i Region Sjælland dyrker lettere motion eller har stillesiddende aktiviteter
- 28 procent har stillesiddende aktiviteter mere end 10 timer om dagen
- 14 procent spiser meget usundt
- 18 procent ryger dagligt
- 14 procent udviser tegn på alkoholafhængighed
- 2,2 procent har prøvet hash eller andre euforiserende stoffer inden for den sidste måned
- 62 procent får fuldstændig eller næsten fuldstændig dækket deres seksuelle behov

Forbedring af folkesundheden kan ske via forebyggelsesaktiviteter, der defineres som aktiviteter, der forsøger at forhindre udvikling af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker og dermed fremmer den enkeltes sundhed og folkesundheden. Forebyggelsesindsatser kan ofte tilrettelægges på en sundhedsfremmende måde, hvilket vil sige, at der satses på aktiviteter, rammer og processer, der fremmer den enkeltes sundhed og folkesundheden.[1]

Kommunerne fik ved strukturreformen i 2007 ansvaret for hele den borgerrettede forebyggelse, mens den patientrettede forebyggelse blev en delt opgave mellem kommuner og regioner. For at styrke forebyggelsen i kommunerne har Sundhedsstyrelsen på nuværende tidspunkt udsendt 11 forebyggelsespakker. Forebyggelsespakkerne er et videnbaseret værktøj til kommunerne med faglige anbefalinger, der kan bidrage til at prioritere og kvalitetsudvikle det kommunale forebyggelsesarbejde[2]. Forebyggelsespakkerne omhandler alkohol, fysisk aktivitet, hygiejne, indeklima i skoler, mad og måltider, mental sundhed, overvægt, seksuel sundhed, solbeskyttelse, stoffer, tobak samt et fælles introduktionshæfte.

I de følgende afsnit fokuseres på adfærd relateret til rygning, brug af rusmidler som alkohol og euforiserende stoffer, fysisk aktivitet og inaktivitet, kostvaner, seksuel trivsel, og - for de yngste aldersgrupper - seksuel adfærd.

4.1 Bevægelse

- 73 procent af borgerne i Region Sjælland dyrker lettere motion eller har stillesiddende aktivitet i fritiden - det er uændret siden 2010
- 28 procent har stillesiddende aktiviteter i mere end 10 timer om dagen
- 67 procent af de borgere, der dyrker lettere motion eller har stillesiddende aktivitet, ønsker at være mere fysisk aktive
- 19 procent er blevet rådet til at dyrke motion af egen læge

Der er betydelige gevinster ved, at de fysisk inaktive bliver aktive[3]. Det er anslået, at 7 til 8 procent af alle dødsfald er relateret til fysisk inaktivitet, og fysisk inaktive har en middellevetid, der er fem til seks år kortere end hos de fysisk aktive. Sammenlagt vil de fysisk inaktive borgere opleve et tab på 50.000 gode leveår. Der er i dag evidens for, at fysisk træning ved en lang række sygdomme og lidelser er lige så effektive - og i særlige situationer mere effektive - end medicinsk behandling[4]. Det er ikke kun den enkelte borger, der vil opnå bedre behandling og flere gode leveår ved fysisk aktivitet. Det er også gavnligt for samfundet. En analyse af omkostningerne i sundhedsvæsenet peger på, at fysisk inaktivitet årligt giver et merforbrug på 3.109 mio. kr., og at der hvert år er 3,1 mio. ekstra sygedage blandt de fysisk inaktive[5]. Ifølge økonomiske beregninger har en gennemsnitlig kommune via den kommunale medfinansiering udgifter på 9,6 mio. kr. om året som følge af fysisk inaktivitet[6].

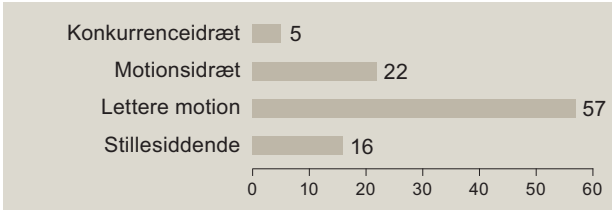
Sundhedsstyrelsens anbefaling til voksne lyder:

- Vær fysisk aktiv i mindst 30 minutter om dagen. Aktiviteten skal være af moderat til høj intensitet og ligge udover almindelige kortvarige daglig-dagsaktiviteter. Hvis de 30 minutter deles op, skal aktiviteten vare mindst 10 minutter
- Mindst 2 gange om ugen skal der indgå aktivitet af høj intensitet af mindst 20 minutters varighed

4.1.1 Lettere motion og stillesiddende aktiviteter

I Sundhedsprofilen er borgere spurgt til deres fysiske aktivitet i fritiden inden for det seneste år. Over halvdelen af borgerne i Region Sjælland dyrker lettere motion, tabel 4.1.1.1. Lettere motion er i Sundhedsprofilen defineret som at spadsere, cykle, lettere havearbejde eller anden lettere motion mindst 4 timer om ugen. 57 procent dyrker lettere motion. 22 procent dyrker motionsidræt, tungt havearbejde eller lignende mindst 4 timer om ugen. 16 procent har stillesiddende aktiviteter i fritiden, som f.eks. at læse og se fjernsyn, og 5 procent træner hårdt og/eller dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt flere gange om ugen.

Tabel 4.1.1.1
Fysisk aktivitet i fritiden



I det følgende er vægten lagt på borgere, der dyrker lettere motion eller har stillesiddende aktiviteter i fritiden. Det vil sige, borgere, der ikke træner hårdt eller dyrker motionsidræt mindst 4 timer om ugen.

Tabel 4.1.1.2 Borgere, der dyrker lettere motion eller stillesiddende aktiviteter

	%	Personer
Region Sjælland	73	458.900
Køn		
Mand	66	205.000
Kvinde	79	253.900
Alder		
16-24 år	57	44.800
25-34 år	65	43.400
35-44 år	67	72.300
45-54 år	70	84.100
55-64 år	81	86.400
65-79 år	84	99.800
80+ år	95	28.000
Uddannelse		
Under uddannelse	56	24.600
Grundskole	83	60.200
Kort uddannelse	76	165.900
Kort videreg. uddannelse	68	32.000
Mellemlang videreg. uddannelse	68	71.100
Lang videreg. uddannelse	67	27.100
Erhvervstilknytning		
Beskæftigede	66	204.600
Arbejdsløse	73	23.100
Førtidspensionister	90	30.100
Efterlønsmodtagere	81	16.600
Alderspensionister	86	127.800
Øvrige ikke-erhvervsaktive	84	20.400
Samlivsstatus		
Samlevende	73	300.100
Ikke samlevende	73	158.800
Etnisk baggrund		
Danmark	72	423.000
Andre vestlige lande	78	13.400
Ikke-vestlige lande	83	22.400

Generelt: 73 procent af borgerne i Region Sjælland dyrker lettere motion eller stillesiddende aktivitet i fritiden, tabel 4.1.1.2.

Køn og alder: Flere kvinder end mænd dyrker lettere motion eller stillesiddende aktiviteter i fritiden. Andelen af borgere, der dyrker lettere motion eller stillesiddende aktiviteter, stiger med alderen - fra 57 procent blandt de 16-24-årige til 95 procent blandt borgere på 80 år og derover.

Uddannelse: Blandt borgere under uddannelse ses den laveste andel, der dyrker lettere motion eller stillesiddende aktiviteter i fritiden. Den højeste andel findes blandt borgere med grundskole alene, hvor 83 procent dyrker lettere motion eller stillesiddende aktiviteter i fritiden. Der er en tendens til, at andelen, der dyrker lettere motion eller stillesiddende aktiviteter, falder ved stigende uddannelseslængde.

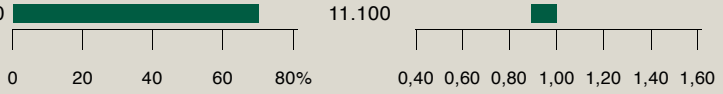
Erhvervstilknytning: Den laveste andel af borgere, der dyrker lettere motion eller stillesiddende aktiviteter, findes blandt de beskæftigede med 66 procent. Blandt førtidspensionisterne ses den højeste andel af borgere, der dyrker lettere motion eller stillesiddende aktiviteter, hvor 90 procent falder i denne kategori.

Samlivsstatus: Der er ikke forskel i andelen af borgere, der dyrker lettere motion eller stillesiddende aktiviteter, på tværs af samlivsstatus.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, der dyrker lettere motion eller stillesiddende aktiviteter, er lavest blandt borgere med dansk baggrund og højest blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Tabel 4.1.1.3 Borgere, der dyrker lettere motion eller stillesiddende aktivitet – kommuner

Kommune	%		Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Sjælland	73		458.900		0
Kommunesocialgruppe 3					
Guldborgsund	76	*	36.900		1
Kalundborg	75		27.900		1
Lolland	77	*	27.600	*	-2
Odsherred	76	*	19.700		2
Slagelse	71		42.300		-3
Vordingborg	75		26.700		0
Kommunesocialgruppe 2					
Faxe	70		18.800		-5
Holbæk	73		38.700		1
Næstved	73		46.200		-1
Ringsted	72		17.900		0
Sorø	70		15.700		-2
Stevns	71		12.300		-2
Kommunesocialgruppe 1					
Greve	73		26.700		0
Køge	70		30.400		-4
Lejre	70		14.300		0
Roskilde	71		45.600		2
Solrød	70		11.100		2

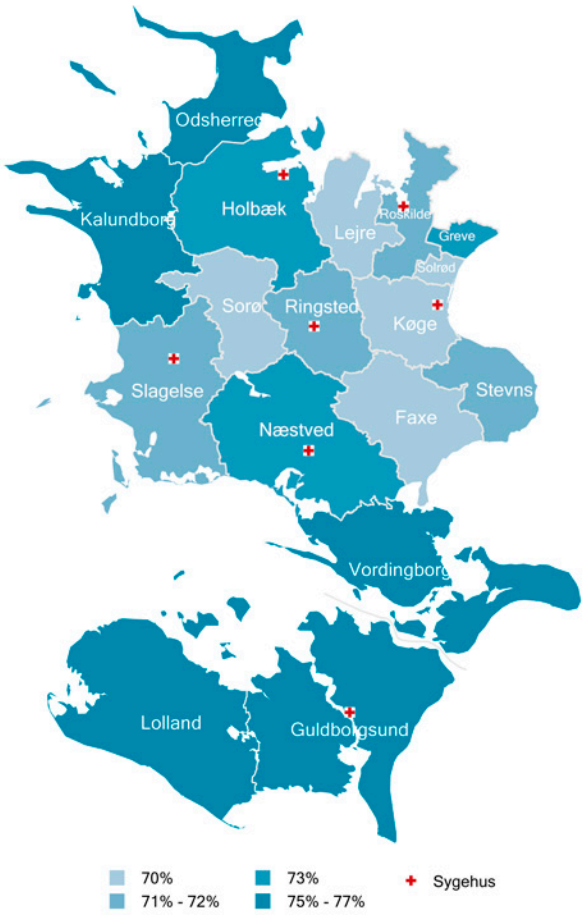


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Faxe, Køge, Lejre og Solrød Kommuner har alle den laveste andel af borgere, der dyrker lettere motion eller stillesiddende aktiviteter, på 70 procent, tabel 4.1.1.3. I Lolland Kommune dyrker 77 procent lettere motion eller har stillesiddende aktiviteter. Dette er den højeste andel. Se også kort 4.1.1.1. Når der er justeret for køn og alder har Lolland Kommune fortsat en signifikant højere andel af borgere, der dyrker lettere motion eller stillesiddende aktiviteter, sammenlignet med regionsgennemsnittet. Ingen af de andre kommuner er fundet signifikant forskellige fra regionsgennemsnittet.

Udvikling: Der er ikke sket nogen ændring i andelen af borgere, der dyrker lettere motion eller stillesiddende aktiviteter, i Region Sjælland siden 2010. Faxe Kommune oplever det største fald, hvor andelen af borgere, der dyrker lettere motion eller stillesiddende aktiviteter, er faldet med 5 procentpoint.

Kort 4.1.1.1 Borgere, der dyrker lettere motion eller stillesiddende aktiviteter



4.1.2 Stillesiddende aktiviteter mere end 10 timer om dagen

I Sundhedsprofilen er borgerne spurgt, om hvor mange timer og minutter de typisk bruger på stillesiddende aktiviteter i løbet af dagen – for eksempel stillesiddende arbejde, afslapning og se tv. I det følgende vises resultater for borgere, der har stillesiddende aktiviteter i mere end 10 timer om dagen.

Tabel 4.1.2.1 Borgere, der har stillesiddende aktiviteter mere end 10 timer om dagen

	%	Personer
Region Sjælland	28	81.000
Køn		
Mand	29	41.300
Kvinde	28	39.700
Alder		
16-24 år	41	18.500
25-34 år	26	9.700
35-44 år	26	14.600
45-54 år	27	15.600
55-64 år	27	12.700
65-79 år	23	8.100
80+ år	37	1.800
Uddannelse		
Under uddannelse	52	12.800
Grundskole	28	7.700
Kort uddannelse	22	21.600
Kort videreg. uddannelse	31	7.600
Mellemlang videreg. uddannelse	21	10.900
Lang videreg. uddannelse	35	7.500
Erhvervstilknytning		
Beskæftigede	24	39.800
Arbejdsløse	29	4.100
Førtidspensionister	33	3.900
Efterlønsmodtagere	22	1.900
Alderspensionister	24	9.900
Øvrige ikke-erhvervsaktive	37	4.100
Samlivsstatus		
Samlevende	25	47.400
Ikke samlevende	36	33.700
Etnisk baggrund		
Danmark	29	76.600
Andre vestlige lande	23	1.400
Ikke-vestlige lande	26	3.000

Generelt: 28 procent af borgerne i Region Sjælland sidder stille i mere end 10 timer om dagen, tabel 4.1.2.1.

Køn og alder: Nogenlunde lige mange mænd og kvinder sidder stille mere end 10 timer i løbet af dagen. Det er specielt de 16-24-årige og borgere på 80 år og derover, der har stillesiddende aktiviteter. De 65-79-årige er den aldersgruppe, hvor færrest har stillesiddende aktiviteter med 23 procent.

Uddannelse: Blandt borgere under uddannelse sidder over halvdelen stille i mere end 10 timer om dagen. Dette er klart den største andel på tværs af uddannelsesgrupperne. Den laveste andel findes blandt borgere med mellemlang videregående uddannelse, hvor cirka hver femte har stillesiddende aktiviteter i løbet af dagen.

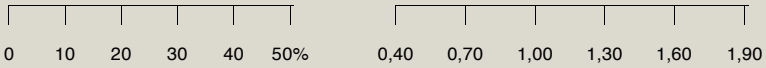
Erhvervstilknytning: Den højeste andel med stillesiddende aktiviteter på 37 procent findes blandt kategorien af øvrige ikke-erhvervsaktive. Efterlønsmodtagere er dem, med den laveste andel sidder stille i løbet af dagen, efterfulgt af beskæftigede og alderspensionister.

Samlivsstatus: Blandt borgere, der ikke lever sammen med en partner, er andelen, der sidder stille størstedelen af tiden, størst. Her er andelen på 36 procent.

Etnisk baggrund: 29 procent af borgerne med dansk baggrund har stillesiddende aktiviteter i mere end 10 timer. Det er den højeste andel. Den laveste andel ses blandt borgere med anden vestlig baggrund.

Tabel 4.1.2.2 Borgere, der har stillesiddende aktiviteter mere end 10 timer om dagen – kommuner

Kommune	%	Personer	Odds Ratio
Region Sjælland	28	81.000	
Kommunesocialgruppe 3			
Guldborgsund	23 *	4.500	*
Kalundborg	26	4.500	
Lolland	28	4.100	
Odsherred	26	2.800	
Slagelse	27	7.500	
Vordingborg	28	4.500	
Kommunesocialgruppe 2			
Faxe	25	3.000	
Holbæk	30	7.000	
Næstved	23 *	6.400	*
Ringsted	28	3.200	
Sorø	29	3.100	
Stevns	25	1.900	
Kommunesocialgruppe 1			
Greve	40 *	6.900	*
Køge	29	5.700	
Lejre	28	2.600	
Roskilde	33 *	10.800	*
Solrød	32	2.600	*



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Der er ganske stor spredning kommunerne i mellem i andelen af borgere, der har stillesiddende aktiviteter i mere end 10 timer om dagen, tabel 4.1.2.2. Størst er andelen i Greve Kommune, hvor mere end hver tredje borger har stillesiddende aktiviteter i løbet af dagen. Den laveste andel findes i Guldborgsund og Næstved Kommuner, hvor 23 procent sidder stille langt størstedelen af dagen. Fem kommuner er fundet signifikant forskellige fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder. Her har Guldborgsund og Næstved Kommuner signifikant færre, og Greve, Roskilde og Solrød Kommuner har signifikant flere borgere, der hovedsagligt sidder stille i løbet af dagen.

4.1.3 Stillesiddende aktiviteter, sundhedsadfærd og trivsel

I det følgende afsnit vil sammenhænge mellem stillesiddende aktiviteter mere end 10 timer om dagen, sundhedsadfærd, og trivsel blive vist. Du kan se mere om definitionerne af sundhedsadfærd og trivsel under de respektive kapitler.

Tabel 4.1.3.1 Sammenhænge mellem stillesiddende aktiviteter i mere end 10 timer om dagen, sundhedsadfærd og trivsel

	%	Personer
Kostvaner		
Meget usunde	32	12.300
Middel	28	50.800
Sunde	26	15.200
Rygning		
Daglig ryger	29	13.900
Lejlighedsvis ryger	31	3.100
Tidligere rygere	26	20.700
Aldrig ryger	29	42.200
Problematisk alkoholadfærd		
Nej	28	61.800
Ja	29	15.800
Fysisk aktivitet		
Træner ikke hårdt/motionerer	32	62.500
Træner hårdt/motionerer	21	17.900
Stoffer seneste måned		
Har ikke taget stoffer	29	76.400
Har taget stoffer	35	2.100
Tilfredshed med livet		
Tilfreds	27	61.900
Utilfreds	36	16.400
Søvn		
Sover godt	26	45.600
Sover dårligt	32	34.900
Selvvurderet helbred		
Dårligt	38	13.800
Godt	27	66.700
Socialt netværk		
Ikke uønsket alene	28	73.900
Uønsket alene	43	6.600

Sammenhæng med sundhedsadfærd: Der ses en tendens til, at jo sundere kostvaner borgerne har, jo mindre udbredt er stillesiddende aktiviteter i mere end 10 timer om dagen, tabel 4.1.3.1. Der ses ingen større tegn på sammenhæng mellem rygning og stillesiddende aktiviteter. Det samme gælder for problematisk alkoholadfærd. Derimod ses det, at stillesiddende aktiviteter er mindre udbredt blandt dem, der træner og motionerer hårdt, sammenlignet med dem, der ikke træner hårdt eller motionere. Blandt borgere, der har taget stoffer inden for den seneste måned, er stillesiddende aktiviteter i fritiden mere udbredt, end blandt borgere, der ikke har taget stoffer.

Sammenhæng med trivsel: Borgere, der er utilfredse med livet, har i højere grad stillesiddende aktiviteter end borgere, der er tilfredse med livet. Samme tendens findes blandt borgere, der sover dårligt og har dårligt selvvurderet helbred. Næsten halvdelen af borgerne, der er uønsket alene, har stillesiddende aktiviteter mere end 10 timer i fritiden. Dette gælder i langt mindre grad for borgere, der ikke er uønsket alene.

4.1.4 Ønsker at være mere aktiv

I Sundhedsprofilen er borgerne spurgt til, om de gerne vil være mere fysisk aktive, og hertil har det været muligt at svare »Ja«,»Nej« og »Ved ikke«.

Tabel 4.1.4.1 Borgere, der dyrker lettere motion eller stillesiddende aktiviteter, som ønsker at være mere aktive

Kommune	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Sjælland	67	302.000		-6
Kommunesocialgruppe 3				
Guldborgsund	65	23.500		-10
Kalundborg	63 *	17.400	*	-11
Lolland	59 *	16.300	*	-20
Odsherred	61 *	11.800		-13
Slagelse	64	26.400	*	-10
Vordingborg	67	17.600		-8
Kommunesocialgruppe 2				
Faxe	65	11.800		-10
Holbæk	67	25.500		-5
Næstved	68	31.100		-6
Ringsted	66	11.600		-6
Sorø	69	10.800		-3
Stevns	66	8.000		-7
Kommunesocialgruppe 1				
Greve	71	18.600		-2
Køge	69	20.800		-5
Lejre	73 *	10.200	*	3
Roskilde	72 *	32.600	*	3
Solrød	72 *	7.900	*	4

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Blandt borgerne i hele Region Sjælland, der dyrker lettere motion eller stillesiddende aktiviteter, ønsker 67 procent at være mere aktive, tabel 4.1.4.1. Variationen over kommunerne spænder fra 59 procent i Lolland Kommune til 73 procent i Lejre Kommune. I Kalundborg, Lolland og Odsherred Kommuner er andelen af borgere, der ønsker at være mere aktive, signifikant lavere end regionsgennemsnittet. I den anden ende ligger Lejre, Roskilde og Solrød Kommuner, hvor andelen er signifikant højere end i resten af regionen. Efter justering for køn og alder er andelene for Kalundborg, Lolland og Slagelse Kommuner fundet signifikant lavere end regionsgennemsnittet. I Lejre, Roskilde og Solrød Kommuner er andelen signifikant højere sammenlignet med hele Region Sjælland. På tværs af kommunerne ses en tendens til en social gradient.

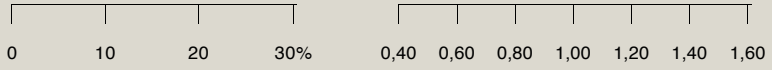
Udvikling: Der er i hele Region Sjælland sket et fald på 6 procentpoint i andelen af borgere, der dyrker lettere motion eller stillesiddende aktiviteter, som ønsker at være mere aktive, fra 2013 til 2010. Dette fald genfindes i langt størstedelen af kommunerne. I Lejre, Roskilde og Solrød Kommuner ser andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive, ud til at stige fra 2010 til 2013, men ingen af disse stigninger er udtalte nok til at tilskrives andet end tilfældigheder.

4.1.5 Motion – råd fra egen læge

I Sundhedsprofilen er borgerne spurgt, om de inden for de seneste 12 måneder af egen læge er blevet rådet til at dyrke motion. Hertil var det muligt at svare »Ja«, »Nej« og »Ved ikke«.

Tabel 4.1.5.1 Borgere, der er rådet til at dyrke motion af egen læge

Kommune	%	Personer	Odds Ratio
Region Sjælland	19	89.400	
Kommunesocialgruppe 3			
Guldborgsund	22 *	7.700	*
Kalundborg	19	5.400	
Lolland	19	4.800	
Odsherred	17	3.300	
Slagelse	19	8.500	
Vordingborg	17	4.400	
Kommunesocialgruppe 2			
Faxe	19	3.900	
Holbæk	16	6.400	
Næstved	21	10.400	*
Ringsted	15	3.000	
Sorø	14 *	2.500	*
Stevns	18	2.200	
Kommunesocialgruppe 1			
Greve	18	5.000	
Køge	19	6.400	
Lejre	18	2.800	
Roskilde	21 *	10.500	*
Solrød	17	2.200	



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: I Region Sjælland er 19 procent blevet rådet til at dyrke motion af egen læge, tabel 4.1.5.1. I Guldborgsund og Roskilde Kommuner er en signifikant højere andel blevet rådet til at dyrke motion, hvorimod rådet gives til en signifikant lavere andel i Sorø Kommune. Efter justering for køn og alder er der en højere andel af borgere i Guldborgsund, Næstved og Roskilde Kommuner, der er blevet rådet til at dyrke motion, end i resten af regionen. Mindst udbredt er råd om at dyrke motion af egen læge i Sorø Kommune, der efter kontrol for køn og alder fortsat falder signifikant ud.

4.2 Kostvaner

- 20 procent af borgerne i Region Sjælland spiser generelt sundt, og 14 procent spiser meget usundt
- 15 procent drikker sodavand mindst fem gange om ugen
- 22 procent spiser fastfood mindst en gang om ugen
- 53 procent ønsker at spise mere sundt
- 10 procent har fået råd om kostændring af egen læge

Usunde kostvaner er en medvirkende faktor til udvikling af overvægt og en række livsstilssygdomme. Hvert år er 2.000 dødsfald, svarende til 4 procent, relateret til indtag af for meget mættet fedt. Et tilsvarende forhøjet antal dødsfald findes for et lavt indtag af frugt og grønt[7]. Mænd, der enten dør på grund af for meget mættet fedt eller for lidt frugt og grønt, mister ca. 11 års levetid, mens antallet for kvinder er ni år.

Fødevarestyrelsen har i mange år stået bag udformning af officielle kostråd. Fra 2005 til 2013 lød kostrådene[8]:

- Spis frugt og grønt – 6 om dagen
- Spis fisk og fiskepålæg – flere gange om ugen
- Spis kartofler, ris, eller pasta og groft brød – hver dag
- Spar på sukker – især fra sodavand, slik og kager
- Spis mindre fedt – især fra mejeriprodukter og kød
- Spis varieret – og bevar normalvægten
- Sluk tørsten i vand
- Vær fysisk aktiv – mindst 30 minutter om dagen.

Det er de kostråd, som var gældende, da spørgeskemaet »Hvordan har du det? - 2013« blev udsendt. De officielle kostråd henvender sig til den brede befolkning og tager for eksempel ikke højde for undervægtige ældre[9] og folk med visse kroniske lidelser. Efterfølgende er der blevet offentliggjort nye kostråd[10].

4.2.1 Sunde og usunde kostvaner

I Sundhedsprofilen anvendes en kostscore[11], der for de 30-60-årige, har vist, at der er en sammenhæng med indtagelse af en sund kost i forhold til forebyggelse af hjerte-kar-sygdomme. Kostscoren inddeler kosten i tre kategorier:

- Sund kost – mad med et højt indhold af frugt, grønt og fisk samt lavt indhold af mættet fedt i kosten
- Middelsund kost – middelhøjt indhold af frugt, grønt og fisk samt mættet fedt i kosten
- Usund kost – lavt indhold af frugt, grønt, fisk og højt indhold af mættet fedt.

Det skal bemærkes, at Sundhedsprofilens inddeling af samtlige borgere ud fra den valgte kostscore kommer til at tegne et billede af, at ældre undervægtige spiser usundt, hvor dette ud fra et sundhedsmæssigt synspunkt ikke er tilfældet.

Indtag af frugt, grønt og fisk indgår som en del i kostscoren, og der er i Sundhedsprofilen derfor ikke medtaget specifikke tabeller om indtag af netop disse fødeemner.

Tabel 4.2.1.1 Borgere med generelt meget usunde eller sunde kostvaner

	% Meget usunde	Personer	% Sunde	Personer
Region Sjælland	14	86.800	20	130.400
Køn				
Mand	18	56.300	15	48.600
Kvinde	10	30.500	24	81.900
Alder				
16-24 år	18	14.000	20	16.400
25-34 år	15	9.700	18	12.400
35-44 år	12	13.100	21	22.700
45-54 år	12	14.600	23	28.300
55-64 år	13	13.700	21	24.100
65-79 år	14	16.400	18	23.300
80+ år	19	5.400	9	3.200
Uddannelse				
Under uddannelse	16	6.800	22	9.900
Grundskole	23	16.800	15	11.400
Kort uddannelse	16	33.500	16	36.500
Kort videreg. uddannelse	11	5.300	20	9.700
Mellemlang videreg. uddannelse	7	7.300	26	27.600
Lang videreg. uddannelse	5	1.900	30	12.400
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	11	34.000	21	67.600
Arbejdsløse	15	4.900	21	8.000
Førtidspensionister	22	7.100	19	6.800
Efterlønsmodtagere	15	3.100	17	3.700
Alderspensionister	15	21.800	16	26.600
Øvrige ikke-erhvervsaktive	25	5.900	12	3.200
Samlivsstatus				
Samlevende	11	46.700	21	89.300
Ikke samlevende	19	40.100	18	41.100
Etnisk baggrund				
Danmark	15	84.800	19	116.000
Andre vestlige lande	4	700	26	4.700
Ikke-vestlige lande	4	1.300	32	9.700

Generelt: 14 procent af borgerne i Region Sjælland har generelt meget usunde kostvaner, mens der er 20 procent med generelt sunde kostvaner, tabel 4.2.1.1.

Køn og alder: Andelen af mænd, der spiser meget usundt, er næsten dobbelt så høj som blandt kvinder, nemlig 18 procent blandt mænd mod 10 procent blandt kvinder. Tilsvarende er andelen, der spiser sundt, højere hos kvinder end hos mænd. At have usunde kostvaner er mindst udbredt i alderen 35 til 54 år og ses hyppigere hos både de yngre borgere og borgere i alderen 65+ år. Blandt de 45-54-årige ses hyppigst sunde kostvaner. Blandt borgere på 80 år og derover er andelen lavest og udgør 9 procent. Se også afsnit 5.2 Overvægt, undervægt og spiseforstyrrelser.

Uddannelse: Inden for kategorien meget usunde kostvaner findes den højeste andel blandt borgere med grundskole alene, hvor andelen er mere end fire gange så høj som blandt borgere med lang videregående uddannelse. Når det gælder kategorien sunde kostvaner, findes den højeste andel blandt borgere med lang videregående uddannelse, nemlig 30 procent, mens andelen med grundskole alene udgør det halve, nemlig 15 procent. Både for kategorien meget usunde og sunde kostvaner gælder, at der ses en social gradient.

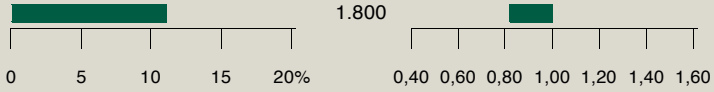
Erhvervstilknytning: Den laveste andel af borgere, der spiser meget usundt, findes blandt borgere i beskæftigelse. Den højeste andel findes blandt øvrige ikke-erhvervsaktive og førtidspensionister, hvor andelen er det dobbelte af, hvad den er blandt beskæftigede. Den højeste andel af borgere, der generelt spiser sundt, findes blandt beskæftigede og arbejdsløse, hvor andelen udgør 21 procent. Den laveste andel findes blandt øvrige ikke-erhvervsaktive, hvor andelen udgør 12 procent.

Samlivsstatus: Blandt borgere, der ikke lever sammen med en partner, er der en højere andel, der spiser usundt end blandt de samlevende. Tilsvarende er andelen, der generelt spiser sundt, højere blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Blandt borgere med dansk baggrund er andelen, der generelt spiser usundt, næsten fire gange så høj som blandt borgere med anden vestlig og ikke-vestlig baggrund. I forhold til generelt sunde kostvaner findes den højeste andel blandt borgere med ikke-vestlig baggrund med 32 procent, og den laveste andel ses blandt borgere med dansk baggrund på 19 procent.

Tabel 4.2.1.2 Borgere med meget usunde kostvaner – kommuner

Kommune	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Sjælland	14	86.800		0
Kommunesocialgruppe 3				
Guldborgsund	14	6.900		0
Kalundborg	16	5.800		-1
Lolland	18 *	6.200	*	0
Odsherred	13	3.200		-3
Slagelse	15	8.900		1
Vordingborg	13	4.700		-2
Kommunesocialgruppe 2				
Faxe	16 *	4.400	*	0
Holbæk	16	8.100		4
Næstved	15	9.500		2
Ringsted	14	3.600		-1
Sorø	12	2.600		1
Stevns	14	2.300		3
Kommunesocialgruppe 1				
Greve	11 *	3.900	*	-1
Køge	13	5.800		-2
Lejre	13	2.600		2
Roskilde	10 *	6.600	*	-3
Solrød	11	1.800		0



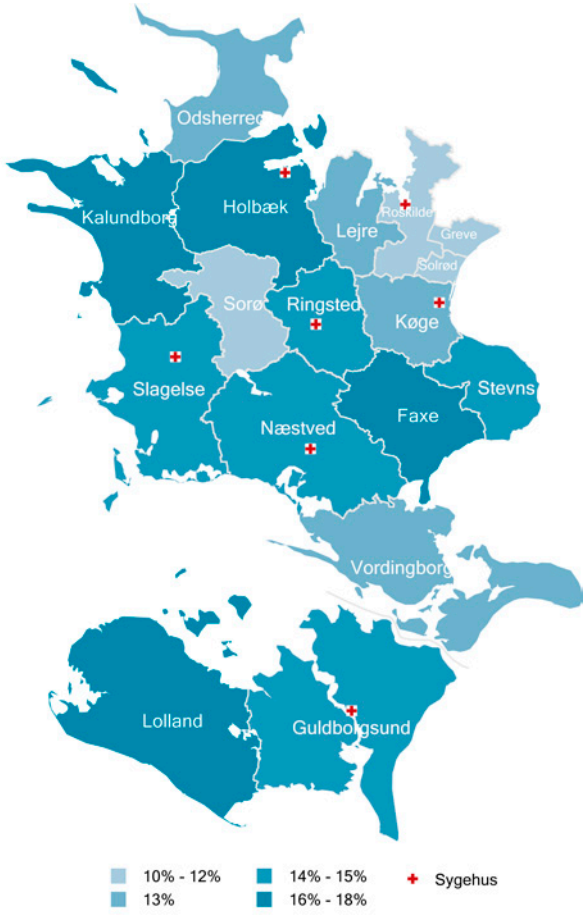
* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Den laveste andel af borgere med generelt usunde kostvaner findes i Roskilde og Greve Kommuner med henholdsvis 10 og 11 procent, tabel 4.2.1.2. Resultaterne for Roskilde og Greve Kommune er signifikant lavere end regionsgennemsnittet på 14 procent. Resultaterne er fortsat signifikant, når der er justeret for køn og alder.

Den højeste andel med usunde kostvaner findes i Lolland Kommune med 18 procent. Både Lolland og Faxe Kommuner ligger signifikant højere end regionsgennemsnittet. Se også kort 4.2.1. Begge resultater er fortsat signifikant højere end regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder. Der ses en tendens til social gradient inden for kommunesocialgrupperne.

Udvikling: Andelen af borgere med usunde kostvaner i Region Sjælland i 2013 er uændret i forhold til 2010. Der er ingen signifikante ændringer fra 2010 til 2013 i forhold til andelen, der generelt spiser usundt i de enkelte kommuner.

Kort 4.2.1 Borgere med meget usunde kostvaner



4.2.2 Sodavand, snacks, slik og fastfood

Sundhedsprofilen har spurgt borgerne om, hvor ofte de spiser eller drikker søde sager og fastfood. I det følgende defineres sodavand, som også at omhandle læskedrik eller frugtsaft med sukker. Med til slik hører kager, chokolade og is, og når snacks omtales, hører chips, popcorn m.m. også med. Endelig omhandler kategorien fastfood også pizza, burger, pølser, shawarma o.l.

Tabel 4.2.2.1 Borgere, der indtager sodavand, snacks eller slik mindst 5 gange om ugen

	% Sodavand	Personer	% Snacks	Personer	% Slik	Personer
Region Sjælland	15	94.400	1,5	9.600	12	78.100
Køn						
Mand	18	57.900	1,5	4.800	11	35.700
Kvinde	11	36.400	1,5	4.700	13	42.300
Alder						
16-24 år	22	18.000	4,9	4.000	12	9.700
25-34 år	23	15.400	1,8	1.200	12	7.900
35-44 år	16	17.300	1,7	1.900	15	16.100
45-54 år	12	15.100	0,9	1.000	12	14.800
55-64 år	11	11.700	0,4	500	11	12.100
65-79 år	9	10.900	0,5	600	9	11.800
80+ år	20	5.900	-	-	18	5.700
Uddannelse						
Under uddannelse	22	10.100	4,7	2.100	11	5.000
Grundskole	22	16.900	2,9	2.200	14	10.400
Kort uddannelse	15	34.000	1,0	2.100	10	23.000
Kort videreg. uddannelse	10	4.500	1,3	600	13	6.000
Mellemlang videreg. uddannelse	8	8.000	0,8	800	13	13.600
Lang videreg. uddannelse	7	3.000	1,0	400	18	7.500
Erhvervstilknytning						
Beskæftigede	14	44.100	1,1	3.400	13	40.000
Arbejdsløse	17	5.600	2,4	800	11	3.500
Førtidspensionister	21	7.200	2,3	800	12	4.200
Efterlønsmodtagere	9	1.900	-	-	9	2.000
Alderspensionister	11	16.800	0,6	1.000	11	17.500
Øvrige ikke-erhvervsaktive	23	5.800	3,2	800	15	3.800
Samlivsstatus						
Samlevende	12	51.700	1,0	4.200	12	50.400
Ikke samlevende	19	42.600	2,4	5.400	12	27.600
Etnisk baggrund						
Danmark	15	88.800	1,3	8.000	12	72.700
Andre vestlige lande	10	1.800	-	-	12	2.000
Ikke-vestlige lande	13	3.800	5,2	1.500	11	3.300

0 10 20 30% | 0 2 4 6 8 10% | 0 5 10 15 20%

- For få besvarelser til, at der kan gives resultater

Generelt: I Region Sjælland er det 15 procent af borgerne, der drikker sodavand mindst fem gange om ugen. 12 procent spiser slik mindst fem gange om ugen, og 5 procent spiser snacks mindst fem gange om ugen, tabel 4.2.2.1.

Køn og alder: Flere mænd end kvinder drikker ofte sodavand. Derimod er andelen, der ofte spiser slik, lidt højere blandt kvinder end blandt mænd. Snacks spises lige hyppigt af mænd og kvinder. Sodavand drikkes hyppigst i alderen 16-34 år. Herefter falder andelen med stigende alder indtil aldersgruppen 65-79-årige. Spisning af slik er mest udbredt blandt de 80+-årige, hvor andelen udgør 18 procent. Den laveste hyppighed findes blandt de 65-79-årige. Når det drejer sig om snacks findes den højeste andel blandt de 16-24-årige, hvor andelen udgør 4,9 procent, hvorefter den falder til under en procent blandt de 45-79-årige.

