

Sundhedsprofil 2010



»Hvordan har du det?«
Sundhedsprofil for
Region Sjælland og kommuner
www.regionsjaelland.dk

Titel "Hvordan har du det? 2010" Sundhedsprofil for Region Sjælland og kommuner

Forfatter Inger Helt Poulsen

Udgiver Region Sjælland

Kvalitet og Udvikling

Regionshuset

Alleen 15

4180 Sorø

www.regionsjaelland.dk

KvalitetUdvikling@regionsjaelland.dk

ISBN 978-87-92-026-07-1

Layout og tryk Glumsø Bogtrykkeri A/S

Oplag 500 stk

Sammenfatning

Sundhedsprofilen 2010 er den første rapport, der udgives med detaljeret information om sundhed, sygelighed og sundhedsadfærd i samtlige 17 kommuner i Region Sjælland. Formålet med sundhedsprofilen er at give kommuner og region et planlægningsredskab indenfor forebyggelsesområdet.

Sundhedsprofilen beskæftiger sig med følgende temaer: Demografi og sociale forhold, sundhedsadfærd, helbred og trivsel, forebyggelse og sundhedsfremme samt kroniske sygdomme.

Et gennemgående fokus i sundhedsprofilen er social ulighed i sundhed på individniveau såvel som på kommuneniveau. For at anskueliggøre en eventuel socialt betinget forskel mellem kommunerne, er de inddelt i tre kommunesocialgrupper på baggrund af andelen af borgere, der er uden tilknytning til arbejdsmarkedet, andelen af borgere, der har kort uddannelse samt det gennemsnitlige bruttoindkomstniveau i kommunerne. Disse informationer stammer fra centrale registre.

De forskellige temaer i sundhedsprofilen er belyst ved hjælp af data indsamlet i spørgeskemaundersøgelsen »Hvordan har du det? 2010«. Spørgeskemaerne blev udsendt primo februar 2010 til en tilfældig stikprøve af alle borgere på 16 år og derover i Region Sjælland – i alt 34.000 borgere. Sundhedsprofilen beskriver de 820.000 borgere på 16 år og derover, der bor i Region Sjælland.

Ud af de 34.000 borgere, som fik tilsendt spørgeskemaer, udfyldte 55 procent skemaerne. Der er stor forskel på deltagelsesprocenten i de enkelte kommuner. Der er generelt flere kvinder end mænd, som har besvaret spørgeskemaet, ligesom andelen, der har besvaret spørgeskemaet, er større blandt borgere i alderen 45-74 år end blandt de yngste og de ældste aldersgrupper. Ved analyse af spørgeskemadata er der derfor vægtet for non-response og stikprøvestørrelse, så resultaterne er repræsentative for hele stikprøven og dermed også for befolkningen i regionen og i de enkelte kommuner.

Enhed for Kvalitet og Udvikling i Region Sjælland har stået for udarbejdelse af Sundhedsprofilen 2010 for Region Sjælland med faglig bistand fra Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed. En følgegruppe med repræsentanter for hver af de 17 kommuner samt Region Sjælland har været sparringspartnere under hele processen og har deltaget i samarbejdet i forhold til lokale pressestrategier og markedsføring.

Demografi og sociale forhold

Sundhed og sygelighed er ikke tilfældigt fordelt. En række demografiske og socioøkonomiske forhold spiller en væsentlig rolle for sundhedstilstanden i en befolkning. Forskelle i sundhedstilstand mellem kommunerne afspejler ofte kommunale forskelle i demografi og sociale forhold.

- 40 procent af borgerne er 55 år eller derover, og 22 procent er 65 år eller derover
- 5 procent af borgerne i alderen 25-64 år bor alene med børn
- 4 procent af borgerne har en ikke-vestlig baggrund
- 13 procent af borgerne har gennemført grundskolen alene, mens 8 procent har en lang videregående uddannelse
- 23 procent af borgerne under 65 år er ikke tilknyttet arbejdsmarkedet eller en uddannelsesinstitution

Sundhedsadfærd

Sundhedsadfærd omfatter dels målbevidste handlinger, som mennesker udfører for at bevare eller forbedre sundheden eller for at undgå sygdom og dels vanebaserede handlinger, som kan have sundhedsmæssige eller helbredsmæssige konsekvenser. Sundhedsadfærden kan påvirke sundhedstilstanden både positivt (sundhedsfremmende adfærd) og negativt (risikoadfærd).

- 44 procent af borgerne i Region Sjælland har aldrig røget – 23 procent ryger dagligt
- 90 procent af dem, der har et alkoholforbrug, drikker under Sundhedsstyrelsens grænser for storforbrug – 15 procent har tegn på alkoholafhængighed
- 59 procent af de unge har aldrig prøvet at bruge hash – 4,6 procent har brugt euforiserende stoffer inden for den seneste måned
- 32 procent er fysisk aktive i fritiden mere end en time dagligt – 38 procent er fysisk aktive under 1/2 time dagligt i fritiden
- 24 procent spiser sund mad – 14 procent spiser usund mad
- 81 procent af de unge, som ikke ønsker børn, brugte prævention ved seneste samleje – 8 procent af de unge brugte ikke kondom ved seneste samleje, selvom de har skiftende seksualpartnere

Sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse

Forskellige faktorer har indflydelse på menneskers sundhedstilstand. Individet med sin genetiske arv, alder og køn er omgivet en række betydende faktorer: Livsstilsfaktorer, sociale relationer, levevilkår samt overordnede socioøkonomiske, kulturelle og miljømæssige faktorer. På regions- og kommuneniveau er alle kommuner ifølge sundhedsloven forpligtede til at skabe sunde rammer for borgerne. Sunde rammer kan siges at virke sundhedsfremmende i forhold til de mennesker, der opholder sig inden for de afgrænsede områder, som kan være daginstitutioner, sportshaller, restauranter, arbejdspladser m.m. Både regioner og kommuner er forpligtede til at forebygge sygdom og komplikationer til sygdom hos patienter. Disse forpligtelser er indskrevne i de sundhedsaftaler for samarbejde mellem kommuner, praktiserende læger og region, som er indgået af samtlige kommuner og Region Sjælland.

- 13 procent af borgerne har generelt sunde vaner med hensyn til såvel rygning alkohol, fysisk aktivitet som mad
- 74 procent af borgere, der ryger hver dag, vil gerne holde op med at ryge, og 50 procent ønsker hjælp til rygestop. 40 procent har fået information om eller fået tilbud om rygestop hos egen læge
- 22 procent af borgere med en risikabel alkoholadfærd vil gerne nedsætte for-

bruket og 9,3 procent har fået information om eller fået tilbud om hjælp til at nedsætte alkoholforbruget hos egen læge

- 70 procent af de borgere, der er fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen, vil gerne være mere fysisk aktive, og 17 procent har fået information eller taget i mod tilbud om hjælp til ændring af motionsvaner fra deres egen læge
- 53 procent af de borgere, der spiser usund mad, vil gerne spise sundere, og 10 procent har fået information om eller hjælp til ændring af usunde madvaner fra egen læge
- 74 procent af borgerne går ind for rygeforbud på daginstitutioner, skole og fritidsklubber, 64 procent ønsker totalt rygeforbud på sygehuse, mens 35 procent går ind for afgrænsede rygeområder på sygehuse
- 79 procent af borgerne går ind for alkoholforbud på arbejdspladser, og 70 procent går ind for alkoholforbud i sportshaller og idrætsklubber
- 65 procent går ind for forbud mod salg af sodavand på skoler, skolefritidsordninger og fritidsklubber

Helbred og trivsel

Et væsentligt aspekt af borgernes generelle helbredstilstand er borgernes oplevelse og vurdering af eget helbred samt fysiske og psykiske velbefindende. I det følgende beskrives borgerne i Region Sjællands generelle vurdering af deres helbred og trivsel. Der er fokuseret på selv vurderet helbred, fysisk og mentalt helbred, stress, generende symptomer og sygefravær.

- 44 procent af borgerne vurderer deres helbred som fremragende eller vældig godt, mens 17 procent vurderer deres helbred som mindre godt eller dårligt
- 25 procent af borgerne med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred ryger eller er fysisk inaktive
- Højt stressniveau er især udbredt hos kvinder, 80+årige, enlige, borgere under 65 år uden erhvervstilknytning samt hos borgere med ikke-vestlig baggrund
- Meget generende psykiske symptomer forekommer hyppigst hos borgere med grundskole alene, borgere under 65 år uden erhvervstilknytning samt borgere med ikke-vestlig baggrund
- Sygefravær indenfor de seneste 14 dage er især udbredt blandt kvinder, unge, uddannelsessøgende og borgere af ikke-vestlig baggrund
- Sygefravær over 25 dage seneste år er mest udbredt blandt kvinder, borgere med grundskole alene samt borgere med ikke-vestlig baggrund

Kroniske sygdomme

Antallet af borgere med kronisk sygdom stiger. Det skyldes dels befolkningens stigende alder dels nye behandlingsmetoder, der betyder, at borgerne lever længere med deres kroniske sygdom. Denne udvikling forventes at fortsætte fremover. Derfor oplever både region og kommuner stigende pres på sundhedsvæsenets tilbud inden for behandling, rehabilitering, forebyggelse, pleje og støtte. I det følgende beskrives forekomsten af kroniske sygdomme hos borgerne i Region Sjælland og kronisk sygdoms indflydelse på borgernes hverdag.

- 58 procent af borgerne over 16 år har mindst én kronisk sygdom
- 75 procent af de 65+årige har mindst én kronisk sygdom og 23 procent har tre eller flere kroniske sygdomme
- Forekomst af rygning og fysisk inaktivitet hos borgere med kronisk sygdom øges i takt med antallet af kroniske sygdomme
- 36 procent af borgerne med tre eller flere kroniske sygdomme, som er under 65 år og i arbejde, har haft sygefravær inden for de seneste 14 dage, og 25 procent har haft over 25 sygedage inden for det seneste år
- Hos borgere med tre eller flere kroniske sygdomme har 10 procent haft kontakt med deres familie og 25 procent haft kontakt med deres naboer mindre end én gang om måneden
- 10 procent af borgerne med tre eller flere kroniske sygdomme er begrænset i at udføre personlig pleje, 41 procent er begrænset i at udføre den daglige husholdning, og 28 procent er begrænset i at udføre udadvendte aktiviteter

Indhold

Sammenfatning	2
Demografi og sociale forhold	2
Sundhedsadfærd	3
Sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse	3
Helbred og trivsel	4
Kroniske sygdomme	4
Indledning	12
Afsnit 1.1 Formål	13
Afsnit 1.2 Opbygning af rapporten	13
Afsnit 1.3 Materiale	14
Spørgeskemadata	14
Deltageranalyse	14
Afsnit 1.4 Metode	16
Afsnit 1.5 Læsevejledning	17
Regionstabeller	17
Kommunetabeller	18
Regionskort	20
Afsnit 1.6 Bidragydere	21
Demografiske og sociale forhold	24
Afsnit 2.1 Demografi	24
Indbyggertal	24
Alder	25
Borgere på 55 år og derover og 65 år og derover	26
Samlivsstatus	27
Etnisk baggrund	28
Afsnit 2.2 Sociale forhold	31
Uddannelse	31
Grundskole alene og lang videregående uddannelse	32
Erhvervstilknytning	33
Bruttoindkomst	35
Afsnit 2.3 Kommunesocialgrupper	36
Inddeling i kommunesocialgrupper	36
Sundhedsadfærd	40
Afsnit 3.1 Rygning	41
Regeringens mål for begrænsning af rygning	41
Ikke-rygere udsat for passiv rygning	47
Passiv rygning indendørs i hjem med børn	50
Unge, der har prøvet at ryge vandpipe	52
Afsnit 3.2 Rusmidler	54
Afsnit 3.2.1 Alkohol	54
Sundhedsstyrelsens anbefalede genstandsgrænser	54

Alkohol på hverdage eller weekender	55
Risikabel alkoholadfærd	57
Overskridelse af ugentlig genstandsgrænse på 14 for kvinder og 21 for mænd	61
Rusdrikkeri og alkoholafhængighed	64
Borgere med risikabel alkoholadfærd, som bor sammen med børn	68
Motivation til nedsættelse af alkoholforbrug	71
Afsnit 3.2.2 Unges brug af euforiserende stoffer	72
Prøvet hash og andre stoffer	72
Debutalder for hash og andre stoffer	74
Brug af hash og andre stoffer inden for seneste måned	74
Afsnit 3.3 Fysisk aktivitet	74
Sundhedsstyrelsens anbefalinger for fysisk aktivitet	75
Fysisk aktivitet	75
Fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen – i fritiden inklusiv transport	76
Hverken cykling eller gang i transport	78
Fysisk aktivitet og afstand til arbejde	80
Mindst 6 timers stående, gående eller hårdt fysisk arbejde om dagen	81
Stillesiddende på arbejde	85
Stillesiddende fritid	87
Stillesiddende adfærd på arbejde og i fritiden	90
Mindst 10 timers stillesiddende sammenlagt på arbejde og i fritiden om dagen	90
Motivation for ændring af adfærd	93
Afsnit 3.4 Madvaner og vægt	95
Anbefalinger til sund kost	96
Usunde og sunde madvaner	96
Generelt sunde eller usunde madvaner	96
Frukt og grønt og fisk som anbefalet	99
Indtag af slik, søde sager og fedt mindst 5 gange om ugen	104
Fastfood mindst én gang om ugen	107
Motivation for ændring af spisevaner	110
Vægt	111
Moderat overvægtige og svært overvægtige	112
Afsnit 3.5 Seksuel sundhed hos 16-34årige	116
Anbefalinger om seksuel sundhed	116
Sexsygdomme	119

Sundhedsfremme og forebyggelse

122

Afsnit 4.1 Sunde vaner i forhold til rygning, alkohol, fysisk aktivitet og mad samlet set	123
Afsnit 4.2 Potentiale for rygestop	126
Rygestop	126
Information og tilbud om rygestop	129
Dagligrygere, der har fået hjælp til rygestop fra egen læge	130
Afsnit 4.3 Sunde rammer for rygning	132

Holdning til rygeforbud på steder for sport, beværtninger og butikcentre	134
Holdning til rygning på sygehuse	136
Holdning til rygeforbud på arbejdspladser	137
Afsnit 4.4 Potentiale for borgernes nedsættelse af alkoholforbrug	138
Afsnit 4.5 Alkohol og sunde rammer	144
Holdning til alkoholforbud	144
Holdninger til alkoholforbud på skoler eller institutioner for børn, i sportshaller og på arbejdspladser	144
Afsnit 4.6 Potentiale for ændrede motionsvaner	147
Ønske om ændring af motionsvaner	147
Information og tilbud om hjælp til ændring af motionsvaner	150
Afsnit 4.7 Potentiale for sundere madvaner	153
Ønsker sundere madvaner	153
Information og tilbud om hjælp til ændring af madvaner	156
Afsnit 4.8 Mad og sunde rammer	159
Afsnit 4.9 Potentiale for ændring af sundhedsvaner hos borgere med kronisk sygdom	161
Ønske om ændring af sundhedsadfærd i sundere retning	161

Selvurderet helbred og trivsel 168

Afsnit 5.1 Selvvurderet helbred	168
Sundhedsadfærd og selvvurderet helbred	172
Afsnit 5.2 Fysisk og mentalt helbred	173
Afsnit 5.3 Selvvurderet fysisk form	177
Afsnit 5.4 Stress	180
Afsnit 5.5 Generende symptomer	183
Afsnit 5.6 Sygefravær	190
Afsnit 5.7 Socialt Netværk	193
Nogen at tale med ved problemer	194
Sjældnen kontakt til familie, venner og naboer	194

Kroniske sygdomme 198

Afsnit 6.1 Forekomst af kroniske sygdomme	199
Forekomst af kroniske sygdomme	200
Hjerte-karsygdomme	200
Blodprop i hjertet og hjertekrampe	201
Sukkersyge	210
Kræft	213
Sygdomme i Luftvejene – KOL og Astma	216
Muskel-skeletsygdomme	221
Slidgigt og leddegigt	221
Rygsygdomme og knogleskørhed	226
Psykiske sygdomme	231
Flere kroniske sygdomme	241
Afsnit 6.2 Kroniske sygdomme og sundhedsadfærd	245
Sundhedsadfærd blandt borgere med kronisk sygdom	245
Overvægt	247

Afsnit 6.3 Kroniske sygdomme og generelt helbred	249
Negative helbredsmaal hos borgere med kronisk sygdom.....	249
Mindre godt/darligt selvvrderet helbred og hojt stressniveau	252
Darligt fysisk helbred og darligt mentalt helbred.....	254
Afsnit 6.4 Kroniske sygdomme, symptomer og sygefravar	255
Sygefravar hos borgere med forskellige sygdomme.....	258
Sygefravar hos erhvervsaktive borgere med tre eller flere kroniske sygdomme.....	260
Afsnit 6.5 Kroniske sygdomme og aktivitetsbegransninger i dagligdagen..	261
Begransning i daglige goremal og de forskellige kroniske sygdomme	261
Begransninger i daglige goremal og mindst tre kroniske sygdomme	264
Afsnit 6.6 Kroniske sygdomme og socialt netvaerk.....	267
Sociale netvaerk og de forskellige kroniske sygdomme.....	267
Socialt netvaerk og mindst tre kroniske sygdomme	268

Referencer

274

Bilag 1	276
Klassificering af uddannelsesniveau pa baggrund af sporgeskemaoplysninger	276
Bilag 2.....	278
Klassificering af erhvervstilknytning pa baggrund af sporgeskemaoplysninger	278



Kapitel 1

Indledning

Indledning

Sundhedsvæsenets indsats er i fokus i disse år. Stigende udgifter og befolkningens behov for sundhedsvæsenets ydelser vokser i takt med ændring i befolkningens livsstilsvaner og en stigende andel af ældre borgere. Det gør målrettet planlægning til en nødvendighed inden for sundhedsområdet såvel som på andre områder, der har indvirkning på menneskers sundhed. Her spiller sundhedsprofilens oplysninger om borgernes sundhed, sygelighed og sundhedsadfærd – på kommuneniveau såvel som på regionsniveau – en vigtig rolle som grundlag for planlægning og samarbejde mellem region og kommuner.

Dette er den første sundhedsprofil for Region Sjælland og de 17 kommuner i regionen. I januar 2009 blev der indgået aftale om organisering og finansiering af sammenlignelige sundhedsprofiler for alle regioner og kommuner. Aftalen blev indgået mellem Danske Regioner, KL, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Finansministeriet. De regionale sundhedsprofiler gentages med en frekvens på 4 år, dog med den undtagelse, at 2. sundhedsprofil allerede foretages efter tre år 2013 for at følge 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 regioner og kommuner i hele landet.

Sundhedsprofilen for Region Sjælland er udviklet i tæt samarbejde med Region Hovedstaden, og de to regioners sundhedsprofiler har dermed også fælles regionale og lokale fokusområder. Samtidig er Region Sjællands sundhedsprofil et resultat af et frugtbart samarbejde med repræsentanter for alle kommuner, fra sygehusene og fra praktiserende lægers sundhedsudvalg i Følgegruppen for sundhedsprofiler i Region Sjælland.

Afsnit 1.1 Formål

Formålet med sundhedsprofilen er at fungere som et planlægningsredskab både for kommuner og region. Oplysningerne i sundhedsprofilen har til formål at danne grundlag for:

- Regelmæssig monitorering af sundhedstilstanden 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 sundhedsvæsenets tilbud efter borgernes behov i forskellige geografier
- 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

Afsnit 1.2 Opbygning af rapporten

Sundhedsprofilen er en deskriptiv rapport inddelt i kapitlerne: Demografi og sociale forhold, Sundhedsadfærd, Forebyggelse og sundhedsfremme, Selvvurderet helbred og trivsel samt Kroniske sygdomme. En efterfølgende tillægsrapport baseret på registerdata vil beskrive kroniske sygdomme og brug af sundhedsvæsenet.

Der er i sundhedsprofilen lagt vægt på at belyse forebyggelsespotentialer i såvel kommuner som region. Det betyder, at fokus i de enkelte kapitler primært vil være på de borgere, som har størst behov for forebyggelsesindsatser, eksempelvis borgere med en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd.

Det er også væsentligt at fokusere på borgere med hensigtsmæssig sundhedsadfærd. Disse borgere er ofte ressourcestærke og kan være med til at fremme den fælles indsats i forhold til at højne sundheden generelt, hvilket er en vigtig del af forebyggelsesarbejdet. Som nævnt er denne gruppe borgere dog ikke fokus for denne rapport.

Da sundhedsprofilen for Region Sjælland både skal anvendes af regionens 17 kommuner og af regionen, vil alle resultaterne i rapporten være opgjort på både kommune- og regionsniveau. Enkelte steder, hvor der ikke er væsentlig variation mellem kommunerne samt i uddybende analyser, er resultaterne kun præsenteret på regionsniveau.

Et gennemgående træk i sundhedsprofilen er fokus på den sociale ulighed i sundhed dels på individniveau, dels på tværs af kommunerne i Region Sjælland. Kommunerne er derfor inddelt i tre kommunesocialgrupper ud fra 1) andelen af borgere, der er uden for arbejdsmarkedet, 2) andelen af borgere med kort uddannelse samt 3) gennemsnitlig bruttoindkomst i kommunerne. For nærmere beskrivelse af kommunesocialgrupper, se kapitel 2.3.

Afsnit 1.3 Materiale

De forskellige temaer i sundhedsprofilen er belyst med udgangspunkt i data fra spørgeskemaundersøgelsen »Hvordan har du det? 2010« samt data fra centrale registre. Der er mange oplysninger at hente i centrale registre, men ikke alle. For at få information om borgerens sundhedsadfærd, holdninger og livskvalitet, er det nødvendigt at spørge borgeren selv.

Spørgeskemadata

Sundhedsprofilen er hovedsageligt baseret på data fra spørgeskemaundersøgelsen »Hvordan har du det? 2010«. Spørgeskemaundersøgelsen er udarbejdet i overensstemmelse med et nationalt koncept, som er fastlagt af det nationale koordinerende udvalg. Det nationale koncept indeholder en kerne af 52 fælles spørgsmål, som anvendes i spørgeskemaundersøgelserne »Hvordan har du det? 2010« i alle fem regioner. I det nationale koncept indgår aftale om stikprøvestørrelser på minimum 2.000 personer pr. kommune, en fælles udsendelsesprocedure med som minimum en ordinær udsendelse, et påmindelsespostkort, og mindst én rykkerskrivelse samt en fælles dato for den ordinære udsendelse.

Desuden er der udarbejdet fælles regler for automatisk fejlretning og manuel verificering af disse spørgsmål samt fælles vægtning for nonresponser, som beskrevet i afsnit 1.5. Endelig er det nationalt besluttet, at de regionale sundhedsprofiler i 2010 skal beskrive borgere på 16 år og derover.

I Region Sjælland er der ligesom i Region Hovedstaden udsendt to forskellige versioner af spørgeskemaet »Hvordan har du det? 2010«: Et til borgere på 16-34 år og ét til borgere på 35 år og derover. Hovedparten af spørgsmålene er ens i de to skemaer, men enkelte emner indgår kun i ét af skemaerne. Spørgeskemaerne er sendt til en tilfældig stikprøve af borgere på 16 år eller derover, som var bosiddende i kommunerne i Region Sjælland pr. 1. januar 2010.

Deltageranalyse

Der er udsendt 2.000 spørgeskemaer til hver kommune. I alt er der udsendt spørgeskemaer til 34.000 borgere i hele Region Sjælland, og blandt disse valgte 55 procent, svarende til 18.712 personer, at returnere et udfyldt skema. Det var muligt at besvare spørgeskemaet i papirform eller elektronisk via internettet. I alt 11,8 procent af de borgere, som deltog i undersøgelsen, valgte at besvare spørgeskemaet via internettet.

En analyse af deltagerne viser, at deltagelsen stiger med alderen indtil ca. 70 år, hvorefter deltagelsen falder drastisk (tabel ikke vist). Endvidere ses, at deltagelsen er lidt højere blandt de helt unge (16-18årige) end blandt de unge i starten af 20'erne. De samme overordnede tendenser ses for både kvinder og mænd, men stigningen i deltagelse med stigende alder ses langt tydeligere for mænd end for kvinder. Derimod er faldet efter 70-75 år tydeligere og mere markant for kvinder end for mænd.

En mindre andel af borgere med anden etnisk baggrund end dansk har svaret på spørgeskemaet sammenlignet med andelen af borgere med dansk baggrund.

Denne forskel kan blandt andet skyldes sprogvanskeligheder, da spørgeskemaet er udformet på dansk.

Deltagelsesprocenten stiger med stigende bruttoindkomst og tilsvarende er deltagelsesprocenten blandt borgere, der har lang videregående uddannelse højere end blandt de borgere, der har grundskole alene. Der er således en social gradient i andelen, der svarer på spørgeskemaerne. Der er ingen forskel i besvarelsesprocenten i forhold til erhvervstilknytning.

Deltagelsesprocenten er højere blandt borgere, der bor sammen med andre, end blandt enlige borgere.

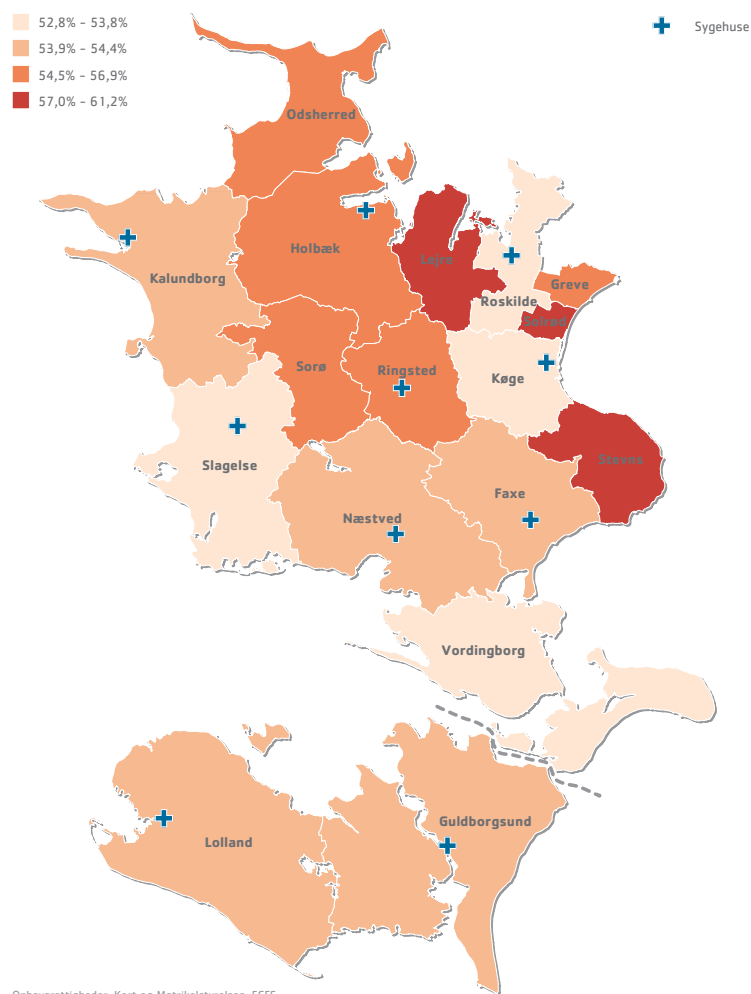
De relativt få besvarelser for de borgere, der er under 45 år, borgere uden for arbejdsmarkedet og borgere med anden etnisk baggrund end dansk, vil få betydning for beskrivelsen af en række kroniske sygdomme. Samtidig er der for nogle af de sjældnere kroniske sygdomme få besvarelser i enkelte kommuner. I de tilfælde, hvor der er for få besvarelser i fx en aldersgruppe, et uddannelsesniveau eller en kommune, vil resultaterne være behæftet med meget stor usikkerhed. Disse resultater vises ikke, men markeres i stedet i tabellerne med »-«.

Der er stor forskel på deltagelsesprocenten i de enkelte kommuner, tabel 1.1. Deltagelsesprocenten varierer fra 52,8 procent i Vordingborg, hvor den var lavest, til 61,2 procent i Lejre, som havde højest deltagelsesprocent, se også figur 1.1.

Tabel 1.3.1 Borgere, der har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen »Hvordan har du det? 2010«, kommuner



Figur 1.1 Borgere der har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen »Hvordan har du det? 2010«



Afsnit 1.4 Metode

Indbyggertallet i de 17 kommuner i Region Sjælland varierer relativt meget. Derfor vil den samlede stikprøve ikke nødvendigvis være repræsentativ for befolkningen i hele Region Sjælland, idet der er valgt samme stikprøvestørrelse for alle kommuner. I analyserne er der taget højde for dette ved at vægte i forhold til indbyggertallet i de enkelte kommuner.

I analyserne er der endvidere vægtet i forhold til manglende besvarelse (vægtning for non-response). Det betyder, at besvarelsen fra den enkelte person er givet en værdi – en såkaldt vægt – i forhold til, hvor sandsynligt det er at få en besvarelse fra en person med samme køn, alder, uddannelse, indkomst, erhvervstilknytning, samlivsstatus, etnisk baggrund, antal lægebesøg i 2007, indlæggelse på sygehus i 2007, ejer/lejerforhold samt forskerbeskyttelse. Vægtene er udarbejdet af Danmarks Statistik for den samlede stikprøve i landets fem regioner på baggrund af ovennævnte oplysninger fra centrale registre.

Hver persons besvarelse kommer på denne måde til at repræsentere besvarelse fra et varierende antal personer. Hvis besvarelsen f.eks. er 20 procent blandt unge mænd af anden etnisk baggrund, vil hver besvarelse fra en ung mand med anden etnisk baggrund repræsentere fem personer i sundhedsprofilen. Hvis besvarelsen derimod er f.eks. 50 procent i en gruppe midaldrende etnisk danske kvinder, vil hver besvarelse repræsentere to personer – og hvis besvarelsen er 100 procent, vil hver besvarelse repræsentere én person. Man kan sige, at besvarelserne fra fx den unge mand med anden etnisk baggrund end dansk vejer tungere end fx besvarelserne fra en midaldrende kvinde med etnisk dansk baggrund.

På denne måde bliver resultaterne repræsentative for hele stikprøven og dermed også for befolkningen i de enkelte kommuner på trods af den varierende deltagelsesprocent på tværs af forskellige kommuner og befolkningsgrupper.

Afsnit 1.5 Læsevejledning

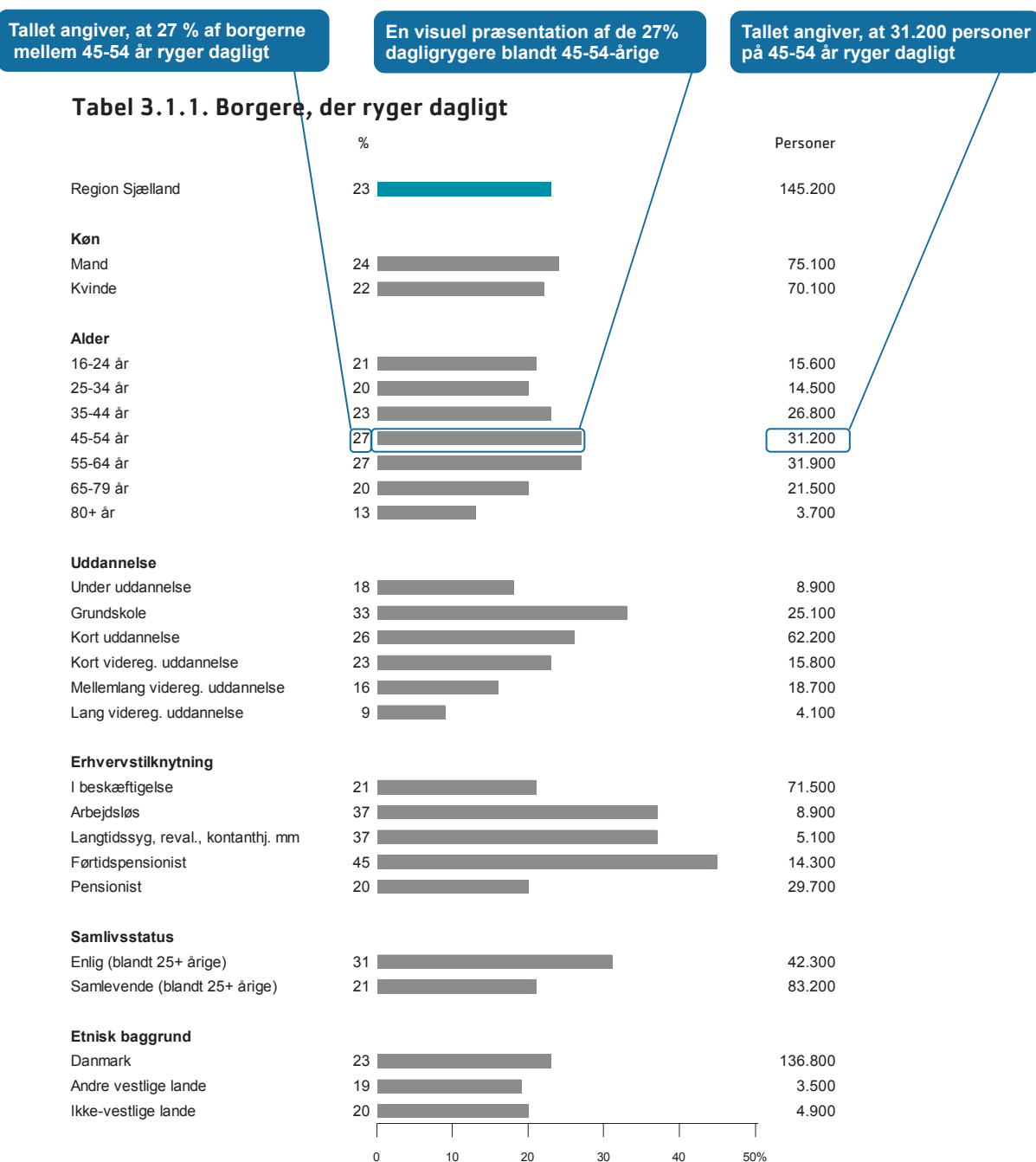
Regionstabeller

I sundhedsprofilen præsenteres forekomsten af forskellige typer af sundhedsadfærd, sundhed og sygelighed i Region Sjælland som helhed. Som tidligere omtalt er der en række demografiske og sociale forhold, som har betydning for sundhedsadfærd samt udvikling af kroniske sygdomme. Derfor opgøres fordelingen af de fleste forhold i sundhedsprofilen på køn, alder, uddannelsesniveau, erhvervstilknytning, samlivsstatus samt etnisk baggrund. På denne måde illustreres det, hvilke befolkningsgrupper, der har det største forebyggelsespotentiale.

Disse fordelinger vises i såkaldte regionstabeller, som eksemplet i tabel 1.5.1.

For at øge læsevenligheden er antallet af personer rundet af til nærmeste 100. Det betyder, at summen af underkategorier i en regionsopgørelse samt summen af kommuneresultater i en opgørelse ikke nødvendigvis svarer præcist til regionsresultatet i samme opgørelse.

**Tabel 1.5.1 Læsevejledning for regionstabeller.
Eksempel: Borgere, der ryger dagligt**



Kommunetabeller

I sundhedsprofilen præsenteres resultater opgjort på kommuneniveau for langt de fleste emner. Det gøres dels ved hjælp af en såkaldt kommunetabel og dels ved hjælp af et regionskort, som omfatter alle kommuner i regionen.

Kommunetabellerne indeholder en mere detaljeret præsentation af resultaterne opgjort på kommuneniveau, se tabel 1.5.2.

**Tabel 1.5.2 Læsevejledning for kommunetabeller.
Eksempel: Borgere, som ryger dagligt, kommuner**

Tallet angiver, at 26 % af borgerne i Kalundborg Kommune ryger dagligt

En visuel præsentation af de 26% dagligrygere blandt borgerne i Kalundborg Kommune

Stjernen angiver, at kommunens andel af daglig-rygere afviger signifikant fra gennemsnittet af alle kommuner i regionen

Tallet angiver, at 9.900 personer i kommunen ryger dagligt

Forskellen mellem kommunerne er vist som Odds Ratios, justeret for køn og alder. Stjernen viser, at den justerede kommune-andel afviger signifikant fra gennemsnittet af alle kommuner

Tabel 3.1.2 Borgere der ryger dagligt, kommuner



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Fortolkningen af Odds Ratio er, at hvis Odds Ratio er større end 1 for en kommune, så er sandsynligheden for, at en borger i kommunen er fx dagligryger større i denne kommune i forhold til gennemsnittet af kommunerne i regionen, når der er taget højde for, at kommunerne ikke har lige mange mænd og kvinder og ikke har lige mange unge og ældre. Hvis Odds Ratio er under 1, så er sandsynligheden for, at en borger er dagligryger mindre, når der tages højde for fordelingen af køn og alder i kommunerne.

Afsnit 1.6 Bidragydere

Region Sjællands enhed for Kvalitet og Udvikling har stået for opgaven med gennemførelse af sundhedsprofil »Hvordan har du det? 2010« for Region Sjælland. Opgaven er løst i tæt samarbejde med Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed i Region Hovedstaden, som har stået for udsendelse og indsamling af spørgeskemaer, håndtering af de store datamængder, samt udarbejdelse af de statistiske analyser og kort for Region Sjællands sundhedsprofil.

Selve rapporten for Region Sjælland er udarbejdet af projektleder, konsulent Inger Helt Poulsen. Flere har bidraget på forskellig vis til rapporten. På Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed har projektleder, cand. scient. san. publ. Lene Hammer-Helmich, videnskabelig medarbejder, MPH Lone Prip Buhelt, forskningsleder overlæge, ph.d. Charlotte Glümer bidraget med input og faglig sparring, ledende statistiker Anne Helms Andreasen har lavet de statistiske analyser og GIS-konsulent Peter Erbs-Maibing har lavet kort. Fra Kvalitet og Udvikling i Region Sjælland har lægefaglig konsulent Britta Ortiz og chefkonsulent Karen Buur bidraget med faglig sparring og korrekturlæsning. En følgegruppe for sundhedsprofil 2010 i Region Sjælland med repræsentanter for hver kommune, fra sygehusene, fra Praktiserende lægers sundhedsudvalg, fra regionens enhed for Kvalitet og Udvikling samt Kommunikation har fungeret dels som samarbejdspartnere, dels som sparringspartnere under hele processen, specielt i forhold til markedsføring og pressestrategi i forbindelse med gennemførelse af selve spørgeskemaundersøgelsen. En undergruppe til følgegruppen har givet faglig sparring i forbindelse med skrivning af udvalgte kapitler.

Trykning og kuvertering af spørgeskemaer er foretaget af Formula Tryksager A/S. Indscanning af spørgeskemaer er foretaget af Express A/S. Trykning og grafisk opsætning af denne rapport er foretaget af Glumsø Bogtrykkeri A/S.



Kapitel 2

Demografiske og sociale forhold

Demografiske og sociale forhold

- 40 procent af borgerne er 55 år eller derover, og 22 procent er 65 år eller derover
- 5 procent af borgerne i alderen 25-64 år bor alene med børn
- 4 procent af borgerne har en ikke-vestlig baggrund
- 13 procent af borgerne har gennemført grundskolen alene, mens 8 procent har en lang videregående uddannelse
- 23 procent af borgerne under 65 år er ikke tilknyttet arbejdsmarkedet eller en uddannelsesinstitution

Sundhed og sygelighed er ikke tilfældigt fordelt. En række demografiske og socioøkonomiske forhold spiller en væsentlig rolle for sundhedstilstanden i en befolkning. Forskelle i sundhedstilstand mellem kommunerne afspejler ofte kommunale forskelle i demografi og sociale forhold.

I dette kapitel beskrives befolkningen i Region Sjælland og i de 17 kommuner på baggrund af demografiske og sociale forhold samt kommunernes inddeling i kommunesocialgrupper.

Kapitlet er, hvor det er muligt, baseret på oplysninger fra spørgeskemaundersøgelsen »Hvordan har du det? 2010«. Det drejer sig om oplysninger vedrørende samlivsstatus, uddannelse og erhvervstilknytning. Derudover er suppleret med oplysninger fra befolkningsstatistikregistret og indkomststatistikregisteret i Danmarks Statistik vedrørende indbyggertal, alder, etnisk baggrund og indkomst. Det vil fremgå af tabellerne, når kilden til oplysningerne er registerdata.

Afsnit 2.1 Demografi

I demografiske oplysninger indgår befolkningsforhold, befolkningsstørrelse, sammensætning og udvikling. Dette afsnit beskriver variationen i indbyggertal, aldersfordeling, samlivsforhold og etnisk baggrund – i regionen såvel som i kommunerne.

Indbyggertal

Region Sjælland har pr. 1 januar 2010 820.500 indbyggere, hvoraf de knap 656.900 er 16 år eller derover og udgør befolkningsgrundlaget for sundhedsprofilen. Flest af regionens borgere på 16 år og derover bor i Roskilde og Næstved kommuner med hver 65.000 borgere, mens færrest bor i Solrød med 16.100 borgere. Fordelingen af de 16+årige borgere i de 17 kommuner fremgår af tabel 2.1.1.

Tabel 2.1.1 Borgere på 16 år og derover i kommunerne i Region Sjælland

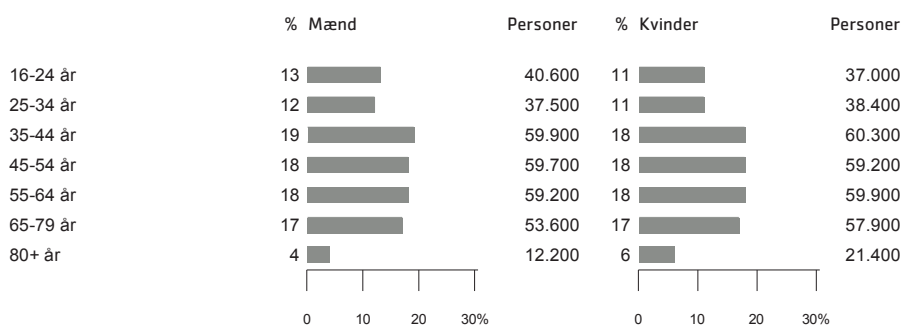
Kommune	Antal indbyggere
Næstved	65.000
Roskilde	65.000
Slagelse	62.500
Holbæk	55.000
Guldborgsund	52.100
Køge	44.500
Kalundborg	39.400
Lolland	39.200
Vordingborg	37.700
Greve	37.400
Faxe	28.100
Odsherred	27.300
Ringsted	25.600
Sorø	23.300
Lejre	20.800
Stevns	17.700
Solrød	16.100
Region Sjælland	656.900

Alder

Køns- og aldersfordelingen for borgere på 16 år og derover i Region Sjælland viser, at en fjerdedel er unge mellem 16 og 34 år, og knap en fjerdedel er 65 år eller mere, tabel 2.1.2. Der er stort set ikke forskel på kønsfordelingen i aldersgrupperne bortset fra, at der blandt de 80+årige er 1½ gang så mange kvinder som mænd.

Alder er i sundhedsprofilen en registeroplysning.

Tabel 2.1.2 Borgere fordelt efter alder og køn



Borgere på 55 år og derover og 65 år og derover

I Region Sjælland er 40 procent af borgerne, svarende til 264.100 personer 55 år eller mere. 22 procent, svarende til 145.000 personer er 65 år eller mere, tabel 2.1.3.

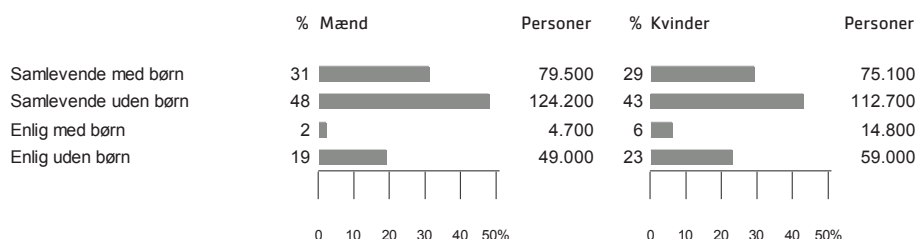
Alder er den faktor, der er stærkest forbundet med udviklingen af kroniske sygdomme. Jo ældre man er, des større er risikoen for at have en kronisk sygdom. Generelt er forekomsten af kronisk sygdom relativt lav blandt borgere under 55 år, hvorefter forekomsten stiger markant med alderen. Aldersfordelingen i de enkelte kommuner kan derfor have betydning for, hvor stor forekomsten af kronisk sygdom er blandt borgerne i de forskellige kommuner.

Tabel 2.1.3 Borgere på 55 år og derover/ 65 år og derover, kommuner



Kommunevariation: Andelen af ældre borgere varierer mellem kommunerne, mens fordelingen af 55+årige og fordelingen af 65+årige ligner hinanden. Det betyder, at hvis andelen af 55+årige i en kommune er over regionsgennemsnittet, så er kommunens andel af 65+årige det også. Det samme gør sig gældende, hvis andelen af 55+årige i en kommune er mindre end gennemsnittet. Den laveste andel af 55+årige ses i Ringsted, hvor andelen er 35 procent, og den højeste andel ses i Odsherred, hvor andelen er 48 procent. Når det gælder de 65+årige ses de laveste andele på 19 procent i Ringsted og Solrød, og de højeste andele på 27 procent ses i Odsherred og Lolland kommune. Se også figur 2.1.1, som viser fordelingen af 65+årige borgere i kommunerne.

Tabel 2.1.4 Samlivsstatus for borgere på 25 år og derover

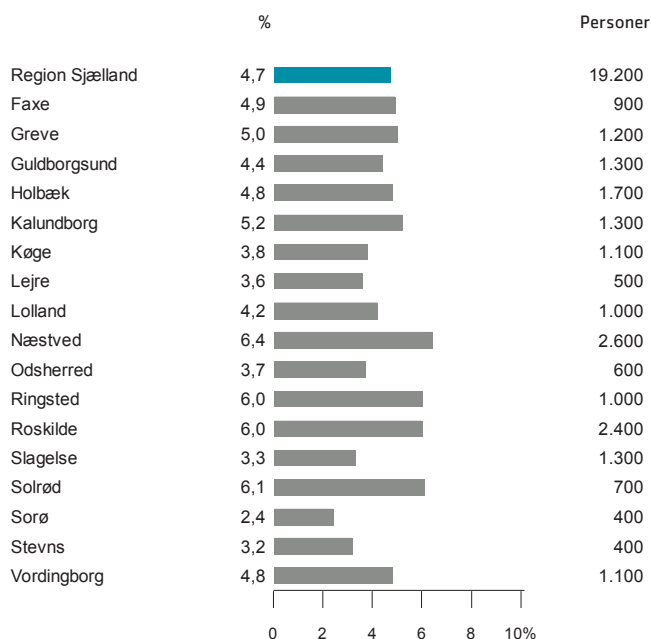


Køn og alder: Langt de fleste borgere på 25 år og derover er samlevende. Andelen af samlevende er større blandt mænd, med 79 procent, end for kvinder, med 72 procent, tabel 2.1.4. Andelen af enlige, der bor sammen med børn på 15 år eller derunder, er over dobbelt så høj blandt kvinder, som blandt mænd.

Enlige med børn under 16 år

I Region Sjælland er 4,7 procent af de voksne borgere i den erhvervsaktive alder mellem 25 og 64 år enlige med børn på 15 år eller derunder, se tabel 2.1.5. Det svarer til 19.200 personer. Af samme tabel fremgår det, at kommunernes andel af enlige med børn varierer fra 2,4 procent i Sorø, hvor andelen er lavest, til 6,4 procent i Næstved, hvor andelen er højest.

Tabel 2.1.5 Borgere mellem 25 og 64 år, som er enlige med børn på 15 år og derunder, kommuner



Etnisk baggrund

Etnicitet kan have betydning for forekomsten af sygdomme, som følge af etniske forskelle i normer og sundhedsadfærd. Desuden kan visse etniske grupper af genetiske årsager være mere disponeret for specifikke sygdomme end andre. Etnisk baggrund opgøres i sundhedsprofilen på baggrund af registeroplysninger om borgerens fødested og statsborgerskab samt forældres fødested.

Danmarks Statistik beskriver etnisk baggrund som følger:

- Indvandrere er født i udlandet. Ingen af forældrene er både danske statsborgere og født i Danmark. Hvis der ikke findes oplysninger om nogen af forældrene, og personerne født i udlandet, opfattes personen også som indvandrer.
- Efterkommere er født i Danmark. Ingen af forældrene er både danske statsborgere og født i Danmark. Hvis der ikke findes oplysninger om nogen af forældrene, og personen er udenlandsk statsborger, opfattes personen også som efterkommer. Når en eller begge forældre, der er født i Danmark, opnår dansk statsborgerskab, vil deres børn ikke blive klassificeret som efterkommere, men som personer med dansk oprindelse. Fastholder danskfødte forældre imidlertid begge et udenlandsk statsborgerskab, vil deres børn blive klassificeret som efterkommere.
- Personer med dansk oprindelse er personer – uanset fødested – der har mindst én forælder, der både er dansk statsborger og født i Danmark.

I sundhedsprofilen skelnes ikke mellem indvandrere og efterkommere født i Danmark. De ti største etniske grupper i Region Sjælland fremgår af tabel 2.1.6.

Tabel 2.1.6 De 10 største etniske grupper i Region Sjælland (Danmarks Statistik)

Land	Procent	Personer
Danmark	93,3	615.600
Tyrkiet	1,1	6.900
Polen	0,5	3.100
Irak	0,4	2.700
Tyskland,Forb.Rep	0,4	2.600
Libanon	0,3	2.000
Bosnien-Herzegovina	0,3	1.900
Norge	0,2	1.500
Sverige	0,2	1.500
Jugoslavien	0,2	1.500
Storbritannien	0,2	1.300

Borgere med ikke-vestlig baggrund

Sundhedsprofilen skelner mellem tre typer af etnisk baggrund, nemlig dansk, vestlig og ikke-vestlig baggrund. Nedenfor ses fordelingen af lande efter sundhedsprofilens tre etniske grupperinger:

Etnisk baggrund knyttet til de tre grupper af oprindelseslande:

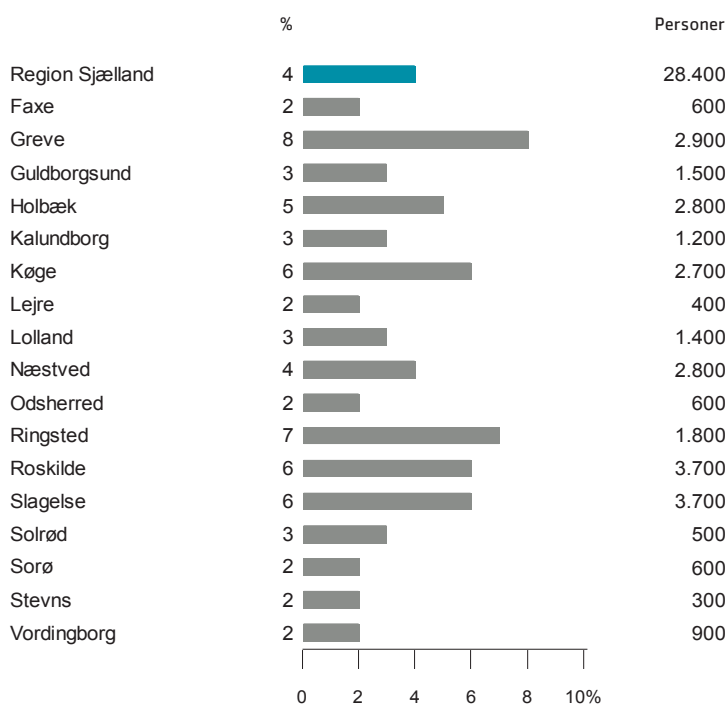
- Danmark
- Andre vestlige lande: Alle 25 EU-lande plus Andorra, Island, Liechtenstein, Monaco, Norge, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, Canada, USA, Australien og New Zealand
- Ikke-vestlige lande: Alle øvrige lande

I Region Sjælland har 93 procent af befolkningen en dansk oprindelse, mens 3 procent har en anden vestlig baggrund end dansk, og 4 procent har en ikke-vestlig baggrund, tabel 2.1.7.

Tabel 2.1.7 Etnisk baggrund (Danmarks Statistik)

Etnisk baggrund	%	Personer
Danmark	93	615.600
Vestligt land	3	15.600
Ikke-vestligt land	4	28.300

I Region Sjælland har 4 procent af borgerne på 16 år og derover en ikke-vestlig baggrund. Det svarer til 28.400 personer, se tabel 2.1.8.

Tabel 2.1.8 Borgere fra ikke-vestlige lande, kommuner (Danmarks Statistik)

Kommunevariation: Andelen af borgere med ikke-vestlig baggrund varierer fra 2 procent i Faxe, Lejre, Odsherred, Sorø, Stevns og Vordingborg, som har de laveste andele, til over 5 procent i Greve, Holbæk, Køge, Ringsted, Roskilde og Slagelse, som har de højeste andele, tabel 2.1.8.

Afsnit 2.2 Sociale forhold

Sociale forhold kan have betydning for sundhedsadfærd samt udviklingen af kroniske sygdomme.

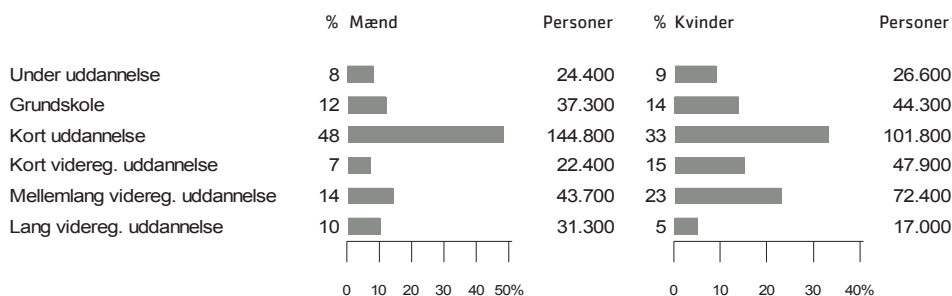
I dette afsnit beskrives en række sociale forhold blandt borgerne i Region Sjælland. Fokus er lagt på uddannelse, erhvervstilknytning samt gennemsnitlig bruttoindkomst. Oplysningerne stammer dels fra spørgeskemadata dels fra registerdata.

Uddannelse

Uddannelsesniveau er ligesom bruttoindkomst et udtryk for social position og knytter sig til såvel materielle som videnskæssige ressourcer. Det skyldes blandt andet, at uddannelse giver adgang til forskellige typer jobs og dermed det indkomstniveau, der er knyttet til disse jobs. Forskellige uddannelser tilfører personerne forskellig grad af evne til at finde relevant information og tilegne sig viden. Derudover vil der på de enkelte uddannelser foregå en gensidig påvirkning af vaner og livsstil mellem personerne. Gennem uddannelse bliver borgeren derfor tilført kompetencer og præferencer, som vil have betydning for borgerens tilbøjelighed til at træffe hensigtsmæssige valg i forbindelse med egen sundhed.

I Sundhedsprofilen er borgernes uddannelsesniveau opgjort på baggrund af spørgeskemaoplysninger. Opgørelsen er foretaget efter de regler, som danner grundlag for Dansk Uddannelsesnomenklatur (www.dst.dk). For en uddybende beskrivelse af kategorisering af uddannelsesniveaet, se bilag 1.

Tabel 2.2.1 Borgernes uddannelsesniveau, mænd og kvinder



Den mest udbredte uddannelseskategori blandt borgerne i Region Sjælland er kort uddannelse, hvilket gælder for halvdelen af mændene og for en tredjedel af kvinderne, se tabel 2.2.1. Næsten dobbelt så mange kvinder som mænd har en mellemlang videregående uddannelse. Godt 10 procent af borgerne, lige mange mænd og kvinder, har gennemført grundskoleforløb og ingen yderligere uddannelse, i det følgende benævnt »grundskole alene«. 10 procent af mændene har en lang videregående uddannelse mod 5 procent blandt kvinderne. 9 procent af borgerne, mænd og kvinder, svarende til 51.000 personer, er under uddannelse.

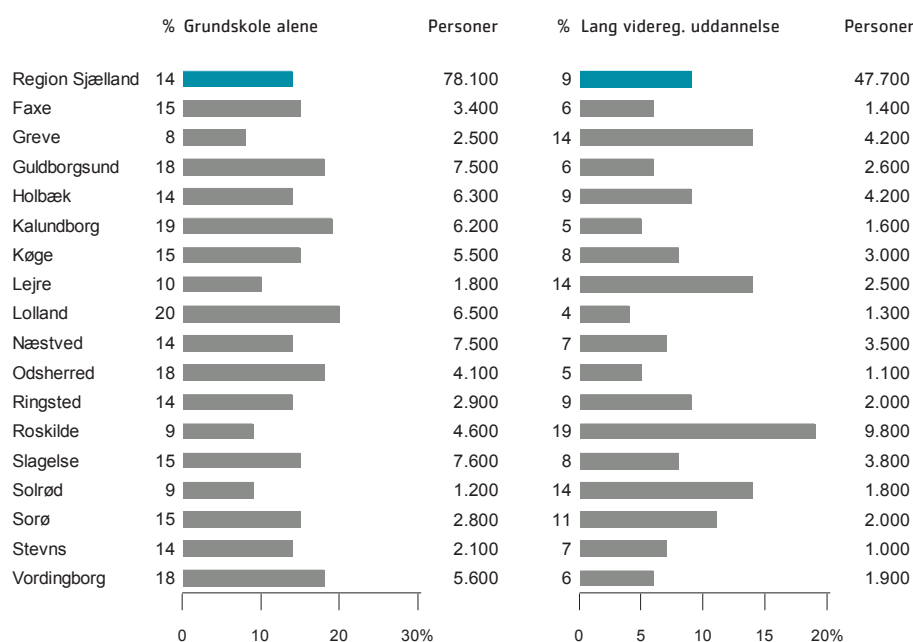
Langt de fleste borgere under uddannelse er 16-24 år, og under 10 procent er 25-34 år. Kort uddannelse er den mest udbredte uddannelse i alle aldersgrupper. Mellemlang og lang videregående uddannelses ses hyppigst blandt 25-34årige og

aftager med stigende alder. Andelen af borgere med grundskole alene er størst blandt regionens ældste borgere (tabel ikke vist).

Grundskole alene og lang videregående uddannelse

I Region Sjælland har 14 procent af borgerne på 25 år og derover, svarende til 78.100 personer, gennemført grundskole alene, tabel 2.2.2. Ni procent af borgerne, svarende til 47.700 personer, har gennemført en lang videregående uddannelse.

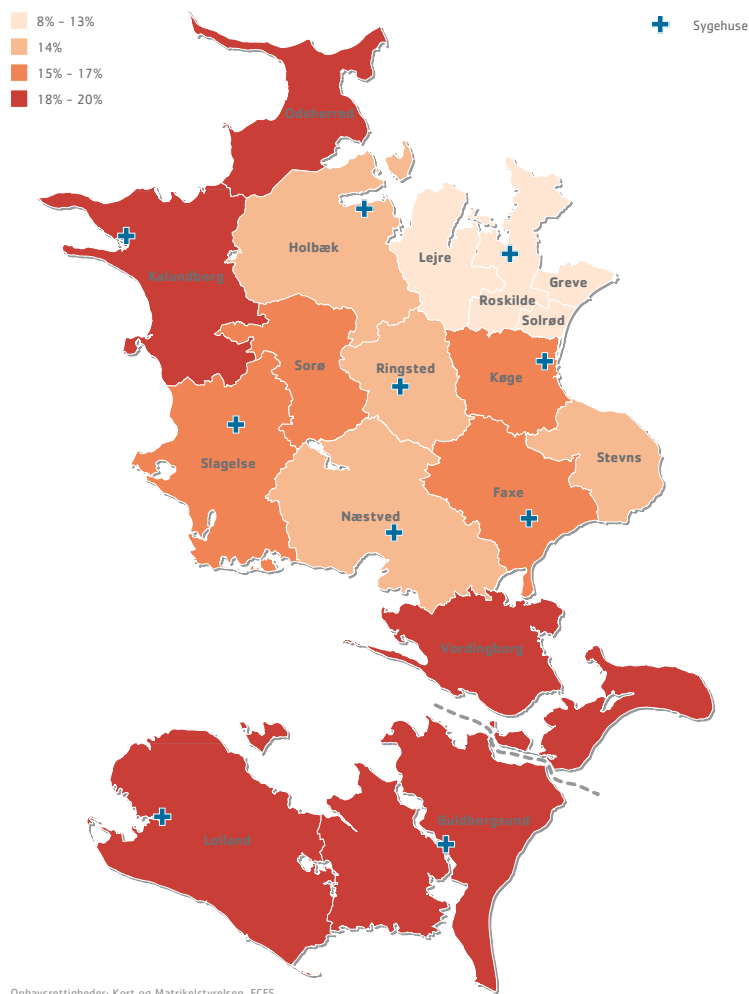
Tabel 2.2.2 Borgere på 25 år og derover med grundskole alene og borgere med en lang, videregående uddannelse, kommuner



Kommunevariation: Variationen mellem kommunerne er stor, tabel 2.2.2.

Andelen af borgere med grundskole alene er lavest i Greve, Roskilde og Solrød, hvor den er 8 - 9 procent mens Kalundborg og Lolland kommuner med 19-20 procent, er de kommuner, hvor andelen er højest. Andelen af borgere med lang videregående uddannelse er lavest med 4 - 5 procent i Kalundborg, Lolland og Odsherred, og højest med 14-19 procent i Roskilde, Greve, Solrød og Lejre. For de fleste kommuner gælder det, at jo højere andelen af borgere med grundskole alene er i en kommune, jo lavere er andelen af borgere med lang videregående uddannelse, og omvendt. Figur 2.2.1 viser andelen af borgere på 25 år og derover med grundskole alene i kommunerne.

Figur 2.2.1 Borgere med grundskole alene (25 år og derover)

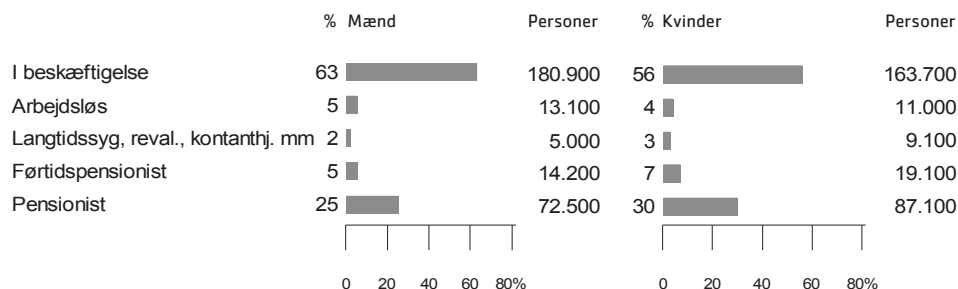


Erhvervstilknytning

Et andet vigtigt mål for social position er erhvervstilknytning. I Sundhedsprofilen er borgernes erhvervstilknytning opgjort på baggrund af spørgeskemaoplysninger. Opgørelsen er begrænset til borgere, som ikke er under uddannelse. For en beskrivelse af kategoriseringen af erhvervstilknytning, se bilag 2.

Ekskludering fra arbejdsmarkedet, fx som følge af arbejdsløshed, er en markant social begivenhed, som kan medføre forringet helbred. Det skyldes ikke kun, at arbejdsløshed oftest vil være forbundet med tab af indkomst og dermed reduceret økonomisk råderum. At være ekskluderet fra arbejdsmarkedet medfører også tab af sociale relationer og manglende struktur på hverdagen, som er faktorer, der kan spille en væsentlig rolle for såvel det fysiske som det mentale helbred.