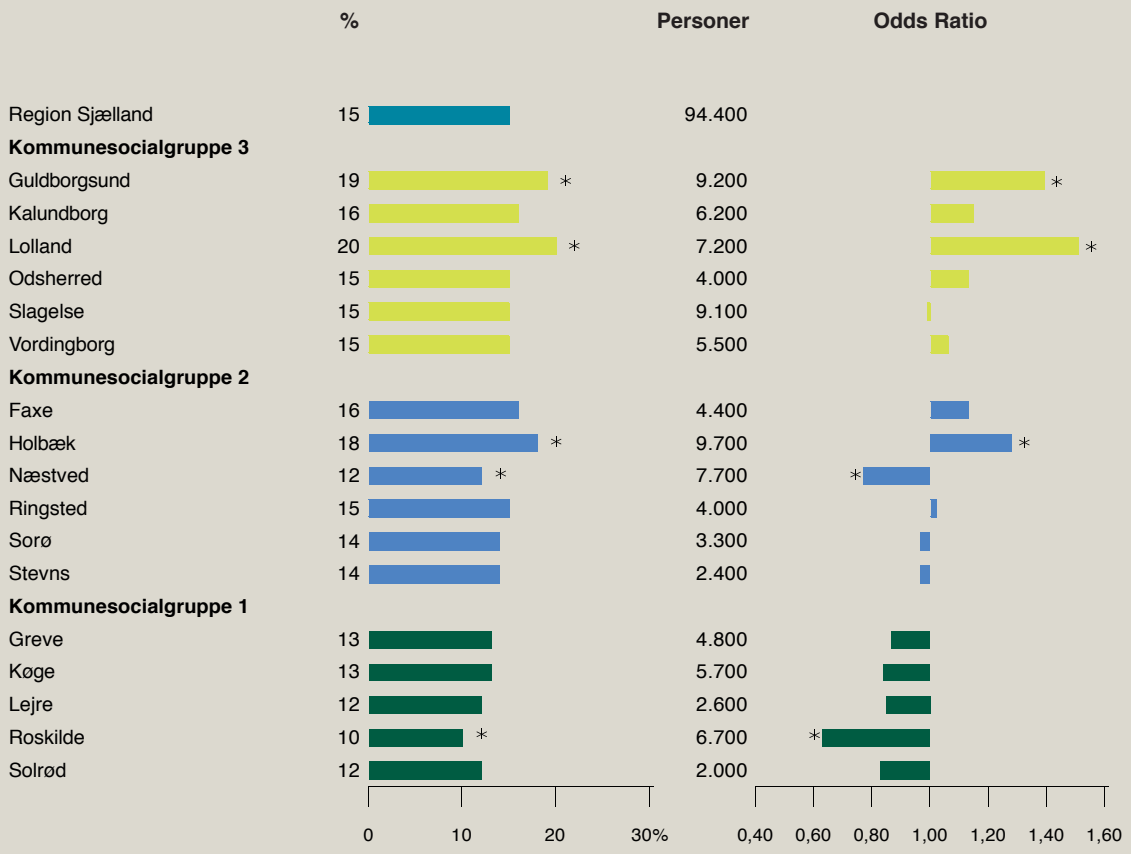
Uddannelse: Sodavand drikkes hyppigst blandt borgere under uddannelse og blandt borgere med grundskole alene. Der er en tydelig social gradient. Den højeste andel, der ofte spiser slik, ses blandt borgere med lang videregående uddannelse og blandt borgere med grundskole alene, mens den laveste andel findes blandt borgere med kort uddannelse. Snacks spises hyppigst blandt borgere under uddannelse, efterfulgt af borgere med grundskole alene. I de øvrige kategorier er det kun omkring en procent af borgerne, der spiser snacks.

Erhvervstilknytning: Den højeste andel, der ofte drikker sodavand, findes blandt øvrige ikke-erhvervsaktive og blandt førtidspensionister, mens den laveste andel findes blandt efterlønsmodtagere. Der er ikke de store forskelle mellem erhvervskategorierne, når det drejer sig om indtag af slik. Snacks spises hyppigst i gruppen øvrige ikke-erhvervsaktive, og den laveste andel findes blandt lderspensionister.

Samlivsstatus: Blandt borgere, der ikke lever sammen med en partner, ses en højere forekomst af borgere, der ofte drikker sodavand eller spiser snacks i forhold til borgere, der lever sammen med en partner. Der ses ikke nogen forskel i andelen, der spiser slik, i forhold til samlivsstatus.

Etnisk baggrund: Der ses ingen større forskel mellem grupper med forskellig etnisk baggrund med hensyn til at drikke sodavand eller spise slik. Andelen, der spiser snacks, forekommer fire gange hyppigere blandt borgere med ikke-vestlig baggrund end blandt borgere med dansk baggrund.

Tabel 4.2.2.2 Borgere, der drikker sodavand mindst fem gange om ugen – kommuner



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: I Lolland, Guldborgsund og Holbæk Kommuner er andelen af borgere, der drikker sodavand mindst fem gange om ugen, signifikant højere end regionsgennemsnittet, mens andelen er signifikant lavere i Roskilde og Næstved Kommuner, tabel 4.2.2.2. Forskellene bevares, når der justeres for køn og alder. Der synes at være en social gradient i forhold til kommunesocialgrupper.

Tabel 4.2.2.3 Borgere, der spiser fastfood mindst en gang om ugen

	%	Personer
Region Sjælland	22	144.900
Køn		
Mand	29	90.700
Kvinde	17	54.200
Alder		
16-24 år	42	33.900
25-34 år	36	24.100
35-44 år	30	32.200
45-54 år	22	26.900
55-64 år	14	14.900
65-79 år	8	10.600
80+ år	8	2.400
Uddannelse		
Under uddannelse	42	18.900
Grundskole	26	19.400
Kort uddannelse	21	45.800
Kort videreg. uddannelse	21	9.800
Mellemlang videreg. uddannelse	18	19.300
Lang videreg. uddannelse	18	7.500
Erhvervstilknytning		
Beskæftigede	26	80.200
Arbejdsløse	24	7.900
Førtidspensionister	25	8.600
Efterlønsmodtagere	11	2.300
Alderspensionister	8	12.900
Øvrige ikke-erhvervsaktive	27	6.800
Samlivsstatus		
Samlevende	20	82.900
Ikke samlevende	28	62.000
Etnisk baggrund		
Danmark	21	128.600
Andre vestlige lande	18	3.100
Ikke-vestlige lande	45	13.300

Generelt: I Region Sjælland spiser 22 procent fastfood mindst en gang om ugen, tabel 4.2.2.3.

Køn og alder: 29 procent blandt mænd og 17 procent blandt kvinder spiser fastfood en gang om ugen. Der er en tydelig aldersgradient, da den højeste andel findes blandt de 16-24-årige, hvor andelen udgør 42 procent. Denne falder til 8 procent blandt borgere på 65+ år.

Uddannelse: Den højeste andel, der ofte spiser fastfood, findes blandt borgere under uddannelse og udgør 42 procent. I de øvrige kategorier spiser mellem 18 og 26 procent fastfood mindst en gang om ugen. Der ses en tendens til social gradient.

Erhvervstilknytning: Blandt alderspensionister og efterlønsmodtagere er andelen, der ofte spiser fastfood, lavest og tæt på 10 procent. Indtag af fastfood er mest udbredt blandt beskæftigede og øvrige ikke-erhvervsaktive.

Samlivsstatus: Indtag af fastfood mindst en gang om ugen er mere udbredt blandt borgere, der ikke lever sammen med en partner, end blandt samlevende.

Etnisk baggrund: 45 procent blandt borgere med ikke-vestlig baggrund spiser fastfood mindst en gang om ugen, hvilket er dobbelt så hyppigt som blandt borgere med dansk eller vestlig baggrund.

Tabel 4.2.2.4 Borgere, der spiser fastfood mindst en gang om ugen – kommuner

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Andelen, der spiser fastfood mindst en gang om ugen, varierer mellem 17 procent i Sorø Kommune og 26 procent i Lolland Kommune, tabel 4.2.2.4. Der er en signifikant højere andel i Lolland og Holbæk Kommuner sammenlignet med regionsgennemsnittet. Det er kun for Lolland Kommune, at dette resultat er signifikant, når der justeres for køn og alder.

Der er en signifikant lavere andel, der spiser fastfood mindst en gang om ugen, i Odsherred og Sorø Kommuner sammenlignet med regionsgennemsnittet. Det er kun i Sorø Kommune, at resultatet er signifikant, når der justeres for køn og alder.

4.2.3 Vurdering af egne kostvaner

Til Sundhedsprofilen har borgerne svaret på følgende spørgsmål: »Hvordan vurderer du dine kostvaner alt i alt?«, og der kunne svares »Meget sunde«, »Sunde«, »Nogenlunde sunde«, »Usunde« og »Meget usunde«.

Tabel 4.2.3.1 Borgernes vurdering af egne kostvaner, som sunde eller usunde

	% Sunde kostvaner	Personer	% Usunde kostvaner	Personer
Region Sjælland	44	287.700	5,5	35.900
Køn				
Mand	42	135.100	5,7	18.200
Kvinde	46	152.600	5,3	17.700
Alder				
16-24 år	34	27.600	13,1	10.600
25-34 år	35	24.200	11,8	8.000
35-44 år	40	44.200	6,4	6.900
45-54 år	45	55.800	4,5	5.500
55-64 år	49	54.600	2,5	2.800
65-79 år	52	65.700	1,5	1.800
80+ år	47	15.700	-	-
Uddannelse				
Under uddannelse	38	17.300	13,4	6.000
Grundskole	35	26.900	9,0	6.900
Kort uddannelse	41	92.300	4,9	11.100
Kort videreg. uddannelse	46	21.700	3,8	1.800
Mellemlang videreg. uddannelse	52	55.500	3,4	3.600
Lang videreg. uddannelse	55	22.800	2,4	1.000
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	44	137.600	5,2	16.300
Arbejdsløse	46	15.100	5,6	1.800
Førtidspensionister	35	12.100	8,6	3.000
Efterlønsmodtagere	49	10.500	-	-
Alderspensionister	51	81.400	1,2	2.000
Øvrige ikke-erhvervsaktive	27	6.900	17,5	4.400
Samlivsstatus				
Samlevende	48	203.000	3,7	15.800
Ikke samlevende	37	84.700	8,9	20.100
Etnisk baggrund				
Danmark	44	264.700	5,4	33.000
Andre vestlige lande	60	10.400	-	-
Ikke-vestlige lande	42	12.600	7,4	2.200

0 20 40 60 80%

0 5 10 15 20%

- For få besvarelser til, at der kan gives resultater

Generelt: 44 procent af borgerne i Region Sjælland vurderer deres kostvaner som sunde tabel 4.2.3.1. 5,5 procent vurderer deres kostvaner som usunde.

Køn og alder: Kvinder vurderer hyppigere end mænd deres kostvaner som sunde, nemlig 46 procent mod 42 procent. Omvendt vurderer mænd hyppigere end kvinder deres kostvaner som usunde. Aldersmæssigt er andelen, der betragter deres kostvaner som sunde, højest blandt borgere på 65-79 år, mens den laveste andel findes blandt de 16-24-årige. Blandt borgere, der vurderer deres kostvaner som usunde, er andelen højst blandt de 65-79-årige på 1,5 procent mod den laveste andel på 13,1 procent blandt de 16-24-årige. Her ses en meget tydelig aldersgradient.

Uddannelse: Den laveste andel, som vurderer deres kostvaner til at være sunde, findes blandt borgere med grundskole alene, hvorimod den højeste andel findes blandt borgere med en lang videregående uddannelse. Her ses en social gradient. Det er mest udbredt blandt borgere under uddannelse at vurdere egne kostvaner som usunde. Det ses hos 13,4 procent, hvilket er mere end 5 gange så hyppigt som blandt borgere med en lang videregående uddannelse. Her ses en social gradient.

Erhvervstilknytning: Den højeste andel, der vurderer deres kostvaner som sunde, findes blandt alderspensionister med 51 procent, mens den laveste andel findes hos øvrige ikke-erhvervsaktive, hvor andelen er næsten det halve. Når det gælder om at vurdere egne kostvaner som usunde, findes den højeste andel på 17,5 procent i gruppen af øvrige ikke-erhvervsaktive, mens andelen blandt alderspensionister er lavest på 1,2 procent.

Samlivsstatus: Der er en højere andel blandt borgere, der bor sammen med en partner, som vurderer egne kostvaner som sunde, end blandt samlevende. Blandt borgere, der vurderer deres kostvaner som usunde, er hyppigheden over dobbelt så stor blandt borgere, der lever uden en partner end blandt samlevende

Etnisk baggrund: Den højeste andel af borgere, der vurderer deres kostvaner som sunde, findes blandt borgere med anden vestlig baggrund. Det kan ikke bedømmes, om der er forskel på borgere, der vurderer deres kostvaner som usunde i forhold til etnisk baggrund på grund af for få data.

Tabel 4.2.3.2 Borgernes vurdering af egne kostvaner – kommuner

	% Sunde kostvaner	Personer	% Usunde kostvaner	Personer
Region Sjælland	44	287.700	5,5	35.900
Kommunesocialgruppe 3				
Guldborgsund	45	22.400	5,3	2.700
Kalundborg	43	16.500	6,4	2.500
Lolland	41	15.400	4,9	1.800
Odsherred	43	11.400	4,1	1.100
Slagelse	43	26.700	7,0	4.300
Vordingborg	45	16.700	4,8	1.800
Kommunesocialgruppe 2				
Faxe	45	12.500	7,2 *	2.000
Holbæk	43	23.400	6,4	3.500
Næstved	41 *	26.800	5,7	3.700
Ringsted	44	11.500	5,4	1.400
Sorø	46	10.600	4,0	900
Stevns	44	7.800	4,2	700
Kommunesocialgruppe 1				
Greve	50 *	18.800	3,7	1.400
Køge	42	18.700	5,5	2.400
Lejre	49 *	10.200	5,7	1.200
Roskilde	46	30.300	5,2	3.400
Solrød	48 *	7.900	5,8	1.000

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

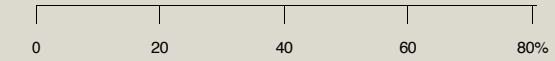
Kommunevariation: Andelen af borgere, der vurderer deres kostvaner som sunde, varierer fra 41 procent i Lolland og Næstved Kommuner til 50 procent i Greve Kommune, tabel 4.2.3.2. I Greve, Lejre og Solrød Kommuner er andelen, der vurderer, at de spiser sundt, signifikant over regionsgennemsnittet. Næstved Kommune har, som den eneste kommune, en andel, der ligger signifikant under regionsgennemsnittet.
Forekomsten af borgere, som vurderer deres kostvaner som usunde, varierer fra 3,7 procent i Greve Kommune til 7,2 procent i Faxe Kommune. Kun for Faxe Kommune er andelen signifikant højere end regionsgennemsnittet.

4.2.4 Vil gerne spise mere sundt

Borgerne er blevet stillet spørgsmålet: »Vil du gerne spise mere sundt?«, og har kunnet vælge mellem svarmulighederne »Ja«, »Nej« og »Ved ikke«.

Tabel 4.2.4.1 Borgere, der gerne vil gerne spise mere sundt

	%	Personer
Region Sjælland	53	348.100
Køn		
Mand	47	149.600
Kvinde	60	198.500
Alder		
16-24 år	67	54.300
25-34 år	73	49.800
35-44 år	69	74.900
45-54 år	58	71.000
55-64 år	46	51.300
65-79 år	31	39.000
80+ år	24	7.900
Uddannelse		
Under uddannelse	67	30.200
Grundskole	50	38.100
Kort uddannelse	51	112.900
Kort videreg. uddannelse	59	27.900
Mellemlang videreg. uddannelse	57	60.100
Lang videreg. uddannelse	55	22.500
Erhvervstilknytning		
Beskæftigede	62	193.000
Arbejdsløse	56	18.500
Førtidspensionister	53	18.600
Efterlønsmodtagere	44	9.400
Alderspensionister	29	46.900
Øvrige ikke-erhvervsaktive	68	17.200
Samlivsstatus		
Samlevende	53	226.600
Ikke samlevende	54	121.500
Etnisk baggrund		
Danmark	53	317.200
Andre vestlige lande	51	8.800
Ikke-vestlige lande	74	22.100



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Generelt: 53 procent af borgerne i Region Sjælland ønsker at spise mere sundt, tabel 4.2.4.1.

Køn og alder: Flere kvinder end mænd vil gerne spise sundere. Blandt de 25-34-årige vil 73 procent gerne spise sundere, og det samme vil 67 procent af de 16-64-årige. Andelen blandt borgere på 80 år og derover udgør 24 procent.

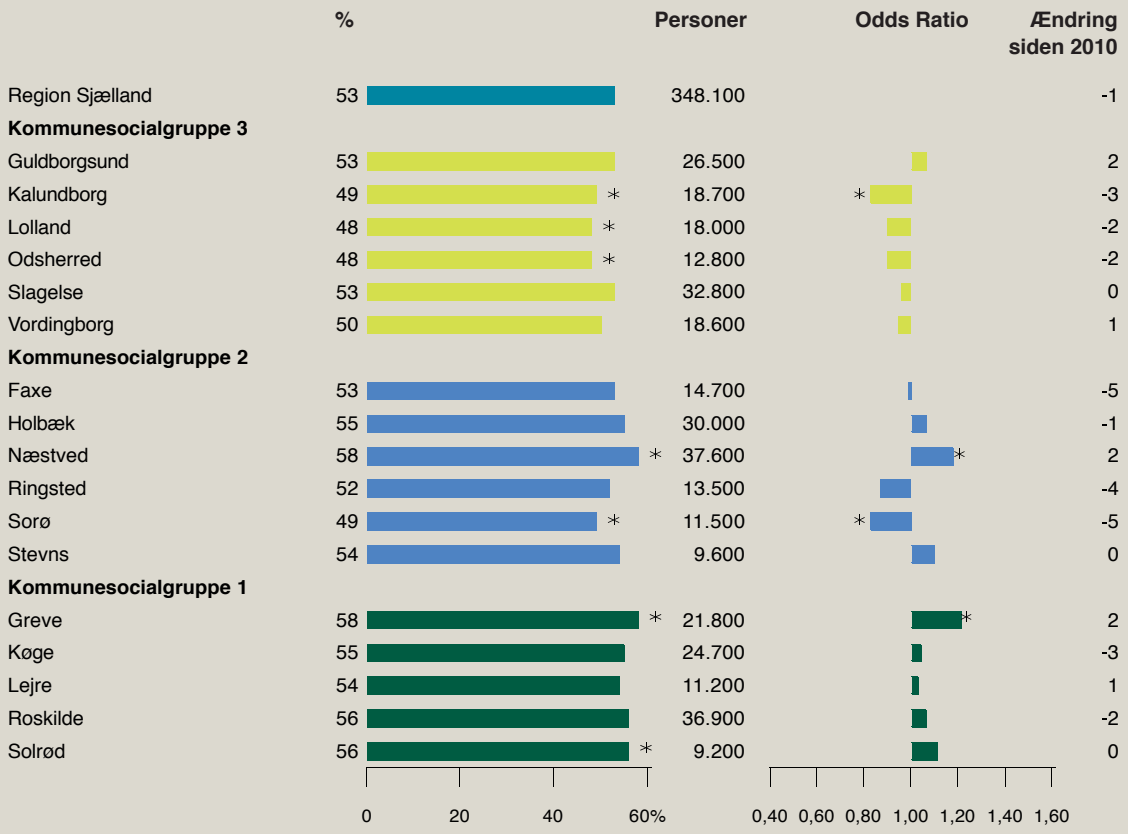
Uddannelse: To ud af tre af borgere under uddannelse vil gerne spise sundere. Den laveste andel ses blandt borgere, der har grundskole alene.

Erhvervstilknytning: Mest udbredt er ønsket om at spise sundere i kategorien øvrige ikke-erhvervsaktive borgere, hvor det gælder for 68 procent. Den laveste andel på 29 procent findes blandt alderspensionister.

Samlivsstatus: Ønsket om at spise sundere er lige udbredt for borgere, der er samlevende, som blandt borgere, der ikke lever sammen med en partner.

Etnisk baggrund: Tre ud af fire af borgere med ikke-vestlig baggrund ønsker at spise sundere, hvilket er markant højere end blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Tabel 4.2.4.2 Borgere, der gerne vil gerne spise sundere – kommuner

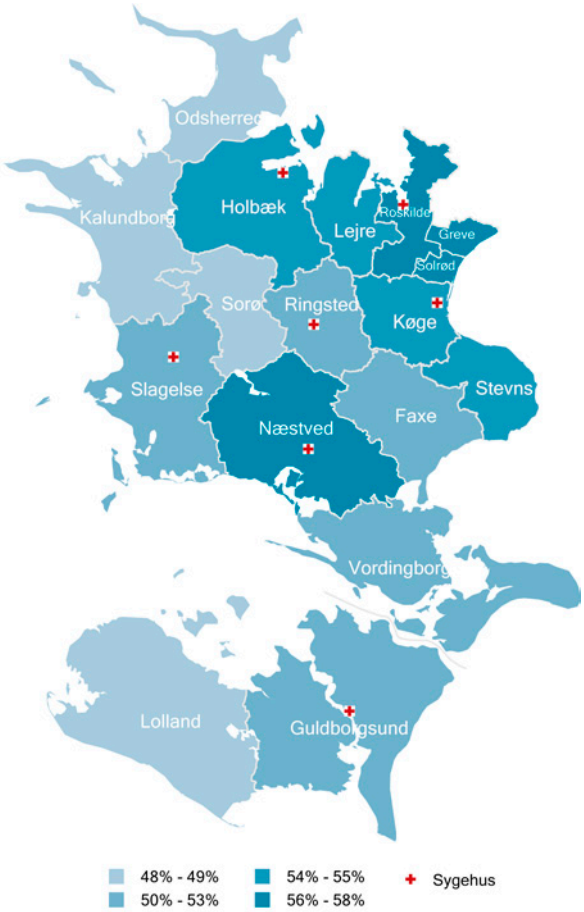


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Andelen af borgere, der ønsker at spise sundere, varierer mellem 48 procent i Lolland og Odsherred Kommuner til 58 procent i Næstved og Greve Kommuner, tabel 4.2.4.2. Der er en signifikant højere andel af borgere, der ønsker at spise sundere, i Næstved, Greve og Solrød Kommuner end i regionen som helhed. Se også kort 4.2.4.1. For Greve og Næstved Kommuner er andelen stadig signifikant, når der justeres for køn og alder. I kommunerne Kalundborg, Lolland, Odsherred og Sorø er andelen, der ønsker at spise sundere, signifikant lavere end regionsgennemsnittet. I Kalundborg og Sorø Kommuner er resultatet stadig signifikant, når der justeres for køn og alder.

Udvikling: I Region Sjælland er andelen af borgere, der gerne vil spise sundere i 2013, uændret i forhold til 2010. I Faxe og Sorø Kommuner er andelen af borgere, der ønsker at spise sundere faldet siden 2010.

Kort 4.2.4.1. Borgere, der gerne vil spise sundere



4.2.5 Holdning til forbud mod køb af sodavand og snacks

Borgerne er lige som i 2010 blevet spurgt om det skal være tilladt eller ikke tilladt at købe sodavand, snacks og slik samt fastfood på steder med børn, det vil sige i skoler og i skolefritidsordning/fritidsklub.

Tabel 4.2.5.1 Borgere, der ønsker forbud mod salg af sodavand og snacks på steder med børn – kommuner

	% Forbud sodavand		Personer	% Forbud snacks		Person
Region Sjælland	54		332.000	58		346.500
Kommunesocialgruppe 3						
Guldborgsund	55		25.900	61		28.000
Kalundborg	57		20.900	60		21.800
Lolland	54		18.700	57		19.100
Odsherred	58	*	14.500	62	*	14.900
Slagelse	56		32.400	60		34.100
Vordingborg	56		19.700	63	*	21.000
Kommunesocialgruppe 2						
Faxe	57		14.700	59		15.100
Holbæk	56		28.600	60		30.100
Næstved	51	*	30.800	54		32.500
Ringsted	54		13.200	56		13.400
Sorø	55		11.800	59		12.500
Stevns	51		8.500	54	*	8.700
Kommunesocialgruppe 1						
Greve	50	*	17.900	53	*	18.600
Køge	53		22.500	58		23.900
Lejre	56		11.100	59		11.400
Roskilde	53		32.800	54	*	32.900
Solrød	52		8.100	56		8.500

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet. Der er ikke justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Når det drejer sig om ønske om forbud mod salg af sodavand på steder med børn, varierer kommunernes andele mellem 50 procent i Greve Kommune og 58 procent i Odsherred Kommune, tabel 4.2.5.1. Odsherred Kommune ligger signifikant over regionsgennemsnittet, mens Greve og Næstved Kommuner ligger signifikant under regionsgennemsnittet.

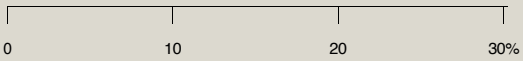
I forhold til ønske om forbud mod salg af snacks på steder med børn varierer kommunernes andele fra 53 procent i Greve Kommune til 63 procent i Vordingborg Kommune. Vordingborg og Odsherred Kommuner ligger signifikant over regionsgennemsnittet, mens Greve, Stevns og Roskilde Kommuner ligger signifikant under.

4.2.6 Kostvaner – råd fra egen læge

Borgerne er blevet spurgt, om de af deres egen læge i løbet af de seneste 12 måneder er rådet til at ændre kostvaner. Der kunne svares »Ja«, »Nej« eller »Kan ikke huske/ved ikke«

Tabel 4.2.6.1 Borgere, der har fået råd om ændring af kostvaner af egen læge

	%	Personer
Region Sjælland	10	49.200
Køn		
Mand	11	24.000
Kvinde	10	25.200
Alder		
16-24 år	9	5.500
25-34 år	10	5.300
35-44 år	10	7.700
45-54 år	11	9.600
55-64 år	13	10.400
65-79 år	10	9.700
80+ år	4	1.000
Uddannelse		
Under uddannelse	8	2.600
Grundskole	16	9.400
Kort uddannelse	11	18.400
Kort videreg. uddannelse	9	3.200
Mellemlang videreg. uddannelse	7	5.900
Lang videreg. uddannelse	5	1.500
Erhvervstilknytning		
Beskæftigede	9	20.400
Arbejdsløse	10	2.200
Førtidspensionister	21	5.700
Efterlønsmodtagere	12	2.000
Alderspensionister	9	10.700
Øvrige ikke-erhvervsaktive	19	4.200
Samlivsstatus		
Samlevende	10	31.000
Ikke samlevende	11	18.100
Etnisk baggrund		
Danmark	10	44.400
Andre vestlige lande	10	1.300
Ikke-vestlige lande	16	3.400



Generelt: 10 procent af borgerne i Region Sjælland har fået råd om kostændringer af egen læge, tabel 4.2.6.1

Køn og alder: Der er ikke forskel på andelen af kvinder og mænd, der får råd om kostændring af egen læge. Råd om kostændring forekommer hyppigst blandt de 55-64-årige og sjældnest blandt borgere på 80 år og derover.

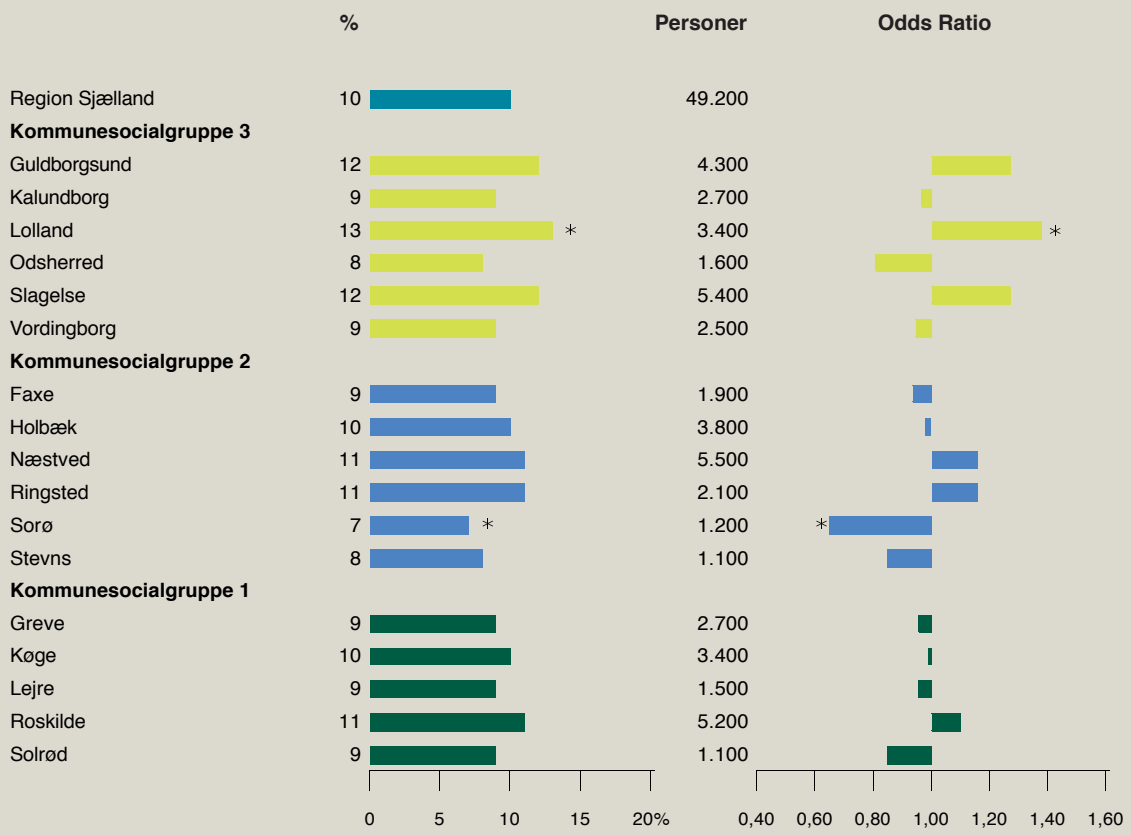
Uddannelse: Andelen af borgere, der får råd om kostændring, er tre gange så høj blandt borgere med grundskole alene som blandt borgere med en lang videregående uddannelse. Der ses her en tydelig social gradient, da andelen falder med stigende uddannelseslængde.

Erhvervstilknytning: Blandt førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive borgere er andelen, der af egen læge får råd om kostændringer, dobbelt så høj som blandt beskæftigede, alderspensionister og arbejdsløse.

Samlivsstatus: Der er ikke forskel på, hvor hyppigt samlevende og borgere, der ikke bor sammen med en partner, har fået råd af egen læge om kostændringer.

Etnisk baggrund: 16 procent af borgerne med ikke-vestlig baggrund har fået råd om kostændring af egen læge, mens det gælder for 10 procent blandt borgere med dansk og anden vestlig baggrund.

Tabel 4.2.6.2 Borgere, der har fået råd om kostændring af egen læge – kommuner



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Andelen af borgere, der har fået råd om kostændring af egen læge, varierer fra 7 procent i Sorø Kommune til 13 procent i Lolland Kommune, tabel 4.2.6.2. Lolland Kommune har en signifikant større andel end regionsgennemsnittet, mens andelen i Sorø Kommune ligger signifikant under regionsgennemsnittet. Begge resultater er fortsat signifikante, når der justeres for køn og alder.

4.2.7 Usunde kostvaner, sundhedsadfærd og trivsel

I det følgende afsnit vil sammenhænge mellem det ofte at drikke sodavand eller fastfood og en række andre mål for sundhedstilstanden blive vist. Du kan se mere om definitionerne af de udvalgte mål for sundhedstilstanden under de respektive kapitler.

Tabel 4.2.7.1 Sammenhæng mellem indtag af sodavand mindst fem gange om ugen, sundhedsadfærd og trivsel

	% Indtag af sodavand	Personer
Kostvaner		
Meget usunde	28	24.200
Middel	14	54.400
Sunde	8	10.000
Rygning		
Daglig ryger	23	27.100
Lejlighedsvis ryger	14	2.800
Tidligere rygere	12	23.300
Aldrig ryger	13	38.800
Risikabel alkohol adfærd		
Nej	15	67.600
Ja	15	18.500
Fysisk aktivitet		
Træner ikke hårdt/motionerer	15	68.100
Træner hårdt/motionerer	13	22.800
Stoffer seneste måned		
Har ikke taget stoffer	14	84.600
Har taget stoffer	29	4.000
Tilfredshed med livet		
Tilfreds	13	69.200
Utilfreds	19	19.500
Søvn		
Sover godt	14	51.700
Sover dårligt	16	41.400
Selvvurderet helbred		
Dårligt	22	22.500
Godt	13	71.100
Socialt netværk		
Ikke uønsket alene	14	83.400
Uønsket alene	23	8.700

Sammenhæng med sundhedsadfærd: Blandt borgere, der har meget usunde kostvaner, ses en mere en tre gange højere andel, der drikker sodavand mindst fem gange om ugen, end blandt borgere, der spiser sundt, tabel 4.2.7.1. Der er blandt dagligrygerne og blandt borgere, der har taget stoffer inden for den sidste uge, en markant højere andel, der har drukket sodavand mindst fem gange om ugen, end blandt de øvrige rygekategorier og blandt borgere, der ikke har taget stoffer. I forhold til problematisk alkoholadfærd og fysisk aktivitetsniveau er der ikke nogen sikker forskel på andelene, der drikker sodavand mindst 5 gange om ugen.

Sammenhæng med trivsel: Blandt borgere, der er utilfredse med livet, har et dårligt selvvurderet helbred eller er uønsket alene, er der en højere andel, der drikker sodavand mindst fem gange om ugen, end blandt borgere, der er tilfredse med livet, har et godt selvvurderet helbred eller ikke er uønsket alene. Der er ikke nogen sikker forskel på andelen, der drikker sodavand mindst fem gange om ugen, når det drejer sig om søvn.

Tabel 4.2.7.2 Sammenhæng mellem indtag af fastfood, sundhedsadfærd og trivsel

	% Indtag af fastfood	Personer
Kostvaner		
Meget usunde	30	25.600
Middel	22	90.200
Sunde	17	21.700
Rygning		
Daglig ryger	27	30.700
Lejlighedsvis ryger	37	7.700
Tidligere rygere	17	33.400
Aldrig ryger	24	71.400
Risikabel alkohol adfærd		
Nej	21	98.800
Ja	29	36.200
Fysisk aktivitet		
Træner ikke hårdt/motionerer	22	97.400
Træner hårdt/motionerer	26	43.700
Stoffer seneste måned		
Har ikke taget stoffer	22	130.900
Har taget stoffer	48	6.600
Tilfredshed med livet		
Tilfreds	21	109.800
Utilfreds	29	30.100
Søvn		
Sover godt	23	86.200
Sover dårligt	22	57.200
Selvvurderet helbred		
Dårligt	21	21.700
Godt	23	122.800
Socialt netværk		
Ikke uønsket alene	22	132.600
Uønsket alene	27	10.200

Sammenhæng med sundhedsadfærd: Blandt borgere, der spiser meget usundt, er der en højere andel, der spiser fastfood mindst en gang om ugen, end blandt borgere, der spiser sundt, tabel 4.2.7.2. I forhold til rygning er det lejlighedsrygere, der har den højeste andel af borgere, der spiser fastfood mindst en gang om ugen. Der er en tendens til en lidt højere andel, der spiser fastfood mindst en gang om ugen, blandt borgere med en problematisk alkoholadfærd end blandt borgere, hvor dette ikke er tilfældet. Den samme tendens ses blandt borgere, der træner hårdt/motionerer. Blandt borgere, der har taget stoffer den seneste måned, er andelen, der spiser fastfood mindst en gang om ugen, mere end dobbelt så høj som blandt borgere, der ikke har taget stoffer.

Sammenhæng med trivsel: Blandt borgere, der er utilfredse med livet, er andelen, der indtager fastfood mindst en gang om ugen, lidt højere end blandt borgere, der er tilfredse med livet. For trivselsspørgsmålene om søvn og selvvurderet helbred, er der ikke forskel på, hvor hyppigt indtag af fastfood mindst en gang om ugen forekommer. Indtag af fastfood mindst en gang om ugen forekommer lidt hyppigere blandt borgere, der er uønsket alene, end blandt borgere, hvor dette ikke er tilfældet.

4.3 Rygning

- Daglig rygning er faldet 5 procentpoint siden 2010
- 18 procent ryger hver dag
- Passiv rygning er faldet med 3 procentpoint siden 2010
- 10 procent af ikke-rygere er udsat for passiv rygning i mere end halv time om dagen
- Både daglig rygning og passiv rygning er socialt ulige fordelt
- 73 procent vil gerne holde op med at ryge, og 43 procent ønsker hjælp til rygestop

Danmark hører til et af de lande i den vestlige verden med den højeste andel af rygere, selvom andelen har været faldende de seneste år[12]. Af de risikofaktorer, der kan forebygges, anses rygning for at give anledning til flest kroniske sygdomme. Rygning er derfor et væsentligt problem for folkesundheden. De sygdomme, der oftest kommer af rygning, er hjerte-karsygdomme, kræft og kroniske lungesygdomme. En person, der ryger, kan forvente op til 10 færre leveår uden langvarig belastende sygdom end en person, der aldrig har røget. Rygning er skyld i 26 procent af alle dødsfald om året, hvilket svarer til ca. 14.000 borgere i Danmark. Sundhedsvæsenets nettoomkostninger relateret til rygning er 3,4 mia. kr. om året[13].

Der er tale om passiv rygning, når personer, som ikke ryger, opholder sig i rum, hvor der bliver røget. Passiv rygning kan på længere sigt øge risikoen for udvikling af alvorlige sygdomme som lungekræft, hjerte-karsygdomme og kroniske luftvejslidelser. Det skønnes, at ca. 2.000 danskere årligt dør af passiv rygning. Gravide udsat for passiv rygning har flere komplikationer i graviditeten, og børn, der er udsat for passiv rygning, har højere risiko for vuggedød, mellemørebetændelse og luftvejssygdomme, som for eksempel astma[14].

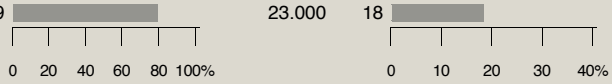
Danmark har forpligtet sig til at arbejde for at begrænse brugen af tobak. Det skal ske ved fremme af rygestop og røgfrie miljøer og forebyggelse af rygestart. Med Lov om røgfrie miljøer fra 2007 og ændringerne fra 2012 er der indført omfattende begrænsning på, hvor det er tilladt at ryge i offentlige rum. Siden 2008 har det været forbudt at sælge tobak til unge under 18 år[15].

4.3.1 Rygeadfærd

Borgerne er i spørgeskemaet blevet spurgt om deres rygeadfærd med spørgsmålet »Ryger du?«, hvortil der var følgende svarmuligheder: »Ja, hver dag«, »Ja, mindst én gang om ugen«, »Ja, sjældnere end hver uge«, »Nej, jeg er holdt op« og »Nej, jeg har aldrig røget«.
Ikke-rygere er i det følgende defineret som borgere, der er holdt op med at ryge eller aldrig har røget.

Tabel 4.3.1.1 Ikke-rygere og dagligrygere

	% Ikke-rygere	Personer	% Dagligrygere	Personer
Region Sjælland	78	507.300	18	
Køn				
Mand	77	244.200	20	
Kvinde	80	263.100	17	54.600
Alder				
16-24 år	75	61.200	17	13.800
25-34 år	77	52.200	18	12.300
35-44 år	80	86.800	16	17.400
45-54 år	76	93.100	22	27.000
55-64 år	77	84.800	21	23.400
65-79 år	81	101.200	17	21.300
80+ år	90	27.900	9	2.700
Uddannelse				
Under uddannelse	77	34.400	15	6.500
Grundskole	70	52.900	28	21.300
Kort uddannelse	77	169.800	20	45.200
Kort videreg. uddannelse	83	39.200	15	6.900
Mellemlang videreg. uddannelse	85	88.800	12	12.500
Lang videreg. uddannelse	88	35.900	10	4.000
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	80	251.000	16	51.300
Arbejdsløse	74	25.100	22	7.600
Førtidspensionister	63	22.000	35	12.200
Efterlønsmodtagere	78	16.300	19	4.000
Alderspensionister	83	129.100	15	24.000
Øvrige ikke-erhvervsaktive	58	14.400	39	9.800
Samlivsstatus				
Samlevende	81	341.000	17	69.700
Ikke samlevende	74	166.300	21	48.200
Etnisk baggrund				
Danmark	78	471.200	18	109.200
Andre vestlige lande	76	13.100	20	3.500
Ikke-vestlige lande	79	23.000	18	5.300



Generelt: 18 procent af borgerne i Region Sjælland ryger hver dag, tabel 4.3.1.1.