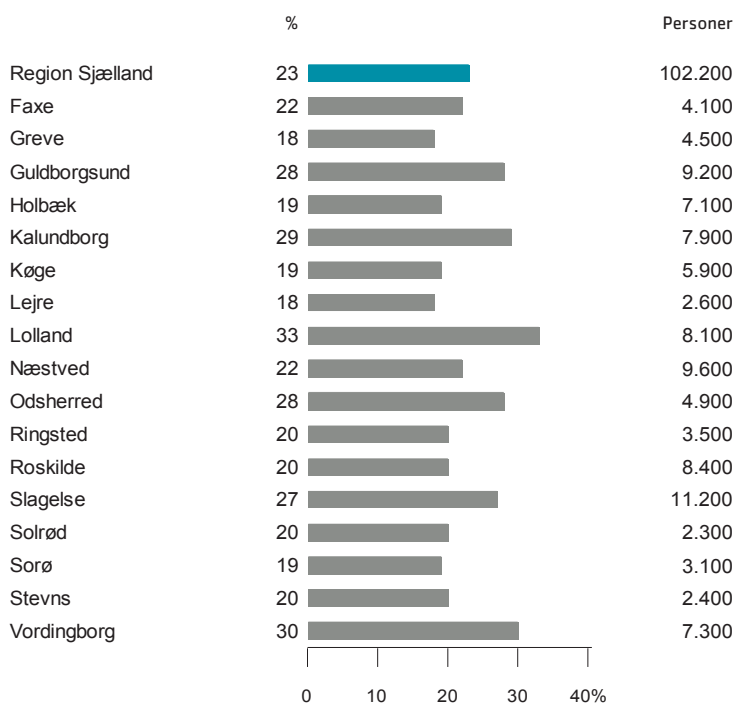
Tabel 2.2.3 Borgernes erhvervstilknytning, mænd og kvinder (ikke under uddannelse)



Det ses af tabel 2.2.3, at over 60 procent af mændene og over halvdelen af kvinderne i Region Sjælland – som ikke er under uddannelse – er i beskæftigelse. Dette svarer til i alt 344.600 personer. Omvendt er 5 procent af borgerne arbejdsløse, hvilket svarer til i alt 24.100 borgere, og her er ingen kønsforskel. Forekomst af såvel langtidssyge, revalidender, kontanthjælpsmodtagere m.m. som førtidspensionister er mere udbredt blandt kvinder end blandt mænd. Pensionister udgør en fjerdedel af mændene og næsten en tredjedel af kvinderne.

I Region Sjælland er 23 procent af borgerne under 65 år hverken i arbejde eller under uddannelse, tabel 2.2.4. Dette svarer til 102.000 personer. Andelen varierer mellem kommunerne og går fra den laveste andel på 18 procent i Greve og Lejre til 33 procent i Lolland Kommune, som har den højeste andel i regionen.

Tabel 2.2.4 Borgere under 65 år uden uddannelsestilknytning eller erhvervstilknytning, kommuner

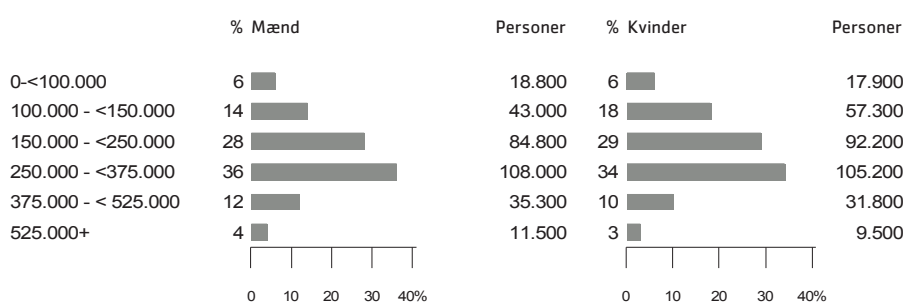


Bruttoindkomst

Bruttoindkomsten er et udtryk for de materielle ressourcer, borgeren disponerer over, og kan indirekte påvirke borgerens muligheder for at foretage »sunde valg«, som for eksempel køb af sunde fødevarer eller valg af bolig i trygge og rekreative omgivelser.

Bruttoindkomsten er i sundhedsprofilen defineret som den årlige husstandsindkomst pr. voksen i husstanden.

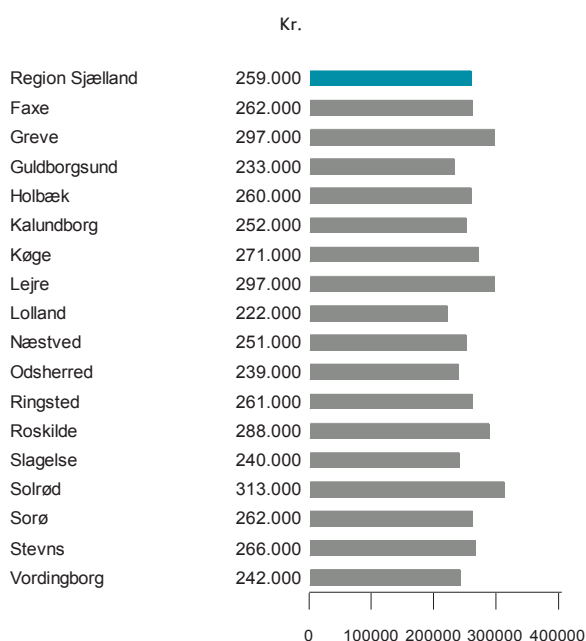
Tabel 2.2.5 Borgernes årlige bruttoindkomst (Registerdata)



En årlig bruttoindkomst på under 150.000 kr. ses lidt oftere blandt kvinderne end blandt mændene, tabel 2.2.5. De fleste borgere, der har en bruttoindkomst på under 100.000 kr., tilhører den yngste aldersgruppe. Mange af disse er studerende ved videregående uddannelser og vil typisk have en bedre sundhedsadfærd og lavere sygelighed sammenlignet med andre lavindkomstgrupper.

Den gennemsnitlige, årlige bruttoindkomst for borgere i Region Sjælland er 259.000 kr., tabel 2.2.6.

Tabel 2.2.6 Borgernes gennemsnitlige, årlige bruttoindkomst, kommuner (Registerdata)



I tabel 2.2.6 er vist variationen i den gennemsnitlige, årlige bruttoindkomst mellem kommunerne i Region Sjælland. Der er stor variation i bruttoindkomsten mellem kommunerne. Den mindst velstillede kommune er Lolland Kommune, hvor den gennemsnitlige bruttoindkomst pr. år er på 222.000 kr. Den mest velstillede kommune er Solrød, hvor den gennemsnitlige bruttoindkomst pr. år er på 313.000 kr.

Afsnit 2.3 Kommunesocialgrupper

Sociale forskelle i sundhed, sygdom og sundhedsvaner, også kaldet social ulighed i sundhed, er et kendt fænomen. Forskellen i sundhedstilstanden mellem de socialt bedst stillede og de socialt dårligst stillede grupper i samfundet viser, at der er et potentiale for forbedringer af borgernes sundhed.

Ønsket om at nedbringe den sociale ulighed i sundhed har gennem de seneste årtier været på den politiske dagsorden både nationalt, regionalt og lokalt. Region Sjælland har som et sundhedspolitisk mål, at sundhedsvæsnet skal arbejde på at fremme sundhed for alle i regionen samt arbejde på at mindske den sociale ulighed i sundhed.

For at give et billede af, i hvilket omfang der eksisterer sociale forskelle i sundhed på tværs af kommunerne i Region Sjælland, er de 17 kommuner i de næste kapitler inddelt i tre kommunesocialgrupper. Inddelingen er et gennemgående træk i de af sundhedsprofilens tabeller, der viser en sammenligning af kommuner i forhold til sygelighed og sundhed. Inddelingen i kommunesocialgrupper er baseret på oplysninger om bruttoindkomst, uddannelse og erhvervstilknytning fra registre. Det er således hele befolkningen og ikke kun deltagere i spørgeskemaundersøgelsen »Hvordan har du det? 2010«, der danner grundlag for kommunesocialgrupperne.

Inddeling i kommunesocialgrupper

Kommunerne er inddelt i socialgrupper på baggrund af kategorierne:

- Andel af borgere med kort uddannelse
- Andel af borgere, som er udenfor arbejdsmarkedet: arbejdsløse (i mindst et halvt år), førtidspensionister, modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge, uddannelsesgodtgørelse og orlovsydelse
- Gennemsnitlig bruttoindkomst

For hver kategori rangordnes kommunerne og inddeles i tre lige store grupper. Kommunerne tildeles points fra 1-3:

- 1 point, hvis kommunen er blandt de 5 kommuner med mindst andel af borgere med kort uddannelse; 3 points, hvis kommunen er blandt de 6 kommuner med størst andel af borgere med kort uddannelse.
- 1 point, hvis kommunen er blandt de 5 kommuner med mindst andel af borgere uden for arbejdsmarkedet; 3 points, hvis kommunen er blandt de 6 kommuner med størst andel af borgere uden for arbejdsmarkedet
- 1 point, hvis kommunen er blandt de 5 kommuner med højest gennemsnitlig bruttoindkomst; 3 points, hvis kommunen er blandt de 6 kommuner med lavest gennemsnitlig bruttoindkomst

Summen af points afgør, hvilken kommunesocialgruppe kommunen placeres i. Den tredjedel af kommunerne, der har flest points, udgør den højeste kommunesocialgruppe (kommunesocialgruppe 3), mens den tredjedel af kommunerne, som har færrest points, udgør den laveste kommunesocialgruppe (kommunesocialgruppe 1). 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.

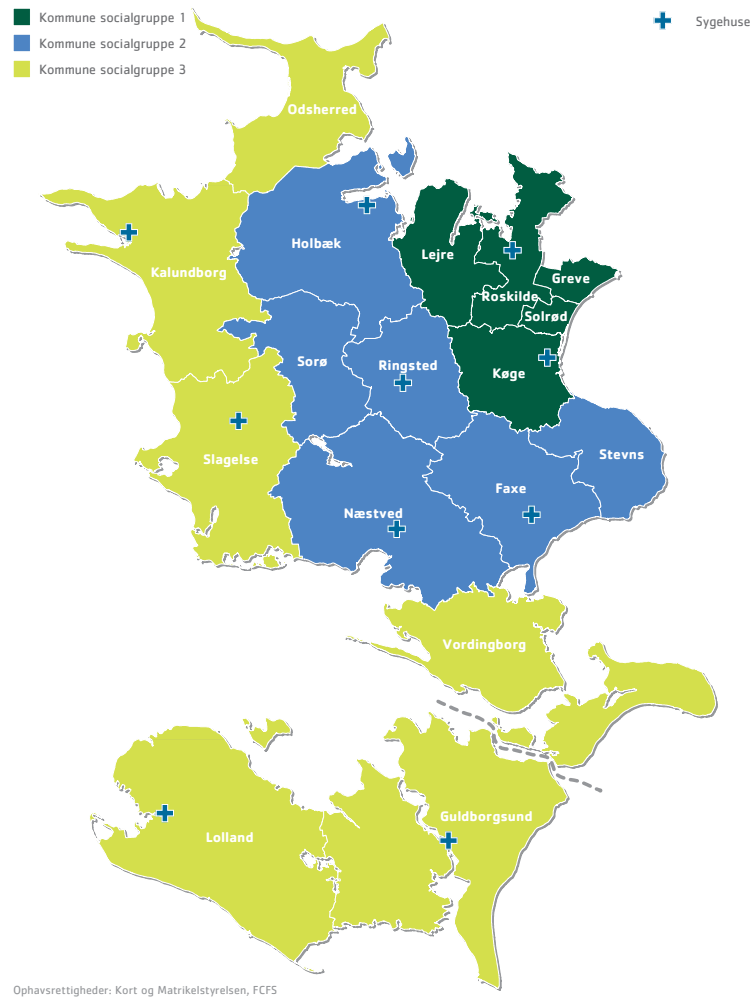
Tabel 2.3.1 viser grundlaget for inddelingen af kommunesocialgrupperne i Region Sjælland.

Tabel 2.3.1 Inddeling i kommunesocialgrupper

Kommuner	Grundskole alene	Udenfor arbejdsmarkedet	Indkomst	Sum	Kommunesocialgruppe
Greve	1	1	1	3	1
Roskilde	1	1	1	3	1
Solrød	1	1	1	3	1
Lejre	1	1	1	3	1
Køge	1	2	1	4	1
Stevns	2	1	2	5	2
Holbæk	2	2	2	6	2
Faxe	2	2	2	6	2
Ringsted	2	2	2	6	2
Sorø	2	2	2	6	2
Næstved	2	2	3	7	2
Kalundborg	3	3	2	8	3
Odsherred	3	3	3	9	3
Slagelse	3	3	3	9	3
Lolland	3	3	3	9	3
Guldborgsund	3	3	3	9	3
Vordingborg	3	3	3	9	3

Det fremgår af tabellen, at der er mange kommuner med en samlet score på 3 henholdsvis 9, det vil sige kommuner som ligger »dårligt« henholdsvis »godt« på alle tre variable. I figur 2.3.1 ses de forskellige kommuner i Region Sjælland inddelt efter kommunesocialgruppe. I de følgende kapitler vil kommunerne blive opstillet i alfabetisk rækkefølge indenfor hver kommunesocialgruppe. Kommunesocialgruppe 3 bliver præsenteret øverst og kommunesocialgruppe 1 nederst.

Figur 2.3.1 Kommunesocialgrupper i Region Sjælland





Kapitel 3

Sundhedsadfærd

Sundhedsadfærd

- 44 procent af borgerne i Region Sjælland har aldrig røget – 23 procent ryger dagligt
- 90 procent af dem, der har et alkoholforbrug, drikker under Sundhedsstyrelsens grænser for storforbrug – 15 procent har tegn på alkoholafhængighed
- 59 procent af de unge har aldrig prøvet at bruge hash – 4,6 procent har brugt euforiserende stoffer inden for den seneste måned
- 32 procent er fysisk aktive i fritiden mere end en time dagligt – 38 procent er fysisk aktive under ½ time dagligt i fritiden
- 24 procent spiser sund mad – 14 procent spiser usund mad
- 81 procent af de unge, som ikke ønsker børn, brugte prævention ved seneste samleje – 8 procent af de unge brugte ikke kondom ved seneste samleje, selvom de har skiftende seksualpartnere

Sundhedsadfærd omfatter dels målbevidste handlinger, som mennesker udfører for at bevare eller forbedre sundheden eller for at undgå sygdom og dels vanebaserede handlinger, som kan have sundhedsmæssige eller helbredsmæssige konsekvenser. Sundhedsadfærden kan påvirke sundhedstilstanden både positivt (sundhedsfremmende adfærd) og negativt (risikoadfærd).

Det er veldokumenteret, at sundhedsadfærd har stor betydning for muligheden for at bevare et godt helbred og undgå eller udsætte udviklingen af kroniske sygdomme. Det er derfor væsentligt at have kendskab til borgernes sundhedsadfærd, dels for at kunne forudsige borgernes behov for sociale og sundhedsmæssige ydelser i fremtiden, og dels for at kunne fremme borgernes sundhed og forebygge kroniske sygdomme.

Sundhedsadfærd – målbevidste eller vanebaserede handlinger – er en del af menneskers livsstil, og der er en stærk sammenhæng mellem livsstil, levevilkår og social status. I Region Sjælland er der stor opmærksomhed på forekomst af ulighed / lighed i sundhed. Sundhedsprofilen beskriver derfor demografiske, sociale og geografiske forskelle i sundhedsadfærd.

I de følgende afsnit fokuseres på adfærd relateret til rygning, brug af rusmidler som alkohol og euforiserende stoffer (kun unge), fysisk aktivitet og inaktivitet, madvaner og overvægt samt seksuel sundhed (kun unge). Alle resultaterne stammer fra spørgeskemaundersøgelsen »Hvordan har du det? 2010«.

Afsnit 3.1 Rygning

- 2/3 af de 16-24årige har aldrig røget
- 23 procent af borgerne i Region Sjælland ryger hver dag
- Ikke-rygeres udsættelse for passiv rygning og rygning i hjem med børn under 16 år er socialt skævt fordelt
- 106.700 dagligrygere ønsker at holde op

Danmark hører til et af de lande i den vestlige verden med flest rygere, selvom andelen af rygere i Danmark har været faldende de seneste år. I de senere år er vandpiberygning af tobak blevet mere og mere udbredt blandt unge i Danmark. Vandpipen appellerer til unge og uerfarne rygere, fordi røgen smager godt og ikke giver samme ubehag i halsen og i lungerne som cigaretrøg (www.sst.dk).

Rygning er den forebyggelige risikofaktor, der giver anledning til flest kroniske sygdomme i Danmark, og er dermed et væsentlig problem for folkesundheden. Rygning kan give både rygere og passivrygere umiddelbare gener som irritation af øjne og slimhinder i luftveje, hoste samt hovedpine. Hjertekarsygdomme, kræft og kroniske lungesygdomme er de mest alvorlige følgesygdomme til rygning.

Hvert år dør ca. 14.000 danskere på grund af rygning. Det svarer til ca. 26 procent af alle dødsfald. Sundhedsvæsenets nettoomkostninger relateret til rygning er 3,4 mia. kr. om året. Den enkelte ryger kan forvente 6-10 færre leveår uden langvarig belastende sygdom end personer, der aldrig har røget (Statens Institut for Folkesundhed, 2006).

Passiv rygning kan på længere sigt øge risikoen for udvikling af alvorlige sygdomme som lungekræft, hjertekarsygdomme og kroniske luftvejslidelser. Det skønnes, at ca. 2.000 danskere årligt dør af passiv rygning. Gravide udsat for passiv røg har flere komplikationer i graviditeten. Børn udsat for passiv røg har højere risiko for vuggedød, mellemørebetændelse og luftvejssygdomme, som fx astma.

Regeringens mål for begrænsning af rygning

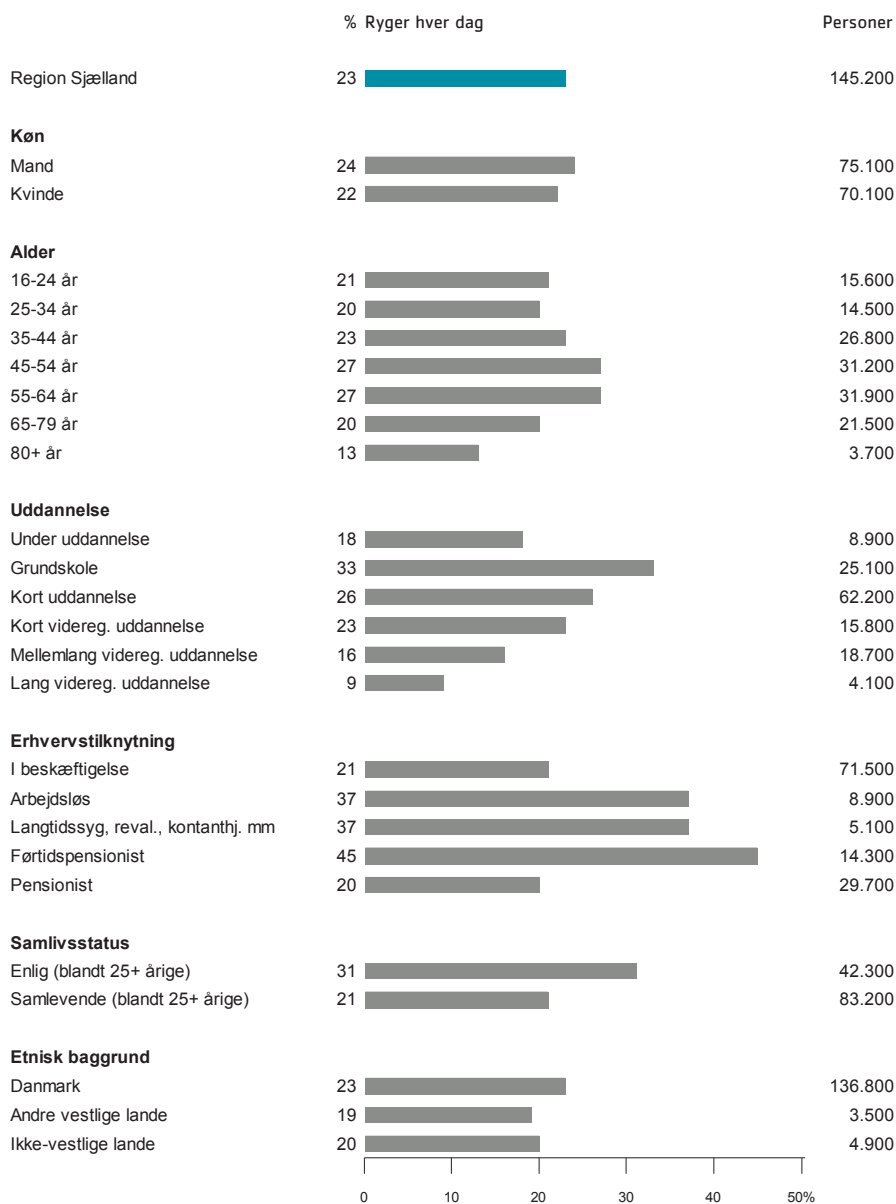
Regeringen har som mål, at antallet af rygere skal reduceres markant. Dette skal ske gennem rygestop, begrænsning af rygestart samt fremme af røgfri miljøer. Med visse undtagelser er det siden 2007 ikke længere tilladt at ryge indendørs i offentlige rum som arbejdspladser, institutioner, skoler, uddannelsesinstitutioner, serveringssteder m.m. I 2008 blev det forbudt at sælge tobak til unge under 18 år. Ifølge Sundhedsstyrelsens »Monitorering af danskernes rygevaner 2010« ryger 21 procent danskere over 15 år hver dag.

Dette afsnit af sundhedsprofilen beskriver rygernes rygevaner og deres motivation for rygeophør, passiv rygning samt forekomst af rygning indendørs i hjem med børn under 16 år. Til sidst beskrives udbredelsen af vandpiberygning blandt unge.

Daglig rygning

23 procent af borgerne i Region Sjælland svarende til 145.200 personer ryger hver dag, se tabel 3.1.1.

Tabel 3.1.1. Borgere der ryger dagligt



Køn og alder: Der ses lige mange dagligrygere blandt mænd og kvinder, tabel 3.1.1. 21 procent af de 16-34årige ryger dagligt, mens 27 procent af de 45-64årige ryger dagligt. Herefter aftager andelen af rygere med stigende alder.

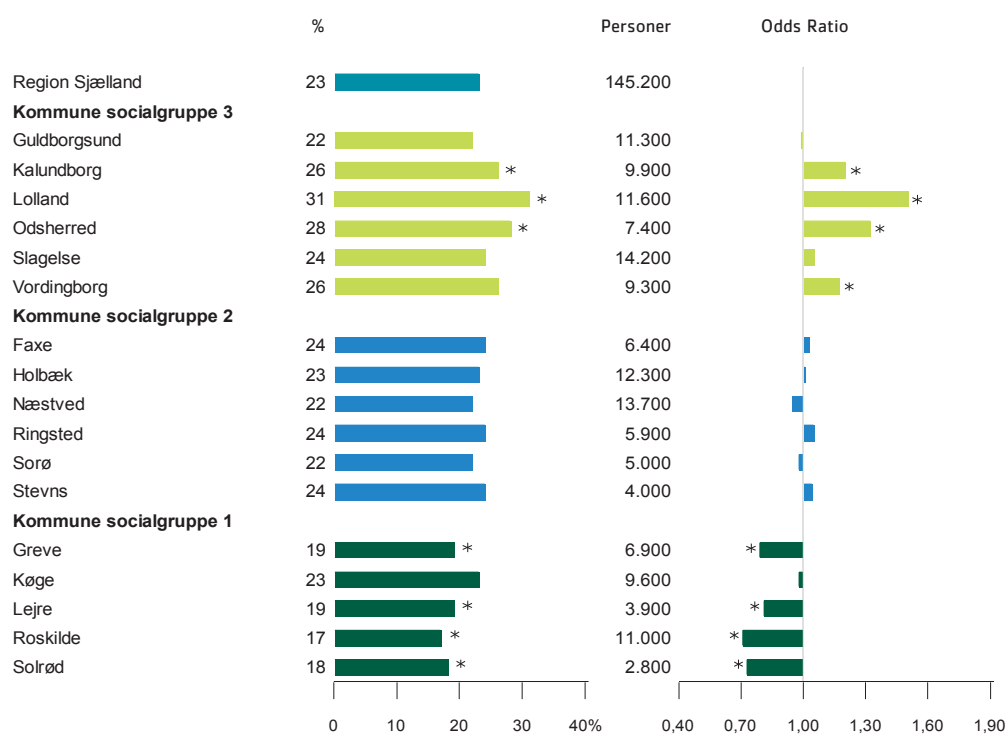
Uddannelse: Der er tre gange så mange dagligrygere blandt borgere med grundskole alene som blandt borgere med lang videregående uddannelse. Der er en social gradient i rygning, da andelen af rygere falder med stigende uddannelseslængde.

Erhverv: Andelen af dagligrygere er markant lavere blandt beskæftigede end blandt borgere uden tilknytning til arbejdsmarkedet.

Samliv: Andelen af dagligrygere blandt enlige er markant større end blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af dagligrygere er højere blandt borgere med dansk baggrund end borgere med såvel anden vestlig som ikke-vestlig baggrund.

Tabel 3.1.2 Borgere, der ryger dagligt, kommuner

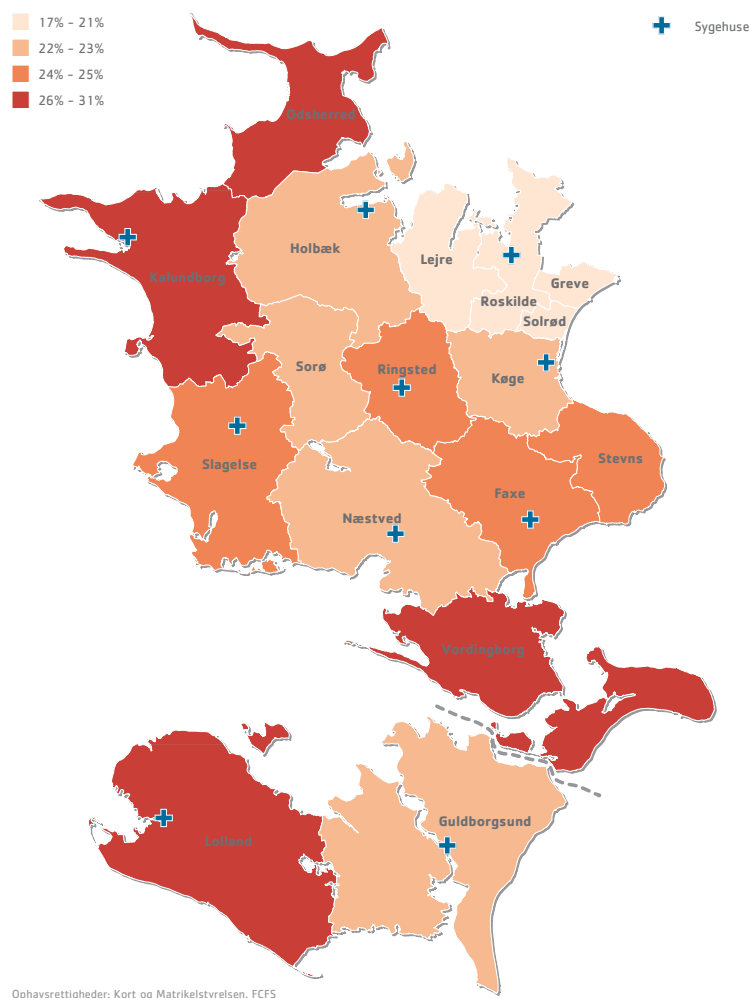


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Andelen af dagligrygere varierer mellem 17 procent i Roskilde og 31 procent i Lolland Kommune, se tabel 3.1.2. Her ses en tydelig social gradient, da andelen af dagligrygere er større i kommunerne fra kommunesocialgruppe 3 sammenlignet med kommunerne fra gruppe 1. Den sociale gradient er bevaret, når der er taget højde for køn og alder, se også figur 3.1.1.

Figur 3.1.1 Borgere der ryger dagligt



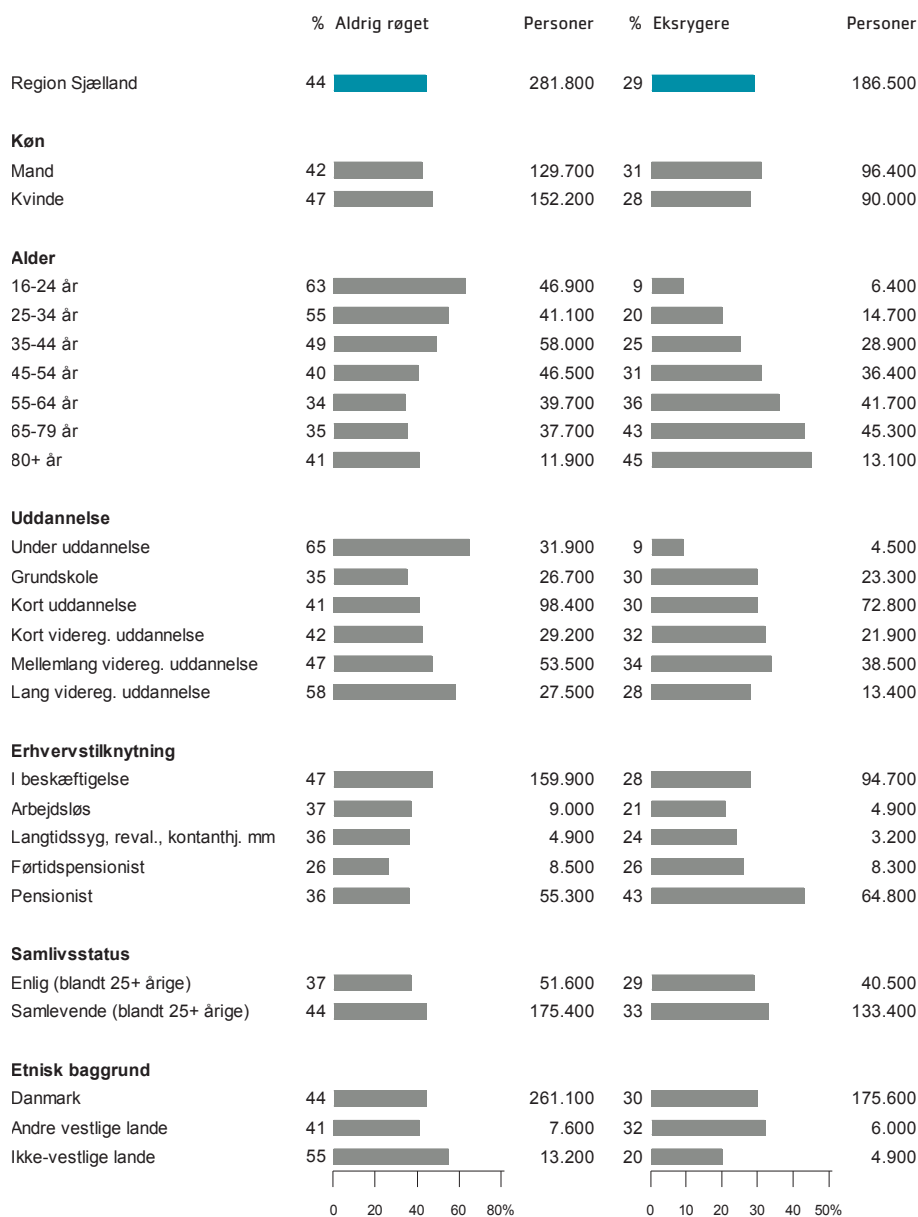
Ikke-rygere: Aldrig rygere og eksrygere

44 procent af regionens borgere har aldrig røget, hvilket svarer til 281.000 personer, tabel 3.1.3. 29 procent af Region Sjællands borgere er eksrygere svarende til 186.500 personer.

Køn og alder: Flere kvinder end mænd har aldrig røget, mens der ikke er kønsforskel på eksrygere. Næsten 2/3 af de 16-24årige har aldrig røget. Da rygedebut er sjælden efter 25-års alderen, vil den høje andel af borgere, der aldrig har røget, sandsynligvis holde sig stabil, når de yngre generationer bliver ældre. Andelen af borgere, der aldrig har røget, falder med stigende alder.

Uddannelse: Andelen af borgere, der aldrig har røget, falder med stigende uddannelseslængde. Denne sammenhæng ses ikke blandt eksrygere.

Tabel 3.1.3. Borgere, der aldrig har røget og eksrygere



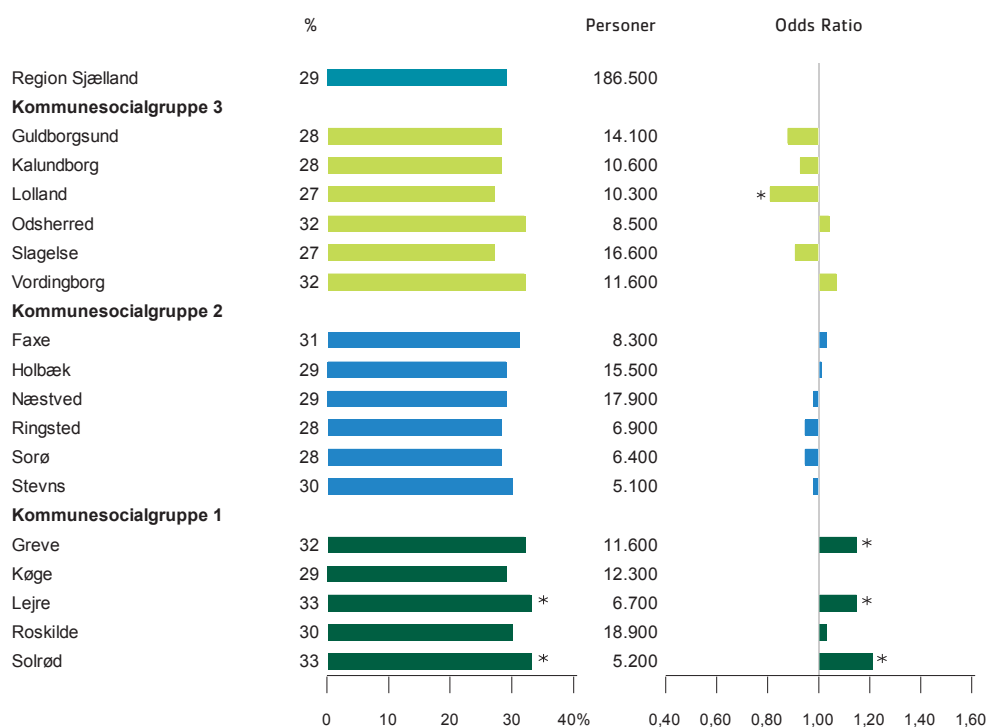
Erhverv: Andelen af borgere, der aldrig har røget, er højest blandt beskæftigede og lavest blandt førtidspensionisterne. Den højeste andel af eksrygere ses blandt pensionisterne.

Samliv: Andelen af såvel borgere, der aldrig har røget, som eksrygere er lidt større blandt samlevende end blandt enlige.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, der aldrig har røget er markant højere, og andelen af eksrygere er markant lavere blandt borgere med ikke-vestlig baggrund i forhold til borgere med såvel dansk som anden vestlig baggrund.

Motivation til for rygestop: 74 procent af dagligrygerne i Region Sjælland, svarende til 106.700 personer, ønsker at holde op med at ryge (tabel ikke vist). Se også kapitel 4 om forebyggelse side 126.

Tabel 3.1.4 Eksrygere, kommuner

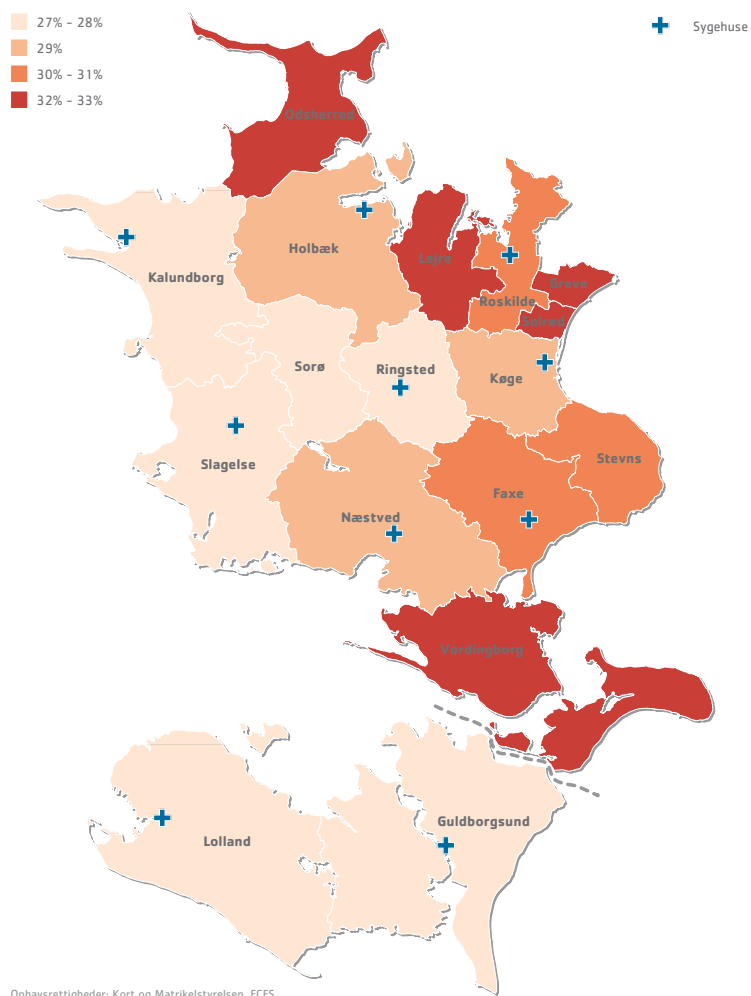


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Andelen af eksrygere varierer mellem 27 procent i Slagelse og Lolland Kommune og 33 procent i Lejre og Solrød, se tabel 3.1.4. Når der er taget højde for køn og alder, ses det, at andelen af eksrygere i Lolland kommune er signifikant lavere end regionsgennemsnittet og flere kommuner fra kommunesocialgruppe 1 har en signifikant højere andel af eksrygere. Der ses en tydelig social gradient, da andelen af eksrygere er mindre i kommunerne fra kommunesocialgruppe 3 sammenlignet med kommunerne fra gruppe 1, se også figur 3.1.2.

Figur 3.1.2 Eksrygere

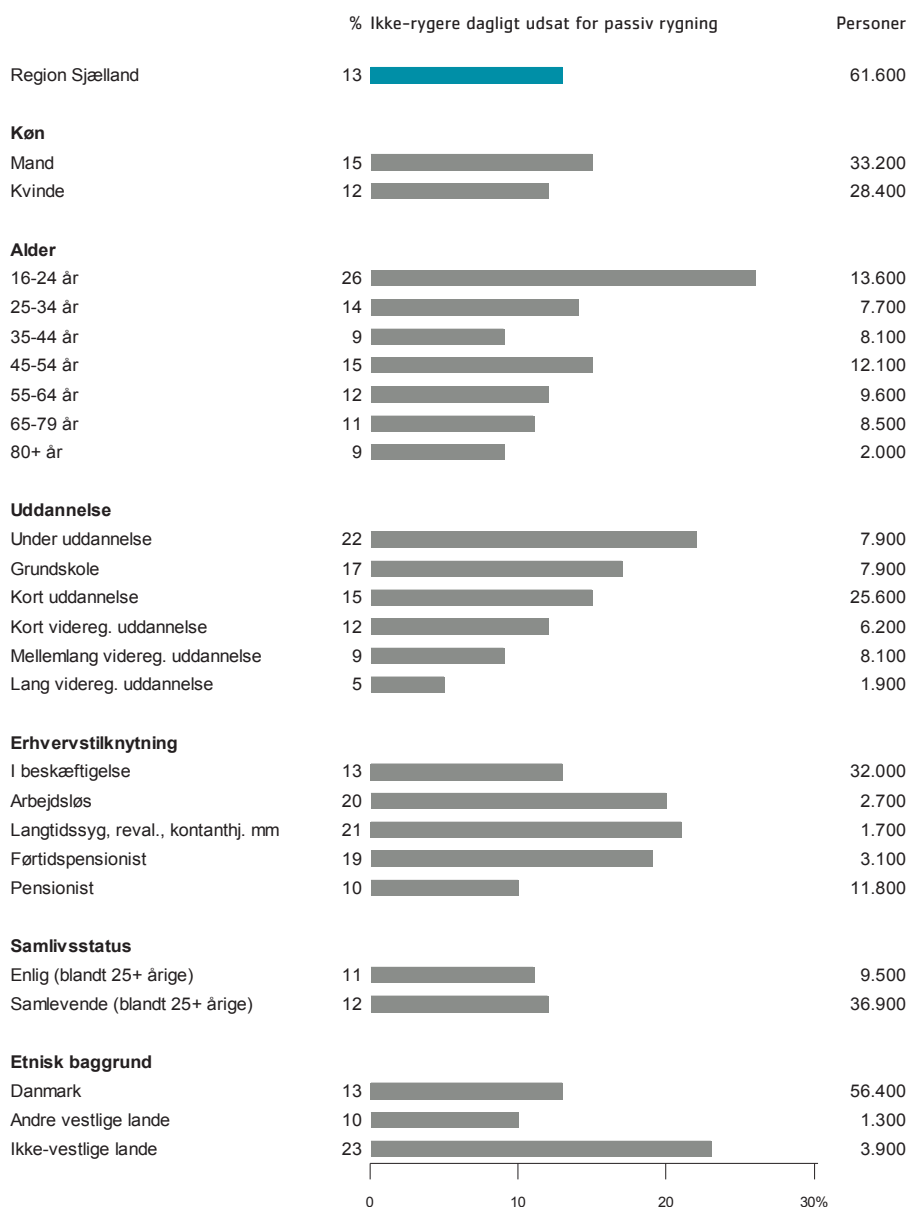


Ikke-rygere udsat for passiv rygning

Ikke-rygere, som er udsat for daglig passiv rygning, defineres som aldrig-rygere eller tidligere rygere, der opholder sig mindst 1/2 time om dagen i rum, hvor der bliver røget.

13 procent af Region Sjællands ikke-rygere er dagligt udsat for passiv rygning, se tabel 3.1.5.

Tabel 3.1.5. Ikke-rygere dagligt udsat for passiv rygning



Køn og alder: Flere mænd end kvinder er dagligt udsat for passiv rygning. Andelen af borgere, som udsættes for daglig passiv rygning, er næsten dobbelt så høj blandt de 16-24årige som blandt andre aldersgrupper. Blandt de 35-44årige og 80+årige er der færrest, der er udsat for daglig passiv rygning.

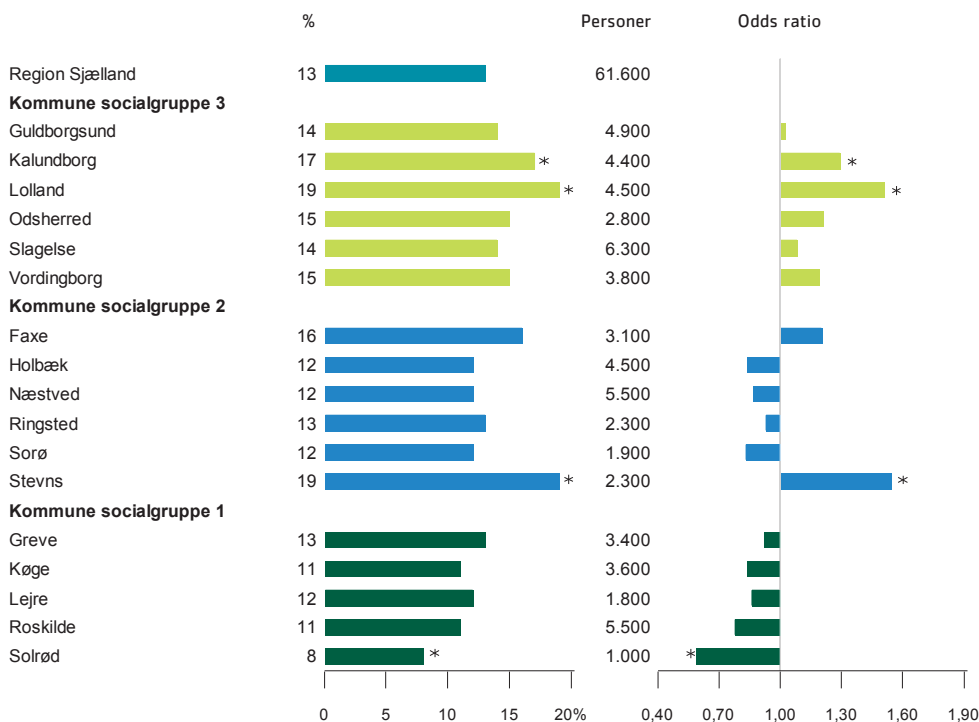
Uddannelse: Der ses en skæv social fordeling. Blandt borgere uden erhvervsuddannelse er andelen, der er udsat for passiv rygning, tre gange højere end blandt borgere med lang videregående uddannelse. Andelen udsat for passiv rygning falder med stigende uddannelseslængde. Blandt ikke-rygere under uddannelse ses den højeste andel.

Erhverv: Andelen, der udsættes for passiv rygning, er næsten dobbelt så høj blandt arbejdsløse, langtidssyge, revalidenter, revalidender, kontanthjælpsmodtagere m.m. og førtidspensionister som blandt beskæftigede eller alderspensionister.

Samlev: Der er ikke forskel på andelen blandt enlige og samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen er næsten dobbelt så høj blandt ikke-rygere med ikke-vestlig baggrund i forhold til blandt ikke-rygere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Tabel 3.1.6 Ikke-rygere dagligt udsat for passiv rygning, kommuner

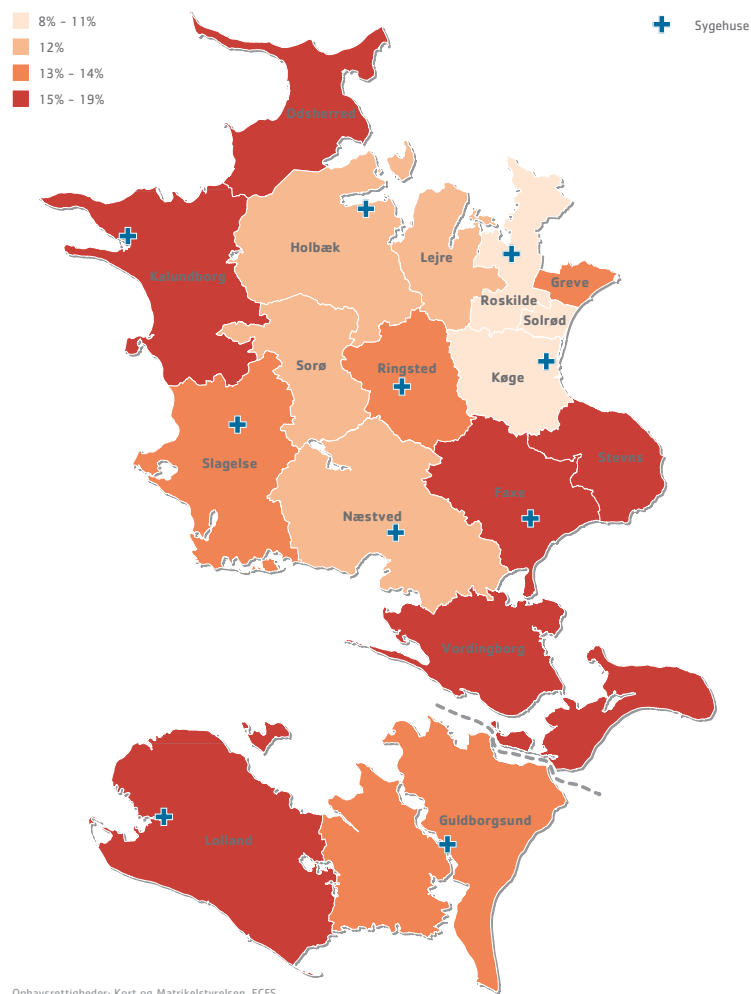


*Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Andelen af ikke-rygere dagligt udsat for passiv rygning varierer mellem 8 procent i Solrød og 19 procent i Stevns og Lolland kommuner, tabel 3.1.6. De signifikante forskelle mellem kommunernes andele består, når der er taget højde for køn og alder. Der ses en social gradient, da andelen af ikke-rygere, der dagligt er udsat for passiv rygning, er større i kommunerne fra kommunesocialgruppe 3 sammenlignet med kommunerne fra gruppe 1, se også figur 3.1.3.

Figur 3.1.3 Ikke-rygere dagligt udsat for passiv rygning

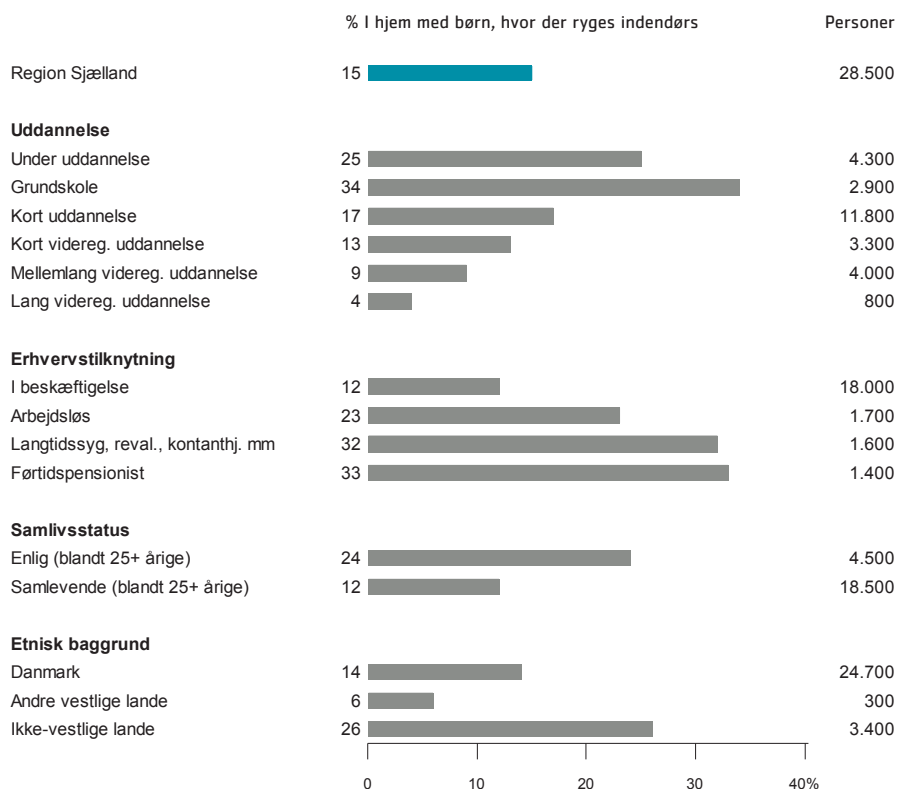


Passiv rygning indendørs i hjem med børn

Rygning i hjem med børn defineres som rygning indendørs flere gange om ugen i hjem, hvor der bor børn under 16 år. Opgørelsen er afgrænset til borgere, der bor sammen med børn under 16 år. Opgørelsen er desuden afgrænset til borgere under 65 år, da de fleste børn bor hos voksne under 65 år. Opgørelsen indeholder ikke alder og køn, da det ikke fremgår af undersøgelsen, hvem der ryger indendørs.

15 procent af borgerne i Region Sjælland, svarende til 28.500 personer, bor i hjem med børn under 16 år, hvor der ryges indendørs i hjem flere gange ugentligt, se tabel 3.1.7.

Tabel 3.1.7 Borgere, der bor i hjem med børn under 16 år, hvor der ryges indendørs flere gange om ugen (under 65 år)



Uddannelse: Rygning indendørs i hjem med børn under 16 år er hyppigst blandt borgere med grundskole alene og blandt uddannelsessøgende, hvor andelen udgør henholdsvis ca. en tredjedel og en fjerdedel. Der ses en social gradient, da andelen falder med stigende uddannelseslængde. Kun 4 procent af borgere med lang videregående uddannelse bor i hjem med børn, hvor der ryges.

Erhverv: Andelen af hjem med børn, hvor der bliver røget indendørs, er tre gange så høj blandt førtidspensionister som blandt beskæftigede.

Samliv: Andelen er dobbelt så høj blandt enlige som blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen blandt borgere med ikke-vestlig baggrund er 25 procent, hvilket er dobbelt så højt som andelen blandt borgere med dansk baggrund.

Tabel 3.1.8 Rygning i hjem med børn under 16 år, kommuner



*Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

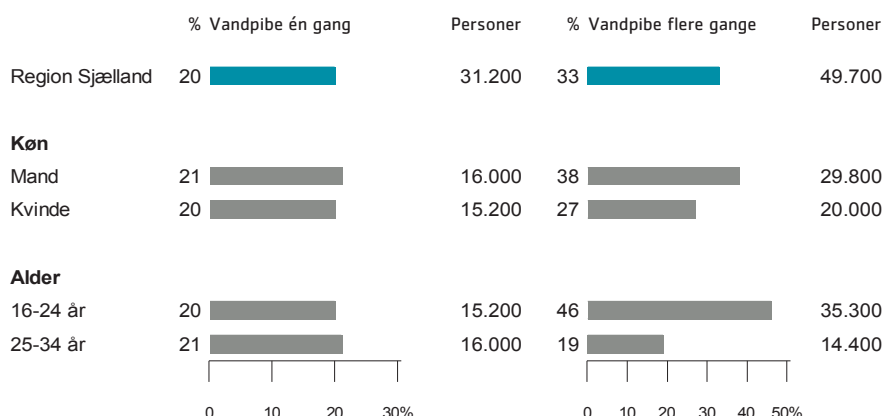
Kommunevariation: Andelen af borgere, der bor i hjem med børn, hvor der ryges indendørs, varierer mellem 8 procent i Solrød og 25 procent i Lolland kommune, tabel 3.1.8. Der ses en markant social gradient, som består, når der er taget højde for køn og alder. Forekomsten er højere end regionsgennemsnittet i næsten alle kommuner fra kommunesocialgruppe 2 og 3, mens den er lavere i alle kommuner fra gruppe 1.

Unge, der har prøvet at ryge vandpibe

Sundhedsprofilens spørgsmål om vandpibe er kun stillet til de 16-34årige og opgøres derfor kun for denne aldersgruppe. I alt 53 procent af de 16-34årige borgere i Region Sjælland har prøvet at ryge vandpibe.

20 procent af de 16-34årige har prøvet at ryge vandpibe en enkelt gang, se tabel 3.1.9. Dette gælder i lige høj grad for mænd og kvinder, og der ses ingen forskel i andel blandt de 16-24årige og blandt de 25-34årige. En tredjedel har prøvet at ryge vandpibe flere gange, flere blandt mænd end blandt kvinder. Næsten halvdelen af de 16-24årige har prøvet at ryge vandpibe flere gange, hvilket er dobbelt så mange som blandt de 25-34årige. Under 0,6 procent ryger vandpibe mindst en gang om ugen.

Tabel 3.1.9 Unge, der har prøvet at ryge vandpibe én eller flere gange



Udbredelsen af vandpiberygning blandt unge i kommunerne ses på tabel 3.1.10.

Tabel 3.1.10 Unge, der har prøvet at ryge vandpibe én eller flere gange, kommuner



*Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

Kommunevariation: Andelen af unge, som har prøvet vandpibe en enkelt gang, varierer mellem 16 procent i Guldborgsund og Lolland kommune og 28 procent i Solrød. Andelen af unge, der har prøvet at ryge vandpibe mere end én gang, varierer mellem 28 procent i Guldborgsund og Vordingborg og 40 procent i Holbæk og Roskilde, hvor de sidste to kommuner adskiller sig signifikant fra regionsgennemsnittet, tabel 3.1.10.

Afsnit 3.2 Rusmidler

I Danmark har vi tradition for anvendelse af alkohol som legalt rusmiddel, mens brug af hash og andre euforiserende stoffer er forbudt. Begge former for rusmidler beskrives her i hvert sit underafsnit, hvor alkohol omfatter alle fra 16 år og op, mens afsnittet om euforiserende stoffer er begrænset til kun at beskrive unges brug af stoffer.

Afsnit 3.2.1 Alkohol

- 138.800 borgere i Region Sjælland har en risikabel alkoholadfærd
- Overskridelse af Sundhedsstyrelsens ugentlige genstandsgrænser på 14 for kvinder og 21 for mænd ses især blandt unge og uddannelsessøgende
- Rusdrikkeri ses især blandt mænd, unge, uddannelsessøgende og arbejdsløse
- Alkoholafhængighed ses især blandt mænd, 45-64årige og borgere med lang videregående uddannelse
- Blandt borgere med risikabel alkoholadfærd vurderer en mindre del deres vaner som ufornuftige
- Blandt borgere med risikabel alkoholadfærd er der en høj motivation for at nedsætte deres alkoholforbrug, hvis de selv vurderer deres alkoholvaner som ufornuftige

Borgere i Danmark har et højt alkoholforbrug sammenlignet med indbyggere i de fleste andre nordiske og europæiske lande. De skadelige virkninger af højt alkoholforbrug er et væsentligt problem for folkesundheden i Danmark. Et højt alkoholforbrug øger risikoen for at udvikle kræftsygdomme, mavetarmsygdomme, hjerte-kar-sygdomme, leversygdomme og blodtryksforhøjelse samt forgiftninger, ulykker, selvmordsforsøg og selvmord. I Danmark dør hvert år mere end 3.000 borgere som følge af højt alkoholforbrug. Det svarer til 5 procent af alle dødsfald. Sundhedsvæsenets nettoomkostninger relateret til alkohol er 597 mio. kr. om året (Statens Institut for Folkesundhed, 2006). For den enkelte medfører et højt alkoholforbrug risiko for sygdomme og ulykker og er samtidig ofte forbundet med sociale problemer som udstødning fra arbejdsmarkedet, skilsmisser, vold og kriminalitet. De negative sociale konsekvenser af et alkoholmisbrug varierer med borgerens socioøkonomiske status.

Sundhedsstyrelsens anbefalede genstandsgrænser

Sundhedsstyrelsens seneste udmelding fra 2010 er, at intet alkoholforbrug er risikofrit for helbredet. Sundhedsstyrelsen opererer med tre »genstandsgrænser« i forhold til alkoholforbrugets helbredsmæssige risiko:

- Højest 7 genstande om ugen for kvinder og 14 genstande om ugen for mænd giver lav risiko
- Over 14 genstande om ugen for kvinder og 21 genstande om ugen for mænd giver høj risiko
- Over 5 genstande ved samme lejlighed giver høj risiko

Derudover anbefaler Sundhedsstyrelsen ældre at være forsigtige med alkohol, mens gravide eller de som planlægger graviditet anbefales helt at undgå alkohol.

Dette afsnit beskriver borgernes rusmiddelbrug. Først beskrives alkoholforbrug og vaner på hverdage og i weekender, risikabel alkoholadfærd og vaner herunder storforbrug, rusdrikkeri og alkoholafhængighed. Til sidst beskrives brug af euforiserende stoffer blandt 16-34årige.

Alle sundhedsprofilens oplysninger stammer fra spørgeskemaundersøgelsen »Hvordan har du det? 2010«. Det er kendt fra andre undersøgelser, at borgere generelt underdriver deres alkoholforbrug i spørgeskemaundersøgelser. Derfor må resultaterne i denne sundhedsprofil også læses som minimumstal for borgernes alkoholforbrug.

89 procent af Region Sjællands borgere svarende til 572.800 har drukket alkohol inden for det seneste år. Generelt har flere mænd end kvinder drukket alkohol, og blandt borgere med ikke-vestlig baggrund ses kun halvt så stor andel som blandt borgere med dansk baggrund (tabel ikke vist).

Alkohol på hverdage eller weekender

Indtagelse af alkohol i weekenden sker hyppigere end på hverdage. Det fremgår af tabel 3.2.1, som er dannet på baggrund af spørgsmålet om, hvor mange genstande, den enkelte typisk drikker på hver af ugens 7 dage. I tabellen regnes dagene mandag, tirsdag, onsdag og torsdag for hverdage mens fredag, lørdag og søndag regnes for weekend.

Tabellen viser, at en tredjedel af borgere med ugentligt alkoholforbrug større end nul drikker alkohol på hverdage. Det svarer til 207.000 personer. Omvendt drikker to tredjedele ikke alkohol på hverdage. Andelen af borgere, der drikker alkohol mere end fordobles i weekender.

Tabel 3.2.1 Borgere, der drikker i hverdagen eller i weekenden

	% Hverdage	Personer	% Weekender	Personer
Region Sjælland	33	207.000	77	483.200
Køn				
Mand	43	134.000	83	257.200
Kvinde	23	73.000	71	226.000
Alder				
16-24 år	15	10.800	77	56.400
25-34 år	18	13.700	71	52.800
35-44 år	23	26.800	76	89.500
45-54 år	35	40.600	80	92.100
55-64 år	46	52.400	83	95.200
65-79 år	50	51.300	78	79.900
80+ år	41	11.400	63	17.400
Uddannelse				
Under uddannelse	11	5.300	74	36.100
Grundskole	35	26.200	65	48.800
Kort uddannelse	37	89.000	81	192.200
Kort videreg. uddannelse	28	19.100	78	52.700
Mellemlang videreg. uddannelse	32	36.400	80	91.000
Lang videreg. uddannelse	42	19.800	88	41.700
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	31	105.100	82	276.500
Arbejdsløs	27	6.200	66	15.200
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	23	3.000	60	7.900
Førtidspensionist	28	8.700	54	16.900
Pensionist	49	72.300	78	114.900
Samlivsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	33	45.000	69	93.400
Samlevende (blandt 25+ årige)	36	144.400	81	322.500
Etnisk baggrund				
Danmark	34	198.000	79	460.900
Andre vestlige lande	35	6.400	75	13.800
Ikke-vestlige lande	11	2.700	37	8.600

Køn og alder: Mænd drikker generelt mere end kvinder – specielt på hverdage, se tabel 3.2.1. Andelen af borgere, der drikker alkohol på hverdage, stiger med alderen indtil 65-79 års-alderen, hvor hver anden borger drikker alkohol. Den aldersmæssige variation er stort set væk blandt borgere, der drikker i weekender.

Uddannelse: De uddannelsessøgende har den mindste andel, der drikker på hverdage, mens andelen til gengæld er syv gange så stor i weekenden. Borgere med lang videregående uddannelse har den højeste andel, der drikker både på hverdage og i weekender, mens borgere med grundskole alene har den laveste andel.

Erhverv: Pensionister er den gruppe med de højeste andele, der drikker alkohol. Halvdelen drikker på hverdage og 3/4 drikker i weekenden. En tredjedel af de

beskæftigede drikker på hverdage, og dette tal fordobles i weekender. Blandt de beskæftigede er andelen, der drikker alkohol både på hverdage og i weekender, højere end blandt arbejdsløse.

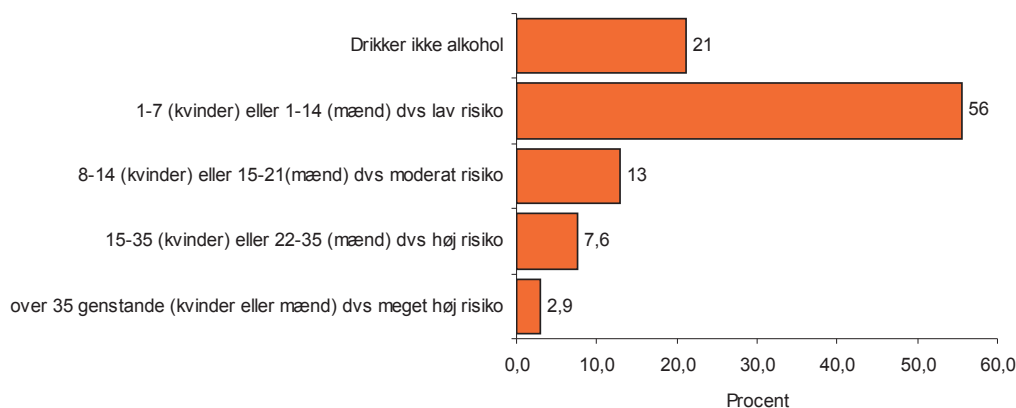
Samliv: Blandt de samlevende er andelen, der drikker alkohol på hverdage og i weekender, højere end blandt enlige.

Etnisk baggrund: Blandt borgere med dansk baggrund er andelen, der drikker både på hverdage og i weekender, over dobbelt så stor som blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Ugentligt forbrug af alkohol, antal genstande

Borgernes oplysninger om deres typiske ugentlige alkoholforbrug er udgangspunkt for nedenstående tabel 3.2.2. Tabellen viser, at 21 procent ikke drikker alkohol. Blandt de 79 procent som drikker alkohol, drikker mere end halvdelen højst henholdsvis 7 genstande for kvinder og 14 genstande for mænd om ugen. Disse borgere er ifølge Sundhedsstyrelsen udsat for lav risiko for helbredsskader som følge af alkohol. 10 procent svarende til 65.015 personer overskrider Sundhedsstyrelsens ugentlige genstandsgrænse på henholdsvis 14 for kvinder og 21 for mænd og er udsat for høj risiko for helbredsskader som følge af alkohol.

Tabel 3.2.2. Borgernes forbrug af alkohol ugentligt, grupperet efter antal genstande (procent)



Risikabel alkoholadfærd

Som nævnt i indledningen til dette afsnit har Sundhedsstyrelsen udmeldt forskellige grader af risici knyttet til alkoholforbrugets størrelse. Udover overskridelse af antallet af ugentlige genstande hører også rusdrikkeri og alkoholafhængighed med til alkoholvaner med høj risiko for helbredsskader.

Tabel 3.2.3 viser andelen af borgere i Region Sjælland med risikabel alkoholadfærd, her defineret som at have mindst én af nedenstående tre uhensigtsmæssige vaner:

- Overskridelse af Sundhedsstyrelsens høje grænser for ugentlige antal genstande på 14 for kvinder og 21 for mænd eller

- Rusdrikkeri – indtagelse af over fem genstande ved en enkelt lejlighed mindst én gang om ugen eller
- Tegn på alkoholafhængighed (CAGE-C) – klassifikation på baggrund af svarscore på »CAGE-C«-spørgsmål, se boks nedenfor.

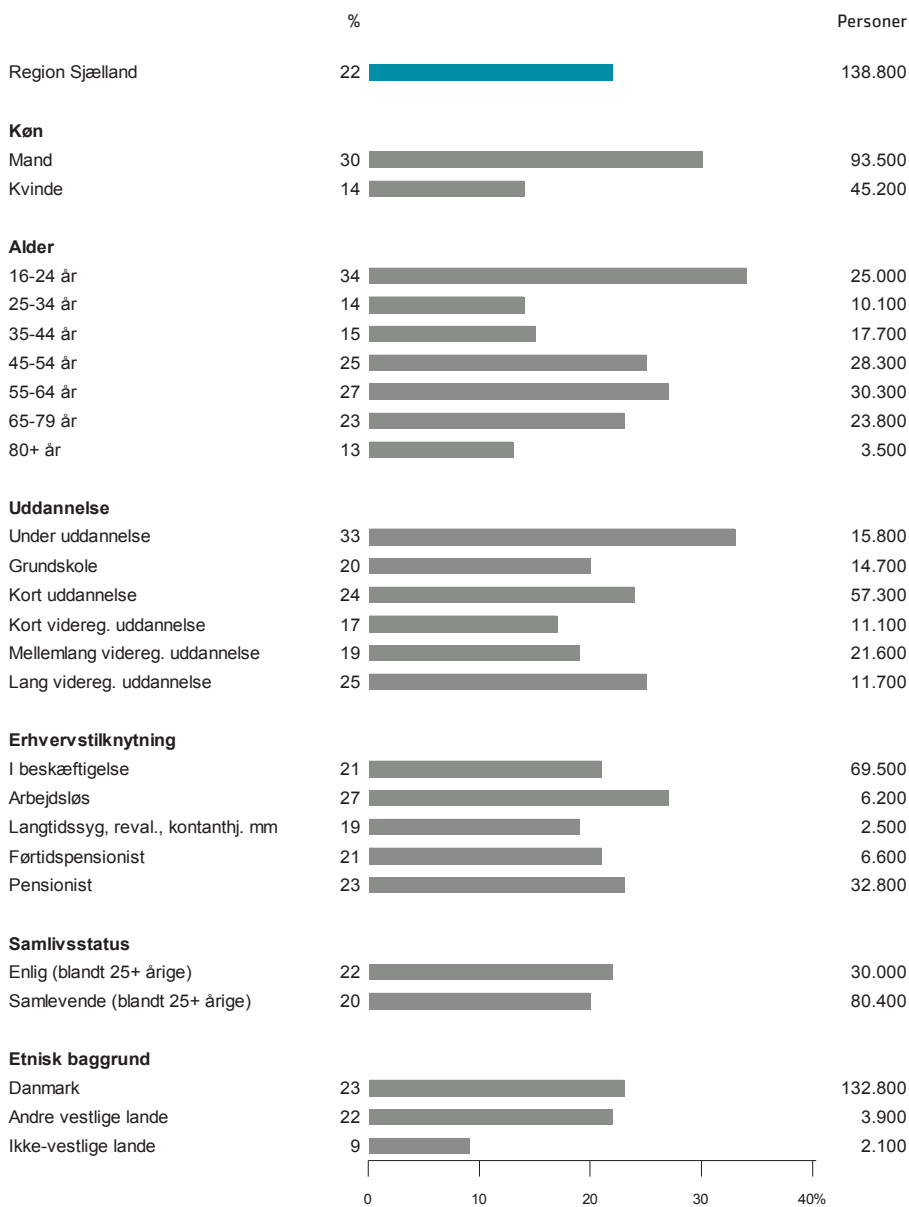
Tegn på alkoholafhængighed (CAGE-C) defineres ved mindst to positive svar i nedenstående spørgsmål 2-6, eller ét positivt svar i spørgsmål 2-6 såfremt der er svaret »4 dage eller flere« på spørgsmål 1.

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). Annoyed at criticism about drinking (det går én på hvis andre brokker sig over alkoholforbruget). Guilty about drinking (Man har det dårligt med at bruge alkohol). Alcohol as an Eye-opener (man er nødt til at bruge alkohol bare for at stå op; slukke tømmermænd). C for Copenhagen – et modificeret skema lavet af danskere til danske patienter på et dansk hospital (Hvidovre).

22 procent af alle Region Sjællands borgere på 16 år og derover har en risikabel alkoholadfærd, tabel 3.2.3.

Tabel 3.2.3 Borgere med risikabel alkoholadfærd



Køn og alder: Knap en tredjedel af mændene, hvilket er over dobbelt så mange som blandt kvinder, har en risikabel alkoholadfærd. Risikabel alkoholadfærd ses hyppigst hos de 16-24årige. Andelen er lavest hos borgere i alderen 25-44 år og borgere over 80 år.

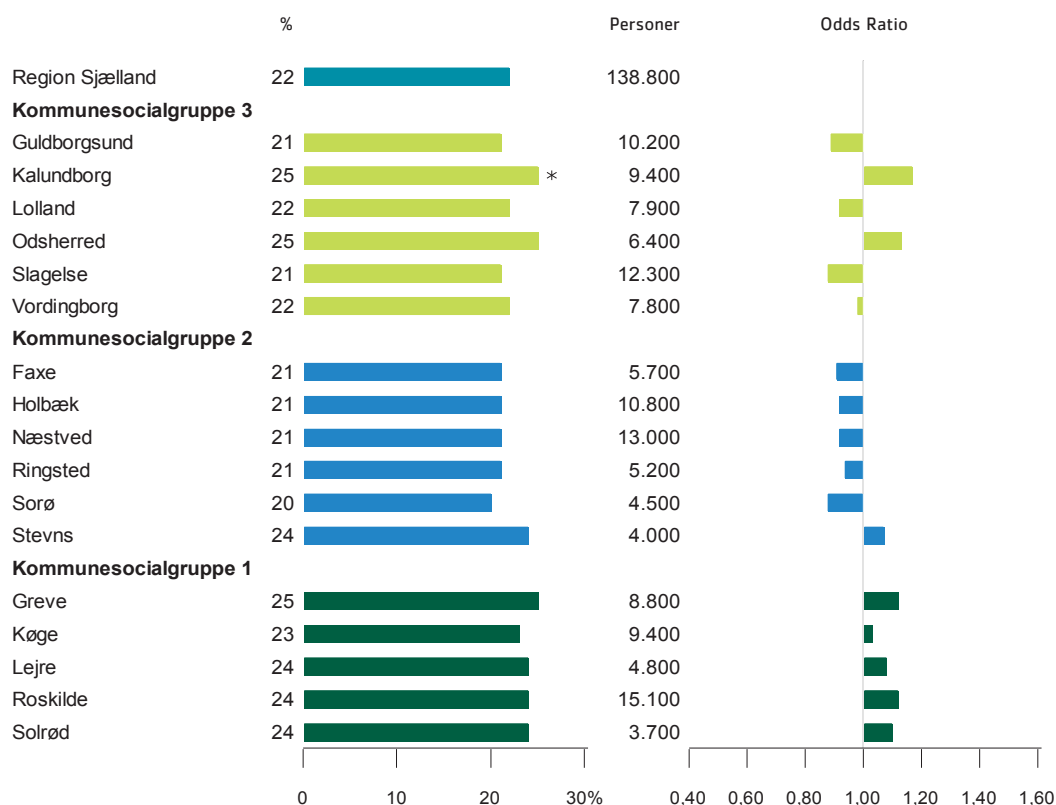
Uddannelse: Risikabel alkoholadfærd ses hyppigst hos de uddannelsessøgende, hvor andelen er en tredjedel. Der er ikke den store forskel i andelen inden for resten af uddannelseskategorierne.

Erhverv: Risikabel alkoholadfærd ses hyppigere blandt arbejdsløse end blandt beskæftigede. Den laveste andel med risikabel alkoholadfærd ses i gruppen af langtidssyge, revalidender, kontanthjælpsmodtagere m.m.

Samliv: Der er ingen forskel på andelen blandt enlige og blandt samlevende.

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

Tabel 3.2.4. Borgere med risikabel alkoholadfærd, kommuner

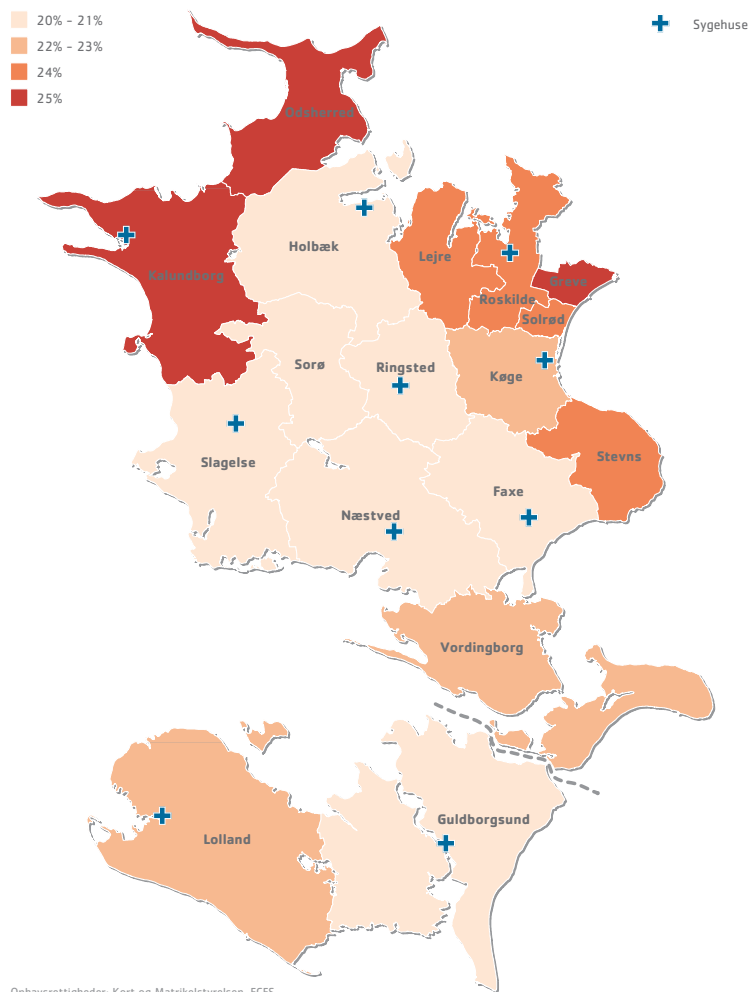


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Forekomst af risikabel alkoholadfærd blandt borgerne varierer mellem 20 procent i Sorø og 25 procent i Greve og Kalundborg kommuner, se tabel 3.2.4. Kun i Kalundborg Kommune er andelen med risikabel alkoholadfærd signifikant større end regionsgennemsnittet. Når der tages højde for alder og køn, forsvinder den signifikante forskel fra regionsgennemsnittet for borgere med risikabel alkoholadfærd, se også figur 3.2.1.

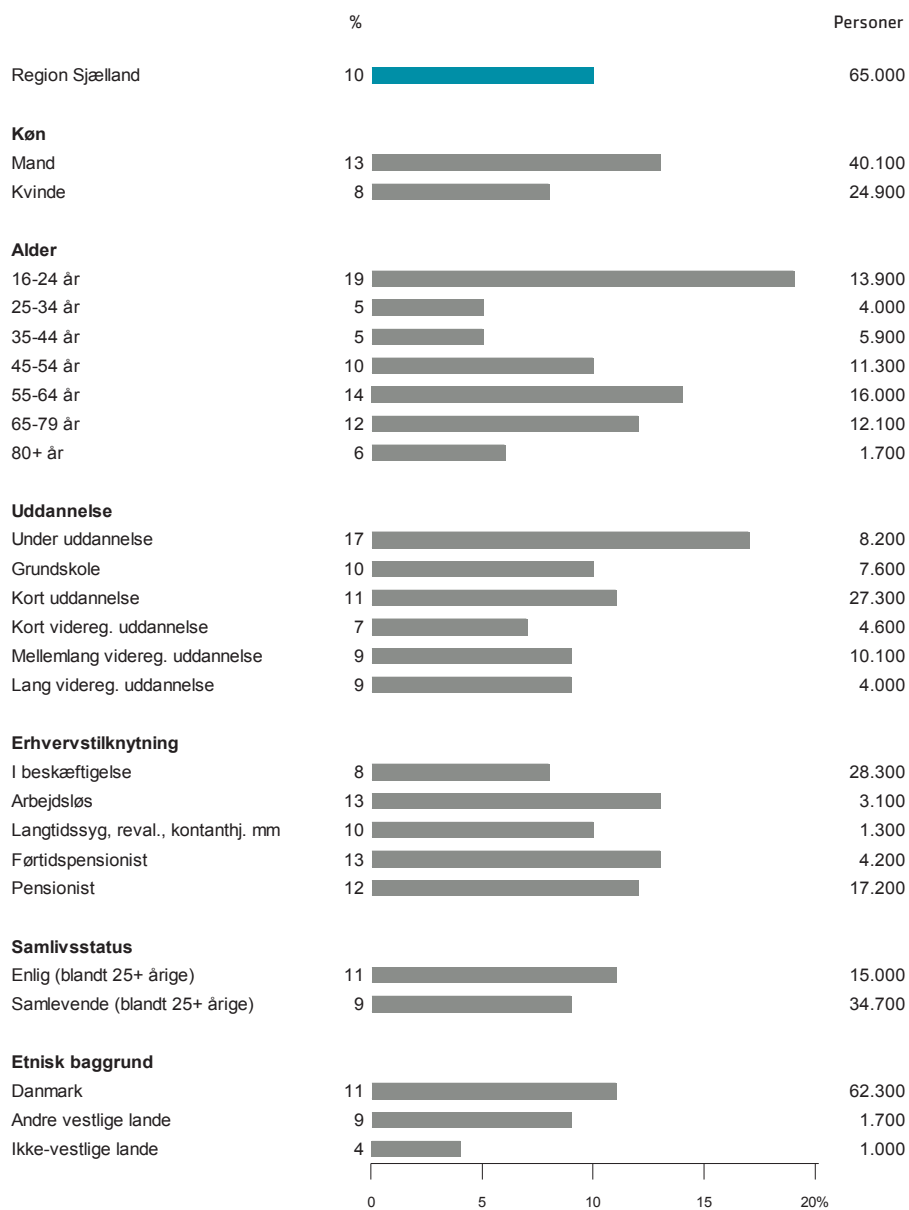
Figur 3.2.1 Borgere med risikabel alkoholadfærd



Overskridelse af ugentlig genstandsgrænse på 14 for kvinder og 21 for mænd

10 procent af borgerne i Region Sjælland svarende til 65.000 personer overskrider Sundhedsstyrelsens anbefalede ugentlige genstandsgrænse på 14 for kvinder og 21 for mænd, som giver høj risiko for helbredsskader, tabel 3.2.5.

Tabel 3.2.5 Borgere, der overskrider den ugentlige genstandsgrænse på 14 for kvinder og 21 for mænd



Køn og alder: Flere mænd end kvinder overskrider genstandsgrænsen. Hver femte af de 16-24årige overskrider genstandsgrænsen, mens kun hver tyvende af de 25-44årige overskrider genstandsgrænsen.

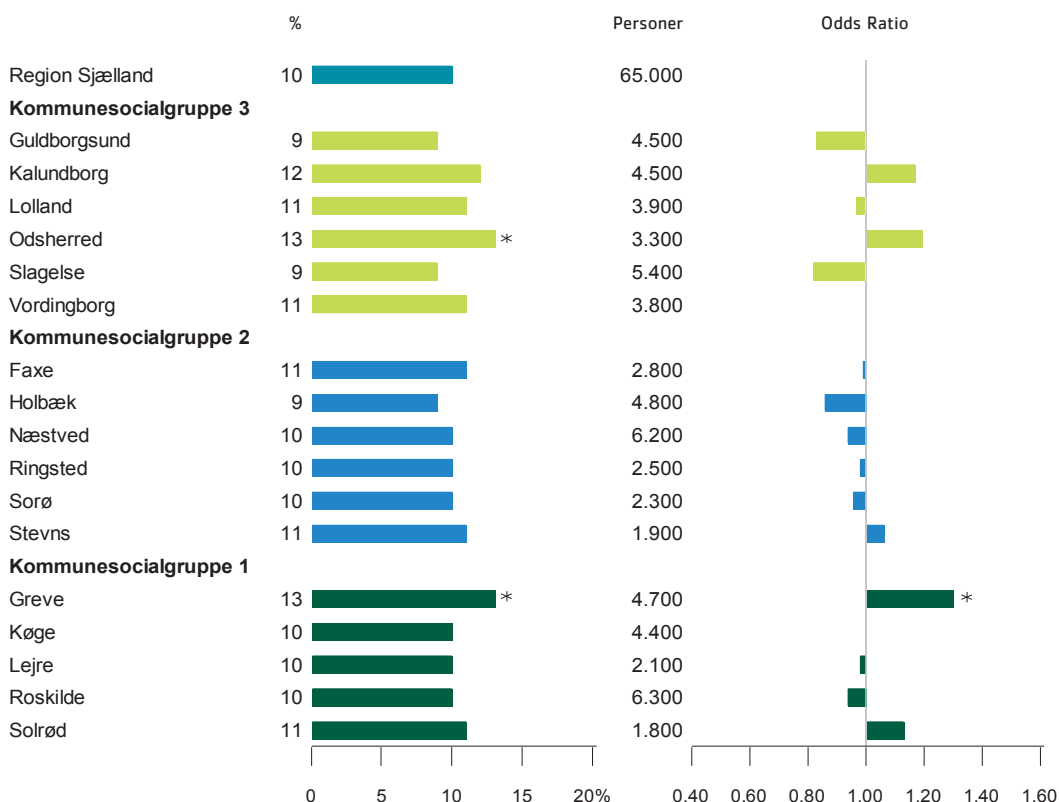
Uddannelse: Overskridelse af genstandsgrænsen sker hyppigst blandt de uddannelsessøgende, mens forekomsten er lavest blandt borgere med kort videregående uddannelse.

Erhverv: Overskridelse af genstandsgrænsen sker hyppigst blandt arbejdsløse og blandt førtidspensionister, mens forekomsten er lavest hos gruppen af langvarigt syge, revalidender, kontanthjælpsmodtagere m.m.

Samliv: Der ses ingen forskel på forekomsten blandt enlige og samlevende.

Etnisk baggrund: Hos borgere med dansk baggrund er andelen, der overskrider genstandsgrænsen, tre gange så stor som blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Tabel 3.2.6 Borgere, som overskrider den ugentlige genstandsgrænse på 14 for kvinder og 21 for mænd, kommuner

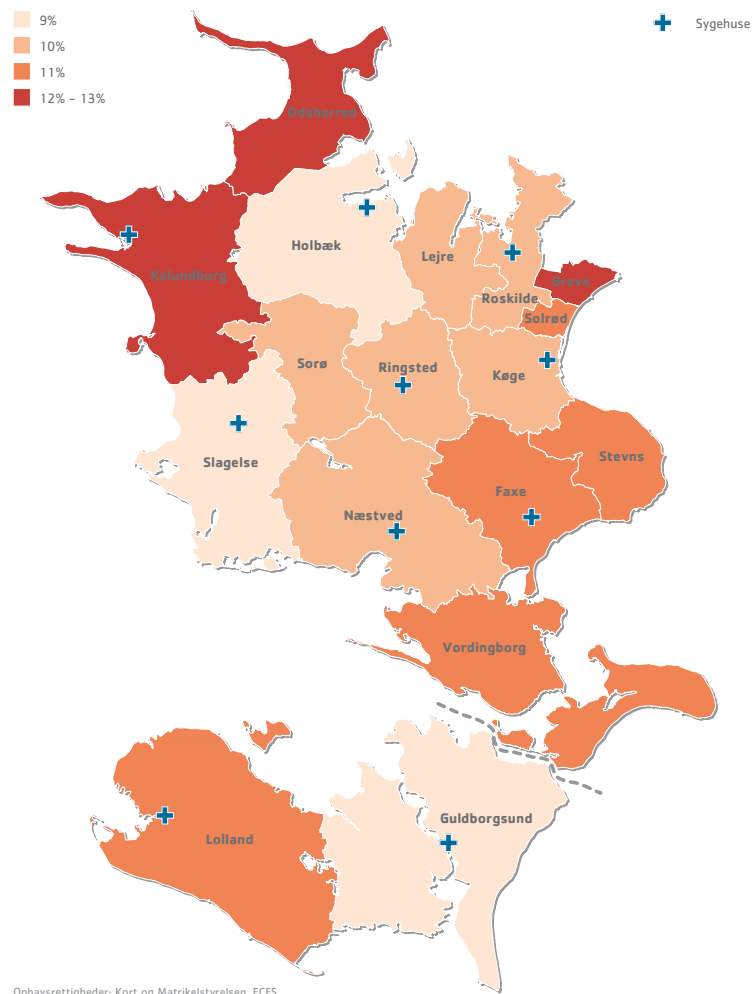


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Kommunernes andel af borgere, der overskrider de ugentlige genstandsgrænser på 14 for kvinder og 21 for mænd, varierer fra 9 procent i Guldborgsund, Slagelse og Holbæk til 13 procent i Odsherred og Greve, tabel 3.2.6. I Odsherred og Greve, som hører til hver sin kommunesocialgruppe, ses signifikant større andel, der overskrider de høje genstandsgrænser. Når der tages højde for alder og køn, ses kun i Greve en signifikant større andel af borgere, der overskrider genstandsgrænserne, end regionsgennemsnittet.





















































Figur 3.2.2 Borgere, som overskrider den ugentlige genstandsgrænse på 14 for kvinder og 21 for mænd



Rusdrikkeri og alkoholafhængighed

I Region Sjælland rusdrikker 10 procent af borgerne, svarende til 62.100 personer. 15 procent er afhængige af alkohol, svarende til 96.800 personer. Blandt mændene ses 15 procent rusdrikkere og 22 procent med tegn på afhængighed, se tabel 3.2.7.

Tabel 3.2.7 Borgere, der rusdrikker eller har tegn på alkoholafhængighed

	% Rusdrikker	Antal	% Alkoholafhængig	Antal
Region Sjælland	10 	62.100	15 	96.800
Køn				
Mand	15 	45.700	22 	69.800
Kvinde	5 	16.400	8 	26.900
Alder				
16-24 år	23 	17.500	10 	7.200
25-34 år	7 	5.300	9 	6.500
35-44 år	7 	8.600	12 	14.100
45-54 år	11 	12.900	20 	22.800
55-64 år	10 	12.000	22 	25.100
65-79 år	5 	5.300	18 	18.600
80+ år	2 	500	8 	2.400
Uddannelse				
Under uddannelse	22 	11.200	8 	4.100
Grundskole	9 	7.000	15 	11.200
Kort uddannelse	10 	25.000	17 	41.500
Kort videreg. uddannelse	6 	4.200	12 	8.000
Mellemlang videreg. uddannelse	7 	7.900	15 	17.500
Lang videreg. uddannelse	8 	3.800	20 	9.500
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	9 	31.700	16 	53.000
Arbejdsløs	16 	3.800	16 	3.900
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	11 	1.500	12 	1.700
Førtidspensionist	11 	3.600	18 	5.900
Pensionist	5 	7.800	17 	25.400
Samlivsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	9 	13.100	17 	23.000
Samlevende (blandt 25+ årige)	7 	30.300	16 	63.800
Etnisk baggrund				
Danmark	10 	59.900	16 	92.400
Andre vestlige lande	8 	1.500	17 	3.100
Ikke-vestlige lande	3 	700	5 	1.300

Køn og alder: Der er tre gange så mange mænd som kvinder, der rusdrikker eller viser tegn på alkoholafhængighed. En fjerdedel af de 16-24årige rusdrikker, hvilket er det dobbelte af regionens gennemsnit og en større andel end i alle andre aldersgrupper. I gruppen af midaldrende på 45-64 år, har hver femte tegn på afhængighed af alkohol, hvilket er dobbelt så stor andel, som blandt de 16-24årige.

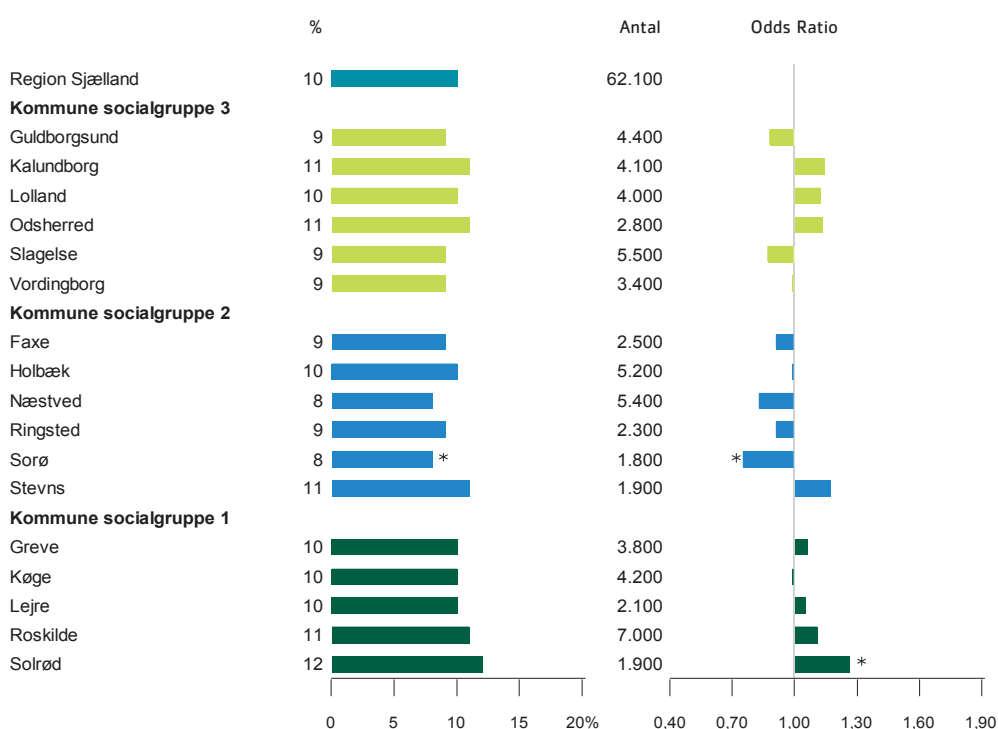
Uddannelse: En fjerdedel af borgere under uddannelse rusdrikker, hvilket er dobbelt så stor andel som i de øvrige uddannelseskategorier. Tegn på afhængighed er mindst udbredt blandt de uddannelsessøgende og mest udbredt hos borgere med lang videregående uddannelse, hvor 20 procent viser tegn på afhængighed af alkohol.

Erhverv: Blandt arbejdsløse ses 17 procent, der rusdrikker, hvilket er dobbelt så hyppigt som blandt beskæftigede. Blandt pensionister er rusdrikkeri mindst hyppigt. Erhvervstilknytning har ingen betydning for tegn på alkoholafhængighed.

Samliv: Der er ikke forskel på forekomsten af rusdrikkeri eller tegn på alkoholafhængighed blandt enlige og samlevende.

Etnisk baggrund: Blandt borgere med dansk baggrund ses rusdrikkeri eller tegn på alkoholafhængighed tre gange så hyppigt, som blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Tabel 3.2.8. Borgere, der rusdrikker, kommuner



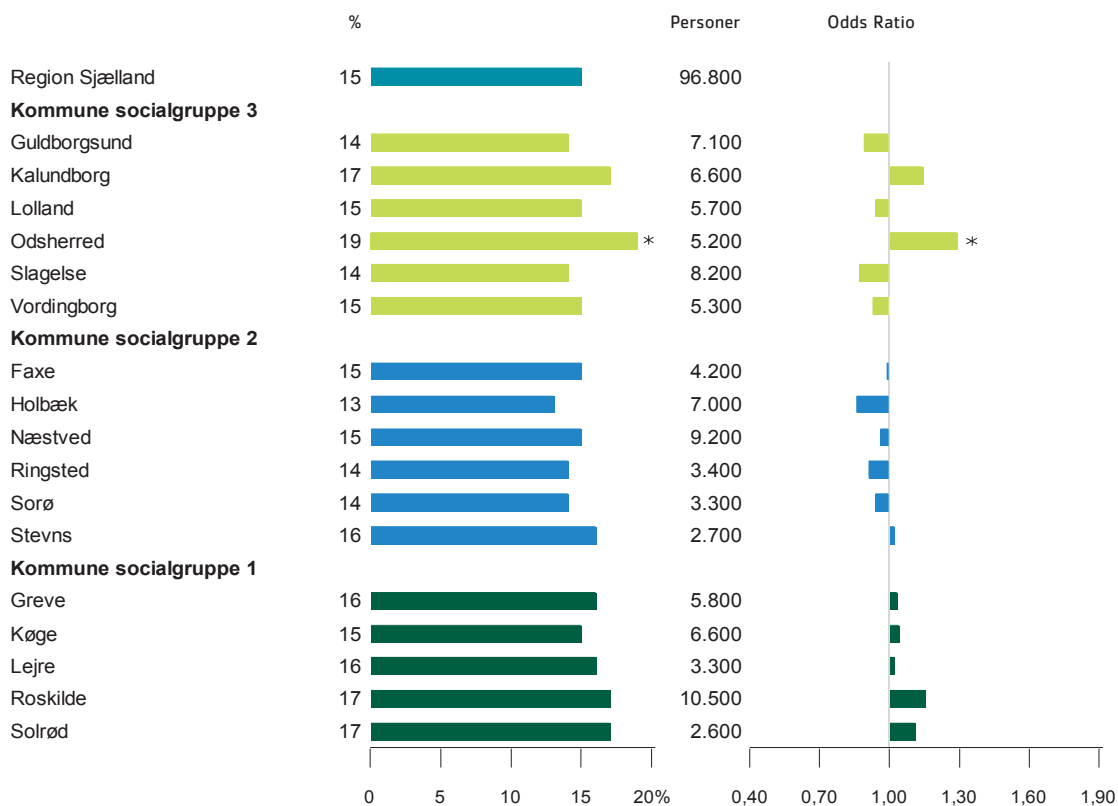
* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Kommunernes andel af borgere, der rusdrikker, varierer fra 8 procent i Sorø til 12 procent i Solrød, tabel 3.2.8.

Når, der er taget højde for køn og alder, ses, at der i Sorø er signifikant lavere andel af borgere, der rusdrikker, mens andelen i Solrød er signifikant højere end regionsgennemsnittet.

Tabel 3.2.9. Borgere med tegn på alkoholafhængighed (CAGE-C), kommuner

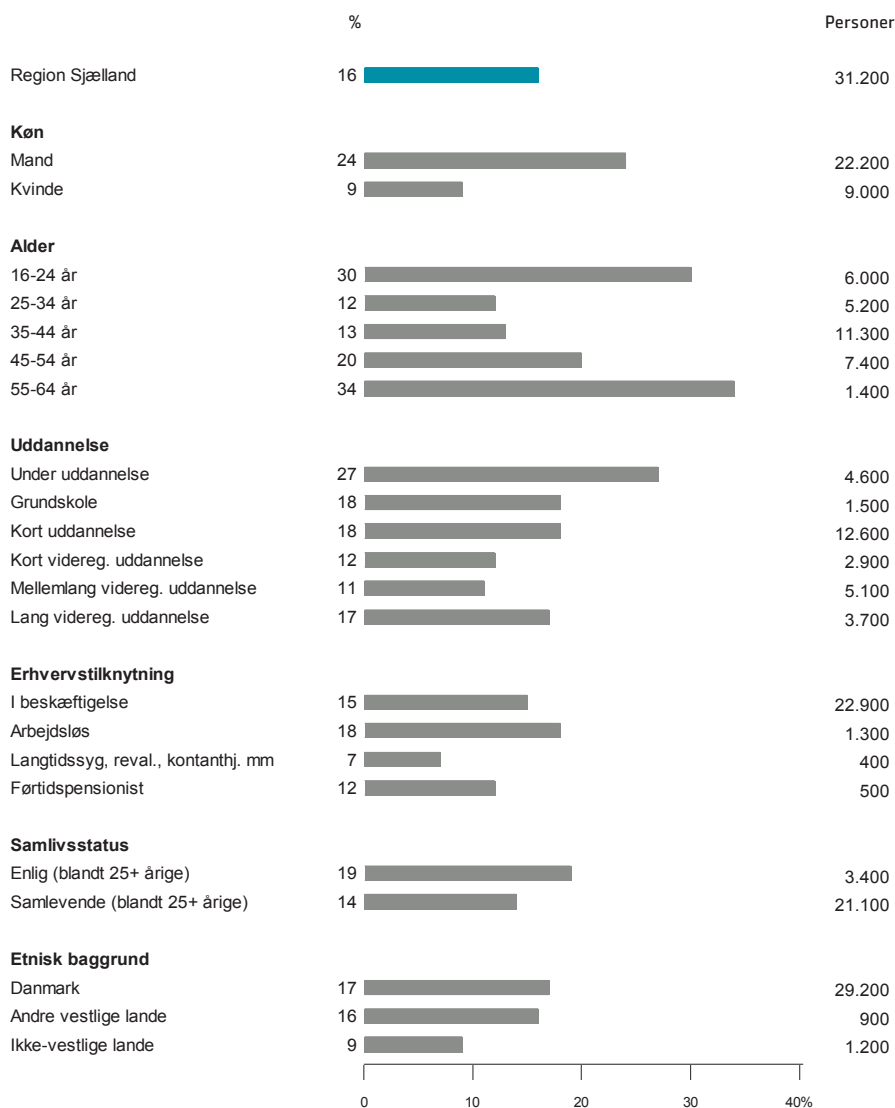


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Kommunernes andel af borgere med tegn på afhængighed af alkohol varierer fra 13 procent i Holbæk til 19 procent i Odsherred, tabel 3.2.9. Når der er taget højde for køn og alder, er andelen med tegn på alkoholafhængighed signifikant højere i Odsherred end regionsgennemsnittet. Se også figur 3.2.3.

Tabel 3.2.10 Borgere med risikabel alkoholadfærd, som bor sammen med børn (under 65 år, mindst 1 barn under 16 år i hjemmet)



Køn og alder: Andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd med børn i hjemmet er mere end dobbelt så høj blandt mænd i forhold til kvinder. Forekomsten er mest udbredt blandt de 16-24årige. For netop denne aldersgruppe er der sandsynligvis ofte tale om mindre søskende til borgeren med risikabel alkoholadfærd. For borgere over 34 år stiger andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd i hjem med børn med alderen. Andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd med børn i hjemmet er 12 procent hos de 25-34årige, og andelen vokser til 34 procent hos de 55-64årige.

Uddannelse: Risikabel alkoholadfærd i hjem med børn er mest udbredt blandt borgere under uddannelse, hvor 27 procent bor sammen med børn. Andelene blandt borgere med grundskole alene, med kort uddannelse og med lang videregående uddannelse er lige stor og ca. 18 procent.

Erhverv: Forekomsten af borgere med risikabel alkoholadfærd, der bor sammen med børn ses hyppigst blandt arbejdsløse, mens andelen er lavest blandt langtidssyge, revalidender og kontanthjælpsmodtagere m.m.

Samliv: Andelen af borgere med en risikabel alkoholadfærd, som bor sammen med børn, er større blandt enlige end blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med en risikabel alkoholadfærd, som bor sammen med børn, er dobbelt så høj blandt borgere med dansk baggrund, som blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Tabel 3.2.11 Borgere med risikabel alkoholadfærd, som bor sammen med børn, kommuner (under 65 år, mindst 1 barn under 16 år i hjemmet)



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

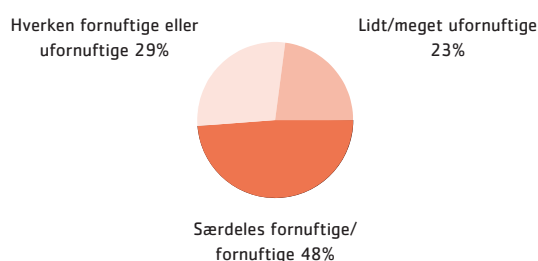
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som bor sammen med børn, varierer fra 11 procent i Næstved til 23 procent i Odsherred, tabel 3.2.11. Begge værdier adskiller sig signifikant fra regionsgennemsnittet. Dette ændres ikke, når der tages højde for køn og alder.

Motivation for nedsættelse af alkoholforbruget blandt borgere med risikabel alkoholadfærd

Blandt borgere med risikabel alkoholadfærd vurderer 23 procent, svarende til 31.200, deres alkoholvaner som ufornuftige, mens 48 procent, svarende til 66.700, vurderer deres vaner som fornuftige, se figur 3.2.4. Dette tyder på, at borgerne befinder sig på meget forskellige motivationsstadier i forhold til en forebyggelsesstrategi, og mange er sandsynligvis ikke klar over, at de har et risikabel alkoholadfærd.

Figur 3.2.4 Selvvurderede alkoholvaner hos borgere med risikabel alkoholadfærd



Motivationen for at ændre adfærd bliver større, jo mere ufornuftige borgeren vurderer sine alkoholvaner, tabel 3.2.12. Blandt de, der vurderer deres alkoholvaner som ufornuftige, ønsker over halvdelen at nedsætte deres forbrug af alkohol. Blandt de, der mener, deres alkoholvaner er fornuftige, ønsker kun få at ændre adfærd.

Tabel 3.2.12 Motivation for at nedsætte alkoholforbrug, borgere med risikabel alkoholadfærd

Borgere med risikabel alkoholadfærd	Vil gerne nedsætte alkoholforbrug		Har tidligere nedsat/ forsøgt at nedsætte alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer
Særdeles fornuftige/ fornuftige	7	4.800	14	9.100
Hverken fornuftige eller ufornuftige	18	7.200	24	9.500
Lidt/ meget ufornuftige	60	18.800	48	15.000
Total	22	30.800	25	33.700

Halvdelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som vurderer deres vaner som ufornuftige, har tidligere forsøgt at ændre adfærd, se tabel 3.2.12. Blandt de, som vurderer, at deres alkoholvaner er fornuftige, har få tidligere forsøgt at nedsætte forbruget. Se også kapitel 4 om forebyggelse side 139.

Afsnit 3.2.2 Unges brug af euforiserende stoffer

- Hash er det mest anvendte euforiserende stof blandt unge
- Knap halvdelen af de 16-34årige har prøvet at bruge hash
- 4 procent personer har brugt hash inden for den seneste måned

Siden 1960'erne er eksperimenter med euforiserende stoffer blevet et udbredt ungdomsfænomen såvel i Danmark som i resten af verden. Næsten alle, der prøver at tage stoffer, er under 20 år, og de fleste stopper igen. Siden 2000 har eksperimenterende brug af hash og andre stoffer i Danmark ligget på et stabilt niveau. Hash er mest udbredt efterfulgt af de stimulerende stoffer amfetamin, kokain og ecstasy.

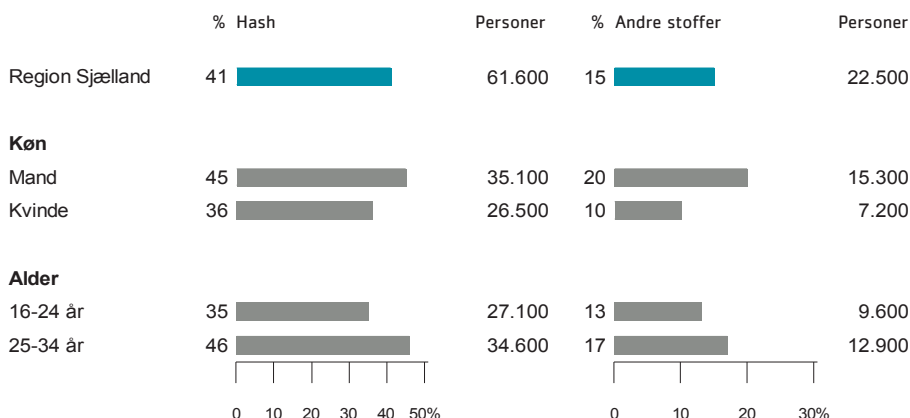
Eksperimenterende brug af stoffer kan medføre ulykker, forgiftninger og stofmisbrug. Stofmisbrugere har øget risiko for selvmordsforsøg og selvmord, og mange misbrugere har samtidig en psykisk lidelse. Hvert år er 1.000 dødsfald i Danmark relateret til stofmisbrug. Det svarer til 2 procent af alle dødsfald. Sundhedsvæsenet har i princippet ikke omkostninger relateret til stofmisbrug, da besparelserne ved for tidlig død af stofmisbrug er større end udgifterne relateret til stofmisbrug (Statens Institut for Folkesundhed, 2006).

Der er i Danmark forbud mod at besidde, bruge og handle med narkotika. Der er fokus på at oplyse de unge om farerne ved at eksperimentere med euforiserende stoffer. Hash hæmmer indlæringssevnen i op til fire uger efter brug og kan derfor have konsekvenser for den enkeltes skolegang og uddannelsesmuligheder. I det følgende beskrives udbredelsen af hash og andre stoffer, debutalder for at tage stoffer samt brug af hash og andre euforiserende stoffer inden for den seneste måned. På grund af det spinkle datamateriale behandles stofferne amfetamin, ecstasy, kokain, LSD, heroin, svampe med euforiserende virkning samt andre stoffer under ét under betegnelsen »andre euforiserende stoffer«.

Prøvet hash og andre stoffer

I Region Sjælland har 41 procent af de 16-34årige borgere svarende til 61.600 personer prøvet at bruge hash, mens 15 procent, svarende til 22.500 personer, har prøvet at bruge andre euforiserende stoffer, tabel 3.2.13. Flere mænd end kvinder og flere 24-35årige end 16-24årige har prøvet hash eller andre stoffer.

Tabel 3.2.13 Unge, der har prøvet hash og andre euforiserende stoffer



Variationen mellem kommunerne fremgår af tabel 3.2.14.

Tabel 3.2.14 Unge, der har prøvet hash og andre euforiserende stoffer, kommuner



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

Kommunevariation: Andelen af unge, der har prøvet at bruge hash, varierer fra 36 procent til 50 procent og er lavest i Faxe og Næstved og størst i Roskilde, som har signifikant højere andel end regionsgennemsnittet, tabel 3.2.14. Andelen af unge, der har prøvet andre euforiserende stoffer end hash, varierer fra 10 procent i Roskilde til 23 procent i Kalundborg, som har signifikant højere andel end regionsgennemsnittet.

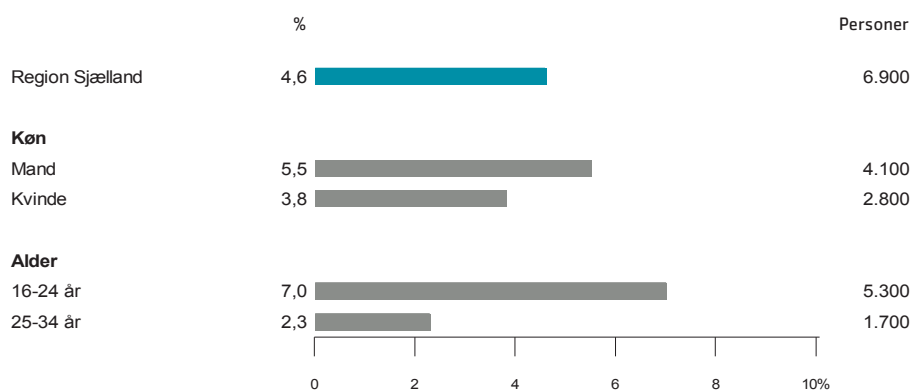
Debutalder for hash og andre stoffer

Debutalder defineres som den aldersgruppe, hvor 50 procent af alle borgerne har prøvet et stof. I Region Sjælland er debutalderen for at prøve hash 16 år, mens debutalderen for at prøve andre stoffer er 17 år. Der er ikke forskel på debutalderen for mænd og kvinder (tabel ikke vist).

Brug af hash og andre stoffer inden for seneste måned

Blandt de 16-34årige i Region Sjælland har 4,6 procent, svarende til 6.900 personer, brugt hash eller andre euforiserende stoffer inden for den seneste måned, se tabel 3.2.15.

Tabel 3.2.15 Unge, der har brugt hash eller andre euforiserende stoffer inden for den seneste måned



Betydeligt flere mænd end kvinder har brugt hash eller andre euforiserende stoffer inden for den seneste måned, og hyppigheden blandt de 16-24årige er tre gange så høj som blandt de 24-35årige.

Afsnit 3.3 Fysisk aktivitet

- 232.400 borgere i Region Sjælland er moderat til hårdt fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen i fritiden – det gælder især kvinder, 80+årige, enlige, borgere med grundskole alene, arbejdsløse, førtidspensionister og borgere med ikke-vestlig baggrund
- 164.400 borgere i beskæftigelse og under 65 år hverken cykler eller går i forbindelse med transport til arbejde eller uddannelsessted
- 16 procent sidder stille mindst 10 timer om dagen – især unge, uddannelsessøgende og borgere med lang videregående uddannelse
- 70 procent af dem, som er moderat til hårdt fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen i fritiden, vil gerne være mere fysisk aktive

Den tiltagende automatisering og motorisering i samfundet gør, at vi er mere fysisk inaktive. Fysisk inaktivitet er et problem for folkesundheden, da det øger risikoen for kroniske sygdomme som hjerte-karsygdomme, forhøjet blodtryk, diabetes, tyktarmskræft, brystkræft, knogleskørhed samt faldulykker blandt de ældre. Der er desuden en vis evidens for, at fysisk inaktivitet øger risikoen for visse psykiske lidelser. Hvert år er knap 4.500 dødsfald i Danmark relateret til

fysisk inaktivitet. Det svarer til 7-8 procent af alle dødsfald. Sundhedsvæsenets nettoomkostninger relateret til fysisk inaktivitet er 2.883 mio. kr. Den fysisk inaktive person kan forvente 8-10 færre leveår uden langvarig belastende sygdom end den fysisk aktive (Statens Institut for Folkesundhed, 2006).

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for fysisk aktivitet

Ved fysisk aktivitet forstås ethvert muskelarbejde, der øger energiomsætningen. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at

- børn og unge under 18 år er fysisk aktive mindst 60 minutter om dagen af moderat intensitet
- voksne er fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen af mindst moderat intensitet
- børn og unge mindst 2 gange om ugen udfører aktiviteter, der fremmer og vedligeholder muskelstyrke, bevægelighed og knoglesundhed
- voksne mindst to gange om ugen fremmer og vedligeholder deres kondition, muskelstyrke, bevægelighed og knoglesundhed gennem træning af høj intensitet af 20–30 minutters varighed

Borgere defineres som fysisk inaktive, når de ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefaling om fysisk aktivitet.

Dette afsnit handler om fysisk aktivitet, inaktivitet i døgnets vågne timer og motivation for ændring af motionsvaner. Afsnittet beskriver i hvilken grad, borgerne i Region Sjælland lever op til Sundhedsstyrelsens anbefaling for voksne om mindst 30 minutters fysisk aktivitet om dagen, omfanget af fysisk aktivitet i transport og på arbejde, tid brugt på stillesiddende i fritid og på arbejde samt motivation for at være mere fysisk aktiv. De 16-og 17årige er her medtaget i gruppen af voksne.

Fysisk aktivitet

Måling af befolkningens fysiske aktivitet er endnu under udvikling. I denne sundhedsprofil er anvendt et aktivitetsskema, hvor borgerne har noteret antal timer og minutter for deres daglige tidsforbrug på fysisk aktivitet af henholdsvis let, moderat og anstrengende intensitet på arbejde, i fritiden og i transport til og fra arbejde eller uddannelse.

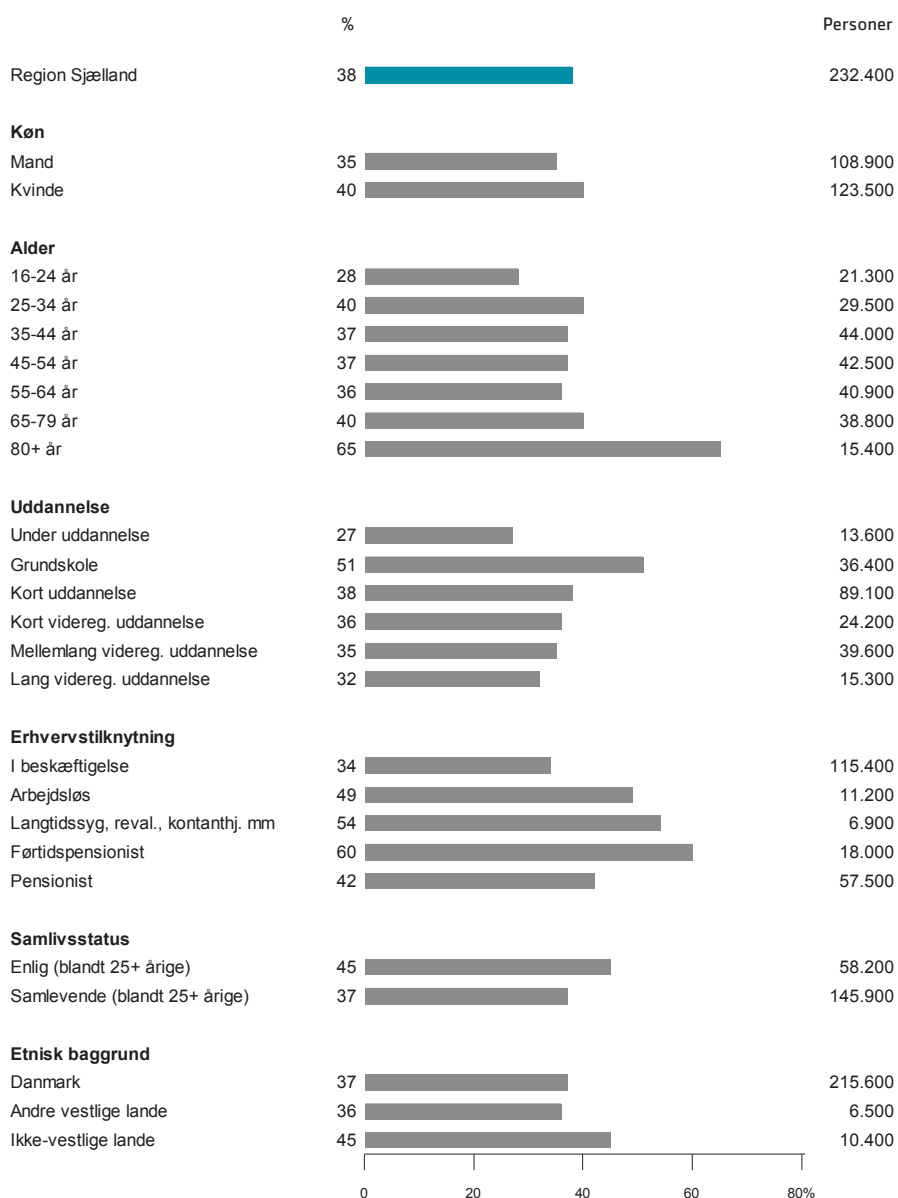
I Region Sjælland er 32 procent af borgerne dagligt fysisk aktive af moderat til høj intensitet én timer eller derover – 30 procent er fysisk aktive under 1 time men over ½ time om dagen (tabel ikke vist). I det følgende beskrives borgere, som er fysisk aktive under ½ time om dagen.

Fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen – i fritiden inklusiv transport

Sundhedsprofilen undersøger her om borgerne lever op til Sundhedsstyrelsens anbefaling om at være fysisk aktiv af moderat intensitet mindst 30 minutter om dagen i fritiden. Heri er medtaget eventuel cykling eller gang i transport til arbejde eller uddannelse, men ikke fysisk anstrengende arbejde. Der er ikke tradition for at medregne fysisk anstrengede arbejde i vurderingen af, om borgere er fysisk aktive 30 minutter om dagen. Hvis fysisk anstrengende arbejde medregnes, viser det sig, at der generelt er 9 procent færre, der ikke er fysisk aktive de 30 minutter om dagen, undtagen blandt borgere uden erhvervstilknytning eller over 65 år (tabel ikke vist).

38 procent af borgere i Region Sjælland svarende til 232.400 personer er fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen, når aktiv transport inkluderes, se tabel 3.3.1.

Tabel 3.3.1 Borgere, der er fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen i fritiden inkl. transport til og fra arbejde/uddannelse



Køn og alder: Flere kvinder end mænd er fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen, tabel 3.3.1. 28 procent af de 16-24-årige er fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen, mens andelen blandt de 80+-årige er 65 procent.

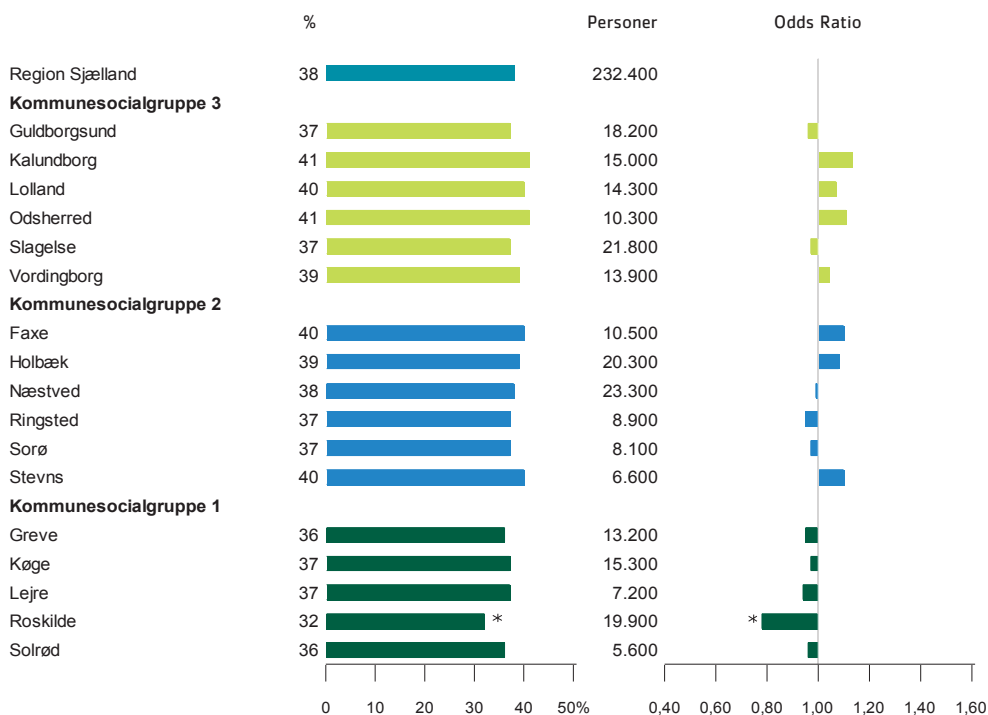
Uddannelse: 27 procent af de uddannelsessøgende og halvdelen af borgere med grundskole alene er fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen. Her ses en social gradient, da andelen af fysisk inaktive falder med stigende uddannelseslængde.

Erhverv: Andelen af fysisk inaktive blandt arbejdsløse er større end blandt beskæftigede. Mere end halvdelen blandt førtidspensionister er fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen.

Samliv: Der er ingen forskel på andelen blandt enlige og blandt samlevende, der er fysisk inaktive.

Etnisk baggrund: Næsten halvdelen af borgere med ikke-vestlig baggrund er fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen, hvilket er en større andel end blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Tabel 3.3.2 Borgere, der er fysisk aktive i mindre end 30 minutter om dagen i fritiden inkl. transport til og fra arbejde, kommuner

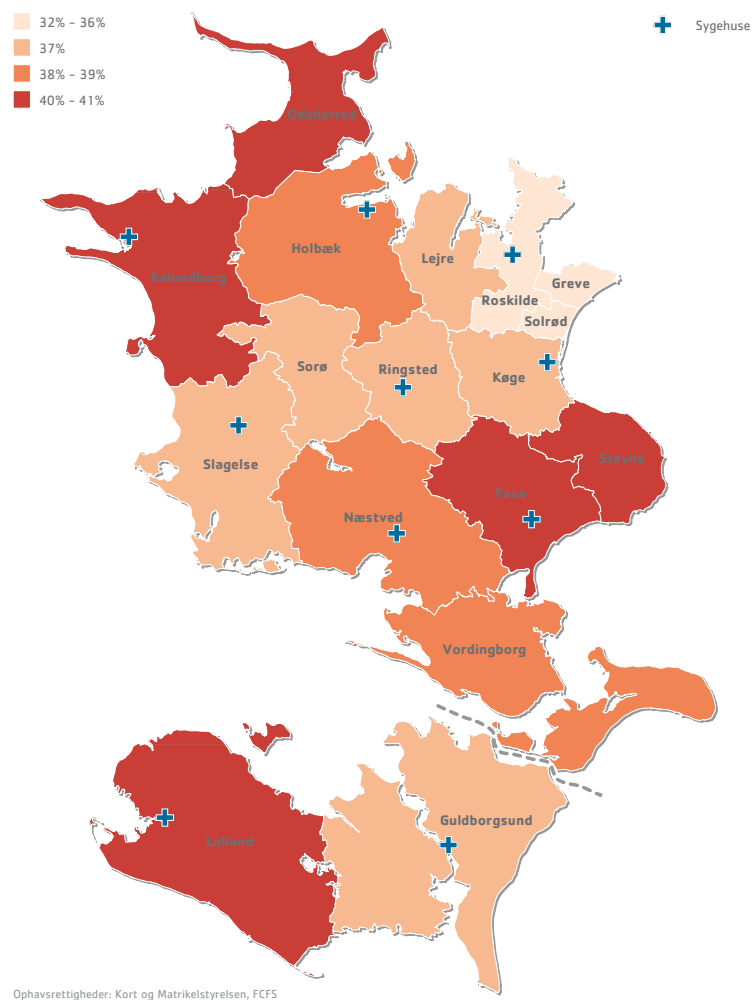


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Andelen af borgere, der er fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen i fritiden, varierer fra 32 procent i Roskilde til 41 procent i Kalundborg og Odsherred, tabel 3.3.2 og figur 3.3.1. Alle kommuner i kommunesocialgruppe 1 har andele under regionsgennemsnittet, men kun i en enkelt kommune er andelen signifikant, når der tages højde for køn og alder. I gruppe 2 og 3 ligger andelen både over og under gennemsnittet, og ingen andele er signifikant forskellige fra gennemsnittet, når der tages højde for køn og alder. Der ses dermed ingen tydelig sammenhæng med kommunesocialgruppe og andelen af fysisk inaktive borgere.

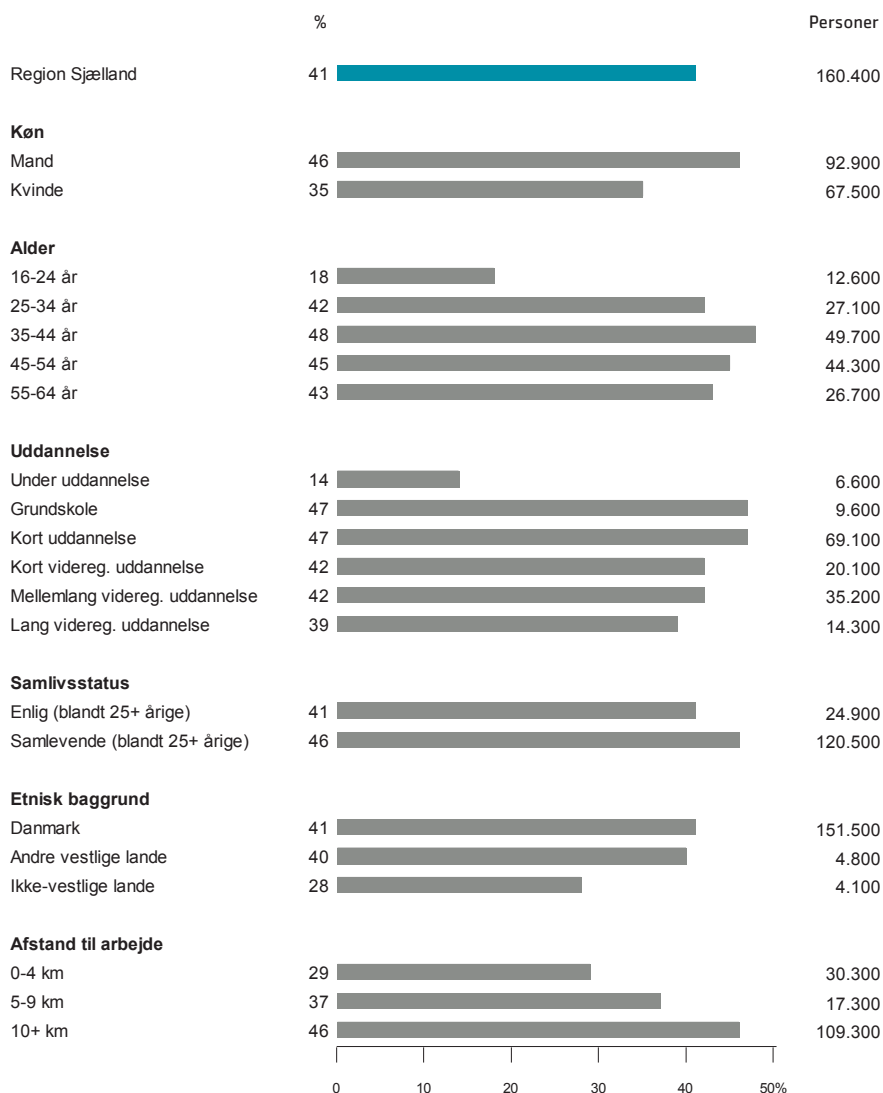
Figur 3.3.1 Borgere, der er fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen i fritiden inkl. transport til og fra arbejde



Hverken cykling eller gang i transport

Andelen af borgere under 65 år i beskæftigelse eller under uddannelse, hvor hverken cykling eller gang indgår i deres transport til arbejde eller uddannelsessted, udgør 41 procent af borgerne i Region Sjælland, svarende til 160.400 personer, se tabel 3.3.3.