Køn og alder: Der ses lidt flere dagligrygere blandt mænd end blandt kvinder. Flest dagligrygere ses hos de 45-64-årige, hvor ca. hver 5. person ryger. De unge på 16-24 år har laveste andel af ikke-rygere, mens borgere på 80 år og derover har højeste andel af ikke-rygere.

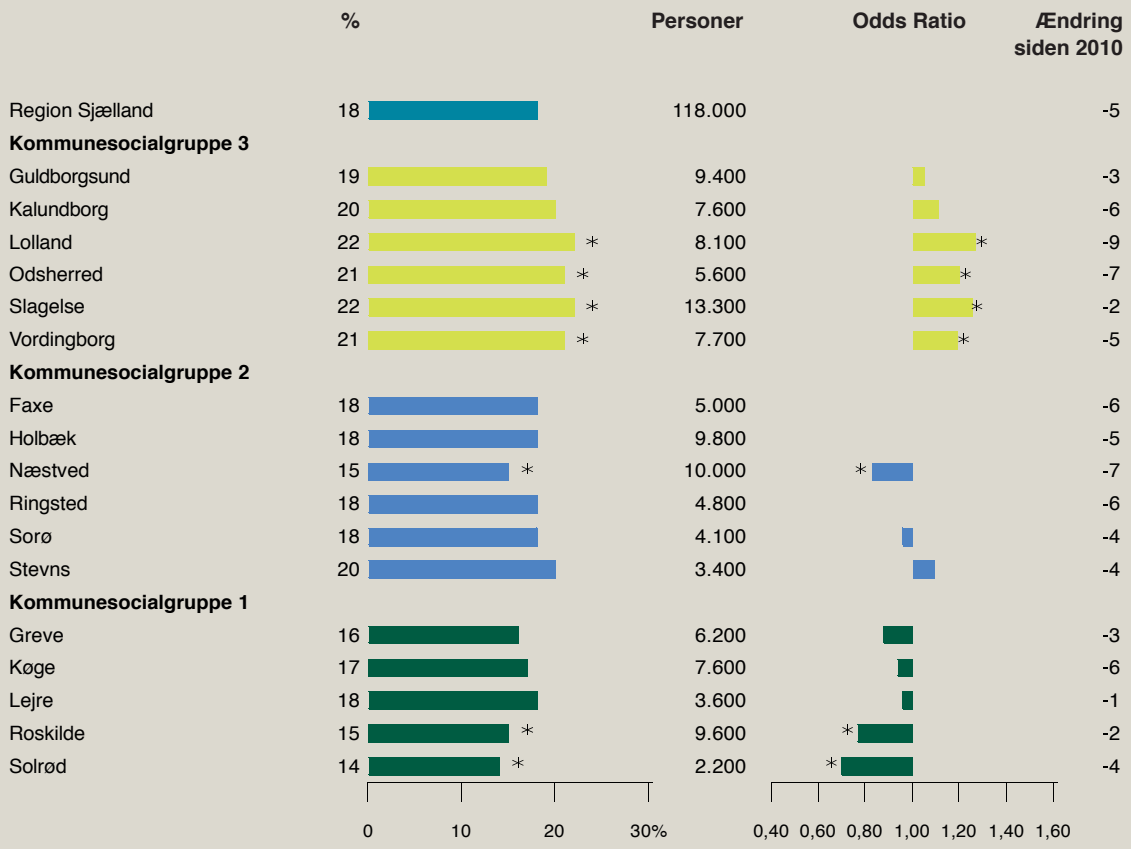
Uddannelse: Der er næsten tre gange så mange dagligrygere blandt borgere med grundskole alene som blandt borgere med lang videregående uddannelse. Der ses en social gradient i rygning, da andelen af rygere falder markant med stigende uddannelseslængde. Andelen af ikke-rygere vokser også med stigende uddannelseslængde fra grundskole til lang videregående uddannelse, men stigningen er ikke så markant som for dagligrygning.

Erhvervstilknytning: Andelen af dagligrygere er cirka dobbelt så høj i gruppen af øvrige ikke-erhvervsaktive borgere og førtidspensionister som blandt beskæftigede, alderspensionister og efterlønsmodtagere. Andelen af ikke-rygere er lavest blandt øvrige ikke-erhvervsaktive og førtidspensionister, og højest blandt alderspensionister.

Samlivsstatus: Andelen af dagligrygere er størst blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner, mens andelen af ikke-rygere er størst blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Der ses ingen forskelle i forhold til dagligrygning og ikke-rygning mellem borgere af forskellig etnisk baggrund.

Tabel 4.3.1.2 Dagligrygere – kommuner



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Andelen af dagligrygere varierer mellem 14 procent i Solrød Kommune og 22 procent i Lolland og Slagelse Kommuner, se tabel 4.3.1.2. Lolland, Odsherred, Slagelse og Vordingborg Kommuner har alle signifikant højere andele af rygere end regionsgennemsnittet, mens Næstved, Roskilde og Solrød Kommuners andele er signifikant lavere. Her ses en tydelig social gradient, da andelene af dagligrygere er større i kommunerne fra kommunesocialgruppe 3 sammenlignet med kommunerne fra gruppe 1. Se også kort 4.3.1.1. Den sociale gradient er bevaret, når der er taget højde for køn og alder.

Udvikling: 18 procent af borgerne i Region Sjælland er dagligrygere i 2013. Der er dermed sket et fald på 5 procentpoint siden 2010, se tabel 4.3.1.2. Størst fald i andelen af dagligrygere er sket i Lolland Kommune, hvor andelen er faldet med 9 procentpoint. Andelen af dagligrygere er også faldet i Kalundborg, Odsherred, Vordingborg, Faxe, Holbæk, Næstved, Ringsted, Sorø, Køge og Solrød Kommuner.

Kort 4.3.1.1 Dagligrygere

Tabel 4.3.1.3 Borgere, der aldrig har røget og eks-rygere

	% Aldrig-rygere	Personer	% Eks-rygere	Personer
Region Sjælland	47	306.000	31	201.300
Køn				
Mand	43	137.500	34	106.700
Kvinde	51	168.600	29	94.500
Alder				
16-24 år	66	53.500	10	7.800
25-34 år	58	39.200	19	12.900
35-44 år	55	60.100	25	26.700
45-54 år	44	54.500	31	38.600
55-64 år	36	39.200	41	45.500
65-79 år	37	46.100	44	55.100
80+ år	43	13.300	47	14.600
Uddannelse				
Under uddannelse	67	30.000	10	4.400
Grundskole	41	31.200	29	21.800
Kort uddannelse	42	92.800	35	77.000
Kort videreg. uddannelse	50	23.400	34	15.800
Mellemlang videreg. uddannelse	49	51.800	35	37.000
Lang videreg. uddannelse	59	24.200	29	11.700
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	51	160.300	29	90.700
Arbejdsløse	48	16.100	27	9.000
Førtidspensionister	29	10.200	34	11.800
Efterlønsmodtagere	40	8.300	38	8.000
Alderspensionister	38	59.500	45	69.700
Øvrige ikke-erhvervsaktive	36	9.000	22	5.400
Samlivsstatus				
Samlevende	46	194.400	35	146.600
Ikke samlevende	50	111.600	24	54.700
Etnisk baggrund				
Danmark	47	280.500	32	190.700
Andre vestlige lande	42	7.300	34	5.800
Ikke-vestlige lande	63	18.300	16	4.700

Generelt: 47 procent af borgerne i Region Sjælland har aldrig røget, og 31 procent er eks-rygere, tabel 4.3.1.3.

Køn og alder: Der er flest kvinder, der aldrig har røget, og flest mænd er holdt op med at ryge. Blandt de 16-24-årige har to ud af tre aldrig røget. Andelen af borgere, der aldrig har røget, er lavest i gruppen af 45+årige. Andelen af eks-rygere stiger med højere alder.

Uddannelse: 2/3 af personerne under uddannelse har aldrig røget. Andelen af aldrig-rygere er lavest blandt borgere med grundskole alene og højest blandt borgere med lang videregående uddannelse. Andelen af borgere, der aldrig har røget, falder med stigende uddannelseslængde. Færrest eks-rygere ses blandt borgere under uddannelse, mens forekomsten er ca. tre gange så stor i hver af de øvrige uddannelseskategorier.

Erhvervstilknytning: Borgere, der aldrig har røget, er mest udbredt blandt beskæftigede og mindst udbredt blandt førtidspensionisterne. Den højeste andel af eksrygere ses blandt alderspensionisterne.

Samlivsstatus: Blandt de samlevende er andelen af aldrig-rygere lidt mindre end blandt de, der ikke bor sammen med en partner. Andelen af eks-rygere er betydeligt højere blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, der aldrig har røget, er højest blandt borgere med ikke-vestlig baggrund. Andelen af eks-rygere er mindst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

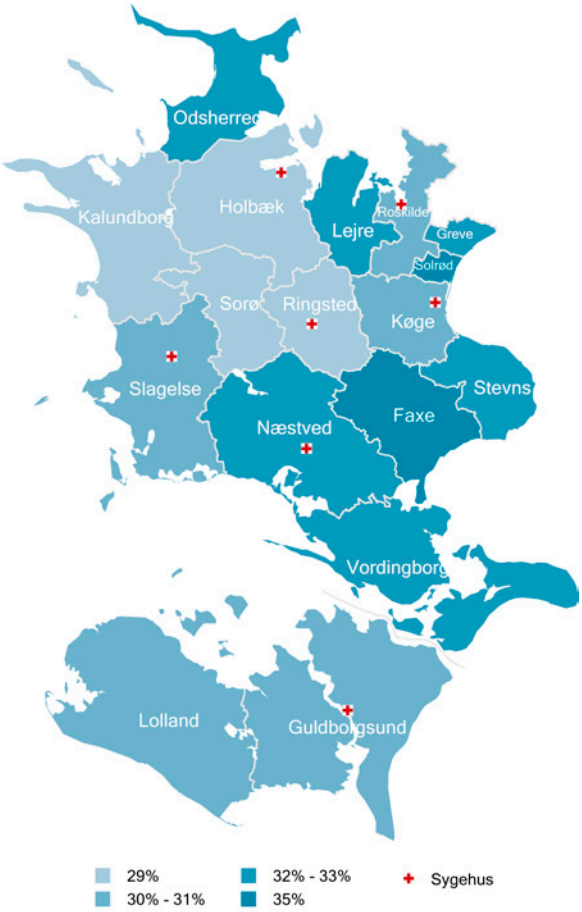
Tabel 4.3.1.4 Borgere, der aldrig har røget og eks-rygere – kommuner

	% Aldrig-rygere	Personer	% Eks-rygere	Personer
Region Sjælland	47	306.000	31	201.300
Kommunesocialgruppe 3				
Guldborgsund	46	23.200	31	15.700
Kalundborg	48	18.200	29	11.300
Lolland	45	16.300	31	11.200
Odsherred	43	11.500	33	8.600
Slagelse	45	27.500	31	18.800
Vordingborg	44	16.100	33	12.000
Kommunesocialgruppe 2				
Faxe	44	12.200	35 *	9.700
Holbæk	49	26.500	29	15.600
Næstved	49	31.900	32	20.400
Ringsted	49	12.700	29	7.600
Sorø	50	11.500	29	6.800
Stevns	43 *	7.400	32	5.500
Kommunesocialgruppe 1				
Greve	49	18.200	32	12.100
Køge	49	21.900	30	13.300
Lejre	47	9.600	33	6.700
Roskilde	51 *	33.600	31	20.200
Solrød	47	7.700	35 *	5.700

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet. Der er ikke justeret for køn og alder.

Kommunevariation: 43 procent af borgerne i Odsherred og Stevns Kommuner har aldrig røget, hvilket er laveste hyppighed i regionen, tabel 4.3.1.4. Den højeste forekomst af aldrig-rygere ses i Roskilde Kommune med 51 procent. Andelene i Stevns og Roskilde Kommuner adskiller sig signifikant fra regionsgennemsnittet. Den højeste andel af eks-rygere på 35 procent ses i Faxe og Solrød Kommuner, der er de eneste kommuner, der adskiller sig signifikant fra Region Sjælland. Se også kort 4.3.1.2.

Kort 4.3.1.2 Eks-rygere

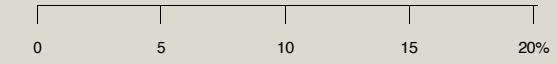


4.3.2 Passiv rygning

Passiv rygning måles i Sundhedsprofilen, som aldrig-rygere eller tidligere rygere, der opholder sig mindst ½ time om dagen i rum, hvor der bliver røget.

Tabel 4.3.2.1 Ikke-rygere, der er udsat for passiv rygning

	%	Personer
Region Sjælland	10	49.100
Køn		
Mand	11	26.000
Kvinde	9	23.100
Alder		
16-24 år	16	9.600
25-34 år	9	4.400
35-44 år	8	6.500
45-54 år	10	9.300
55-64 år	10	8.600
65-79 år	9	9.200
80+ år	6	1.500
Uddannelse		
Under uddannelse	16	5.500
Grundskole	12	6.300
Kort uddannelse	11	18.900
Kort videreg. uddannelse	7	2.700
Mellemlang videreg. uddannelse	7	5.700
Lang videreg. uddannelse	3	1.100
Erhvervstilknytning		
Beskæftigede	9	22.200
Arbejdsløse	12	3.000
Førtidspensionister	13	2.700
Efterlønsmodtagere	11	1.800
Alderspensionister	9	10.700
Øvrige ikke-erhvervsaktive	12	1.700
Samlivsstatus		
Samlevende	9	31.500
Ikke samlevende	11	17.500
Etnisk baggrund		
Danmark	10	46.000
Andre vestlige lande	5	700
Ikke-vestlige lande	12	2.400



Generelt: 10 procent af borgerne i Region Sjælland er udsat for passiv rygning mindst ½ time om dagen, tabel 4.3.2.1.

Køn og alder: Næsten lige mange mandlige og kvindelige ikke-rygere er dagligt udsat for passiv rygning. 16 procent af de 16-24-årige er hver dag udsat for passiv rygning, hvilket er en markant højere forekomst end i alle øvrige aldersgrupper, og andelen er halvanden gang højere end regions-gennemsnittet.

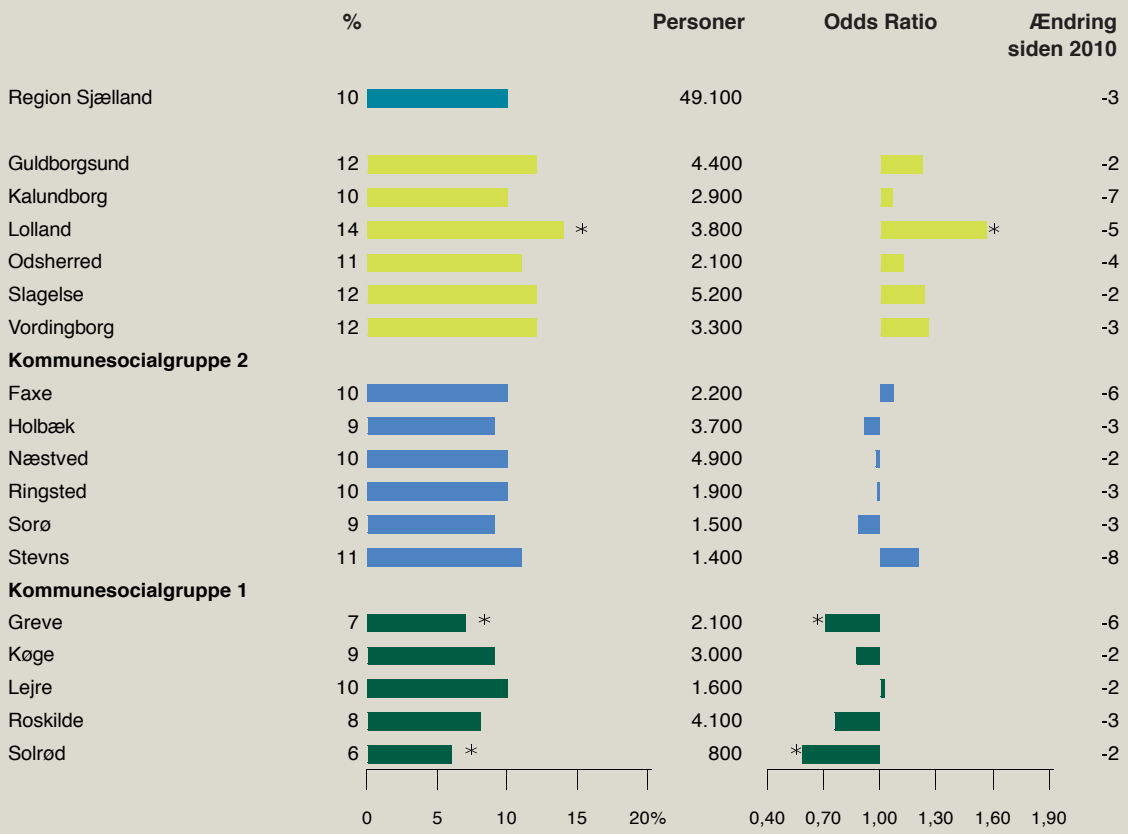
Uddannelse: Mest udsat af alle grupper er borgere under uddannelse, hvor 16 procent dagligt er udsat for passiv rygning. Der ses en markant skæv social fordeling blandt borgere udsat for passiv rygning, idet passiv rygning falder med stigende uddannelseslængde. Blandt ikke-rygere med grundskole alene er andelen, der er udsat for passiv rygning, 12 procent, hvilket er fire gange højere end blandt borgere med lang videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning: Andelen, der udsættes for passiv rygning, er mindst blandt beskæftigede og alderspensionister og højest blandt førtidspensionisterne.

Samlivsstatus: Der er ikke markant forskel på andelen, der er udsat for passiv rygning, i forhold til samlivsstatus.

Etnisk baggrund: Passiv rygning ses lige hyppigt blandt borgere med dansk baggrund og ikke-vestlig baggrund og mindre hyppigt blandt borgere med anden vestlig baggrund.

Tabel 4.3.2.2 Ikke rygere, der er udsat for passiv rygning – kommuner



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

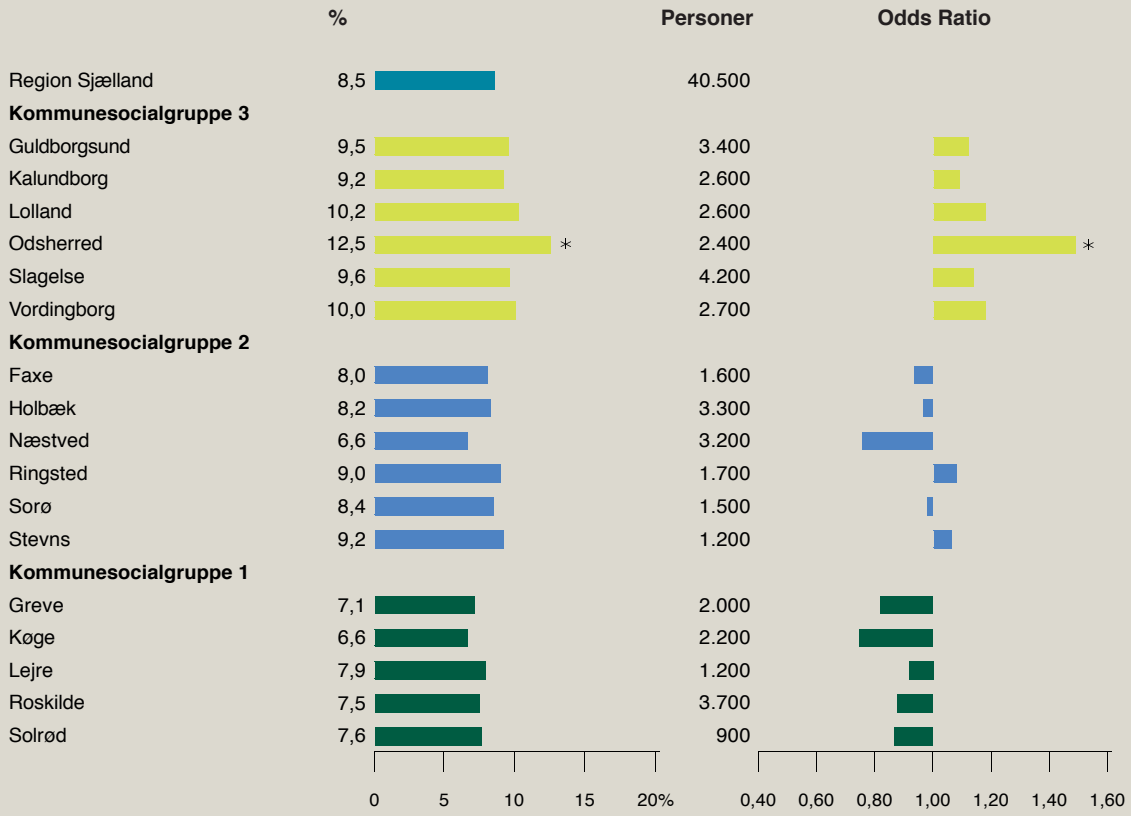
Kommunevariation: Andelen, der dagligt er udsat for passiv rygning, adskiller sig signifikant fra Region Sjælland i tre kommuner. Solrød og Greve Kommuner har en signifikant lavere forekomst, og Lolland Kommune har en signifikant højere forekomst, tabel 4.3.2.2. De signifikante forskelle gælder også, når der er taget højde for køn og alder. Der ses en social gradient, da andelen, der er dagligt udsat for passiv rygning, er større i kommunerne fra kommunesocialgruppe 3 sammenlignet med kommunesocialgruppe 1.

Udvikling: 10 procent er i Region Sjælland udsat for passiv rygning i 2013. Der er dermed sket et fald på 3 procentpoint siden 2010. For Kalundborg, Odsherred, Faxe, Stevns og Roskilde Kommuner er der sket et markant fald i andelen af ikke-rygere, der udsættes for passiv rygning. Størst fald er sket i Stevns Kommune, hvor andelen af borgere, der er udsat for passiv rygning, er faldet fra 19 til 11 procent.

4.3.3 Rygestop

De borgere, som har sat kryds ved, at de er rygere, har fået stillet spørgsmålet: »Vil du gerne holde op med at ryge?«. Til dette spørgsmål var svarmulighederne: »Nej«, »Ja, men jeg har ikke planlagt hvornår«, »Ja, jeg planlægger rygeophør inden for 6 måneder« og »Ja, jeg planlægger rygeophør inden for 1 måned«. Derefter er borgerne blevet bedt om at svare på følgende spørgsmål: »Hvis du vil holde op med at ryge, vil du så gerne have støtte og hjælp til at gennemføre det? (f.eks. rygestopkursus, støtte fra din læge)«.

Tabel 4.3.3.1 Borgere, som er rådet til rygestop af egen læge – kommuner

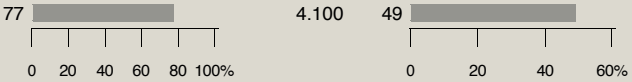


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: 8,5 procent af borgerne i Region Sjælland er rådet til rygestop af deres læge, tabel 4.3.3.1. Den laveste andel ses i Næstved og Køge Kommuner, hvor 6,6 procent af borgerne er rådet til rygestop. 12,5 procent af borgere i Odsherred Kommune er rådet til rygestop af egen læge, hvilket er signifikant højere andel end regionsgennemsnittet. Denne signifikante forskel er stadig gældende efter kontrol for køn og alder.

Tabel 4.3.3.2 Dagligrygere, der ønsker rygestop og ønsker hjælp til rygestop

	% Ønsker rygestop	Personer	% Ønsker hjælp	Personer
Region Sjælland	73	85.300	43	36.200
Køn				
Mand	71	44.500	40	17.500
Kvinde	76	40.800	46	18.700
Alder				
16-24 år	80	11.100	37	4.100
25-34 år	84	10.300	37	3.700
35-44 år	83	14.500	41	5.900
45-54 år	77	20.800	46	9.200
55-64 år	75	17.300	50	8.400
65-79 år	54	11.100	43	4.700
80+ år	11	300	59	200
Uddannelse				
Under uddannelse	82	5.300	32	1.700
Grundskole	62	13.000	48	6.100
Kort uddannelse	76	34.400	44	15.000
Kort videreg. uddannelse	77	5.300	49	2.500
Mellemlang videreg. uddannelse	78	9.700	39	3.700
Lang videreg. uddannelse	69	2.700	33	900
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	83	42.400	43	17.800
Arbejdsløse	77	5.800	35	2.000
Førtidspensionister	64	7.600	56	4.200
Efterlønsmodtagere	73	2.900	44	1.300
Alderspensionister	49	11.300	44	4.800
Øvrige ikke-erhvervsaktive	79	7.700	47	3.500
Samlivsstatus				
Samlevende	76	52.600	43	22.400
Ikke samlevende	69	32.700	43	13.900
Etnisk baggrund				
Danmark	72	78.100	42	32.500
Andre vestlige lande	88	3.100	56	1.700
Ikke-vestlige lande	77	4.100	49	2.000



Generelt: 73 procent af dagligrygerne i Region Sjælland ønsker at holde op med at ryge, og 43 procent ønsker hjælp til rygestop, tabel 4.3.3.2.

Køn og alder: Lidt flere kvinder end mænd, som ryger hver dag, ønsker at holde op med at ryge. I gruppen af 16-44-årige dagligrygere vil omtrent 80 procent gerne holde op med at ryge, hvilket er højere end regionsgennemsnittet på 73 procent. Blandt dagligrygere på 65+ år ønsker færrest at holde op med at ryge. 43 procent af dagligrygerne, som gerne vil holde op med at ryge, ønsker hjælp til rygestop. Ønsket om hjælp til rygestop vokser med stigende alder blandt 16-64-årige.

Uddannelse: 82 procent af de dagligrygere, som er under uddannelse, ønsker at holde op med at ryge, mens 62 procent dagligrygerne med grundskole alene gerne vil holde op med at ryge. Lidt under 50 procent af borgere med grundskole, kort uddannelse og kort videregående uddannelse ønsker hjælp til rygestop. 1/3 af de uddannelsessøgende og borgere med lang videregående uddannelse ønsker hjælp til rygestop.

Erhvervstilknytning: Andelen af dagligrygere, som gerne vil holde op med at ryge, er højest blandt beskæftigede og lavest blandt alderspensionister. Blandt førtidspensionister, som gerne vil holde op med at ryge, ønsker over halvdelen hjælp til rygestoppet.

Samlivsstatus: Andelen af dagligrygere, som gerne vil holde op med at ryge, er betydelig større blandt samlevende end blandt ikke-samlevende. Der er ingen forskel på samlevende og ikke-samlevende i forhold til ønske om hjælp til rygestop.

Etnisk baggrund: Ønsket om at holde op med at ryge er mest udbredt blandt borgere med anden vestlig baggrund, og det er også i den gruppe, hvor der er den højeste andel, der ønsker hjælp til rygestop.

Tabel 4.3.3.3 Dagligrygere, der ønsker rygestop og hjælp til rygestop – kommuner

	% Ønsker rygestop		Personer	% Ønsker hjælp		Personer
Region Sjælland	73		85.300	43		36.200
Kommunesocialgruppe 3						
Guldborgsund	68		6.400	40		2.500
Kalundborg	68		5.000	46		2.300
Lolland	71		5.700	40		2.200
Odsherred	69		3.800	44		1.600
Slagelse	77		10.100	49		4.900
Vordingborg	64	*	4.900	44		2.100
Kommunesocialgruppe 2						
Faxe	76		3.800	42		1.600
Holbæk	75		7.200	39		2.700
Næstved	68		6.800	38		2.500
Ringsted	73		3.500	40		1.400
Sorø	72		2.900	34		1.000
Stevns	73		2.500	43		1.100
Kommunesocialgruppe 1						
Greve	82	*	5.100	47		2.300
Køge	70		5.400	42		2.200
Lejre	77		2.700	51		1.300
Roskilde	84	*	7.900	47		3.700
Solrød	74		1.600	50		800

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Andelen af dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge, er lavest i Vordingborg Kommune med 64 procent og højest i Roskilde og Greve Kommuner med henholdsvis 84 og 82 procent, tabel 4.3.3.3. Andelen, der ønsker hjælp til rygestop, varierer fra 34 procent i Sorø Kommune til 51 procent i Lejre Kommune.

4.4 Alkohol

- 8,6 procent af Region Sjællands borgere overskrider genstandsgrænsen for høj risiko - tegn på et lille fald siden 2010
- 10 procent binge-drikker mindst én gang om ugen
- 14 procent viser tegn på afhængighed - tegn på et lille fald siden 2010
- 21 procent har en problematisk alkoholadfærd
- 26 procent med problematisk alkoholadfærd ønsker at drikke mindre

Danmark har et højt alkoholforbrug, specielt når der sammenlignes med de andre nordiske lande, men også i europæisk sammenhæng. Et højt forbrug af alkohol er forbundet med en øget risiko for at udvikle en række fysiske og psykiske sygdomme samt have negative sociale og økonomiske konsekvenser[16 17].

Alkohol er som enkeltstående risikofaktor årsag til ca. 10 procent af den samlede sygdomsbelastning i Danmark. Fem procent af alle dødsfald om året kan tilskrives alkohol, svarende til mere end 3.000 dødsfald årligt. Alkohol resulterer årligt i ca. 50.000 tabte leveår for mænd og 20.000 tabte leveår for kvinder[18].

I årlige kampagner formidler Sundhedsstyrelsen sine budskaber om alkohol:

- Intet alkoholforbrug er uden risiko for helbredet
- Drik ikke alkohol for sundhedens skyld
- Der er lav risiko for at blive syg på grund af alkohol ved 7 genstande om ugen for kvinder og 14 for mænd
- Der er høj risiko for at blive syg på grund af alkohol ved mere end 14 genstande om ugen for kvinder og 21 for mænd
- Stop før 5 genstande ved samme lejlighed
- Gravide skal undgå alkohol, og kvinder, der prøver på at blive gravide, skal undgå alkohol for en sikkerheds skyld
- Ældre skal være særligt forsigtige med alkohol

Danskernes alkoholforbrug søges desuden begrænset gennem afgifter på drikkevarer med alkohol og gennem lovgivning[19].

4.4.1 Overskridelse af genstandsgrænser for alkohol

Som tidligere nævnt har Sundhedsstyrelsen defineret to slags genstandsgrænser for alkohol: Lav risiko, hvor risikoen for at blive syg på grund af alkohol er 7 genstande om ugen for kvinder og 14 for mænd er lav. Høj risiko, hvor risikoen for at blive syg på grund af alkohol er mere end 14 genstande om ugen for kvinder og 21 for mænd er høj.

Tabel 4.4.1.1 Borgere, der overskrider genstandsgrænserne for lav og høj risiko

	% Lav risiko	Personer	% Høj risiko	Personer
Region Sjælland	19	115.700	8,6	52.300
Køn				
Mand	20	59.600	10,9	33.000
Kvinde	18	56.100	6,3	19.300
Alder				
16-24 år	28	21.600	12,8	9.900
25-34 år	10	6.300	4,9	3.200
35-44 år	10	10.400	3,7	3.900
45-54 år	17	20.800	7,3	8.600
55-64 år	25	25.900	11,8	12.300
65-79 år	24	26.600	11,3	12.700
80+ år	17	4.100	6,7	1.600
Uddannelse				
Under uddannelse	28	12.200	12,7	5.400
Grundskole	21	13.900	12,0	8.100
Kort uddannelse	17	36.800	8,0	16.800
Kort videreg. uddannelse	20	9.300	8,7	4.000
Mellemlang videreg. uddannelse	20	20.500	6,6	6.800
Lang videreg. uddannelse	17	6.700	7,4	2.900
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	16	47.800	6,3	19.300
Arbejdsløse	20	6.300	9,0	2.900
Førtidspensionister	19	5.600	12,6	3.800
Efterlønsmodtagere	28	5.600	13,1	2.600
Alderspensionister	23	30.800	10,5	14.300
Øvrige ikke-erhvervsaktive	18	4.200	10,4	2.500
Samlivsstatus				
Samlevende	17	70.100	7,3	29.400
Ikke samlevende	22	45.600	11,2	22.900
Etnisk baggrund				
Danmark	20	110.700	8,8	50.000
Andre vestlige lande	21	3.500	9,6	1.600
Ikke-vestlige lande	6	1.500	2,7	700

Generelt: 19 procent af borgerne i Region Sjælland overskrider de anbefalede ugentlige genstandsgrænser for lav risiko, tabel 4.4.1.1.
8,6 procent af borgerne i Region Sjælland overskrider de anbefalede ugentlige genstandsgrænser for høj risiko.

Køn og alder: Flere mænd end kvinder overskrider genstandsgrænser for lav risiko og høj risiko. Andelen af borgere, der overskrider de anbefalede ugentlige genstandsgrænser for lav og høj risiko, er størst blandt 16-24-årige og lavest i aldersgruppen 25-44 år.

Uddannelse: Overskridelse af genstandsgrænserne for lav risiko er mest udbredt blandt borgere under uddannelse, og mindst udbredt blandt borgere med kort uddannelse og lang videregående uddannelse. For borgere med høj risiko ses de største andele blandt borgere under uddannelse og borgere med grundskole alene, mens borgere med en mellemlang videregående uddannelse tegner sig for den laveste andel.

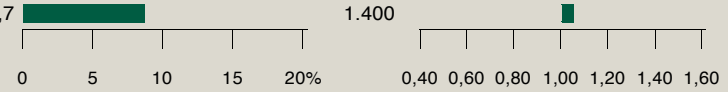
Erhvervstilknytning: Størst andel af borgere, der overskrider genstandsgrænser for lav og for høj risiko, findes blandt efterlønsmodtagere, mens den mindste andel ses blandt beskæftigede.

Samlivsstatus: Overskridelse af de anbefalede ugentlige genstandsgrænser for lav og høj risiko ses oftere hos borgere, der ikke bor sammen med en partner, end hos samlevende.

Etnisk baggrund: Tre gange så mange borgere med dansk baggrund overskrider anbefalede ugentlige genstandsgrænser for lav og høj risiko sammenlignet med borgere fra ikke-vestlige lande.

Tabel 4.4.1.2 Borgere, der overskrider genstandsgrænserne for høj risiko – kommuner

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Sjælland	8,6	52.300		-1
Kommunesocialgruppe 3				
Guldborgsund	7,7	3.600		-1
Kalundborg	11,6 *	4.100	*	0
Lolland	8,5	2.800		-2
Odsherred	8,6	2.100		-4
Slagelse	8,7	4.900		0
Vordingborg	10,7 *	3.700	*	0
Kommunesocialgruppe 2				
Faxe	7,3	1.900		-4
Holbæk	8,2	4.100		-1
Næstved	7,4	4.500		-3
Ringsted	5,6 *	1.400	*	-4
Sorø	6,5	1.400		-4
Stevns	7,8	1.300		-3
Kommunesocialgruppe 1				
Greve	10,1	3.600		-3
Køge	7,9	3.300		-2
Lejre	9,6	1.900		0
Roskilde	9,9	6.300		0
Solrød	8,7	1.400		-2



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Kommunernes andel af borgere, der overskrider genstandsgrænserne for høj risiko, varierer fra 5,6 procent i Ringsted Kommune til 10,7 procent i Vordingborg Kommune og 11,6 procent i Kalundborg Kommune, tabel 4.4.1.2. Se også kort 4.4.1.1. Resultaterne er signifikant forskellige fra regionsgennemsnittet, også når der justeres for køn og alder.

Udvikling: 8,6 procent af borgerne i Region Sjælland overskrider genstandsgrænserne for høj risiko i 2013, hvilket tyder på et fald på ét procentpoint i forhold til i 2010. Der ses et fald i andelen af borgere, der overskrider genstandsgrænserne for høj risiko, i Odsherred, Faxe, Ringsted, Sorø, Stevns og Greve Kommuner.

Kort 4.4.1.1 Borgere, der overskrider genstandsgrænserne for høj risiko

4.4.2 Alkoholafhængighed og binge-drikning

Sundhedsstyrelsen har udmeldt forskellige grader af risici knyttet til alkoholforbrugets størrelse. Overskridelse af antallet af ugentlige genstande for høj risiko, binge-drinking og alkoholafhængighed giver alle høj risiko for helbredsskader. Høj risiko er beskrevet i foregående afsnit. Udtrykket binge-drinking – eller binge-drikkeri - betegner det at drikke mere end 5 genstande ved samme lejlighed. Til at vise tegn på alkoholafhængighed er benyttet det validerede spørgeskema-apparat, CAGE-C. Det består af seks spørgsmål om alkoholvaner. Ud fra antallet af scores på disse spørgsmål er det muligt at kategorisere borgere med tegn på alkoholafhængighed. Se boks til højre.

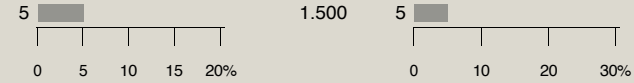
Tegn på alkoholafhængighed (CAGE-C) defineres ved mindst to positive svar i nedenstående spørgsmål 2-6, eller ét positivt svar i spørgsmål 2-6 såfremt der er svaret »4 dage eller flere« på spørgsmål 1.

1. Hvor mange dage om ugen drikker du alkohol?
2. Har du inden for de seneste 12 måneder følt, at du burde nedsætte dit alkoholforbrug?
3. Er der nogen, inden for de seneste 12 måneder, der har »brokket sig over«, at du drikker for meget?
4. Har du inden for de seneste 12 måneder følt dig skidt tilpas eller skamfuld på grund af dine alkoholvaner?
5. Har du inden for de seneste 12 måneder jævnligt taget en genstand som det første om morgenen for at »berolige nerverne« eller blive »tømmermændene« kvit?
6. Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?

CAGE-C står for: Cut back on drinking (skære ned på mængden af alkohol). **A**nnoyed at criticism about drinking (det går én på hvis andre brokker sig over alkoholforbruget). **G**uilty about drinking (Man har det dårligt med at bruge alkohol). Alcohol as an **E**ye- opener (man er nødt til at bruge alkohol bare for at stå op; slukke tømmermænd). **C** for Copenhagen er et modificeret skema lavet af danskere til danske patienter på et dansk hospital i Hvidovre.