Tabel 3.3.3 Borgere, der hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelse (Kun beskæftigede eller under uddannelse og under 65 år)



Køn og alder: Hver tredje kvinde og hver anden mand hverken cykler eller går til arbejde eller uddannelsessted. En femtedel af de 16-24årige hverken cykler eller går, hvilket er en lavere andel end alle blandt alle øvrige aldersgrupper, hvor omtrent halvdelen hverken cykler eller går.

Uddannelse: 14 procent af de uddannelsessøgende hverken cykler eller går, hvilket er en lavere andel end blandt alle andre uddannelsesgrupper. Omtrent halvdelen blandt borgere med grundskole alene eller borgere med kort uddannelse hverken cykler eller går til arbejde eller uddannelsessted. Der ses en social gradient, hvor andelen falder med stigende uddannelseslængde.

Samliv: Blandt enlige er andelen lavere end blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Hver tredje borger med ikke-vestlig baggrund hverken cykler eller går til arbejde eller uddannelsessted, hvilket er en mindre andel end blandt borgere med både dansk og anden vestlig baggrund.

Afstand til arbejde: Næsten halvdelen af borgerne, hvis afstand til arbejde eller uddannelse er 10 km og derover, hverken går eller cykler. Hvis afstanden er under 5 km, er det under en tredjedel, som hverken går eller cykler. Jo længere afstanden er, jo flere hverken cykler eller går i forbindelse med transport til arbejde eller uddannelse (tabel ikke vist).

Tabel 3.3.4 Borgere, der hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelse, kommuner (kun beskæftigede eller under uddannelse og under 65 år)

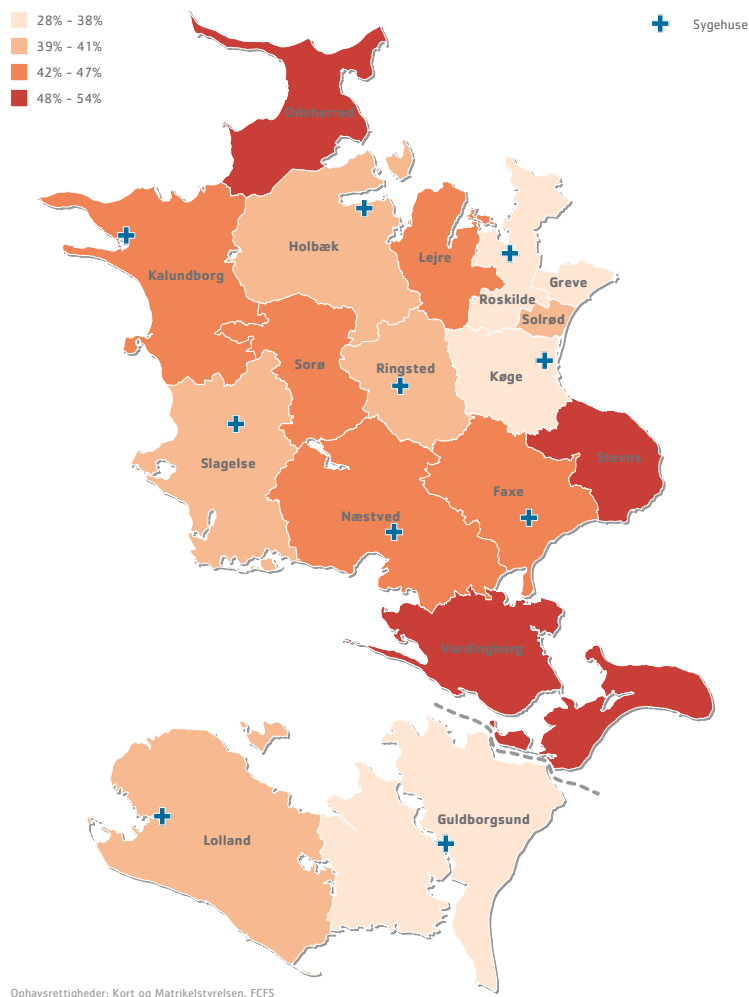


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Andelen af borgere, der hverken cykler eller går til arbejde eller uddannelse varierer fra 28 procent i Roskilde til 54 procent i Stevns, tabel 3.3.4. I kommunesocialgruppe 2 og 3 ses flere kommuner med signifikant større andel af borgerne, der hverken cykler eller går til arbejde eller uddannelsessted end regionsgennemsnittet. Denne forskel består, når der tages højde for køn og alder. Omvendt ses i gruppe 1 flere kommuner med signifikant lavere andele af borgere, der hverken cykler eller går til arbejde eller uddannelsessted end regionsgennemsnittet. Heller ikke denne forskel forvinder, når der tages højde for køn og alder. Det kunne være tegn på en social gradient, men det kan også hænge sammen med afstanden til arbejde eller uddannelsessted, se også figur 3.3.2.

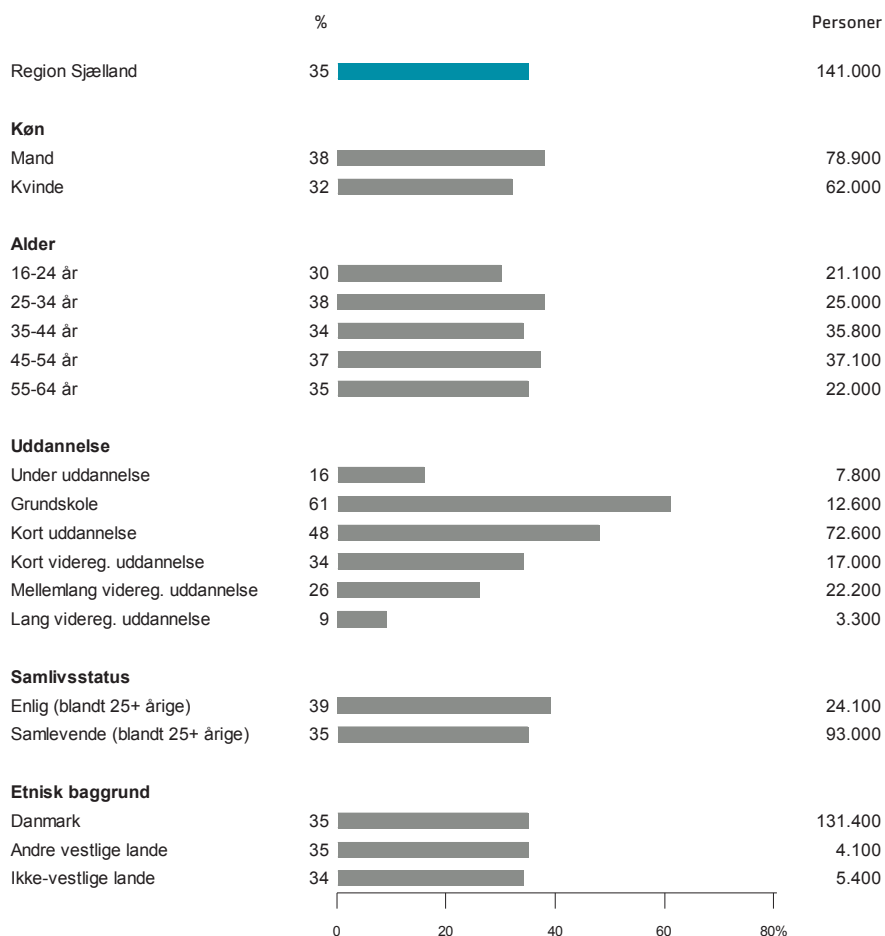
Figur 3.3.2. Borgere, der hverken cykler eller går til eller fra arbejde eller uddannelse, (kun beskæftigede eller under uddannelse og under 65 år)



Mindst 6 timers stående, gående eller hårdt fysisk arbejde om dagen

Hårdt fysisk arbejde er fx tunge løft eller trappegang. Blandt Region Sjællands borgere i beskæftigelse eller under uddannelse og under 65 år har 35 procent, svarende til 141.000 personer, mindst 6 timers stående, gående eller hårdt fysisk arbejde om dagen, tabel 3.3.5.

Tabel 3.3.5 Borgere med mindst 6 timers stående, gående eller hårdt fysisk arbejde om dagen (beskæftigede eller under uddannelse og under 65 år)



Køn og alder: Der er flere mænd end kvinder med mindst 6 timers stående, gående eller hårdt fysisk arbejde om dagen. Størst andel ses hos de 25-34årige.

Uddannelse: Hos borgere med grundskole alene udgør andelen 64 procent, hvilket er syv gange højere end hos borgere med lang videregående uddannelse. Andelen falder markant med stigende uddannelseslængde.

Samliv: Blandt enlige er andelen højere end blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Der er ikke forskel på andelen blandt borgere af forskellig etnisk baggrund.

Tabel 3.3.6 Borgere med mindst 6 timers stående, gående eller hårdt fysisk arbejde om dagen, kommuner (i beskæftigelse eller under uddannelse og under 65 år)

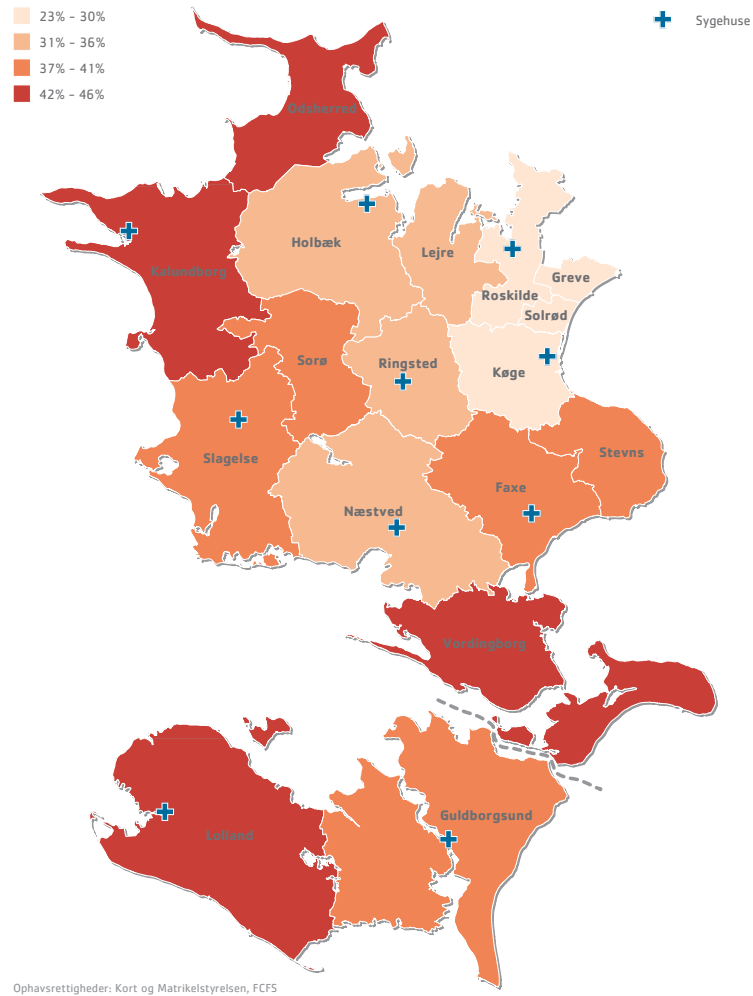


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Andelen af borgere med mindst 6 timers stående, gående eller hårdt fysisk arbejde om dagen varierer mellem 23 procent i Roskilde og 46 procent i Odsherred, tabel 3.3.6. Hos næsten alle kommuner i kommunesocialgruppe 3 er andelen signifikant større end regionsgennemsnittet. Denne forskel er stadig til stede, når der tages højde for køn og alder. Omvendt har næsten alle kommuner i kommunegruppe 1 en signifikant lavere andel end regionsgennemsnittet. Der ses en social gradient, da andelen af borgere med mindst 6 timers stående, gående eller hårdt fysisk arbejde er større i kommunerne fra kommunesocialgruppe 3 sammenlignet med kommunerne fra gruppe 1, se også figur 3.3.3.

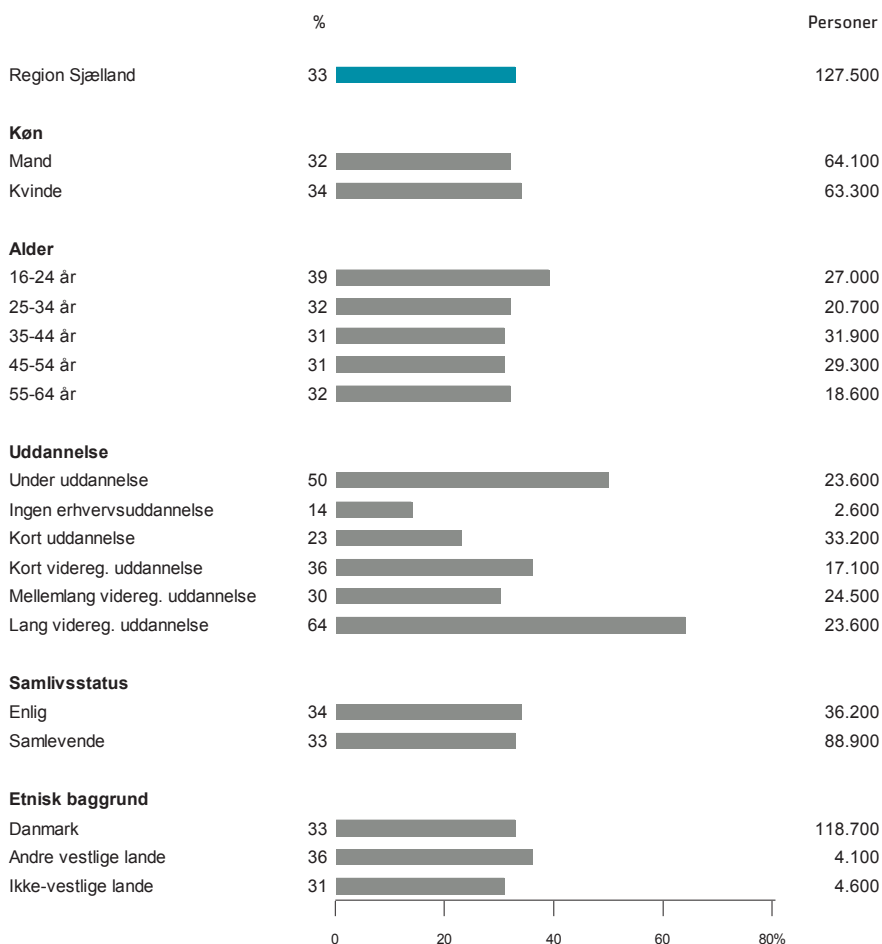
Figur 3.3.3 Borgere med mindst 6 timers stående, gående eller hårdt fysisk arbejde om dagen (kun i beskæftigelse eller under uddannelse og under 65 år)



Stillesiddende på arbejde

I alt 33 procent af de erhvervsaktive eller uddannelsessøgende borgere i Region Sjælland, svarende til 127.500 personer, er dagligt stillesiddende i mindst seks timer på deres arbejde, tabel 3.3.7.

Tabel 3.3.7 Borgere med mindst 6 timers stillesiddende arbejde om dagen (i beskæftigelse eller under uddannelse og under 65 år)



Køn og alder: Lige mange mænd og kvinder har mindst 6 timers stillesiddende arbejde. Den aldersgruppe med størst andel er de 16-24årige.

Uddannelse: 2/3 af borgere med lang videregående uddannelse og halvdelen af borgere under uddannelse har dagligt mindst 6 timers stillesiddende arbejde om dagen. Andelen stiger med stigende uddannelseslængde.

Samliv: Der ses ingen forskel på andelen af enlige og samlevende.

Etnisk baggrund: En lidt større andel af borgere med vestlig baggrund har 6 timers stillesiddende arbejde om dagen end andelen blandt hos borgere med dansk eller ikke-vestlig baggrund.

Tabel 3.3.8 Borgere med samlet mindst 6 timers stillesiddende arbejde om dagen, kommuner (i beskæftigelse eller under uddannelse og under 65 år)

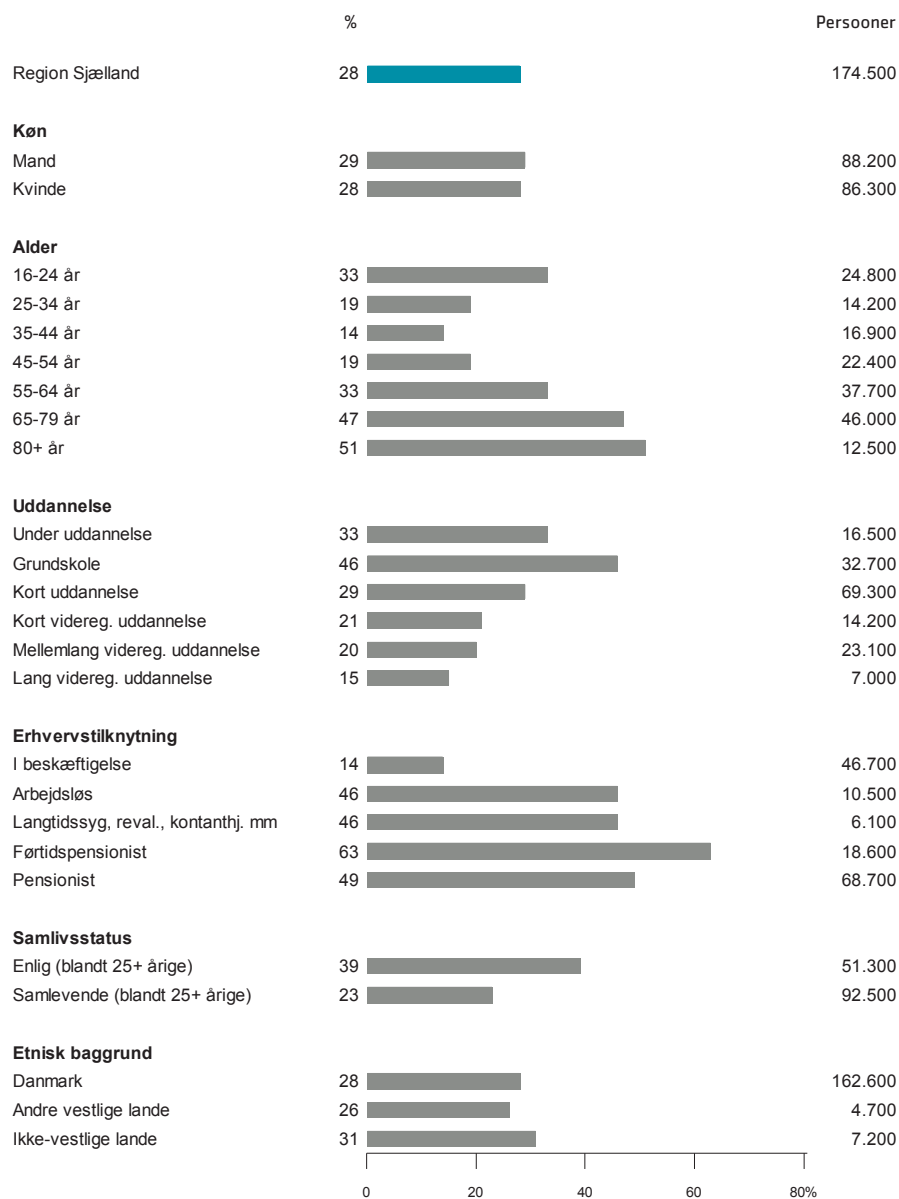


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Andelen af borgere med mindst 6 timers stillesiddende arbejde dagligt varierer mellem 21 procent i Kalundborg og 43 procent i Greve, tabel 3.3.8. I kommunesocialgruppe 3 er der flere kommuner, hvor andelen er signifikant mindre end regionsgennemsnittet. Omvendt ses flere kommuner, hvor andelen er signifikant større i kommunesocialgruppe 1. Når der tages højde for køn og alder, er forskellene fra regionsgennemsnittet stadig tilstede. Der ses en social gradient, da andelen af borgere med mindst 6 timers stillesiddende arbejde dagligt er mindre i kommunerne fra kommunesocialgruppe 3 sammenlignet med kommunerne fra gruppe 1, se også figur 3.3.4.

Tabel 3.3.9 Borgere med mindst 4 timers stillesiddende fritidsaktiviteter om dagen



Køn og alder: Lige mange mænd og kvinder har mindst 4 timers stillesiddende fritidsaktiviteter om dagen. Andelen udgør 33 procent for de 16-24årige og 19 procent for de 25-34årige. Lavest andel ses hos de 35-44årige. Herefter stiger andelen af borgere med stillesiddende fritidsaktiviteter med alderen.

Uddannelse: Tæt på halvdelen af borgere med grundskole alene og 33 procent af de uddannelsessøgende har mindst 4 timers stillesiddende fritidsaktiviteter om dagen, mens det kun er tilfældet hos 15 procent af borgere med lang videregående uddannelse. Andelen falder med stigende uddannelseslængde.

Erhverv: 2/3 af førtidspensionisterne har mindst 4 timers stillesiddende fritidsaktiviteter om dagen, hvilket er mere end fire gange så høj en andel som blandt borgere i beskæftigelse.

Samliv: Andelen blandt de enlige er markant højere end blandt de samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen blandt borgere med ikke-vestlig baggrund er 31 procent, hvilket er højere end blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Tabel 3.3.10 Borgere med mindst 4 timers stillesiddende fritidsaktiviteter om dagen, kommuner

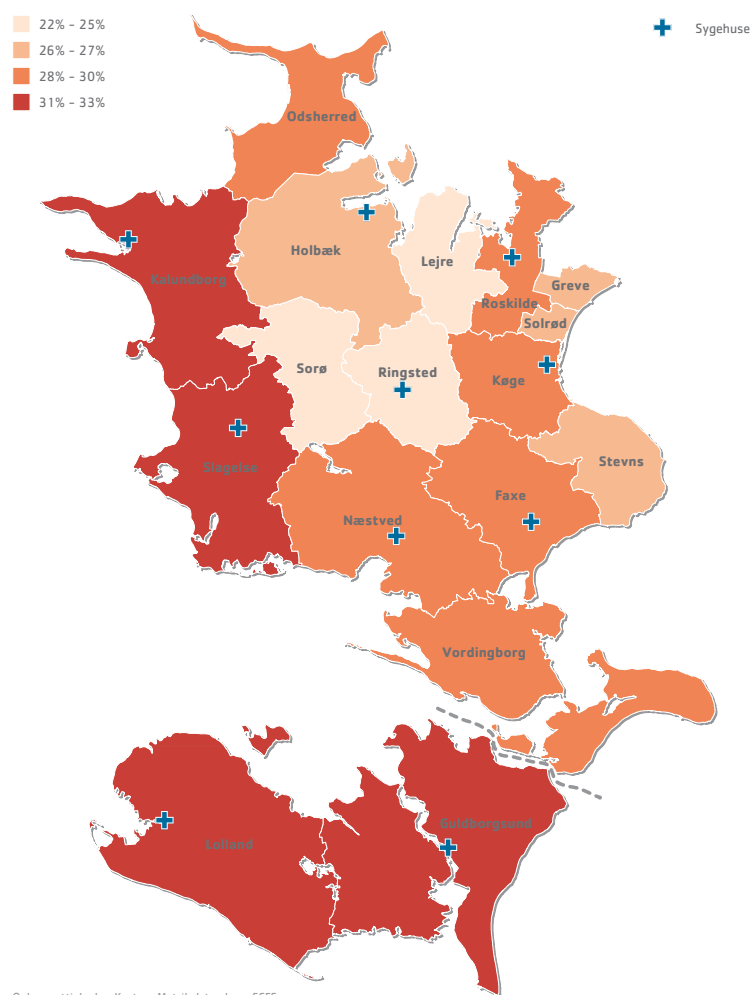


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Andelen af borgere med mindst 4 timers stillesiddende fritidsaktiviteter om dagen varierer mellem 22 procent i Sorø og 33 procent i Lolland Kommune, tabel 3.3.10. Der ses to kommuner i kommunesocialgruppe 2 og en enkelt kommune i gruppe 1, hvor andelen er signifikant mindre end regionsgennemsnittet, mens tre kommuner i gruppe 3 har en signifikant højere andel. Når der er taget højde for køn og alder, ses en tendens til social gradient, da andelen af borgere med mindst 4 timers stillesiddende fritidsaktiviteter om dagen er større i kommunerne fra kommunesocialgruppe 3 sammenlignet med kommunerne fra gruppe 1 og 2, se også figur 3.3.5.

Figur 3.3.5 Borgere med mindst 4 timers stillesiddende fritidsaktiviteter om dagen



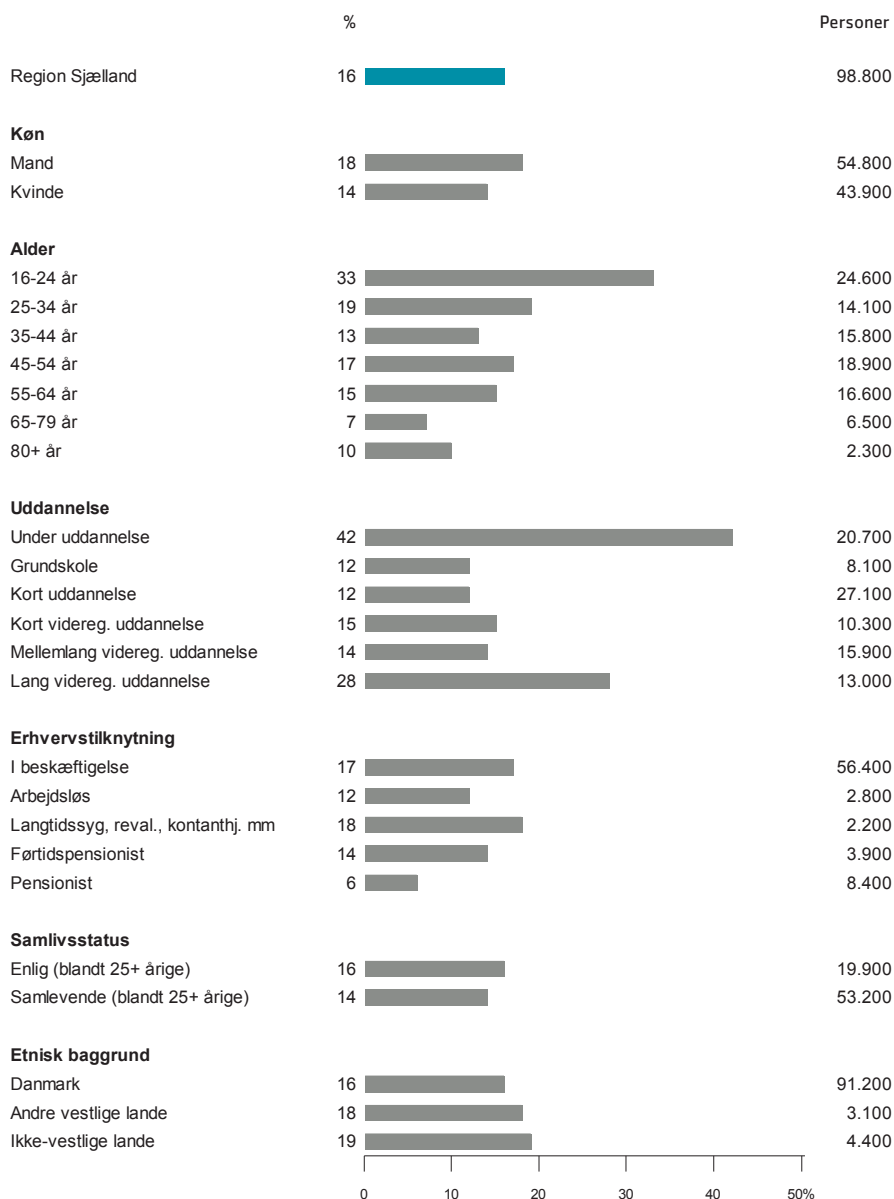
Stillesiddende adfærd på arbejde og i fritiden

Stillesiddende adfærd defineres her ved mindst ti timers stillesiddende i alt, hvad enten det er på arbejde, på uddannelse eller i fritiden. Resultat er opnået ved sammenlægning af dagligdagens stillesiddende aktiviteter, hvor der indgår stillesiddende arbejde i mindst seks timer og stillesiddende fritidsaktiviteter i mindst fire timer om dagen.

Mindst 10 timers stillesiddende sammenlagt på arbejde og i fritiden om dagen

16 procent af borgerne i Region Sjælland svarende til 98.800 personer sidder stille sammenlagt mindst 10 timer om dagen i deres fritid, tabel 3.3.11.

Tabel 3.3.11 Borgere i regionen, der er stillesiddende i mindst 10 timer om dagen



Køn og alder: Flere mænd end kvinder er stillesiddende i mindst ti timer om dagen. Andelen for de 16-24årige er en tredjedel, hvilket er fire gange højere end blandt de 65-79årige.

Uddannelse: De uddannelsessøgende og borgere med lang videregående uddannelse har de højeste andele på henholdsvis 42 procent og 28 procent. Andelen i de øvrige uddannelseskategorier er markant lavere.

Erhverv: Kun 6 procent af pensionisterne har sammenlagt mindst ti timers stillesiddende dagligt, mens andelen blandt de beskæftigede og blandt langtidssyge, revalidender, kontanthjælpsmodtagere m.m. er tre gange højere.

Samliv: Der ses ingen forskel på andelen blandt enlige eller blandt samlevende i forhold til at have mindst ti timers stillesiddende dagligt.

Etnisk baggrund: Der ses ingen forskel i forhold til etnisk baggrund.

Tabel 3.3.12 Borgere, der er stillesiddende i mindst 10 timer dagligt, kommuner

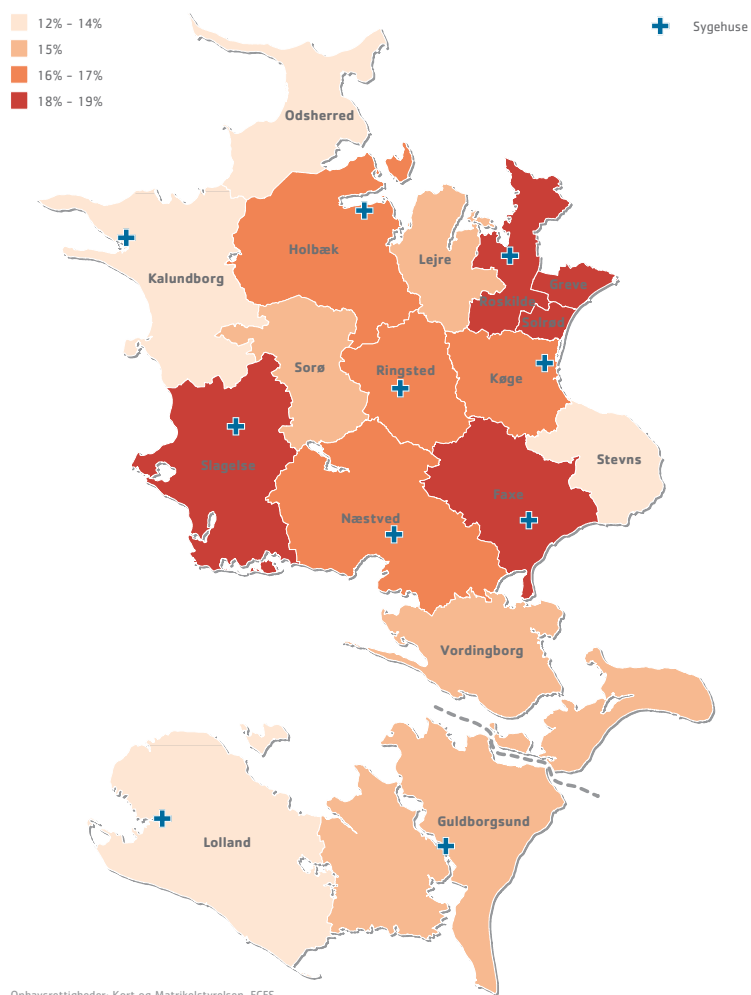


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Andelen af borgere, der er stillesiddende mindst 10 timer dagligt, varierer mellem 12 procent i Kalundborg og Odsherred og 19 procent i Slagelse og Greve, tabel 3.3.12. Når der tages højde for køn og alder, er forskellene fra regionsgennemsnittet stadig tilstede på nær én kommune. Der ses en social gradient, da andelen af borgere, der er stillesiddende mindst 10 timer dagligt, i overvejende grad er mindre i kommunerne fra kommunesocialgruppe 3 sammenlignet med kommunerne fra gruppe 1, se også figur 3.3.6.

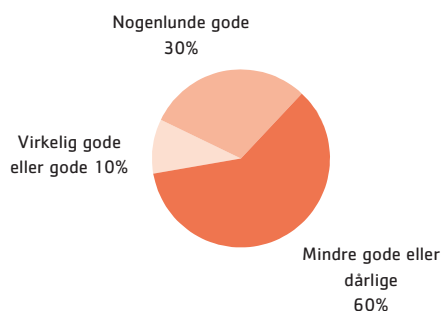
Figur 3.3.6 Borgere i regionen, der er stillesiddende i 10 timer om dagen



Motivation for ændring af adfærd

Det fremgår af figur 3.3.7, at blandt de borgere, der har mindre end 30 minutter fysisk aktivitet om dagen i fritiden inklusiv aktiv transport, vurderer 60 procent selv, at deres motionsvaner er mindre gode eller dårlige, mens 10 procent opfatter deres motionsvaner som virkeligt gode eller gode.

Figur 3.3.7 Selvvurderede motionsvaner, borgere fysisk aktive mindre end 30 minutter



Tabel 3.3.13 Selvvurderede motionsvaner og ønske om at være mere fysisk aktiv (borgere moderat til hårdt fysisk aktive mindre end 30 min. om dagen inkl. transport til/fra arbejde/ uddannelse)

Selvvurderede motionsvaner:	Mænd		Kvinder		Mænd og kvinder	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Virkelig gode / gode motionsvaner	31	3.100	43	5.600	38	8.700
Nogenlunde gode motionsvaner	56	18.700	66	23.200	61	41.900
Mindre gode /dårlige motionsvaner	76	49.200	81	60.800	79	110.000
I alt: Vil gerne være mere fysisk aktiv	66	71.000	73	89.700	70	160.700

70 procent af borgere, der er moderat til hård fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen, ønsker at være mere fysisk aktive, tabel 3.3.13. Dette gælder i højere grad for kvinder end for mænd. Hos de 60 procent, som vurderer egne motionsvaner som mindre gode eller dårlig, ønsker 76 procent af mændene og 81 procent af kvinderne at være mere fysisk aktive. Det fremgår af tabellen, at jo ringere de selvvurderede motionsvaner er, jo højere er andelen af borgere, der ønsker at være mere fysisk aktive. Sundhedsprofilen viser i øvrigt, at 65 procent af alle borgerne i Region Sjælland ønsker at være mere fysisk aktive. Se også kapitel 4 om forebyggelse side 148.

Afsnit 3.4 Madvaner og vægt

- 86.100 borgere i Region Sjælland har usunde madvaner:
 - 86 procent spiser ikke 6 stk. frugt og grønt om dagen
 - 38 procent spiser ikke 200-300 g fisk om ugen
 - 17 procent spiser slik og kager mindst 5 gange om ugen
 - 13 procent drikker sodavand mindst 5 gange om ugen
- Mænd spiser generelt mere usundt end kvinder
- Usunde madvaner og svær overvægt er socialt skævt fordelt
- 53 procent af borgerne, der spiser usundt, vil gerne spise mere sundt
- 100.600 borgere er svært overvægtige
- 84 procent af de overvægtige borgere vil gerne tabe sig

Danskernes madvaner er, i sammenligning med de øvrige lande i Europa, karakteriseret ved at have et højt indhold af fedt, specielt animalsk fedt. Sammenlignet med de sydeuropæiske lande spiser danskerne mindre frugt og grønt. Borgere i Danmark indtager typisk for meget fedt, især mættet fedt, for meget sukker, for lidt kostfibre og for lidt frugt og grønt og fisk gennem kosten. Risikofaktorerne ved usunde madvaner, som for meget sukker, for meget fedt eller for lidt frugt og grønt, indgår i en kompleks sammenhæng. Usund kost øger risikoen for hjertekarsygdomme, overvægt og fedme, type 2-sukkersyge, visse former for kræftsygdomme samt knogleskørhed. Hvert år er 2.200 dødsfald (svarende til 4 procent af alle dødsfald) relateret til for meget mættet fedt, og 2.200 dødsfald (svarende til 4 procent af alle dødsfald) er relateret til for lidt frugt og grønt. Sundhedsvæsenets årlige nettoomkostninger relateret til usunde madvaner er ikke beregnet. For den enkelte medfører usunde kostvaner risiko for sygdomme og – i kombination med for lidt bevægelse – risiko for udvikling af overvægt.

Overvægt øger risikoen for en lang række kroniske sygdomme som hjertesygdom, apopleksi, forhøjet blodtryk, sukkersyge, slidgigt samt visse kræftformer (bryst, tyktarm, endetarm). Hvert år dør 1.300-1.400 danskere på grund af overvægt. Det svarer til godt 2 procent af alle dødsfald. Sundhedsvæsenets årlige nettoomkostninger relateret til overvægt er 1.473 mio. kr. (Statens Institut for Folkesundhed, 2006).

I folkesundhedsperspektiv er de største problemer i forbindelse med usunde madvaner danskernes spisning af for meget sukker, for meget fedt, for lidt frugt og grønt samt overvægt. Den enkelte kan opnå chance for øget livskvalitet og et længere liv uden sygdomme ved at spise en kost, som opfylder de anbefalede retningslinjer for en sund kost.

Anbefalinger til sund kost

Ernæringsrådet udsendte i 2005 følgende anbefalinger:

- 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

Usunde og sunde madvaner

Med udgangspunkt i ovenstående kostråd er der i sundhedsprofilen anvendt en kostscore¹ inden for fødeemnerne frugt, grønt, fisk og fedt. Disse fødeemner har vist sig at være gode indikatorer for generelle sunde eller usunde madvaner. Kostscoren angiver dermed et samlet mål for sundhedsgraden af de generelle madvaner.

Kostscoren inddeler borgernes kost i tre kategorier:

- Sund kost – generelt sunde madvaner, herunder højt indhold af frugt, grønt og fisk samt lavt indhold af mættet fedt i kosten
- Middelsund kost – middelhøjt indhold af frugt, grønt og fisk og mættet fedt i kosten
- Usund kost – generelt usunde madvaner herunder meget lavt indhold af frugt, grønt og fisk og højt indhold af mættet fedt

I det følgende anvendes betegnelserne sunde madvaner og usunde madvaner ud fra ovennævnte beregning af kostscore.

Dette afsnit beskriver borgernes madvaner som usunde eller sunde ud fra en samlet vurdering af borgernes madvaner, når det gælder frugt/grønt, fisk, fastfood, sodavand og slik/kager. Herefter beskrives borgernes vægtfordeling samt motivationen til at ændre vaner hos borgere med usunde madvaner og hos overvægtige.

Generelt sunde eller usunde madvaner

Det vurderes, at 24 procent af borgerne i Region Sjælland har sunde madvaner, hvilket svarer til 147.600 personer. Omvendt vurderes det, at 14 procent har usunde madvaner, hvilket svarer til 86.100 personer, tabel 3.4.1.

¹ Kostscoren er udviklet af forskere på Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed i Region Hovedstaden.

Tabel 3.4.1 Borgere med usunde eller sunde madvaner

	% Usunde madvaner	Personer	% Sunde madvaner	Personer
Region Sjælland	14	86.100	24	147.600
Køn				
Mand	18	56.200	17	53.200
Kvinde	9	29.900	30	94.400
Alder				
16-24 år	20	14.900	20	14.600
25-34 år	15	11.200	21	15.600
35-44 år	14	16.400	22	25.700
45-54 år	12	13.300	27	30.800
55-64 år	12	13.400	27	31.000
65-79 år	13	13.000	25	25.500
80+ år	15	4.000	17	4.500
Uddannelse				
Under uddannelse	19	9.200	21	10.300
Grundskole	20	14.900	17	12.700
Kort uddannelse	17	38.900	19	45.400
Kort videreg. uddannelse	10	6.900	28	18.700
Mellemlang videreg. uddannelse	8	8.500	33	36.700
Lang videreg. uddannelse	5	2.200	34	16.300
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	12	39.900	24	81.800
Arbejdsløs	20	4.600	18	4.100
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	19	2.600	21	2.800
Førtidspensionist	21	6.300	22	6.600
Pensionist	13	19.400	24	35.000
Samlevsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	18	23.700	19	25.400
Samlevende (blandt 25+ årige)	11	44.700	26	103.700
Etnisk baggrund				
Danmark	14	82.900	23	134.500
Andre vestlige lande	7	1.300	32	5.800
Ikke-vestlige lande	8	1.900	30	7.300

Køn og alder: Dobbelt så mange mænd som kvinder spiser usundt. Usunde madvaner ses hyppigst blandt de 16-24årige, og andelen falder med stigende alder. Tilsvarende er der flere kvinder end mænd, der spiser sundt, og forekomsten af sunde madvaner stiger med alderen indtil 65 års-alderen.

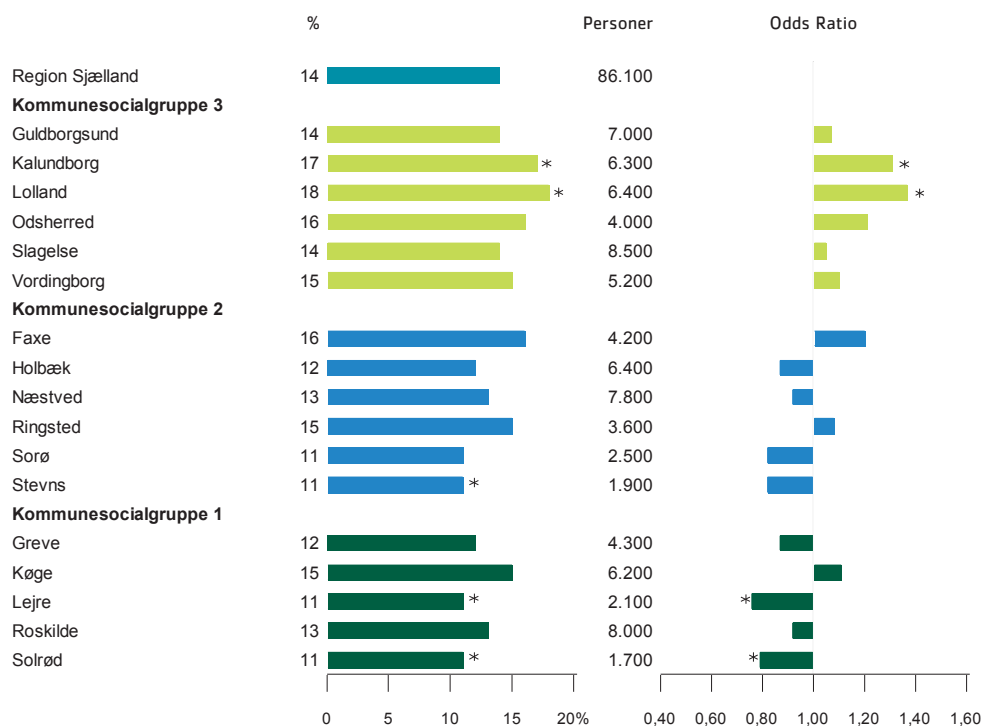
Uddannelse: Usunde madvaner ses hyppigst blandt de uddannelsessøgende. Der er klar sammenhæng mellem uddannelsesniveau og borgernes madvaner. Jo kortere uddannelseslængde, des større andel, der spiser usundt, og jo højere uddannelseslængde, des højere andel, der spiser sundt.

Erhverv: Usunde madvaner ses hyppigst blandt borgere uden tilknytning til arbejdsmarkedet bortset fra pensionister, mens sunde madvaner ses mindre hyppigt.

Samliv: Usunde madvaner ses hyppigere blandt enlige end blandt samlevende. Det omvendte forhold gør sig gældende i forhold til sunde madvaner.

Etnisk baggrund: Usunde madvaner er hyppigere hos borgere med dansk baggrund end blandt borgere med anden vestlig eller ikke-vestlig baggrund. Det omvendte forhold gør sig gældende i forhold til sunde madvaner.

Tabel 3.4.2 Borgere med usunde madvaner, kommuner

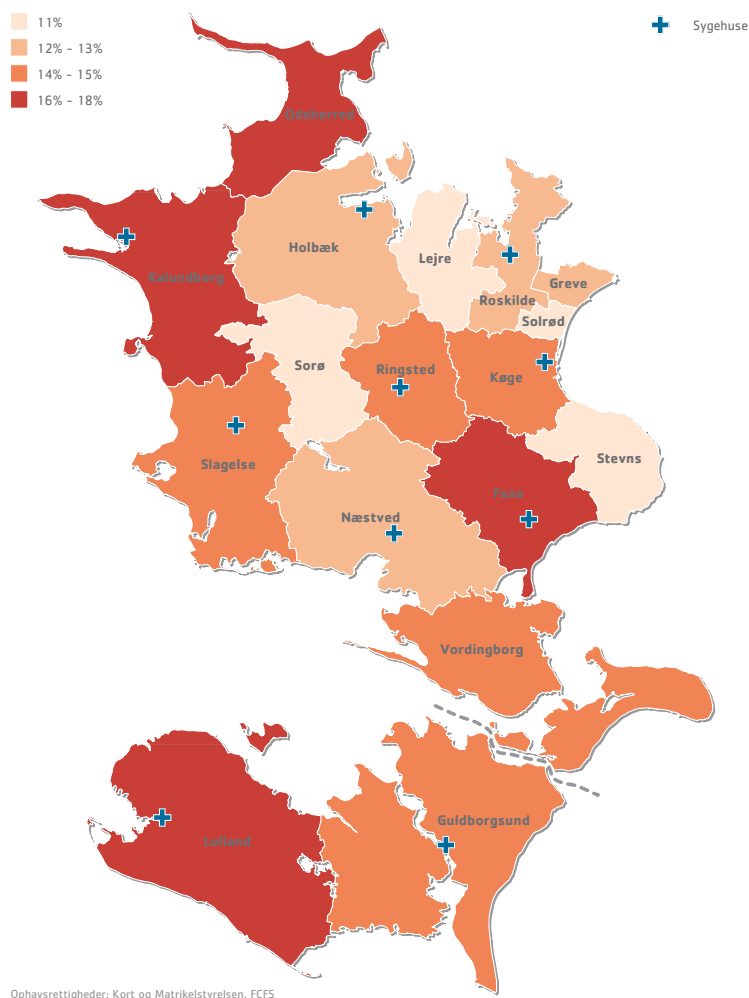


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Forekomst af usunde madvaner blandt borgerne varierer mellem 11 procent og 18 procent, se tabel 3.4.2. Andelen af borgere, der spiser usundt, er signifikant lavere end regionsgennemsnittet i Stevns, Lejre og Solrød, mens signifikant højere andele end gennemsnittet, der spiser usundt, ses i Kalundborg og Lolland kommuner. Når der er taget højde for alder og køn, ses en social gradient, da andelen af borgere, der spiser usundt, er større i kommunerne fra kommunesocialgruppe 3 sammenlignet med kommunerne fra gruppe 1, se også figur 3.4.1.

Figur 3.4.1 Borgere med usunde madvaner



Frugt og grønt og fisk som anbefalet

Hvis man betragter de enkelte kostråd hver for sig, finder man overordnet de samme mønstre, som beskrevet om sunde og usunde madvaner. Det vil sige, at der generelt er flere kvinder end mænd, der efterlever rådene – dette gælder dog ikke for spisning af fisk.

86 procent af borgere i Region Sjælland, svarende til 562.800 personer, lever ikke op til anbefalingen om at spise mindst 600 g frugt og grønt om dagen. 38 procent af borgerne, svarende til 245.200 personer, lever ikke op til anbefalingerne om at spise 200-300 g fisk om ugen, tabel 3.4.3.

Tabel 3.4.3 Borgere, der ikke spiser mindst 6 stk frugt/grønt dagligt, samt borgere, der ikke spiser 200–300 g fisk om ugen

	% Frugt/grønt	Personer	% Fisk	Personer
Region Sjælland	86	562.800	38	245.200
Køn				
Mand	91	292.200	39	123.700
Kvinde	82	270.700	37	121.500
Alder				
16-24 år	86	66.800	52	40.100
25-34 år	89	67.300	46	34.900
35-44 år	87	103.900	44	52.500
45-54 år	84	99.600	35	41.700
55-64 år	84	100.000	30	35.500
65-79 år	87	95.800	28	31.000
80+ år	92	29.400	30	9.500
Uddannelse				
Under uddannelse	85	43.500	51	26.200
Grundskole	89	72.100	38	30.200
Kort uddannelse	89	218.600	39	95.700
Kort videreg. uddannelse	84	58.700	35	24.200
Mellemlang videreg. uddannelse	82	95.400	33	37.900
Lang videreg. uddannelse	83	40.200	31	14.900
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	86	294.900	39	134.400
Arbejdsløs	89	21.200	43	10.300
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	86	12.000	46	6.500
Førtidspensionist	86	28.300	38	12.400
Pensionist	88	139.300	28	44.000
Samlivsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	88	125.000	38	53.400
Samlevende (blandt 25+ årige)	86	353.100	35	145.000
Etnisk baggrund				
Danmark	87	527.800	38	228.300
Andre vestlige lande	83	15.600	36	6.600
Ikke-vestlige lande	77	19.500	41	10.200

Køn og alder: Betydeligt flere mænd end kvinder spiser ikke frugt og grønt som anbefalet. Der er ingen kønsforskel, når det drejer sig om at spise fisk som anbefalet, se tabel 3.4.3. Der er ikke stor variation mellem aldersgrupperne i forhold til indtag af frugt og grønt som anbefalet. Derimod falder andelen, der ikke spiser fisk som anbefalet, med stigende alder.

Uddannelse: Der er en tendens til, at andelen af borgere, der ikke spiser frugt og grønt som anbefalet, falder med stigende uddannelseslængde, og samme tendens er tilfældet og mere markant for indtagelse af fisk. Uddannelsessøgende adskiller sig markant fra de øvrige, da halvdelen af disse ikke spiser fisk som anbefalet.

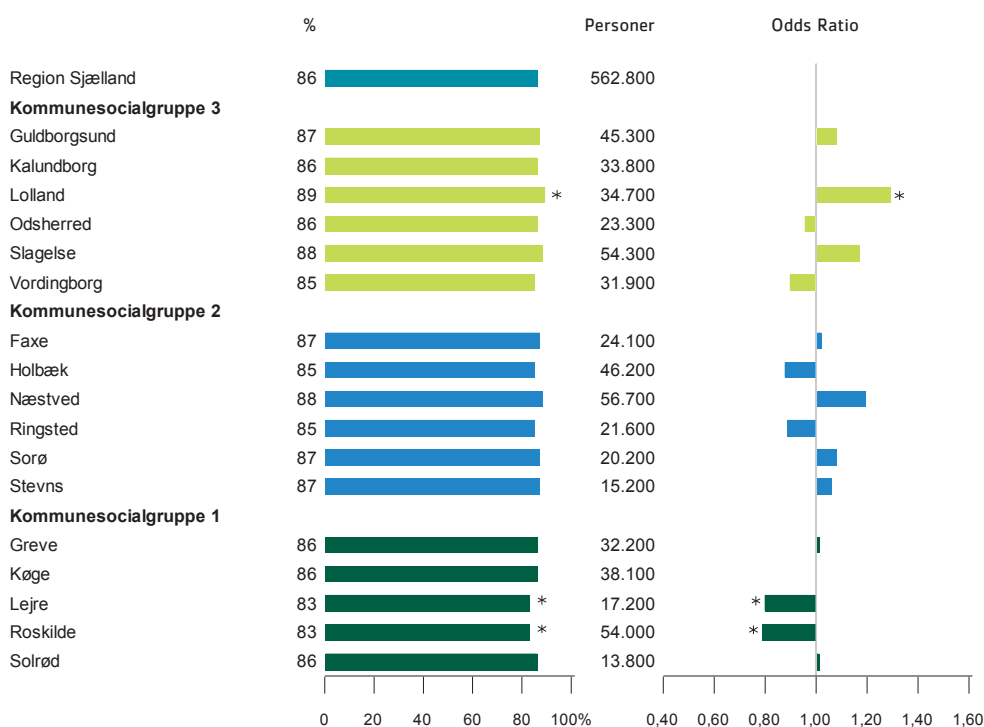
Erhverv: Der er kun små variationer i andelen, der ikke indtager den anbefalede mængde frugt og grønt mellem grupper med forskellig erhvervstilknytning. Der-

imod ses tydeligt en mindre andel blandt de beskæftigede, som ikke spiser fisk som anbefalet i forhold til borgere uden erhvervstilknytning. Mest markant er, at blandt pensionister ses den laveste forekomst, som ikke spiser fisk som anbefalet.

Samliv: Der er ingen forskel på enlige og samlevende i forhold til ikke at spise frugt og grønt som anbefalet, mens andelen, der ikke spiser fisk som anbefalet, er større blandt enlige end blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, der ikke spiser frugt og grønt som anbefalet, er størst blandt borgere med dansk baggrund og lavest blandt borgere med ikke-vestlig baggrund. Omvendt er andelen af borgere, der ikke spiser fisk som anbefalet, størst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund og lavest blandt borgere med anden vestlig baggrund end dansk.

Tabel 3.4.4 Borgere, der ikke spiser mindst 6stk frugt/grønt dagligt, kommuner

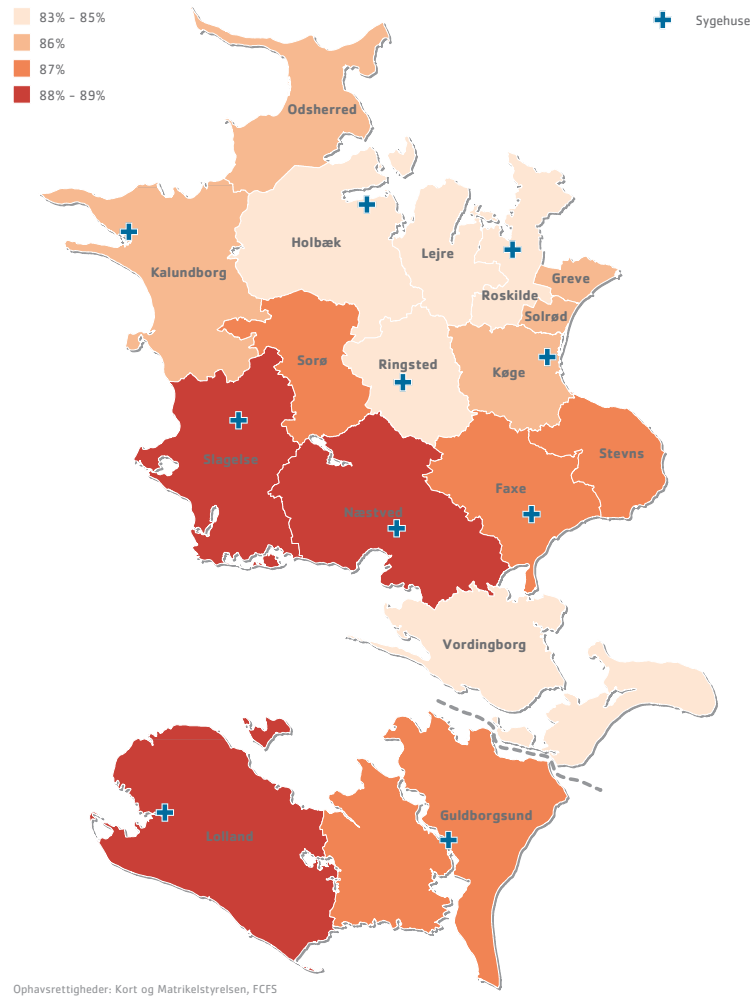


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Andelen af borgere, der ikke spiser den anbefalede mængde frugt og grønt om dagen, varierer mellem 89 procent og 83 procent, se tabel 3.4.4. Der ses signifikant højere andel end regionsgennemsnittet i Lolland Kommune og signifikant lavere andel i Lejre og Roskilde. Forskellene består, når der er taget højde for køn og alder. Der ses en tendens til social gradient mellem kommunesocialgrupperne, da andelen af borgere, der ikke spiser frugt og grønt, overvejende er større i kommuner fra kommunesocialgruppe 3, og andelen er overvejende mindre i kommuner i gruppe 1, se også figur 3.4.2.

Figur 3.4.2 Borgere, der ikke spiser mindst 6 stk frugt/grønt dagligt



Tabel 3.4.5 Borgere, der ikke spiser 200–300 g fisk om ugen, kommuner

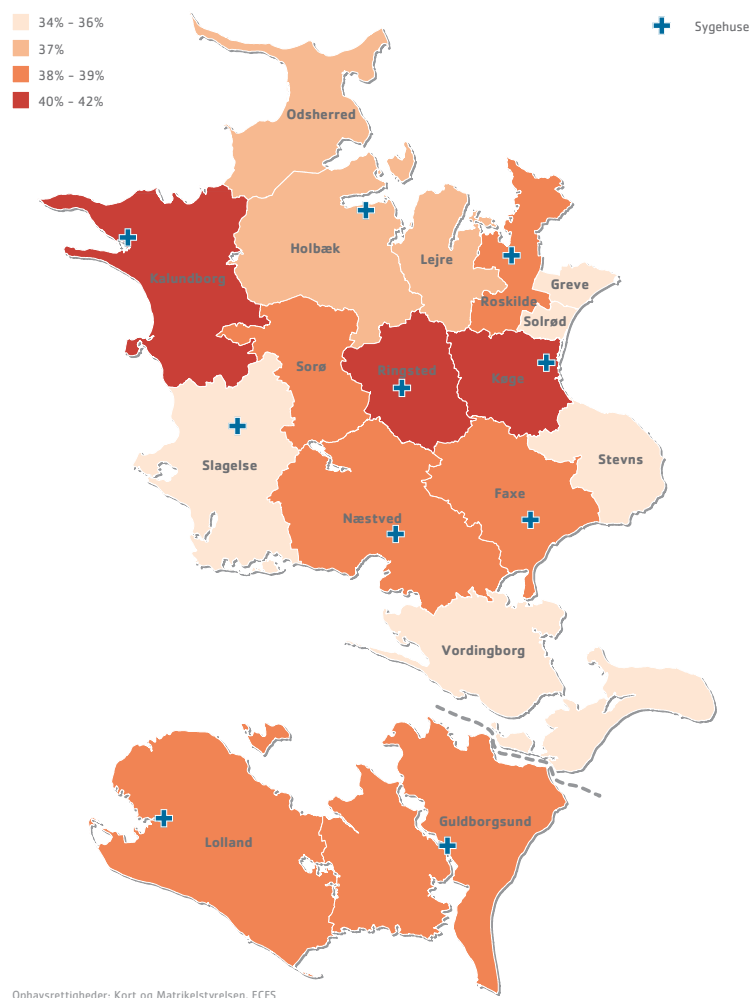


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Andelen af borgere, der ikke spiser fisk som anbefalet, varierer mellem 42 procent og 34 procent, se tabel 3.4.5. I forhold til regionsgennemsnittet ses signifikant højere andel, der ikke spiser fisk som anbefalet i Ringsted og signifikant lavere andel i Stevns Kommune, begge kommuner tilhører kommunesocialgruppe 2. Når der tages højde for køn og alder, er forskellen fortsat til stede, se også figur 3.3.3. Der ses ingen socialt betinget variation mellem kommunerne, se også figur 3.4.3.















































































Figur 3.4.3 Borgere, der ikke spiser 200-300 g fisk om ugen



Indtag af slik, søde sager og fedt mindst 5 gange om ugen

I følge kostrådene skal man undgå at spise for meget sukker og fedt. I det følgende vises sundhedsprofilens resultater for uheldige vaner som at drikke sodavand, spise slik og kager, snack eller fastfood mindst 5 gange om ugen. I Region Sjælland viser det sig, at 13 procent af borgerne drikker sodavand, 17 procent spiser slik, kager og chokolade og 1,6 procent spiser snack mindst 5 gange om ugen. Det svarer til henholdsvis 83.300, 110.500 og 10.600 personer, tabel 3.4.6.

Tabel 3.4.6 Borgere, der drikker sodavand, spiser slik eller spiser snack – mindst 5 gange om ugen

	% Sodavand	Personer	% Slik og kager	Personer	% Snack	Personer
Region Sjælland	13 	83.300	17 	110.500	1,6 	10.600
Køn						
Mand	16 	52.600	17 	54.200	1,9 	6.200
Kvinde	9 	30.700	17 	56.200	1,3 	4.400
Alder						
16-24 år	24 	18.300	18 	13.600	5,1 	3.900
25-34 år	18 	13.600	22 	16.900	2,5 	1.900
35-44 år	13 	15.700	19 	22.200	1,4 	1.700
45-54 år	9 	10.900	16 	18.800	1,1 	1.200
55-64 år	8 	9.600	13 	14.800	0,6 	800
65-79 år	9 	9.400	15 	16.400	0,6 	600
80+ år	18 	5.800	25 	7.700	1,4 	400
Uddannelse						
Under uddannelse	20 	10.300	17 	8.700	3,8 	1.900
Grundskole	16 	12.700	15 	12.400	1,5 	1.200
Kort uddannelse	15 	36.500	17 	42.400	1,9 	4.600
Kort videreg. uddannelse	10 	6.800	15 	10.600	1,1 	800
Mellemlang videreg. uddannelse	7 	7.600	18 	20.600	0,7 	800
Lang videreg. uddannelse	5 	2.600	18 	8.900	0,3 	100
Erhvervstilknytning						
I beskæftigelse	12 	40.000	17 	59.700	1,2 	4.200
Arbejdsløs	18 	4.300	19 	4.400	3,0 	700
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	17 	2.300	17 	2.300	4,1 	600
Førtidspensionist	18 	5.900	15 	4.800	1,9 	600
Pensionist	10 	15.300	16 	25.300	0,8 	1.300
Samlivsstatus						
Enlig (blandt 25+ årige)	14 	20.200	16 	23.100	1,2 	1.800
Samlevende (blandt 25+ årige)	10 	42.100	17 	70.100	1,2 	4.800
Etnisk baggrund						
Danmark	13 	77.500	17 	102.300	1,5 	9.300
Andre vestlige lande	12 	2.300	17 	3.300	1,3 	300
Ikke-vestlige lande	14 	3.500	20 	4.900	4,4 	1.100

Køn og alder: Næsten dobbelt så mange mænd som kvinder drikker sodavand, og flere mænd end kvinder spiser snack. Sodavand og snack indtages mest hyppigt blandt de 16-24årige, og andelen falder med stigende alder ind til 79 år. Der er ingen forskel på mænds og kvinders indtag af slik og søde sager, og andelen falder med stigende alder indtil 79 år. 80+årige er den gruppe, der har den højeste andel i forhold til indtag af slik og søde sager.

Uddannelse: Andelen, der drikker sodavand eller spiser snack, falder med stigende uddannelseslængde og er størst hos de uddannelsessøgende. Der ses ingen forskel i uddannelseslængde for borgere, der spiser slik og søde sager mindst 5 gange om ugen.

Erhverv: Andelen, der drikker sodavand er mindre blandt borgere i beskæftigelse end blandt borgere i den erhvervsaktive alder uden beskæftigelse. Andelen, der spiser snack, er større blandt borgere i den erhvervsaktive alder uden beskæftigelse end blandt borgere i beskæftigelse. Med hensyn til indtag af slik og søde sager ses ingen forskel i forhold til erhvervstilknytning.

Samliv: Andelen, der drikker sodavand, er større blandt enlige end blandt samlevende, mens der ikke er nogen forskel i samlivsstatus i forhold til spisning af slik og søde sager og snack.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, der drikker sodavand eller spiser slik, kager og chokolade mindst 5 gange om ugen, varierer ikke i forhold til borgerne's etniske baggrund. Blandt borgere med ikke-vestlig baggrund er andelen, der spiser snack over dobbelt så høj som blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Tabel 3.4.7 Borgere, der drikker sodavand mindst 5 gange om ugen, kommuner

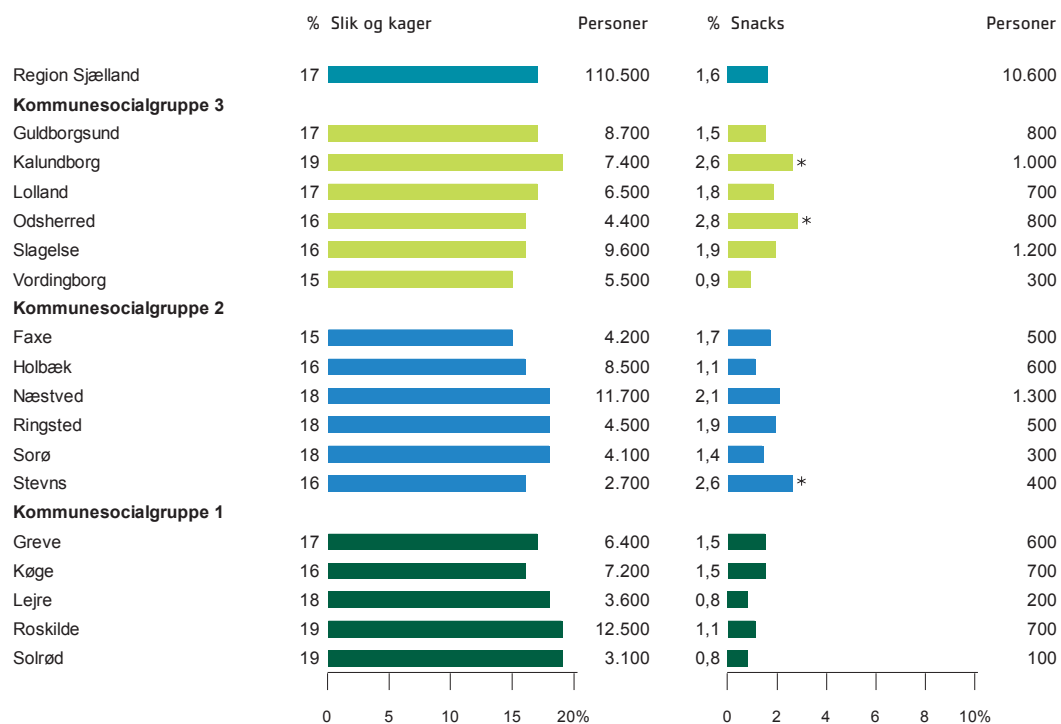


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Andelen af borgere, der drikker sodavand mindst 5 gange om ugen, varierer mellem 9 procent og 17 procent, se tabel 3.4.7. Der ses signifikant større andel end regionsgennemsnittet i Guldborgsund, Kalundborg og Lolland kommuner, og signifikant lavere andel i Lejre og Greve. Når der er taget højde for køn og alder, er denne forskel bevaret. Der ses en social gradient, da andelen af borgere, som ofte drikker sodavand, er større i kommunerne fra kommunesocialgruppe 3 sammenlignet med kommunerne fra gruppe 1.

Tabel 3.4.8 Borgere, der spiser slik/kager eller snack mindst 5 gange om ugen, kommuner



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

Kommunevariation: Andelen af borgere, der spiser slik og kager mindst 5 gange om ugen, varierer mellem 15 procent i Vordingborg og Faxe og 19 procent i Kalundborg, Roskilde og Solrød, se tabel 3.4.8. Der ses ingen signifikant forskel i forhold til regionsgennemsnittet på kommunernes andele af borgere, der spiser slik og søde sager.

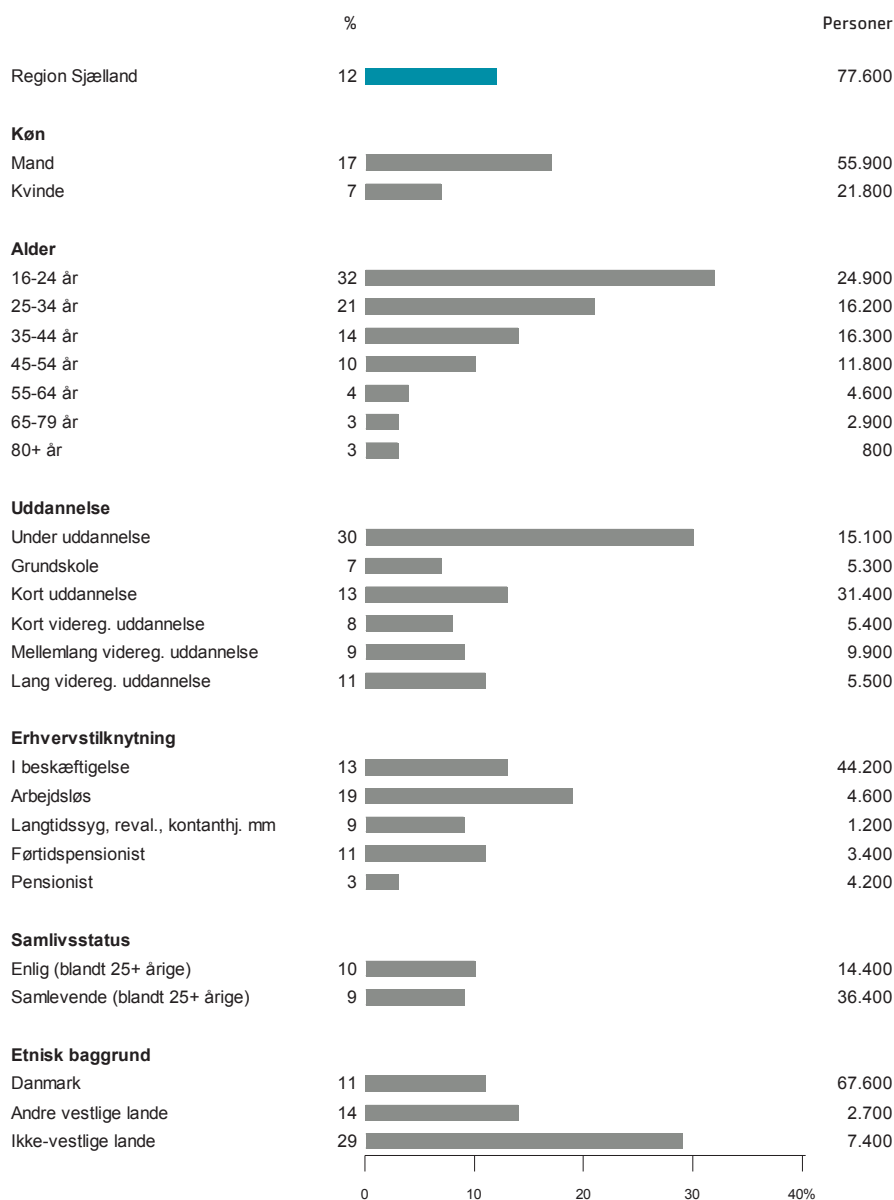
Andelen af borgere, der spiser snack mindst 5 gange om ugen, varierer mellem 0,8 procent i Lejre og Solrød og 2,8 procent i Kalundborg. Andelene af borgere, der ofte spiser snack i Kalundborg, Odsherred og Stevns kommuner, er signifikant større end regionsgennemsnittet. Når det gælder snack mindst fem gange om ugen, skal det bemærkes, at der er få besvarelser, og resultaterne må tolkes med forsigtighed.

Fastfood mindst én gang om ugen

Fastfood har fundet sin plads i vores samfund, hvor befolkningen generelt bruger mindre tid på at lave mad i hjemmet i forhold til tidligere. Fastfood behøver ikke at være usundt, men er det ofte. I denne sundhedsprofil defineres fastfood som mad, der har et højt indhold af energi og fedt. Det drejer sig om burgere, kebab, sandwiches, pølser, pizza og lignende.

I Region Sjælland spiser 12 procent af borgerne, svarende til 77.600 personer, fastfood mindst én gang om ugen, se tabel 3.4.9. Ca. 2 procent af borgerne, svarende til 13.500 personer, spiser fastfood mindst tre gange om ugen (tabel ikke vist).

Tabel 3.4.9 Borgere, der spiser fastfood mindst én gang ugentligt



Køn og alder: Der er tydelig kønsforskel, da 17 procent af mændene, men kun 7 procent af kvinderne, spiser fastfood ugentligt. Der ses en meget tydelig aldersgradient. En tredjedel af de 16-24årige spiser fastfood ugentligt, hvorefter andelen falder markant med stigende alder.

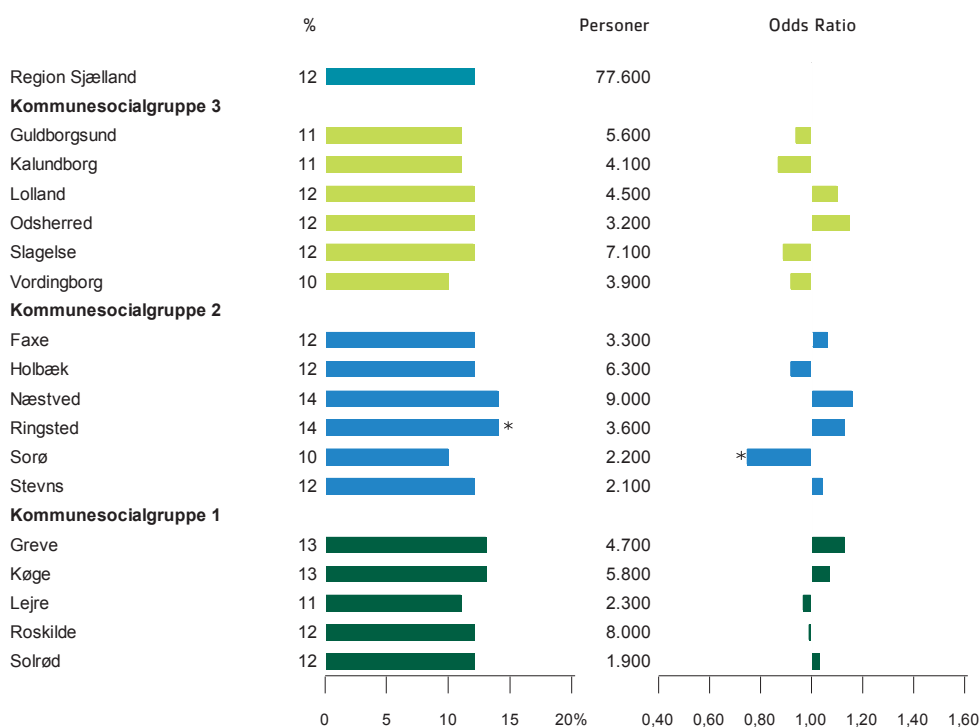
Uddannelse: Fastfood er mest udbredt blandt uddannelsessøgende. Der ses ingen sammenhæng mellem uddannelseslængde og forekomst af fastfood.

Erhverv: Andelen af borgere, der spiser fastfood, er størst blandt de arbejdsløse og lavest blandt pensionister.

Samliv: Der ses ingen forskel i samlivsstatus, når det drejer sig om spisning af fastfood.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med ikke-vestlig baggrund, der spiser fastfood ugentligt, er næsten tre gange højere end blandt borgere med dansk baggrund.

Tabel 3.4.10 Borgere, der spiser fastfood mindst én gang om ugen, kommuner

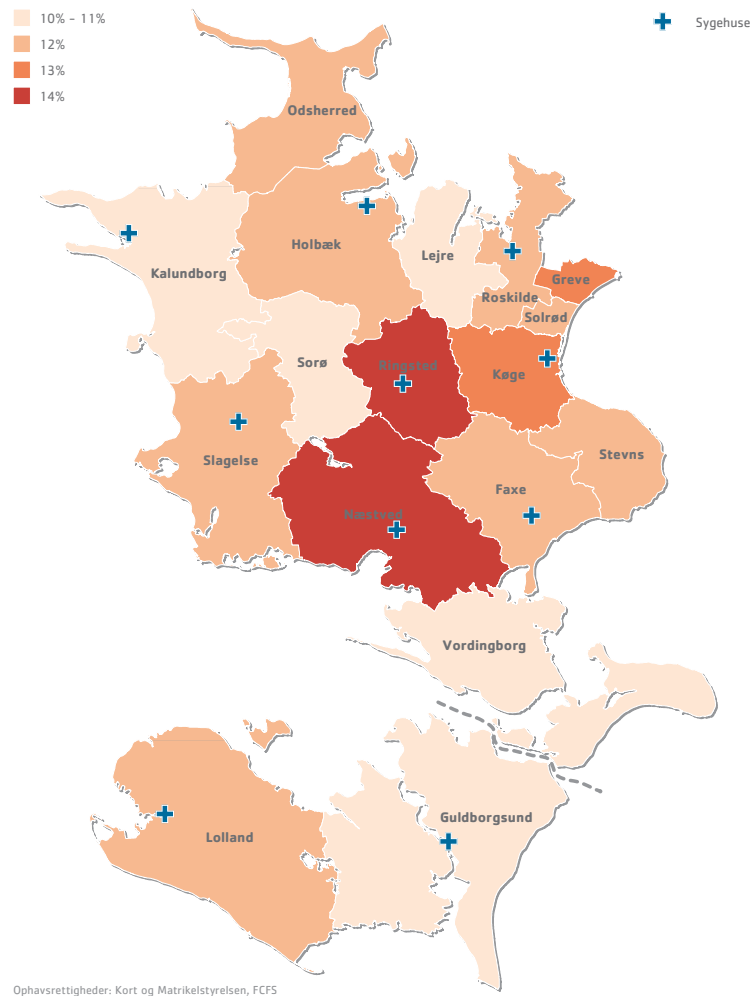


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Andelen af borgere, som spiser fastfood mindst én gang om ugen, varierer fra 10 procent i Vordingborg og Sorø til 14 procent i Næstved og Ringsted, tabel 3.4.10. Kun i Ringsted er andelen signifikant højere end regionsgennemsnittet, og denne forskel forsvinder, når der tages højde for køn og alder. Til gengæld fremstår Sorø som eneste kommune med signifikant lavere andel, der spiser fastfood, end regionsgennemsnittet, se også figur 3.4.4.

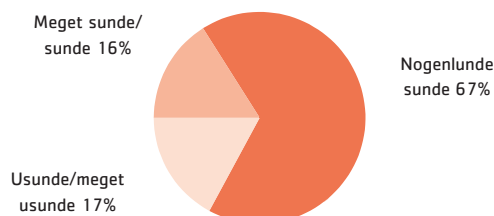
Figur 3.4.4 Borgere, der spiser fastfood mindst én gang om ugen



Motivation for ændring af spisevaner

17 procent af borgere med usunde madvaner vurderer selv, at deres madvaner er usunde eller meget usunde, mens 67 procent opfatter deres madvaner som nogenlunde sunde, se figur 3.4.5.

Figur 3.4.5 Selvvurderede spisevaner hos borgere med usunde madvaner, procent



53 procent af borgere med usunde madvaner ønsker at spise mere sundt, se tabel 3.4.11. Det fremgår af tabellen, at jo ringere de selvvurderede madvaner er, jo større er andelen, der ønsker at spise mere sundt.

Tablet 3.4.11 Motivation for at spise mere sundt hos borgere med usunde madvaner

Borgere med usunde madvaner			Vil gerne spise mere sundt	
Selvvurderede kostvaner	%	Antal	%	Antal
meget sunde/ sunde	16	13.700	27	3.600
nogenlunde sunde	67	56.900	53	29.900
usunde/meget usunde	17	14.800	76	11.200
I alt vil gerne spise mere sundt:			53	44.800

Vægt

WHO har defineret fire vægtklasser målt ud fra en persons Body Mass Index, herefter betegnet BMI. En persons BMI udregnes på denne måde: Vægten i kilo divideres med (højden i meter gange højden i meter). Danskernes gennemsnitlige vægt er stigende, og overvægt bliver mere og mere udbredt. Overvægt skyldes en ubalance mellem energiindtag og energiforbrug. Den overskydende energi lagrer sig som fedtdepoter i kroppen. BMI er et groft mål til at vurdere, om en person er overvægtig, da der ikke tages højde for en persons muskelmasse. Bodybuildere vil for eksempel have en forhøjet BMI uden at være overvægtige.

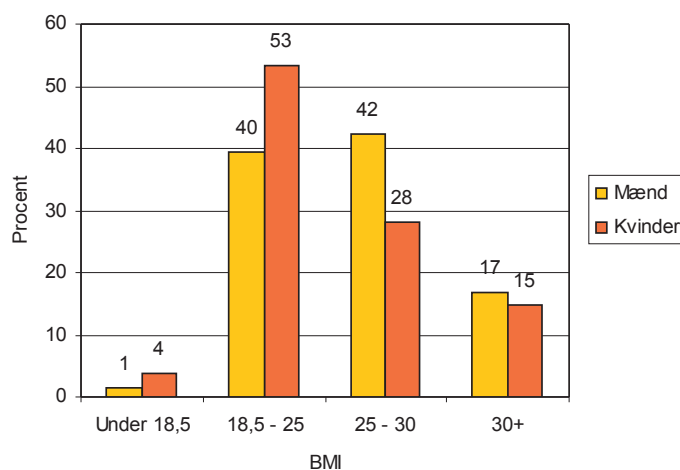
WHO definerer fire vægtklasser:

Undervægt	BMI < 18,5
Normalvægt	BMI 18,5 - 24,9
Moderat overvægt	BMI 25 - 29,9
Svær overvægt	BMI ≥ 30

Opgørelserne over befolkningens vægtfordeling er udregnet som BMI-værdier på baggrund af selvrapporterede værdier for vægt og højde. Flere undersøgelser har vist, at overvægtige oplyser en lavere vægt eller en højere højde end de faktiske mål. Dette er ikke noget, de gør bevidst. En del mennesker tror for eksempel, at

deres højde er lig med den, der er opgivet i deres pas, selv om det er deres højde med fodtøj. Vægtfordelingen i denne sundhedsprofil må derfor betragtes som minimumstal for antallet af overvægtige i regionens befolkning.

Tabel 3.4.12 Borgernes vægtfordeling efter BMI, mænd og kvinder



Af vægtfordelingen i tabel 3.4.12 fremgår det, at flere kvinder end mænd er normalvægtige. Flere mænd er moderat overvægtige, mens lige mange mænd og kvinder er svært overvægtige. Det ses desuden, at flere kvinder end mænd er undervægtige.

Tabel 3.4.13 Borgernes vægtfordeling, begge køn samlet

Vægtklasse	BMI	Procent	Personer
Undervægtige	< 18,5	3	16.600
Normalvægtige	18,5 - 24,9	47	298.900
Moderat overvægtige	25 - 29,9	35	226.200
Svært overvægtige	30+	16	100.600

Tabel 3.4.13 viser, at 3 procent af borgerne er undervægtige, og knap halvdelen af befolkningen er normalvægtige, mens 51 procent af borgerne er overvægtige.

Moderat overvægtige og svært overvægtige

I Region Sjælland er 35 procent af borgerne, svarende til 226.200 personer, moderat overvægtige og 16 procent af borgerne, svarende til 100.600 personer, er svært overvægtige, se tabel 3.4.14.

Tabel 3.4.14 Borgerne med moderat og svær overvægt

	% Moderat overvægt	Personer	% Svær overvægt	Personer
Region Sjælland	35	226.200	16	100.600
Køn				
Mand	42	134.600	17	53.000
Kvinde	28	91.600	15	47.600
Alder				
16-24 år	19	14.700	6	4.800
25-34 år	31	23.300	16	12.200
35-44 år	35	42.200	17	20.600
45-54 år	37	43.800	18	20.700
55-64 år	41	48.400	18	21.100
65-79 år	41	43.600	17	18.100
80+ år	34	10.300	10	3.100
Uddannelse				
Under uddannelse	17	8.600	6	2.800
Grundskole	38	30.300	22	17.600
Kort uddannelse	39	94.100	17	42.000
Kort videreg. uddannelse	35	24.200	16	11.300
Mellemlang videreg. uddannelse	33	38.200	13	14.900
Lang videreg. uddannelse	36	17.200	9	4.400
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	37	125.300	15	51.400
Arbejdsløs	31	7.200	26	6.200
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	35	4.700	26	3.500
Førtidspensionist	34	11.100	26	8.500
Pensionist	39	60.900	16	24.500
Samlivsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	34	46.800	18	25.500
Samlevende (blandt 25+ årige)	39	158.000	17	67.700
Etnisk baggrund				
Danmark	35	211.500	16	95.300
Andre vestlige lande	37	6.900	10	1.800
Ikke-vestlige lande	32	7.900	15	3.600

Køn og alder: Moderat overvægt ses hyppigere hos mænd end hos kvinder, mens hyppigheden af svær overvægt er lige stor hos de to køn, se tabel 3.4.13. Andelen af borgere, der er moderat overvægtige, stiger fra 19 procent blandt de 16-25årige til det dobbelte blandt de 65 -79årige.

Uddannelse: Der ses ingen social gradient i forhold til moderat overvægt, hvor andelen er nogenlunde lige høj for alle uddannelseskategorier bortset fra de uddannelsessøgende. Såvel moderat som svær overvægt er mindst udbredt blandt de uddannelsessøgende. Der ses en social gradient for de svært overvægtige borgere, da andelen falder med stigende uddannelseslængde. 22 procent af borgere med grundskole alene, og 9 procent blandt borgere med lang videregående uddannelse er svært overvægtige.

Erhverv: Andelen af moderat overvægtige er større blandt beskæftigede end blandt arbejdsløse og størst hos pensionister. Derimod er andelen af svært overvægtige markant lavere blandt beskæftigede og blandt pensionister i forhold til borgere uden tilknytning til arbejdsmarkedet, hvor andelen er 26 procent.

Samliv: Andelen af moderat overvægtige er større blandt de samlevende end blandt enlige, mens der ikke er forskel i samlivsstatus for svært overvægtige.

Etnisk baggrund: Andelen med moderat overvægt varierer ikke i forhold til etnisk baggrund, mens andelen med svær overvægt er mindre blandt borgere med anden vestlig baggrund end dansk end blandt borgere med såvel dansk som ikke-vestlig baggrund.

Tabel 3.4.15 Borgere med svær overvægt, kommuner

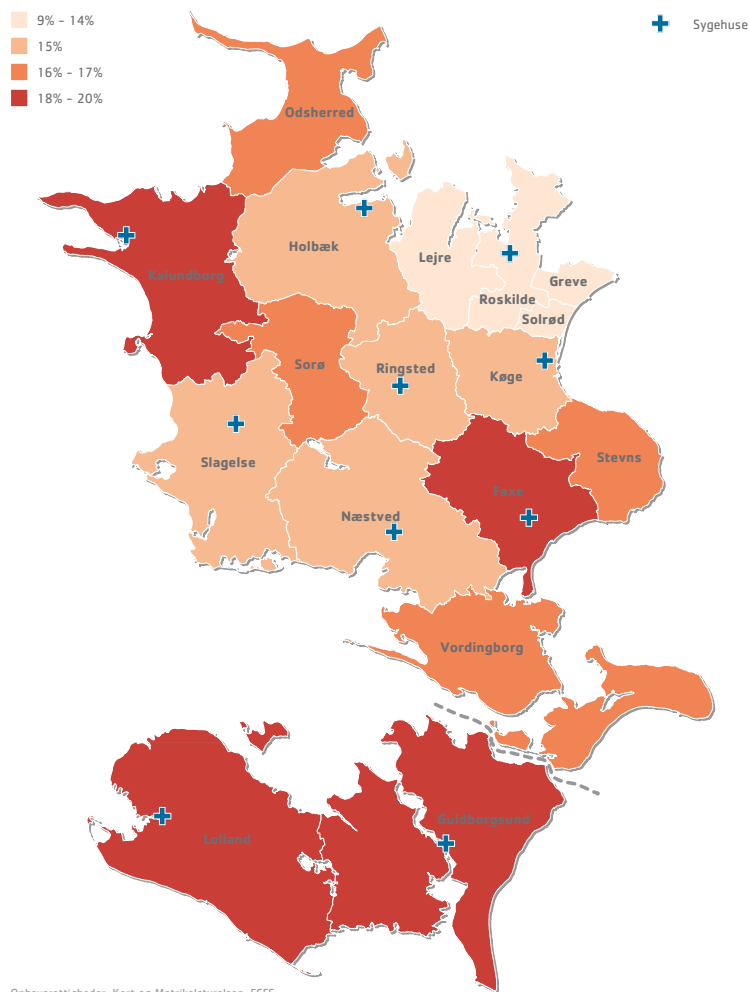


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Andelen af borgere med svær overvægt i kommunerne varierer mellem 9 procent og 20 procent, se tabel 3.4.15. Der ses signifikant større andel af borgere med svær overvægt end regionsgennemsnittet i Guldborgsund, Kalundborg og Lolland kommuner og signifikant mindre andel med svær overvægt i Roskilde. Når der er taget højde for køn og alder, er forskellene i kommunesocialgruppe 3 bevaret. I gruppe 1 ses nu, at andelen i både Greve og Roskilde er signifikant forskellige fra regionsgennemsnittet. Der ses en social gradient, da andelen af svært overvægtige borgere er større i kommunerne fra kommunesocialgruppe 3 sammenlignet med kommunerne fra gruppe 1, se også figur 3.4.6.

Figur 3.4.6 Borgerne med svær overvægt, kommuner



Motivation for ændret sundhedsadfærd hos svært overvægtige

87 procent af de overvægtige borgere synes selv, deres vægt er for høj, og 93 procent af disse vil gerne tabe sig, tabel 3.4.16.

Tabel 3.4.16 Selvvurderet vægt og ønske om ændring af sundhedsadfærd hos overvægtige borgere

Alle med bmi \geq 25 i kolonnetitel	Overvægtige borgere		Vil gerne tabe sig		Vil gerne spise mere sundt		Vil gerne være mere fysisk aktiv	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Alt for lav/lidt for lav	1	2.100	46	1.000	70	1.400	86	1.800
Tilpas	13	40.900	21	8.500	34	13.700	43	17.600
Lidt for høj/alt for høj	87	283.300	93	263.100	62	172.200	72	202.600
I alt vil gerne ændre adfærd:			84	272.900	58	187.700	68	222.300

Over halvdelen blandt de moderat eller svært overvægtige borgere vil gerne spise mere sundt eller være mere fysisk aktiv. I alt 272.900 personer med moderat til svær overvægt vil gerne tabe sig. Se også kapitel 4 om forebyggelse side 154.

Afsnit 3.5 Seksuel sundhed hos 16-34årige

- 18 procent af de unge brugte ikke prævention ved seneste samleje, selvom de ikke ønsker børn
- 7,6 procent af de unge brugte ikke kondom ved seneste samleje, selvom de har haft tre eller flere seksualpartnere indenfor et år
- 23 procent af de unge har fået konstateret én eller flere sexsygdomme – klamydia er den mest udbredte
- Sexsygdomme er hyppigst konstateret blandt unge kvinder

Halvdelen af de unge har haft deres seksuelle debut, når de er 16 år. Den seksuelle debutalder for begge køn har ligget stabilt i flere år (Sundhedsstyrelsen, 2007). Risikofaktorerne ved ubeskyttet sex er uønsket graviditet og sexsygdomme. I 2009 blev foretaget ca. 16.000 legale, provokerede aborter i Danmark, heraf 12.000 hos kvinder under 35 år. I de senere år ses en stigende tendens i antallet af aborter hos de 15-24årige. I 2009 fik 30.000 unge konstateret klamydia, og 11.000 fik konstateret kønsvorter. Det er en fordobling på 10 år for begge sygdomme (www.sst.dk).

Ubeskyttet sex er årsag til en række sundhedsproblemer, der især kan have konsekvenser for unge og unge voksne. Det gælder uønsket graviditet og sexsygdomme som klamydia, kønsvorter, herpes og andre sygdomme. Klamydia kan medføre underlivsbetændelse, uønsket barnløshed, graviditet uden for livmoderen og kroniske underlivssmerter. Sexsygdomme kan være meget ubehagelige, svære at slippe af med og en psykisk belastning for den enkelte. Sundhedsstyrelsen vurderer, at tusindvis af tilfælde af sexsygdomme ikke identificeres, fordi en stor del af infektionerne forløber uden symptomer.

Ubeskyttet sex fører til ca. 300 dødsfald om året, og sundhedsvæsenets nettoomkostninger relateret til ubeskyttet sex er 257 mio. kr. om året (Statens Institut for Folkesundhed, 2006).

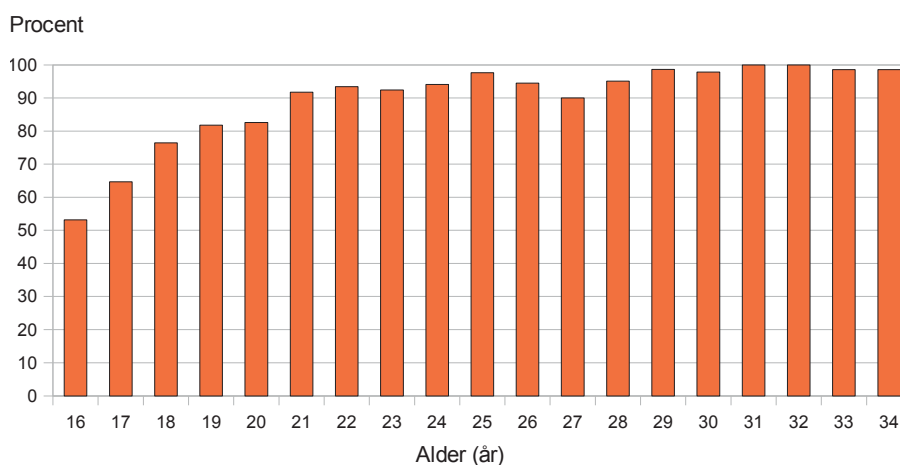
Anbefalinger om seksuel sundhed

Uønsket graviditet kan undgås ved brug af prævention. Kondom er den eneste form for prævention, der beskytter mod smitte af sexsygdomme. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at unge med skiftende seksualpartnere beskytter sig med kondom – også selv om de anvender anden form for prævention.

Dette afsnit beskriver seksuel debut, brug af beskyttelse mod uønsket graviditet og sexsygdomme samt udbredelsen af de hyppigst forekommende sexsygdomme blandt 16-34årige.

Sundhedsprofilen viser, at 53 procent af de 16årige og 75 procent af de 18årige har haft deres seksuelle debut, se tabel 3.5.1.

Tabel 3.5.1 Andel 16-34årige, som har angivet at have haft seksuel debut



Ubeskyttet sex

Ubeskyttet sex retter sig både mod uønsket graviditet og mod seks sygdomme. I spørgeskemaundersøgelsen er de 16-34årige blevet spurgt: »Hvilken prævention brugte du eller din partner ved dit seneste samleje?« Ubeskyttet sex er, at dyrke sex uden prævention, hvis man ikke ønsker at få børn, eller at dyrke sex uden kondom, hvis man har tre eller flere seksualpartnere inden for et år.

P-piller er den hyppigst anvendte form for prævention anvendt af de 16-34årige i Region Sjælland, efterfulgt af kondom som næstmest anvendte (tabel ikke vist). 18 procent af de unge i Region Sjælland, svarende til 24.300 personer, dyrker sex uden prævention, selvom de ikke ønsker at få børn. 7,6 procent af de unge dyrker sex uden brug af kondom, selvom de har haft tre eller flere seksualpartnere det seneste år. Det svarer til 10.000 personer, se tabel 3.5.2.

Tabel 3.5.2 Unge, der ikke ønsker børn og ikke brugte prævention ved seneste samleje, samt unge, der ikke brugte kondom ved seneste samleje, selvom de havde haft tre eller flere seksualpartnere seneste år

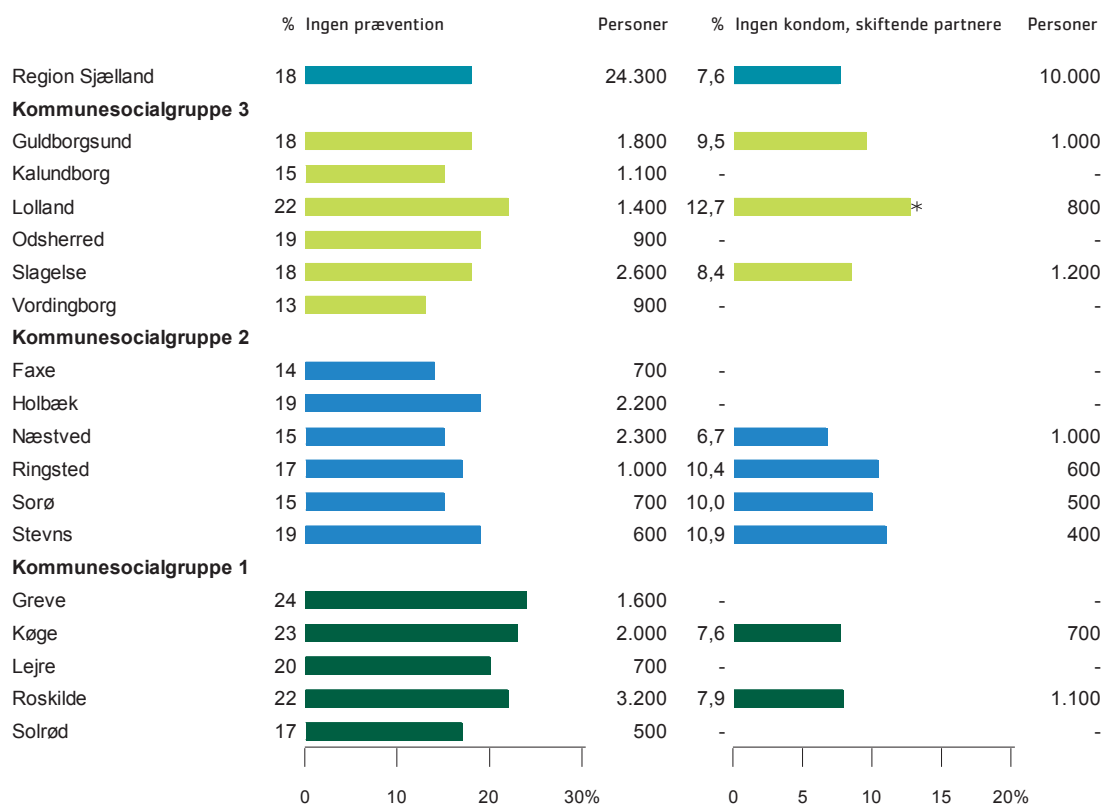
	% Ingen prævention	Personer	% Ingen kondom, skiftende partnere	Personer
Region Sjælland	18	24.300	7,6	10.000
Køn				
Mand	21	14.400	8,8	5.900
Kvinde	15	9.900	6,4	4.200
Alder				
16-24 år	12	7.200	12,2	7.300
25-34 år	23	17.100	3,8	2.800

0 10 20 30%

0 5 10 15 20%

Flere mænd end kvinder bruger ikke prævention, selvom de ikke ønsker et barn, og lidt flere mænd end kvinder bruger ikke kondom, selvom de har haft skiftende partnere. Manglende brug af prævention, selvom der ikke ønskes et barn, er mest udbredt blandt de 26-34årige. Blandt de unge er sex uden kondom, selvom de har haft tre eller flere skiftende partnere det seneste år, mest udbredt blandt de 16-24årige.

Tabel 3.5.3 Unge, der ikke ønsker børn og ikke brugte prævention ved seneste samleje, samt unge, der ikke brugte kondom ved seneste samleje, selvom de havde haft tre eller flere seksualpartnere seneste år, kommuner



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
 - For få besvarelser til, at der kan gives resultater.

Kommunevariation: Andelen af 16-34årige, der ikke bruger prævention ved seneste samleje, selvom de ikke ønsker at få børn, varierer fra 13 procent til 24 procent med laveste andel i Vordingborg og højeste andel i Greve. Ingen kommune adskiller sig signifikant fra regionsgennemsnittet, se tabel 3.5.3.

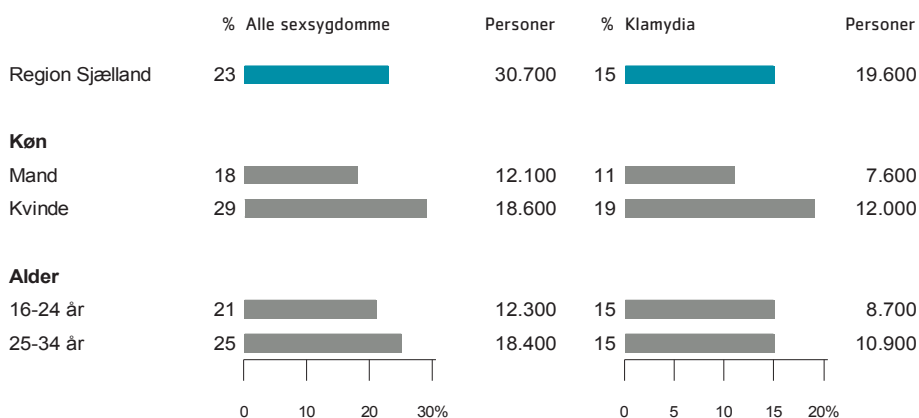
Når det gælder andelen af 16-34årige, der ikke bruger kondom ved seneste samleje, selvom de har haft tre eller flere seksualpartnere seneste år, skal det bemærkes, at for flere kommuner gælder det, at der er for få besvarelser til, at der kan gives resultater. Andelen varierer fra 3,6 procent til 12,7 procent med lavest andel i Næstved og højest andel i Lolland Kommune, hvis andel er signifikant højere end regionsgennemsnittet. Når der er justeret for køn og alder, er denne forskel ikke længere signifikant (tabel ikke vist).

Sexsygdomme

Andel af sexsygdomme opgøres i det følgende på baggrund af alle unge, uanset seksuel debut. I Region Sjælland har 23 procent af de unge – svarende til 30.700 personer – fået konstateret én eller flere sexsygdomme, tabel 3.5.4.

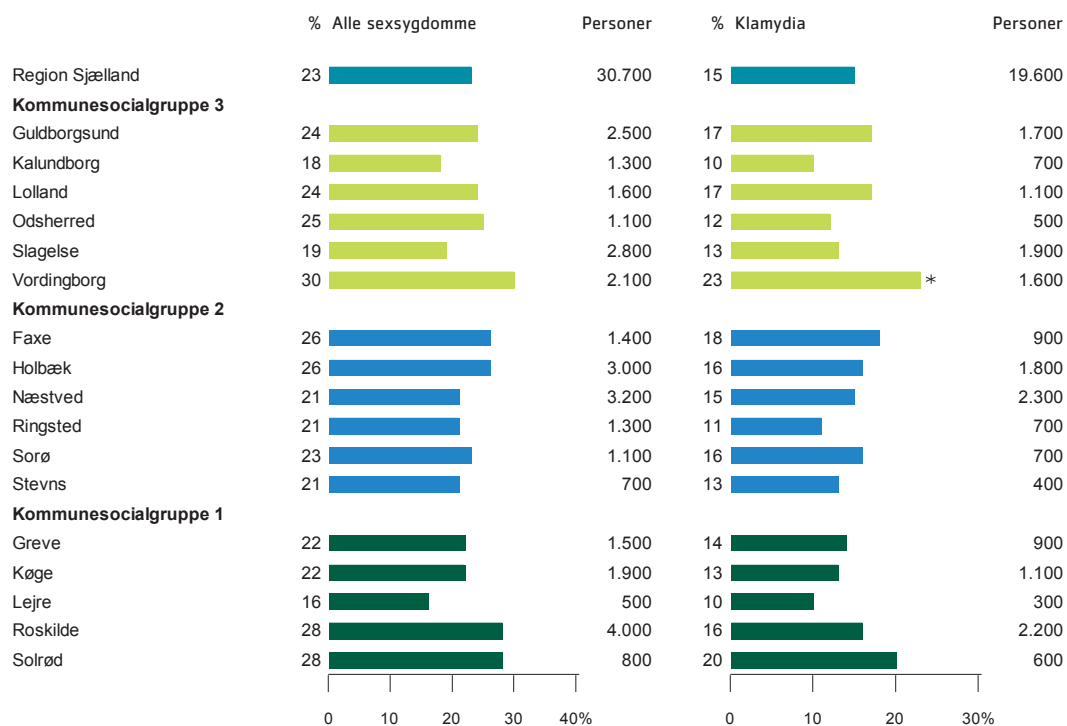
15 procent af de 16-34årige har fået konstateret klamydia, som er den mest udbredte sexsygdom. 9 procent af de unge har haft kønsvorter, 3 procent har haft herpes og 2 procent har fået konstateret andre sexsygdomme (tabel ikke vist).

Tabel 3.5.4 Unge, som har fået konstateret sexsygdom



29 procent af de unge kvinder – men kun 18 procent af de unge mænd – har fået konstateret en sexsygdom. 20 procent af kvinderne og 10 procent af mændene har fået konstateret klamydia. Der ses ingen aldersmæssig forskel på andelen, der har fået konstateret sexsygdomme i det hele taget, eller andelen, der har fået konstateret sexsygdommen klamydia.

Tabel 3.5.5 Unge, som har fået konstateret sexsygdom, kommuner



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

Kommunevariation: Andelen af 16-34årige i kommunerne, der har fået konstateret en sexsygdom, varierer fra 16 procent til 30 procent med laveste andel i Lejre og højeste andel i Vordingborg, dog adskiller ingen kommune sig signifikant fra regionsgennemsnittet, se tabel 3.5.5.

Andelen af 16-34årige, der har fået konstateret klamydia, varierer fra 10 procent til 23 procent med lavest andel i Kalundborg og Lejre og højest andel i Vordingborg, hvis andel er signifikant højere end regionsgennemsnittet.



Kapitel 4

Sundhedsfremme og forebyggelse

Sundhedsfremme og forebyggelse

- 13 procent af borgerne har generelt sunde vaner med hensyn til såvel rygning alkohol, fysisk aktivitet som mad
- 74 procent af borgere, der ryger hver dag, vil gerne holde op med at ryge og 50 procent ønsker hjælp til rygestop. 40 procent har fået information om eller fået tilbud om rygestop hos egen læge
- 22 procent af borgere med en risikabel alkoholadfærd vil gerne nedsætte forbruget og 9,3 procent har fået information om eller fået tilbud om hjælp til at nedsætte alkoholforbruget hos egen læge
- 70 procent af de borgere, der er fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen, vil gerne være mere fysisk aktive, og 17 procent har fået information eller taget i mod tilbud om hjælp til ændring af motionsvaner fra deres egen læge
- 53 procent af de borgere, der spiser usund mad, vil gerne spise sundere, og 10 procent har fået information om eller hjælp til ændring af usunde madvaner fra egen læge
- 74 procent af borgerne går ind for rygeforbud på daginstitutioner, skolesteder og fritidsklubber, 64 procent ønsker totalt rygeforbud på sygehuse, mens 35 procent går ind for afgrænsede rygeområder på sygehuse
- 79 procent af borgerne går ind for alkoholforbud på arbejdspladser, og 70 procent går ind for alkoholforbud i sportshaller og idrætsklubber
- 65 procent går ind for forbud mod salg af sodavand på skoler, skolefritidsordninger og fritidsklubber

Sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse

Faktorer fra forskellige niveauer har indflydelse på menneskers sundhedstilstand. Nogle er globale, hvilken verdensdel befinder vi os i, og nogle handler om den aktuelle politiske tilstand for det land, vi lever i – er vi krig? Forskere har opstillet et billede, der viser de forskellige betydningsniveauer. Individet i midten med sin genetiske arv, alder og køn er omgivet af niveauer af betydende faktorer: livsstilsfaktorer, sociale relationer, levevilkår og til sidst de overordnede socioøkonomiske, kulturelle og miljømæssige faktorer, se figur 4.1.

Figur 4.1 De vigtigste betydende faktorer for sundhed. (Dahlgren and Whitehead, 1991)



På det nationale niveau kan lovgivning på forskellige områder virke fremmende på folkesundheden. Regeringsforbud mod salg af tobak og alkohol til unge under 18 år, begrænsning af bilers udstødning af skadelige partikler til luften, kloakering, rent vand, uddannelsesforhold og økonomi er bare nogle få eksempler på lovområder med indflydelse på folkesundheden.

På regions- og kommuneniveau er alle kommuner forpligtede ifølge sundhedsloven til at skabe sunde rammer for borgerne (strukturel forebyggelse). Sunde rammer kan siges at virke sundhedsfremmende i forhold til de mennesker, der opholder sig inden for de afgrænsede områder, som kan være daginstitutioner, sportshaller, restauranter, arbejdspladser m.m. Både regioner og kommuner er forpligtede til at forebygge sygdom og komplikationer til sygdom hos patienter (individrettet forebyggelse). Disse forpligtelser er indskrevne i de lovpligtige sundhedsaftaler for samarbejde mellem kommuner, praktiserende læger og region, som er indgået mellem samtlige kommuner og Region Sjælland. I sundhedsaftalerne kan man læse, at de tre parter er forpligtede til at oplyse patienter, som vurderes at have behov for at ændre sundhedsadfærd, om hvilke tilbud kommunen, den praktiserende læge eller regionen har til at hjælpe den enkelte borger med ændring af vaner i forbindelse med rygning, alkohol, inaktivitet, usunde madvaner og overvægt. Samtlige forebyggelsestilbud i Region Sjælland skal offentliggøres på www.sundhed.dk.

Sundhedsprofilen kommer ikke ind på de forskellige teorier om ændring af sundhedsadfærd, men henviser i stedet til den eksisterende litteratur på området fra blandt andet Sundhedsstyrelsen, Sund By Netværket samt i Region Hovedstadens Sundhedsprofil 2010 udarbejdet af Region Hovedstadens Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed.

I dette kapitel beskrives indledningsvis regionens samlede status for borgere, der lever op til anbefalingerne om sund adfærd. Derefter beskrives dels det forebyggelsespotentiale, der er knyttet til borgere, som er motiverede for ændring af sundhedsadfærd – på regionalt og på kommunalt niveau – og dels det potentiale for sundhedsfremme, der ligger i borgernes aktuelle holdninger til indførelse af sundere rammer. I de følgende afsnit fokuseres på adfærdsændringer relateret til rygning, risikabel alkoholadfærd, fysisk aktivitet og inaktivitet, madvaner og overvægt, samt holdninger til indførelse af sundhedsfremmende miljøer. Alle resultaterne stammer fra spørgeskemaundersøgelsen »Hvordan har du det? 2010«.

Afsnit 4.1 Sunde vaner i forhold til rygning, alkohol, fysisk aktivitet og mad samlet set

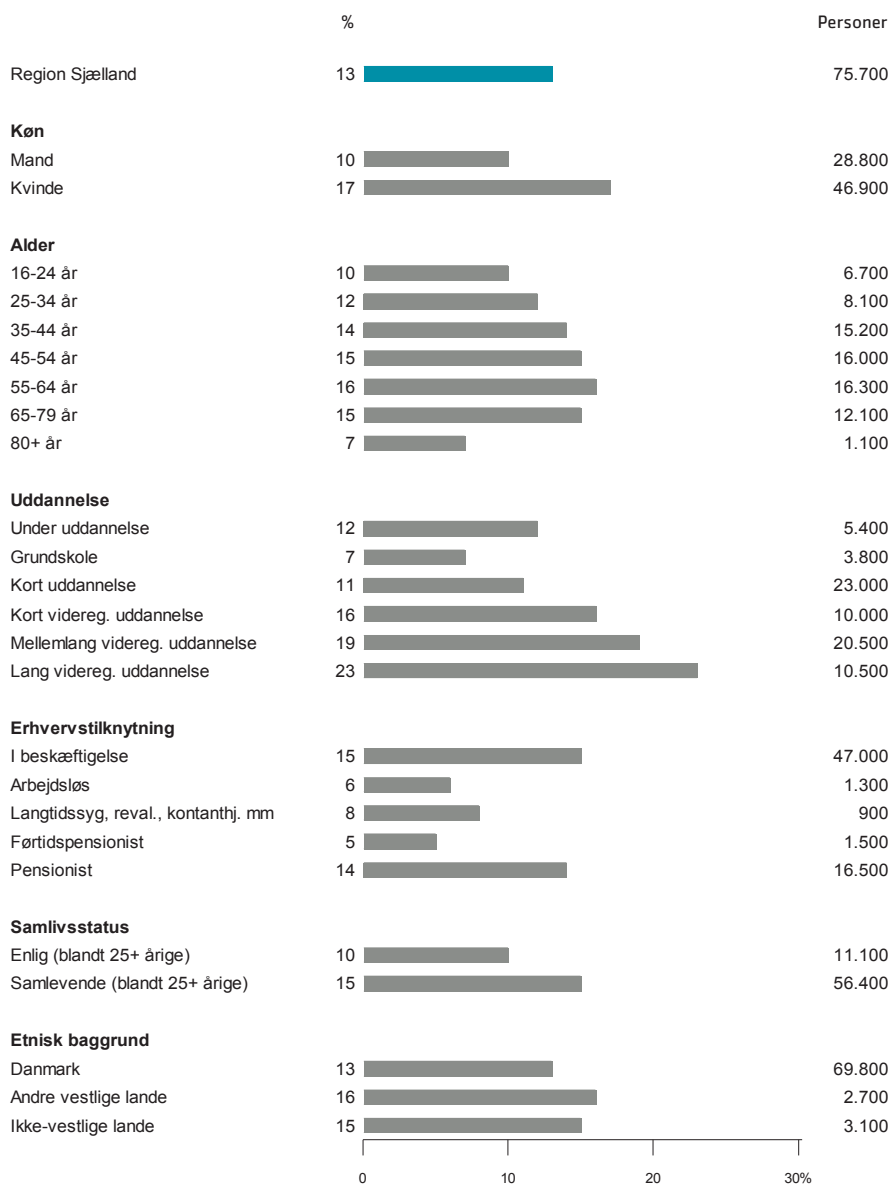
- 13 procent af borgerne samlet set har sunde vaner i forhold til rygning, alkohol, fysisk aktivitet og mad
- sunde vaner har samlet set en skæv social fordeling

I kapitel 3 er beskrevet borgernes sundhedsadfærd i relation til de enkelte faktorer rygning, alkohol, fysisk aktivitet og madvaner. I dette afsnit beskrives, hvor

mange borgere, der lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om sund adfærd generelt, og hvad der karakteriserer disse borgere.

I Region Sjælland har 13 procent af borgerne samlet set sunde vaner i forhold til rygning, alkohol, fysisk aktivitet og mad, se tabel 4.1.1. Det svarer til 75.700 personer.

Tabel 4.1.1 Borgere med sunde vaner i forhold til rygning, alkohol, fysisk aktivitet og mad



Køn og alder: Markant flere kvinder end mænd har generelt sunde vaner. Andelen stiger med stigende alder indtil 64 år, hvorefter den falder igen.

Uddannelse: Andelen af borgere med grundskole alene, der har sunde vaner samlet set, er 7 procent, hvilket er tre gange mindre end andelen blandt borgere med lang videregående uddannelse. Der ses en tydelig social gradient i fore-

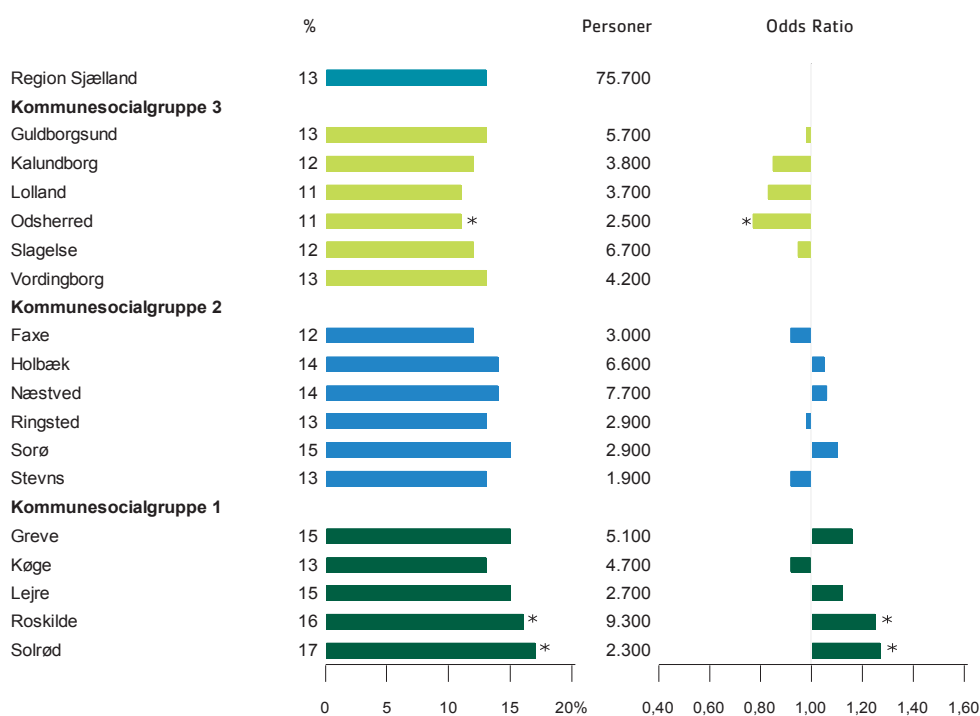
komsten af borgere med sunde vaner samlet set, da andelen stiger markant med stigende uddannelseslængde.

Erhverv: Andelen af borgere med generelt sunde vaner er dobbelt så høj blandt beskæftigede og blandt pensionister set i forhold til borgere uden tilknytning til arbejdsmarkedet.

Samliv: Andelen af borgere med generelt sunde vaner er lavere blandt enlige end blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med generelt sunde vaner er uafhængig af etnisk baggrund.

Tabel 4.1.2 Borgere med sunde vaner for rygning, alkohol, fysisk aktivitet og mad, kommuner



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Andelen af borgere med sunde vaner i forhold til rygning, alkohol, fysisk aktivitet og mad varierer mellem 11 procent i Lolland Kommune og i Odsherred og 17 procent i Solrød, se tabel 4.1.2. Odsherred og Solrød, samt Roskilde adskiller sig signifikant fra regionsgennemsnittet, og forskellene er bevaret, når der tages højde for køn og alder. Her ses en social gradient, da andelen af borgere med generelt sunde vaner er mindre i kommunerne fra kommunesocialgruppe 3 sammenlignet med kommunerne fra gruppe 1.

Afsnit 4.2 Potentiale for rygestop

- 74 procent af borgere, der ryger hver dag, vil gerne holde op med at ryge, og 50 procent ønsker hjælp til rygestop
- 40 procent har fået information om eller fået tilbud om rygestop hos egen læge

I kapitel 3 er beskrevet borgernes sundhedsadfærd i relation til rygning samt deres motivation for ændring af adfærd.

Dette afsnit fokuserer på borgere, som ønsker at holde op med at ryge, deres behov for støtte samt modtaget information eller tilbud om hjælp til rygestop fra egen læge.

Rygestop

Blandt de rygere, der ryger hver dag, har 7 procent planer om rygeophør inden for en måned, 10 procent planlægger ophør inden for seks måneder, og 57 procent vil gerne holde op, men har ikke planlagt, hvornår det skal ske. 26 procent af dagligrygerne ønsker ikke at holde op med at ryge (tabel ikke vist).

I Region Sjælland vil 74 procent af dagligrygerne gerne holde op med at ryge, se tabel 4.2.1. Det svarer til 106.700 personer. 50 procent ønsker hjælp til rygeophør, svarende til 51.000 personer.

Tabel 4.2.1 Dagligrygere, som ønsker rygestop og ønsker hjælp til rygestop

	% Vil rygestop	Personer	% Ønsker hjælp	Personer
Region Sjælland	74	106.700	50	51.000
Køn				
Mand	73	54.800	50	26.500
Kvinde	75	51.900	50	24.500
Alder				
16-24 år	77	11.900	37	4.300
25-34 år	82	11.900	48	5.800
35-44 år	83	22.100	54	11.700
45-54 år	78	24.400	54	12.900
55-64 år	71	22.600	51	10.800
65-79 år	60	12.700	47	5.300
80+ år	30	1.100	47	300
Uddannelse				
Under uddannelse	80	7.100	39	2.700
Grundskole	64	15.800	55	8.000
Kort uddannelse	74	46.100	51	22.600
Kort videreg. uddannelse	78	12.300	49	5.900
Mellemlang videreg. uddannelse	79	14.800	46	6.600
Lang videreg. uddannelse	73	3.000	55	1.600
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	80	57.200	49	27.500
Arbejdsløs	78	7.000	54	3.700
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	76	3.800	64	2.400
Førtidspensionist	68	9.800	62	5.600
Pensionist	60	17.500	46	7.300
Samlevsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	72	29.900	55	15.500
Samlevende (blandt 25+ årige)	75	61.900	50	29.900
Etnisk baggrund				
Danmark	74	100.100	50	47.700
Andre vestlige lande	80	2.700	52	1.300
Ikke-vestlige lande	79	3.900	53	2.000
Bor sammen med en ryger				
Ja	76	43.800	49	21.000
Nej	73	61.800	51	29.800
Nogen at tale med ved behov				
ja, ofte eller for det meste	74	85.700	48	39.400
ja, nogen gange	79	13.200	58	7.300
nej, aldrig eller næsten aldrig	73	5.700	64	3.400
Højt stress niveau				
Ja	73	28.400	60	16.000
Nej	75	77.100	47	34.600

Køn og alder: Der er ingen forskel på kønnenes ønske om rygestop eller hjælp til rygestop. Andelen, der gerne vil holde op med at ryge, er størst blandt de 25-44årige, hvorefter den falder med stigende alder.

Uddannelse: Ønsket om rygestop ses hyppigst blandt de uddannelsessøgende. Ønsket om hjælp er mest udbredt blandt borgere med grundskole og blandt borgere med lang videregående uddannelse. I begge grupper ønsker over halvdelen at få hjælp til rygestop.

Erhverv: Andelen blandt beskæftigede, der gerne vil holde op med at ryge, er højere end blandt borgere uden erhvervstilknytning. Ønsket om hjælp til rygestop er mest udbredt blandt førtidspensionister og gruppen af langtidssyge, revalidender, kontanthjælpsmodtagere m.m., hvor ca. 63 procent ønsker hjælp.

Samliv: Ønsket om hjælp til rygestop er mere udbredt blandt enlige end blandt samlevende.

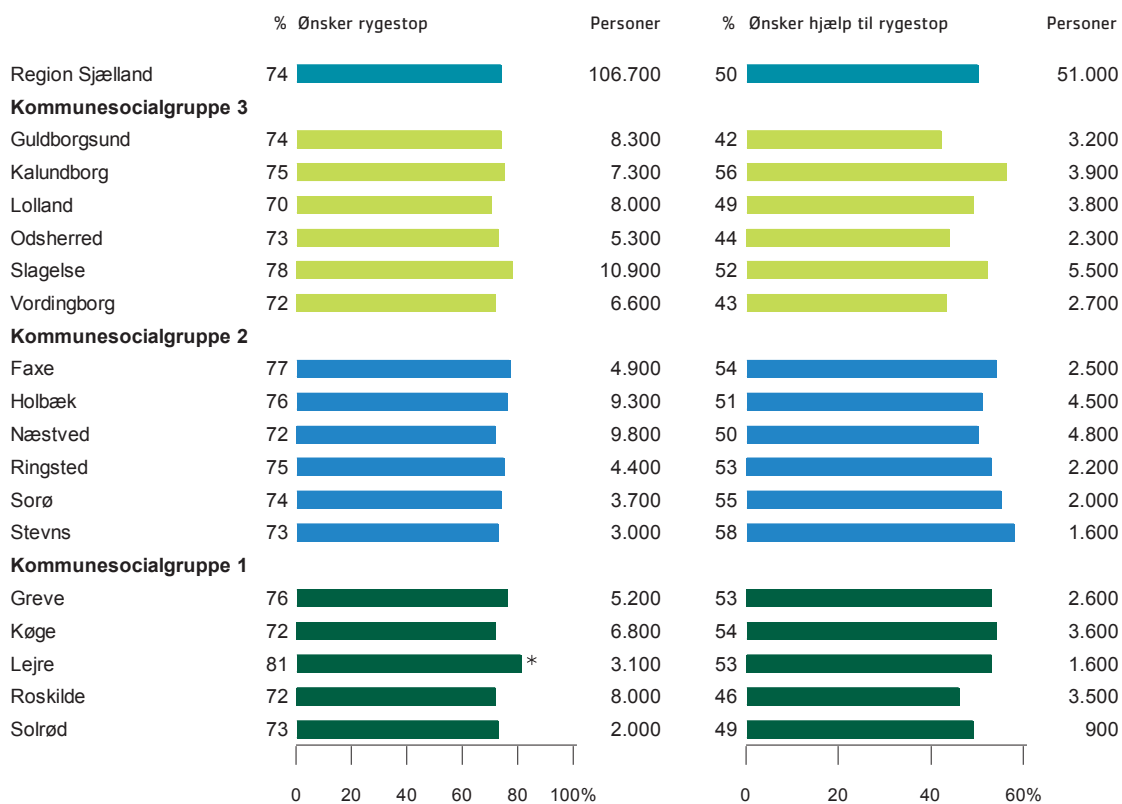
Etnisk baggrund: Såvel ønsket om rygestop som ønsket om hjælp til rygestop ses oftere blandt borgere med anden etnisk baggrund end dansk.

Bor sammen med ryger: Ønsket om at holde op med at ryge er mere udbredt blandt rygere, der bor sammen med en ryger end blandt rygere, der bor sammen med ikke-rygere. Der er ingen sammenhæng mellem ønsket om rygestop eller hjælp til rygestop i forhold til, om borgerne bor sammen med en ryger eller ej.

Nogen at tale med ved behov: Ønsker om hjælp til rygestop ses hyppigst hos borgere, der næsten aldrig eller aldrig har nogen at tale med ved behov for støtte.

Højt stressniveau: Ønsket om hjælp til rygestop er mere udbredt blandt borgere med højt stressniveau end blandt borgere uden stress, hvor knapt halvdelen ønsker hjælp til rygestop.

Tabel 4.2.2 Dagligrygere, der ønsker rygestop og ønsker hjælp til rygestop, kommuner



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

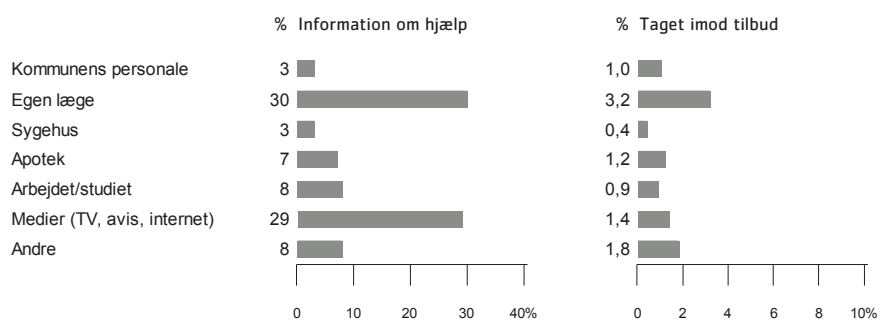
Kommunevariation: Andelen af borgere, der ønsker rygestop varierer mellem 70 procent i Lolland kommune og 81 procent i Lejre. Andelen i Lejre er signifikant større end regionsgennemsnittet, se tabel 4.2.2. Når det gælder borgere, der ønsker hjælp til rygestop, varierer andelen fra 42 procent i Guldborgsund til 58 procent i Stevns kommune. Ingen af disse andele afviger signifikant fra gennemsnittet.

Information og tilbud om rygestop

Dagligrygerne er blevet spurgt, om de inden for de seneste 12 måneder har fået information om mulighed for at få hjælp til rygestop, og om de har taget imod et tilbud om rygestop - det vil sige, har modtaget individuel vejledning eller deltaget i et rygestopkursus.

I Region Sjælland får knap en tredjedel af borgerne deres information om mulighed for at få hjælp til rygestop fra deres egen læge eller fra medier som TV, avis eller internet. Andelen, der har taget imod et rygestoptilbud fra egen læge, er 3,2 procent, tabel 4.2.3.