Tabel 4.4.2.1 Borgere, der binge-drikker, og borgere med tegn på alkoholafhængighed

	% Binge-drinking	Personer	% Tegn på alkohol-afhængighed	Personer
Region Sjælland	10	61.900	14	88.900
Køn				
Mand	14	45.500	20	63.300
Kvinde	5	16.500	8	25.500
Alder				
16-24 år	19	15.600	7	5.900
25-34 år	7	4.500	8	5.500
35-44 år	6	6.100	10	11.000
45-54 år	11	13.500	16	19.400
55-64 år	11	12.300	21	22.500
65-79 år	7	8.800	19	22.200
80+ år	4	1.000	9	2.400
Uddannelse				
Under uddannelse	18	8.300	6	2.600
Grundskole	12	8.700	14	10.000
Kort uddannelse	9	19.800	15	32.400
Kort videreg. uddannelse	9	4.400	16	7.500
Mellemlang videreg. uddannelse	7	7.100	15	15.300
Lang videreg. uddannelse	7	3.000	18	7.300
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	9	27.900	13	40.900
Arbejdsløse	12	3.900	17	5.500
Førtidspensionister	13	4.300	18	5.900
Efterlønsmodtagere	11	2.100	22	4.400
Alderspensionister	7	9.900	17	24.600
Øvrige ikke-erhvervsaktive	12	2.900	16	3.900
Samlivsstatus				
Samlevende	8	32.300	15	60.000
Ikke samlevende	13	29.600	14	28.900
Etnisk baggrund				
Danmark	10	58.600	15	84.200
Andre vestlige lande	11	1.900	19	3.200
Ikke-vestlige lande	5	1.500	5	1.500



Generelt: 10 procent af borgerne i Region Sjælland binge-drikker, tabel 4.4.2.1. 14 procent viser tegn på alkoholafhængighed.

Køn og alder: Betydeligt flere mænd end kvinder binge-drikker. Tilsvarende viser flere mænd end kvinder tegn på alkoholafhængighed. Binge-drikkeri er mest udbredt i aldersgruppen 16-24 år med 19 procent, mens den laveste andel ses i aldersgruppen 80+ år med 4 procent. Tegn på alkoholafhængighed optræder hyppigst blandt borgere i aldersgruppen 55-64 år, mens andelen er lavest blandt de 16-34-årige.

Uddannelse: Der er dobbelt så mange borgere under uddannelse, der binge-drikker, end borgere med mellemlang og lang videregående uddannelse, hvor binge-drinking er mindst udbredt. I gruppen af borgere under uddannelse findes den laveste andel af borgere, der udviser tegn på alkoholafhængighed med 6 procent. Det er tre gange lavere end blandt borgere med lang videregående uddannelse, hvor tegn på alkoholafhængighed er mest udbredt.

Erhvervstilknytning: Binge-drinking er lidt mere udbredt blandt førtidspensionister, arbejdsløse og øvrige ikke-erhvervsaktive borgere sammenlignet med alderspensionister og beskæftigede. Tegn på alkoholafhængighed er hyppigst forekommende blandt efterlønsmodtagere og mindst udbredt blandt borgere i beskæftigelse.

Samlivsstatus: Det er mere udbredt at binge-drikke blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner, end blandt samlevende. Samlivsstatus har ingen betydning i forhold til borgere med tegn på alkoholafhængighed.

Etnisk baggrund: Blandt borgere med dansk baggrund ses dobbelt så høj forekomst af borgere, der binge-drikker, sammenlignet med borgere med ikke-vestlig baggrund. I forhold til alkoholafhængighed er andelen blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund højere end blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

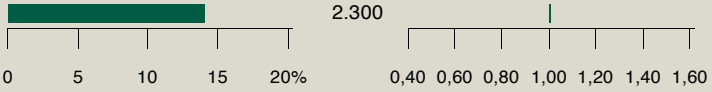
Tabel 4.4.2.2 Borgere, der binge-drikker – kommuner

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Andelen af borgere, der binge-drikker, varierer kommunerne i mellem, tabel 4.4.2.2. Den laveste andel findes i Guldborgsund Kommune på 6 procent, og den højeste andel findes i Kalundborg Kommune på 12 procent. Begge resultater er signifikant forskellige fra regionsgennemsnittet, også når der er justeret for køn og alder.

Tabel 4.4.2.3 Borgere med tegn på alkoholafhængighed – kommuner

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Sjælland	14	88.900		-1
Kommunesocialgruppe 3				
Guldborgsund	13	6.300		-1
Kalundborg	15	5.500		-2
Lolland	14	4.900		-1
Odsherred	14	3.500		-5
Slagelse	13	7.500		-1
Vordingborg	15	5.500		0
Kommunesocialgruppe 2				
Faxe	12 *	3.200	*	-3
Holbæk	12	6.300		-1
Næstved	16	9.900		1
Ringsted	13	3.200		-1
Sorø	13	2.900		-1
Stevns	16	2.700		0
Kommunesocialgruppe 1				
Greve	14	5.000		-2
Køge	14	6.100		-1
Lejre	17 *	3.400	*	1
Roskilde	17 *	10.700	*	0
Solrød	14	2.300		-3

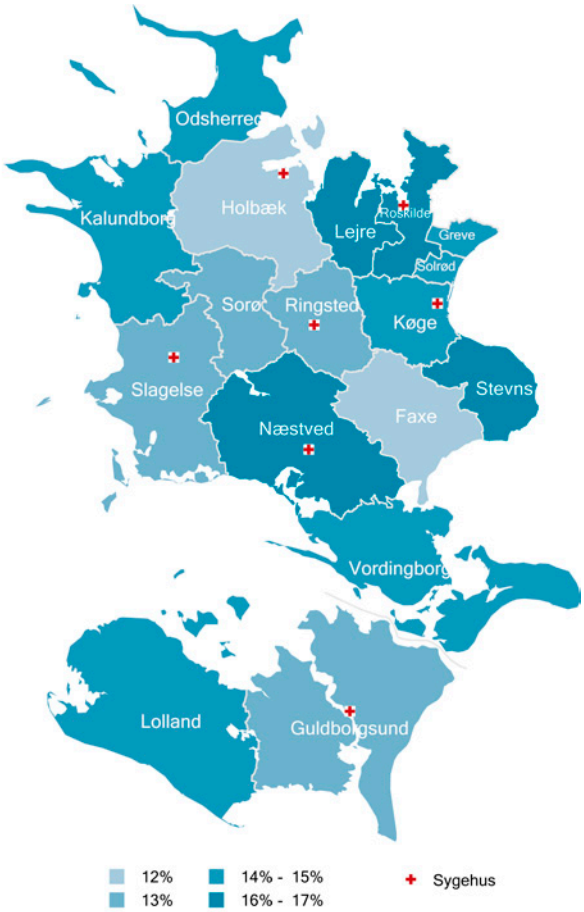


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Tegn på alkoholafhængighed hos borgerne varierer i udbredelse fra 12 procent i Faxe og Holbæk Kommuner til 17 procent i Lejre og Roskilde Kommuner, tabel 4.4.2.3. I Faxe Kommune er andelen af borgere med tegn på alkoholafhængighed signifikant lavere end regionsgennemsnittet, mens andelene i både Lejre og Roskilde Kommuner er signifikant højere. Se også kort 4.4.2.1. Disse tre resultater er fortsat signifikante, når der justeres for køn og alder.

Udvikling: 14 procent af borgerne i Region Sjælland viser tegn på alkoholafhængighed i 2013. Det tyder på, at der er sket et fald på ét procentpoint siden 2010. Der ses et fald i andelen af borgere med tegn på alkoholafhængighed i Odsherred Kommune. I de øvrige kommuner er andelen stort set uændret.

Kort 4.4.2.1 Borgere med tegn på alkoholafhængighed



4.4.3 Problematisk alkoholadfærd

I Sundhedsprofilen betegnes en borgers alkoholadfærd som problematisk, hvis borgeren opfylder mindst én af nedenstående tre forhold:

- Overskrider Sundhedsstyrelsens høje grænser for ugentlige antal genstande på 14 for kvinder og 21 for mænd
- Binge-drinking - drikker mere end 5 genstande ved samme lejlighed - mindst én gang om ugen
- Viser tegn på alkoholafhængighed – klassificeret på baggrund af svarscore på CAGE-C spørgsmål

I det følgende vises resultater for borgere med problematisk alkoholadfærd.

Tabel 4.4.3.1 Borgere med tegn på problematisk alkoholadfærd

	%	Personer
Region Sjælland	21	127.800
Køn		
Mand	29	86.600
Kvinde	14	41.200
Alder		
16-24 år	28	21.800
25-34 år	13	8.500
35-44 år	13	13.100
45-54 år	21	24.800
55-64 år	27	28.000
65-79 år	26	28.100
80+ år	15	3.600
Uddannelse		
Under uddannelse	26	11.000
Grundskole	23	15.500
Kort uddannelse	20	42.300
Kort videreg. uddannelse	22	10.100
Mellemlang videreg. uddannelse	20	20.000
Lang videreg. uddannelse	21	8.400
Erhvervstilknytning		
Beskæftigede	19	56.300
Arbejdsløse	25	8.000
Førtidspensionister	23	6.800
Efterlønsmodtagere	29	5.600
Alderspensionister	24	31.700
Øvrige ikke-erhvervsaktive	20	4.800
Samlivsstatus		
Samlevende	20	77.700
Ikke samlevende	25	50.100
Etnisk baggrund		
Danmark	22	121.300
Andre vestlige lande	25	4.100
Ikke-vestlige lande	9	2.500

Generelt: 21 procent af Region Sjællands borgere viser tegn på problematisk alkoholadfærd, tabel 4.4.3.1.

Køn og alder: Næsten dobbelt så mange mænd som kvinder viser tegn på problematisk alkoholadfærd. Tegn på problematisk alkoholadfærd er mest udbredt blandt de 16-24-årige og de 55-79-årige, mens andelen af borgere med problematisk alkoholadfærd er lavest i alderen 25-44 år.

Uddannelse: Blandt borgere under uddannelse ses den højeste andel af borgere med tegn på problematisk alkoholadfærd, mens der ikke ses en tydelig forskel mellem de øvrige uddannelseskategorier.

Erhvervstilknytning: Tegn på problematisk alkoholadfærd er mest udbredt blandt efterlønsmodtagere og mindst udbredt blandt borgere i beskæftigelse.

Samlivsstatus: Blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner, er tegn på problematisk alkoholadfærd mere udbredt end blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen med tegn på problematisk alkoholadfærd blandt borgere med dansk og anden vestlig baggrund er dobbelt så høj som blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Tabel 4.4.3.2 Borgere med tegn på problematisk alkoholadfærd – kommuner

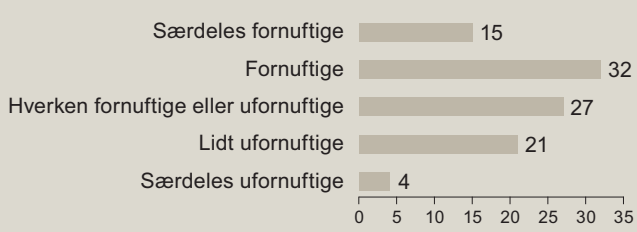
* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Andelen af borgere med tegn på problematisk alkoholadfærd varierer fra 18 procent i Guldborgsund og Sorø Kommuner til 25 procent i Roskilde Kommune, tabel 4.4.3.2. I Guldborgsund og Sorø Kommuner er andelen af borgere med problematisk alkoholadfærd signifikant lavere sammenlignet med regionsgennemsnittet, mens andelen af borgere med problematisk alkoholadfærd i Roskilde Kommune er signifikant højere end regionsgennemsnittet. Dette er fortsat gældende, når der er justeret for køn og alder.

4.4.4 Vurdering af egne alkoholvaner

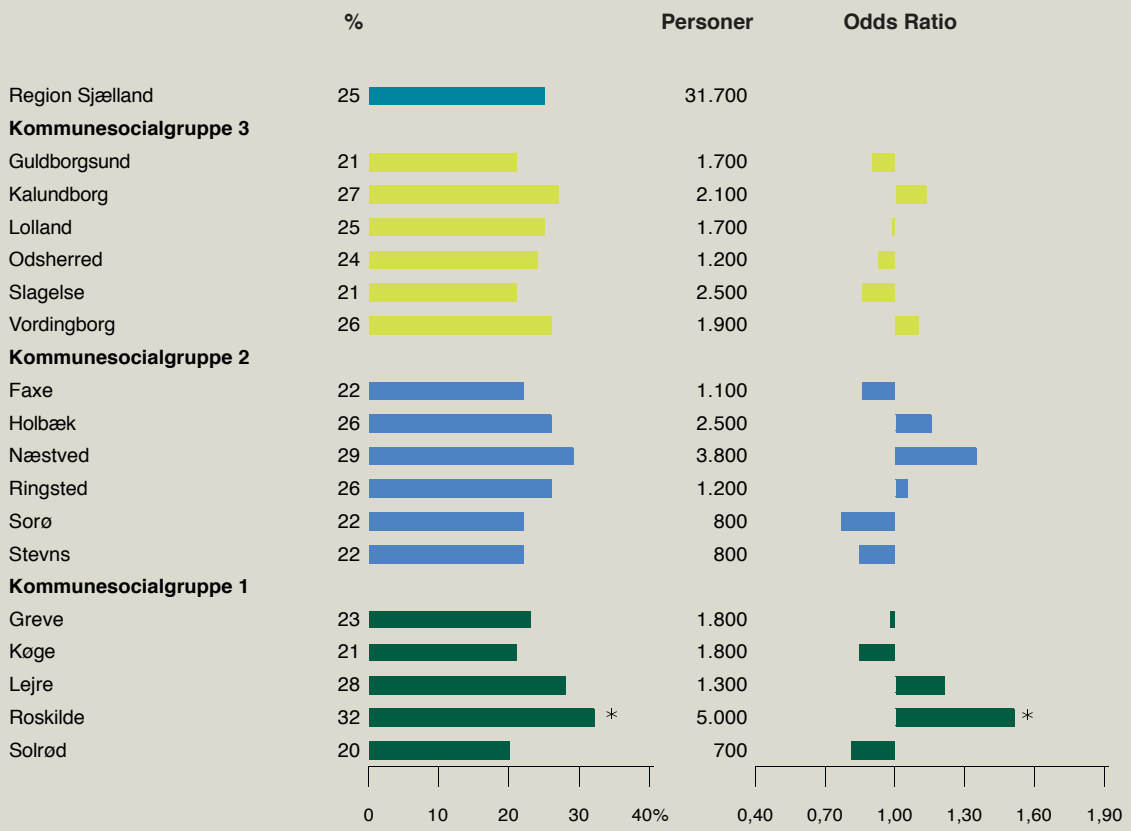
I Sundhedsprofilen er stillet følgende spørgsmål til borgerne: »Hvordan vurderer du selv dine alkoholvaner?« Svarmulighederne var »Særdeles fornuftige«, »Fornuftige«, »Hverken fornuftige eller ufornuftige«, »Lidt fornuftige« og »Meget ufornuftige«.

Tabel 4.4.4.1 Vurdering af egne alkoholvaner



I tabel 4.4.4.1 er gengivet selvvurderede alkoholvaner blandt borgere, der har tegn på problematisk alkoholadfærd. Det ses, at henholdsvis 15 procent og 32 procent af borgerne vurderede egne alkoholvaner som værende særdeles fornuftige eller fornuftige. Der er 27 procent som vurderer, at deres alkoholvaner som værende hverken er fornuftige eller ufornuftige. 21 procent vurderer deres alkoholvaner som lidt ufornuftige, og 4 procent vurderer deres alkoholvaner som særdeles ufornuftige.

Tabel 4.4.4.2 Borgere med tegn på problematisk alkoholadfærd, som vurderer deres alkoholadfærd som ufornuftige – kommune



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

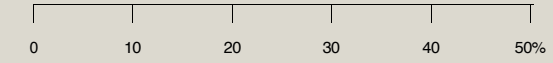
Kommunevariation: I Region Sjælland vurderer 25 procent af borgerne med problematisk alkoholadfærd deres alkoholvaner som ufornuftige, se tabel 4.4.4.2. Andelen af borgere med problematisk alkoholadfærd, som vurderer deres alkoholvaner som ufornuftige, varierer fra 20 procent i Solrød Kommune til 32 procent i Roskilde Kommune. Roskilde Kommunes andel af borgere er signifikant højere end regionsgennemsnittet, og forskellen bevares, når der er justeret for køn og alder.

4.4.5 Ønsker at nedsætte alkoholforbruget

Alle borgerne er blevet spurgt om følgende: »Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?«. Borgerne kunne sætte kryds ved »Ja«, »Nej« og »Ved ikke«. I Sundhedsprofilen vises resultater for de borgere, som har en problematisk alkoholadfærd, som beskrevet i det foregående afsnit som beskrevet i foregående afsnit.

Tabel 4.4.5.1 Borgere med tegn på problematisk alkoholadfærd, som ønsker at nedsætte alkoholforbruget

	%	Personer
Region Sjælland	26	32.500
Køn		
Mand	24	21.000
Kvinde	28	11.500
Alder		
16-24 år	10	2.100
25-34 år	33	2.800
35-44 år	39	5.000
45-54 år	35	8.600
55-64 år	32	8.800
65-79 år	17	4.800
80+ år	-	-
Uddannelse		
Under uddannelse	13	1.400
Grundskole	25	3.800
Kort uddannelse	25	10.500
Kort videreg. uddannelse	27	2.700
Mellemlang videreg. uddannelse	31	6.200
Lang videreg. uddannelse	39	3.200
Erhvervstilknytning		
Beskæftigede	32	18.000
Arbejdsløse	28	2.200
Førtidspensionister	36	2.400
Efterlønsmodtagere	26	1.400
Alderspensionister	16	5.100
Øvrige ikke-erhvervsaktive	41	1.900
Samlivsstatus		
Samlevende	29	22.100
Ikke samlevende	21	10.300
Etnisk baggrund		
Danmark	25	30.500
Andre vestlige lande	29	1.200
Ikke-vestlige lande	33	800



Generelt: 26 procent af borgerne med problematisk alkoholadfærd, ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, tabel 4.4.5.1.

Køn og alder: Lidt flere kvinder end mænd med tegn på problematisk alkoholadfærd ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug. Andelen af borgere, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, er størst i aldersgruppen 35-44 år og lavest blandt de 16-24-årige.

Uddannelse: Blandt borgere med problematisk alkoholadfærd, som har en lang videregående uddannelse, findes den højeste andel, som ønsker at nedsætte alkoholforbruget. Den laveste andel, der ønsker at nedsætte forbruget, ses blandt borgere under uddannelse.

Erhvervstilknytning: Blandt øvrige ikke-erhvervsaktive borgere ses den højeste andel af borgere med tegn på problematisk alkoholadfærd, som ønsker at nedsætte alkoholforbruget, mens den laveste andel ses blandt alderspensionister.

Samlivsstatus: Ønsket om at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere med problematisk alkoholadfærd er mere udbredt blandt samlevende end blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner.

Etnisk baggrund: Blandt borgere med tegn på problematisk alkoholadfærd er ønsket om at nedsætte alkoholforbruget mindre blandt borgere med dansk end blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Tabel 4.4.5.2 Borgere med tegn på problematisk alkoholadfærd, som ønsker at nedsætte alkoholforbruget – kommuner

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Andelen af borgere med tegn på problematisk alkoholadfærd, som ønsker at nedsætte alkoholforbruget, varierer fra 16 procent i Slagelse Kommune til 36 procent i Roskilde Kommune, tabel 4.4.5.2. Andelen i Slagelse Kommune ligger signifikant under regionsgennemsnittet, mens andelene i Roskilde og Næstved Kommuner ligger signifikant over regionsgennemsnittet. Resultaterne er fortsat signifikante, når der justeres for køn og alder.

4.4.6 Alkoholforbrug – råd fra egen læge

Borgerne er til Sundhedsprofilen blevet spurgt: »Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at nedsætte dit alkoholforbrug?« Til dette kunne svares »Ja«, »Nej« og »Kan ikke huske/ved ikke«.

Tabel 4.4.6.1 Borgere, som af egen læge er rådet til at nedsætte alkoholforbruget – kommuner

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: 2,4 %, har fået råd af egen læge om at nedsætte deres alkoholforbrug, tabel 4.4.6.1. Andelen i Solrød Kommune ligger signifikant under regionsgennemsnittet, mens andelen i Guldborgsund og Roskilde Kommuner ligger signifikant over regionsgennemsnittet. Resultatet for alle tre kommuner er fortsat signifikant forskelligt fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

4.5 Euforiserende Stoffer

- 2,2 procent af borgerne i Region Sjælland har prøvet hash eller andre euforiserende stoffer den seneste måned
- Blandt de 16-34-årige har 6,2 procent prøvet stoffer den seneste måned – en lille stigning siden 2010
- Udbredelsen i kommunerne varierer fra 3,2 procent i Kalundborg og Odsherred Kommuner til 1,7 procent i Roskilde Kommune

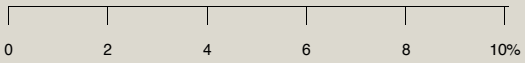
Der følger en lang række helbredsmæssige problemer og konsekvenser af et misbrug af euforiserende stoffer, herunder en forhøjet risiko for dødelighed på grund af forgiftninger og sygdomme. Hvert år er 1.000 dødsfald i Danmark relateret til stofmisbrug. Det svarer til 2 procent af alle dødsfald. Generelt er stofmisbrug årsag til 18.000 tabte leveår for mænd og 10.000 for kvinder. Misbrug reducerer mænds middellevetid med fem måneder og kvinders med tre til fire måneder[20]. Et stofmisbrug påvirker også ens sociale relationer. Undersøgelser viser, at i 44 procent af anbringelserne af børn er stofmisbrug en medvirkende faktorer til anbringelsen. Samtidig er det skønnet, at 209 børn er anbragt uden for hjemmet i 2011 på grund af forældrenes misbrug[21].

Stofmisbrug har økonomiske konsekvenser på samfundsniveau. Det er skønnet, at stofmisbrug medfører merforbrug i sundhedsvæsenet på 106 mio. kr. om året[22]. I en gennemsnitkommune med 50.000 borgere skønnes det, at 7,8 mio. kr. anvendes til social stofmisbrugsbehandling. I 2012 kom der på landsplan mere end 100 personer om året på førtidspension på grund af stofmisbrug[23].

Nyere undersøgelser har vist, at der er en tendens til, at eksperimenterende brug af euforiserende stoffer er faldende. Dette fald sker især blandt borgere under 25 år. På trods af dette registrerer landets skadestuer flere forgiftninger. Antallet af borgere, der har været i behandling for stofmisbrug, har været støt stigende siden registreringen begyndte i 1996. I 2011 var knapt 16.000 borgere registeret som værende i misbrugsbehandling[24].

Tabel 4.5.1 Borgere, der har prøvet hash eller andre euforiserende stoffer inden for den sidste måned

	%	Personer
Region Sjælland	2,2	13.700
Køn		
Mand	3,6	10.900
Kvinde	0,9	2.800
Alder		
16-24 år	7,9	6.300
25-34 år	4,0	2.700
35-44 år	1,1	1.200
45-54 år	1,9	2.200
55-64 år	1,1	1.100
65-79 år	-	-
80+ år	-	-
Uddannelse		
Under uddannelse	8,4	3.700
Grundskole	5,1	3.700
Kort uddannelse	1,2	2.600
Kort videreg. uddannelse	-	-
Mellemlang videreg. uddannelse	1,3	1.300
Lang videreg. uddannelse	-	-
Erhvervstilknytning		
Beskæftigede	1,6	4.900
Arbejdsløse	3,7	1.200
Førtidspensionister	5,5	1.800
Efterlønsmodtagere	-	-
Alderspensionister	-	-
Øvrige ikke-erhvervsaktive	5,7	1.400
Samlivsstatus		
Samlevende	1,2	4.800
Ikke samlevende	4,2	8.900
Etnisk baggrund		
Danmark	2,3	13.100
Andre vestlige lande	-	-
Ikke-vestlige lande	-	-



- For få besvarelser til, at der kan gives resultater

Generelt: 2,2 procent af borgerne i Region Sjælland har prøvet euforiserende stoffer den seneste måned, tabel 4.5.1.

Køn og alder: Godt 4 gange så mange mænd som kvinder har prøvet stoffer inden for den sidste måned. Brug af stoffer er specielt udtalt blandt de 16-24-årige, hvor 7,9 procent har taget stoffer i den sidste måned. Herefter falder andelen ved stigende alder. Dog sker der en lille stigning i aldersgruppen 45-54 år, hvor 1,9 procent har røget hash eller taget andre euforiserende stoffer den seneste måned.

Uddannelse: Borgere under uddannelse står for den største andel, der har prøvet stoffer den seneste måned. Her har godt 1,5 gange så mange borgere prøvet stoffer end blandt gruppen med den næsthøjeste andel, som er borgere med grundskole alene. For borgere med kort uddannelse og mellemlang videregående uddannelse har lidt over 1 procent taget hash eller andre stoffer.

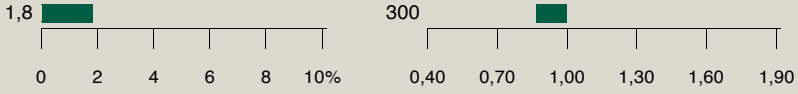
Erhvervstilknytning: Det er hos de øvrige ikke-erhvervsaktive borgere og førtidspensionisterne, hvor brug af stoffer er mest udtalt med henholdsvis 5,7 og 5,5 procent. De beskæftigede står for den laveste andel på 1,6 procent.

Samlivsstatus: Den største andel af borgere, der har prøvet hash eller andre stoffer den seneste måned, findes hos borgere, der ikke bor sammen med en partner.

Etnisk baggrund: Det er kun muligt at beregne andelen for borgere, der har taget stoffer den seneste måned for borgere med dansk baggrund. Andelen ligger her tæt på regionsgennemsnittet.

Tabel 4.5.2 Borgere, der har prøvet hash eller andre euforiserende stoffer inden for den sidste måned – kommuner

Kommune	%	Personer	Odds Ratio
Region Sjælland	2,2	13.700	
Kommunesocialgruppe 3			
Guldborgsund	-	-	
Kalundborg	3,2	1.200	
Lolland	2,0	700	
Odsherred	3,2	800	*
Slagelse	3,1	1.800	
Vordingborg	2,4	800	
Kommunesocialgruppe 2			
Faxe	-	-	
Holbæk	2,4	1.300	
Næstved	2,2	1.400	
Ringsted	1,9	500	
Sorø	2,7	600	
Stevns	3,0	500	
Kommunesocialgruppe 1			
Greve	2,5	900	
Køge	-	-	
Lejre	-	-	
Roskilde	1,7	1.100	
Solrød	1,8	300	



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

- For få besvarelser til, at der kan gives resultater

Kommunevariation: Kalundborg og Odsherred Kommuner har den højeste andel af borgere, der inden for den seneste måned har prøvet euforiserende stoffer, tabel 4.5.2. Her er andelen på 3,2 procent. Den laveste beregnede andel er fundet i Roskilde Kommune, hvor 1,7 procent har taget stoffer. Efter justering for køn og alder har Odsherred Kommune fortsat en højere andel end regionsgennemsnittet.

Når der udelukkende ses på de 16-34-årige har 6,2 procent af de 16-34-årige prøvet hash eller andre euforiserende stoffer seneste måned, tabel ikke vist. Der er dermed sket en lille stigning på 1 procent i forhold til 2010. Der ses signifikant stigning i Vordingborg, Næstved og Sorø Kommuner.

4.6 Sexliv

- 5 procent af de 16-34-årige har dyrket usikker sex ved sidste samleje
- Næsten halvdelen af de 16-34-årige, der dyrker usikker sex, ved ikke, hvorfor de ikke brugte prævention
- 22 procent af de 16-34-årige har eller har haft en sexsygdom
- 26 procent af borgerne i Region Sjælland får i ringe grad dækket deres seksuelle behov – 12 procent har intet behov

Sexsygdomme er ganske udbredte i Danmark, især blandt unge i alderen 16-30 år. En række undersøgelser peger på, at mellem 25-30 procent af de 25-årige har haft en sexsygdom[25]. Blandt de mest udbredte sexsygdomme er klamydia og kønsvorter. For klamydias vedkommende anslås det, at der smittes cirka 50.000 personer årligt – primært unge under 25 år – hvoraf ca. 28.000 diagnosticeres[26]. Cirka 20.000 borgere bliver behandlet for kønsvorter[27] om året, og blandt dem er cirka 60 procent under 30 år.

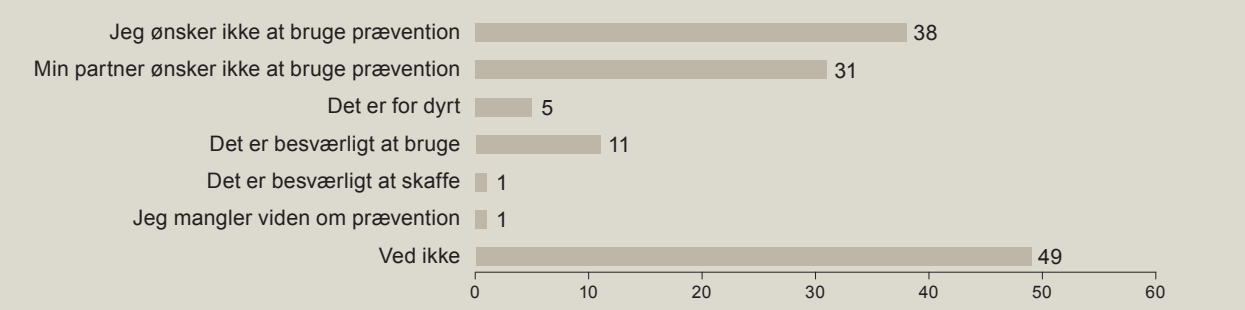
Usikker sex resulterer om året i 1.800 tabte leveår for mænd og 5.000 for kvinder, og det anslås, at 300 personer årligt dør, som følge af usikker sex. Derudover medfører sexsygdomme og uønskede graviditeter hvert år 10.000 hospitalsindlæggelser og 50.000 ambulante hospitalsbesøg[28].

Den seksuelle trivsel har stor betydning for, hvordan vi har det. Ifølge WHO er seksuel sundhed en tilstand af fysisk, mental og social trivsel relateret til seksualitet. Det kræver en positiv og respektfuld tilgang til seksualitet og seksuelle forhold, men det handler også om seksuelle oplevelser fri for tvang, diskrimination og vold. Seksuel sundhed ses derfor som seksuel trivsel i alle livets faser – og ikke kun i forbindelse med graviditet og sexsygdomme[29]. En undersøgelse viser, at 90 procent af de voksne danskere oplever, at sexlivet er en vigtig eller meget vigtig faktor for deres trivsel[30]. 11 procent af voksne mænd og kvinder rapporterer at have haft en seksuel dysfunktion inden for det seneste år i form af nedsat lyst, rejsningsproblemer eller skedekramper[31].

4.6.1 Unge og prævention

I Sundhedsprofilen blev de 16-34-årige – her kaldet de unge - borgere spurgt om, hvilken beskyttelse de anvendte ved seneste samleje. I spørgsmålet var det muligt at sætte flere krydser.

Tabel 4.6.1.1 Unge, der ikke ønsker børn og ikke brugte prævention ved seneste samleje

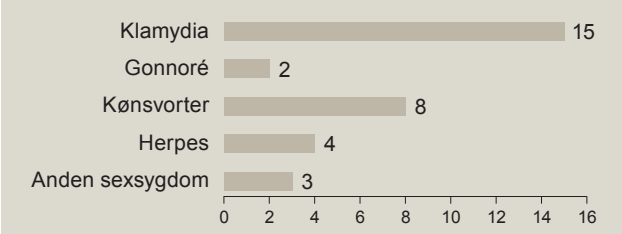


I alt har 5 procent af de unge på mellem 16 og 34 år dyrket usikker sex ved seneste samleje (tabel ikke vist). Tabel 4.6.1.1 viser, hvilke årsager de unge gav for at dyrke usikker sex. Her angiver 49 procent af de unge »Ved ikke«. 38 procent angiver, at de ikke selv ønsker at anvende prævention, mens 31 procent angiver, at det er partneren, der ikke ønsker dette. Kun 1 procent af de 16-34-årige angiver, at de mangler viden om prævention, og at det er besværligt at skaffe.

4.6.2 Unge og sexsygdomme

De unge blev yderligere spurgt om de nogensinde havde fået konstateret en række smitsomme sexsygdomme. De pågældende sygdomme kan ses af tabel 4.6.2.1.

Tabel 4.6.2.1 Unge, som nogensinde har fået konstateret en sexsygdom



22 procent af de unge i Region Sjælland har eller har nogensinde haft en sexsygdom, tabel ikke vist. Af de unge, der har fået konstateret en sexsygdom, er 59 procent mellem 25 og 34 år, og 63 procent er kvinder, tabel ikke vist. Klamydia er den oftest forekommende sexsygdom blandt de 16-34-årige, da 15 procent har fået konstateret sygdommen og 8 procent har fået konstateret kønsvorter, tabel4.6.2.1.

Tabel 4.6.2.2 Unge, som har fået konstateret en sexsygdom – kommuner

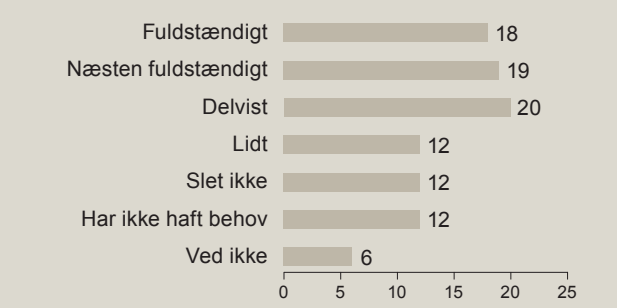
* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Andelen af unge, der nogensinde har fået konstateret en sexsygdom, varierer fra 15 procent i Køge Kommune til 30 procent i Solrød Kommune, tabel 4.6.2.2. Ingen af disse andele er signifikant forskellige fra gennemsnittet i Region Sjælland på 22 procent.

4.6.3 Seksuelle behov

I Sundhedsprofilen er borgerne spurgt, om i hvor høj grad de inden for det seneste år har fået dækket deres seksuelle behov. Svarkategorierne til spørgsmålet kan ses i tabel 4.6.3.1.

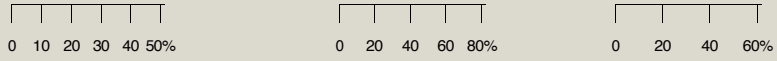
Tabel 4.6.3.1 I hvor høj grad borgerne får deres seksuelle behov dækket



20 procent af borgerne i Region Sjælland får deres seksuelle behov delvist dækket, tabel 4.6.3.1. 19 procent har fået dækket deres behov næsten fuldstændig, og 18 procent har fået deres seksuelle behov dækket fuldstændigt inden for det seneste år. 12 procent har lidt eller slet ikke fået deres seksuelle behov dækket, og 12 procent har ikke haft seksuelle behov. I tabel 4.6.3.2 er borgere, der har svaret »Ved ikke« til dette spørgsmål, ikke medtaget.

Tabel 4.6.3.2 I hvor høj grad får borgere deres seksuelle behov dækket

	% Lidt eller slet ikke		% Fuldstændigt/ næsten fuldstændigt/ delvist		% Ikke haft seksuelt behov	
Region Sjælland	26	150.900	62	366.000	12	72.900
Køn						
Mand	28	83.400	63	185.300	9	25.200
Kvinde	23	67.500	61	180.700	16	47.700
Alder						
16-24 år	23	16.700	66	47.600	10	7.400
25-34 år	19	12.400	78	50.700	3	2.200
35-44 år	21	21.600	77	80.100	3	2.800
45-54 år	22	25.800	73	84.200	5	5.900
55-64 år	27	27.000	60	59.500	12	12.200
65-79 år	35	37.300	39	42.100	27	28.700
80+ år	40	10.300	7	1.900	53	13.700
Uddannelse						
Under uddannelse	23	9.300	66	26.800	11	4.400
Grundskole	31	20.800	46	30.500	23	15.700
Kort uddannelse	25	50.300	63	128.700	12	24.000
Kort videreg. uddannelse	25	11.100	68	30.500	7	3.000
Mellemlang videreg. uddannelse	22	22.300	70	69.500	8	7.700
Lang videreg. uddannelse	20	7.800	74	29.000	6	2.400
Erhvervstilknytning						
Beskæftigede	19	58.200	77	230.300	4	10.700
Arbejdsløse	28	7.800	62	17.500	11	3.000
Førtidspensionister	38	11.500	40	11.900	22	6.600
Efterlønsmodtagere	26	4.900	61	11.200	12	2.300
Alderspensionister	36	47.500	33	44.000	32	42.400
Øvrige ikke-erhvervsaktive	32	7.100	58	13.200	10	2.300
Samlivsstatus						
Samlevende	20	77.600	72	282.600	8	32.400
Ikke samlevende	37	73.300	42	83.400	21	40.500
Etnisk baggrund						
Danmark	25	139.400	62	341.500	12	68.400
Andre vestlige lande	28	4.400	57	9.000	16	2.500
Ikke-vestlige lande	29	7.200	63	15.500	8	2.000



Generelt: 62 procent af borgerne i Region Sjælland får deres seksuelle behov dækket fuldstændigt/næsten fuldstændigt eller delvist, tabel 4.6.3.2. 26 procent får dækket deres seksuelle behov lidt eller slet ikke. 12 procent har slet ikke haft et seksuelt behov det seneste år.

Køn og alder: Flere mænd end kvinder oplever, at deres seksuelle behov bliver dækket i ringe grad. 16 procent af kvinderne har ikke haft et seksuelt behov det seneste år – det er næsten dobbelt så mange som mændene. Oplevelsen af ikke at få det seksuelle behov dækket stiger med alderen, på nær for de helt unge. Det samme er gældende for andelen, der ikke oplever at have et seksuelt behov.

Uddannelse: Borgere med grundskole alene oplever oftere, at deres seksuelle behov er dækket i ringe grad sammenlignet med resten af uddannelseskategorierne. Samtidig oplever en højere andel med grundskole alene ikke at have noget seksuelt behov.

Erhvervstilknytning: 77 procent af de beskæftigede får dækket deres seksuelle behov fuldstændigt/næsten fuldstændigt eller delvist. Blandt førtidspensionisterne oplever 38 procent lidt eller slet ikke at få deres seksuelle behov dækket. En tredjedel af alderspensionisterne har ikke noget seksuelt behov.

Samlivsstatus: Hver femte borgere, der er samlevende, får i ringe grad deres seksuelle behov dækket. Samtidig får 72 procent af de samlevende dækket deres seksuelle behov fuldstændigt/næsten fuldstændigt eller delvist. 21 procent af de ikke-samlevende har ikke et seksuelt behov.

Etnisk baggrund: Der er ikke de store forskelle i oplevelsen af dækket seksuelle behov på tværs af etnisk baggrund, bortset fra at det ikke at have et seksuelt behov er mindre udbredt blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Tabel 4.6.3.3 Borgere, der lidt eller slet ikke får dækket deres seksuelle behov – kommuner

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Der er ikke stor variation i kommunernes andele af borgere, der i ringe grad får dækket deres seksuelle behov, tabel 4.6.3.3. Andelen er lavest i Faxe Kommune med 23 procent, og den er højest i Vordingborg og Stevns Kommuner med 28 procent af borgerne. Der er ikke fundet signifikant forskel mellem kommunerne og Region Sjælland, heller ikke når der justeres for køn og alder.

4.6.4 Seksuelle behov, sundhedsadfærd og trivsel

I det følgende afsnit vil sammenhænge mellem det udækkede seksuelle behov, sundhedsadfærd og trivsel blive vist. Du kan se mere om definitionerne af sundhedsadfærd og trivsel under de respektive kapitler.