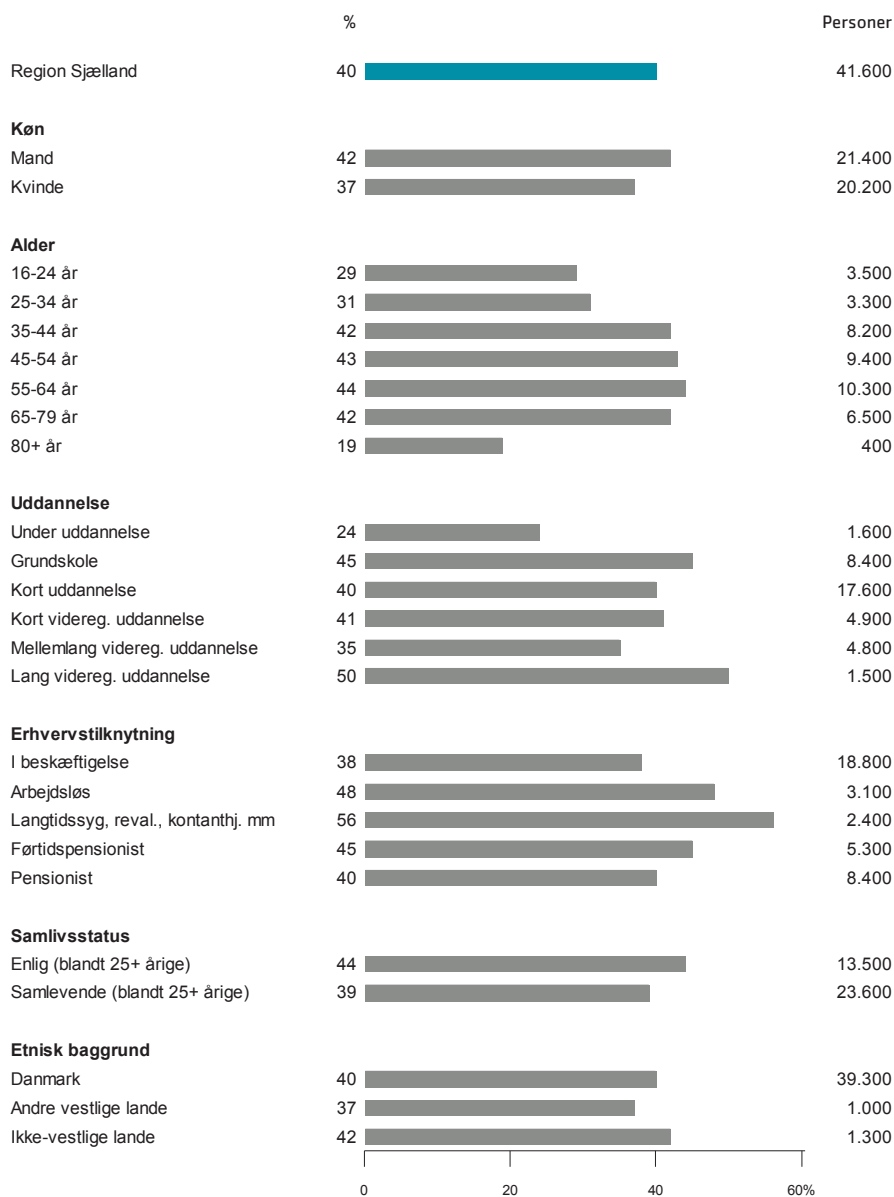
Tabel 4.2.3 Hvorfra har dagligrygere fået information om eller taget imod tilbud om rygestop inden for det seneste år



Dagligrygere, der har fået hjælp til rygestop fra egen læge

I Region Sjælland har 40 procent af dagligrygerne fået information om mulighed for at få hjælp til rygestop eller har taget imod et rygestoptilbud hos deres egen læge. Det svarer til 41.600 personer, tabel 4.2.4.

Tabel 4.2.4 Dagligrygere, som har fået information om eller taget imod tilbud om rygestop fra deres egen læge inden for det seneste år



Køn og alder: Flere mænd end kvinder, oftest i aldersgruppen fra 44-79 år, har fået information eller hjælp til rygestop fra egen læge.

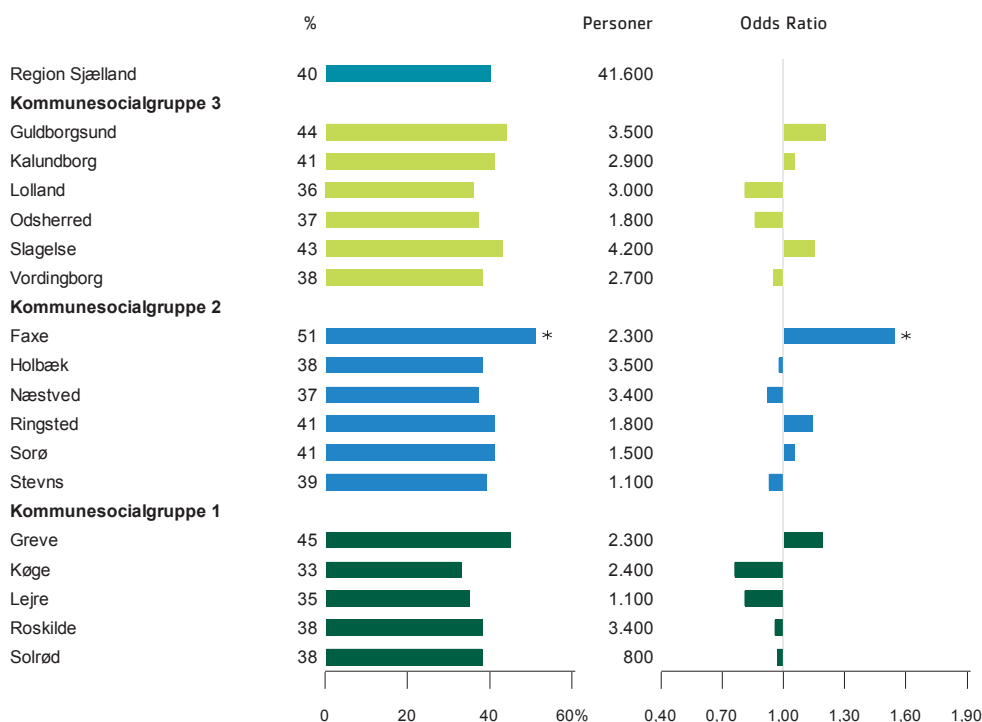
Uddannelse: Andelen af borgere, der har fået information eller hjælp til rygestop fra egen læge, er størst blandt borgere med lang videregående uddannelse, hvor halvdelen har fået hjælp.

Erhverv: Over halvdelen af langtidssyge, revalidender, kontanthjælpsmodtagere m.m. har fået information eller hjælp til rygestop fra egen læge.

Samliv: Andelen, der har fået hjælp fra egen læge, er større blandt enlige end blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, der har fået information om eller hjælp til rygestop fra egen læge, er uafhængig af etnisk baggrund.

Tabel 4.2.5 Borgere, som har fået information om eller har taget imod tilbud om rygestop fra deres egen læge inden for det seneste år, 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 information om eller hjælp til rygestop fra egen læge, varierer mellem 33 procent i Køge og 51 procent i Faxe, se tabel 4.2.5. Kun Faxe kommune adskiller sig signifikant fra regionsgennemsnittet, og forskellen er stadig signifikant, når der tages højde for køn og alder.

Afsnit 4.3 Sunde rammer for rygning

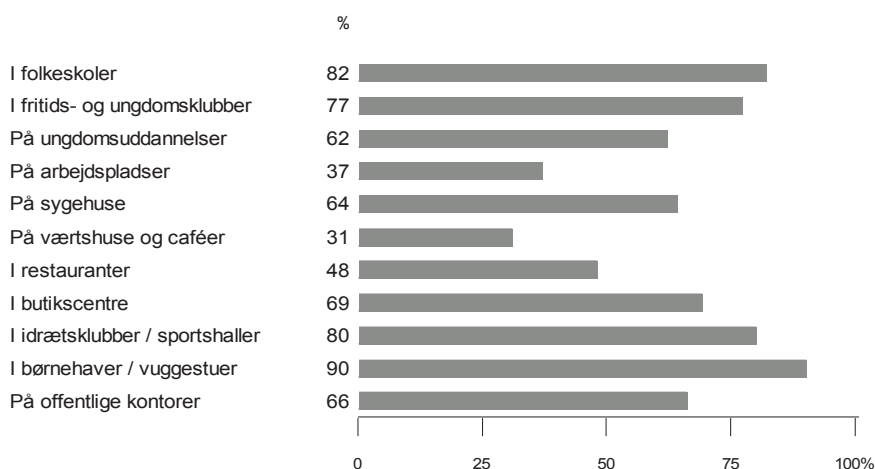
- 74 procent af borgerne går ind for rygeforbud på daginstitutioner, skolesteder og fritidsklubber
- 64 procent ønsker totalt rygeforbud på sygehuse, mens 35 procent går ind for begrænset tilladelse til at ryge på sygehuse
- De unge og de uddannelsessøgende er hyppigst imod rygeforbud

Dette afsnit fokuserer på de holdninger, som borgere har i forhold til begrænsning eller forbud mod rygning på forskellige steder, hvor mennesker opholder sig.

Holdninger til rygeforbud

Borgerne er spurgt ud om deres ønske om rygeforbud på udvalgte steder. Stederne fremgår af tabel 4.3.1

Tabel 4.3.1 Holdninger til rygeforbud forskellige steder



Borgernes ønske om rygeforbud afhænger af hvilket sted, der er tale om, og forekommer hyppigst på områder, hvor der børn og hyppigere jo mindre børn, der opholder sig det pågældende sted. Det fremgår således af tabel 4.3.1, at 90 procent af borgerne ønsker rygeforbud i vuggestuer og børnehaver. Andelen, der ønsker rygeforbud, falder herefter i takt med, at alderen stiger for de mennesker, som opholder sig på de forskellige steder. To tredjedele ønsker rygeforbud på sygehuse, godt en tredjedel ønsker rygeforbud på arbejdspladser, og knap en tredjedel ønsker rygeforbud på værtshuse og caféer.

Holdning til rygeforbud på steder med børn og ungdomsuddannelser

74 procent af borgerne i Region Sjælland ønsker rygeforbud på steder med børn, tabel 4.3.2. Det svarer til 472.200 personer. 62 procent, svarende til 393.800 personer ønsker rygeforbud på ungdomsuddannelser. På steder med børn er der generel enighed om rygeforbud på tværs af de opstillede kategorier.

Ungdomsuddannelser: Når det gælder rygeforbud på ungdomsuddannelser, er holdningerne delte. Flere kvinder end mænd ønsker rygeforbud. Andelen blandt de 16-24årige og blandt de uddannelsessøgende, der ønsker rygeforbud, er markant lavere i forhold til alle øvrige grupper, tabel 4.3.2.

Tabel 4.3.2 Holdninger til rygeforbud på skoler, institutioner, klubber for børn – og på ungdomsuddannelser

	% Steder med børn	Personer	% Ungdomsuddannelser	Personer
Region Sjælland	74	472.200	62	393.800
Køn				
Mand	72	227.100	60	188.300
Kvinde	76	245.100	64	205.500
Alder				
16-24 år	58	44.600	31	24.000
25-34 år	76	56.800	56	41.800
35-44 år	80	94.500	65	77.100
45-54 år	74	86.800	64	74.600
55-64 år	76	88.900	70	81.400
65-79 år	77	80.000	72	75.200
80+ år	77	20.600	72	19.700
Uddannelse				
Under uddannelse	57	28.900	32	15.900
Grundskole	70	53.400	60	46.100
Kort uddannelse	74	178.500	61	147.800
Kort videreg. uddannelse	79	54.500	66	45.500
Mellemlang videreg. uddannelse	81	92.700	71	81.100
Lang videreg. uddannelse	83	39.600	74	35.400
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	77	263.100	64	217.000
Arbejdsløs	69	16.100	51	11.900
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	67	9.000	51	7.000
Førtidspensionist	69	22.100	61	19.400
Pensionist	77	115.100	72	107.700
Samlevsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	72	98.300	61	83.400
Samlevende (blandt 25+ årige)	78	316.700	68	274.700
Etnisk baggrund				
Danmark	74	439.500	61	363.600
Andre vestlige lande	80	15.000	77	14.400
Ikke-vestlige lande	74	17.700	66	15.900

Holdning til rygeforbud på steder for sport, beværtninger og butikcentre

I Region Sjælland går 80 procent af borgerne, svarende til 507.000 personer, ind for rygeforbud i sportshaller, tabel 4.3.3. 30 procent går ind for rygeforbud på værtshuse, cafeer og restauranter – herefter benævnt beværtninger – svarende til 192.500 personer, og 69 procent ønsker rygeforbud i butikcentre. Det svarer til 437.400 personer.

Tabel 4.3.3 Holdninger til rygeforbud i idrætsklubber/ sportshaller, beværtninger samt butikcentre

	% Sportshaller	Personer	% Beværtninger	Personer	% Butikcentre	Personer
Region Sjælland	80	507.000	30	192.500	69	437.400
Køn						
Mand	77	241.900	28	86.800	65	206.200
Kvinde	82	265.100	33	105.700	72	231.200
Alder						
16-24 år	76	58.000	26	20.300	69	52.900
25-34 år	79	59.000	30	22.300	67	50.400
35-44 år	80	95.300	33	39.400	66	78.800
45-54 år	76	89.000	30	35.400	63	74.100
55-64 år	81	94.800	29	33.900	68	79.400
65-79 år	83	87.700	30	32.000	76	79.200
80+ år	85	23.400	34	9.200	83	22.600
Uddannelse						
Under uddannelse	76	38.200	27	13.600	69	34.900
Grundskole	77	59.400	25	19.500	69	52.900
Kort uddannelse	78	188.000	27	64.900	65	158.000
Kort videreg. uddannelse	82	56.600	31	21.300	69	47.400
Mellemlang videreg. uddannelse	84	96.500	37	42.000	74	84.400
Lang videreg. uddannelse	85	40.800	44	21.200	74	35.500
Erhvervstilknytning						
I beskæftigelse	79	270.700	32	109.200	67	228.200
Arbejdsløs	76	17.900	19	4.600	60	14.100
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	71	9.700	22	3.000	60	8.200
Førtidspensionist	75	23.800	22	7.200	61	19.400
Pensionist	84	126.100	31	46.200	76	113.700
Samlivsstatus						
Enlig (blandt 25+ årige)	76	105.000	26	35.400	66	90.300
Samlevende (blandt 25+ årige)	82	331.300	32	131.700	70	282.400
Etnisk baggrund						
Danmark	79	470.600	30	177.000	68	406.400
Andre vestlige lande	85	15.800	30	5.600	72	13.500
Ikke-vestlige lande	86	20.600	41	9.900	73	17.500

Sportshaller: Der er overvejende enighed på tværs af grupperne. Dog er andelen, der går ind for rygeforbud mindst blandt mænd, blandt unge og blandt uddannelsessøgende og højest blandt borgere med anden etnisk baggrund end dansk.

Beværtninger: Der er generelt mere delte holdninger til rygeforbud på beværtninger. Andelen, der går ind for rygeforbud, er højest blandt borgere med lang videregående uddannelse, og andelen stiger med stigende uddannelseslængde. Omvendt er der blandt førtidspensionisterne den laveste opbakning til rygeforbud på beværtninger. Andelen blandt samlevende er større end blandt enlige, og ligesom for sportshaller er andelen, der går ind for rygeforbud på beværtninger, højere blandt borgere med anden etnisk baggrund end dansk.

Butikcentre: Andelen, der går ind for rygeforbud, stiger med stigende alder og er højest blandt de 80+årige. Den laveste andel ses blandt arbejdsløse, førtidspensionister og langtidssyge, revalidender, kontanthjælpsmodtagere m.m. Andelen blandt samlevende er større end blandt enlige, og andelen, der går ind for rygeforbud i butikcentre, er højere blandt borgere med anden etnisk baggrund end dansk.

Holdning til rygning på sygehuse

I Region Sjælland ønsker 64 procent af borgerne, svarende til 408.100 personer, et totalt rygeforbud på sygehuse, tabel 4.3.4. 35 procent ønsker rygning tilladt på begrænsede områder, svarende til 225.200 personer.

Tabel 4.3.4 Holdninger til rygeforbud på sygehuse - begrænset til enkelte områder - og helt forbudt

	% Begrænset	Personer	% Helt forbudt	Personer
Region Sjælland	35	225.200	64	408.100
Køn				
Mand	35	109.600	64	202.900
Kvinde	36	115.500	64	205.300
Alder				
16-24 år	34	26.000	65	49.800
25-34 år	37	27.600	63	46.800
35-44 år	36	42.700	64	75.500
45-54 år	42	49.300	57	67.600
55-64 år	37	43.400	62	72.400
65-79 år	28	29.800	71	74.700
80+ år	23	6.300	77	21.300
Uddannelse				
Under uddannelse	33	16.800	66	33.300
Grundskole	37	28.800	61	47.400
Kort uddannelse	38	91.500	62	149.800
Kort videreg. uddannelse	37	25.500	63	43.200
Mellemlang videreg. uddannelse	34	38.700	66	76.000
Lang videreg. uddannelse	27	12.700	73	34.900
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	38	128.000	62	211.600
Arbejdsløs	39	9.200	61	14.400
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	47	6.400	52	7.100
Førtidspensionist	42	13.300	55	17.800
Pensionist	29	43.500	70	106.200
Samlivsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	38	52.800	61	84.200
Samlevende (blandt 25+ årige)	35	141.200	65	262.600
Etnisk baggrund				
Danmark	36	213.900	63	377.100
Andre vestlige lande	32	6.000	67	12.500
Ikke-vestlige lande	22	5.300	77	18.500

Rygebegrænsning på særlige områder: Andelen, der ønsker rygebegrænsning, er højest blandt langtidssyge, revalidender, kontanthjælpsmodtagere m.m.

Rygeforbud: Andelen, der går ind for rygeforbud på sygehuse, er højest blandt 80+årige samt blandt borgere af ikke-vestlig baggrund.

Holdning til rygeforbud på arbejdspladser

I Region Sjælland ønsker 61 procent af borgerne, svarende til 386.000 personer, rygning tilladt på begrænsede områder, mens 37 procent, svarende til 237.200 personer ønsker totalt rygeforbud på arbejdspladser, tabel 4.3.5.

Rygebegrænsning på særlige områder: Andelen, der ønsker rygebegrænsning, er højest blandt de 16-24årige og blandt uddannelsessøgende.

Rygeforbud: Andelen, der går ind for rygeforbud på arbejdspladser, er højere blandt kvinder end blandt mænd og blandt borgere af ikke-vestlig baggrund. Andelen stiger med stigende alder og stigende uddannelseslængde.

Tabel 4.3.5 Holdning til rygeforbud på arbejdspladsen (beskæftigede under 65 år)

	% Rygeområder	Personer	% Helt forbudt	Personer
Region Sjælland	61	386.000	37	237.200
Køn				
Mand	63	199.000	34	105.800
Kvinde	58	187.000	41	131.400
Alder				
16-24 år	71	54.700	24	18.400
25-34 år	64	48.400	33	25.100
35-44 år	59	70.500	39	46.700
45-54 år	61	72.100	37	43.700
55-64 år	58	68.000	40	46.400
65-79 år	55	57.800	42	44.600
80+ år	53	14.600	45	12.300
Uddannelse				
Under uddannelse	72	36.100	25	12.500
Grundskole	61	47.300	34	26.300
Kort uddannelse	65	157.900	33	78.900
Kort videreg. uddannelse	58	40.400	41	28.200
Mellemlang videreg. uddannelse	54	61.800	46	52.500
Lang videreg. uddannelse	47	22.400	52	25.100
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	60	206.200	38	130.900
Arbejdsløs	69	16.300	26	6.100
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	68	9.300	26	3.600
Førtidspensionist	62	19.600	33	10.600
Pensionist	56	84.400	42	63.000
Samlevsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	63	87.000	35	47.900
Samlevende (blandt 25+ årige)	58	236.000	40	163.600
Etnisk baggrund				
Danmark	61	364.100	37	217.900
Andre vestlige lande	55	10.200	43	8.100
Ikke-vestlige lande	49	11.700	47	11.300

Afsnit 4.4 Potentiale for borgernes nedsættelse af alkoholforbrug

- 22 procent af borgere, der har en risikabel alkoholadfærd, vil gerne nedsætte forbruget
- 25 procent har tidligere forsøgt at nedsætte forbruget
- 9,3 procent har fået information om eller fået tilbud om hjælp hos egen læge til at nedsætte alkoholforbruget

I kapitel 3 er beskrevet borgernes sundhedsadfærd i relation til alkohol samt deres motivation for ændring af adfærd. **Dette afsnit** fokuserer på borgere med risikabel alkoholadfærd, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, deres behov for støtte samt modtaget information eller tilbud om hjælp til nedsættelse af alkoholforbruget fra egen læge.

Ved risikabel alkoholadfærd forstås, at borgeren har en eller flere af følgende uhensigtsmæssige vaner:

- overskridelse af Sundhedsstyrelsens anbefalede genstandsgrænser på 14/21
- rusdrikkeri
- alkoholafhængighed

Se iøvrigt kapitel 3, s. 57

Datamaterialet i denne tabel bygger på relativt få besvarelser fra unge, for uddannelsessøgende samt for borgere af anden etnisk baggrund end dansk. Resultaterne kan derfor være behæftet med stor usikkerhed.

Ønske om nedsat forbrug nu samt tidligere forsøg på at nedsætte forbruget

I Region Sjælland ønsker 22 procent af borgerne med risikabel alkoholadfærd at nedsætte deres forbrug, hvilket svarer til 30.800 personer, se tabel 4.4.1. 25 procent – 33.700 personer - har tidligere forsøgt at nedsætte alkoholforbruget.

Tabel 4.4.1 Borgere med risikabel alkoholadfærd, som ønsker at nedsætte, eller som tidligere har forsøgt at nedsætte deres alkoholforbrug

	% Ønsker at nedsætte	Personer	% Har tidligere forsøgt	Personer
Region Sjælland	22	30.800	25	33.700
Køn				
Mand	21	19.500	25	23.000
Kvinde	25	11.300	24	10.700
Alder				
16-24 år	9	2.300	14	3.500
25-34 år	16	1.600	21	2.100
35-44 år	32	5.600	29	5.100
45-54 år	31	8.600	34	9.300
55-64 år	31	9.300	30	9.100
65-79 år	14	3.200	18	4.300
80+ år	-	-	-	-
Uddannelse				
Under uddannelse	10	1.600	13	2.000
Grundskole	23	3.300	31	4.500
Kort uddannelse	21	11.700	24	13.900
Kort videreg. uddannelse	21	2.400	23	2.500
Mellemlang videreg. uddannelse	33	7.100	29	6.400
Lang videreg. uddannelse	27	3.200	24	2.800
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	27	18.400	25	17.300
Arbejdsløs	27	1.700	38	2.400
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	34	800	41	1.000
Førtidspensionist	37	2.400	54	3.400
Pensionist	15	5.000	20	6.500
Samlivsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	28	8.300	36	10.600
Samlevende (blandt 25+ årige)	24	19.500	24	18.900
Etnisk baggrund				
Danmark	22	29.000	25	32.200
Andre vestlige lande	21	800	20	800
Ikke-vestlige lande	47	900	34	700
Nogen at tale med ved behov				
ja, ofte eller for det meste	21	23.600	22	25.200
ja, nogen gange	33	5.100	35	5.400
nej, aldrig eller næsten aldrig	25	1.600	36	2.400
Højt stressniveau				
Ja	29	7.600	39	10.100
Nej	21	23.000	21	23.300

- For få besvarelser til, at der kan gives resultater

Køn og alder: Flere kvinder end mænd ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, mens der ikke er forskel mellem kønnene på, hvor mange der tidligere har forsøgt at nedsætte forbruget. Ønsket om nedsættelse af alkoholforbruget er størst i aldersgruppen 35-64 år, og andelen, der tidligere har forsøgt, toppes med andelen på en tredjedel i 45-54 års-alderen.

Uddannelse: En tredjedel blandt borgere med mellemlang videregående uddannelse ønsker at nedsætte forbruget, og knap en tredjedel blandt borgere med grundskole alene og blandt borgere med mellemlang videregående uddannelse har tidligere forsøgt.

Erhverv: Både når det gælder ønsket om nedsættelse af forbruget og tidligere forsøg på nedsættelse, er forekomsten højere blandt førtidspensionister i forhold til alle former for erhvervstilknytning. Over en tredjedel ønsker aktuelt at nedsætte forbruget, og over halvdelen har tidligere forsøgt på dette.

Samliv: Både når det gælder ønsket om nedsættelse af forbruget og tidligere forsøg på nedsættelse, er forekomsten højere blandt enlige end blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Kun få har svaret på dette spørgsmål, og tolkning undlades derfor.

Nogen at tale med ved behov: Ønsket om at nedsætte alkoholforbruget ses hyppigst for borgere, der nogle gange har nogen at tale med, mens tidligere forsøg på nedsættelse af forbruget hyppigst ses blandt borgere, der næsten aldrig eller aldrig har nogen at tale med ved behov for støtte.

Højt stressniveau: Ønsket om at nedsætte alkoholforbruget såvel som tidligere forsøg er især udbredt hos borgere med højt stressniveau.

Tabel 4.4.2 Borgere med risikabel alkoholadfærd, som ønsker at nedsætte forbruget, kommuner



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

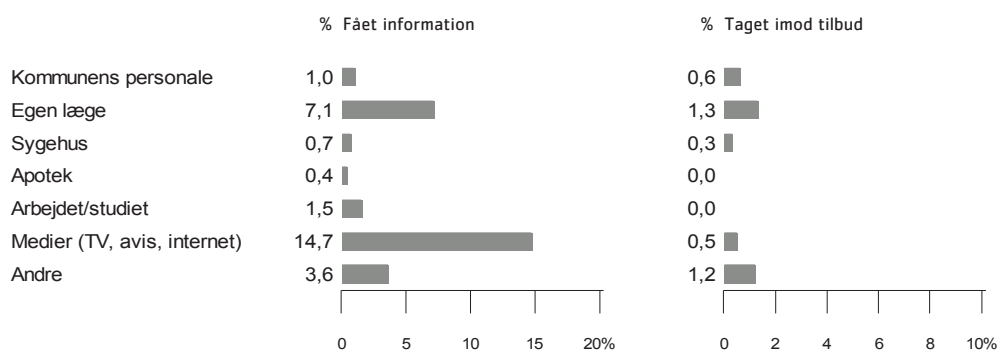
Kommunevariation: Andelen af borgere med risikabelt alkoholforbrug, der ønsker at nedsætte deres forbrug, varierer mellem 17 procent i Guldborgsund og 29 procent i Holbæk. Holbæk og Solrød kommuner adskiller sig signifikant fra regionsgennemsnittet, se tabel 4.4.2. Når der er taget højde for køn og alder, bevares denne forskel kun for Holbæk kommune.

Information og tilbud om hjælp til nedsættelse af alkoholforbrug

Borgerne er blevet spurgt, om de indenfor de seneste 12 måneder har fået information om mulighed for at få hjælp til at nedsætte deres alkoholforbrug, og om de har taget imod et tilbud, det vil sige har modtaget individuel vejledning eller deltaget i et kursus o.l.

I Region Sjælland får knapt 15 procent af borgerne deres information om mulighed for at få hjælp til at nedsætte deres alkoholforbrug fra medier som TV, avis eller internet, mens halvt så mange får denne form for information fra deres egen læge. Andelen, der har taget imod et alkoholbehandlingstilbud fra egen læge, er 1,3 procent, tabel 4.4.3.

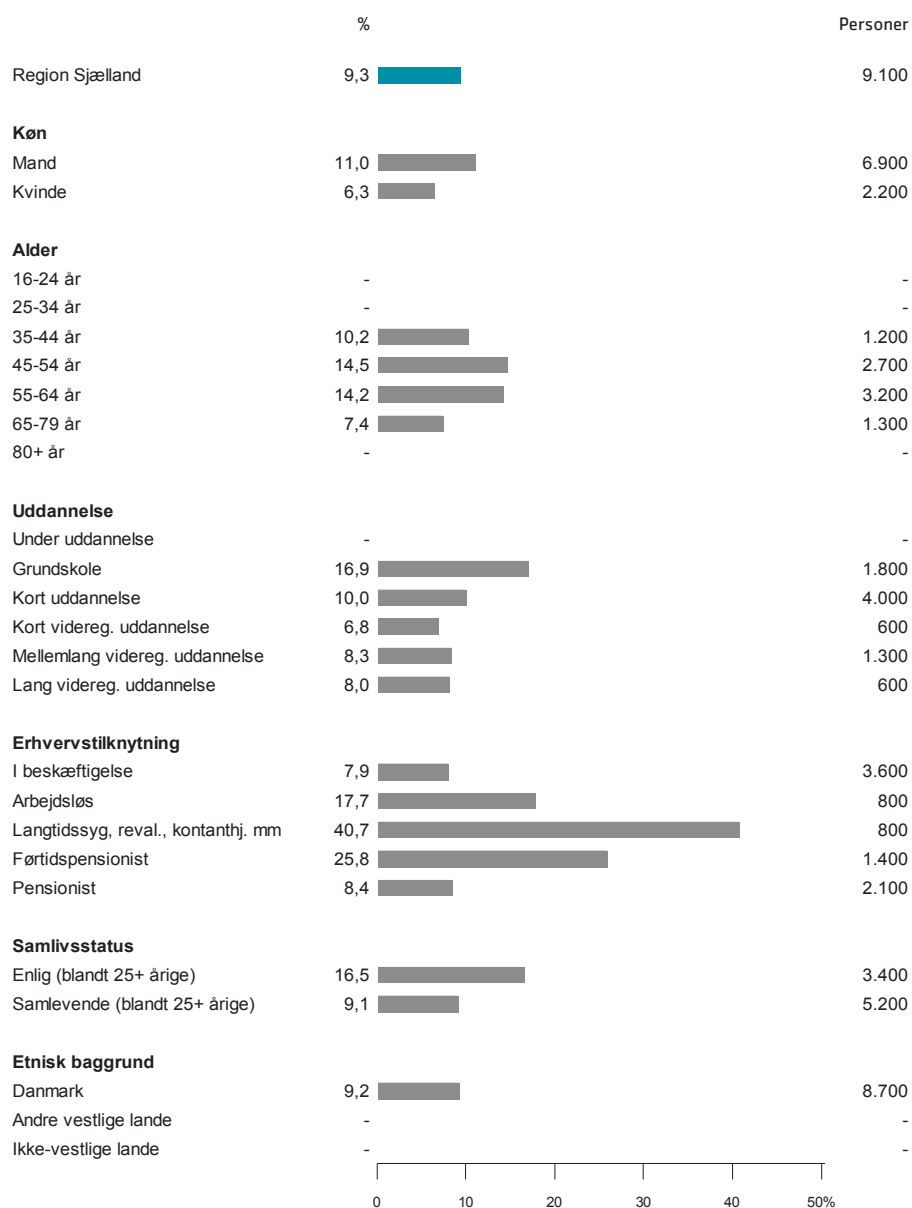
Tabel 4.4.3 Hvorfra har borgerne fået information om eller taget imod tilbud om hjælp til ændring af alkoholvaner inden for det seneste år?



Borgere, der har fået hjælp til nedsættelse af alkoholforbruget fra egen læge

I Region Sjælland har 9,3 procent af borgerne fået information om mulighed for at få hjælp eller taget imod tilbud om hjælp til nedsættelse af alkoholforbruget fra egen læge, se tabel 4.4.4. Det svarer til 9.100 personer.

Tabel 4.4.4 Borgere, som inden for det seneste år har fået information om eller taget imod tilbud om hjælp fra egen læge til ændring af alkoholvaner



- For få besvarelser til, at der kan gives resultater

Køn og alder: Næsten dobbelt så mange mænd som kvinder har fra egen læge fået information eller hjælp til nedsættelse af alkoholforbruget, og forekomsten ses hyppigst hos borgere i alderen 45-64 år.

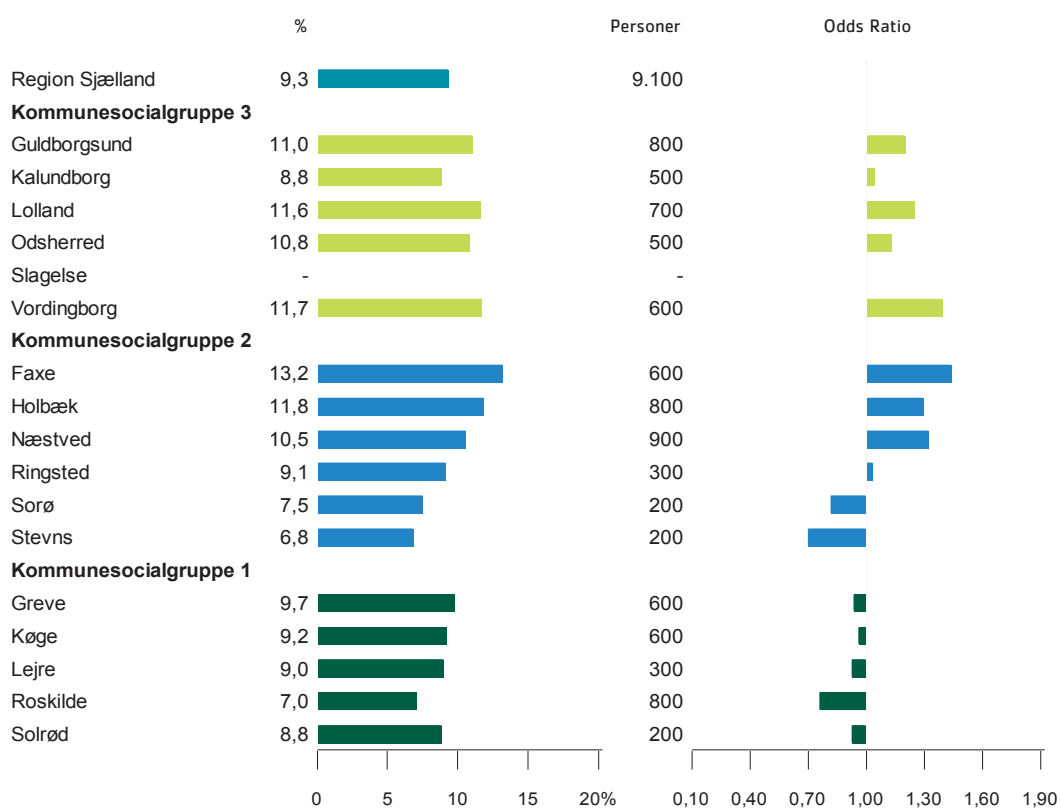
Uddannelse: Andelen af borgere med grundskole, der har fået information eller hjælp til nedsættelse af alkoholforbruget fra egen læge, er ca. 17 procent, hvilket er dobbelt så mange som andelen af med borgere med lang videregående uddannelse.

Erhverv: Gruppen af langtidssyge, revalidender, kontanthjælpsmodtagere m.m. modtager hyppigst information eller hjælp til nedsættelse af alkoholforbruget fra egen læge.

Samliv: Andelen af borgere, der har fået information eller hjælp til nedsættelse af alkoholforbruget fra egen læge, er større blandt enlige end blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Der er for få besvarelser til at betydningen af etnisk baggrund kan beskrives.

Tabel 4.4.5 Borgere, som har fået information om eller har taget imod tilbud om hjælp til ændring af alkoholvaner fra egen læge inden for det seneste år, kommuner



* 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: Andelen af borgere, der har fået information eller hjælp til nedsættelse af alkoholforbruget fra egen læge, varierer mellem 7 procent i Roskilde, hvilket er signifikant forskelligt fra regionsgennemsnittet, og godt 13 procent i Faxe, se tabel 4.4.5. Når der er taget højde for køn og alder, adskiller ingen kommuner sig signifikant fra gennemsnittet.

Afsnit 4.5 Alkohol og sunde rammer

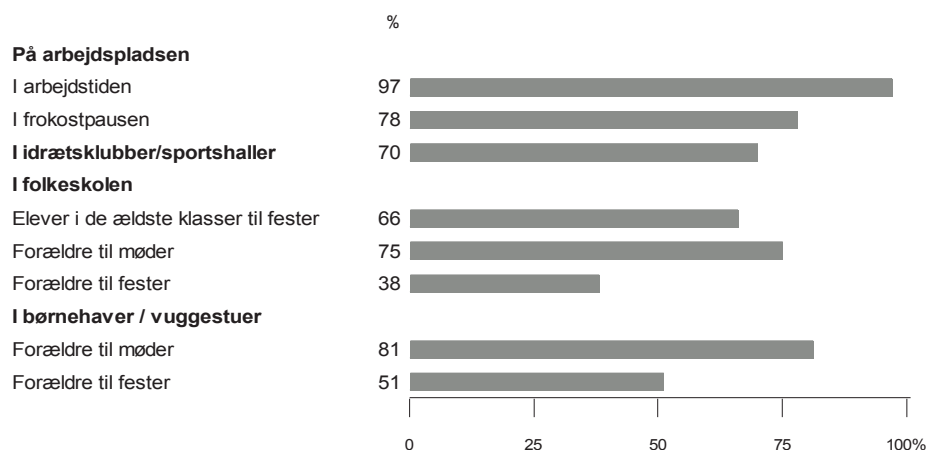
- 79 procent af borgerne går ind for alkoholforbud på arbejdspladser
- 70 procent går ind for alkoholforbud i sportshaller og idrætsklubber
- 33 procent går ind for alkoholforbud i skoler og daginstitutioner

Dette afsnit fokuserer på de holdninger, som borgere har i forhold til begrænsning eller forbud af alkohol på forskellige steder, hvor mennesker opholder sig.

Holdning til alkoholforbud

Borgerne er spurgt ud om deres ønske om alkoholforbud i forbindelse med forskellige aktiviteter på udvalgte steder. Steder og aktiviteter fremgår af tabel 4.5.1

Tabel 4.5.1 Holdning til alkoholforbud forskellige steder



Borgernes ønske om alkoholforbud varierer mere efter, hvad der foregår de enkelte steder end stedet i sig selv. Flere borgere går ind for alkoholforbud i situationer, hvor voksne arbejder, holder møder, eller dyrker sport, end når det drejer sig om voksnes eller unges deltagelse i fest. Det fremgår af tabel, 4.5.1, at 97 procent af borgerne ønsker alkoholforbud på arbejdspladsen i arbejdstiden, mens lidt færre ønsker alkoholforbud i frokostpausen. Næsthøjeste andel på 81 procent af borgerne ønsker alkoholforbud blandt forældre til møder i vuggestuer og børnehaver, mens færrest ønsker alkoholforbud for forældre til fester i folkeskolen.

Holdninger til alkoholforbud på skoler eller institutioner for børn, i sportshaller og på arbejdspladser

I Region Sjælland mener 33 procent af borgerne, svarende til 204.800 personer, at der skal være alkoholforbud for forældre eller unge ved møder og fester i skoler eller institutioner for børn, tabel 4.5.2. Når der drejer sig om alkoholforbud på steder, hvor der dyrkes sport, og på arbejdspladser, er der ønske om forbud hos henholdsvis 70 og 79 procent af borgerne, hvilket svarer til henholdsvis 438.700 og 494.700 personer.

Tabel 4.5.2 Holdninger til alkoholforbud på skoler/ institutioner for børn, på idrætsklubber/ i sportshaller og på arbejdspladser

	% Steder m. børn	Personer	% Sportshal	Personer	% Arbejdsplads	Personer
Region Sjælland	33	204.800	70	438.700	79	494.700
Køn						
Mand	31	97.400	61	188.600	70	216.100
Kvinde	34	107.400	79	250.100	88	278.500
Alder						
16-24 år	28	21.000	61	46.600	88	67.200
25-34 år	40	29.800	56	41.800	85	63.600
35-44 år	38	44.800	65	76.900	87	102.100
45-54 år	34	39.100	68	78.600	82	95.200
55-64 år	31	35.800	76	86.300	77	87.400
65-79 år	27	26.800	82	84.700	64	64.400
80+ år	31	7.500	92	24.000	58	14.800
Uddannelse						
Under uddannelse	27	13.500	64	32.000	89	44.800
Grundskole	32	23.700	79	59.700	69	50.900
Kort uddannelse	32	75.300	66	156.200	74	176.200
Kort videreg. uddannelse	34	23.000	74	50.600	85	58.300
Mellemlang videreg. uddannelse	37	41.600	73	82.500	87	99.400
Lang videreg. uddannelse	33	15.600	66	31.300	84	39.900
Erhvervstilknytning						
I beskæftigelse	35	117.800	64	216.000	84	283.200
Arbejdsløs	39	9.100	68	15.900	80	18.900
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	35	4.700	75	10.000	86	11.300
Førtidspensionist	38	11.600	82	25.300	75	23.100
Pensionist	28	39.700	83	121.800	65	93.300
Samlevsstatus						
Enlig (blandt 25+ årige)	34	45.200	75	101.300	75	100.200
Samlevende (blandt 25+ årige)	33	133.200	70	278.600	79	315.900
Etnisk baggrund						
Danmark	32	185.800	69	402.800	78	457.700
Andre vestlige lande	44	8.000	81	15.000	86	15.900
Ikke-vestlige lande	48	11.000	89	21.000	90	21.100

Køn og alder: Der er ingen kønsforskel i holdningen, når det drejer sig om alkoholforbud for forældre eller unge ved møder og fester i skoler og børneinstitutioner. Derimod ønskes alkoholforbud på sportshaller og arbejdspladser markant oftere blandt kvinder end blandt mænd. Under en tredjedel af de 16-24årige kan gå ind for alkoholforbud på skoler og børneinstitutioner. Til gengæld går næsten to tredjedele i denne aldersgruppe ind for alkoholforbud i sportshaller, og næsten 90 procent går ind for alkoholforbud på arbejdspladser.

Uddannelse: Under en tredjedel af de uddannelsessøgende kan gå ind for alkoholforbud på skoler og børneinstitutioner.

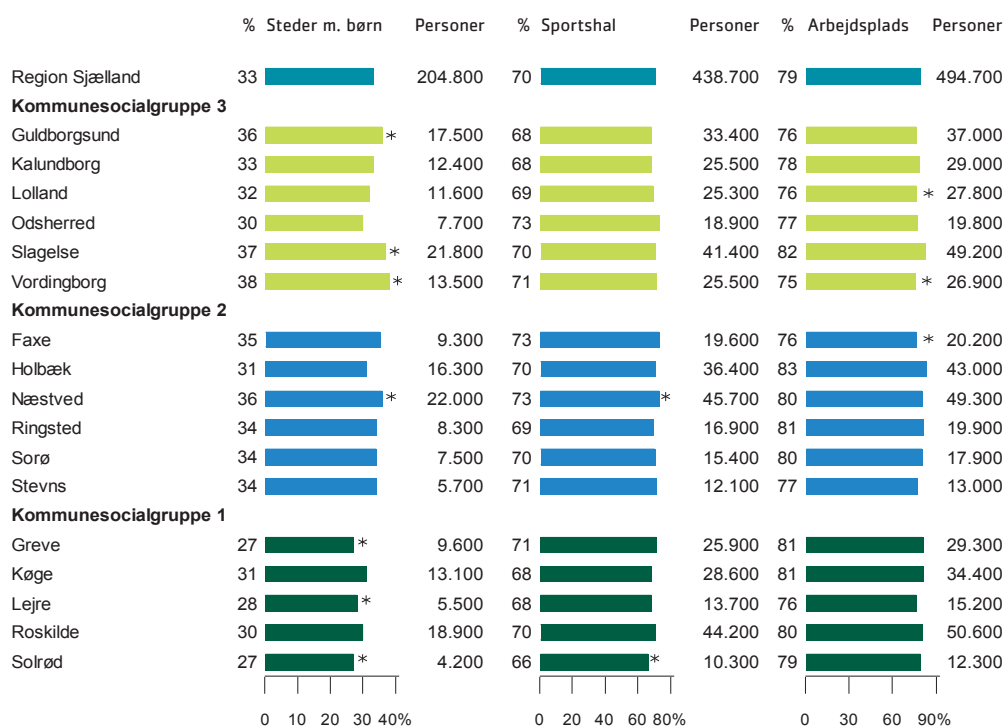
Ønsket om alkoholforbud i sportshaller ses hyppigst blandt borgere med grundskole alene, men når det gælder ønsket om alkoholforbud på arbejdspladsen, forekommer det mest sjældent i denne gruppe borgere.

Erhverv: Andelen af borgere, der ønsker alkoholforbud i sportshaller, er lavere blandt borgere i beskæftigelse end blandt borgere uden erhvervstilknytning.

Samliv: Ønsket om alkoholforbud i sportshaller forekommer oftere blandt enlige end blandt samlevende, men når det gælder arbejdspladser, forholder det sig omvendt.

Etnisk baggrund: Det gælder for ønsket om alkoholforbud alle de tre steder, at det er mere udbredt blandt såvel borgere af ikke-vestlig som anden vestlig baggrund end dansk end blandt borgere med dansk baggrund.

Tabel 4.5.3 Holdninger til alkoholforbud i skoler/ institutioner for børn, på idrætsklubber/ sportshaller og på arbejdspladser, kommuner



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

Kommunevariation: Andelen af borgere, der ønsker alkoholforbud på skoler og børneinstitutioner, varierer mellem 27 procent i Greve og Solrød og 38 procent i Vordingborg. Alle disse, samt flere andre kommuner adskiller sig signifikant fra regionsgennemsnittet, se tabel 4.5.3. Her ses tegn på en social gradient, da andelen af borgere, der ønsker alkoholforbud, er større i kommunerne fra kommunesocialgruppe 3 sammenlignet med kommunerne fra gruppe 1.

Andelen af borgere, der ønsker alkoholforbud i sportshaller, varierer mellem 66 procent i Solrød og 73 procent i Næstved, begge kommuner adskiller sig signifikant fra regionsgennemsnittet. Andelen af borgere, der ønsker alkoholforbud på arbejdspladser, varierer mellem 75 procent i Vordingborg og 83 procent i Holbæk. Begge kommuner adskiller sig signifikant fra regionsgennemsnittet.

Afsnit 4.6 Potentiale for ændrede motionsvaner

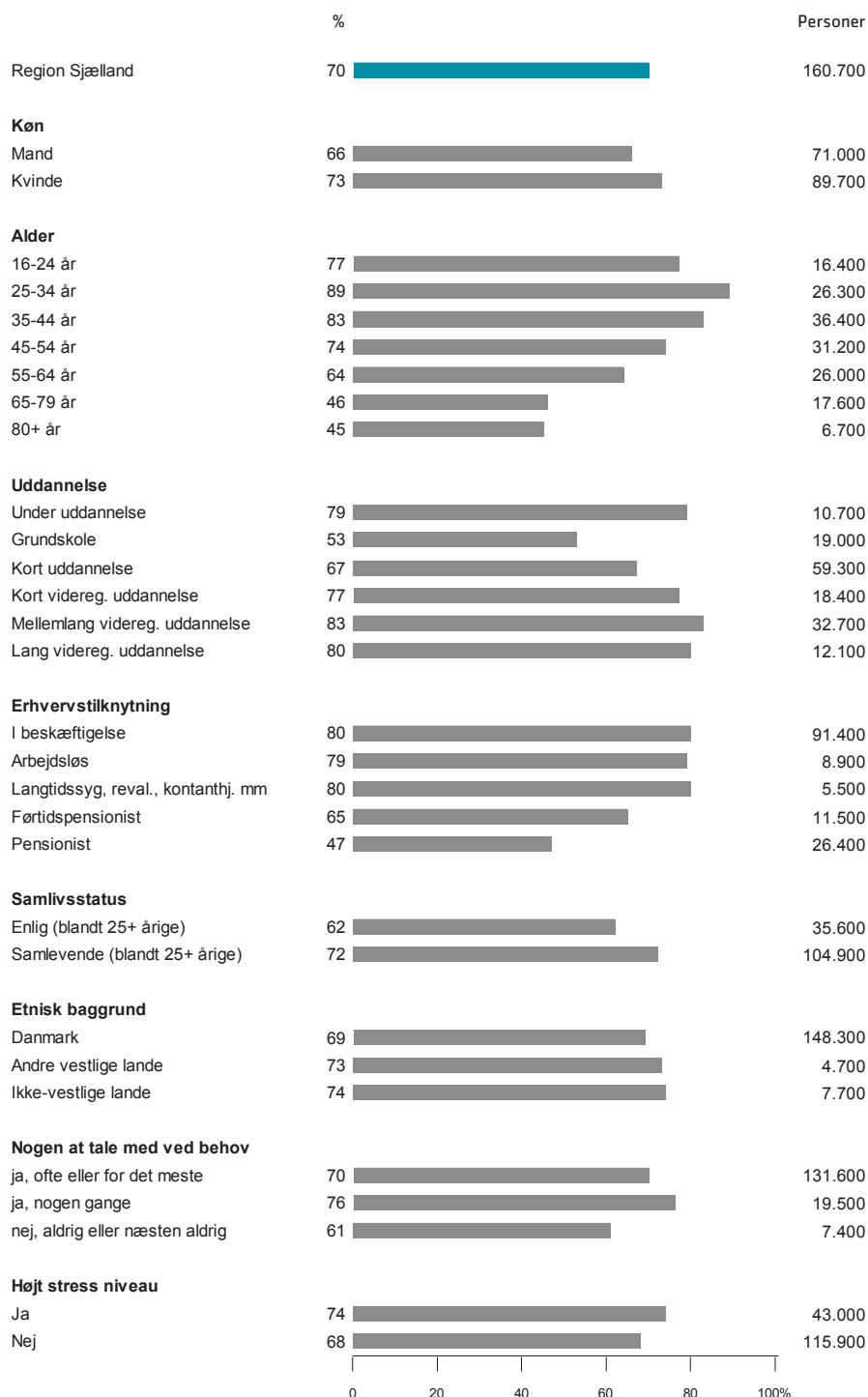
- 70 procent af de borgere, der er fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen, vil gerne være mere fysisk aktive
- 17 procent af de fysisk inaktive har fået information eller har taget i mod tilbud om hjælp til ændring af motionsvaner fra deres egen læge

I kapitel 3 er beskrevet borgernes sundhedsadfærd i relation til fysisk aktivitet samt deres motivation til ændring af adfærd. Anbefalingerne er at være fysisk aktiv af moderat intensitet mindst 30 minutter om dagen. Er en person aktiv mindre end 30 minutter om dagen, benævnes personen fysisk inaktiv. **Dette afsnit** fokuserer på borgere, som er fysisk inaktive, og som gerne vil dyrke mere motion.

Ønske om ændring af motionsvaner

I Region Sjælland vil 70 procent af borgerne, som er fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen, gerne være mere aktive, se tabel 4.6.1. Dette svarer til 106.700 personer.

Tabel 4.6.1 Borgere, der ikke er fysisk aktive mindst 30 min. om dagen, og som ønsker at ændre motionsvaner



Køn og alder: Der er flere fysisk inaktive kvinder end mænd, som ønsker at være mere fysisk aktive. Andelen, der gerne vil være mere fysisk aktive, er størst blandt de 25-34årige – 89 procent. Herefter falder andelen, der gerne vil være mere aktive, med stigende alder indtil 79 år.

Uddannelse: Fysisk inaktives ønske om at være mere fysisk aktive er generelt

meget udbredt blandt uddannelsessøgende og blandt borgere med videregående uddannelser, hvor andelen er på ca. 80 procent. Blandt borgere med grundskole alene ønsker halvdelen at være mere fysisk aktiv.

Erhverv: Fysisk inaktives ønske om at være mere fysisk aktive er generelt meget udbredt blandt beskæftigede, blandt arbejdsløse og blandt langtidssyge, revaliderende, kontanthjælpsmodtagere m.m., hvor alle andele er på 80 procent. Andelen er lavest blandt fysisk inaktive pensionister. Her vil knap halvdelen gerne være mere fysisk aktiv.

Samliv: Fysisk inaktives ønske om at være mere fysisk aktive er større blandt samlevende end blandt enlige.

Etnisk baggrund: Andelen af fysisk inaktive borgere, som gerne vil være mere aktive, er større blandt borgere med anden etnisk baggrund end dansk.

Nogen at tale med ved behov: Fysisk inaktives ønske om at være mere fysisk aktive, er mere udbredt blandt borgere, der næsten aldrig eller aldrig har nogen at tale med ved behov for støtte, end blandt borgere, som ofte eller for det meste, har nogen at tale med.

Højt stressniveau: 74 procent af fysisk inaktive borgere med højt stressniveau ønsker at være mere fysisk aktive, hvilket er hyppigere forekomst end blandt borgere uden højt stressniveau.

Tabel 4.6.2 Borgere, der ikke er fysisk aktive mindst 30 min. om dagen, og som ønsker at ændre motionsvaner, kommuner



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

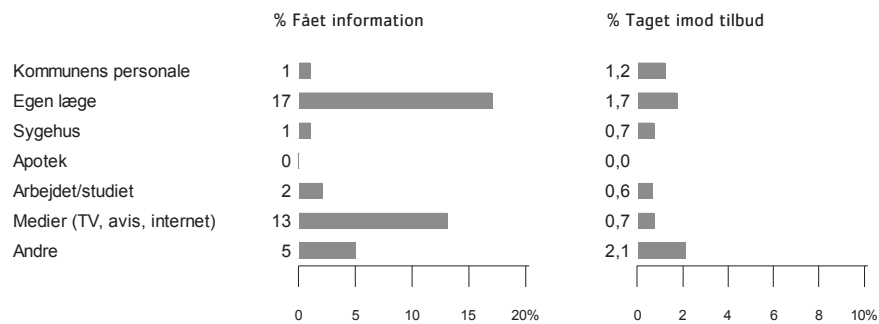
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Andelen af borgere, der er fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen, og som gerne vil være mere aktive, varierer mellem 62 procent i Kalundborg og 76 procent i Greve, se tabel 4.6.2. Begge kommuner – samt flere andre kommuner – adskiller sig signifikant fra regionsgennemsnittet. Her ses en tydelig social gradient, da andelen af fysisk inaktive borgere, der gerne vil være mere aktive, er mindre i kommunerne fra kommunesocialgruppe 3 sammenlignet med kommunerne fra gruppe 1. Den sociale gradient er bevaret, når der er taget højde for køn og alder.

Information og tilbud om hjælp til ændring af motionsvaner

I Region Sjælland får 17 procent af borgerne deres information om mulighederne for at få hjælp til at ændre motionsvaner fra deres egen læge eller – lidt mindre hyppigt - fra medier som TV, avis eller internet. Andelen, der har taget imod et tilbud fra egen læge om hjælp til ændring af motionsvaner, er 1,7 procent, tabel 4.6.3.

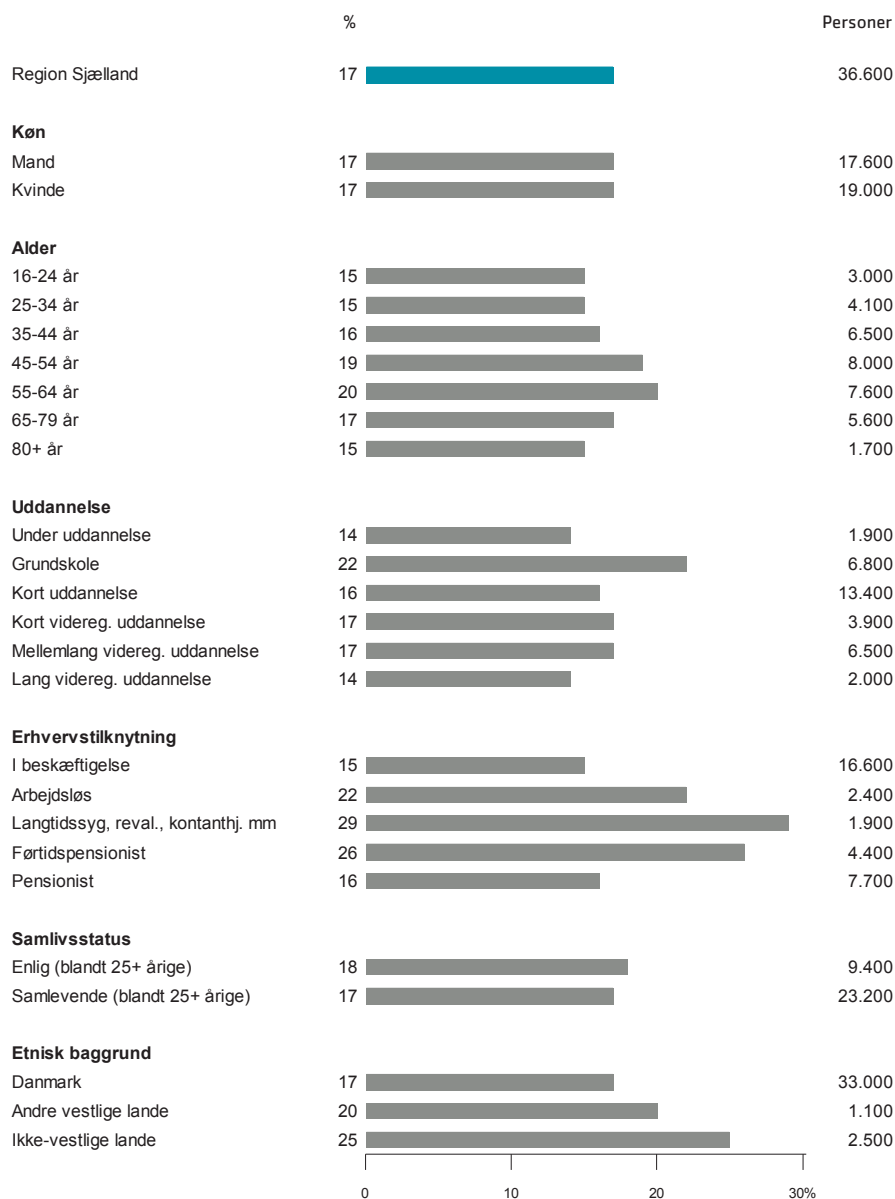
Tabel 4.6.3 Hvorfra har borgerne fået information om eller taget imod tilbud om hjælp til ændring af motionsvaner inden for det seneste år



Information og tilbud hos egen læge

I Region Sjælland har 17 procent af borgerne, som er fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen, fået information om eller har taget imod tilbud om hjælp til ændring af motionsvaner fra deres egen læge inden for det seneste år, se tabel 4.6.4. Det svarer til 36.600 personer.

Tabel 4.6.4 Borgere, som har fået information om eller taget imod tilbud om hjælp til ændring af motionsvaner fra deres egen læge inden for det seneste år



Køn og alder: Der er ingen forskel på andelen af fysisk inaktive mænd og kvinder, der har fået information eller hjælp til ændring af motionsvaner fra egen læge. Andelen, der har fået information eller hjælp fra egen læge, stiger indtil 45-64 år, hvor andelen er 20 procent. Herefter falder andelen med stigende alder.

Uddannelse: Andelen af fysisk inaktive borgere med grundskole alene, der har fået information eller hjælp til ændring af motionsvaner fra egen læge er 22 procent, hvilket er hyppigere end blandt borgere i alle øvrige uddannelseskategorier.

Erhverv: Andelen af fysisk inaktive borgere, der er langtidssyge, revalidender, kontanthjælpsmodtagere m.m., der har fået information eller hjælp til ændring af motionsvaner fra egen læge, er 30 procent. Dette er dobbelt så høj forekomst som blandt beskæftigede og pensionister.

Samliv: Der er ingen forskel på borgernes samlivsstatus i forhold til at modtage information eller hjælp fra egen læge om ændring af motionsvaner for fysisk inaktive.

Etnisk baggrund: Andelen af fysisk inaktive borgere, der har fået information eller hjælp til ændring af motionsvaner fra egen læge, er markant større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund end blandt borgere med dansk baggrund.

Tabel 4.6.5 Borgere, som har fået information om eller taget imod tilbud om hjælp til ændring af motionsvaner fra deres egen læge inden for det seneste år, 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 information eller hjælp til ændring af motionsvaner fra egen læge varierer fra 14 procent i Guldborgsund og Holbæk til 22 procent i Faxe og Køge, se tabel 4.6.5. Det er kun andelen af borgere fra Køge, som er signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet. Når der tages højde for køn og alder, er Køge kommunes andel fortsat signifikant over gennemsnittet.

Afsnit 4.7 Potentiale for sundere madvaner

- 53 procent af de borgere, der spiser usund mad, vil gerne spise sundere
- 10 procent af borgerne har fået information om eller hjælp til ændring af usunde madvaner fra egen læge
- 65 procent går ind for forbud mod salg af sodavand på skoler, skolefritidsordninger og fritidsklubber

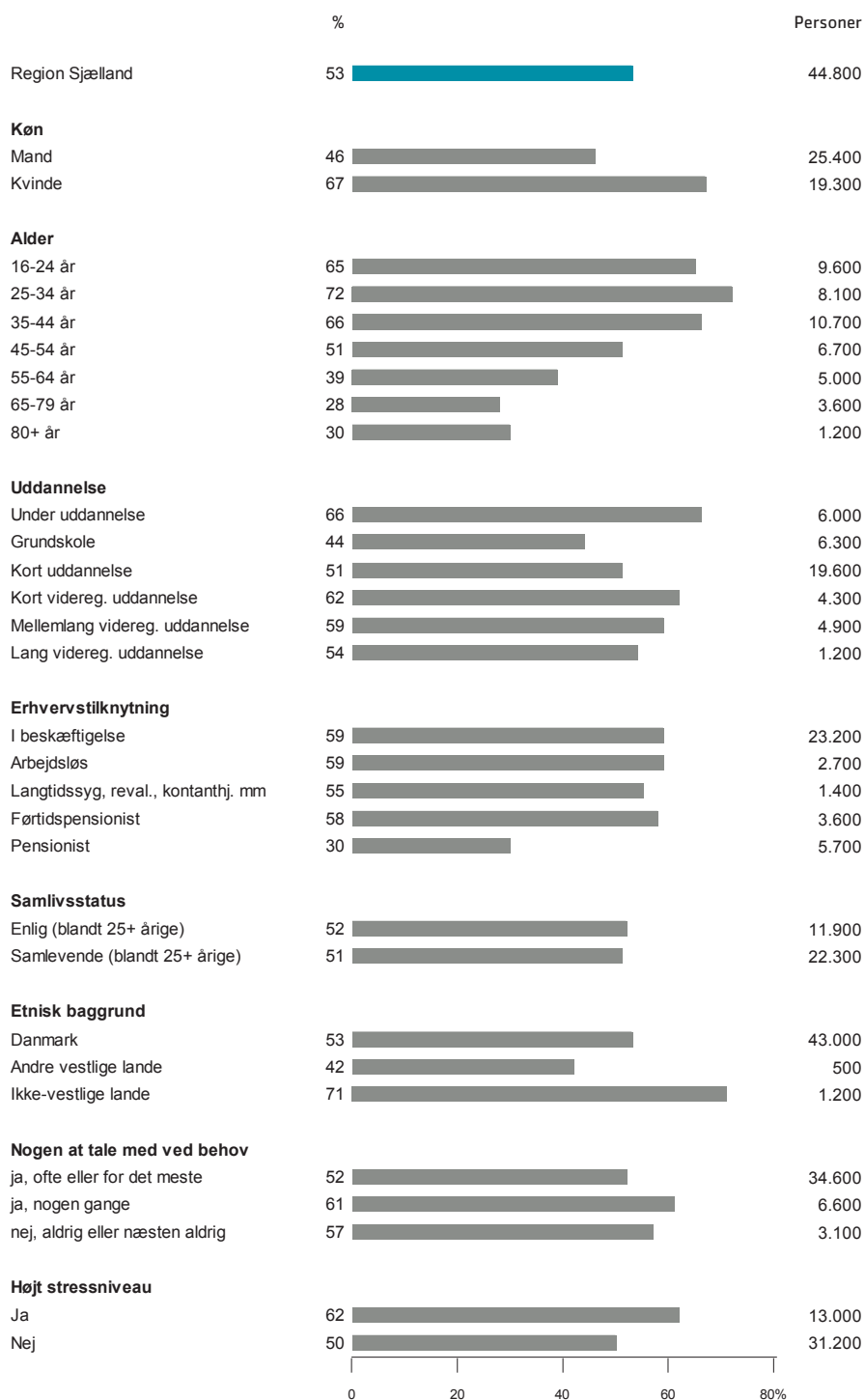
I kapitel 3.4 er beskrevet borgernes sundhedsadfærd i relation til madvaner samt deres motivation til ændring af adfærd. En person siges med reference til Sundhedsstyrelsens anbefalinger at have usunde madvaner, hvis personen generelt spiser mad med meget lavt indhold af frugt, grønt og fisk og med et højt indhold af mættet fedt.

Dette afsnit fokuserer på borgere med usunde madvaner, som ønsker at spise sundere.

Ønsker sundere madvaner

I Region Sjælland ønsker 53 procent af borgerne, som har usunde madvaner, at få sundere madvaner se tabel 4.7.1. Det svarer til 44.800 personer.

Tabel 4.7.1 Borgere, der ønsker sundere madvaner



Køn og alder: Markant flere med usunde madvaner blandt kvinder end blandt mænd ønsker at spise sundere mad. Ønsket om at spise sundere er mest udbredt blandt de 16-44årige, hvor andelen er to tredjedele. Herefter falder andelen med stigende alder indtil 79 år, hvor andelen er mindre end en tredjedel.

Uddannelse: To tredjedele af borgere under uddannelse, som har usunde madvaner, ønsker at spise sundere mad. Denne forekomst er markant højere end blandt borgere med grundskole alene, hvor andelen er 51 procent.

Erhverv: Under en tredjedel af pensionister med usunde madvaner ønsker at spise sundere mad. Dette er markant lavere end borgere inden for alle øvrige erhvervstilknytninger.

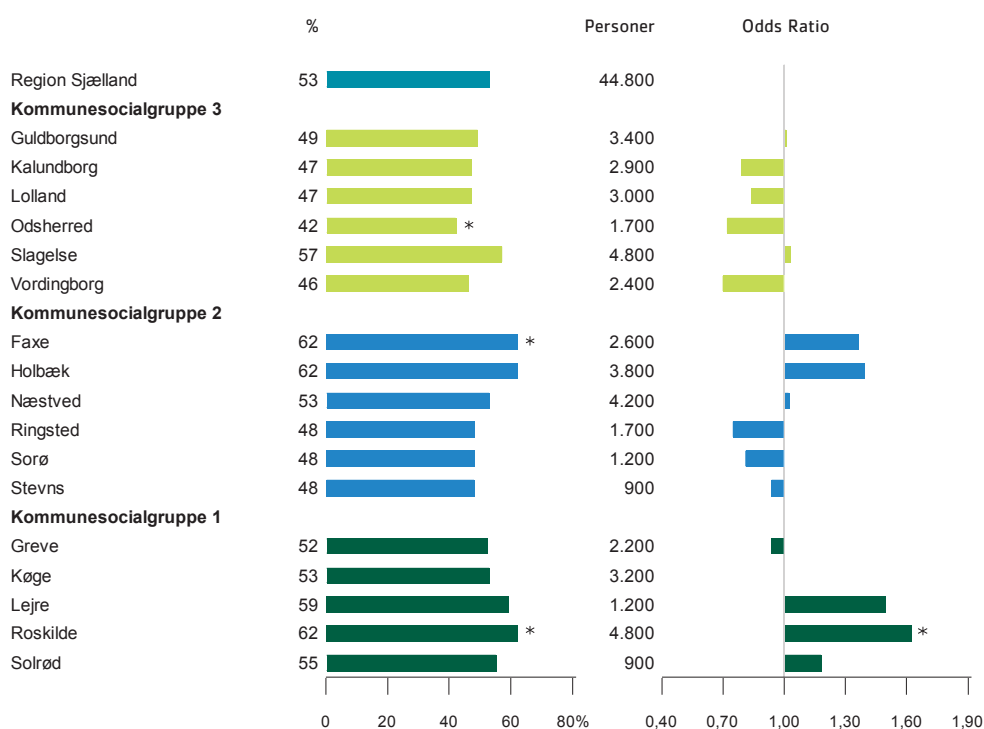
Samliv: Der er ingen forskel på grupperne af borgere med usunde madvaner, der ønsker at spise sundere, set i forhold til samlivsstatus.

Etnisk baggrund: Over to tredjedele af borgere med ikke-vestlig baggrund, som har usunde madvaner, vil gerne spise mere sundt. Dette er en markant højere andel end blandt både borgere med anden vestlig og borgere med dansk baggrund.

Nogen at tale med ved behov: Borgere med usunde madvaners ønske om at spise mere sund mad, er mere udbredt blandt borgere, der nogle gange har nogen at tale med ved behov for støtte, end blandt borgere, som ofte eller for det meste, har nogen at tale med.

Højt stressniveau: Over 60 procent af borgerne med et højt stressniveau, som har usunde madvaner, ønsker at spise mere sund mad, hvilket er hyppigere forekomst end blandt borgere med lavt stressniveau.

Tabel 4.7.2 Borgere, der ønsker sundere madvaner, kommuner



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

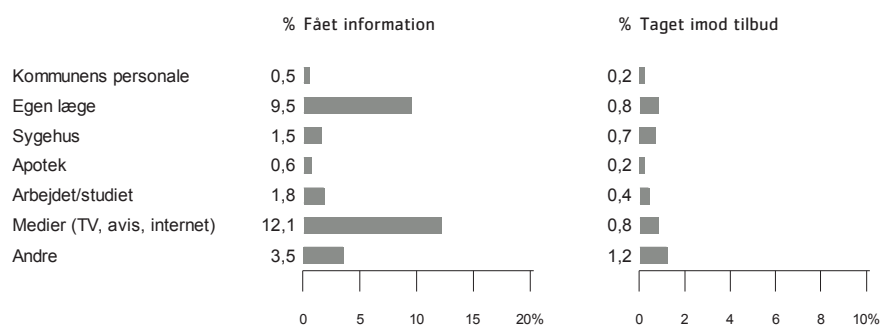
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Andelen af borgere med usunde madvaner, som ønsker at spise mere sund mad, varierer mellem 42 procent i Odsherred, hvilket er signifikant lavere end regionsgennemsnittet, og 62 procent i Holbæk, Faxe og Roskilde, hvor den sidste kommunes andel er signifikant højere end gennemsnittet – også når der er taget højde for køn og alder, se tabel 4.7.2.

Information og tilbud om hjælp til ændring af madvaner

I Region Sjælland får 12 procent af borgerne deres information om mulighed for at få hjælp til at ændre motionsvaner fra medier som TV, avis eller internet, og knap 10 procent får informationen fra egen læge. Andelen, der har taget imod et tilbud om hjælp til ændring af madvaner fra egen læge, er under 1 procent, tabel 4.7.3.

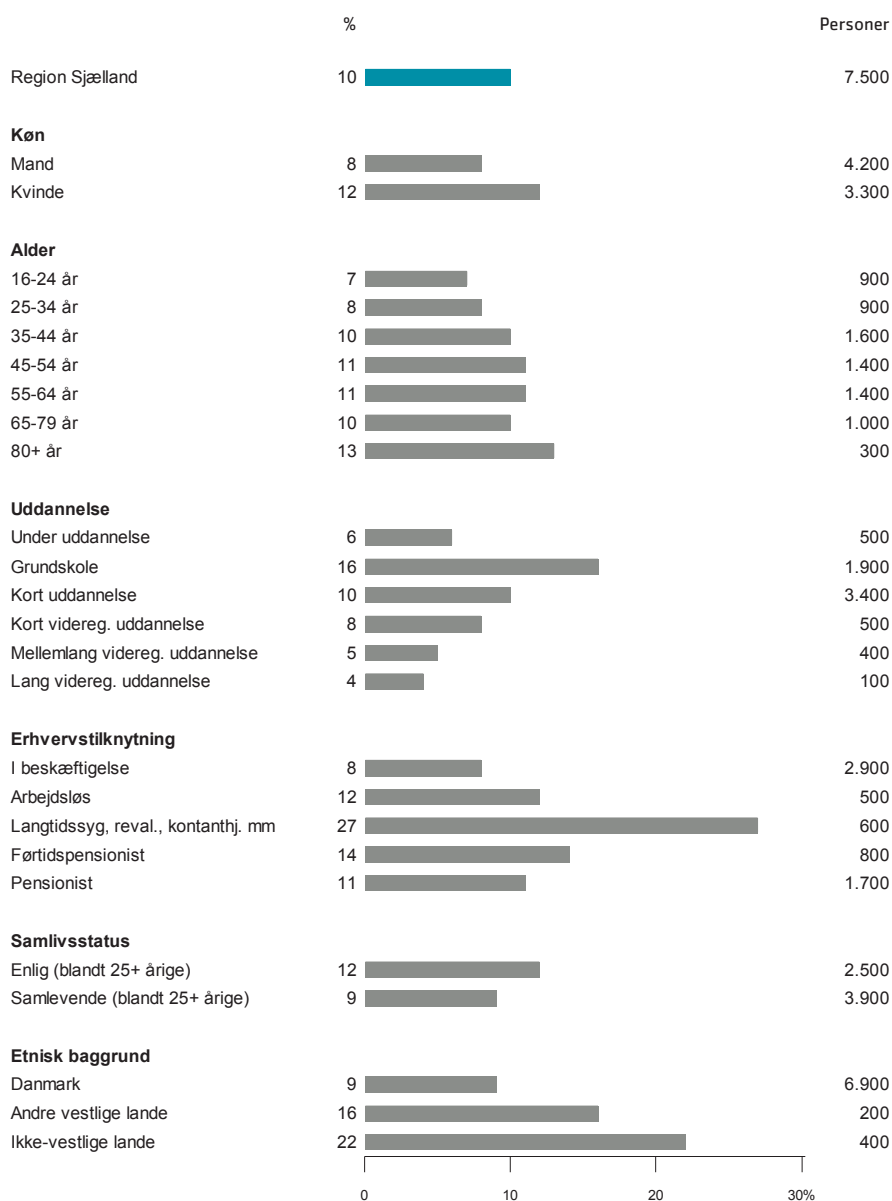
Tabel 4.7.3 Hvorfra har borgerne fået information om eller taget imod tilbud om ændring af usunde madvaner inden for det seneste år



Information og tilbud hos egen læge

Tabel 4.7.4 viser, at 10 procent af borgerne i Region Sjælland, svarende til 7.500 personer, har fået information eller har modtaget et tilbud om hjælp til at ændre madvaner hos egen læge.

Tabel 4.7.4 Borgere, som har fået information om eller taget imod tilbud om hjælp til ændring af usunde madvaner fra deres egen læge inden for det seneste år



Køn og alder: Forekomsten af borgere, der har fået information om eller modtaget tilbud om hjælp til ændring af usunde madvaner hos egen læge, ses hyppigere blandt kvinder end blandt mænd, og forekomsten stiger med stigende alder.

Uddannelse: Andelen af borgere med grundskole alene, som har modtaget information eller tilbud om hjælp til ændring af usunde madvaner, er højere end blandt alle øvrige uddannelseskategorier. Der ses en tydelig socialt betinget variation i forekomsten af borgere, der har modtaget information eller tilbud om hjælp, da andelen falder med stigende uddannelseslængde.

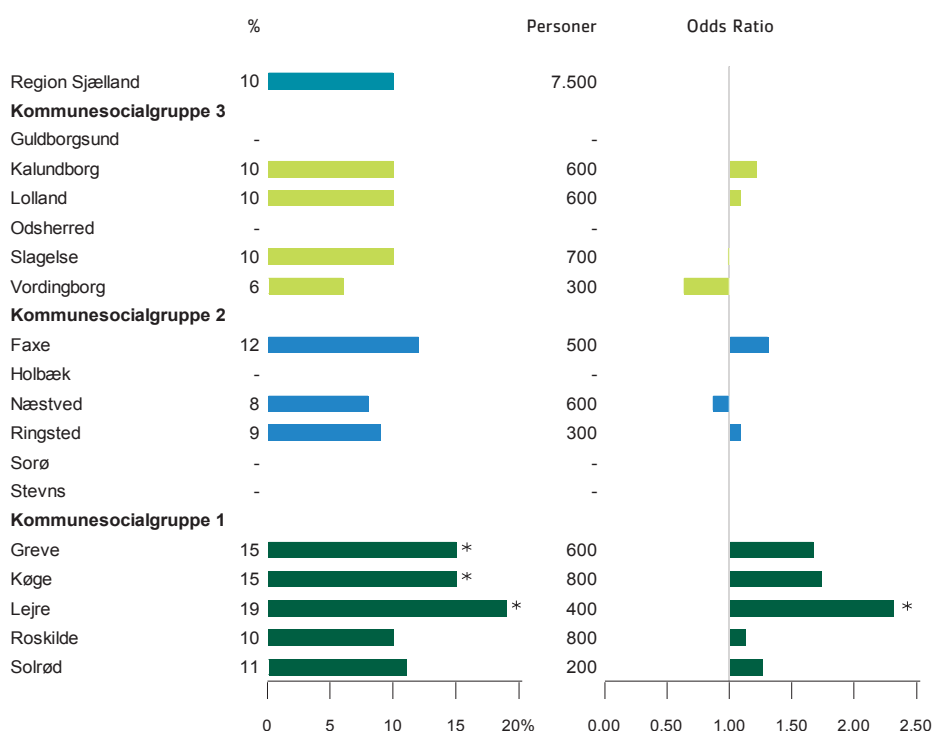
Erhverv: Andelen af borgere, som er langtidssyge, revalidender, kontanthjælpsmodtagere m.m., der har fået information om eller modtaget tilbud om hjælp

til ændring af usunde madvaner hos egen læge, er tre gange så høj som blandt borgere i beskæftigelse.

Samliv: Andelen af enlige, som har modtaget information eller tilbud om hjælp til ændring af usunde madvaner, er højere end blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, der har fået information eller hjælp til ændring af usunde madvaner fra egen læge er markant større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund end blandt borgere med dansk baggrund.

Tabel 4.7.5 Borgere, som har fået information om eller taget imod tilbud om hjælp til ændring af usunde madvaner fra deres egen læge inden for det seneste år, kommuner



* 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: Andelen af borgere, der har fået information eller hjælp til ændring af usunde madvaner fra egen læge, varierer mellem 6 procent i Vordingborg og 19 procent i Lejre, se tabel 4.7.5. Greve, Køge og Lejre kommuners andele er signifikant større end regionsgennemsnittet. Når der er taget højde for køn og alder, adskiller Lejre sig stadig signifikant fra regionsgennemsnittet.

Afsnit 4.8 Mad og sunde rammer

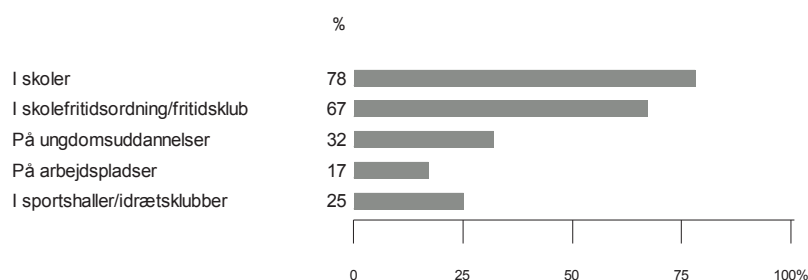
- 65 procent af borgerne går ind for forbud mod salg af sodavand i skoler, SFO'er og fritidsklubber
- 70 procent ønsker forbud mod salg af snack, chokolade og slik
- 86 procent ønsker forbud mod salg af fed fastfood

Dette afsnit fokuserer på de holdninger, som borgere har i forhold til forbud af salg af usunde fødevarer på forskellige steder, hvor mennesker opholder sig.

Holdning til forbud mod salg af sodavand, snack og slik samt fed fastfood

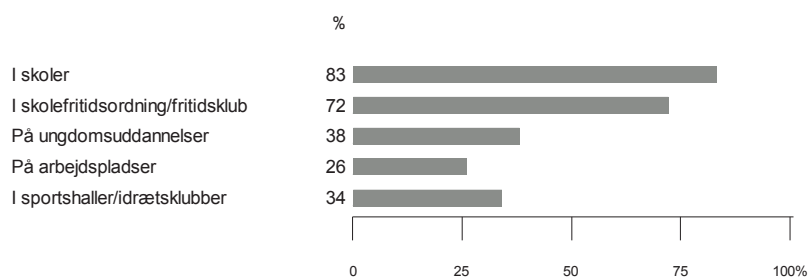
Borgerne er spurgt ud om deres ønske om forbud af forskellige typer usunde fødevarer på udvalgte steder. Holdningen til salg af sodavand fremgår af tabel 4.8.1.

Tabel 4.8.1 Holdning til forbud mod salg af sodavand forskellige steder



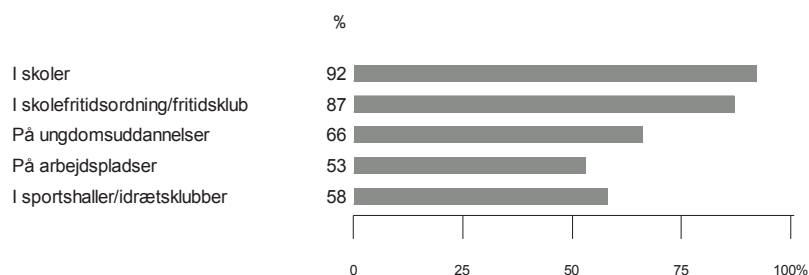
Andelen af borgere, der ønsker forbud mod salg af sodavand, varierer fra knap 20 til knap 80 procent. Ønsket om forbud er mest udtalt på skoler og mindst udtalt på arbejdspladser, tabel 4.8.1. En fjerdedel ønsker forbud mod salg af sodavand i sportshaller og idrætsklubber.

Tabel 4.8.2 Holdning til forbud mod salg af snack, slik og chokolade forskellige steder



Borgernes ønske om forbud mod salg af snack, slik og chokolade på forskellige steder varierer fra 26 procent til 83 procent, tabel 4.8.2. Ønsket om forbud er mest udtalt på skoler og mindst udtalt på arbejdspladser. En tredjedel ønsker forbud mod salg af snack, slik og chokolade i sportshaller og idrætsklubber.

Tabel 4.8.3 Holdning til forbud mod salg af fedtholdig fastfood forskellige steder



Borgernes ønske om forbud mod salg af fedtholdig fastfood varierer mindre end holdningerne til forbud af de to forrige fødevarer, tabel 4.8.3. Næsten 100 procent af borgerne går ind for forbud på skoler, mens omtrent halvdelen går ind for forbud på arbejdspladser.

Holdning til forbud mod usunde fødevarer på skoler, skolefritidsordninger, fritidsklubber

I Region Sjælland går 65 procent af borgerne, svarende til 370.700 personer, ind for forbud mod salg af sodavand på skoler, skolefritidsordninger, fritidsklubber, tabel 4.8.4. 70 procent, svarende til 383.400 personer, går ind for forbud mod salg af snack, slik og chokolade, og 86 procent, svarende til 507.500 personer går ind for forbud mod salg af fed fastfood på disse steder.

Tabel 4.8.4 Holdninger til forbud mod salg af usunde fødevarer i skoler, SFO'er og fritidsklubber, kommuner



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

Kommunevariation: Andelen af borgere, der går ind for forbud mod salg af usunde fødevarer på steder, hvor børn ofte opholder sig, nemlig i skoler, SFO'er og fritidsklubber, følger overvejende samme mønster på tværs af kommunerne, tabel 4.8.4. For alle ønsker om forbud mod salg af de tre usunde fødevarer er andelen, der går ind for forbud signifikant lavere i Lolland kommune i forhold til regionsgennemsnittet.

Beskrivelse af holdninger til forbud mod salg af de tre usunde fødevarer på andre steder er udeladt i denne rapport pga pladsmangel.

Afsnit 4.9 Potentiale for ændring af sundhedsvaner hos borgere med kronisk sygdom

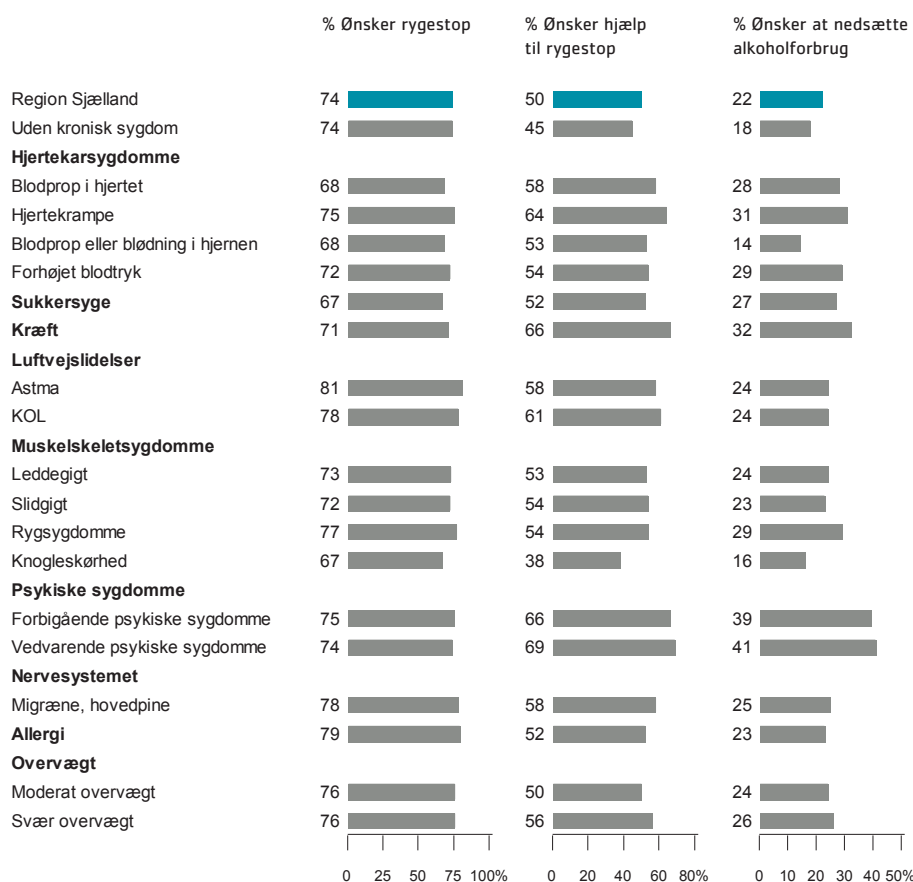
- 74 procent af borgere med kronisk sygdom, som ryger hver dag, vil gerne holde op med at ryge, 50 procent ønsker hjælp til rygestop, og 40 procent har fået information om eller fået tilbud om rygestop hos egen læge
- 22 procent af borgere med kronisk sygdom, som har en risikabel alkoholadfærd, ønsker at nedsætte deres forbrug, og 9,3 procent har fået information om eller fået tilbud om nedsættelse af deres alkoholforbrug hos egen læge
- 53 procent af borgere med kronisk sygdom, som har usunde madvaner, ønsker at spise sundere mad, og 13 procent har fået information om eller fået tilbud om ændring af madvaner hos egen læge
- 70 procent af borgere med kronisk sygdom, som er fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen, ønsker at være mere fysisk aktive, og 22 procent har fået information om eller fået tilbud om ændring af motionsvaner hos egen læge

I kapitel 6.2 er beskrevet borgernes sundhedsadfærd i relation til kronisk sygdom, samt deres motivation til ændring af adfærd. **Dette afsnit** fokuserer på borgere med kronisk sygdom, som ønsker at ændre adfærd i en sundere retning, deres ønske om støtte, samt om de har modtaget information og tilbud fra deres egen læge. Kronisk sygdom er i sundhedsprofilen afgrænset til 8 sygdomsgrupper samt forhøjet blodtryk og overvægt, som optræder som risikofaktorer for flere af de nævnte lidelser.

Ønske om ændring af sundhedsadfærd i sundere retning

I Region Sjælland ønsker 74 procent af borgerne med kronisk sygdom og uhenigtsmæssig sundhedsadfærd at holde op med at ryge og 50 procent ønsker hjælp til rygestop, se tabel 4.9.1. 22 procent ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug. I det følgende beskrives forekomsten af ønsket om at ændre sundhedsadfærd hos borgere med kronisk sygdom som ryger hver dag og har en risikabel alkoholadfærd.

Tabel 4.9.1 Dagligrygere, der ønsker rygestop eller hjælp til rygestop, og borgere med risikabelt alkoholforbrug, som ønsker at nedsætte deres forbrug – og kronisk sygdom



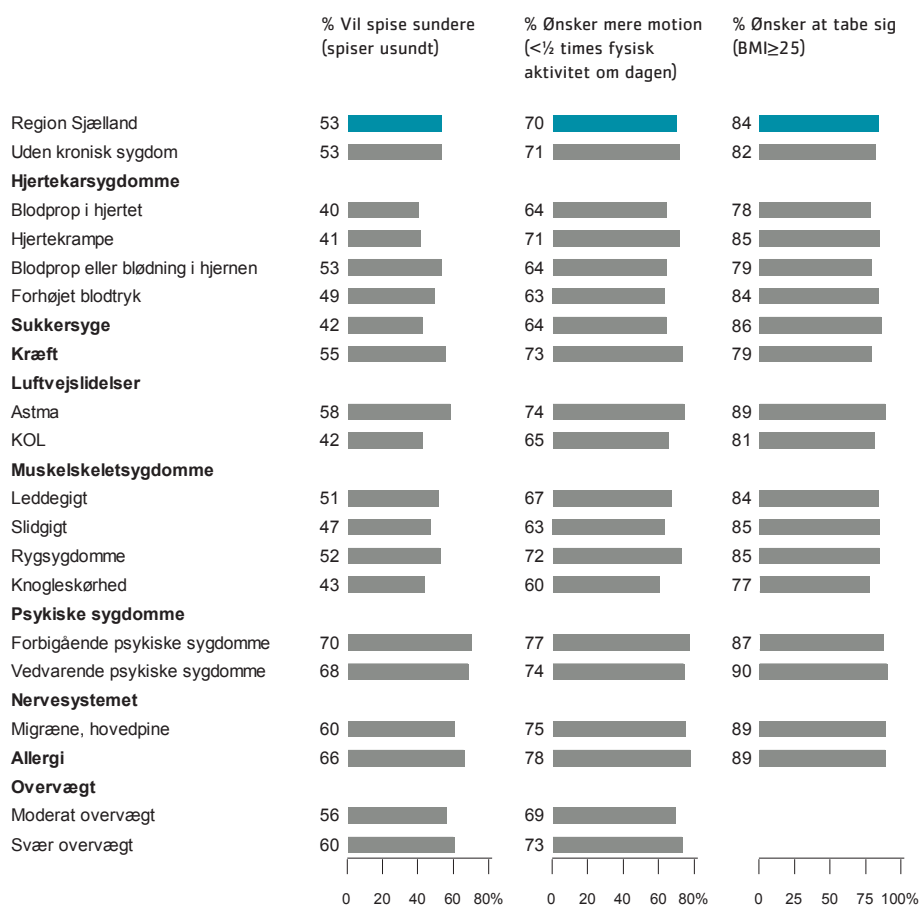
Ønsker rygestop: Andelen af dagligrygere med kronisk sygdom, der ønsker at holde op med at ryge, varierer mellem 67 procent og 82 procent. Den laveste forekomst ses blandt borgere med blodprop i hjertet, hjerneblødning, blodprop i hjernen, knogleskørhed og sukkersyge. Den højeste forekomst ses blandt borgere med astma, hvor over 80 procent ønsker at holde op med at ryge.

Ønsker hjælp til rygestop: Andelen af dagligrygere med kronisk sygdom, der ønsker hjælp til rygestop, er generelt højere end blandt borgere uden kronisk sygdom. Ønsket er mest udbredt blandt borgere med hjertekrampe, kræft og psykiske sygdomme, hvor ca. to tredjedele ønsker hjælp til at holde op med at ryge.

Ønsker nedsættelse af alkoholforbrug: Andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som har kronisk sygdom, og som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, er generelt højere end blandt borgere uden kronisk sygdom, bortset fra blandt borgere med knogleskørhed og borgere med hjerneblødning eller blodprop i hjernen. Ønsket er mest udbredt blandt borgere med psykiske sygdomme, hvor ca. 40 procent ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug.

I Region Sjælland ønsker 53 procent af borgerne med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd at spise sundere, tabel 4.9.2. 70 procent, som er fysisk inaktive, ønsker at være mere fysisk aktive, og 84 procent, som er overvægtige, ønsker at tabe sig, tabel 4.9.2. I det følgende beskrives forekomsten af ønsket om at ændre sundhedsadfærd hos borgere med kronisk sygdom som spiser usundt, er fysisk inaktive og er overvægtige.

Tabel 4.9.2 Borgere med med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller overvægt, som gerne vil spise sundere, være mere fysisk aktivt eller tabe sig – og kronisk sygdom



Ønsker at være mere fysisk aktiv: Andelen af borgere med en kronisk sygdom, der er fysisk aktiv mindre end 30 minutter om dagen, og som ønsker at være mere aktive, varierer mellem 60 procent og 78 procent. Den laveste forekomst ses blandt borgere med knogleskørhed, og den højeste forekomst ses blandt borgere med allergi.

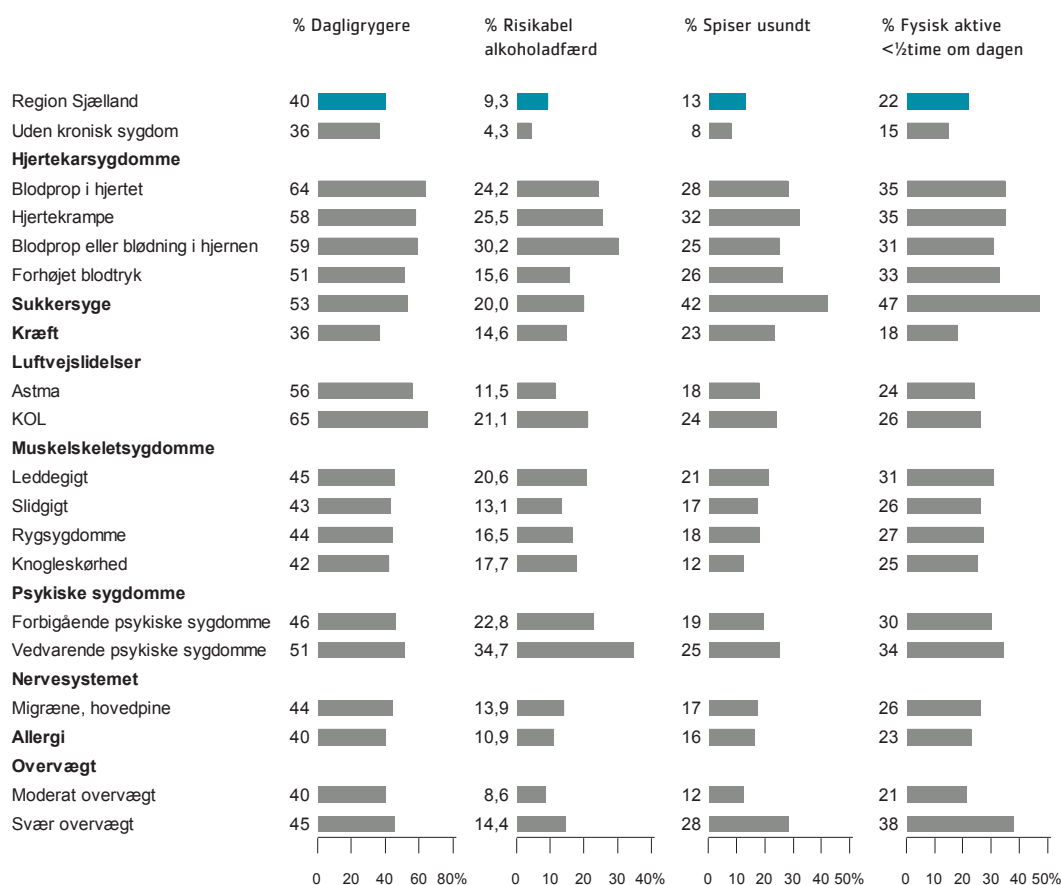
Ønsker at spise sundere: Andelen af borgere med en kronisk sygdom med usunde madvaner, der ønsker at spise sundere mad varierer mellem 40 procent og 70 procent. Den laveste forekomst ses blandt borgere med blodprop i hjertet, og den højeste forekomst ses blandt borgere med forbigående psykiske sygdomme.

Ønsker at tabe sig: Andelen af borgere med en kronisk sygdom og med BMI \geq 25, der ønsker at tabe sig, varierer mellem 77 procent og 90 procent. Den laveste forekomst ses blandt borgere med knogleskørhed, og den højeste forekomst ses blandt borgere med vedvarende psykiske sygdomme.

Information og tilbud om hjælp til ændring af sundhedsadfærd fra egen læge

I Region Sjælland har 40 procent af borgerne, som er dagligrygere, fået information om eller taget imod tilbud om hjælp til ændring af sundhedsadfærd fra egen læge, se tabel 4.9.3. Det samme gælder for 9,3 procent med risikabel alkoholadfærd, 13 procent med usunde madvaner og 22 procent, som er fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen. I det følgende beskrives forekomsten af borgere med kronisk sygdom og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, som har modtaget information om eller taget imod tilbud om hjælp til ændring af sundhedsadfærd fra egen læge.

Tabel 4.9.3 Borgere med kronisk sygdom med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, som har fået information om mulighed for at få hjælp, eller har taget imod hjælp til at ændre adfærd af deres egen læge



Dagligrygere og har kronisk sygdom: Andelen af borgere med kronisk sygdom, der har fået information om eller taget imod tilbud om hjælp til rygestop fra egen læge, varierer mellem 36 procent og 65 procent. Andelen er højest blandt borgere med KOL og blodprop i hjertet, hvor ca. to tredjedele har fået information om eller taget imod tilbud om hjælp til rygestop fra egen læge.

Risikabel alkoholadfærd og har kronisk sygdom: Andelen af borgere med kronisk sygdom, der har fået information om eller taget imod tilbud om hjælp til at nedsætte deres alkoholforbrug fra egen læge, er generelt højere end blandt borgere uden kronisk sygdom. Andelen er højest blandt borgere med vedvarende psykiske sygdomme, hvor næsten en tredjedel har fået information om eller taget imod tilbud om hjælp til nedsættelse af deres alkoholforbrug fra egen læge.

Fysisk inaktive med kronisk sygdom: Andelen af borgere med kronisk sygdom, der har fået information om eller taget imod tilbud om hjælp til at ændre motionsvaner fra egen læge, er generelt højere end blandt borgere uden kronisk sygdom. Andelen er mest udbredt blandt borgere med sukkersyge, hvor næsten halvdelen har fået information om eller taget imod tilbud om hjælp til at være mere fysisk aktiv fra egen læge.

Borgere med usunde madvaner med kronisk sygdom: Andelen af borgere med kronisk sygdom, der har fået information om eller taget imod tilbud om hjælp til at ændre usunde madvaner fra egen læge, er generelt højere end blandt borgere uden kronisk sygdom. Andelen er mest udbredt blandt borgere med sukkersyge, hvor over 40 procent har fået information om eller taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere mad fra egen læge.



Kapitel 5

Selvurderet helbred og trivsel

Selvurderet helbred og trivsel

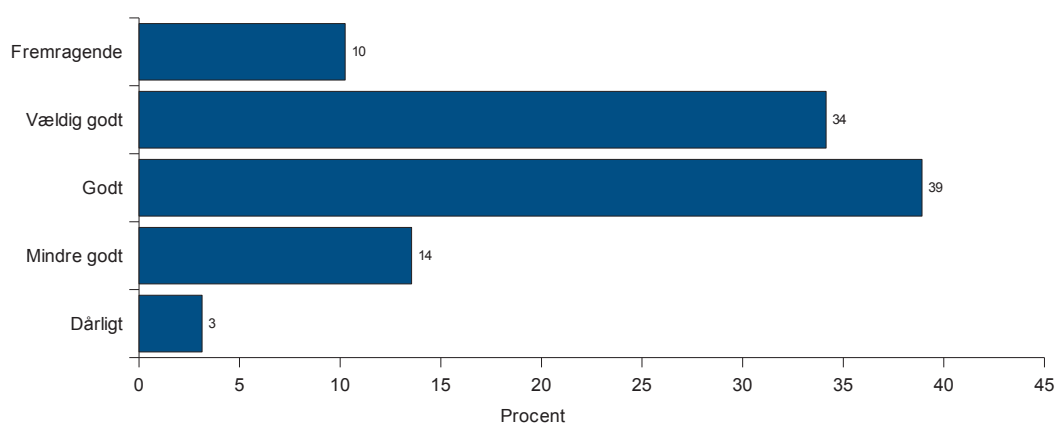
- 44 procent af borgerne vurderer deres helbred som fremragende eller vældig godt, mens 17 procent vurderer deres helbred som mindre godt eller dårligt
- 25 procent af borgerne med mindre godt eller dårligt selvurderet helbred ryger eller er fysisk inaktive
- Højt stressniveau er især udbredt hos kvinder, 80+-årige, enlige, borgere under 65 år uden erhvervstilknytning, samt hos borgere med ikke-vestlig baggrund
- Meget generende psykiske symptomer forekommer hyppigst hos borgere med grundskole alene, borgere under 65 år uden erhvervstilknytning samt borgere med ikke-vestlig baggrund
- Sygefravær indenfor de seneste 14 dage er især udbredt blandt kvinder, unge, uddannelsessøgende og borgere af ikke-vestlig baggrund
- Sygefravær over 25 dage seneste år er mest udbredt blandt kvinder, borgere med grundskole alene samt borgere med ikke-vestlig baggrund

Et væsentligt aspekt af borgernes generelle helbredstilstand er borgernes oplevelse og vurdering af eget helbred samt fysiske og psykiske velbefindende. I det følgende beskrives borgerne i Region Sjællands generelle vurdering af deres helbred og trivsel. Der er fokuseret på selvurderet helbred, fysisk og mentalt helbred, stress, generende symptomer og sygefravær. Alle oplysningerne stammer fra spørgeskemaundersøgelsen »Hvordan har du det? 2010«.

Afsnit 5.1 Selvurderet helbred

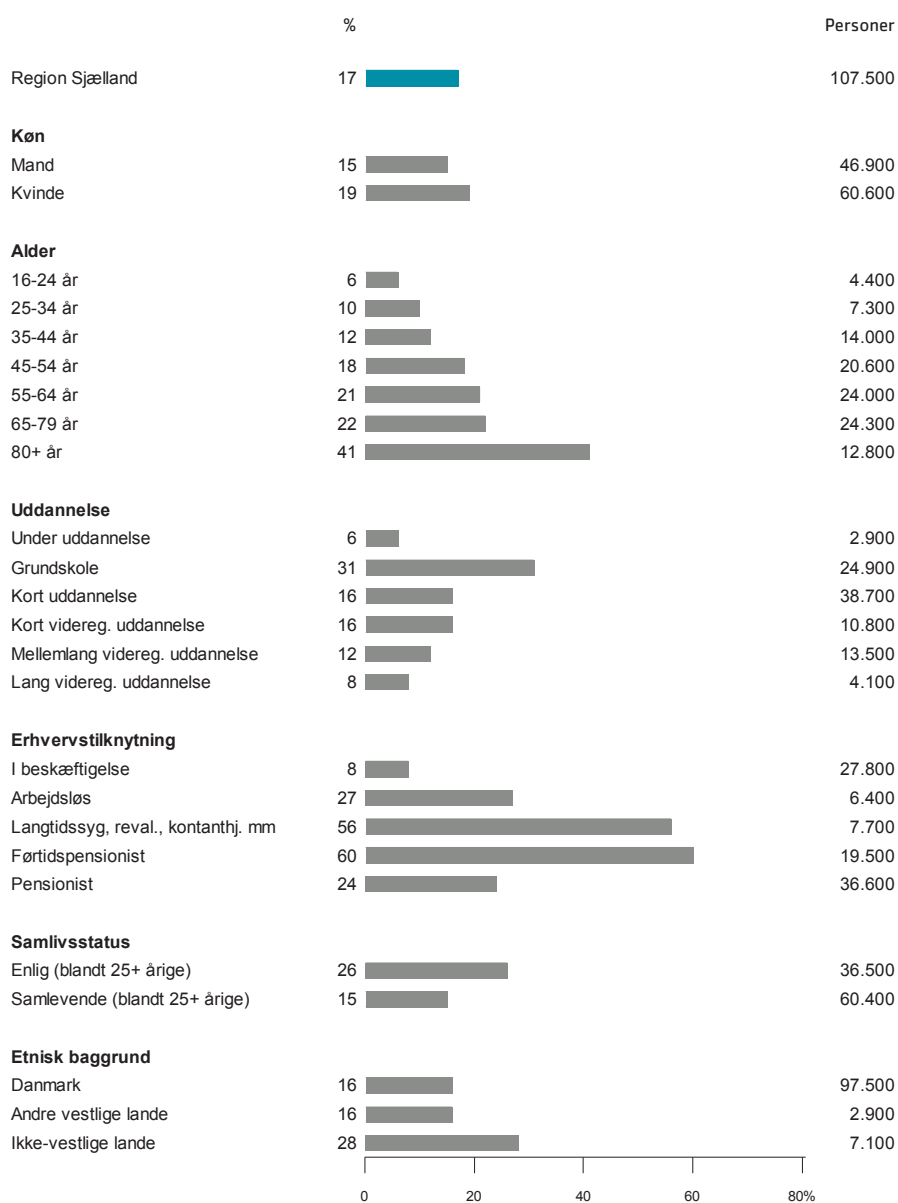
Borgerens vurdering af eget helbred, selvurderet helbred, er et begreb med en selvstændig betydning. Begrebet har vist sig at være en uafhængig risikofaktor for både sygelighed og dødelighed og indgår derfor i befolkningsundersøgelser om sundhed og sygelighed.

Tabel 5.1.1 Borgernes selvurderede helbred



I Region Sjælland mener 44 procent af borgerne, at de har et fremragende eller vældig godt helbred, mens 17 procent vurderer, at deres helbred er mindre godt eller dårligt, se tabel 5.1.1 og tabel 5.1.2.

Tabel 5.1.2 Borgere med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred



Køn og alder: Andelen af borgere med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred stiger med alderen fra kun 6 procent blandt de 25-34årige til 41 procent blandt de 80+årige.

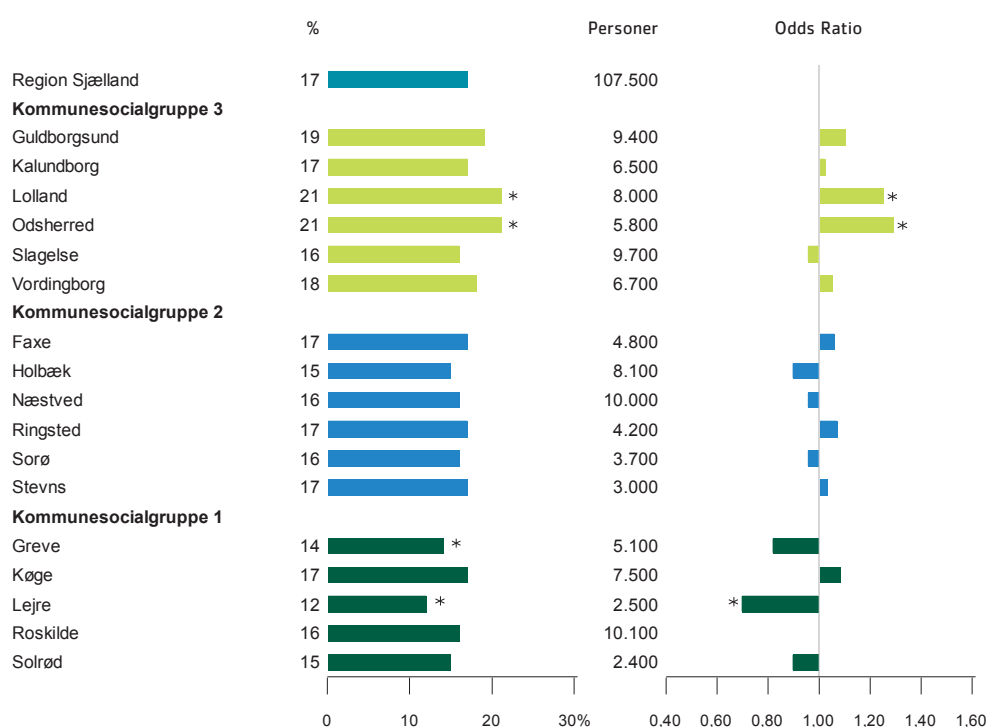
Uddannelse: Der ses en tydelig social gradient i forhold til uddannelse, da andelen med mindre godt eller dårligt helbred falder med stigende uddannelseslængde. Omkring 30 procent af borgere med grundskole alene vurderer deres helbred som mindre godt eller dårligt. Blandt de, der har en lang uddannelse, mener under 10 procent, at de har et mindre godt eller dårligt helbred.

Erhverv: Under 10 procent af de beskæftigede mener selv, at de har et mindre godt eller dårligt helbred. Blandt de arbejdsløse – og blandt pensionister – er andelen ca. 25 procent.

Samliv: Andelen af enlige med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred er markant større end blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med ikke-vestlig baggrund med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred er betydelig større end blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Tabel 5.1.3 Borgere med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, kommuner

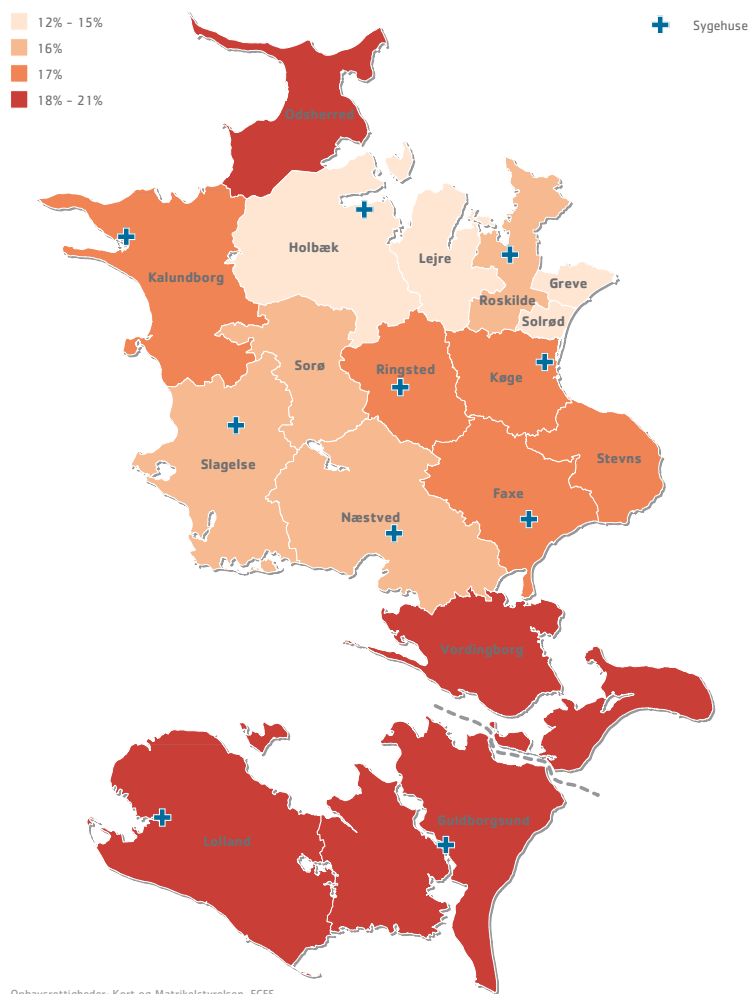


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Andelen af borgere med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred varierer fra 12 procent i Lejre til 21 procent i Odsherred og Lolland kommuner, tabel 5.1.3. Alle de nævnte kommuner adskiller sig signifikant fra regionsgennemsnittet. Denne forskel er fortsat signifikant for disse kommuner med undtagelse af Greve, når der tages højde for køn og alder. Der ses en tendens til social gradient, da andelen af borgere med mindre godt eller dårligt helbred er større i kommunerne fra kommunesocialgruppe 3 sammenlignet med kommunerne fra gruppe 1. Se også figur 5.1.1.

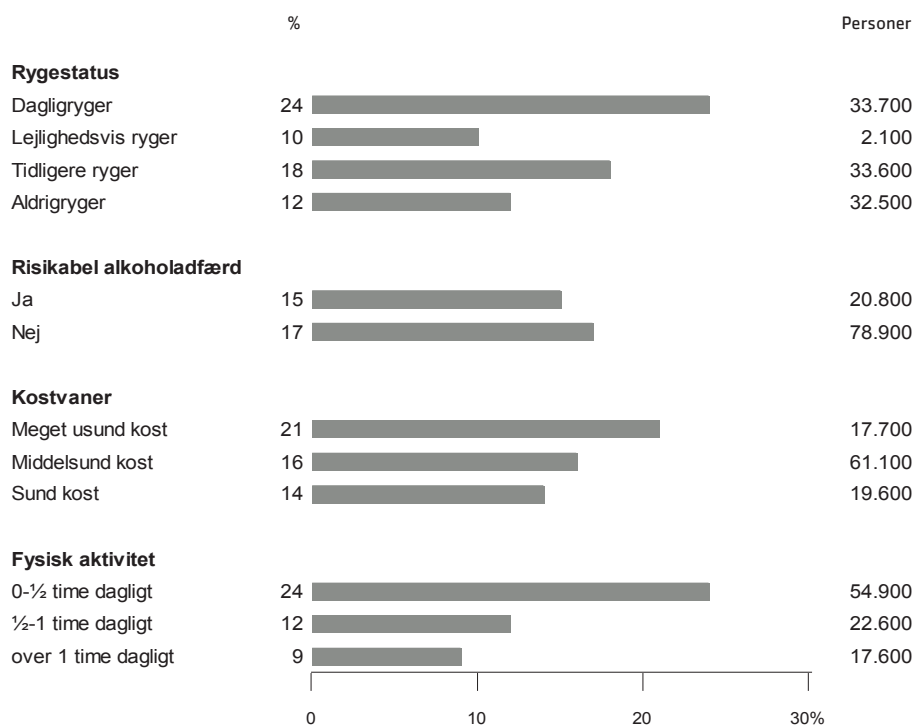
Figur 5.1.1 Borgere med dårligt eller mindre godt selvvalderet helbred



Sundhedsadfærd og selv vurderet helbred

Der er sammenhæng mellem borgernes sundhedsadfærd og borgernes selv-vurderede helbred, se tabel 5.1.4.

Tabel 5.1.4 Sundhedsadfærd hos borgere med dårligt eller mindre godt selv vurderet helbred



Ryging: Blandt dagligrygerne har 24 procent et mindre godt eller dårligt helbred. Den tilsvarende andel for lejlighedsvis rygere og for aldrigrygere er på det halve i forhold til rygernes.

Alkohol: Der ses ingen sammenhæng mellem risikabel alkoholadfærd og andelen af borgere med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred. Det skal her bemærkes, at sammenhængen mellem sundhedsadfærd og selv vurderet helbred også vil være påvirket af underliggende faktorer som alder og sociale forhold.

Sunde madvaner: Blandt borgere med usunde madvaner har ca. 20 procent et mindre godt eller dårligt helbred, mens den tilsvarende andel for borgere med hverken sunde eller usunde madvaner er lidt lavere, og for borgere med sunde madvaner er andelen endnu lavere.

Fysisk aktivitet: Der ses en meget tydelig sammenhæng mellem fysisk aktivitet og selv vurderet mindre godt eller dårligt helbred. Blandt fysisk inaktive borgere, det vil sige fysisk aktive af mindst moderat intensitet mindre end 30 minutter om dagen, har 24 procent et mindre godt eller dårligt helbred, mens den tilsvarende andel er halvt så stor for borgere, der er fysisk aktive mellem ½ time og 1 time om dagen. For borgere, der er fysisk aktive 1 time eller mere, er andelen endnu lavere.

Det ses, at for tre af de oven for nævnte typer sundhedsadfærd (ikke-rygning, sunde madvaner, fysisk aktivitet) er der tydelig sammenhæng mellem selv vurderet mindre godt eller dårligt helbred og graden af usund adfærd. Jo mere usund adfærd, jo højere andel med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred. For den fjerde type sundhedsadfærd (ikke risikabel alkoholadfærd) ses denne sammenhæng ikke.

Afsnit 5.2 Fysisk og mentalt helbred

Til måling af borgernes funktionsevne er anvendt spørgsmålene fra SF-12. SF-12 står for Short Form Health Status og består af 12 spørgsmål, der belyser en persons helbredstilstand inden for de sidste fire uger. Spørgsmålene er relateret til en række almene daglige aktiviteter og afdækker i hvilken grad, borgerne er hæmmet i at udføre disse aktiviteter på grund af helbredet. På baggrund af spørgsmålene har det vist sig muligt at bestemme helbredsstatus for dimensionerne fysisk og mentalt helbred. Hver dimension kan antage værdier fra 0-100, hvor 0 udgør den værst tænkelige helbredsstatus og 100 den bedst tænkelige.

Ud fra en gennemgang af litteraturen og statistiske analyser af mentalt helbred i en normalbefolkning anbefaler Sundhedsstyrelsen, at man opdeler befolkningen i tre grupper. De 65 procent af befolkningen, der scorer højest på den mentale helbredskomponent, udgør gruppen af borgere med god mental sundhed. De 10 procent af befolkningen, der scorer lavest på den mentale helbredskomponent af SF-12, udgør borgere med dårlig mental sundhed. Gruppen af borgere med moderat mental sundhed udgøres af de resterende 25 procent (Sundhedsstyrelsen, 2010). I sundhedsprofilen er der fokuseret på de 10 procent af borgerne med dårligt mentalt helbred. Da der ikke er lavet et tilsvarende udviklingsarbejde for den fysiske helbredskomponent, er det valgt i sundhedsprofilen at definere gruppen med dårligst fysisk helbred, som de 10 procent af befolkningen, der scorer lavest på den fysiske helbredskomponent.

Sundhedsprofilen tager i det følgende udgangspunkt i de 10 procent af borgerne, som efter ovenstående definition har et dårligt fysisk eller mentalt helbred.

Tabel 5.2.1 Borgere med dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred

	% Fysisk helbred	Personer	% Mentalt helbred	Personer
Region Sjælland	10	59.300	10	59.300
Køn				
Mand	8	23.900	8	24.700
Kvinde	12	35.400	12	34.700
Alder				
16-24 år	1	1.100	12	8.500
25-34 år	4	2.800	12	8.500
35-44 år	5	5.800	11	12.400
45-54 år	10	11.300	11	12.000
55-64 år	13	14.000	8	8.700
65-79 år	17	15.500	7	6.400
80+ år	42	8.900	14	2.900
Uddannelse				
Under uddannelse	1	500	12	5.700
Grundskole	23	15.500	15	10.300
Kort uddannelse	10	22.100	9	21.500
Kort videreg. uddannelse	9	6.100	9	5.900
Mellemlang videreg. uddannelse	7	7.200	8	9.000
Lang videreg. uddannelse	3	1.600	5	2.100
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	3	10.900	7	23.300
Arbejdsløs	14	3.200	19	4.400
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	36	4.600	35	4.500
Førtidspensionist	46	12.800	30	8.300
Pensionist	19	24.000	8	9.800
Samlevsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	18	23.000	15	18.100
Samlevende (blandt 25+ årige)	9	33.000	8	30.700
Etnisk baggrund				
Danmark	10	54.500	10	52.800
Andre vestlige lande	12	2.100	10	1.700
Ikke-vestlige lande	12	2.800	21	4.900

Køn og alder: Generelt har flere kvinder end mænd dårligt fysisk såvel som mentalt helbred, tabel 5.2.1. Andelen af borgere med dårligt fysisk helbred stiger med alderen. Kun én ud af 100 borgere på 16-24 år har dårligt fysisk helbred, mens det gælder for knap halvdelen af borgere på 80 år eller derover. Dårligt mentalt helbred er mest udbredt blandt de 16-34årige og blandt de 80+årige. I aldersgrupperne derimellem falder forekomsten af dårligt mentalt helbred med stigende alder.

Uddannelse: Forekomsten af dårligt fysisk helbred er mest udbredt blandt borgere med grundskole alene og mest sjælden blandt de 16-24årige. Forekomsten af dårligt mentalt helbred er tilsvarende mest udbredt blandt borgere med grundskole alene, næsthøjest blandt 16-24årige, og mest sjælden blandt borgere med lang videregående uddannelse. Der ses en tendens til socialt betinget

variation for både dårligt fysisk og dårligt mentalt helbred, da andelen er højest blandt borgere med grundskole alene, og falder med stigende uddannelseslængde. Tendensen er mest udtalt for borgere med dårligt fysisk helbred.

Erhvervstilknytning: Forekomsten af dårligt fysisk og mentalt helbred er lavest blandt borgere i beskæftigelse. Dårligt fysisk helbred er mest udbredt blandt førtidspensionister og gruppen langtidssyge, revalidender, kontanthjælpsmodtagere m.m. Andelen er henholdsvis ca. halvdelen for førtidspensionister og ca. en tredjedel for de øvrige nævnte grupper. Dårligt mentalt helbred er mest udbredt blandt langtidssyge, revalidender, kontanthjælpsmodtagere m.m. og førtidspensionister, hvor andelen udgør omkring en tredjedel af borgerne.

Samliv: Dårligt fysisk såvel som dårligt mentalt helbred forekommer dobbelt så ofte blandt enlige som blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Der ses ikke forskel på andelen af dårligt fysisk helbred blandt de etniske grupper, mens andelen med dårligt mentalt helbred er dobbelt så høj blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Tabel 5.2.2 Borgere med dårligt fysisk helbred, kommuner



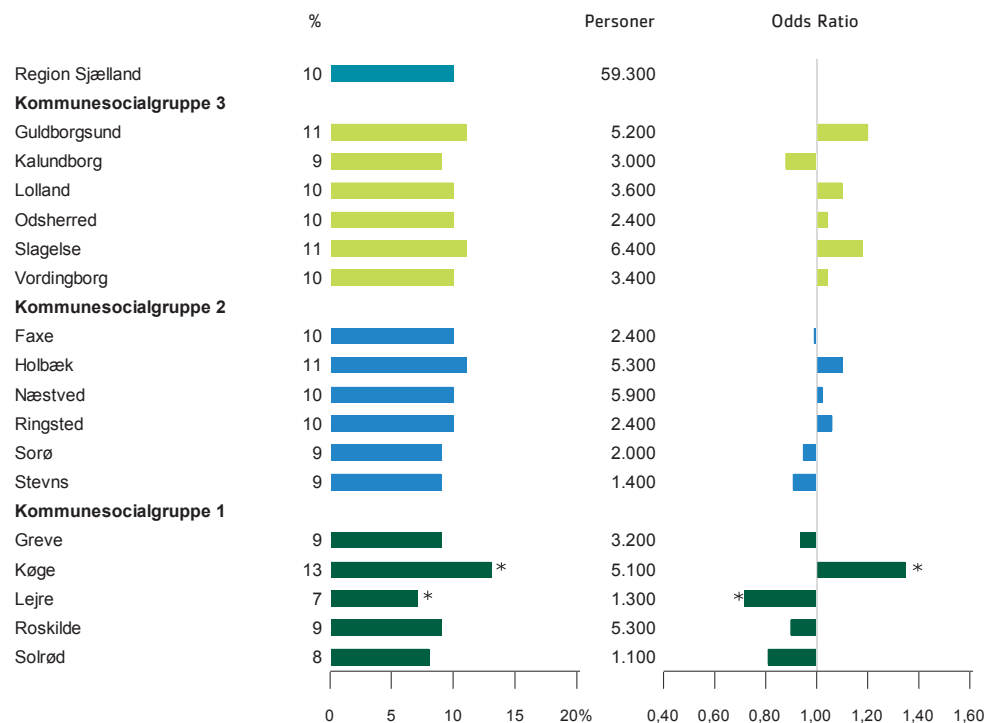
* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Forekomsten af borgere med dårligt fysisk helbred er højest i Kalundborg, Lolland og Odsherred, hvor andelen er 13 procent og lavest i Lejre og Roskilde, hvor andelen er 7 procent, tabel 5.2.2. Alle de nævnte kommuner adskiller sig signifikant fra regionsgennemsnittet. Denne forskel bevares, når der tages højde for køn og alder. Der ses en tydelig social gradient, da andelen af

borgere med dårligt fysisk helbred er større i kommunerne fra kommunesocialgruppe 3 sammenlignet med kommunerne fra gruppe 1.

Tabel 5.2.3 Borgere med dårligt mentalt helbred, kommuner



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

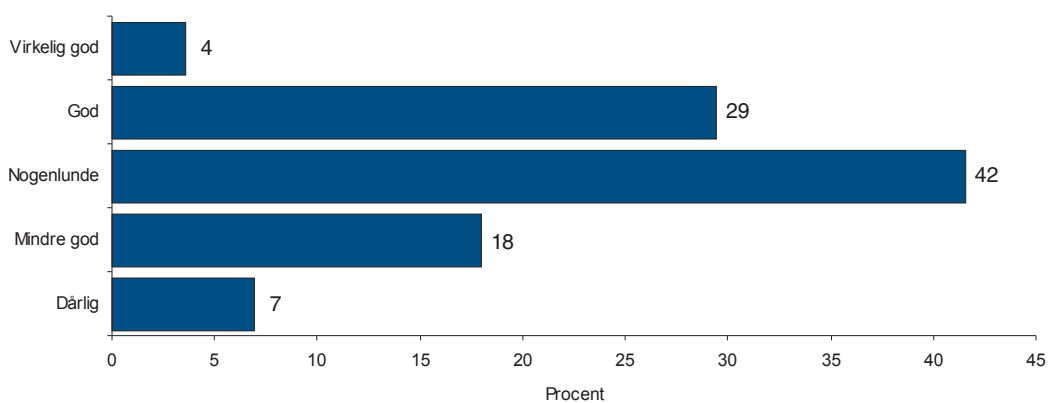
Kommunevariation: Forekomsten af borgere med dårligt mentalt helbred er højest i Køge, hvor andelen er 13 procent og lavest i Lejre, hvor andelen er 7 procent, tabel 5.2.3. Begge de nævnte kommuner adskiller sig signifikant fra regionsgennemsnittet. Denne forskel bevares, når der tages højde for køn og alder.

Afsnit 5.3 Selvvurderet fysisk form

Ovenfor er beskrevet borgernes fysiske helbred som funktionsevne i relation til en række daglige gøremål. En anden dimension af borgernes fysiske helbred er fysisk form eller kondition. Selvvurderet fysisk form stemmer godt overens med egentlige kapacitetsmålinger af maksimal iltoptagelse og anvendes her som et udtryk for borgernes kondition.