Tabel 4.6.4.1 Sammenhænge mellem lidt eller slet ikke dækket seksuelt behov, sundhedsadfærd og trivsel

	% Lidt eller slet ikke dækket seksuelt behov	Personer
Kostvaner		
Meget usunde	32	24.700
Middel	25	93.400
Sunde	21	24.200
Rygning		
Daglig ryger	29	31.200
Lejlighedsvis ryger	30	6.000
Tidligere rygere	25	45.800
Aldrig ryger	24	64.400
Risikabel alkohol adfærd		
Nej	24	100.300
Ja	29	33.800
Fysisk aktivitet		
Træner ikke hårdt/motionerer	28	113.200
Træner hårdt/motionerer	20	31.700
Stoffer seneste måned		
Har ikke taget stoffer	25	136.800
Har taget stoffer	26	3.400
Tilfredshed med livet		
Tilfreds	22	104.400
Utilfreds	41	38.800
Søvn		
Sover godt	22	78.500
Sover dårligt	31	71.800
Selvvurderet helbred		
Dårligt	38	34.800
Godt	23	115.000
Socialt netværk		
Ikke uønsket alene	24	131.100
Uønsket alene	49	17.000

Sammenhæng med sundhedsadfærd: Der ses en tendens til, at jo sundere kostvaner borgerne har, jo sjældnere opleves det ikke at få det seksuelle behov dækket, tabel 4.6.4.1. Andelen af borgere, der får dækket deres seksuelle behov, går fra 30 procent blandt lejlighedsvise rygere til 24 procent blandt aldrig-rygerne. Blandt borgere med problematisk alkoholadfærd er andelen, der ikke får dækket deres seksuelle behov, større sammenlignet med borgere, der ikke har problematisk alkoholadfærd.
28 procent af borgere, der ikke træner eller motionerer hårdt, får i ringe grad dækket deres seksuelle behov, mens det gælder for 20 procent blandt borgere, der træner og motionerer hårdt. Det er ikke fundet forskel i dækket seksuelle behov og brug af stoffer den seneste måned.

Sammenhæng med trivsel: En stor andel af borgerne, der er utilfredse med livet, sover dårligt, har dårligt selvvurderet helbred og er uønsket alene, får kun i ringe grad dækket deres seksuelle behov. Særligt udbredt er manglende dækning af det seksuelle behov blandt de borgere, der ofte er uønsket alene.

Referencer:

[1] Teknologi – forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundheden. Sundhedsstyrelsen. 2005

[2] http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/planlaegning-og-beredskab/kommuner/forebyggelsespakker

[3] Forebyggelsespakke – Fysisk aktivitet. Sundhedsstyrelsen. 2012 http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2013/05maj/ForebygPk/FysiskAktivitet2udg.pdf

[4] Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. Sundhedsstyrelsen. 2011 http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2012/BOFO/FysiskAktivitet/FysiskAktivitetHaandbog.pdf

[5] Juel, K et al. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed. 2006. http://www.si-folkesundhed.dk/upload/risikofaktorer_def.pdf

[6] Forebyggelsespakke – Fysisk aktivitet. Sundhedsstyrelsen. 2012 http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2013/05maj/ForebygPk/FysiskAktivitet2udg.pdf

[7] Juel, K et al. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed. 2006

[8] Astrup, A et al. Kostråd 2005. Ernæringsrådet og Dansk Fødevareforskning. 2005

[9] Pedersen, A, Ovesen, L (red.). Anbefalinger for den Danske institutionskost. Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri, Fødevarestyrelsen, Sundhedsstyrelsen og DTU Fødevareinstituttet. 2009

[10] http://www.altomkost.dk/Anbefalinger/De_officielle_kostraad/Kostraad.htm

[11] Toft, U et al. The Dietary Quality Score: validation and association with cardiovascular risk factors: The Inter99 stydy European Journal of Clinical Nutrition. 2007

[12] Christensen, A et al. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. 2012. http://www.si-folkesundhed.dk/upload/sundhed_og_sygelighed_2010,_med_sidetal.pdf

[13] Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats. Forebyggelseskommissionen. 2009 http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~/media/Filer%20-%20dokumenter/forebygkom/Forebyggelseskommissionen__rapport.ashx
Se også: Juel, K et al. Risikofaktorer og folkesundhed. Statens Institut for Folkesundhed. 2006. http://www.si-folkesundhed.dk/upload/risikofaktorer_def.pdf

[14] Forebyggelsespakke - tobak. Sundhedsstyrelsen. 2012 http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/Tobak.pdf

[15] Lov om røgfri miljøer http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/tobak/lovgivning/lov-om-roegfri-miljoeer

[16] Christensen, A et al. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 - og udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. 2012. http://www.si-folkesundhed.dk/upload/susy_2010_5_3_alkohol.pdf

[17] Kjellberg, J et al. Kommunale omkostninger forbundet med overforbrug af alkohol. Dansk Sundhedsinstitut (DSI). Sundhedsstyrelsen. 2012. http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2012/BOFO/Alkohol/KommOmkostn.pdf

[18] Juel, K et al. Risikofaktorer og folkesundhed. Statens Institut for Folkesundhed. 2006. http://www.si-folkesundhed.dk/upload/risikofaktorer_def.pdf

[19] Forebyggelsespakke - Alkohol. Sundhedsstyrelsen. 2012. http://www.sst.dk/publ/Publ2013/05maj/ForebygPk/Alkohol2udg.pdf

[20] Juel, K et al. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed. 2006 http://www.si-folkesundhed.dk/upload/risikofaktorer_def.pdf

[21] Forebyggelsespakke – Stoffer. Sundhedsstyrelsen. 2013.

http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2013/12dec/ForebyggelsespakkeStoffer.pdf
[22] Juel, K et al. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed. 2006 http://www.si-folkesundhed.dk/upload/risikofaktorer_def.pdf
[23] Narkotikasituationen i Danmark 2012. Sundhedsstyrelsen. 2012 http://www.sst.dk/publ/Publ2012/11nov/NarkositDK2012.pdf
[24] Narkotikasituationen i Danmark 2012. Sundhedsstyrelsen. 2012 http://www.sst.dk/publ/Publ2012/11nov/NarkositDK2012.pdf
[25] Forebyggelsespakke – Seksuel Sundhed. Sundhedsstyrelsen. 2012. http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/SeksuelSundhed.pdf
[26] EPI-Nyt, klamydia 2010, Statens Serum Institut uge 36, 2011.
[27] Udvikling i forekomst af sexsygdomme 2010. Sundhedsstyrelsen. 2011.
[28] Forebyggelsespakke – Seksuel Sundhed. Sundhedsstyrelsen. 2012. http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/SeksuelSundhed.pdf
[29] Forebyggelsespakke – Seksuel Sundhed. Sundhedsstyrelsen. 2012. http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/SeksuelSundhed.pdf
[30] Graugaard C. (red.): Krop, sygdom og seksualitet. Hans Reitzels Forlag. 2006
[31] Forebyggelsespakke – Seksuel Sundhed. Sundhedsstyrelsen. 2012. http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/SeksuelSundhed.pdf

Kapitel 5 Langvarige sygdomme og helbredsproblemer

5.1 Langvarige sygdomme
5.2 Langvarige sygdomme og sammenhæng med udvalgte mål for folkesundheden
5.3 Overvægt, undervægt og spiseforstyrrelser

Langvarige sygdomme og helbredsproblemer

- 5,6 procent af borgerne har sukkersyge – en lille stigning siden 2010
- 7,8 procent af borgerne har en længerevarende psykisk lidelse
- 28 procent har én langvarig sygdom
- 42 procent har to eller flere langvarige sygdomme – det er det samme som i 2010
- 17 procent af borgerne i Region Sjælland lider af svær overvægt

En større og større andel af sundhedsvæsenets ressourcer anvendes til at behandle langvarige lidelser. Langvarige lidelser er udbredte i befolkningen i Danmark, men også på verdensplan. Sundhedsprofilen giver mulighed for at få et indblik i, hvor udbredte en række langvarige lidelser er hos befolkningen i Region Sjælland ud fra befolkningens eget perspektiv.

For mange af de langvarige lidelser gælder, at disponerede personer får sygdommene, hvis de udsættes for specifikke livsstilsfaktorer, ligesom ændring i livsstilen ofte er en medvirkende faktor i behandlingen og bestemmende for prognosen for de pågældende sygdomme. Her giver Sundhedsprofilen mulighed for at sætte fokus på, i hvilke befolkningsgrupper sygdommene er mest udbredte. Det er viden, som kan anvendes i det praktiske planlægningsarbejde i både primær og sekundærsektoren, i arbejdet med at forebygge og behandle disse langvarige sygdomme til gavn for folkesundheden i Region Sjælland.

5.1 Langvarige sygdomme

- 30 procent har ikke nogen langvarig sygdom
- 28 procent har én langvarig sygdom
- 42 procent har to eller flere langvarige sygdomme – uændret siden 2010
- Den mest udbredte langvarige sygdom er slidgigt – 23 procent i hele befolkningen og 46 procent for borgere 65+ år

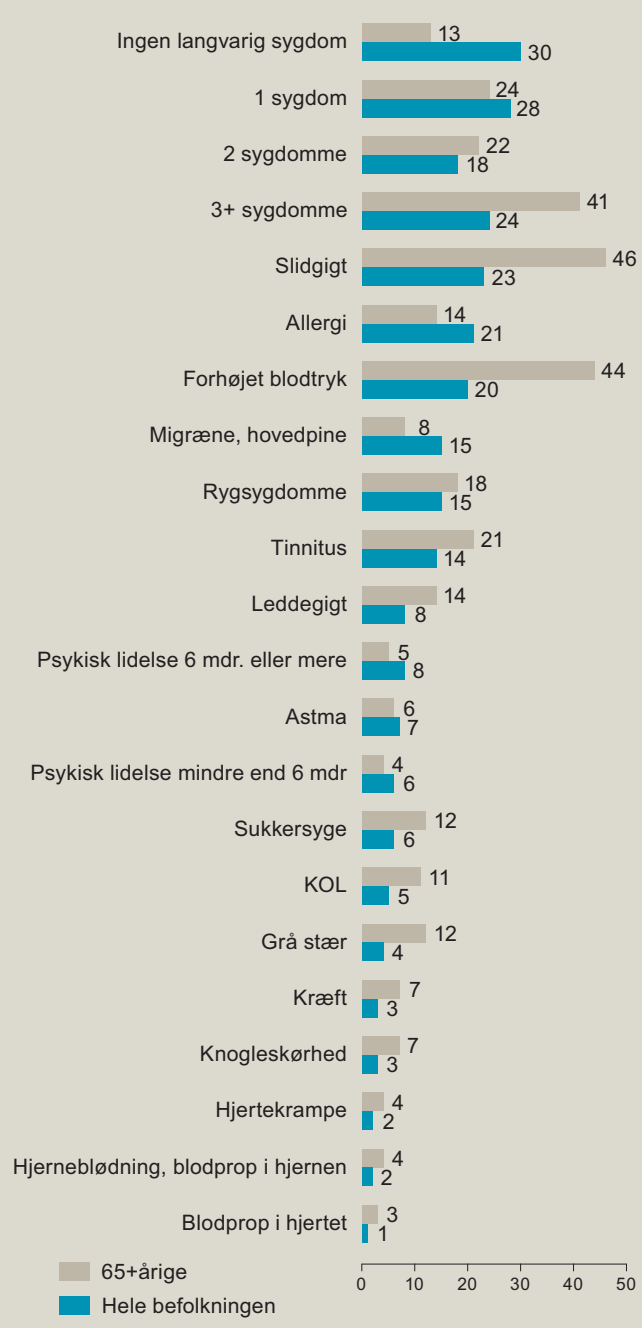
Kronisk sygdom defineres ifølge Sundhedsstyrelsen som sygdomme, der har et langvarigt forløb eller er konstant tilbagevendende[1]. Sygdomsmæssigt spænder langvarig sygdom fra velbehandlet sygdom, hvor patienten har ingen eller kun få gener, til stærkt invaliderende sygdom, der kræver intensiv og langvarig behandling.

Nationalt og internationalt har langvarig sygdom været på dagsordenen i mange år, da en større og større andel af sundhedsudgifterne anvendes til behandling af langvarig sygdom. Ifølge WHO udgør dødsfald på grund af langvarig sygdom allerede over 60 procent af alle dødsfald[2], og det er en andel, der forventes at stige.

I Danmark har der været fokus på de langvarige sygdomme i årtier. I 1999 kom »Regeringens Folkesundhedsprogram 1999-2008«. Dette blev siden afløst af »Sund hele livet 2002-2010«[3]. Fælles de to programmer er, at de satte fokus på de otte livsstilssygdomme, hvoraf de fleste kan forebygges ved blandt andet øget fysisk aktivitet, sund kost, rygestop og overholdelse af Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser for alkoholindtag.

Juni 2010 vedtog Region Sjællands Regionsråd »Politik og strategi for borgere med langvarig sygdom«[4], og de senere år er der både i Region Sjælland og på landsplan udarbejdet forløbsprogrammer[5] for de største sygdomsområder. De langvarige sygdomme er nemlig kendetegnet ved, at behandlingen ofte varetages i flere sektorer. Det er her, at forløbsprogrammerne skal sikre, at patienterne bliver behandlet optimalt samtidig med, at ressourcerne udnyttes bedst muligt. Dette er en viden, der også kan anvendes i forhold til alle de langvarige sygdomme, hvor der ikke er udviklet forløbsprogrammer.

Tabel 5.1.1 Langvarige sygdomme i hele befolkningen og blandt de 65+årige



I Sundhedsprofilen er spurgt, om borgerne har eller har haft 18 langvarige sygdomme. Hver 3. borger har ikke nogen langvarig sygdom, og lidt under hver 4. borger har 3 eller flere langvarige sygdomme, tabel 5.1.1. Den mest udbredte langvarige sygdom er slidgigt, både i hele befolkningen og blandt de 65+årige. Generelt lider en større andel af 65+årige af de enkelte langvarige sygdomme, undtaget er allergi, migræne/hovedpine, psykisk lidelser og astma, som også forekommer hyppigt i hele befolkningen.

For hver af de specifikke sygdomme er der i Sundhedsprofilen spurgt til, om borgerne har eller tidligere har haft sygdommen. Såfremt borgerne tidligere har haft en pågældende sygdom, er der spurgt til om, der fortsat er eftervirkninger af sygdommen. I det følgende er borgere, der har en langvarig sygdom nu, og borgere, der tidligere har haft en langvarig sygdom og fortsat har eftervirkninger, samlet en kategori, der lider af den pågældende sygdom.

5.1.1 Hjerte-karsygdomme

Forhøjet blodtryk er en risikofaktor, der hvert år er skyld i mere end 2.000 dødsfald, og årsag til et tab i danskernes middellevetid på næsten ni måneder for mænd og seks måneder for kvinder[6]. Forhøjet blodtryk øger risikoen for blødning og blodprop i hjernen og for hjertekrampe og blodprop i hjertet med risiko for invaliditet og tidlig død. Ifølge Danmarks Statistik var der i 2012 25.623 indlæggelser i Region Sjælland med en diagnose inden for hjerte-karsygdomme. Heraf skyldes de 3.288 en iskæmisk hjertesygdom og 3.018 en akut blodprop i hjertet[7]. Den intensive behandling af hjertesygdomme, som foregår i både primær og sekundærsektoren gør, at der er flere, der overlever de forskellige former for hjertesygdomme. I 2011 angiver dødsårsagsregistret, at der var 709 dødsfald i Region Sjælland på grund af en iskæmisk hjertesygdom[8].

En samlebetegnelse for blodprop eller blødning i hjernen er apopleksia cerebri. Ifølge Sundhedsstyrelsen skyldes 85 procent en blodprop, mens 10 procent skyldes blødning, og 5 procent skyldes blødning mellem hjernehinderne. Der er ca. 13.000 mennesker, der årligt får diagnosen apopleksia cerebri. Apopleksi er den tredje hyppigste dødsårsag og den tredje hyppigste årsag til demens[9].

Tabel 5.1.1.1 Borgere med forhøjet blodtryk og blodprop i hjertet

	% Forhøjet blodtryk	Personer	% Blodprop i hjertet	Personer
Region Sjælland	20	127.600	1,3	8.200
Køn				
Mand	20	63.400	1,9	6.000
Kvinde	20	64.200	0,7	2.200
Alder				
16-24 år	1	900	-	-
25-34 år	3	2.000	-	-
35-44 år	6	6.900	-	-
45-54 år	17	20.400	0,6	700
55-64 år	30	31.800	1,7	1.800
65-79 år	42	51.000	3,1	3.600
80+ år	51	14.600	5,1	1.400
Uddannelse				
Under uddannelse	2	700	-	-
Grundskole	26	19.300	2,3	1.600
Kort uddannelse	24	51.200	1,4	3.100
Kort videreg. uddannelse	18	8.200	1,0	500
Mellemlang videreg. uddannelse	16	17.100	0,8	800
Lang videreg. uddannelse	13	5.100	-	-
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	11	35.200	0,4	1.100
Arbejdsløse	13	4.200	-	-
Førtidspensionister	33	10.600	3,5	1.100
Efterlønsmodtagere	36	7.500	-	-
Alderspensionister	44	65.500	3,5	5.100
Øvrige ikke-erhvervsaktive	15	3.700	-	-
Samlivsstatus				
Samlevende	20	83.400	1,3	5.300
Ikke samlevende	20	44.200	1,4	3.000
Etnisk baggrund				
Danmark	20	119.500	1,3	7.700
Andre vestlige lande	24	4.100	-	-
Ikke-vestlige lande	14	4.000	-	-

0 20 40 60%

0 2 4 6 8 10%

- For få besvarelser til, at der kan gives resultater

Generelt: Blandt borgerne i Region Sjælland har 20 procent forhøjet blodtryk og 1,3 procent har haft en blodprop i hjertet, tabel 5.1.1.1.

Køn og alder: Der er ingen kønsforskel i forekomsten af forhøjet blodtryk. Derimod har flere end dobbelt så mange mænd end kvinder haft en blodprop i hjertet. For begge sygdomme gælder, at andelen stiger med alderen. Blandt borgere på 80 år og derover har halvdelen forhøjet blodtryk, hvorimod det blandt de 16-24-årige er 1 procent. Blodprop i hjertet ses først efter 45 årsalderen, hvor under 1 procent har haft denne sygdom. Andelen af borgere med blodprop i hjertet stiger kraftigt med alderen og ses over ti gange så ofte blandt borgere på 80 år og derover, end blandt de 45-54-årige.

Uddannelse: For både forhøjet blodtryk og blodprop i hjertet gælder, at andelen falder med stigende uddannelseslængde, og dermed er der en social gradient i forekomsten af disse sygdomme. Blandt borgere med grundskole alene er andelen af forhøjet blodtryk dobbelt så høj som blandt borgere med lang videregående uddannelse. Samme tendens gør sig gældende for borgere, der har haft en blodprop i hjertet.

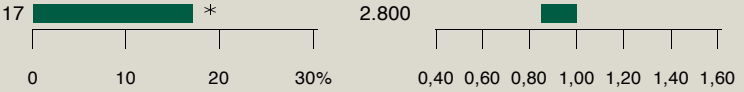
Erhvervstilknytning: Alderspensionister, efterlønsmodtagere og førtidspensionister har en højere forekomst af forhøjet blodtryk end beskæftigede og arbejdsløse. I forhold til blodprop i hjertet er forekomsten væsentlig højere blandt førtidspensionister og alderspensionister end blandt beskæftigede.

Samlivsstatus: For begge sygdomme gælder, at der ikke er forskel i andelen afhængig af samlivsstatus.

Etnisk baggrund: Forhøjet blodtryk ses oftere blandt borgere med anden vestlig baggrund, og sjældnest blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Tabel 5.1.1.2 Borgere med forhøjet blodtryk – kommuner

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Sjælland	20	127.600		1
Kommunesocialgruppe 3				
Guldborgsund	20	10.000		-1
Kalundborg	23 *	8.700		1
Lolland	25 *	8.800		1
Odsherred	26 *	6.700	*	3
Slagelse	20	12.200		0
Vordingborg	19	6.800	*	-1
Kommunesocialgruppe 2				
Faxe	18	5.000		-2
Holbæk	18	9.600		1
Næstved	22	13.800	*	6
Ringsted	20	5.100		2
Sorø	19	4.200		0
Stevns	21	3.500		1
Kommunesocialgruppe 1				
Greve	19	6.900		-1
Køge	18	7.900		-1
Lejre	20	4.000		1
Roskilde	18	11.700		2
Solrød	17 *	2.800		-1

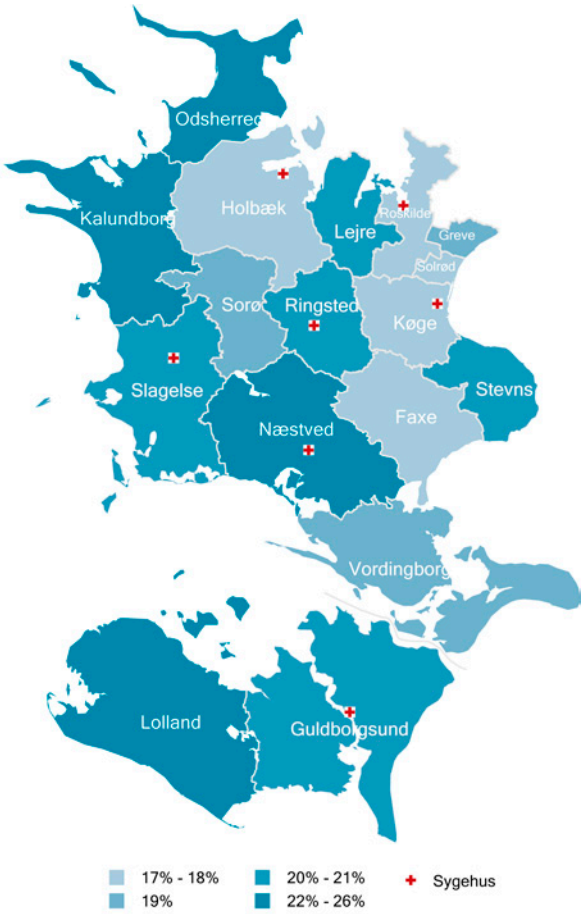


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder

Kommunevariation: Forhøjet blodtryk varierer mellem kommunerne fra 17 procent i Solrød Kommune til 26 procent i Odsherred Kommune, tabel 5.1.1.2. I Solrød Kommune er andelen signifikant lavere end regionsgennemsnittet. Derimod har Odsherred, Lolland og Kalundborg Kommuner en signifikant højere andel borgere med forhøjet blodtryk. Se også kort 5.1.1.1. Når der kontrolleres for køn og alder har Vordingborg Kommune en signifikant lavere andel af borgere med forhøjet blodtryk, og i Odsherred og Næstved Kommuner er andelen signifikant højere end regionsgennemsnittet.

Udvikling: 20 procent af borgerne i Region Sjælland har forhøjet blodtryk i 2013. Det er en ændring på 1 procentpoint fra 2010. Næstved Kommune er den eneste kommune, der har haft en markant ændring med en stigning på 6 procentpoint fra 2010 til 2013.

Kort 5.1.1.1. Borgere med forhøjet blodtryk



Tabel 5.1.1.3 Borgere med hjerneblødning, blodprop i hjernen og hjertekrampe

	% Hjerneblødning, blodprop i hjernen	Personer	% Hjertekrampe	Personer
Region Sjælland	1,7	10.900	1,9	12.000
Køn				
Mand	1,8	5.500	2,2	6.700
Kvinde	1,7	5.400	1,6	5.200
Alder				
16-24 år	-	-	-	-
25-34 år	-	-	-	-
35-44 år	-	-	-	-
45-54 år	1,1	1.300	1,6	1.900
55-64 år	2,8	3.000	2,6	2.800
65-79 år	3,6	4.300	3,8	4.500
80+ år	6,1	1.700	5,8	1.600
Uddannelse				
Under uddannelse	-	-	-	-
Grundskole	2,6	1.900	3,1	2.200
Kort uddannelse	1,8	4.000	1,9	4.100
Kort videreg. uddannelse	1,2	500	1,3	600
Mellemlang videreg. uddannelse	1,2	1.200	1,3	1.300
Lang videreg. uddannelse	-	-	0,8	300
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	0,4	1.400	0,7	2.300
Arbejdsløse	-	-	-	-
Førtidspensionister	6,6	2.200	7,4	2.400
Efterlønsmodtagere	2,8	600	-	-
Alderspensionister	4,1	6.000	4,2	6.100
Øvrige ikke-erhvervsaktive	-	-	-	-
Samlivsstatus				
Samlevende	1,6	6.800	1,7	7.100
Ikke samlevende	1,9	4.200	2,3	4.900
Etnisk baggrund				
Danmark	1,7	10.200	1,8	10.700
Andre vestlige lande	-	-	-	-
Ikke-vestlige lande	-	-	3,0	900

- For få besvarelser til, at der kan gives resultater

Generelt: Blandt borgere i Region Sjælland har 1,7 procent haft blødning eller blodprop i hjernen og 1,9 procent har haft hjertekramper, tabel 5.1.1.3.

Køn og alder: Der er ingen kønsforskel i andelen med hjerneblødning eller blodprop i hjernen, hvorimod hjertekrampe ses lidt oftere blandt mænd end blandt kvinder. For begge sygdomme gælder, at de sjældent forekommer før 45-54-årsalderen, hvorefter hyppigheden stiger med alderen. Blandt borgere på 80 år og derover optræder hjerneblødning eller blodprop i hjernen seks gange så hyppigt som blandt de 45-54-årige. Det samme gælder stort set for hjertekrampe.

Uddannelse: For begge sygdomme gælder, at andelen falder med stigende uddannelseslængde. Sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse er forekomsten af hjertekramper fire gange så høj blandt borgere med grundskole alene.

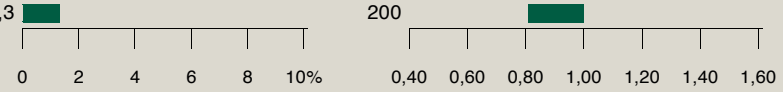
Erhvervstilknytning: Hjerneblødning eller blodprop i hjernen mest udbredt blandt førtidspensionister og alderspensionister. Det samme gælder for hjertekrampe.

Samlivsstatus: Der synes ikke at være forskel på forekomst af hjerneblødning eller blodprop i hjernen mellem samlevende og borgere, der ikke bor sammen med en partner. Hjertekrampe ses lidt oftere blandt borgere, der ikke bor med en partner.

Etnisk baggrund: Det er ikke muligt at beskrive forekomst blandt borgere med forskellig etnisk baggrund på grund af for få besvarelser.

Tabel 5.1.1.4 Borgere med hjerneblødning eller blodprop i hjernen – kommuner

	%	Personer	Odds Ratio
Region Sjælland	1,7	10.900	
Guldborgsund	2,1	1.000	
Kalundborg	1,9	700	
Lolland	2,7 *	1.000	
Odsherred	2,6	700	
Slagelse	1,8	1.100	
Vordingborg	2,2	800	
Kommunesocialgruppe 2			
Faxe	1,6	400	
Holbæk	1,6	800	
Næstved	1,3	800	
Ringsted	1,9	500	
Sorø	1,7	400	
Stevns	2,1	400	
Kommunesocialgruppe 1			
Greve	1,4	500	
Køge	0,9	400	
Lejre	1,3	300	
Roskilde	1,6	1.000	
Solrød	1,3	200	



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Andelen af borgere med hjerneblødning eller blodprop i hjernen er lavest i Køge Kommune med 0,9 procent og højest i Lolland Kommune med 2,7 procent, tabel 5.1.1.4. Lolland Kommunes andel er signifikant højere end regionsgennemsnittet. Der er ingen signifikante forskelle i forhold til regionsgennemsnittet, når der tages højde for køn og alder. Der ses en tendens til, at hjerneblødning eller blodprop i hjernen ses hyppigere i kommunesocialgruppe 3 end i kommunesocialgruppe 1.

5.1.2 Sukkersyge og kræftsygdomme

Sukkersyge er i realiteten flere forskellige sygdomme, der traditionelt opdeles i type 1 sukkersyge, som udgør ca. 10 procent af alle tilfælde af sukkersyge i Danmark, og ofte debuterer hos børn og unge. Type 1 sukkersyge er blandt andet karakteriseret ved, at der sker en nedbrydning af de celler, som danner insulin i bugspytkirtlen. Hovedparten af alle sukkersygepatienter lider af type 2 sukkersyge. Type 2 sukkersyge er karakteriseret ved, at der er forstyrrelser i stofskiftet, en relativ nedsat produktion af insulin og en nedsat følsomhed for insulin. Risikoen for at få type 2 sukkersyge stiger, hvis personer er fysisk inaktive, svært overvægtige og samtidig er genetisk disponeret til at udvikle type 2 sukkersyge. Ved udgangen af 2009 havde 270.985 danskere diagnosen, og de centrale sundhedsmyndigheder vurderer, at der er mindst 200.000, der har sygdommen uden at vide det[10].

Ordet kræftsygdomme dækker over en række forskellige ondartede svulster, der sidder forskellige steder i kroppen. Årsagerne til kræft er mange og afhænger af, hvilket organsystem, der er involveret. Rygning er for eksempel en risikofaktor for udvikling af kræft i lunger og blære, mens livmoderhalskræft er forårsaget af et virus (HPV). Inden for de senere år er der arbejdet fokuseret på at forbedre kræftbehandlingen i Danmark ved indførsel af kræftpakker[11]. Der er desuden indført en national monitorering på området med obligatorisk indberetning til Sundhedsstyrelsen af tilfælde, hvor de absolutte ventetider ikke overholdes[12]. Den forbedrede kræftbehandling har betydet, at flere og flere overlever, og af flere lever med eventuelle følger efter behandlingen af deres kræftsygdom.

Tabel 5.1.2.1 Borgere med sukkersyge og kræft

	% Sukkersyge	Personer	% Kræft	Personer
Region Sjælland	5,6	35.200	3,0	18.900
Køn				
Mand	6,5	20.200	3,2	9.900
Kvinde	4,7	15.100	2,8	9.000
Alder				
16-24 år	-	-	-	-
25-34 år	1,6	1.100	-	-
35-44 år	2,5	2.600	0,5	500
45-54 år	4,2	5.000	2,0	2.400
55-64 år	8,0	8.500	4,3	4.600
65-79 år	11,5	13.500	7,2	8.500
80+ år	14,3	4.000	6,9	2.000
Uddannelse				
Under uddannelse	-	-	-	-
Grundskole	9,5	6.800	3,1	2.300
Kort uddannelse	6,6	14.200	3,6	7.800
Kort videreg. uddannelse	3,6	1.700	2,7	1.200
Mellemlang videreg. uddannelse	3,7	3.800	3,1	3.200
Lang videreg. uddannelse	1,9	800	2,8	1.100
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	2,7	8.400	1,3	4.000
Arbejdsløse	4,6	1.500	1,9	600
Førtidspensionister	13,5	4.300	6,6	2.200
Efterlønsmodtagere	7,3	1.500	3,4	700
Alderspensionister	12,0	17.600	7,1	10.500
Øvrige ikke-erhvervsaktive	6,5	1.600	3,2	800
Samlivsstatus				
Samlevende	5,3	21.700	3,3	13.600
Ikke samlevende	6,3	13.500	2,5	5.300
Etnisk baggrund				
Danmark	5,7	33.000	3,1	18.200
Andre vestlige lande	4,2	700	3,3	500
Ikke-vestlige lande	5,4	1.500	-	-

0 5 10 15 20%

0 2 4 6 8 10%

- For få besvarelser til, at der kan gives resultater

Generelt: I Region Sjælland har 5,6 procent af borgerne sukkersyge, og 3 procent har kræft, eller har eftervirkninger, af en kræftsygdom, tabel 5.1.2.1.

Køn og alder: Sukkersyge forekommer hyppigere blandt mænd end blandt kvinder, og er hyppigst i aldersgruppen 80+ år. Kræft er en smule hyppigere blandt mænd end blandt kvinder. Fra 25-34 år stiger andelen med kræft med alderen frem til 80 år, hvorefter den falder en smule.

Uddannelse: Overordnet er der en tendens til, at andelen med sukkersyge falder med stigende uddannelseslængde. Det ses, at der blandt borgere med grundskole alene er en fem gange højere andel med sukkersyge, end blandt borgere med en lang videregående uddannelse. Der er ikke de store udsving i andelen af borgere med kræft på tværs af uddannelsesniveau. Den laveste forekomst findes blandt borgere med en kort videregående uddannelse med 2,7 procent og den højeste forekomst blandt personer med kort uddannelse på 3,6 procent.

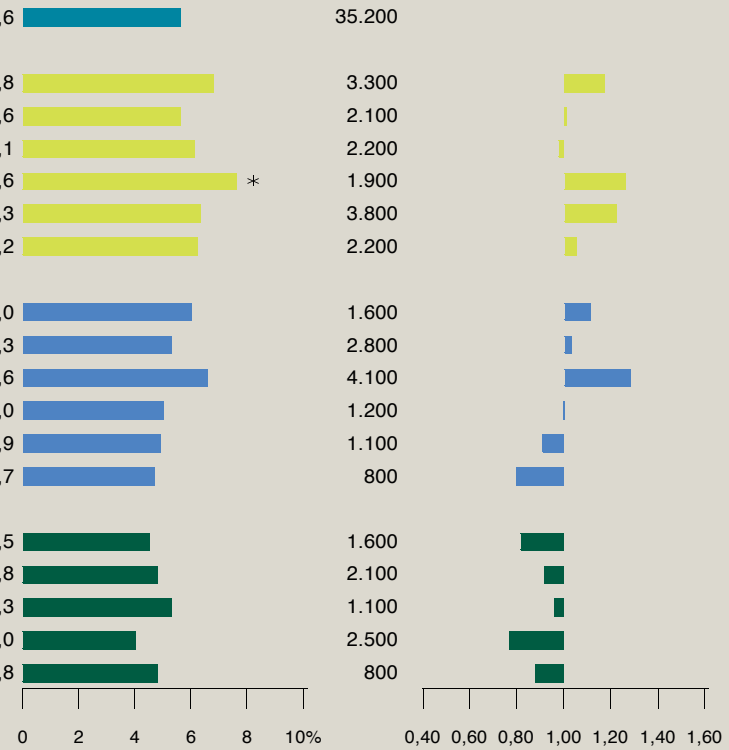
Erhvervstilknytning: Sukkersyge ses sjældnest blandt beskæftigede og arbejdsløse. Den højeste andel findes blandt førtidspensionister med 13,5 procent og alderspensionister med 12 procent. Der er en høj andel af borgere med kræft blandt førtidspensionister og alderspensionister, hvorimod den laveste andel ses blandt beskæftigede og arbejdsløse.

Samlivsstatus: Andelen med sukkersyge er en smule højere blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner, end blandt samlevende. Omvendt er forekomsten af kræft lidt højere blandt samlevende end blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner.

Etnisk baggrund: Overordnet er der ikke den store forskel i forekomsten af sukkersyge på tværs af etnisk baggrund. Blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund er forekomsten af kræft stort set ens. Der findes ikke tal fra borgere med ikke-vestlig baggrund.

Tabel 5.1.2.2 Borgere med sukkersyge – kommuner

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Sjælland	5,6	35.200		1
Guldborgsund	6,8	3.300		2
Kalundborg	5,6	2.100		0
Lolland	6,1	2.200		0
Odsherred	7,6 *	1.900		2
Slagelse	6,3	3.800		1
Vordingborg	6,2	2.200		-1
Kommunesocialgruppe 2				
Faxe	6,0	1.600		1
Holbæk	5,3	2.800		1
Næstved	6,6	4.100		4
Ringsted	5,0	1.200		0
Sorø	4,9	1.100		-1
Stevns	4,7	800		0
Kommunesocialgruppe 1				
Greve	4,5	1.600		-2
Køge	4,8	2.100		1
Lejre	5,3	1.100		-1
Roskilde	4,0	2.500		1
Solrød	4,8	800		-1

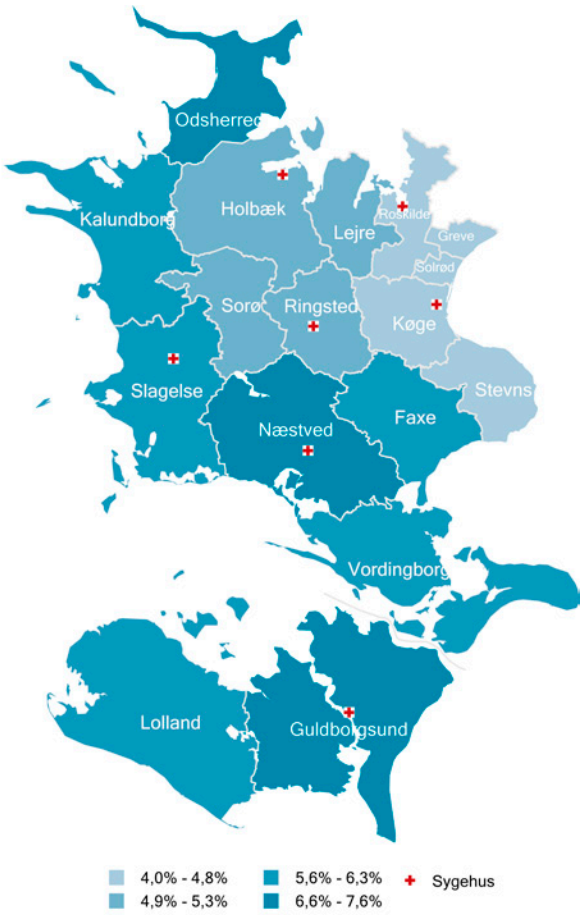


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Andelen af borgere med sukkersyge varierer fra 4 procent i Roskilde Kommune til 7,6 procent i Odsherred Kommune, tabel 5.1.2.2. I Odsherred Kommune er andelen fundet signifikant højere end i hele Region Sjælland. Se også kort 5.1.2.1. Dette kan dog tilskrives forskelle i køn og alder, da forskellen bortfalder efter justering for disse.

Udvikling: Der er 5,6 procent af borgerne i Region Sjælland, der har sukkersyge. Det er en stigning på 1 procentpoint fra 2010. I Næstved Kommune er der sket en stigning på 4 procentpoint fra 2010 til 2013.

Kort 5.1.2.1 Borgere med sukkersyge



5.1.3 Luftvejssygdomme og allergi

Antallet af borgere med astma i Danmark har været stigende i de sidste 20 år, og det skønnes nu, at 6 til 10 procent af befolkningen har diagnosen. Kun halvdelen af disse er i behandling. Årsagerne til udvikling af astma er kun delvist kendt. En del borgere er genetisk disponeret. Astma forekommer hyppigt blandt børn og unge i modsætning til flere af de øvrige kroniske sygdomme. Astma kan i nogle tilfælde udvikle sig til en livstruende tilstand og kan i værste fald medføre død. I de fleste tilfælde er sygdommen dog forholdsvis let at behandle, og det er en sygdom, der ikke giver gener eller kun få gener i det daglige[13].

Den hyppigste form for allergi er høfeber, som medfører forringet livskvalitet, når der aktuelt er symptomer. Ofte er høfeber sæsonbetinget, da mange tilfælde af høfeber skyldes pollen.

Den hyppigste årsag til KOL er rygning. Det skønnes, at der er ca. 430.000 danskere, som har KOL. Heraf har ca. 50.000 svær KOL. I mange tilfælde er KOL ikke diagnosticeret. Ca. 40-50 procent af alle rygere udvikler KOL i varierende grad. Det er dog ikke alle borgere med KOL, der er rygere. KOL er en sygdom, der giver nedsat livskvalitet på grund af kronisk åndenød[14].

Tabel 5.1.3.1 Borgere med astma, KOL og allergi

	% Astma	Personer	% KOL	Personer	% Allergi	Personer
Region Sjælland	7,2	45.700	4,9	30.800	21	131.700
Køn						
Mand	5,6	17.600	5,2	16.300	18	56.700
Kvinde	8,8	28.100	4,5	14.400	24	75.000
Alder						
16-24 år	10,1	8.100	1,6	1.300	24	19.500
25-34 år	7,7	5.200	-	-	23	15.600
35-44 år	7,7	8.200	1,2	1.300	26	28.400
45-54 år	6,4	7.700	2,9	3.500	23	27.600
55-64 år	6,4	6.900	7,0	7.500	19	19.800
65-79 år	6,5	7.700	10,4	12.400	15	17.600
80+ år	6,6	1.900	13,4	3.800	11	3.100
Uddannelse						
Under uddannelse	10,5	4.700	1,8	800	24	10.900
Grundskole	10,2	7.400	8,5	6.200	19	13.400
Kort uddannelse	5,9	12.900	5,1	11.000	18	39.600
Kort videreg. uddannelse	4,9	2.300	3,5	1.600	22	10.400
Mellemlang videreg. uddannelse	6,6	6.800	3,0	3.100	24	25.000
Lang videreg. uddannelse	6,0	2.400	2,4	1.000	26	10.300
Erhvervstilknytning						
Beskæftigede	6,0	18.700	1,8	5.500	22	68.000
Arbejdsløse	7,0	2.300	4,0	1.300	22	7.200
Førtidspensionister	13,2	4.300	13,9	4.500	28	9.100
Efterlønsmodtagere	5,2	1.100	5,1	1.100	16	3.200
Alderspensionister	6,5	9.500	11,0	16.200	14	20.800
Øvrige ikke-erhvervsaktive	14,5	3.600	5,0	1.300	30	7.400
Samlivsstatus						
Samlevende	6,6	27.200	4,1	17.000	21	85.100
Ikke samlevende	8,5	18.500	6,3	13.800	22	46.600
Etnisk baggrund						
Danmark	7,1	41.800	4,9	28.600	21	121.600
Andre vestlige lande	4,2	700	4,5	800	19	3.200
Ikke-vestlige lande	11,4	3.300	5,1	1.400	24	6.900

0 5 10 15 20% | 0 5 10 15 20% | 0 10 20 30 40%

- For få besvarelser til, at der kan gives resultater

Generelt: I Region Sjælland har 7,2 procent astma, 4,9 procent har KOL og 21 procent lider af allergi, tabel 5.1.3.1.

Køn og alder: Flere kvinder end mænd har astma. Forekomsten af astma er højest blandt de 16-24-årige og falder svagt med alderen, hvor den ligger stabilt på omkring 6,5 procent fra 45 år og op efter. Lidt flere mænd end kvinder har KOL. Forekomsten stiger med alderen, hvor 13,4 procent af borgere på 80 år og derover KOL. Allergi ses lidt oftere blandt kvinder end blandt mænd med henholdsvis 24 procent og 18 procent. Andelen med allergi er nogenlunde konstant ind til 54 år, herefter falder andelen med stigende alder.

Uddannelse: Forekomsten af astma er højest blandt borgere med grundskole alene og blandt borgere under uddannelse. Borgere med kort videregående uddannelse har den laveste forekomst. Andelen af borgere med KOL er højest blandt borgere med grundskole alene. Andelen falder i takt med, at uddannelsesniveauet stiger. For allergi ses en tendens til, at hyppigheden stiger med stigende uddannelseslængde, fra 18 procent hos borgere med kort uddannelse til 26 procent hos borgere med lang videregående uddannelse.

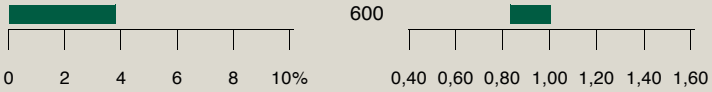
Erhvervstilknytning: Øvrige ikke-erhvervsaktive og førtidspensionister har de højeste andele af astma på 14,5 procent og 13,2 procent. For de resterende grupper ligger forekomsten på mellem 5,2 procent og 7 procent. Forekomsten af KOL er højest blandt førtidspensionister og alderspensionister med henholdsvis 13,9 procent og 11 procent. Lavest er andelen blandt de beskæftigede med 1,8 procent. Allergi ses sjældnest alderspensionister og oftest blandt øvrige ikke-erhvervsaktive.

Samlivsstatus: Andelen af borgere med astma er lidt højere blandt ikke-samlevende sammenlignet med samlevende. Samme tendens er gældende for KOL. Derimod er forekomsten af allergi er ikke betinget af samlivsstatus.

Etnisk baggrund: Astma ses oftere blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund. Derimod er der ingen betydelig forskel i forekomsten af KOL i forhold til etnisk baggrund. Forekomsten af allergi er højest blandt borgere med ikke-vestlig baggrund, men forskellen mellem grupperne er lille.

Tabel 5.1.3.2 Borgere med KOL – kommuner

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Sjælland	4,9	30.800		0
Kommunesocialgruppe 3				
Guldborgsund	5,1	2.500		-1
Kalundborg	7,1 *	2.700	*	0
Lolland	6,5 *	2.300		-1
Odsherred	7,2 *	1.900	*	2
Slagelse	5,0	3.000		-1
Vordingborg	4,5	1.600		-2
Kommunesocialgruppe 2				
Faxe	4,1	1.100		0
Holbæk	4,9	2.600		0
Næstved	4,8	3.000		0
Ringsted	4,7	1.200		1
Sorø	4,1	900		0
Stevns	6,2	1.000		1
Kommunesocialgruppe 1				
Greve	3,4 *	1.300		-1
Køge	4,2	1.800		-1
Lejre	3,8	800		2
Roskilde	3,9	2.500		1
Solrød	3,8	600		0

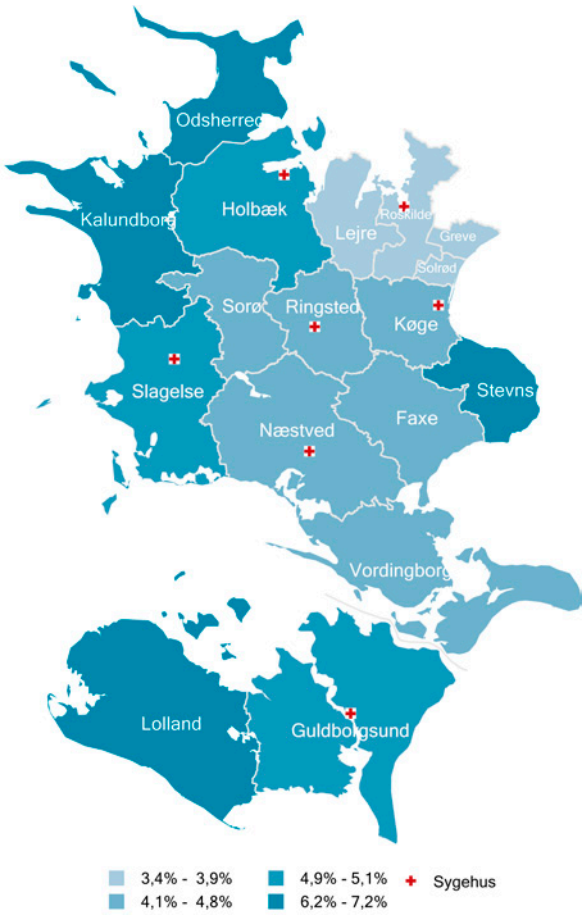


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Der er fire kommuner, der skiller sig ud fra regionsgennemsnittet med hensyn til borgere med KOL, tabel 5.1.3.2. Odsherred, Kalundborg og Lolland Kommuner har en signifikant højere andel af borgere med KOL, hvorimod Greve Kommune har en signifikant lavere andel. Se også kort 5.1.3.1. Efter justering for køn og alder er andelene i Kalundborg og Odsherred Kommuner fortsat højere end regionsgennemsnittet. Der ses en tydelig social gradient mellem kommunesocialgrupperne.

Udvikling: Der er 4,9 procent af borgerne i Region Sjælland, der har KOL. Der er ikke sket nogen ændring siden 2010 på regionsniveau. I Lejre Kommune er der sket en stigning på 2 procentpoint siden 2010.

Kort 5.1.3.1 Borgere med KOL



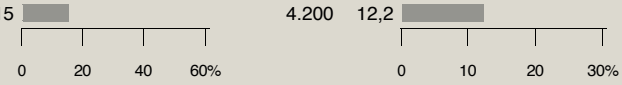
5.1.4 Sygdomme i bevægeapparatet

Lidelser i bevægeapparatet dækker over flere forskellige sygdomme. De sygdomme, som borgerne i Sundhedsprofilen er blevet spurgt ind til, er slidgigt, leddegigt, knogleskørhed og rygsygdomme. Disse er alle er store sygdomsgrupper, som medfører store gener for den enkelte og store udgifter for samfundet. Ifølge Danmarks Statistik var der i Region Sjælland 748 indlæggelser og 23.857 ambulante behandlinger for leddegigt og beslægtede sygdomme i 2012. For slidgigt er tallene 4.100 indlæggelser og 20.213 ambulante behandlinger, og for rygsygdomme er der 2.046 indlæggelser og 7.191 ambulante behandlinger[15].

Mange mennesker opdager først, at de lider af knogleskørhed, når de får deres første knoglebrud. Ifølge WHO's definition på knogleskørhed kan antallet af tilfælde af knogleskørhed i Danmark hos borgere på over 50 år beregnes til 500.000-600.000 danskere. Mere end 90 procent af alle hoftenære brud og brud på rygsøjlen hos ældre kvinder skyldes knogleskørhed[16].

Tabel 5.1.4.1 Borgere med slidgigt og leddegigt

	% Slidgigt	Personer	% Leddegigt	Personer
Region Sjælland	23	146.900	8,0	50.000
Køn				
Mand	20	61.500	8,5	26.300
Kvinde	27	85.400	7,5	23.800
Alder				
16-24 år	1	600	1,3	1.100
25-34 år	4	2.400	2,0	1.300
35-44 år	10	10.700	3,5	3.800
45-54 år	22	26.700	7,7	9.300
55-64 år	35	37.400	13,2	14.000
65-79 år	44	53.200	13,8	16.200
80+ år	55	15.800	16,6	4.400
Uddannelse				
Under uddannelse	2	700	1,6	700
Grundskole	30	22.000	13,5	9.600
Kort uddannelse	27	58.000	8,8	19.000
Kort videreg. uddannelse	20	9.100	5,1	2.400
Mellemlang videreg. uddannelse	22	23.100	5,6	5.800
Lang videreg. uddannelse	14	5.600	3,5	1.400
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	14	44.000	4,3	13.400
Arbejdsløse	15	4.800	7,0	2.300
Førtidspensionister	45	14.700	24,1	7.600
Efterlønsmodtagere	34	7.100	13,6	2.800
Alderspensionister	46	69.100	14,3	20.600
Øvrige ikke-erhvervsaktive	26	6.300	10,8	2.600
Samlivsstatus				
Samlevende	23	96.000	8,0	32.900
Ikke samlevende	23	50.900	8,1	17.200
Etnisk baggrund				
Danmark	23	137.900	7,7	44.900
Andre vestlige lande	29	4.800	10,4	1.700
Ikke-vestlige lande	15	4.200	12,2	3.400



Generelt: 23 procent af borgerne i Region Sjælland har slidgigt, og 8 procent har leddegigt, tabel 5.1.4.1.

Køn og alder: Flere kvinder end mænd har slidgigt. Til gengæld har flere mænd end kvinder leddegigt, forskellen er dog knap så markant. Andelene med slidgigt og leddegigt stiger med alderen, særlig markant er stigningen for slidgigt.

Uddannelse: For både slidgigt og leddegigt findes den laveste andel blandt borgere under uddannelse. Ellers falder andelen med slidgigt og leddegigt med stigende uddannelseslængde.

Erhvervstilknytning: Slidgigt er mest udtalt hos førtidspensionister og alderspensionister. Samme tendens ses for leddegigt, hvor forekomsten hos alderspensionister dog ikke er helt så markant. For begge sygdomme findes den laveste forekomst blandt beskæftigede og arbejdsløse.

Samlivsstatus: Der er ikke forskel på tværs af samlivsstatus i andelen af borgere med slidgigt og leddegigt.

Etnisk baggrund: Slidgigt ses hyppigst blandt borgere med anden vestlig baggrund med 29 procent og er mest sjælden blandt borgere med ikke-vestlig baggrund. For leddegigt findes den højeste forekomst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund, og den laveste ses blandt borgere med dansk baggrund.

Tabel 5.1.4.2 Borgere med slidgigt – kommuner

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Sjælland	23	146.900		0
Guldborgsund	27 *	13.200		1
Kalundborg	26	9.600		-1
Lolland	27 *	9.800		-1
Odsherred	27 *	6.900		0
Slagelse	22	13.400		0
Vordingborg	28 *	10.100	*	1
Kommunesocialgruppe 2				
Faxe	24	6.600		0
Holbæk	21	11.100		-1
Næstved	25	16.000	*	2
Ringsted	18 *	4.500	*	-1
Sorø	21	4.700		0
Stevns	29 *	4.900	*	5
Kommunesocialgruppe 1				
Greve	21	7.800		0
Køge	22	9.700		2
Lejre	19 *	3.800	*	-1
Roskilde	18 *	11.400	*	0
Solrød	21	3.400		1

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Andelen af borgere med slidgigt spænder fra 29 procent i Stevns Kommune til 18 procent i Ringsted og Roskilde Kommuner, tabel 5.1.4.2. I kommunerne Stevns, Vordingborg, Guldborgsund, Lolland og Odsherred er andelen signifikant højere end i hele Region Sjælland. I Ringsted, Roskilde og Lejre Kommuner er andelen signifikant lavere end regionsgennemsnittet. Efter kontrol for køn og alder har borgerne i Stevns, Næstved og Vordingborg Kommuner en forhøjet sandsynlighed for slidgigt. Lejre, Roskilde og Ringsted Kommuner har fortsat en lavere sandsynlighed for slidgigt end regionsgennemsnittet.

Udvikling: 23 procent af borgerne i Region Sjælland har slidgigt. Det har ikke ændret sig siden 2010. I Stevns Kommune er sket en stigning på 5 procentpoint siden 2010.

Tabel 5.1.4.3 Borgere med knogleskørhed og rygsygdom

	% Knogleskørhed	Personer	% Rygsygdom	Personer
Region Sjælland	2,8	17.700	15	94.200
Køn				
Mand	1,3	4.000	15	46.700
Kvinde	4,3	13.700	15	47.500
Alder				
16-24 år	-	-	5	3.600
25-34 år	-	-	9	5.900
35-44 år	0,6	600	13	14.300
45-54 år	1,1	1.300	18	21.600
55-64 år	3,9	4.200	21	22.000
65-79 år	6,1	7.300	18	21.000
80+ år	13,3	3.700	20	5.700
Uddannelse				
Under uddannelse	-	-	4	1.600
Grundskole	4,9	3.500	18	13.300
Kort uddannelse	2,5	5.500	17	37.600
Kort videreg. uddannelse	2,7	1.200	17	7.700
Mellemlang videreg. uddannelse	2,4	2.500	13	13.400
Lang videreg. uddannelse	1,1	400	11	4.400
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	0,6	2.000	12	37.800
Arbejdsløse	1,2	400	14	4.600
Førtidspensionister	8,4	2.700	35	11.400
Efterlønsmodtagere	4,1	800	19	4.100
Alderspensionister	7,5	11.000	18	26.700
Øvrige ikke-erhvervsaktive	2,0	500	27	6.800
Samlivsstatus				
Samlevende	2,3	9.700	15	63.900
Ikke samlevende	3,7	8.000	14	30.300
Etnisk baggrund				
Danmark	2,8	16.200	15	86.500
Andre vestlige lande	3,1	500	19	3.200
Ikke-vestlige lande	3,5	1.000	16	4.500

0 5 10 15 20%

0 10 20 30 40%

- For få besvarelser til, at der kan gives resultater

Generelt: I Region Sjælland lider 2,8 procent af knogleskørhed, og 15 procent har en rygsygdom, tabel 5.1.4.3.

Køn og alder: Flere kvinder end mænd har knogleskørhed. Der er ingen kønsmæssig forskel i forekomsten af rygsygdomme. Andelen af borgere med knogleskørhed stiger med stigende alder. For rygsygdomme stiger forekomsten i de yngre aldersgrupper til aldersgruppen 55-64 år, hvorefter den er rimelig stabil i de ældste aldersgrupper.

Uddannelse: Der ses en tendens til, at andelen med knogleskørhed og rygsygdomme falder med stigende uddannelseslængde.

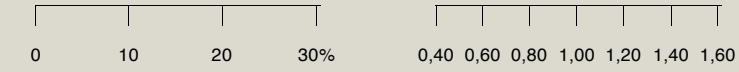
Erhvervstilknytning: For knogleskørhed findes de højeste forekomster blandt førtidspensionister og alderspensionister. Blandt førtidspensionister er forekomsten af rygsygdomme 3 gange så stor, som blandt beskæftigede. Fælles for begge sygdomme er, at de laveste andel findes blandt beskæftigede og arbejdsløse.

Samlivsstatus: Der er ikke nogen markante forskelle i forekomsten af hverken knogleskørhed eller rygsygdomme i forhold til samlivsstatus.

Etnisk baggrund: På tværs af etnisk baggrund findes der ikke forskelle i forekomsten af borgere med knogleskørhed og rygsygdomme.

Tabel 5.1.4.4 Borgere med rygsygdom – kommuner

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Sjælland	15	94.200		0
Kommunesocialgruppe 3				
Guldborgsund	16	7.800		0
Kalundborg	19 *	7.000	*	2
Lolland	16	5.800		1
Odsherred	20 *	5.100	*	3
Slagelse	16	9.400		1
Vordingborg	14	5.000		0
Kommunesocialgruppe 2				
Faxe	14	3.800		-1
Holbæk	13	6.800		0
Næstved	16	10.100		0
Ringsted	13	3.300		-2
Sorø	16	3.500		1
Stevns	16	2.700		0
Kommunesocialgruppe 1				
Greve	13	4.900		-2
Køge	14	6.200		0
Lejre	15	3.000		3
Roskilde	12 *	7.400	*	-2
Solrød	14	2.300		1

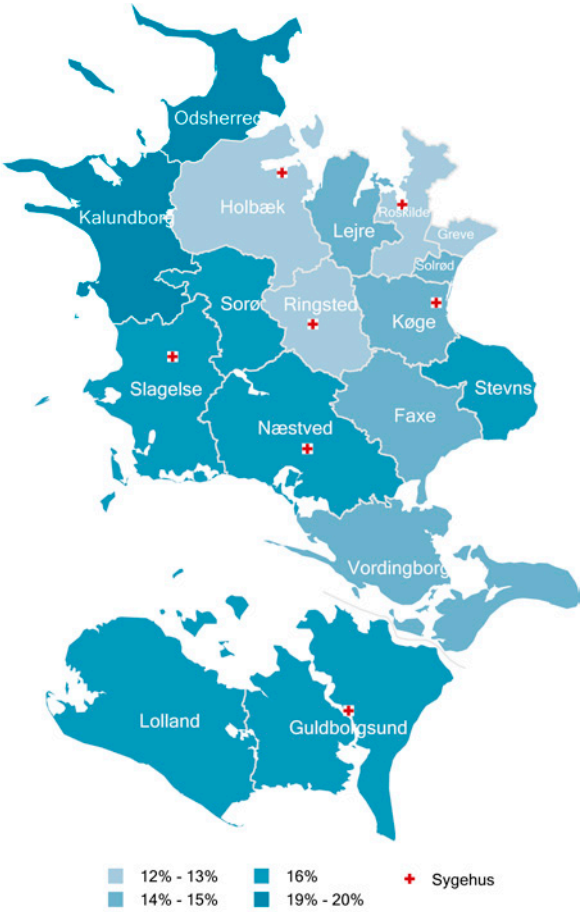


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Forekomst af rygsygdom varierer mellem kommunerne fra 12 procent i Roskilde Kommuner til 20 procent i Odsherred Kommune, tabel 5.1.4.4. Den laveste andel af borgere med rygsygdom findes i Roskilde Kommune, hvor en signifikant lavere andel lider af dette sammenlignet med regionsgennemsnittet. I Odsherred og Kalundborg Kommune er andelene signifikant højere end regionsgennemsnittet. Se også kort 5.1.4.1. Disse tre kommuner er fortsat signifikant forskellige fra hele Region Sjælland efter justering for køn og alder. Der ses en tendens til en social gradient på tværs af kommuner.

Udvikling: Der er 15 procent i Region Sjælland, der har en rygsygdom. Der er ikke sket nogen ændring siden 2010.

Kort 5.1.4.1 Borgere med rygsygdom



5.1.5 Psykiske lidelser

Betegnelsen psykisk lidelse dækker over alt lige fra angst, fobier, depression til svære tilfælde af skizofreni, som kan være invaliderende. Borgere med psykiske lidelser lever gennemsnitlig 20 år kortere end borgere uden en psykisk sygdom. 60 procent af overdødeligheden skyldes underbehandling af somatiske lidelser[17].

Behandling af psykiske lidelser foregår både i primær og sekundærsektoren. Ifølge kvartalsopgørelserne i Danske Regioner var aktiviteten i Psykiatrien i Region Sjælland på 27-28.000 sengedage i hvert kvartal og 31-33.000 ambulante kontakter i 2013[18]. Hertil kommer så alle de borgere, som bliver behandlet for deres psykiske lidelse i almen praksis eller speciallægepraksis.

I det følgende beskrives borgere med psykiske lidelser. Psykiske lidelser er delt op i kortvarige lidelser, der er defineret, som lidelser med en varighed på under 6 måneder, og længerevarende psykiske lidelser, der er defineret som lidelser, der varer 6 måneder eller mere.

Tabel 5.1.5.1 Borgere med kortvarige og længerevarende psykiske lidelser

	% Kortvarig psykisk lidelse	Personer	% Længerevarende psykisk lidelse	Personer
Region Sjælland	6,3	39.000	7,8	48.800
Køn				
Mand	5,0	15.300	6,1	18.900
Kvinde	7,5	23.700	9,4	29.900
Alder				
16-24 år	6,5	5.200	8,3	6.700
25-34 år	8,1	5.400	11,1	7.400
35-44 år	6,8	7.300	8,2	8.900
45-54 år	7,6	9.100	9,2	11.100
55-64 år	6,0	6.300	7,3	7.800
65-79 år	3,9	4.600	4,9	5.800
80+ år	3,8	1.000	4,3	1.200
Uddannelse				
Under uddannelse	6,7	2.900	7,9	3.500
Grundskole	11,8	8.400	14,8	10.600
Kort uddannelse	5,9	12.700	6,9	15.000
Kort videreg. uddannelse	3,9	1.800	5,4	2.500
Mellemlang videreg. uddannelse	5,1	5.200	7,2	7.500
Lang videreg. uddannelse	3,0	1.200	3,3	1.300
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	3,9	12.000	4,1	12.800
Arbejdsløse	7,5	2.400	8,5	2.800
Førtidspensionister	25,1	7.900	34,4	11.100
Efterlønsmodtagere	3,1	600	3,9	800
Alderspensionister	3,9	5.600	4,8	7.000
Øvrige ikke-erhvervsaktive	25,9	6.100	37,0	9.000
Samlivsstatus				
Samlevende	5,3	21.800	6,6	27.200
Ikke samlevende	8,1	17.200	10,0	21.600
Etnisk baggrund				
Danmark	5,9	34.100	7,5	44.100
Andre vestlige lande	6,9	1.100	7,2	1.200
Ikke-vestlige lande	13,3	3.700	12,5	3.500

0 10 20 30% 0 10 20 30 40%

Generelt: 6,3 procent af borgerne i Region Sjælland har en kortvarig psykisk lidelse, og 7,8 procent har en længerevarende psykisk lidelse, tabel 5.1.5.1.

Køn og alder: Flere kvinder end mænd har en psykisk lidelse, uanset om det drejer sig om kortvarige eller længerevarende psykiske lidelser. Det er blandt de 25-34-årige, der oftest ses både kortvarige og længerevarende psykiske lidelser. Her er hyppigheden dobbelt så stor, som hos de 65+årige.

Uddannelse: Det er specielt borgere med grundskole alene, der lider af en psykisk lidelse. Her er der 4 gange så mange borgere, der har en kortvarig eller længerevarende psykisk lidelse, når der sammenlignes med borgere med lang videregående uddannelse.

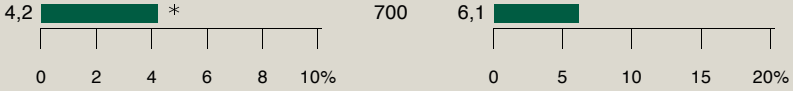
Erhvervstilknytning: Der ses en markant højere forekomst af psykiske lidelser – både kortvarige og længerevarende - blandt personer på førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive.

Samlivsstatus: For begge typer af psykiske lidelser ses en højere forekomst blandt borgere, der ikke har en partner. Det er særligt udtalt blandt borgere med længerevarende psykiske lidelser.

Etnisk baggrund: Dobbelt så mange borgere med ikke-vestlig baggrund lider af kortvarige eller længerevarende psykiske lidelser. Blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund er forekomsten nogenlunde ligeligt fordelt.

Tabel 5.1.5.2 Borgere med kortvarige og længerevarende psykiske lidelser – kommuner

	% Kortvarig psykisk lidelse	Personer	% Længerevarende psykisk lidelse	Personer
Region Sjælland	6,3	39.000	7,8	48.800
Kommunesocialgruppe 3				
Guldborgsund	6,9	3.300	8,4	4.100
Kalundborg	6,6	2.400	8,6	3.200
Lolland	8,9 *	3.200	10,0 *	3.600
Odsherred	5,0	1.300	6,0	1.500
Slagelse	6,7	3.900	9,1	5.400
Vordingborg	5,8	2.100	7,7	2.800
Kommunesocialgruppe 2				
Faxe	4,7	1.300	6,8	1.800
Holbæk	7,4	3.800	6,7	3.500
Næstved	6,3	3.900	9,5 *	5.900
Ringsted	6,3	1.600	7,3	1.800
Sorø	5,8	1.300	7,3	1.600
Stevns	5,1	800	7,9	1.300
Kommunesocialgruppe 1				
Greve	5,2	1.900	6,4	2.400
Køge	6,6	2.800	7,9	3.400
Lejre	6,0	1.200	5,9	1.200
Roskilde	5,5	3.500	6,6	4.200
Solrød	4,2 *	700	6,1	1.000

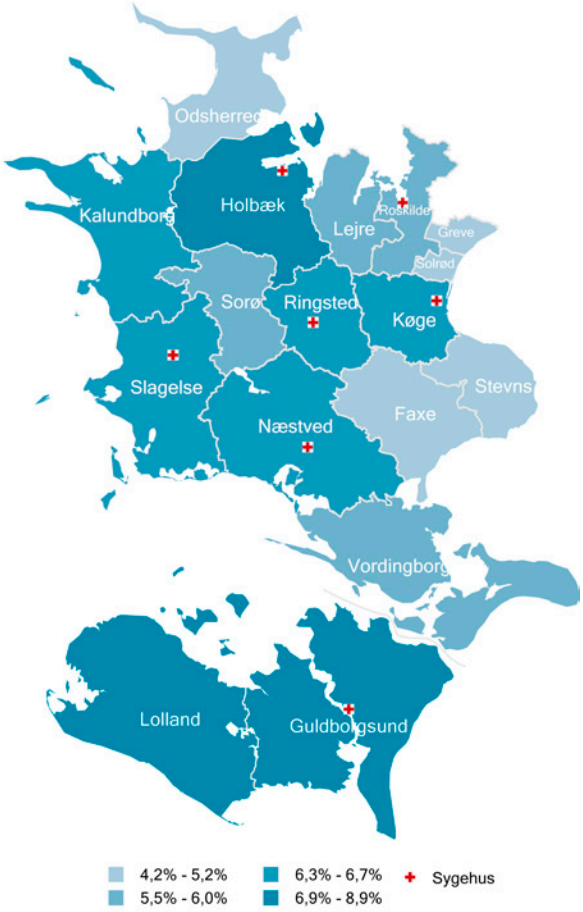


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet. Der er ikke justeret for køn og alder.

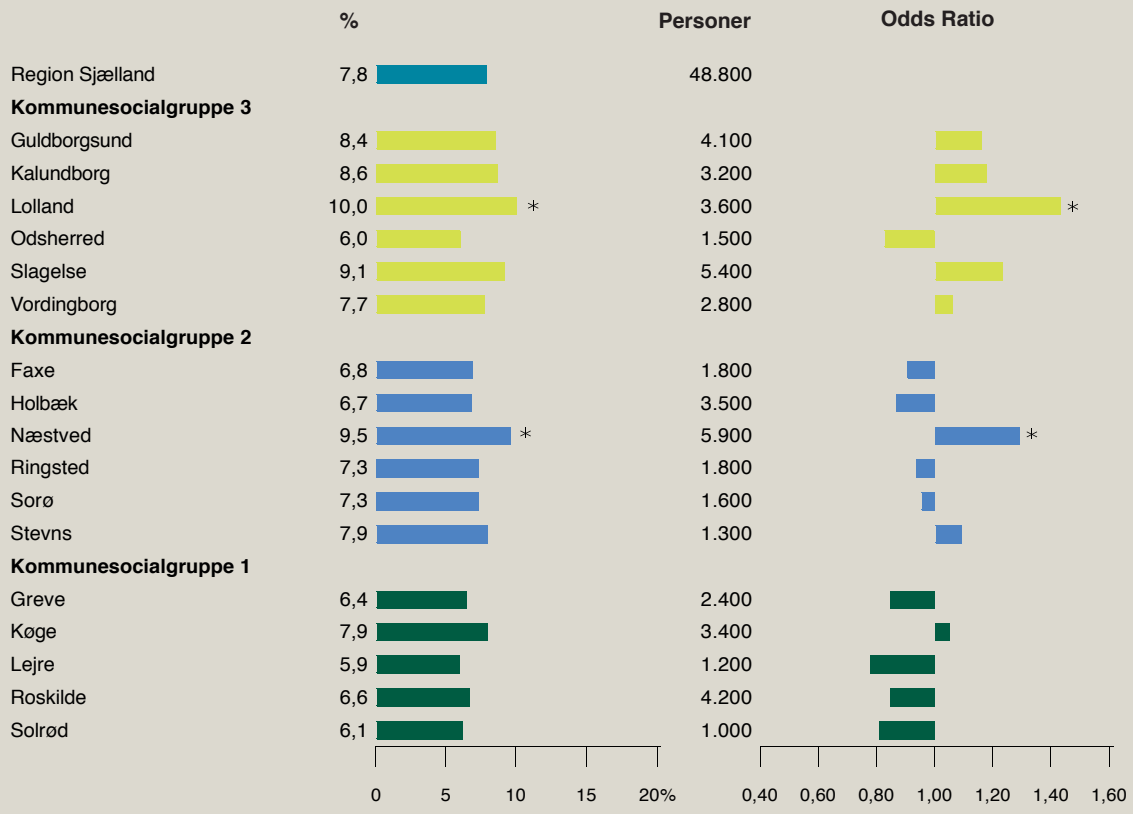
Kommunevariation: Andelen af borgere, der lider af en kortvarige psykisk lidelse, varierer fra 4,2 procent i Solrød Kommune til 8,9 procent i Lolland Kommune, tabel 5.1.5.2. Der er to kommuner, der adskiller sig signifikant fra resten af Region Sjælland. I Solrød Kommune er andelen signifikant lavere end regionsgennemsnittet, og i Lolland Kommune er andelen signifikant højere end regionsgennemsnittet. Se også kort 5.1.5.1.

Variationen af borgere med længerevarende psykiske lidelser går fra 10 procent i Lolland Kommune til 5,9 procent i Lejre Kommune. Lolland og Næstved Kommuners andele ligger begge signifikant over regionsgennemsnittet.

Kort 5.1.5.1 Borgere med kortvarige psykiske lidelser



Tabel 5.1.5.3 Borgere med længerevarende psykisk lidelse – kommuner



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Andelen af borgere med længerevarende psykiske lidelser på tværs af kommunerne spænder fra 10 procent i Lolland Kommune til 5,9 procent i Lejre Kommune, tabel 5.1.5.3. To kommuner har en signifikant højere andel af borgere med længerevarende psykisk sygdom end i resten af regionen: Kalundborg og Næstved Kommuner. Denne forskel er fortsat gældende, når der justeres for køn og alder.

5.1.6 Migræne, grå stær og tinnitus

Migræne er en periodisk hovedpine, der ofte er ledsaget af symptomer fra andre organsystemer. Nogle har kun få migræneanfald i løbet af hele livet, mens migræne hos andre er en invaliderende sygdom med migræneanfald mange gange om måneden. Der er en arvelig komponent i migræne, og sygdommen forekommer ca. dobbelt så hyppigt blandt kvinder som blandt mænd[19].

Grå stær er den sygdom, som hyppigst opereres for i Danmark. Der udføres over 50.000 operationer om året. Hyppigheden af grå stær stiger medalderen. Ubehandlet grå stær kan medføre blindhed. Operationen for grå stær foretages i lokalbedøvelse og sigter på at bevare patientens syn[20].

Tinnitus er betegnelsen for en subjektiv lydoplevelse uden en ekstern lydkilde. Den kan være let, men hos ca. én procent af befolkningen skønnes det, at lydoplevelsen er så generende, at den forringer livskvaliteten hos den, der oplever tinnitus. Der kan være flere forskellige årsager til tinnitus, hvoraf nogle kan afhjælpes, mens tinnitus i andre tilfælde er en lidelse, som borgeren må leve med. I nogle tilfælde skyldes tinnitus en anden underliggende sygdom, som måske kan behandles[21].

Tabel 5.1.6.1 Borgere med migræne, grå stær og tinnitus

	% Migræne	Personer	% Grå stær	Personer	% Tinnitus	Personer
Region Sjælland	15	95.200	3,7	23.400	14	85.400
Køn						
Mand	10	29.600	3,2	9.800	17	52.300
Kvinde	21	65.500	4,3	13.600	10	33.100
Alder						
16-24 år	17	13.300	-	-	6	4.400
25-34 år	20	13.200	-	-	7	4.800
35-44 år	22	23.200	-	-	7	7.800
45-54 år	17	20.900	1,3	1.500	13	15.900
55-64 år	12	13.100	3,3	3.500	20	21.000
65-79 år	8	9.300	9,5	11.100	22	26.800
80+ år	7	2.100	22,5	6.400	17	4.600
Uddannelse						
Under uddannelse	17	7.500	-	-	5	2.200
Grundskole	18	12.900	6,0	4.300	15	10.800
Kort uddannelse	15	33.400	3,7	7.800	16	34.400
Kort videreg. uddannelse	14	6.400	2,3	1.000	14	6.300
Mellemlang videreg. uddannelse	14	14.900	2,8	2.800	12	12.100
Lang videreg. uddannelse	11	4.500	2,3	900	11	4.600
Erhvervstilknytning						
Beskæftigede	15	47.100	0,7	2.100	10	31.300
Arbejdsløse	14	4.800	-	-	12	4.000
Førtidspensionister	31	10.100	5,4	1.700	21	6.600
Efterlønsmodtagere	7	1.500	4,1	800	22	4.500
Alderspensionister	8	11.400	12,0	17.600	21	31.400
Øvrige ikke-erhvervsaktive	36	8.900	-	-	18	4.300
Samlivsstatus						
Samlevende	15	63.300	3,0	12.300	14	57.400
Ikke samlevende	15	31.900	5,1	11.100	13	28.000
Etnisk baggrund						
Danmark	15	86.700	3,7	21.500	14	81.300
Andre vestlige lande	13	2.100	7,3	1.200	10	1.700
Ikke-vestlige lande	22	6.300	2,5	700	9	2.400

0 10 20 30 40% | 0 10 20 30% | 0 10 20 30%

- For få besvarelser til, at der kan gives resultater

Generelt: 15 procent af borgerne i Region Sjælland har migræne, 3,7 procent har grå stær, og 14 procent har tinnitus, tabel 5.1.6.1.

Køn og alder: Over dobbelt så mange kvinder som mænd, har migræne. Den højeste andel findes blandt borgere mellem 35 -44 år og den laveste andel blandt borgere på 80+ år. Lidt flere kvinder end mænd har grå stær. Der er ikke data på forekomsten af grå stær for borgere under 45 år. Fra denne alder stiger andelen kraftigt med alderen, og den største andel findes blandt borgere i aldersgruppen over 80 år, hvor næsten hver 4. borger har grå stær. Lidt flere mænd end kvinder har tinnitus. Andelen med tinnitus stiger med alderen frem til de 65-79-årige, hvor andelen er på 22 procent.

Uddannelse: Andelen med migræne falder en smule ved stigende uddannelsesniveau, men denne tendens er ikke markant. 6 procent af borgerne med grundskole alene har grå stær. Det er knap tre gange så meget som blandt borgere med lang videregående uddannelse. Tinnitus ses oftest hos borgere med kort uddannelse med 16 procent, og sjældnest blandt borgere under uddannelse.

Erhvervstilknytning: Migræne forekommer hyppigst blandt førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive. Den laveste andel ses blandt efterlønsmodtagere og alderspensionister. På grund af for tyndt datagrundlag er der ikke beregnet værdier for grå stær blandt beskæftigede, arbejdsløse og øvrige ikke-erhvervsaktive. Blandt de resterende grupper ses grå stær oftest hos alderspensionister med 12 procent. Tinnitus er hyppigst blandt førtidspensionister, alderspensionister og efterlønsmodtagere. Den laveste forekomst findes blandt beskæftigede eller arbejdsløse.

Samlivsstatus: Der er ikke forskel på andelene for migræne, grå stær og tinnitus i forhold til samlivsstatus.

Etnisk baggrund: Migræne ses oftest blandt personer med ikke-vestlig baggrund. Andelen med grå stær er hyppigst blandt borgere med anden vestlig baggrund, og tinnitus ses oftest hos danskere.

5.1.7 Multisygdom

De 18 forskellige langvarige sygdomme, der er spurgt til i Sundhedsprofilen, er vist i afsnittene ovenfor. I det følgende er alle disse sygdomme samlet kategorier, der viser borgere uden, med én sygdom og med multisygdom - der omhandler borgere med to eller flere langvarige sygdomme.

Multisygdom er defineret ved, at en borger har to eller flere sygdomme[22]. Flere af de sygdomme, som er nævnt i det foregående, er karakteriseret ved, at de optræder hos de samme borgere, da nogle af sygdommene optræder som følgesygdomme. Et eksempel er, hvis en borger har sukkersyge, er risikoen for også at få hjerte-karsygdomme forhøjet, da type 2 sukkersyge er karakteriseret ved, at der er forstyrrelser i omsætningen af fedt, kulhydrat og protein.

Tabel 5.1.7.1 Borgere uden sygdom, med én sygdom og multisygdom

	% Uden sygdom		% 1 Sygdom		% Multisygdom	
Region Sjælland	30	190.800	28	174.400	42	266.900
Køn						
Mand	34	104.400	28	85.700	39	120.200
Kvinde	27	86.300	28	88.700	46	146.700
Alder						
16-24 år	52	41.000	27	21.200	22	17.200
25-34 år	45	30.200	29	19.600	25	16.900
35-44 år	38	40.700	31	33.200	30	32.000
45-54 år	30	35.900	29	35.400	41	48.900
55-64 år	22	23.200	26	28.000	52	55.900
65-79 år	14	17.100	25	30.400	61	75.000
80+ år	9	2.600	22	6.500	70	21.000
Uddannelse						
Under uddannelse	52	22.900	27	11.800	22	9.700
Grundskole	24	17.400	24	17.300	53	38.700
Kort uddannelse	27	59.100	27	57.800	46	99.500
Kort videreg. uddannelse	32	14.800	31	14.500	37	16.900
Mellemlang videreg. uddannelse	32	32.900	29	30.500	39	40.300
Lang videreg. uddannelse	40	15.900	31	12.200	30	11.900
Erhvervstilknytning						
Beskæftigede	38	116.500	31	95.300	31	93.100
Arbejdsløse	39	12.700	29	9.400	32	10.600
Førtidspensionister	8	2.800	14	4.800	77	26.000
Efterlønsmodtagere	20	4.200	31	6.300	49	10.200
Alderspensionister	13	19.700	24	36.900	63	96.000
Øvrige ikke-erhvervsaktive	14	3.500	20	5.000	66	16.500
Samlivsstatus						
Samlevende	29	121.100	29	119.300	42	173.500
Ikke samlevende	32	69.700	25	55.100	43	93.400
Etnisk baggrund						
Danmark	30	174.800	28	163.800	42	247.800
Andre vestlige lande	31	5.300	24	4.000	45	7.700
Ikke-vestlige lande	37	10.700	23	6.600	40	11.400

Generelt: 30 procent af borgerne i Region Sjælland har ingen langvarige sygdomme, 28 procent har én og 42 procent har multisygdom, tabel 5.1.7.1.

Køn og alder: Lidt flere mænd end kvinder har ikke af nogen langvarig sygdom. Lige mange kvinder og mænd har 1 langvarig sygdom, og flere kvinder end mænd har multisygdom. Der ses en tydelig aldersgradient for borgere uden langvarig sygdom, hvor andelen falder med stigende alder. Borgere, der har én langvarig sygdom, ses oftest blandt de 35-44-årige med 31 procent. Den laveste andel med én langvarig sygdom findes hos borgere på 80 år og derover. For borgere med multisygdom ses også en tydelig aldersgradient, men denne gang stiger andelen med stigende alder.

Uddannelse: Mere hver 2. borger under uddannelse har ikke nogen langvarig sygdom. Derimod har hver 4. borger med grundskole alene ikke nogen langvarig sygdom. Andelen med én langvarig sygdom varierer fra 24 procent blandt borgere med grundskole alene til 31 procent blandt borgere med kort videregående og lang videregående uddannelse. Multisygdom ses hyppigst blandt borgere med grundskole alene, og sjældnest hos borgere under uddannelse.

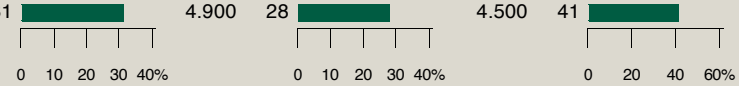
Erhvervstilknytning: Borgere uden landvarig sygdom er mest udbredt blandt beskæftigede og arbejdsløse. Færrest borgere uden langvarig sygdom findes blandt førtidspensionisterne. Blandt førtidspensionisterne findes den laveste andel af borgere med én langvarig sygdom med 14 procent. Den højeste andel på 31 procent findes blandt beskæftigede og efterlønsmodtagere. 77 procent af førtidspensionisterne har multisygdom – det er den højeste andel på tværs af erhvervstilknytning. 31 procent af de beskæftigede har multisygdom – det er den laveste andel.

Samlivsstatus: Der ses ikke de store forskelle i forhold til samlivsstatus for andelene af borgere med ingen, én eller multi-sygdom.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere uden langvarige sygdomme er højere blandt borgere med ikke-vestlig baggrund end blandt borgere med dansk og anden vestlig baggrund. Der er ikke de store forskelle i andelen af borgere med én sygdom og multisygdom på tværs af etnicitet.

Tabel 5.1.7.2 Borgere uden sygdom, med én sygdom og multisygdom – kommuner

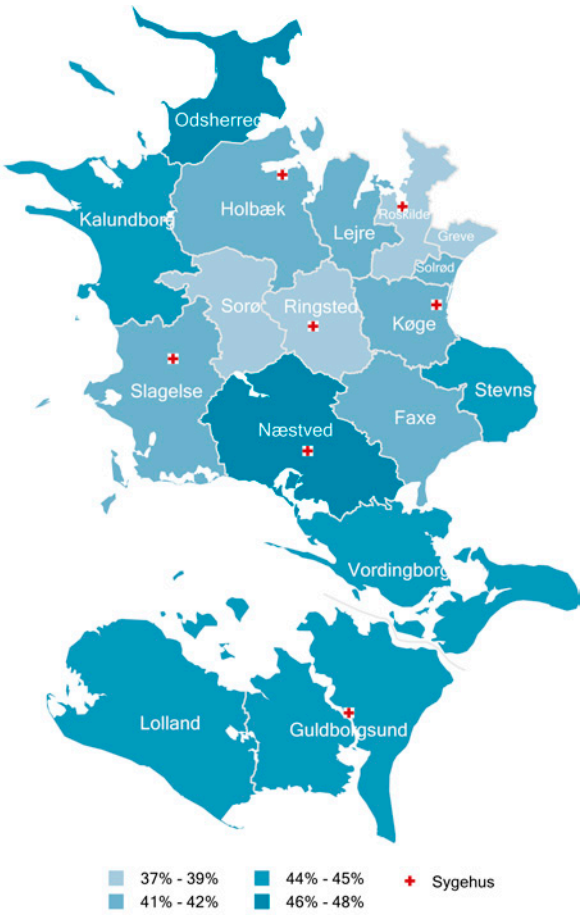
	% Uden sygdom	Personer	% 1 sygdom	Personer	% Multisygdom	Personer
Region Sjælland	30	190.800	28	174.400	42	266.900
Kommunesocialgruppe 3						
Guldborgsund	31	15.000	25	12.500	44	21.500
Kalundborg	28	10.600	27	10.400	45	16.900
Lolland	28	9.900	27	9.700	45	16.200
Odsherred	28	7.100	24 *	6.300	48 *	12.500
Slagelse	31	18.500	28	17.000	41	25.000
Vordingborg	30	10.900	25	9.200	44	15.900
Kommunesocialgruppe 2						
Faxe	31	8.500	27	7.200	42	11.400
Holbæk	32	16.500	27	14.300	41	21.200
Næstved	28	17.900	26	16.200	46 *	29.200
Ringsted	34 *	8.800	27	6.900	39 *	9.800
Sorø	32	7.100	29	6.500	39	8.800
Stevns	27	4.500	28	4.800	45	7.600
Kommunesocialgruppe 1						
Greve	28	10.400	33 *	12.000	39	14.400
Køge	32	13.800	27	11.800	41	18.100
Lejre	29	5.800	30	6.100	41	8.200
Roskilde	33	20.700	30	19.000	37 *	23.500
Solrød	31	4.900	28	4.500	41	6.500



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet. Der er ikke justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Ringsted Kommune har en signifikant større andel af borgere uden langvarig sygdom, sammenlignet med regionsgennemsnittet, tabel 5.1.7.2. Ses der på andelen af borgere med én langvarig sygdom, så udskiller to kommuner sig: Odsherred Kommune har en signifikant lavere andel, og Greve Kommune har en signifikant højere andel end regionsgennemsnittet. Odsherred og Næstved Kommuner har en signifikant højere andel af borgere med multisygdom, når sammenlignes med regionsgennemsnittet. Roskilde og Ringsted Kommuner har en signifikant lavere andel af borgere med multisygdom, når der sammenlignes med regionsgennemsnittet. Se også kort 5.1.6.1. Efter kontrol for køn og alder har borgerne i Næstved Kommune fortsat en signifikant højere risiko har for multisygdom, hvor Roskilde Kommune har en signifikant lavere risiko, resultat ikke vist.

Kort 5.1.6.1 Borgere med multisygdom



Tabel 5.1.7.3 Sammenhæng mellem sygdomme og borgere med én sygdom og multisygdom

Sygdomme	% Borgere med én sygdom	% Borgere med 2+ sygdomme
Region Sjælland	28	42
Hjertekarsygdomme		
Blodprop i hjertet	6	94
Hjertekrampe	.	97
Blodprop eller blødning i hjernen	9	91
Forhøjet blodtryk	20	80
Sukkersyge	11	89
Kræft	14	86
Luftvejslidelser		
Astma	11	89
KOL	8	92
Muskelskeletsygdomme		
Leddegigt	5	95
Slidgigt	15	85
Rygsygdomme	15	85
Knogleskørhed	9	91
Psykiske lidelser		
Kortvarige psykiske lidelser	7	93
Længerevarende psykiske lidelser	11	89
Nervesystemet		
Migræne, hovedpine	24	76
Allergi	31	69

- For få besvarelser til, at der kan gives resultater

Sammenhæng med en sygdom og multisygdom: I Region Sjælland har 28 procent af borgerne én langvarig sygdom, tabel 5.1.7.3. Blandt borgere med én langvarig sygdom er allergi, migræne og forhøjet blodtryk er de hyppigst forekommende langvarige sygdomme med henholdsvis 31, 24 og 20 procent.

42 procent af borgerne i Region Sjælland har to eller flere langvarige sygdomme. Det ses specielt blandt borgere med hjertekrampe, blodprop i hjertet, hjerneblødning/-blodprop, KOL, leddegigt, knogleskørhed og kortvarige psykiske sygdomme, der alle er over 90 procent.

5.2 Langvarig sygdom og sammenhæng med udvalgte mål for folkesundheden

For mange af de langvarige sygdomme gælder, at en række forskellige livsstilsfaktorer disponerer til dem. Rygning disponerer til både hjerte-karsygdomme, lungesygdomme og til knogleskørhed, ligesom svær overvægt disponerer til blandt andet type 2 sukkersyge, hjerte-karsygdomme og visse former for kræft. Det er derfor interessant at se, hvordan borgernes sundhedsvaner er inden for de forskellige sygdomme.

Det brede sundhedsbegreb ser ikke kun på risikofaktorer i forhold til sundhedsadfærd, men inddrager også andre parametre som for eksempel følelsen af belastning, trivsel og sociale relationer.

I det følgende afsnit vil sammenhænge mellem de 18 langvarige sygdomme og en række andre mål for sundhedstilstanden blive vist. Du kan se mere om definitionerne af de udvalgte mål for sundhedstilstanden under de respektive kapitler.

Tabel 5.2.1 Sammenhæng mellem sygdomme og fysiske og psykiske symptomer

Sammenhæng med fysiske og psykiske symptomer: 29 procent af borgerne i Region Sjælland er meget generet af fysiske symptomer, tabel 5.2.1. At være generet af fysiske symptomer er specielt udtalt blandt borgere med rygsygdomme, leddegigt og knogleskørhed. Borgere med allergi er den sygdomsgruppe, hvor færrest er meget generet af fysiske problemer.

16 procent af borgerne i Region Sjælland er meget generet af psykiske symptomer. Specielt borgere med kortvarige og længerevarende psykiske lidelser er meget generet af psykiske symptomer. Derudover er det borgere med blodprop i hjertet og hjertekrampe, der er meget generet af psykiske symptomer. Borgere med forhøjet blodtryk og borgere med allergi har færrest psykiske symptomer.

Det at være meget generet af fysiske og psykiske symptomer stiger med antallet af sygdomme. Blandt borgere med 3+ langvarige sygdomme er 59 procent meget generet af fysiske symptomer. Se øvrigt kapitel 2.4 for mere information om psykiske symptomer.

Tabel 5.2.2 Sammenhæng mellem sygdomme og sundhedsadfærd

	% Daglig ryger	% Problematisk alkoholadfærd	% Usunde kostvaner	% Lettere motion eller stillesiddende aktiviteter
Region Sjælland	18	21	14	73
Uden kronisk sygdom	16	20	13	62
Hjertekarsygdomme				
Blodprop i hjertet	23	21	18	92
Hjertekrampe	24	25	17	88
Blodprop eller blødning i hjernen	24	20	22	90
Forhøjet blodtryk	16	25	13	85
Sukkersyge	18	22	11	88
Kræft	17	24	15	84
Luftvejslidelser				
Astma	17	19	15	75
KOL	40	30	25	88
Muskelskeletsygdomme				
Leddegigt	26	24	15	86
Slidgigt	21	23	12	83
Rygsygdomme	24	22	15	83
Knogleskørhed	21	20	19	89
Psykiske lidelser				
Kortvarige psykiske lidelser	31	25	17	82
Længerevarende psykiske lidelser	31	26	21	81
Nervesystemet				
Migræne, hovedpine	22	16	15	79
Allergi	17	20	13	72
Flere kroniske sygdomme				
1 kronisk sygdom	17	21	13	71
2 kroniske sygdomme	17	23	14	75
3+ kroniske sygdomme	23	23	15	85
	0 10 20 30 40 50%	0 10 20 30 40%	0 10 20 30%	0 25 50 7

Sammenhænge med sundhedsadfærd:
18 procent af borgerne i Region Sjælland er dagligrygere, tabel 5.2.2. Dagligrygere ses oftest blandt borgere med KOL og sjældnest blandt borgere med forhøjet blodtryk.

Der er 21 procent af borgerne i Region Sjælland, der har en problematisk alkoholadfærd. Problematisk alkoholadfærd er særligt udtalt blandt borgere med KOL. Borgere med migræne og hovedpine er den gruppe, hvor færrest har en problematisk alkoholadfærd.

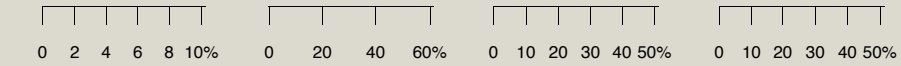
Usunde kostvaner ses hos 14 procent af borgerne i Region Sjælland. Mest udbredt er usunde kostvaner blandt borgere med KOL, hvorimod færrest borgere med sukkersyge har usunde kostvaner.

73 procent af borgerne i Region Sjælland dyrker lettere motion eller stillesiddende aktiviteter. Specielt borgere med blodprop i hjertet samt blodprop eller blødning i hjernen dyrker lettere motion eller har stillesiddende aktiviteter i fritiden. Den gruppe af borgere, hvor færrest dyrker lettere motion eller stillesiddende aktiviteter, er borgere med allergi.

Se i øvrigt kapitel 4 for mere information om sundhedsadfærd.

Tabel 5.2.3 Sammenhæng mellem sygdomme og vægtkategorier

	% Undervægt	% Normalvægt	% Moderat vægt	% Svær overvægt
Region Sjælland	2,6	46	35	17
Uden kronisk sygdom	2,9	55	32	10
Hjertekarsygdomme				
Blodprop i hjertet	-	29	36	33
Hjertekrampe	-	31	35	30
Blodprop eller blødning i hjernen	-	34	36	25
Forhøjet blodtryk	1,5	29	42	28
Sukkersyge	-	20	40	40
Kræft	4,0	37	40	18
Luftvejslidelser				
Astma	3,7	45	30	21
KOL	5,7	40	31	23
Muskelskeletsygdomme				
Leddegigt	2,5	33	39	26
Slidgigt	1,5	35	39	24
Rygsygdomme	2,2	38	39	21
Knogleskørhed	8,1	53	28	11
Psykiske lidelser				
Kortvarige psykiske lidelser	3,3	38	33	25
Længerevarende psykiske lidelser	3,9	36	33	27
Nervesystemet				
Migræne, hovedpine	2,9	44	32	21
Allergi	2,2	47	32	18
Flere kroniske sygdomme				
1 kronisk sygdom	2,8	47	36	14
2 kroniske sygdomme	2,6	41	37	19
3+ kroniske sygdomme	2,0	35	37	26



- For få besvarelser til, at der kan gives resultater

Sammenhænge med vægtkategorier:
2,6 procent af borgerne i Region Sjælland er undervægtige, tabel 5.2.3. Undervægt ses oftest blandt borgere med kræft, og sjældnest blandt borgere med forhøjet blodtryk og slidgigt.

46 procent af borgerne er normalvægtige. Flest normalvægtige ses blandt borgere uden langvarig sygdom, færrest ses blandt borgere med sukkersyge.

35 procent af borgerne er moderat overvægtige. Der er færrest moderat overvægtige blandt borgere med astma og flest blandt borgere med forhøjet blodtryk.

17 procent er svært overvægtige. Den laveste andel findes blandt borgere med knogleskørhed, og den højeste andel findes blandt borgere med sukkersyge Se i øvrigt kapitel 5.3 for mere information om vægt.

Tabel 5.2.4 Sammenhæng mellem sygdomme og begrænsninger i hverdagen

	% Helbred, meget begrænset	% Helbred, nået mindre	% Helbred, begrænset	% Smerte, vanskeliggjort arbejde
Region Sjælland	10	12	11	12
Uden kronisk sygdom	2	3	3	2
Hjertekarsygdomme				
Blodprop i hjertet	43	40	41	39
Hjertekrampe	38	40	41	46
Blodprop eller blødning i hjernen	49	48	48	44
Forhøjet blodtryk	20	20	19	21
Sukkersyge	25	26	25	26
Kræft	31	31	28	31
Luftvejslidelser				
Astma	18	20	20	21
KOL	39	35	34	34
Muskelskeletsygdomme				
Leddegigt	31	33	33	39
Slidgigt	24	24	23	29
Rygsygdomme	25	28	28	36
Knogleskørhed	38	37	36	40
Psykiske lidelser				
Kortvarige psykiske lidelser	22	29	27	30
Længerevarende psykiske lidelser	22	32	29	30
Nervesystemet				
Migræne, hovedpine	15	21	20	24
Allergi	11	14	13	15
Flere kroniske sygdomme				
1 kronisk sygdom	5	5	6	6
2 kroniske sygdomme	10	12	10	11
3+ kroniske sygdomme	27	29	28	32

Sammenhæng med begrænsninger i hverdagen: 10 procent af borgerne i Region Sjælland har på grund af deres helbred været meget begrænset i lettere aktiviteter, tabel 5.2.4. Dette tal er 2 procent blandt borgere, der ikke har nogen langvarig sygdom. Mest begrænset er borgere med blodprop i hjertet, og mindst begrænset er borgere med allergi.

12 procent af borgerne har nået mindre end de gerne ville på grund af deres helbred. Mest udtalt er denne oplevelse blandt borgere med blodprop eller blødning i hjernen, og mindst udtalt er det blandt borgere med allergi.

11 procent af borgerne er på grund af deres helbred begrænset i, hvilken slags arbejde de ønsker at udføre. Igen ses denne begrænsning oftest hos borgere med blodprop eller blødning i hjernen, og sjældnest hos borgere med allergi.

12 procent af borgerne oplever, at fysisk smerte har vanskeliggjort deres daglige arbejde. Blandt borgere med hjertekrampe findes den højeste andel, hvor smerte har begrænset deres arbejde, og den laveste andel ses igen blandt borgere med allergi.

Det gælder for disse fire mål for begrænsning i hverdagen, at andelen af borgere, der føler sig begrænset, stiger med antallet af langvarige sygdomme. Optil 32 procent er borgerne med 3+ sygdomme har oplevet, at smerter har vanskeliggjort deres arbejde.

Tabel 5.2.5 Sammenhæng mellem sygdomme og sociale relationer

Sammenhæng med sociale relationer:
5,8 procent af borgerne i Region Sjælland har ikke nogen at tale med, hvis der er problemer, tabel 5.2.5. Blandt borgere med kræft har 5,1 procent ikke nogen at tale med, hvis der er problemer. Dette er den laveste andel. Følelsen er mest udtalt blandt borgerne med hjertekrampe.

6 procent af borgerne i Region Sjælland er uønsket alene. Andelen er lavest blandt borgere med kræft, hvor 7 procent er uønsket alene. Oplevelsen af at være uønsket alene ses oftest blandt borgere med psykiske lidelser.

Andelen, der ikke har nogen at tale med, hvis der er problemer, eller som er uønsket alene stiger med antallet af langvarige sygdomme.

Se i øvrigt kapitel 3.1 for mere information om sociale relationer.

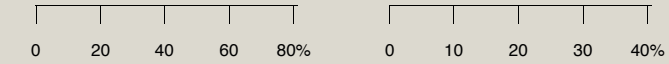
Tabel 5.2.6 Sammenhæng mellem sygdomme, selvvurderet helbred og utilfreds med livet

Sammenhæng med selvvurderet helbred og utilfreds med livet: 16 procent af borgerne har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred – blandt borgerne, der ikke har en langvarig sygdom, er dette tal 3 procent, tabel 5.2.6. Særligt udtalt er mindre godt og dårligt selvvurderet helbred blandt borgere, der har blodprop i hjertet. Blandt borgere med allergi er mindre godt og dårligt selvvurderet helbred mindst udtalt.
17 procent af borgerne er utilfredse med livet.

Spredningen går fra 18 procent blandt borgere med forhøjet blodtryk til 50 procent, blandt borgere, der har en længerevarende psykisk sygdom.
Der ses en klar tendens til at både dårligt selvvurderet helbred og utilfredshed med livet stiger med antallet af sygdomme. 42 procent af borgerne med 3+ sygdomme har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred.
Se i øvrigt kapitel 2 for mere information om selvvurderet helbred og tilfredshed med livet.

Tabel 5.2.7 Sammenhæng sygdom, stress og søvnproblemer

	% Højt stressniveau	% Meget generet af søvnproblemer
Region Sjælland	23	12
Uden kronisk sygdom	12	5
Hjertekarsygdomme		
Blodprop i hjertet	45	27
Hjertekrampe	50	27
Blodprop eller blødning i hjernen	50	21
Forhøjet blodtryk	27	15
Sukkersyge	35	20
Kræft	34	20
Luftvejslidelser		
Astma	35	19
KOL	38	21
Muskelskeletsygdomme		
Leddegigt	40	22
Slidgigt	31	19
Rygsygdomme	36	22
Knogleskørhed	38	23
Psykiske lidelser		
Kortvarige psykiske lidelser	69	36
Længerevarende psykiske lidelser	70	35
Nervesystemet		
Migræne, hovedpine	43	27
Allergi	27	16
Flere kroniske sygdomme		
1 kronisk sygdom	17	9
2 kroniske sygdomme	26	13
3+ kroniske sygdomme	42	24



Sammenhæng med højt stressniveau og søvnproblemer: Højt stressniveau er mest udbredt blandt borgere med længerevarende og kortvarige psykiske lidelser samt blandt borgere med hjertekrampe, blødning/blodprop i hjernen og blodprop i hjertet, tabel 5.2.7. Højt stressniveau forekommer 4-6 gange så ofte hos borgere med disse sygdomme, end hos borgere uden langvarig sygdom. Den sygdomsgruppe, der har den laveste andel med højt stressniveau, er forhøjet blodtryk og allergi.

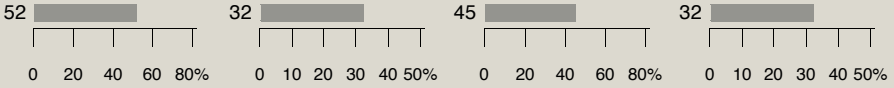
Søvnproblemer er mest udbredt blandt borgere med kortvarige og længerevarende psykiske lidelser, samt blandt borgere med blodprop i hjertet og hjertekrampe. Søvnproblemer forekommer 7 gange så hyppigt hos borgere med psykiske lidelser end hos borgere uden langvarige sygdomme. Borgere med forhøjet blodtryk har den laveste andel af borgere, der er meget generet af søvnproblemer.

Højt stressniveau og søvnproblemer stiger med antallet af sygdomme. Blandt borgere med 3+ sygdomme har 42 procent højt stressniveau og 24 procent er meget generet af søvnproblemer.

Se i øvrigt kapitel 2.1 og 2.3 for mere information om stressniveau og søvnproblemer.

Tabel 5.2.8 Sammenhæng sygdom, følelsen af belastning og problemer med transport

	% Økonomi	% Bolig	% Arbejde	% Undladt aktiviteter pga problemer med transport
Region Sjælland	47	24	44	25
Uden kronisk sygdom	45	21	44	20
Hjertekarsygdomme				
Blodprop i hjertet	47	29	39	36
Hjertekrampe	48	31	42	42
Blodprop eller blødning i hjernen	43	30	34	46
Forhøjet blodtryk	39	22	33	26
Sukkersyge	45	23	35	33
Kræft	35	22	33	24
Luftvejslidelser				
Astma	58	36	51	34
KOL	46	30	36	36
Muskelskeletsygdomme				
Leddegigt	51	28	43	31
Slidgigt	43	24	38	26
Rygsygdomme	53	30	49	27
Knogleskørhed	34	21	32	33
Psykiske lidelser				
Kortvarige psykiske lidelser	68	45	66	42
Længerevarende psykiske lidelser	70	48	62	40
Nervesystemet				
Migræne, hovedpine	64	36	60	29
Allergi	54	31	52	27
Flere kroniske sygdomme				
1 kronisk sygdom	46	23	45	22
2 kroniske sygdomme	45	24	44	24
3+ kroniske sygdomme	52	32	45	32



Sammenhæng med følelsen af belastning og problemer med transport: 47 procent af borgerne i Region Sjælland har følt sig belastet af deres økonomi, tabel 5.2.8. Andelen spænder fra 34 procent blandt borgere med knogleskørhed til 70 procent blandt borgere med længerevarende psykiske lidelser. 24 procent af borgerne har følt sig belastet af deres boligsituation. Denne følelse er mest udbredt blandt borgere med psykiske lidelser, mens andelen er lavest blandt borgere med knogleskørhed.
44 procent føler sig belastet af deres arbejdssituation. Her er det igen blandt borgere med psykiske lidelser, denne følelse oftest ses, og borgere med knogleskørhed er mindst ramt af denne følelse.

25 procent af borgerne har undladt at deltage i aktiviteter på grund af problemer transport. Færrest har oplevet dette blandt borgere med kræft, og flest har denne oplevelse blandt borgere med blodprop eller blødning i hjernen.

Se i øvrigt kapitel 2.5 og 3.4 for mere information om følelsen af belastning, og problemer med transport.

5.3 Overvægt, undervægt og spiseforstyrrelser

- 17 procent af borgerne er svært overvægtige, andelen er stort set uændret siden 2010
- Blandt de svært overvægtige ønsker 94 procent et vægttab
- 5,6 procent har nu eller har tidligere haft en spiseforstyrrelse
- 12 procent er tilrådet vægttab af egen læge inden for det sidste år

Som et mål for undervægt, normalvægt og overvægt anvendes Body Mass Index (BMI), som beregnes på denne måde: Vægten i kilo divideres med højden i meter, der ganges med sig selv. BMI kan til en vis grad sige noget om risikoen for udvikling af livsstilssygdomme.

BMI-grænserne for de 16-18 -årige nærmer sig BMI-grænserne for voksne, og de særlige BMI-grænser for unge anvendes ikke i denne sundhedsprofil. Hvor intet andet er angivet, er tabellerne i Sundhedsprofilen baseret på BMI-grænser for voksne for hele befolkningen.

Nyere undersøgelser har vist, at BMI grænserne for borgere på 65+år ud fra et sundhedsmæssigt synspunkt bør være anderledes (se nedenfor). Lav BMI hos borgere på 65 år og derover er forbundet med funktionstab på grund af fald i muskelmasse og muskelstyrke. Samtidig er det forbundet med nedsat livskvalitet og livslyst, dårligere hukommelsen og evnen til at forstå forværres[24].

Især svær overvægt er forbundet med øget risiko for udvikling af en lang række livsstilssygdomme. Denne risiko mindskes ved fysisk aktivitet. Hos overvægtige, der ikke har følgesygdomme som følge af deres overvægt, er der på nuværende tidspunkt ikke belæg for, at et vægttab vil nedsætte dødeligheden[25].

Svær overvægt er forbundet med øget dødelighed. Svært overvægtige dør i gennemsnit 2-3 år for tidligt, og svær overvægt resulterer i 55.000 hospitalsindlæggelser, 1.1 mio. ekstra kontakter til alment praktiserende læge og 1,8 mio. ekstra fraværsdage fra arbejde[26].

Undervægt er et alvorligt helbredsproblem, der især ses hos ældre og meget syge, men også hos visse grupper med en spiseforstyrrelse. I Sundhedsprofilen er der fokus på spiseforstyrrelser, der dækker over et bredt spektrum af sygdomme – både med og uden vægtændring[27].

Tabel 5.3.1

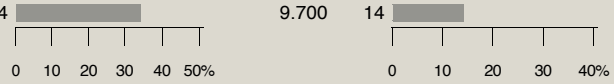
Klassifikation	BMI grænser 18+årige (kg/m²)	BMI grænser 65+årige (kg/m²)
Undervægt	Mindre end 18,5	Mindre end 24,0
Normalvægt	18,5 - 24,9	24,0 - 28.9
Moderat overvægt	25,0 - 29,9	29,0 - 29,9
Svær overvægt	Mindst 30	Mindst 30

5.3.1 Undervægt, normalvægt og overvægt

Borgerne er blevet bedt om at opgive deres højde uden sko og deres vægt uden tøj. Ud fra disse data er borgernes BMI beregnet.

Tabel 5.3.1.1 Borgere med moderat og svær overvægt

	% Moderat overvægt	Personer	% Svær overvægt	Personer
Region Sjælland	35	223.700	17	106.200
Køn				
Mand	42	133.100	17	53.100
Kvinde	28	90.600	17	53.100
Alder				
16-24 år	17	13.700	7	5.900
25-34 år	32	21.600	17	11.600
35-44 år	34	36.500	17	18.100
45-54 år	39	46.600	19	22.500
55-64 år	40	43.400	19	20.800
65-79 år	42	51.500	19	23.500
80+ år	35	10.400	13	3.700
Uddannelse				
Under uddannelse	16	7.100	6	2.900
Grundskole	34	24.400	21	15.600
Kort uddannelse	40	87.800	19	42.100
Kort videreg. uddannelse	39	18.600	16	7.600
Mellemlang videreg. uddannelse	35	37.000	14	14.600
Lang videreg. uddannelse	34	13.900	9	3.700
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	37	115.100	15	47.100
Arbejdsløse	32	9.800	16	4.800
Førtidspensionister	35	11.500	32	10.700
Efterlønsmodtagere	37	7.600	21	4.400
Alderspensionister	41	61.900	18	27.300
Øvrige ikke-erhvervsaktive	32	7.900	28	6.700
Samlivsstatus				
Samlevende	39	161.900	17	72.200
Ikke samlevende	28	61.900	16	34.000
Etnisk baggrund				
Danmark	35	208.000	17	100.000
Andre vestlige lande	35	6.000	12	2.100
Ikke-vestlige lande	34	9.700	14	4.100



Generelt: Det er godt halvdelen af den voksne befolkning, der er overvægtige i Region Sjælland. Heraf er 17 procent svært overvægtige, og 35 procent er moderat overvægtige, tabel 5.3.1.1.

Køn og alder: Moderat overvægt ses hyppigst blandt mænd, mens svær overvægt ses lige hyppigt hos mænd og kvinder. Andelen af moderat overvægtige stiger indtil 80+ år, mens andelen blandt de svært overvægtige er nogenlunde konstant i aldersgrupperne fra 25-79 år. Andelen med moderat og svær overvægt er lavere blandt borgere på 80 år og derover og lavest blandt de 16-24-årige.

Uddannelse: Andelen af moderat overvægtige er nogenlunde lige store i de forskellige uddannelseskategorier. Blandt de svært overvægtige falder andelen med stigende uddannelsesniveau og er højest blandt borgere med grundskole alene.
Dette er udtryk for, at der ved svær overvægt er en social gradient.

Erhvervstilknytning: Der er en højere andel af moderat overvægtige blandt de beskæftigede end blandt de arbejdsløse og øvrige ikke-erhvervsaktive. For mere information om alderspensionister se tabel 5.3.1.3. Blandt de svært overvægtige findes den højeste andel blandt førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive.

Samlivsstatus: Andelen af moderat overvægtige er højest blandt de samlevende, mens forekomsten af svær overvægt ikke giver sig udslag i forskelle på tværs af samlivsstatus.

Etnisk baggrund: Blandt de moderat overvægtige er der ikke nogen forskel blandt borgere med forskellig etnisk baggrund. Blandt de svært overvægtige findes den højeste andel blandt borgere med dansk baggrund.

Tabel 5.3.1.2 Borgere med svær overvægt – kommuner

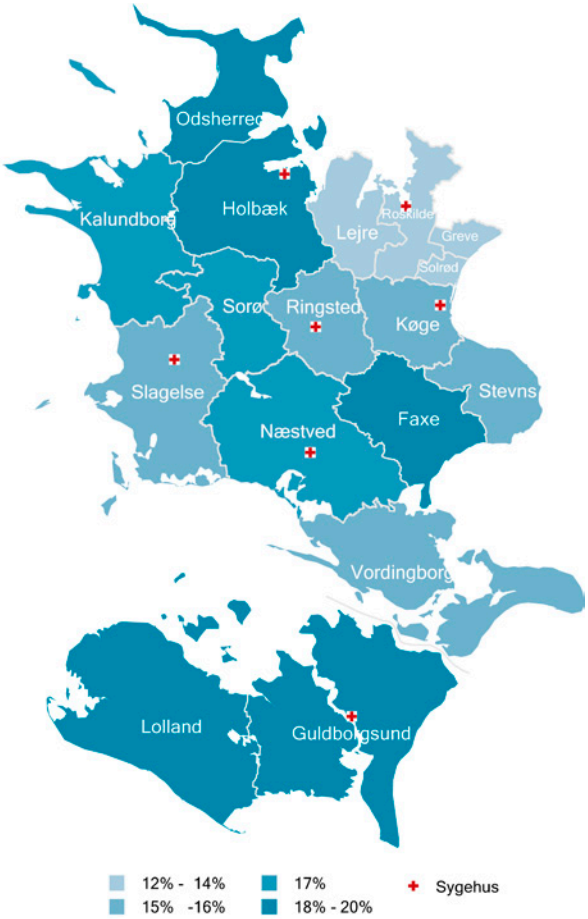
	% Svær overvægt	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Sjælland	17	106.200		1
Kommunesocialgruppe 3				
Guldborgsund	20 *	9.600	*	1
Kalundborg	17	6.500		-2
Lolland	18	6.500		-2
Odsherred	19	4.900		2
Slagelse	16	9.900		1
Vordingborg	17	6.300		0
Kommunesocialgruppe 2				
Faxe	17	4.700		-1
Holbæk	19	9.800		4
Næstved	17	11.000		2
Ringsted	16	4.100		1
Sorø	16	3.600		0
Stevns	17	2.900		0
Kommunesocialgruppe 1				
Greve	14 *	5.000	*	0
Køge	17	7.700		2
Lejre	12 *	2.500	*	-2
Roskilde	14	8.900		5
Solrød	14	2.300		0

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Når kommunerne sammenlignes, varierer andelen af svært overvægtige fra 12 til 20 procent, tabel 5.3.1.2. Hovedparten af kommunerne ligger dog tæt på regionsgennemsnittet. Se også kort 5.3.2.1. Når der tages højde for køn og alder, er der en tendens til, at andelen af svært overvægtige er højere i kommunesocialgruppe 3 end i kommunesocialgruppe 1. Det er også i kommunesocialgruppe 3, at den eneste kommune findes, hvor andelen af svært overvægtige ligger signifikant over regionsgennemsnittet, nemlig i Guldborgsund Kommune. I Lejre og Greve Kommuner er andelen af borgere med svær overvægt signifikant lavere end regionsgennemsnittet.

Udvikling: På regionsniveau er andelen af svært overvægtige stort set uændret siden 2010. Det er kun i Roskilde Kommune, hvor der er sket en markant udvikling i andelen af svært overvægtige. Her er andelen steget med 5 procentpoint, men andelen ligger dog fortsat under regionsgennemsnittet.

Kort nr. 5.3.1.1 Borgere med svær overvægt



Tabel 5.3.1.3 Undervægt, normalvægt og overvægt blandt de 65+årige

	% Undervægt	Personer	% Normalvægt	Personer	% Overvægt	Personer
Region Sjælland	31	47.200	46	70.200	23	35.100
Køn						
Mand	21	16.300	52	40.100	26	20.100
Kvinde	41	30.900	40	30.200	20	15.000
Alder						
65-79 år	29	35.100	47	57.700	25	30.200
80+ år	41	12.100	42	12.500	17	4.900
Uddannelse						
Under uddannelse	-	-	-	-	-	-
Grundskole	35	8.400	39	9.600	26	6.300
Kort uddannelse	28	16.100	47	26.900	25	14.100
Kort videreg. uddannelse	27	2.700	53	5.200	20	2.000
Mellemlang videreg. uddannelse	36	7.300	48	9.800	15	3.100
Lang videreg. uddannelse	41	2.400	44	2.600	15	900
Erhvervstilknytning						
Alderspensionister	31	47.200	46	70.200	23	35.100
Samlivsstatus						
Samlevende	28	26.000	48	44.400	23	21.300
Ikke samlevende	35	21.200	42	25.800	23	13.800
Etnisk baggrund						
Danmark	31	45.100	46	66.700	23	34.000
Andre vestlige lande	32	1.700	53	2.800	15	800
Ikke-vestlige lande	-	-	51	700	-	-

0 10 20 30 40 50% | 0 20 40 60 80% | 0 10 20 30%

* Skalaen for BMI grænser for borgere på 65 år og derover er anvendt, se tabel 5.3.1
- For få besvarelser til, at der kan gives resultater

Generelt: Ved anvendelse af BMI-grænser gældende for borgere på 65 år og derover fremgår det, at 31 procent af borgerne er undervægtige, mens 23 procent er overvægtige, tabel 5.3.1.3.

Køn og alder: Blandt de ældre er næsten dobbelt så mange kvinder som mænd undervægtige. Overvægt er derimod hyppigere blandt mænd end blandt kvinder. Undervægt er mest udbredt hos borgere på 80 år og derover, hvorimod overvægt oftest ses i aldersgruppen 65-79 år.

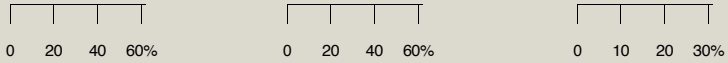
Uddannelse: Undervægt ses hyppigst blandt borgere med en lang videregående uddannelse. Den højeste andel af normalvægtige findes blandt borgere med en kort videregående uddannelse. Overvægt er mest udbredt blandt borgere med grundskole alene eller en kort uddannelse.

Samlivsstatus: Andelen af undervægtige er højest blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner. Hyppigheden af overvægt er lige høj uanset samlivsstatus.

Etnisk baggrund: Andelen af ældre borgere med overvægt er højere blandt borgere med dansk baggrund end blandt borgere med anden vestlig baggrund. Data for borgere med ikke-vestlig baggrund foreligger ikke.

Tabel 5.3.1.4 Undervægt, normalvægt og overvægt blandt borgere på 65 år og derover – kommuner¤

	% Undervægt	personer	% Normalvægt	Personer	% Overvægt	Personer
Region Sjælland	31	47.200	46	70.200	23	35.100
Kommunesocialgruppe 3						
Guldborgsund	29	4.000	43	5.800	28 *	3.700
Kalundborg	28	2.700	46	4.300	26	2.400
Lolland	30	3.100	50	5.200	21	2.200
Odsherred	34	2.500	45	3.400	21	1.600
Slagelse	27	3.800	50	7.000	22	3.100
Vordingborg	32	3.200	44	4.500	24	2.400
Kommunesocialgruppe 2						
Faxe	32	2.100	44	2.900	24	1.600
Holbæk	33	3.800	45	5.200	22	2.600
Næstved	33	4.700	43	6.100	24	3.400
Ringsted	29	1.500	44	2.200	27	1.400
Sorø	39 *	1.900	39	1.900	22	1.100
Stevns	34	1.500	44	2.000	22	1.000
Kommunesocialgruppe 1						
Greve	31	2.700	47	4.100	21	1.800
Køge	29	2.800	44	4.300	28	2.700
Lejre	34	1.600	50	2.400	16 *	800
Roskilde	29	4.100	52 *	7.300	19	2.600
Solrød	32	1.200	47	1.700	21	800



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Ved anvendelse af BMI-grænser gældende for borgere på 65 år og derover varierer andelen af undervægtige ældre mellem 27 procent i Slagelse Kommune til 39 procent i Sorø Kommune, tabel 5.3.1.4. Sorø Kommunes andel er signifikant højere end regionsgennemsnittet. Andelen i de øvrige kommuner adskiller sig ikke signifikant fra regionsgennemsnittet.

I Roskilde Kommune ses den højeste andel af normalvægtige. Resultatet er signifikant forskelligt fra regionsgennemsnittet.

Overvægt blandt borgere på 65 år og derover varierer fra 16 procent i Lejre Kommune til 28 procent i Guldborgsund og Køge Kommune. Lejre Kommunes andel er signifikant lavere end i regionen som helhed, og Guldborgsund Kommunes andel er signifikant højere end regionsgennemsnittet.

5.3.2 Ønske om vægttab

Borgerne er blevet spurgt, om de gerne vil tabe sig, og om i hvor høj grad de eventuelt ønsker dette. Det var muligt at svare »Ja, i høj grad«, »Ja, i nogen grad« og »Nej«. Hvis borgerne har svaret i høj grad, er det taget som udtryk for, at de ønsker vægttab. I det følgende er der afrapporteret på dette spørgsmål for borgere, der er moderat eller svært overvægtige.

Tabel 5.3.2.1 Borgere med moderat og svær overvægt, der ønsker vægttab

	% Moderat overvægt	Personer	% Svær overvægt	Personer
Region Sjælland	78	175.000	94	98.900
Køn				
Mand	72	95.100	91	48.000
Kvinde	89	80.000	96	50.900
Alder				
16-24 år	85	11.600	97	5.700
25-34 år	83	18.000	95	11.100
35-44 år	87	31.900	97	17.400
45-54 år	85	39.700	96	21.600
55-64 år	80	34.700	94	19.600
65-79 år	68	34.700	90	20.900
80+ år	43	4.400	71	2.700
Uddannelse				
Under uddannelse	86	6.100	97	2.800
Grundskole	70	17.100	90	14.100
Kort uddannelse	78	68.200	95	39.900
Kort videreg. uddannelse	88	16.300	97	7.400
Mellemlang videreg. uddannelse	84	31.100	95	13.800
Lang videreg. uddannelse	85	11.800	93	3.500
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	85	97.600	97	45.600
Arbejdsløse	84	8.200	96	4.500
Førtidspensionister	81	9.300	93	9.900
Efterlønsmodtagere	74	5.600	91	4.000
Alderspensionister	64	39.200	87	23.600
Øvrige ikke-erhvervsaktive	87	6.800	94	6.300
Samlivsstatus				
Samlevende	81	130.200	95	68.000
Ikke samlevende	73	44.800	91	30.900
Etnisk baggrund				
Danmark	78	162.500	94	93.400
Andre vestlige lande	75	4.500	94	1.800
Ikke-vestlige lande	83	8.000	91	3.700

0 20 40 60 80 100%

0 20 40 60 80 100%

Generelt: 78 procent af de moderat overvægtige og 94 procent af de svært overvægtige borgere i Region Sjælland ønsker vægttab, tabel 5.3.2.1.

Køn og alder: Ønsket om vægttab er mere udbredt blandt kvinder end mænd for både moderat og svært overvægtige. Andelen, der ønsker vægttab blandt de moderat overvægtige, er nogenlunde konstant indtil 65 års alderen, hvorefter den falder. For de svært overvægtige falder andelen, der ønsker vægttab, først blandt borgere på 80 år og derover.

Uddannelse: Ønsket om vægttab hos de moderat overvægtige ses hyppigst blandt borgere med kort videregående uddannelse og udgør 88 procent. Ønsket om vægttab er mindst udbredt blandt borgere med grundskole alene, hvor andelen udgør 70 procent. Blandt de øvrige uddannelsesgrupper ligger andelen på 84 til 88 procent. Blandt borgere med svær overvægt er ønsket om vægttab stort set uafhængigt af uddannelsesniveau og ligger på 90 procent og derover.

Erhvervstilknytning: Både blandt de moderat og svært overvægtige findes den laveste andel, der ønsker vægttab, blandt alderspensionister og efterlønsmodtagere. Ønsket om vægttab blandt de øvrige grupper adskiller sig kun lidt fra hinanden og ligger på mindst 81 procent for de moderat overvægtige og på mindst 93 procent for de svært overvægtige.

Samlivsstatus: Ønsket om vægttab blandt moderat overvægtige er mere udtalt blandt samlevende end blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner. Det samme er tilfældet for ønsket om vægttab blandt borgere med svær overvægt.

Etnisk baggrund Der er en højere andel blandt de moderat overvægtige, der ønsker vægttab, med ikke-vestlig baggrund end blandt borgere med dansk eller ikke-vestlig baggrund. Der er ingen videre forskel på hyppigheden af ønske om vægttab blandt de forskellige etniske grupper, når det drejer sig om borgere med svær overvægt.

Tabel 5.3.2.2 Borgere med moderat og svær overvægt, der ønsker vægttab – kommuner

	% Moderat overvægt	Personer	% Svær overvægt	Personer
Region Sjælland	78	175.000	94	98.900
Kommunesocialgruppe 3				
Guldborgsund	80	14.200	94	9.000
Kalundborg	77	10.400	90	5.900
Lolland	71 *	9.500	94	6.100
Odsherred	71 *	6.600	88 *	4.300
Slagelse	76	15.500	98 *	9.600
Vordingborg	80	10.600	89 *	5.500
Kommunesocialgruppe 2				
Faxe	75	7.600	93	4.300
Holbæk	76	12.200	93	8.900
Næstved	82	18.900	94	10.400
Ringsted	77	7.200	95	3.900
Sorø	80	6.200	95	3.500
Stevns	83	5.200	96	2.800
Kommunesocialgruppe 1				
Greve	81	10.500	91	4.600
Køge	80	12.300	94	7.200
Lejre	82	6.100	96	2.400
Roskilde	82	17.700	94	8.300
Solrød	80	4.400	94	2.200

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet. Der er ikke justeret for køn og alder.

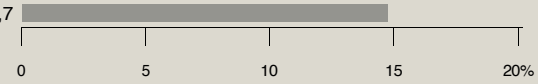
Kommunevariation: Kommunernes andele af borgere med moderat overvægt, som ønsker vægttab, varierer fra 71 procent i Lolland og Odsherred Kommuner til 83 procent i Stevns Kommune, tabel 5.3.2.2. I Lolland og Odsherred Kommuner er andelen blandt de moderat overvægtige, der ønsker vægttab, signifikant lavere end regionsgennemsnittet. Når det drejer sig om ønsket om vægttab hos svært overvægtige borgere, varierer kommunernes andele fra 88 procent i Odsherred Kommune til 98 procent i Slagelse Kommune. Odsherred og Vordingborg Kommuners andele er signifikant lavere end regionsgennemsnittet, mens andelen er signifikant højere i Slagelse Kommune.

5.3.3 Spiseforstyrrelser

Begrebet spiseforstyrrelser dækker over flere forskellige spiseforstyrrelser, hvoraf de mest kendte er anoreksi og bulimi. Borgerne er spurgt til, om de på nuværende tidspunkt, eller tidligere har haft, en spiseforstyrrelse.

Tabel 5.3.3.1 Borgere med nuværende eller tidligere spiseforstyrrelse

	% Spiseforstyrrelse	Personer
Region Sjælland	5,6	36.500
Køn		
Mand	3,6	11.400
Kvinde	7,6	25.100
Alder		
16-24 år	8,4	6.800
25-34 år	9,9	6.700
35-44 år	6,1	6.600
45-54 år	5,4	6.600
55-64 år	4,2	4.700
65-79 år	3,1	3.900
80+ år	3,9	1.200
Uddannelse		
Under uddannelse	9,2	4.200
Grundskole	6,3	4.800
Kort uddannelse	3,8	8.400
Kort videreg. uddannelse	4,5	2.100
Mellemlang videreg. uddannelse	5,6	5.900
Lang videreg. uddannelse	4,4	1.800
Erhvervstilknytning		
Beskæftigede	4,3	13.400
Arbejdsløse	5,6	1.700
Førtidspensionister	13,2	4.600
Efterlønsmodtagere	3,4	700
Alderspensionister	3,3	5.200
Øvrige ikke-erhvervsaktive	16,8	4.200
Samlivsstatus		
Samlevende	4,8	20.200
Ikke samlevende	7,3	16.300
Etnisk baggrund		
Danmark	5,1	30.800
Andre vestlige lande	8,1	1.400
Ikke-vestlige lande	14,7	4.400



Generelt: 5,6 procent af borgerne i Region Sjælland har eller har haft en spiseforstyrrelse, tabel 5.3.3.1

Køn og alder: Dobbelt så mange kvinder som mænd har eller har haft en spiseforstyrrelse. Hyppigst er problemet hos de 25-34-årige og de 16-24-årige. Herefter falder andelen med stigende alder indtil 80 år.

Uddannelse: Der er flest borgere, der har lidt eller stadig lider af en spiseforstyrrelse, blandt borgere under uddannelse. Det gælder for 9,2 procent. Den laveste risiko på 3,8 procent findes blandt borgere med en kort uddannelse.

Erhvervstilknytning: Der er en tydelig øget andel af borgere med nuværende eller tidligere spiseforstyrrelse blandt øvrige ikke-erhvervsaktive borgere og førtidspensionister med 16,8 procent og 13,2 procent. Dette er 4-5 gange højere end blandt alderspensionister og efterlønsmodtagere, hvor er ca. 3 procent.

Samlivsstatus: Andelen med spiseforstyrrelse er højest blandt borgere, der er ikke bor sammen med en partner.

Etnisk baggrund: Blandt borgere med ikke-vestlig baggrund er andelen 14,7 procent - næsten tre gange højere end blandt borgere med dansk baggrund.

Tabel 5.3.3.2 Borgere med nuværende eller tidligere spiseforstyrrelse – kommuner

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
Ods Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

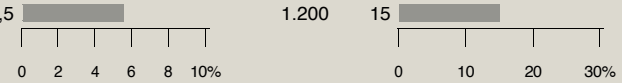
Kommunevariation: Udbredelse af nuværende eller tidligere spiseforstyrrelse varierer fra 4,5 procent i Kalundborg og Sorø Kommuner til 6,8 procent i Holbæk Kommune, tabel 5.3.3.2. Ingen kommuner adskiller sig signifikant fra regionsgennemsnittet. Når der tages højde for køn og alder, er der dog en tendens til, at der er en højere andel med spiseforstyrrelse i kommuner tilhørende kommunesocialgruppe 3 og en lavere andel i kommuner, der tilhører kommunesocialgruppe 1.

5.3.4 Vægttab eller vægtøgning – råd fra egen læge

Borgerne er blevet spurgt, om de har været ved egen læge inden for de sidste måneder. Hvis de har svaret ja til dette, er de blevet spurgt, om egen læge har rådet dem til vægttab eller vægtøgning.

Tabel 5.3.4.1 Borgere, der er rådet til vægtøgning eller vægttab af egen læge

	% Vægtøgning	Personer	% Vægttab	Personer
Region Sjælland	2,0	9.900	12	59.500
Køn				
Mand	2,2	4.800	14	31.900
Kvinde	1,9	5.000	10	27.700
Alder				
16-24 år	3,5	2.200	6	3.700
25-34 år	-	-	9	4.700
35-44 år	1,6	1.300	11	9.100
45-54 år	0,9	800	14	12.400
55-64 år	1,8	1.500	16	13.300
65-79 år	2,2	2.200	15	14.800
80+ år	4,8	1.200	6	1.500
Uddannelse				
Under uddannelse	2,9	1.000	5	1.800
Grundskole	4,5	2.700	17	10.400
Kort uddannelse	1,4	2.400	14	23.300
Kort videreg. uddannelse	1,6	600	11	4.100
Mellemlang videreg. uddannelse	1,1	900	9	7.500
Lang videreg. uddannelse	1,4	400	8	2.300
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	1,0	2.200	10	23.900
Arbejdsløse	-	-	11	2.500
Førtidspensionister	4,0	1.100	23	6.400
Efterlønsmodtagere	-	-	17	2.800
Alderspensionister	2,8	3.400	13	16.300
Øvrige ikke-erhvervsaktive	4,1	900	19	4.400
Samlivsstatus				
Samlevende	1,2	4.000	12	40.400
Ikke samlevende	3,5	5.800	11	19.200
Etnisk baggrund				
Danmark	1,9	8.600	12	54.500
Andre vestlige lande	-	-	14	1.800
Ikke-vestlige lande	5,5	1.200	15	3.300



Generelt: 2 procent af borgerne er blevet rådet til at tage på i vægt, mens 12 procent af borgerne er blevet rådet til vægttab af egen læge, tabel 5.3.4.1.

Køn og alder: Flere mænd end kvinder er af egen læge blevet rådet til at tage på i vægt eller til at tabe sig. Råd om vægtøgning ses mest hyppigt blandt de 16-24-årige og blandt borgere på 80 år og derover. Andelen af borgere, der har fået råd om vægttab, stiger med alderen indtil 55-64 år, hvorefter den aftager igen.

Uddannelse: Den højeste andel, der bliver rådet til vægtøgning, findes blandt borgere med grundskole alene, hvor andelen udgør 4,5 procent. Gruppen med borgere under uddannelse ligger også over regionsgennemsnittet og udgør 2,9 procent, mens andelen i de øvrige kategorier ligger under regionsgennemsnittet. Blandt de borgere, der bliver rådet til vægttab, findes den højeste andel blandt borgere med grundskole alene og udgør 17 procent. Andelen falder med stigende uddannelsesniveau og udgør 8 procent blandt borgere med lang videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning: Blandt borgere, der bliver rådet til vægtøgning, findes den højeste andel blandt førtidspensionister og blandt øvrige ikke-erhvervsaktive. Den samme tendens gør sig gældende, når det drejer sig om borgere, der bliver rådet til vægttab. Beskæftigede er den gruppe, med den laveste andel af borgere, der har fået råd om vægtøgning. Det er også den gruppe, hvor andelen, der bliver rådet til vægttab, er lavest.

Samlivsstatus: Blandt borgere, der er blevet rådet til vægtøgning, er andelen højest blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner. Når det gælder borgere, der er blevet rådet til vægttab af egen læge, ses ingen forskel i forhold til samlivsstatus.

Etnisk baggrund: I forhold til rådgivning om vægtøgning er andelen blandt borgere med ikke-vestlig baggrund mere end dobbelt så høj som blandt borgere med dansk baggrund. Råd om vægttab forekommer lidt hyppigere blandt borgere med ikke-vestlig baggrund end blandt borgere med anden vestlig eller dansk baggrund.

Tabel 5.3.4.2 Borgere, der er rådet til vægttab af egen læge – kommuner

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

Ods Ratio: * Signifikant forskellige fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Variationen mellem kommunerne i forhold til andelen af borgere, der bliver rådet til vægttab af egen læge, spænder fra 9 procent i Sorø Kommune til 15 procent i Guldborgsund Kommune, tabel 5.3.4.2. Kun i Guldborgsund Kommune er andelen signifikant højere end regionsgennemsnittet. Der er ingen af kommunerne, hvor andelen er signifikant lavere end regionsgennemsnittet.

Når resultatet er justeret for køn og alder, er det også kun i Guldborgsund Kommune, hvor andelen er signifikant højere end regionsgennemsnittet. Der er en lille tendens til, at andelen, der bliver rådet til vægttab, ligger lidt højere i kommunesocialgruppe 3 sammenlignet med kommunesocialgruppe 1.

5.3.5 Svær overvægt og sammenhæng med sundhedsadfærd og trivsel

Du kan i dette afsnit se sammenhængen mellem forekomst af svær overvægt og forskellige mål for sundhedsadfærd, ligesom du kan se sammenhængen mellem forekomst af svær overvægt og forskellige mål for trivsel.

Tabel 5.3.5.1 Svær overvægt og sammenhæng med sundhedsadfærd og trivsel

	% Svær overvægt	Personer
Kostvaner		
Meget usunde	18	15.300
Middel	17	68.000
Sunde	14	17.900
Rygning		
Daglig ryger	15	16.600
Lejlighedsvis ryger	15	3.100
Tidligere rygere	19	36.700
Aldrig ryger	16	47.500
Problematisk alkoholadfærd		
Nej	17	77.700
Ja	14	17.800
Fysisk aktivitet		
Træner ikke hårdt/motionerer	19	85.500
Træner hårdt/motionerer	10	16.100
Stoffer seneste måned		
Har ikke taget stoffer	17	98.000
Har taget stoffer	12	1.600
Tilfredshed med livet		
Tilfreds	15	78.500
Utilfreds	22	22.500
Søvn		
Sover godt	15	55.500
Sover dårligt	20	50.500
Selvvurderet helbred		
Dårligt	28	28.400
Godt	14	77.200
Socialt netværk		
Ikke uønsket alene	16	96.800
Uønsket alene	20	7.500

Sammenhæng med sundhedsadfærd: Svær overvægt forekommer lidt hyppigere blandt borgere, der har usunde kostvaner, end blandt borgere, der har sunde kostvaner, tabel 5.3.5.1. Svær overvægt ses hyppigere hos borgere, der tidligere har været rygere, end i de øvrige kategorier for rygning. Blandt borgere, der ikke har en problematisk alkoholadfærd, forekommer svær overvægt lidt hyppigere end blandt borgere, der har problematisk alkoholadfærd. Blandt borgere, der ikke træner hård og motionerer, er andelen af svært overvægtige næsten det dobbelte af, hvad den er blandt borgere, der træner hårdt og motionerer. Hyppigheden af svær overvægt er højere blandt borgere, der ikke har taget stoffer inden for den sidste måned, end blandt borgere, der har taget stoffer.

Sammenhæng med trivsel: Blandt borgere, der er utilfredse med livet, sover dårligt, har et dårligt selvvurderet helbred og er uønsket alene er forekomsten af svær overvægt højere end blandt borgere, der er tilfredse med livet, sover godt, har et godt selvvurderet helbred og ikke er uønsket alene.

Referencer:

[1] Forløbsprogram for kronisk sygdom – den generiske model. Sundhedsstyrelsen. 2006

[2] http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/

[3] http://www.sum.dk/Aktuelt/~/media/F7BAB-B17699E42B4A11623E137D73D0C.ashx

[4] http://www.regionsjaelland.dk/dagsordener/dagsordener2010/Sider/Regionsrådet/865-Møde%20d.%2022-6-2010/1034655.aspx

[5] http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/samarbejde-og-indsatser/Sundhedsaftalen%202010-2014/Sider/Forløbsprogrammer.aspx

[6] Juel, K et al. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed, 2006

[7] www.statistikbanken.dk

[8] www.statistikbanken.dk

[9] https://www.sst.dk/~/media/Planlaegning%20og%20kvalitet/Specialeplanlaegning/Udmeldinger/trombolysebehandling/Trombolyse%20-%20nationaleretningslinierfortrombolysebehandling22-01-09.ashx

[10] https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/endokrinologi/tilstande-og-sygdomme/diabetes-mellitus/diabetes-type-2/

[11] http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/folkesygdomme/kraeft/pakkeforloeb

[12] http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/folkesygdomme/kraeft/pakkeforloeb/monitorering

[13] https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/lunger/tilstande-og-sygdomme/obstruktive-lungesygdomme/astma/

[14] https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/lunger/tilstande-og-sygdomme/obstruktive-lungesygdomme/kol/

[15] www.statistikbanken.dk

[16] https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/endokrinologi/tilstande-og-sygdomme/knoglevaev-og-vitamin-d/osteoporose/

[17] http://www.regioner.dk/~/media/Filer/Social%20og%20psykiatri/Kvalitet%20i%20psykiatrien.ashx

[18] http://www.regioner.dk/~/media/Mediebibliotek_2011/PSYKIATRI/Tal%20og%20fakta/Regionernes%20aktivitets%20og%20ventetalsopgrelse%20p%20psykiatriomrdet%20for%201%202%20og%203%20kvartal%202013.ashx

[19] https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/neurologi/tilstande-og-sygdomme/hovedpine/migraene/

[20] https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/folkesygdomme/kronisk-sygdom/forloebsprogrammer/multisygdom24 Uden mad og drikke, del 1 og 3 – Måltider til glæde for ældre, Fødevaredirektoratet, 2002.

[21] https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/oere-naese-hals/symptomer-og-tegn/oeresusen/

[22] https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/folkesygdomme/kronisk-sygdom/forloebsprogrammer/multisygdom

[24] Uden mad og drikke, del 1 og 3 – Måltider til glæde for ældre. Fødevaredirektoratet, 2002.

[25] Sørensen, T et al. Skal overvægtige voksne tabe sig? Vidensråd for Forebyggelse. København, 2013

[26] Juel, K et al. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København, Statens Institut for Folkesundhed, 2006.

[27] Spiseforstyrrelser – Anbefalinger for organisation og behandling. Sundhedsstyrelsen, 2005

Kapitel 6
Metode

6.1 Formål og design
6.2 Deltageranalyse
6.3 Vægtning
6.4 Demografi

Metode

6.1 Formål og design

Sundhedsprofilen er tænkt som et planlægningsredskab for kommuner og region. Oplysningerne i Sundhedsprofilen har til formål at danne grundlag for:

- Regelmæssig monitorering af sundhedstilstand og sundhedsadfærd i regionen
- Udformning af den kommunale sundhedspolitik og en prioritering i forhold til forebyggelses- og sundhedsindsatser i kommunerne
- Planlægning af strukturel sundhedsfremme og målrettede forebyggelsestilbud til individer eller grupper af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd
- Planlægning af sundhedstilbud i både primær- og sekundær-sektoren
- Sundhedsaftaler mellem kommunerne og regionen
- Afdækning af social ulighed i sundhed
- Overordnet planlægning indenfor områder med indvirkning på menneskers liv og virke i kommuner og region

Sundhedsprofilen er baseret på data fra spørgeskemaundersøgelsen »Hvordan har du det? 2013«, der indeholder en lang række spørgsmål om borgernes sundhed, sygdom og adfærd. Undersøgelsen er udarbejdet efter et nationalt koncept, som er fastlagt af Det Koordinerende Udvalg for Sundhedsprofiler. Det nationale koncept indeholder en kerne af 54 fælles spørgsmål, som anvendes i spørgeskemaundersøgelserne »Hvordan har du det? 2013« i alle fem regioner og Statens Institut for Folkesundhed. I det nationale koncept indgår en aftale om stikprøvestørrelser på minimum 2.000 personer pr. kommune, en fælles udsendelsesprocedure med som minimum en ordinær udsendelse og mindst én rykkerskrivelse samt en fælles dato for den ordinære udsendelse. Desuden er der udarbejdet fælles regler for manuel og automatisk fejlretning samt fælles vægtning af data. Endelig er det nationalt besluttet, at de regionale sundhedsprofiler i 2013 omfatter borgere på 16 år og derover.

Spørgeskemaerne er sendt til et repræsentativt udsnit af borgere på 16 år eller derover i hver af regionens 17 kommuner. Stikprøven er udtrukket af Danmarks Statistik og svarer til baggrundsbefolkningen i hver kommune, når der tages hensyn til køn, alder, socio-økonomisk status m.m.

I Region Sjælland er udsendt to forskellige versioner af spørgeskemaet »Hvordan har du det? 2013«: Ét til borgere på 16-34 år og ét til borgere på 35 år og derover. Langt størstedelen af spørgsmålene er ens i de to skemaer, men der er ekstra spørgsmål om seksuel adfærd til de 16-34-årige.

Sundhedsprofilen for Region Sjælland er for første gang gennemført af regionens egne medarbejdere, dog med en kort periode med intens statistisk støtte fra Region Hovedstadens Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed samt Danmarks Statistik.

6.2 Deltageranalyse

Der er udsendt spørgeskemaer til 2.000 personer i hver kommune - eller i alt 34.000 borgere i hele Region Sjælland – i det følgende kaldet stikprøven. Blandt disse valgte 16.580 deltagere at returnere et udfyldt skema, det svarer til en deltagelse på 49 procent. Det var muligt at besvare spørgeskemaet i papirform eller elektronisk via internettet. I alt valgte 27 procent at besvare spørgeskemaet elektronisk.

En analyse, der sammenligner stikprøven med deltagerne, viser, at deltagerne på tværs af en række baggrundsvariable ikke helt fordeler sig på samme måde, som stikprøven (tabel ikke vist).
I det følgende vil fordelingen i stikprøven – det vil sige de 34.000 borgere, der blev inviteret med i Sundhedsprofilen 2013 - blive sammenlignet med de 16.580 deltagere.

Der er forholdsvis flere kvinder, der har valgt at deltage sammenlignet med mændene. Samtidig er der en lavere andel i de yngste aldersgrupper, der deltager. Denne tendens vender ved 45 år.
Herefter er der højere deltagelse ved stigende alder, indtil 79+år, hvor andelen af borgere, der har valgt at besvare spørgeskemaet, svarer til stikprøven.
Med hensyn til uddannelse viser analysen, at borgere med grundskole alene er mindre repræsenteret, og at borgere med mellemlang videregående uddannelse er mere repræsenteret. Der er ingen forskel mellem de borgere, der besvarede spørgeskemaet og stikprøven blandt borgere med uoplyst uddannelse, kort uddannelse og lang videre gående uddannelse.

For borgerne med en bruttoindkomst på mellem 175.000 og 275.000 kr., er andelen af deltagere svarende til stikprøven. For borgere med en bruttoindkomst på under 175.000 kr. falder deltagelsen med faldende bruttoindkomst. Og omvendt: jo højere bruttoindkomsten over 275.000 kr., jo højere deltagelse.

Andelen af arbejdsløse borgere, der har besvaret spørgeskemaet, svarer til stikprøven. Analysen viser derudover, at der er en lidt højere andel af borgere, der er i beskæftigelse, der har valgt at deltage i undersøgelsen. Samtidig har lidt lavere andel blandt borgere, der er under uddannelse, der har valgt at returnere spørgeskemaet.

Når der ses på deltagernes samlivsstatus, så er de samlevende med børn og ikke-samlevende med børn fuldstændig svarende til borgerne i stikprøven. Der er en lidt mindre andel blandt borgere, der er enlige uden børn, som valgte at deltage. Omvendt forholder det sig med borgere, der lever i parforhold uden børn, hvor en lidt højere andel valgte at deltage.

Der er forholdsmæssigt færre indvandrere og efterkommere af indvandrere end danskere, der valgte at besvare spørgeskemaet.

For borgere, der har haft 4 - 7 lægebesøg i 2012, svarer andelen i stikprøven fuldstændigt til deltagerne. En lidt lavere andel af borgere, der havde mindre end 4 lægebesøg, har valgt at deltage. Derimod er deltagelsesprocenten højere blandt borgere, der har haft 7 lægebesøg eller flere.
Samme mønster er gældende for indlæggelse på sygehus i 2011.

Andelen af deltagere er lidt højere blandt borgere, som bor i ejerbolig, og lidt lavere blandt borgere, som bor i lejebolig, når deltagerne bliver sammenlignet med stikprøven.

For at udligne denne forskel mellem stikprøven, de 34.000 borgere, der modtog spørgeskemaet - og de 16.580 borgere, der besvarede og returnerede spørgeskemaet, er der konstrueret en vægt for hver deltager.

6.3 Vægtning

Der kan være mange grunde til, at folk ikke besvarer et spørgeskema. Men de manglende besvarelser kan have betydning for resultaterne, hvis de personer, der har svaret på spørgeskemaet, afviger fra dem, der ikke har svaret. Som vi så ovenfor, er der grupper, der oftere vælger ikke at svare. For at afhjælpe sådanne eventuelle skævheder kan man korrigere med statistiske vægte. Vægtene gør, at grupper, hvor der er mange, der ikke har svaret, - f.eks. personer, der har grundskole alene - bliver vægtet op - eller at besvarelserne fra borgere i denne gruppe kommer til at »tælle mere«. Modsat bliver grupper, hvor der er stor deltagelse - f.eks. personer, der lever i par uden børn - vægtet ned, og deres svar dermed kommer til at »tælle mindre«.

Det samme gælder for de enkelte kommuner, hvor 2.000 tilfældigt udvalgte borgere fra hver kommune har modtaget et spørgeskema. Dette giver en skævhed kommunerne imellem, da f.eks. en borger i Næstved Kommune har haft 3 procents chance for at modtage et spørgeskema, mens chancen for en borger i Solrød Kommune har været 12 procent.

Sådanne skævheder retter vægtene op på. På den måde bliver resultaterne repræsentative for hele befolkningen i Region Sjælland på 16 år og derover. Vægtene er lavet på baggrund af data om:

- Alder
- Køn
- Familietype
- Indkomst
- Lægebesøg
- Indlæggelse på sygehus
- Socioøkonomisk gruppering
- Etnicitet
- Kommune
- Ejerforhold
- Flytning

Vægtene er udarbejdet af Danmarks Statistik på baggrund af besvarelserne af spørgeskemaet »Hvordan har du det? 2013«, hvor den statistiske model fra 2010 i det store hele er genbrugt. Det vil sige, at vægtningen af data fra 2013 ligner vægtene fra 2010. Alle tal i denne rapport er beregnet på vægtede data. Det betyder, at de rapporterede tal i Sundhedsprofilen 2013 kan betragtes som repræsentative for alle personer, der har modtaget et spørgeskema, og dermed også for befolkningen i de enkelte kommuner og hele Region Sjælland.

6.4 Demografi

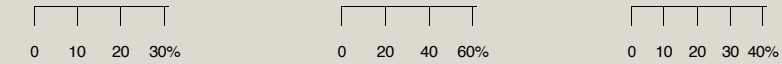
I Sundhedsprofilen 2013 er rapporteret en lang række forskellige mål for borgernes sundhedstilstand sammenholdt med fordelingen over en række variable for demografi og sociale forhold. I dette afsnit præsenteres variationen kommunerne i mellem ud fra alder, uddannelsesniveau og etnicitet.

6.4.1 Alder

Alder er den faktor, der er stærkest forbundet med udvikling af langvarige sygdomme. Undersøgelser viser, at jo ældre man er, jo større er risikoen for at få en eller flere kroniske sygdomme[1]. Derfor kan aldersfordelingen i de enkelte kommuner have indflydelse på sundhedstilstanden.

Tabel 6.4.1.1 Borgere på 16 år og derover fordelt på alder – kommuner

Kommune	% 16-34 år	Personer	% 35-64 år	Personer	% 65+år	Personer
Region Sjælland	23	153.300	52	347.700	25	163.500
Faxe	22	6.100	55	15.600	24	6.800
Greve	22	8.400	54	20.700	24	9.200
Guldborgsund	22	11.100	50	25.900	28	14.500
Holbæk	24	13.600	53	29.700	22	12.400
Kalundborg	22	8.700	52	20.700	25	10.000
Køge	24	11.100	53	24.500	23	10.400
Lejre	19	4.100	57	12.000	24	5.200
Lolland	19	7.300	51	19.000	30	11.300
Næstved	25	16.600	52	34.100	23	15.300
Odsherred	18	5.000	51	14.000	31	8.400
Ringsted	26	6.800	54	14.300	20	5.400
Roskilde	27	18.000	51	34.500	22	15.000
Slagelse	26	16.600	50	31.700	24	15.000
Solrød	21	3.600	56	9.300	23	3.700
Sorø	22	5.300	55	12.800	23	5.400
Stevns	20	3.600	53	9.600	27	4.800
Vordingborg	20	7.600	52	19.500	28	10.600



Generelt: I Region Sjælland er 23 procent af borgerne 16 - 34 år, svarende til 153.300 borgere. 52 procent er mellem 35 og 64 år, og 25 procent af borgerne er 65+ år, tabel 6.4.1.1.

Kommunevariation: Kommunevariationen blandt de 16-34-årige spænder fra 18 procent i Odsherred Kommune til 27 procent i Roskilde Kommune. Den laveste andel af 35-64-årige findes Guldborgsund og Slagelse Kommuner med 50 procent, og den højeste andel er 57 procent i Lejre Kommune. Flest borgere på 65 år og derover findes i Odsherred Kommune, og færrest findes i Ringsted Kommune.

6.4.2 Uddannelsesniveau

I de seneste 100 år har undersøgelser vist, at den sociale placering i samfundet har stor betydning for sundhed, sygelighed og dødelighed. Sygeligheden og tidlig død har været, og er stadig, højest i de lavere sociale lag. Den sociale position kan måles på flere måder - ofte bruges uddannelse[2].

Tabel 6.4.2.1 Uddannelsesniveau – kommuner

Kommune	% Grundskole alene	Personer	% Lang uddannelse	Personer
Region Sjælland	14	77.300	8	
Faxe	14	3.200	5	
Greve	10	3.200	9	2.900
Guldborgsund	15	6.000	7	2.700
Holbæk	16	7.400	8	3.500
Kalundborg	17	5.500	5	1.700
Køge	14	5.500	10	3.700
Lejre	10	1.800	10	1.800
Lolland	19	5.900	4	1.300
Næstved	13	6.800	5	2.800
Odsherred	15	3.400	6	1.300
Ringsted	17	3.600	9	1.900
Roskilde	11	6.500	13	7.500
Slagelse	18	8.900	4	2.300
Solrød	8	1.100	12	1.600
Sorø	12	2.400	11	2.100
Stevns	13	1.900	6	800
Vordingborg	14	4.100	7	2.100

Generelt: I Region Sjælland har 14 procent af borgerne gennemført grundskole alene, tabel 6.4.2.1. Det svarer til 77.300 personer. 8 procent, svarende til 41.200 personer, har en lang videregående uddannelse.

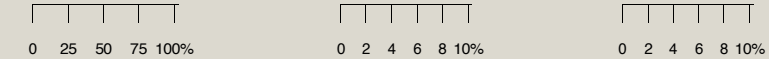
Kommunevariation: Der er ganske stor variation kommunerne i mellem, hvad angår uddannelsesniveau – 19 procent i Lolland Kommune til 8 procent i Solrød Kommune har grundskole alene. 4 procent i Lolland og Slagelse Kommuner har en lang videregående uddannelse, hvilket er den laveste andel - den højeste andel findes i Roskilde Kommune med 13 procent.

6.4.3 Etnisk baggrund

Blandt borgere med visse andre etniske baggrunde end dansk ses en forhøjet forekomst af en række sygdomme og en tendens til at bruge sundhedsydelser i større omfang end etniske danskere[3]. Samtidig viser undersøgelser, at etniske minoriteter har en større sygdomsbelastning og et dårligere selvvurderet helbred[4]. Disse forskelle mellem etniske danskere og etniske minoriteter kan forklares ved forskelle i socioøkonomiske vilkår og sociale ressourcer[5].

Tabel 6.4.3.1 Etnisk baggrund – kommuner

Kommune	% Dansk	Personer	% Anden vestlig	Personer	% Ikke-vestlig	Personer
Region Sjælland	93	615.700	2,7	18.100	4,6	30.800
Faxe	94	26.800	1,9	500	3,9	1.100
Greve	89	33.900	5,0	1.900	6,2	2.400
Guldborgsund	92	47.600	2,3	1.200	5,3	2.700
Holbæk	93	51.600	2,5	1.400	4,8	2.700
Kalundborg	95	37.500	1,5	600	3,5	1.400
Køge	90	41.500	2,1	1.000	7,7	3.500
Lejre	94	19.900	3,0	600	3,4	700
Lolland	95	35.900	2,0	700	2,6	1.000
Næstved	93	61.200	2,2	1.500	4,9	3.300
Odsherred	95	26.000	2,3	600	3,0	800
Ringsted	92	24.400	1,8	500	6,2	1.600
Roskilde	92	62.100	3,7	2.500	4,3	2.900
Slagelse	92	58.000	2,9	1.900	5,5	3.500
Solrød	92	15.200	3,5	600	5,0	800
Sorø	93	22.000	2,8	700	3,8	900
Stevns	94	16.900	3,3	600	2,4	400
Vordingborg	94	35.300	3,6	1.300	2,8	1.100



Generelt: I Region Sjælland har 93 procent af borgerne dansk baggrund. 2,7 procent har anden vestlig baggrund, og 4,6 procent har ikke-vestlig baggrund, tabel 6.4.3.1.

Kommunevariation: Andelen af borgere med dansk baggrund varierer fra 89 procent i Greve Kommune til 95 procent i Kalundborg, Lolland og Odsherred Kommuner. I Greve Kommune findes den højeste andel af borgere med anden vestlig baggrund end dansk, og den laveste andel findes i Kalundborg Kommune med 1,5 procent. Stevns Kommune har 2,4 procent borgere med ikke-vestlig baggrund, der er den laveste andel kommunerne imellem, hvor Køge Kommune har den højeste andel på 7,7 procent.

Referencer:

[1] Christensen, A et al. Christensen, A et al. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 - og udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, 2012. http://www.si-folkesundhed.dk/Udgivelser/B%C3%B8ger%20og%20rapporter/2012/Sundhed%20og%20sygelighed%20i%20Danmark%202010%20og%20udviklingen%20siden%201987.aspx

[2] Juel, K et al. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed, 2006. http://www.si-folkesundhed.dk/upload/Risikofaktorer.pdf

[3] Etniske minoriteter – sygdom og brug af sundhedsvæsenet – Et registerstudie. Sundhedsstyrelsen, 2006. http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2006/CFF/Sufremme_etn/sygdbrugsuv_etn.pdf

[4] Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen – en antologi. Sundhedsstyrelsen, 2010 http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2010/CFF/Etnisk/Etnminoriteter_sundhedsv_antologi.pdf.

[5] Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen – en antologi. Sundhedsstyrelsen, 2010 http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2010/CFF/Etnisk/Etnminoriteter_sundhedsv_antologi.pdf.

Sundhedsprofil 2013 for Region Sjælland og kommuner »Hvordan har du det?«
Region Sjælland
www.regionsjaelland.dk/sundhedsprofil