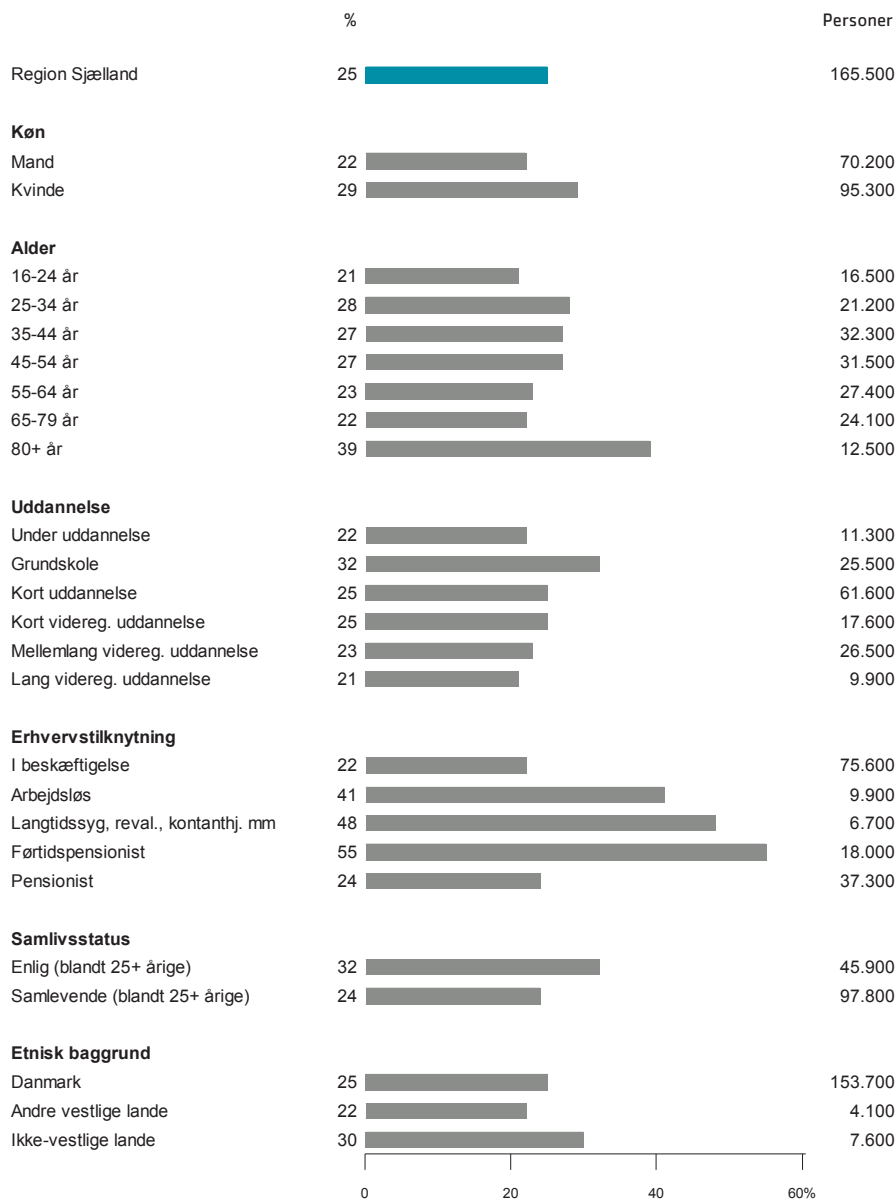
I Region Sjælland vurderer 33 procent af borgerne, at de har en virkelig god eller god fysisk form, tabel 5.3.1.

Tabel 5.3.1 Borgernes vurdering af egen fysisk form, procent



25 procent af borgerne mener, at deres fysiske form er mindre god eller dårlig. Det svarer til 165.500 personer. Tabel 5.3.2 viser karakteristika for de borgere, der vurderer deres fysiske form til at være mindre god eller dårlig.

Tabel 5.3.2 Borgere med mindre god eller dårlig selv vurderet fysisk form



Køn og alder: Flere kvinder end mænd vurderer deres fysiske form som mindre god eller dårlig. Selvvurderet dårlig fysisk form er mest udbredt blandt borgere på 80 år og derover, hvilket gælder for over en tredjedel. Til gengæld ses de laveste andele blandt de 16-24-årige og de 55-79-årige, hvor andelen er en femtedel.

Uddannelse: Forekomsten af mindre god eller dårlig fysisk form er mest udbredt blandt borgere med grundskole alene og mest sjælden blandt borgere med lang videregående uddannelse. Der ses en tendens til social gradient, da andelen falder med stigende uddannelseslængde.

Erhvervstilknytning: Forekomsten af mindre god eller dårlig fysisk form er lavest blandt beskæftigede og blandt pensionister. Blandt de arbejdsløse er andelen, der vurderer deres fysiske form som mindre god eller dårlig, dobbelt så høj som

blandt beskæftigede. Andelen er højest blandt førtidspensionister og gruppen af langtidssyge, revalidender, kontanthjælpsmodtagere m.m., hvor omtrent halvdelen af borgerne vurderer deres fysiske form som mindre god eller dårlig.

Samliv: Selvvurderet mindre god eller dårlig fysisk form forekommer oftere blandt enlige end blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Forekomsten af mindre god eller dårlig fysisk form er mere udbredt blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Tabel 5.3.3 Borgere med mindre god eller dårlig selvvurderet fysisk form, kommuner



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Forekomsten af borgere med selvvurderet mindre god eller dårlig fysisk form er højest i Guldborgsund, hvor andelen er 29 procent og lavest i Lejre, hvor andelen er 21 procent, tabel 5.3.3. Begge de nævnte kommuner samt Lolland adskiller sig signifikant fra regionsgennemsnittet. Denne forskel bevares, når der tages højde for køn og alder.

Afsnit 5.4 Stress

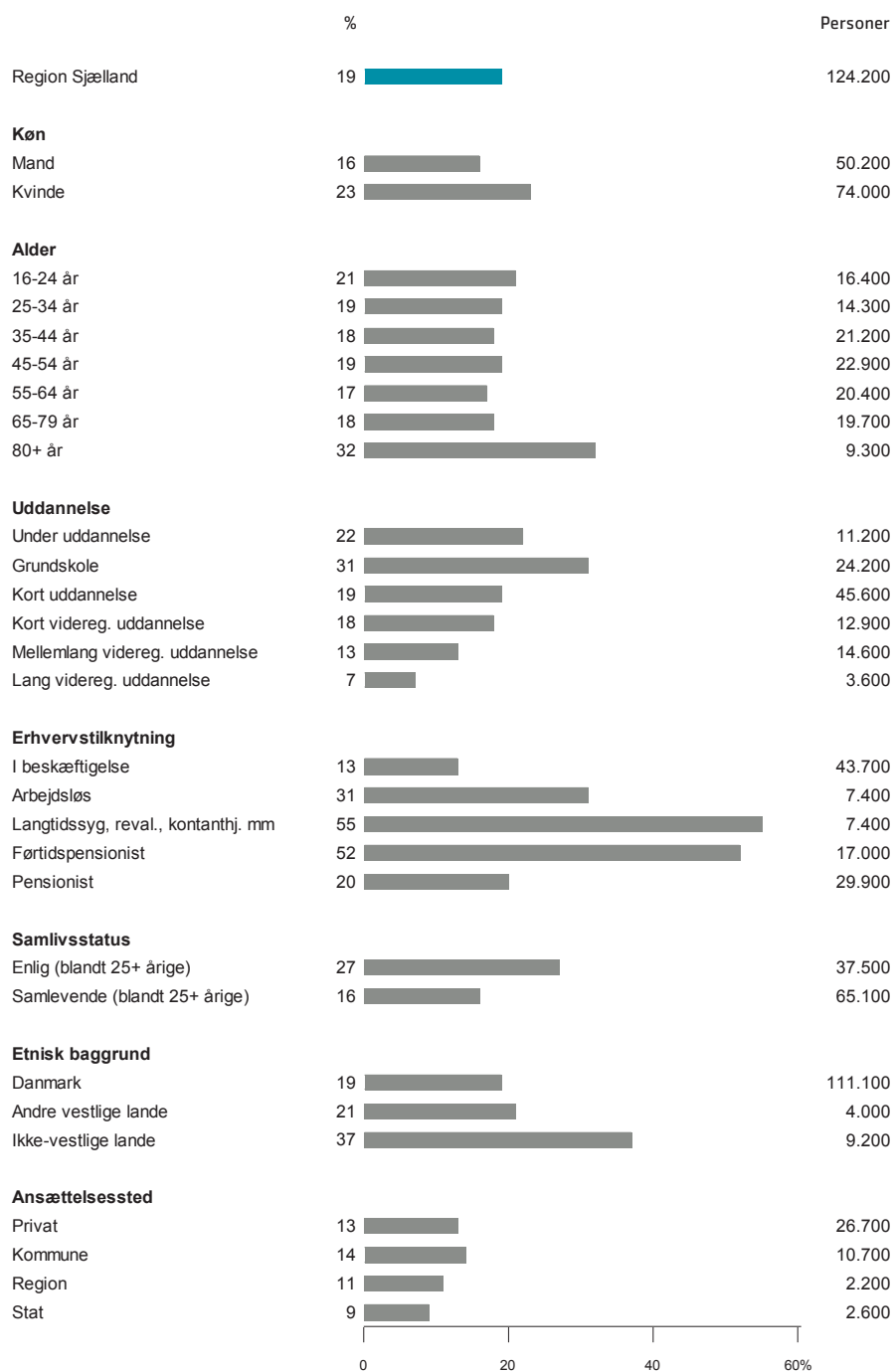
Gennem de seneste år er stress kommet mere og mere i fokus i medierne. Begrebet »stress« har fået mere plads i vores sprog, og det hænder ofte, at folk i daglig tale forveksler det at have travlt med at være stresset.

Stress kan betegnes som kroppens reaktion på en fysisk eller psykisk påvirkning eller belastning – også kaldet en stressor – som personen kan reagere forskelligt på. En persons evne til at imødekomme stressorer afhænger både af genetiske, adfærdsmæssige og fysiologiske forhold. Længerevarende stress kan medføre øget risiko for en række sygdomme som hjerte-karsygdomme og depression. Stress kan også medføre forværring af eksisterende sygdomme.

Stress kan måles med Cohens Perceived Stress Scale, som er en valideret stressskala. Den består af ti spørgsmål inden for følgende dimensioner af stress: Uforudsigelighed, manglende kontrol og høje krav. Skalaen går fra 0 til 40. Jo højere værdi, des højere grad af oplevet stress (Cohen et al., 1983). Det er internationalt anerkendt, at stressede borgere defineres som de 20 % af befolkningen, der scorer højest på skalaen.

I sundhedsprofilen vises tabeller for de 19 procent af borgerne, som har det højeste stressniveau i følge ovennævnte stressskala (og ikke 20 procent, da data ikke foreligger præcist for denne andel).

Tabel 5.4.1 Borgere med højt stressniveau



Køn og alder: Forekomsten af højt stressniveau er mere udbredt hos kvinder end hos mænd, og er mest udbredt blandt borgere på 80 år og derover, tabel 5.4.1. Her gælder det for en tredjedel. Næststørst forekomst ses blandt de 16-24årige, hvor andelen er en femtedel, hvilket er lidt hyppigere end blandt resten af aldersgrupperne.

Uddannelse: Forekomsten af højt stressniveau er mest udbredt blandt borgere med grundskole alene, hvor andelen er en tredjedel og mest sjælden blandt borgere med lang videregående uddannelse, hvor andelen er under 10 procent.

Der ses en tendens til social gradient, da andelen falder med stigende uddannelseslængde. Næsthøjeste stressniveau ses blandt de uddannelsessøgende, hvor andelen er en femtedel.

Erhvervstilknytning: Forekomsten af højt stressniveau er lavest blandt beskæftigede. Blandt de beskæftigede forekommer højt stressniveau oftest blandt borgere ansat i kommuner og i det private erhvervsliv og mest sjældent blandt borgere ansat i staten. Blandt de arbejdsløse er andelen med højt stressniveau dobbelt så høj, som blandt beskæftigede. Andelen er højest blandt gruppen førtidspensionister og langtidssyge, revalidender, kontanthjælpsmodtagere m.m., hvor over halvdelen har et højt stressniveau.

Samliv: Højt stressniveau ses oftere blandt enlige end blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Forekomsten af højt stressniveau er en tredjedel blandt borgere med ikke-vestlig baggrund, hvilket er dobbelt så højt som blandt borgere med dansk og borgere med anden vestlig baggrund.

Tabel 5.4.2 Borgere med højt stressniveau, kommuner

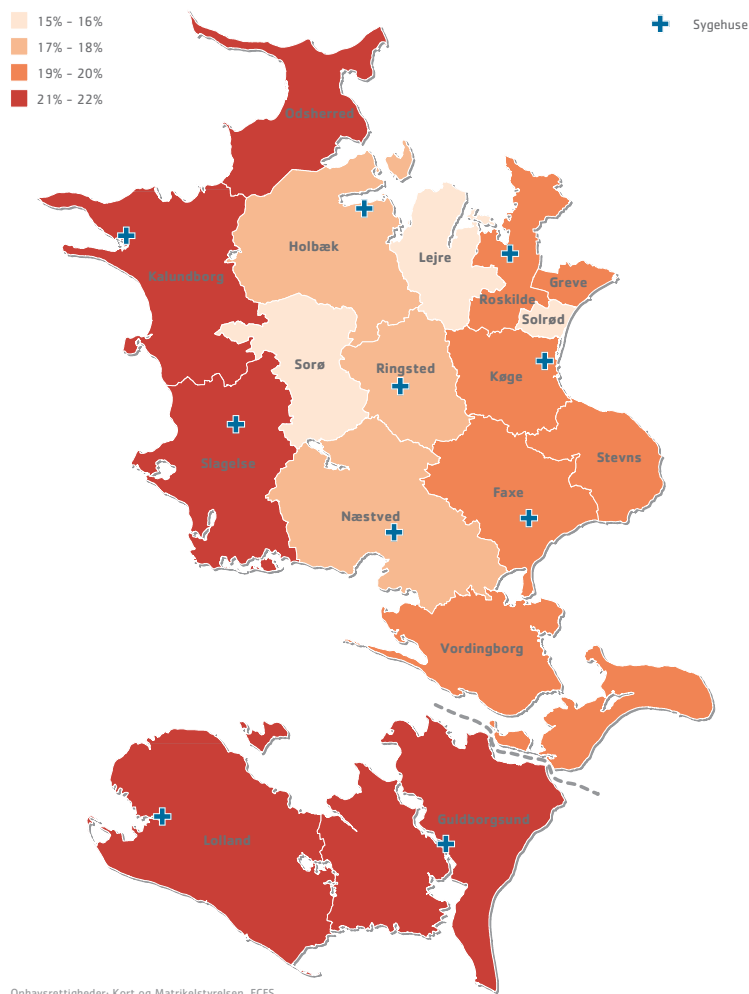


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Forekomsten af borgere med højt stressniveau er højest i Guldborgsund og Lolland, hvor andelen er 22 procent, og lavest i Lejre, hvor andelen er 15 procent, tabel 5.4.2. Alle de nævnte kommuner samt Sorø og Solrød adskiller sig signifikant fra regionsgennemsnittet. Bortset fra Lolland Kommune bevares denne forskel, når der tages højde for køn og alder. Der ses en tendens til social gradient, da andelen af borgere med højt stressniveau overvejende er større i kommunesocialgruppe 3 sammenlignet med kommunerne fra gruppe 1 og 2, se også figur 5.4.1.

Figur 5.4.1 Borgere med højt stressniveau



Afsnit 5.5 Generende symptomer

Forekomsten af gener og symptomer inden for en 14-dages periode bidrager også til billedet af befolkningens helbredstilstand. Det skal her bemærkes, at gener og symptomer både kan dække over en forbigående tilstand, enkeltstående sygdomsepisoder og langvarig sygdom. I sundhedsprofilen fokuseres på gener og symptomer i bevægeapparatet, træthed, hovedpine samt psykiske symptomer som nedtrykthed, ængstelse og søvnbesvær. En tredjedel af borgerne har inden for en 14-dages periode været meget generet af mindst ét af disse symptomer.

I Region Sjælland har 42 procent af borgerne, svarende til 271.600 personer, inden for en 14-dages periode haft mindst ét generende symptom (tabel ikke vist).

Meget generende symptomer indenfor de seneste 14 dage

I Region Sjælland har 30 procent af borgerne, svarende til 192.600 personer, inden for en 14-dages periode været meget generet af smerter fra bevægeapparatet, tabel 5.5.1. Tilsvarende har 7,3 procent været meget generet af hovedpine. Dette

svarer til 46.700 personer. Når det gælder psykiske symptomer har 15 procent af borgerne i Region Sjælland haft meget generende symptomer, som nedtrykthed, ængstelse og søvnbesvær. Dette svarer til 93.300 personer, se tabel 5.5.4.

Tabel 5.5.1 Borgere meget generet af smerter fra bevægeapparatet eller fra hovedpine inden for de seneste 14 dage

	% Bevægeapp.-smerter	Personer	% Hovedpine	Personer
Region Sjælland	30	192.600	7,3	46.700
Køn				
Mand	25	79.600	4,7	14.800
Kvinde	35	113.000	9,8	31.900
Alder				
16-24 år	23	17.600	9,6	7.400
25-34 år	23	17.500	8,2	6.100
35-44 år	27	32.700	8,8	10.500
45-54 år	32	37.800	8,9	10.500
55-64 år	32	38.000	5,6	6.600
65-79 år	33	35.800	4,0	4.300
80+ år	44	13.200	4,4	1.300
Uddannelse				
Under uddannelse	22	10.900	9,5	4.800
Grundskole	43	33.800	9,6	7.500
Kort uddannelse	31	74.900	6,5	15.900
Kort videreg. uddannelse	31	21.500	7,0	4.900
Mellemlang videreg. uddannelse	24	27.400	6,5	7.500
Lang videreg. uddannelse	16	7.900	3,7	1.800
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	24	81.400	6,0	20.700
Arbejdsløs	36	8.600	11,5	2.700
Langtidssyg., reval., kontanthj. mm	62	8.400	23,9	3.300
Førtidspensionist	68	22.000	19,9	6.400
Pensionist	34	52.300	4,0	6.100
Samlivsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	35	49.100	7,2	10.100
Samlevende (blandt 25+ årige)	29	118.600	6,8	27.700
Etnisk baggrund				
Danmark	29	175.800	6,7	40.100
Andre vestlige lande	32	5.900	8,3	1.600
Ikke-vestlige lande	44	10.900	20,0	5.000

Køn og alder: For meget generende smerter fra både bevægeapparatet og fra hovedpine gælder, at det er mere udbredt blandt kvinder end blandt mænd. Størst forskel er der, når det gælder hovedpine, hvor andelen blandt kvinder er dobbelt så høj. Forekomsten af smerter fra bevægeapparatet stiger med alderen og er mest udbredt blandt 80+årige. Når det gælder hovedpine, falder forekomsten med stigende alder, mest markant efter 54 år.

Uddannelse: Forekomsten af begge former for smerter er mest udbredt blandt borgere med grundskole alene og mest sjælden blandt borgere med lang videre-

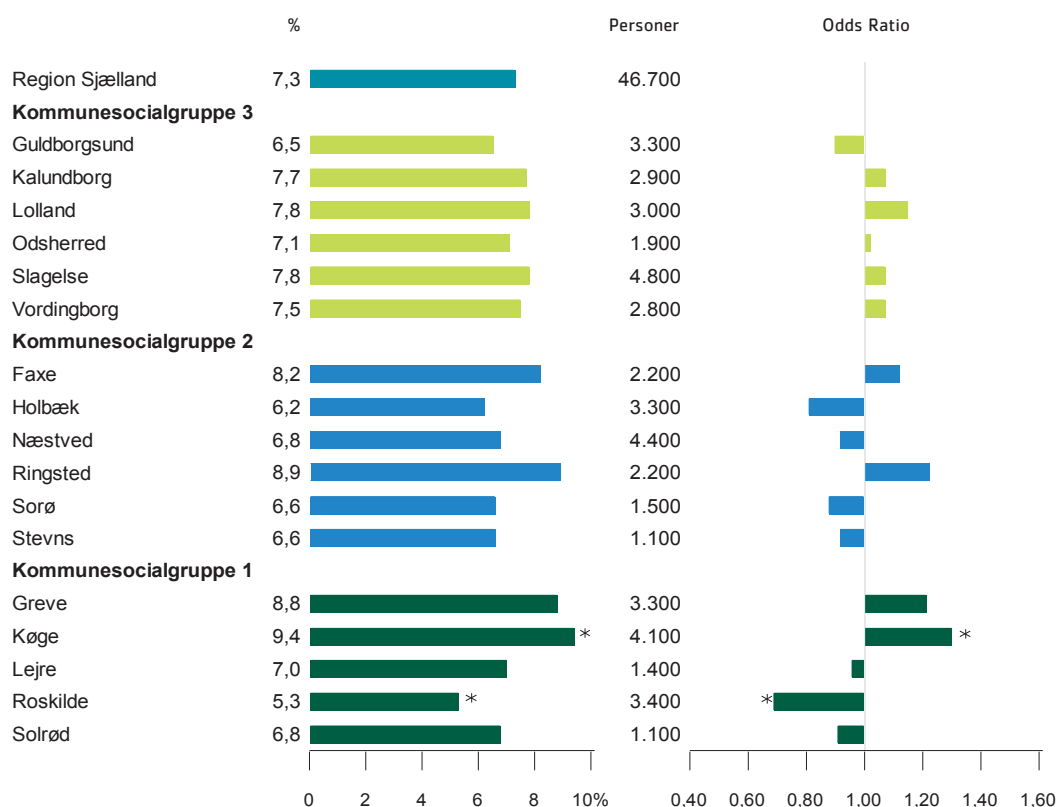
gående uddannelse. Dog er hyppigheden af hovedpine blandt uddannelsessøgende lige så stor som blandt borgere med kort uddannelse. Der ses en tendens til social gradient, da andelen falder med stigende uddannelseslængde.

Erhvervstilknytning: For både andelen af borgere med smerter fra bevægeapparatet og borgere med hovedpine gælder det, at andelen er lavere blandt beskæftigede end blandt arbejdsløse. Næsten to tredjedele af gruppen langtidssyge, revalidender, kontanthjælpsmodtagere m.m. og gruppen af førtidspensionister er meget generet af smerter fra bevægeapparatet. Forekomsten i gruppen af langtidssyge, revalidender, kontanthjælpsmodtagere m.m., som er meget generet af hovedpine, er fire gange så høj som blandt borgere i beskæftigelse.

Samliv: Både smerter fra bevægeapparatet og hovedpine forekommer hyppigere blandt enlige end blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Forekomsten af såvel smerter fra bevægeapparatet som fra hovedpine er markant mere udbredt blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund. Dette er mest udtalt når det gælder hovedpine.

Tabel 5.5.2 Borgere meget generet af hovedpine de seneste 14 dage, kommuner

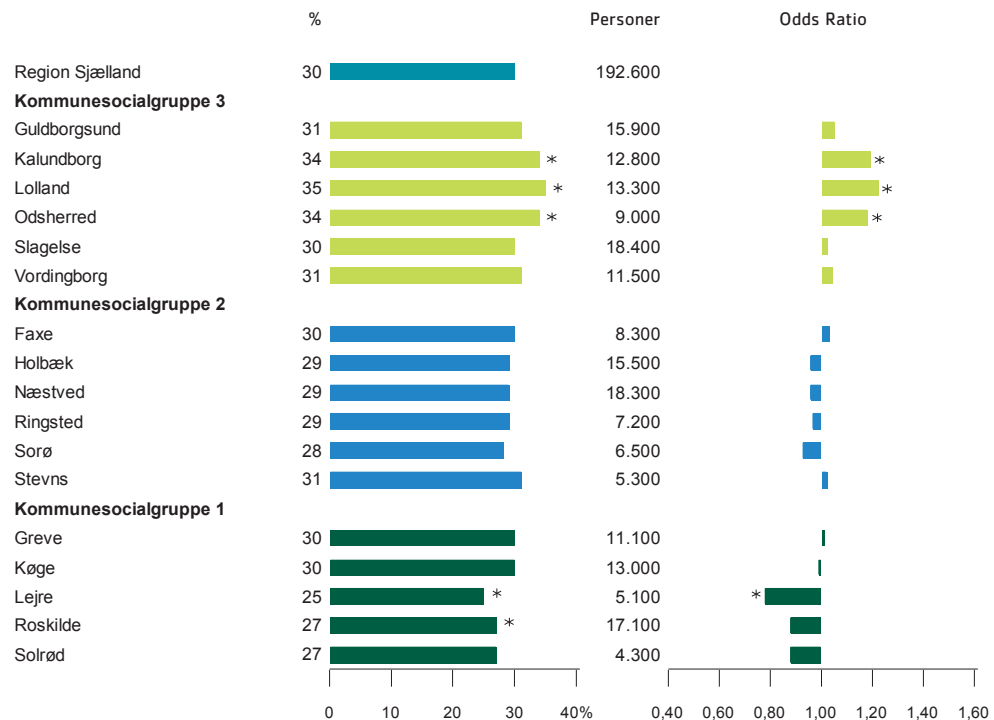


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Forekomsten af borgere, der er meget generet af hovedpine de seneste 14 dage, er højest i Køge, hvor andelen er 9,4 procent og lavest i Roskilde, hvor andelen er 5,3 procent, tabel 5.5.2. Begge kommuner adskiller sig signifikant fra regionsgennemsnittet, og forskellen bevares, når der tages højde for køn og alder.

Tabel 5.5.3 Borgere meget generet af smerter fra bevægeapparatet de seneste 14 dage, kommuner

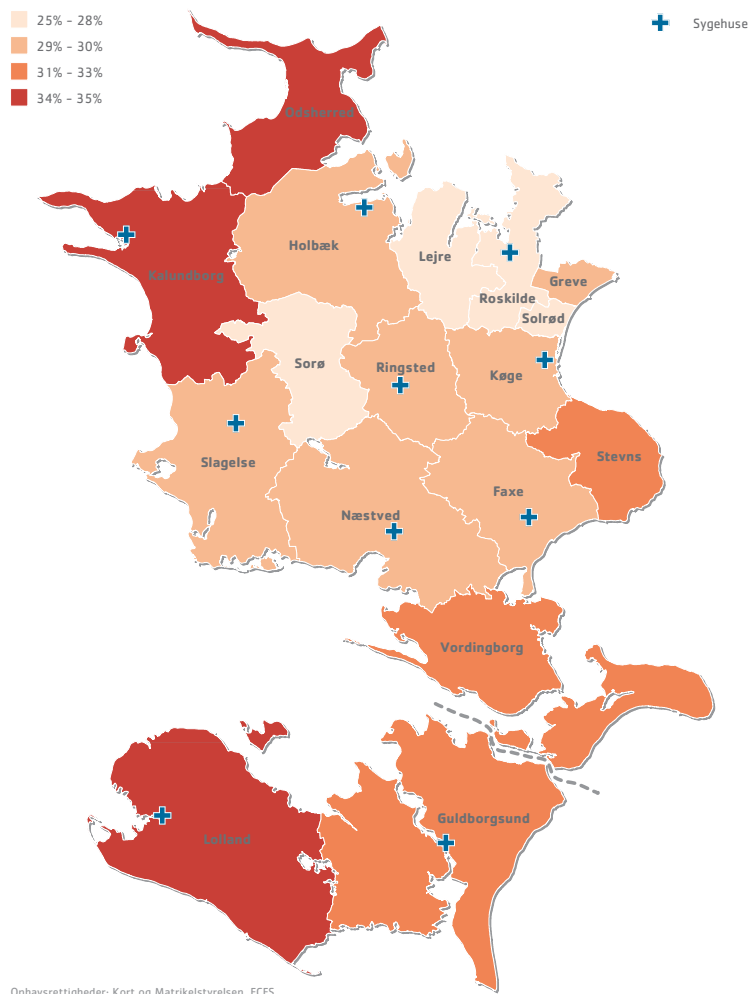


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

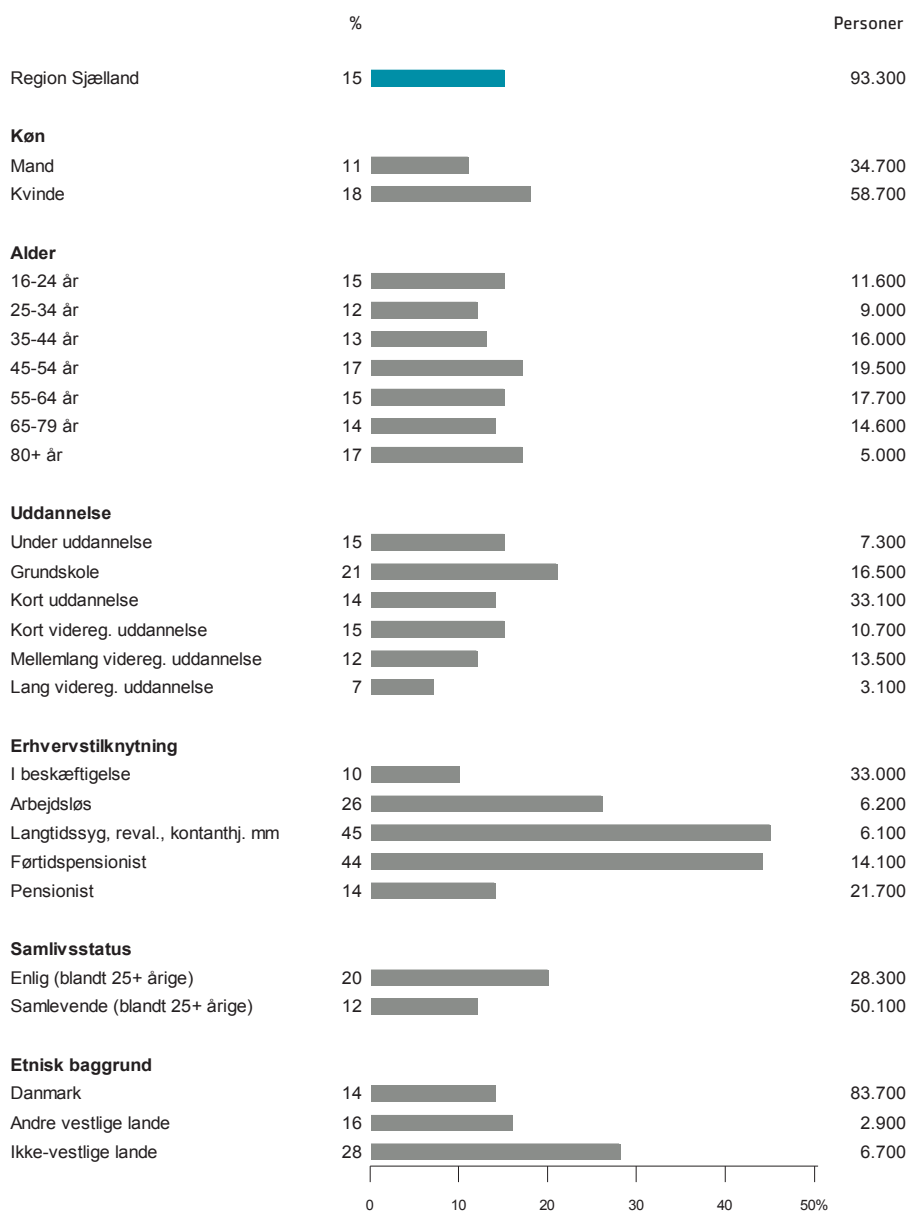
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Kommunevariation: Forekomsten af borgere meget generet af smerter fra bevægeapparatet er højest i Kalundborg, Lolland og Odsherred, hvor andelen er 34-35 procent og lavest i Lejre, hvor andelen er 25 procent, tabel 5.5.3. Alle de nævnte kommuner adskiller sig signifikant fra regionsgennemsnittet. Denne forskel bevares, når der tages højde for køn og alder. Der ses en tydelig social gradient, da andelen af borgere med selv vurderet mindre god eller dårlig fysisk form overvejende er større i kommunesocialgruppe 3 sammenlignet med kommunerne fra gruppe 1, se også figur 5.5.1.

Figur 5.5.1 Borgere meget generet af smerter fra bevægeapparatet



Tabel 5.5.4 Borgere meget generet af psykiske symptomer de seneste 14 dage



Køn og alder: Andelen med meget generende psykiske symptomer de seneste 14 dage er større blandt kvinder end blandt mænd, tabel 5.5.4. Andelen er størst blandt de 45-54årige og de 80+årige.

Uddannelse: Forekomsten af meget generende psykiske symptomer er mest udbredt blandt borgere med grundskole alene. Der ses en tendens til social gradient, da andelen falder med stigende uddannelseslængde.

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere med meget generende psykiske symptomer er markant højere blandt arbejdsløse end blandt beskæftigede, og andelen er endnu højere blandt langtidssyge, revalidender, kontanthjælpsmodtagere m.m. og blandt førtidspensionister, hvor andelen udgør knap halvdelen af borgerne.

Samliv: Forekomsten af meget generende psykiske symptomer ses oftere blandt enlige end blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Forekomsten af meget generende psykiske symptomer ses dobbelt så ofte blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Tabel 5.5.5 Borgere 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: Forekomsten af borgere, der er meget generet af psykiske symptomer, er højest i Slagelse, hvor andelen er 18 procent, og lavest i Holbæk, hvor andelen er 12 procent, tabel 5.5.5. Kun Slagelse Kommune adskiller sig signifikant fra regionsgennemsnittet. Denne forskel bevares, når der tages højde for køn og alder.

Afsnit 5.6 Sygefravær

Sygefravær opgøres i sundhedsprofilen på baggrund af deltagernes oplysninger om sygefravær inden for de seneste 14 dage og inden for det seneste år. Sygefravær defineres på denne måde i sundhedsprofilen:

- Sygefravær inden for de seneste 14 dage
- Sygefravær over 25 dage det seneste år

I Region Sjælland har 19 procent af borgerne, som er i beskæftigelse og under 65 år, haft sygefravær inden for de seneste 14 dage, se tabel 5.6.1. Det svarer til 64.200 personer. 7 procent af borgere har haft mere end 25 dages sygefravær inden for det seneste år, hvilket svarer til 22.300 personer.

Tabel 5.6.1 Borgere med sygefravær inden for de seneste 14 dage og borgere med mere end 25 dages sygefravær inden for det seneste år (under 65 år og i beskæftigelse)

	% Sygefravær inden for de seneste 14 dage	Personer	% Sygefravær > 25 dage seneste år	Personer
Region Sjælland	19	64.200	7,0	22.300
Køn				
Mand	15	26.200	4,9	8.400
Kvinde	23	38.000	9,4	13.900
Alder				
16-24 år	27	12.700	7,1	2.900
25-34 år	19	10.600	6,2	3.200
35-44 år	19	17.100	7,4	6.500
45-54 år	18	15.500	6,9	5.900
55-64 år	15	8.200	7,0	3.800
Uddannelse				
Under uddannelse	29	7.700	8,8	2.000
Grundskole	26	4.000	11,4	1.700
Kort uddannelse	17	21.800	6,9	8.600
Kort videreg. uddannelse	18	7.600	8,6	3.500
Mellemlang videreg. uddannelse	20	15.700	6,0	4.400
Lang videreg. uddannelse	13	4.500	3,1	1.100
Samlivsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	19	10.000	8,9	4.400
Samlevende (blandt 25+ årige)	17	40.600	6,4	14.500
Etnisk baggrund				
Danmark	19	60.000	6,7	20.300
Andre vestlige lande	17	1.500	8,7	700
Ikke-vestlige lande	29	2.600	15,5	1.300

Køn og alder: Andelen med såvel sygefravær inden for de seneste 14 dage som sygefravær over 25 dage det seneste år er mere udbredt blandt kvinder end blandt mænd. Sygefravær inden for de seneste 14 dage er mest udbredt blandt de

16-24årige, hvorefter andelen falder med stigende alder. Sygefravær over 25 dage det seneste år ses lige hyppigt i alle aldersgrupper.

Uddannelse: Sygefravær inden for de seneste 14 dage er mest udbredt blandt uddannelsessøgende, og forekommer næsthøjest blandt borgere med grundskole alene. Sygefravær over 25 dage det seneste år forekommer hyppigst blandt borgere med grundskole alene. For både sygefravær inden for de seneste 14 dage og for sygefravær over 25 dage det seneste år ses en tydelig tendens til en socialt betinget variation, da andelen falder med stigende uddannelseslængde.

Samliv: Der er ingen forskel på samlivsstatus, når det gælder forekomsten af sygefravær inden for de seneste 14 dage, mens forekomsten af sygefravær over 25 dage det seneste år er større blandt enlige end blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Forekomsten af såvel sygefravær inden for de seneste 14 dage som sygefravær over 25 dage det seneste år er større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund. Dette er mest udtalt for sygefravær over 25 dage det seneste år.

Tabel 5.6.2 Borgere med sygefravær inden for de seneste 14 dage, kommuner (under 65 år og i beskæftigelse)



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Forekomsten af borgere med sygefravær inden for de seneste 14 dage er højest i Vordingborg, hvor andelen er 23 procent, og lavest i Solrød, hvor andelen er 15 procent, tabel 5.6.2. Kun Solrød adskiller sig signifikant fra regionsgennemsnittet. Når der tages højde for køn og alder, er forekomsten i både Solrød og Slagelse signifikant mindre end regionsgennemsnittet.

Tabel 5.6.3 Borgere med mere end 25 dages sygefravær inden for det seneste år, kommuner (under 65 år og i beskæftigelse)

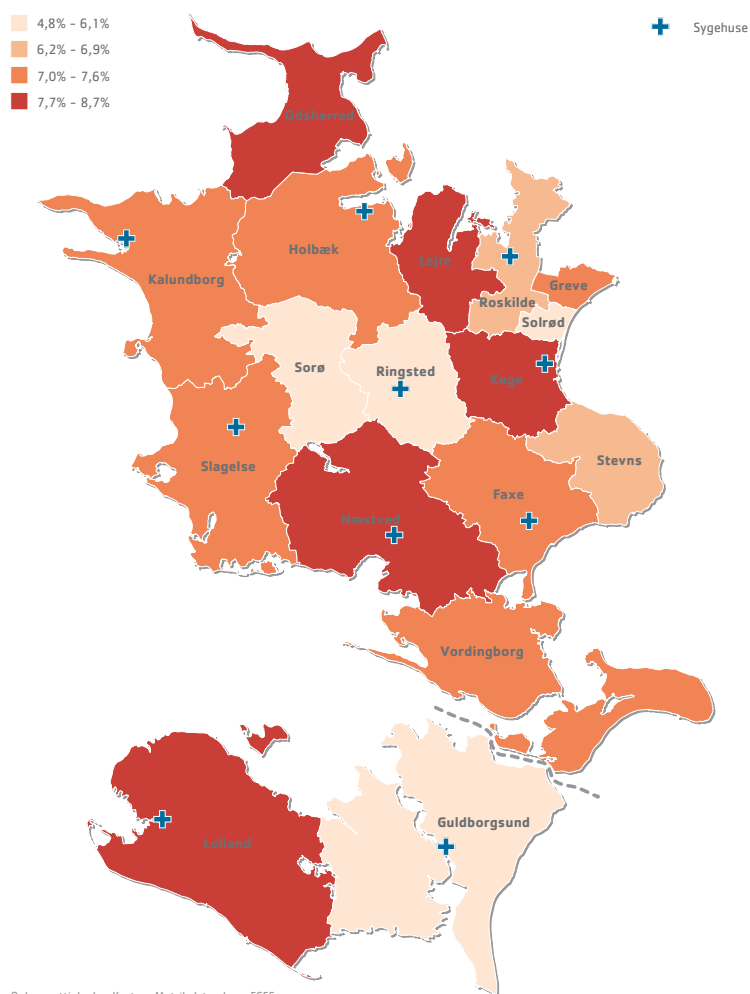


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Når det gælder andelen af borgere med mere end 25 dages sygefravær inden for det seneste år, er den lavest i Sorø, hvor andelen er 4,8 procent og højest i Lolland Kommune, hvor andelen er 8,7 procent, tabel 5.6.3. Ingen af disse resultater adskiller sig signifikant fra regionsgennemsnittet. Når der tages højde for køn og alder, er der fortsat ingen signifikant forskel mellem kommunerne. Se også figur 5.6.1.

Figur 5.6.1 Borgere med mere end 25 dages sygefravær inden for det seneste år



Afsnit 5.7 Socialt Netværk

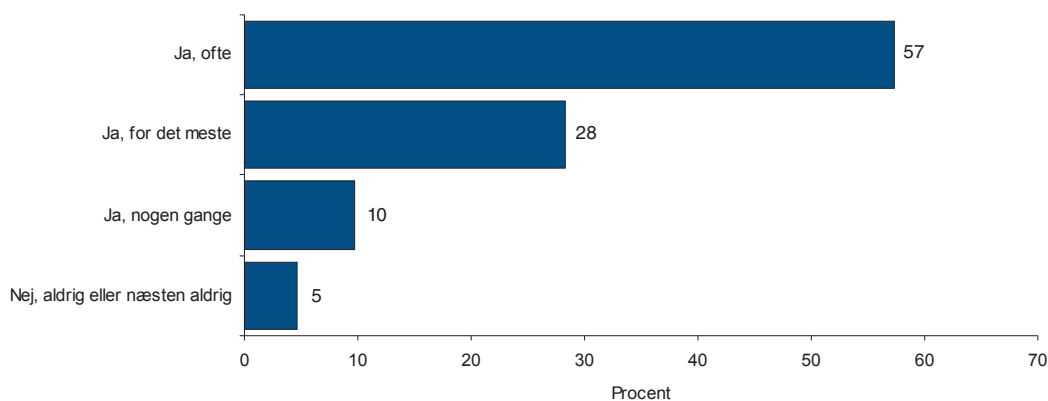
Tilknytning til andre mennesker - de sociale relationer - har betydning for helbredet. Et velfungerede socialt netværk kan virke som en betydelig støtte i håndteringen af belastninger. Omvendt kan et sparsomt socialt netværk forstærke den negative påvirkning fra sygdom eller problemer. Svage sociale relationer er relateret til mellem 1.000 og 1.500 dødsfald årligt, hvilket svarer til 1,8-2,6 procent af alle dødsfald. Sundhedsvæsenets årlige nettoomkostninger relateret til personer, som sjældent træffer familie eller ikke kan forvente hjælp fra andre i tilfælde af sygdom, er 151-300 mio. kr. (Statens Institut for Folkesundhed, 2006).

Området er komplekst. Der er ikke enighed om begreberne, og der forskes stadig i sammenhængen mellem socialt netværk og helbred. I sundhedsprofilen vurderes det sociale netværk ud fra parametrene: Nogen at tale med ved problemer og kontakt til familie, venner og naboer.

Nogen at tale med ved problemer

Funktionen af et socialt netværk kan vurderes på, i hvor høj grad borgeren har nogen at tale med, hvis der er problemer. Det fremgår af tabel 5.7.1, at 85 procent af borgerne ofte eller for det meste har nogen at tale med ved problemer, mens 10 procent nogle gange og 5 procent aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med ved problemer.

Tabel 5.7.1 Nogen at tale med, hvis der er problemer



Sjælden kontakt til familie, venner og naboer

I Region Sjælland er andelen, der har kontakt med familie eller med venner mindre end én gang om måneden lige stor, nemlig 7 procent af borgerne, tabel 5.7.2. Det svarer til 41.700 personer. 26 procent har tilsvarende sjælden kontakt med deres naboer, hvilket svarer til 165.700 personer.

I sundhedsprofilundersøgelsen er spurgt, hvor ofte deltageren er i kontakt med familie, venner/ kolleger og naboer. Kontakten kan bestå i at mødes, at tale i telefon sammen, skrive til hinanden eller lignende. I det følgende fokuseres på borgere i Region Sjælland med sjælden kontakt til det sociale netværk. Kontakt mindre end én gang om måneden regnes for sjælden kontakt.

Tabel 5.7.2 Borgere som har kontakt med socialt netværk mindre end én gang om måneden

	% Kontakt familie	Personer	% Kontakt venner/ kolleger	Personer	% Kontakt naboer	Personer
Region Sjælland	7	41.700	7	41.800	26	165.700
Køn						
Mand	8	24.000	7	21.400	24	76.500
Kvinde	5	17.700	7	20.400	28	89.200
Alder						
16-24 år	9	7.000	2	1.300	45	34.000
25-34 år	3	2.000	4	2.600	31	23.400
35-44 år	7	7.800	6	7.100	26	31.300
45-54 år	7	8.300	8	8.800	27	31.700
55-64 år	7	8.200	9	9.700	22	24.900
65-79 år	6	6.500	9	8.200	14	14.700
80+ år	7	2.000	18	4.100	21	5.700
Uddannelse						
Under uddannelse	11	5.500	2	900	45	22.400
Grundskole	7	5.900	12	8.800	23	17.600
Kort uddannelse	6	14.400	7	17.000	25	59.000
Kort videreg. uddannelse	5	3.600	6	4.300	25	17.200
Mellemlang videreg. uddannelse	5	5.800	4	4.900	25	28.300
Lang videreg. uddannelse	5	2.500	4	2.100	24	11.400
Erhvervstilknytning						
I beskæftigelse	5	17.000	5	17.900	27	92.300
Arbejdsløs	6	1.500	7	1.600	31	7.400
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	11	1.500	11	1.500	34	4.700
Førtidspensionist	13	4.200	15	4.400	29	9.300
Pensionist	6	9.400	10	13.800	15	22.200
Samlevsstatus						
Enlig (blandt 25+ årige)	9	12.800	8	11.100	26	36.100
Samlevende (blandt 25+ årige)	5	21.200	7	28.900	23	93.300
Etnisk baggrund						
Danmark	6	35.800	7	37.300	25	149.900
Andre vestlige lande	13	2.400	6	1.100	30	5.400
Ikke-vestlige lande	14	3.500	14	3.300	42	10.500

Køn og alder: Sjældnen kontakt med familie er mere udbredt blandt mænd end blandt kvinder, mens sjældnen kontakt med naboer er mere udbredt blandt kvinder end blandt mænd. Der er ses ingen forskel på mænd og kvinder i forhold til kontakt med venner/kolleger. Sjældnen kontakt til familie forekommer tre gange så hyppigt blandt de 16-24årige, som blandt de 25-34årige. Efter 35 års alderen er andelen stabil på 7 procent. Sjældnen kontakt med venner eller kolleger stiger med alderen, og blandt de 80+årige er andelen dobbelt så høj som blandt de 65-79årige. Når det gælder kontakt med naboer, har næsten halvdelen af de 16-24årige sjældnen kontakt med naboer, hvorefter andelen falder med stigende alder indtil 79 år.

Uddannelse: Sjælden kontakt til familie forekommer næsten dobbelt så ofte blandt de uddannelsessøgende i forhold til borgere i alle øvrige uddannelseskategorier. Sjælden kontakt med venner eller kolleger er mest udbredt blandt borgere med grundskole alene, og andelen falder med stigende uddannelseslængde. Sjælden kontakt med naboer ses hyppigst blandt de uddannelsessøgende, hvis andel er næsten dobbelt så høj som blandt borgere inden for de øvrige uddannelseskategorier.

Erhverv: Sjælden kontakt til familie såvel som til venner forekommer mere end dobbelt så ofte blandt førtidspensionister som blandt borgere i beskæftigelse og blandt arbejdsløse. Forekomsten af sjælden kontakt med naboer er mindst udbredt blandt pensionister, hvor andelen er halvt så stor som blandt borgere inden for de øvrige erhvervskategorier.

Samliv: Sjælden kontakt til familie forekommer hos 9 procent af de enlige, hvilket er dobbelt så hyppigt som blandt samlevende. Enlige har også lidt hyppigere sjælden kontakt med naboer end samlevende, mens samlivsstatus ikke har betydning, når det gælder sjælden kontakt til venner eller kolleger.

Etnisk baggrund: Sjælden kontakt til familie er dobbelt så udbredt blandt borgere med anden etnisk baggrund end dansk i forhold til borgere med dansk baggrund. Sjælden kontakt til venner eller kolleger ses dobbelt så hyppigt blandt borgere med ikke-vestlig baggrund som blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund. Endelig er sjælden kontakt til naboer næsten dobbelt så høj blandt borgere med ikke-vestlig baggrund som blandt borgere med dansk baggrund.

Se også sammenhæng mellem kronisk sygdom og socialt netværk er beskrevet i kapitel 6, side 267.



Kapitel 6

Kroniske sygdomme

Kroniske sygdomme

- 58 procent af borgerne over 16 år har mindst én kronisk sygdom
- 75 procent af de 65+årige har mindst én kronisk sygdom og 23 procent har tre eller flere kroniske sygdomme
- Forekomst af rygning og fysisk inaktivitet hos borgere med kronisk sygdom øges i takt med antallet af kroniske sygdomme
- 36 procent af borgerne med tre eller flere kroniske sygdomme, som er under 65 år og i arbejde, har haft sygefravær inden for de seneste 14 dage
- 25 procent af borgerne med tre eller flere kroniske sygdomme, som er under 65 år og i arbejde, har haft over 25 sygedage inden for det seneste år
- 10 procent af borgerne med tre eller flere kroniske sygdomme har kontakt med deres familie og 25 procent har kontakt med deres naboer mindre end én gang om måneden
- 10 procent af borgerne med tre eller flere kroniske sygdomme er begrænset i at udføre personlig pleje, 41 procent er begrænset i at udføre den daglige husholdning, og 28 procent er begrænset i at udføre udadvendte aktiviteter

Antallet af borgere med kronisk sygdom stiger. Det skyldes dels befolkningens stigende alder dels nye behandlingsmetoder, der betyder, at borgerne lever længere med deres kroniske sygdom. Denne udvikling forventes at fortsætte fremover. Sundhedsstyrelsen skønner, at mere end en tredjedel af befolkningen i Danmark lever med en eller flere kroniske sygdomme. Derfor oplever både region og kommuner stigende pres på sundhedsvæsenets tilbud inden for behandling, rehabilitering, forebyggelse, pleje og støtte. Selvom de ældre i dag generelt har et bedre helbred og er mindre nedslidte end tidligere, så er risikoen for at blive syg stadig større jo ældre, man bliver. Syv ud af ti ældre bruger regelmæssigt eller til stadighed medicin (Sundhedsstyrelsen, 2010).

- En sygdom er ifølge Sundhedsstyrelsen kronisk, hvis den opfylder en eller flere af følgende karakteristika:
- tilstanden er vedvarende og fører ubehandlet til dårligere livskvalitet og/eller tidligere død
- den efterlader blivende følger
- den skyldes ikke-reversible patologiske forandringer
- den kræver en særlig rehabiliteringsindsats eller må forventes at kræve langvarig overvågning, observation eller behandling

De typiske kroniske sygdomme i Danmark er hjerte-karsygdomme, sukkersyge, kroniske lungesygdomme, kræft, muskelskeletsygdomme, psykiske sygdomme samt allergi. De indgår alle i regeringsprogrammet »Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10«, hvor regeringen ønsker en fokuseret indsats overfor de store folkesygdomme.

Sundhedsprofilen beskriver borgernes selvrapporterede forekomst af ovennævnte kroniske sygdomme samt migræne/hyppig hovedpine i Region Sjælland

og undersøger sammenhængen mellem kronisk sygdom og borgernes sundhedsadfærd, selvoplevet helbred, sygefravær samt behov for hjælp.

Afsnit 6.1 Forekomst af kroniske sygdomme

- 58 procent af borgerne over 16 år har mindst én kronisk sygdom
- 75 procent af de 65+årige har mindst én kronisk sygdom, og 23 procent har tre eller flere kroniske sygdomme
- Allergi er den hyppigste sygdom blandt alle borgere, mens slidgigt og forhøjet blodtryk er de hyppigste lidelser blandt de ældre aldersgrupper

Forekomst af kroniske sygdomme kan opgøres på baggrund af registerdata og spørgeskemadata. Som led i den nationale standardisering af sundhedsprofildata opgøres sygdommene i denne rapport på baggrund af spørgeskemadata med spørgeskemaet »Hvordan har du det? 2010. I spørgeskemaet spørges til borgernes egen oplevelse af, om de har en kronisk sygdom. Der spørges ind til en liste med 16 kroniske sygdomme samt forhøjet blodtryk, selvom denne tilstand ikke er en sygdom, men en risikofaktor for udvikling af sygdom. I undersøgelsen er spurgt: »For hver af følgende sygdomme og helbredsproblemer bedes du angive, om du har den nu eller har haft den tidligere. Hvis du har haft den tidligere, bedes du angive, om du har eftervirkninger«. Hvis en person har svaret »ja, det har jeg nu« eller »ja, det har jeg haft tidligere og jeg har stadig eftervirkninger« anses personen i det følgende for at have en kronisk sygdom.

Dette afsnit af sundhedsprofilen beskriver den generelle forekomst af kroniske sygdomme, forekomsten af udvalgte sygdomme, samt tilstedeværelsen af flere kroniske sygdomme samtidigt. Når forekomsten af kronisk sygdom beskrives i forhold til f.eks. erhverv, skal resultaterne tolkes med forsigtighed. Rapporten siger således ikke noget om, hvorvidt det er patientens kroniske sygdom, der er årsag til pensionering i en tidlig alder, eller om der er en overhyppighed af visse sygdomme i visse socialgrupper.

I dette kapitel er der relativt få besvarelser for borgere under 45 år, borgere uden for arbejdsmarkedet og borgere med anden etnisk baggrund end dansk. Samtidig er der for nogle af de sjældnere kroniske sygdomme få besvarelser i enkelte kommuner. I de tilfælde, hvor der er få besvarelser i fx en aldersgruppe, et uddannelsesniveau eller en kommune, vil resultaterne være behæftet med meget stor usikkerhed. Disse resultater vises ikke, men markeres i stedet i tabellerne med -.

Forekomst af kroniske sygdomme

Kroniske sygdomme optræder hyppigere med alderen. Tabel 6.1.1 viser andelen med kronisk sygdom blandt hele befolkningen og blandt de 65+årige. I Region Sjælland har 58 procent af borgerne fra 16 år og derover kronisk sygdom. For de 65+årige er det 75 procent af borgerne, som har mindst én kronisk sygdom, tabel 6.1.1.

Allergi er den hyppigste sygdom i hele befolkningen, mens slidgigt og forhøjet blodtryk er de hyppigste lidelser blandt de ældre aldersgrupper.

Tabel 6.1.1 Borgere med kroniske sygdomme hos alle og hos 65+årige

	% Alle	Personer	% 65+årige	Personer
Uden kronisk sygdom	42	263.600	25	34.000
Hjertekarsygdomme				
Blodprop i hjertet	1	8.800	4	4.800
Hjertekrampe	2	14.200	5	5.800
Blodprop eller blødning i hjernen	2	9.700	4	5.400
Forhøjet blodtryk	19	121.500	43	57.500
Sukkersyge	5	31.100	11	14.500
Kræft	3	15.800	6	7.600
Luftvejslidelser				
Astma	8	49.000	7	9.200
KOL	5	30.900	11	13.500
Muskel-skeletlidelser				
Leddegigt	7	45.400	13	16.600
Slidgigt	23	144.300	47	61.800
Rygsygdomme	15	92.800	18	22.800
Knogleskørhed	3	17.900	9	10.800
Psykiske sygdomme				
Forbigående psykiske sygdomme	13	78.000	11	13.700
Vedvarende psykiske sygdomme	4	22.700	3	3.700
Nervesystemet				
Migræne, Hovedpine	18	111.300	10	12.600
Allergi	24	144.900	19	23.000
Flere kroniske sygdomme				
1 kronisk sygdom	29	180.500	30	40.000
2 kroniske sygdomme	16	99.000	22	29.400
3 + kroniske sygdomme	14	85.700	23	30.100

Hjerte-karsygdomme

Forekomsten af hjertekarsygdomme er faldet gennem de sidste mange år, men er alligevel én af de hyppigst forekommende livstruende kroniske sygdomme herhjemme, og kan være årsag til betydelig funktionsnedsættelse og nedsat livskvalitet hos den enkelte.

Hjerte-karsygdomme omfatter en lang række sygdomme, hvor de hyppigste er hjertekrampe, blodprop i hjertet samt blødning eller blodprop i hjernen. Disse sygdomme – samt forhøjet blodtryk, som udgør en risikofaktor for udvikling af

hjerter-karsygdomme – bliver i det følgende beskrevet sammen under betegnelsen hjerter-karsygdomme.

Hjerter-karsygdomme udgør en af de største økonomiske omkostninger for samfundet.

Blodprop i hjertet og hjertekrampe

Blandt borgerne i Region Sjælland har 1,41 procent haft en blodprop i hjertet, svarende til 8.800 personer. 2,3 procent har haft hjertekramper, svarende til 14.200 personer, tabel 6.1.2.

Tabel 6.1.2 Borgere, der har blodprop i hjertet eller hjertekrampe

	% Blodprop i hjertet	Personer	% Hjertekrampe	Personer
Region Sjælland	1,41	8.800	2,3	14.200
Køn				
Mand	2,06	6.400	2,4	7.300
Kvinde	0,75	2.400	2,2	6.900
Alder				
16-24 år	-	-	1,4	1.000
25-34 år	-	-	0,8	600
35-44 år	-	-	0,9	1.100
45-54 år	1,04	1.200	2,1	2.500
55-64 år	1,88	2.100	2,8	3.200
65-79 år	3,73	3.800	4,1	4.100
80+ år	3,72	1.000	6,4	1.700
Uddannelse				
Under uddannelse	-	-	1,6	800
Grundskole	2,70	2.000	4,0	2.900
Kort uddannelse	1,56	3.700	2,1	5.100
Kort videreg. uddannelse	0,49	300	1,7	1.100
Mellemlang videreg. uddannelse	0,93	1.000	1,7	2.000
Lang videreg. uddannelse	1,14	500	1,2	600
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	0,59	2.000	1,1	3.600
Arbejdsløs	-	-	2,4	600
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	-	-	6,0	800
Førtidspensionist	3,23	1.000	5,8	1.800
Pensionist	3,37	4.900	4,2	6.100
Samlivsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	1,89	2.500	3,3	4.400
Samlevende (blandt 25+ årige)	1,36	5.400	2,0	8.000
Etnisk baggrund				
Danmark	1,37	8.000	2,2	12.500
Andre vestlige lande	-	-	3,3	600
Ikke-vestlige lande	-	-	4,5	1.100

- For få besvarelser til, at der kan gives resultater

Køn og alder: Flere end dobbelt så mange mænd som kvinder fortæller, at de har haft en blodprop i hjertet. I forekomsten af hjertekrampe er der derimod ingen

kønsforskel. For begge sygdomme gælder, at forekomsten stiger med alderen. Der er for eksempel næsten fire gange så mange blandt de 65+årige, der fortæller, at de har haft en blodprop i hjertet set i forhold til de 45-54årige.

Uddannelse: For begge sygdomme gælder, at forekomsten falder med stigende uddannelseslængde, og dermed er der en tydelig socialt betinget variation i forekomsten af disse sygdomme. Dette er mere udtalt for hjertekramper end for blodprop i hjertet. Blandt borgere med grundskole alene er forekomsten af disse sygdomme 2 - 4 gange hyppigere end blandt borgere med en lang videregående uddannelse.

Erhverv: For begge sygdomme er forekomsten højere blandt arbejdsløse, langtidssyge, førtidspensionister end blandt borgere i beskæftigelse.

Samliv: For begge sygdomme er forekomsten højere blandt enlige end blandt samlevende.

Etnisk Baggrund: Blandt borgere med ikke-vestlig baggrund og borgere med anden vestlig baggrund er forekomsten af blodprop i hjertet og især hjertekrampe højere sammenlignet med borgere med dansk baggrund.

Tabel 6.1.3 Borgere, der har blodprop i hjertet, kommuner



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Odds Ratio*: Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der tages højde for køn og alder

- For få besvarelser til, at der kan gives resultater

Kommunevariation: Forekomsten af blodprop i hjertet er lavest i Vordingborg med 0,81 procent, hvilket er signifikant lavere end gennemsnittet i regionen, og højest i Kalundborg med 2,01 procent, tabel 6.1.3 og figur 6.1. Når der tages

Tabel 6.1.4 Borgere, der har hjertekrampe, kommuner

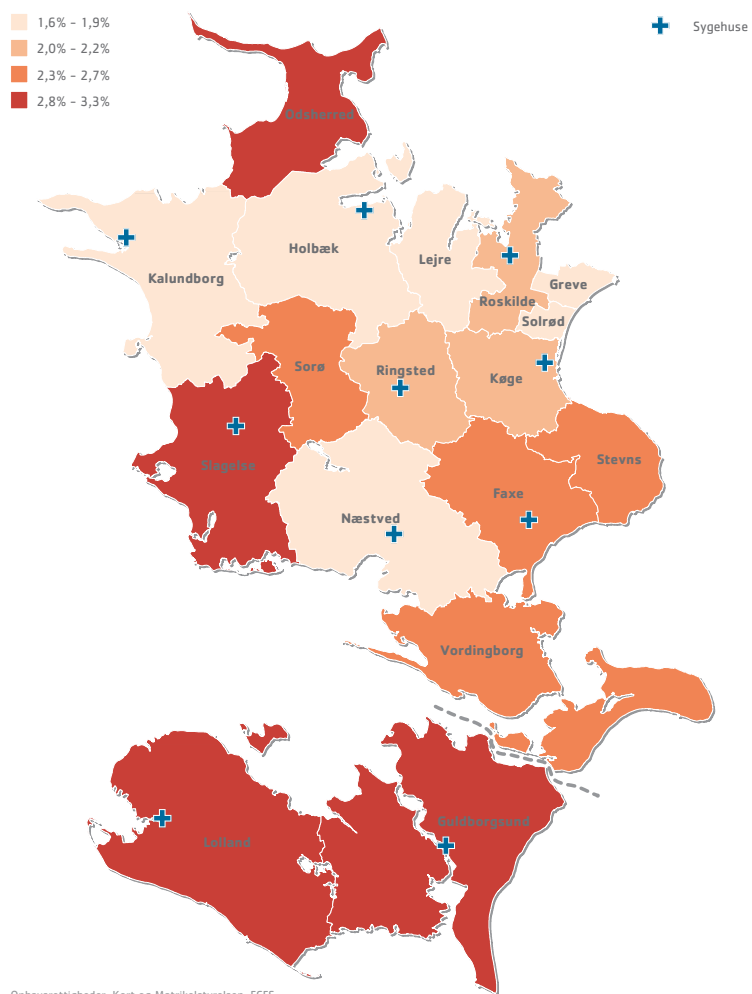


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Forekomsten af hjertekrampe er lavest i Kalundborg og Greve med hver 1,6 procent og højest i Lolland med 3,3 procent, hvilket er signifikant højere end regionsgennemsnittet, tabel 6.1.4 og figur 6.2. Når der tages højde for køn og alder, er denne forskel ikke længere signifikant. Der ses en tendens til social gradient, da forekomsten af borgere med hjertekrampe overvejende er højere i kommunerne i kommunesocialgruppe 3 sammenlignet med kommunerne fra gruppe 1. Ingen af disse forskelle er dog signifikante.















































Figur 6.2 Borgere, der har hjertekrampe



Blødning/ blodprop i hjernen og forhøjet blodtryk

Blandt borgerne i Region Sjælland har knap 2 procent haft blødning/blodprop i hjernen og 19 procent har forhøjet blodtryk, svarende til henholdsvis 9.700 personer og 121.500 personer tabel 6.1.5.

Tabel 6.1.5 Forekomst af hjerneblødning/blodprop i hjernen og forhøjet blodtryk

	% Hjerneblødn/blodpr	Personer	% Forhøjet blodtryk	Personer
Region Sjælland	1,6 	9.700	19 	121.500
Køn				
Mand	1,6 	5.100	19 	59.100
Kvinde	1,5 	4.600	20 	62.400
Alder				
16-24 år	-	-	2 	1.300
25-34 år	-	-	3 	2.600
35-44 år	0,4 	500	7 	7.900
45-54 år	1,1 	1.200	17 	19.800
55-64 år	1,9 	2.100	28 	32.300
65-79 år	3,8 	3.800	42 	43.900
80+ år	6,1 	1.600	47 	13.600
Uddannelse				
Under uddannelse	-	-	1 	700
Grundskole	3,1 	2.300	34 	25.500
Kort uddannelse	1,8 	4.200	20 	48.100
Kort videreg. uddannelse	1,2 	800	18 	12.200
Mellemlang videreg. uddannelse	1,1 	1.300	15 	17.400
Lang videreg. uddannelse	0,6 	300	13 	6.200
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	0,5 	1.600	12 	40.300
Arbejdsløs	-	-	14 	3.300
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	2,6 	300	21 	2.700
Førtidspensionist	5,9 	1.800	29 	9.200
Pensionist	3,5 	5.000	41 	61.200
Samlevsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	2,6 	3.500	28 	37.700
Samlevende (blandt 25+ årige)	1,4 	5.500	19 	76.200
Etnisk baggrund				
Danmark	1,6 	9.100	20 	115.300
Andre vestlige lande	-	-	19 	3.400
Ikke-vestlige lande	-	-	12 	2.700

- For få besvarelser til, at der kan gives resultater

Køn og alder: Der er ingen kønsforskel for forekomst af blødning/blodprop i hjernen og forhøjet blodtryk. For begge sygdomme gælder, at forekomsten stiger markant med alderen. Blandt de 80+årige har næsten halvdelen forhøjet blodtryk, hvorimod det kun er 3 procent blandt de 25-34årige.

Uddannelse: For begge sygdomme gælder, at forekomsten falder med stigende uddannelseslængde. Sammenlignet med borgere med en lang videre-

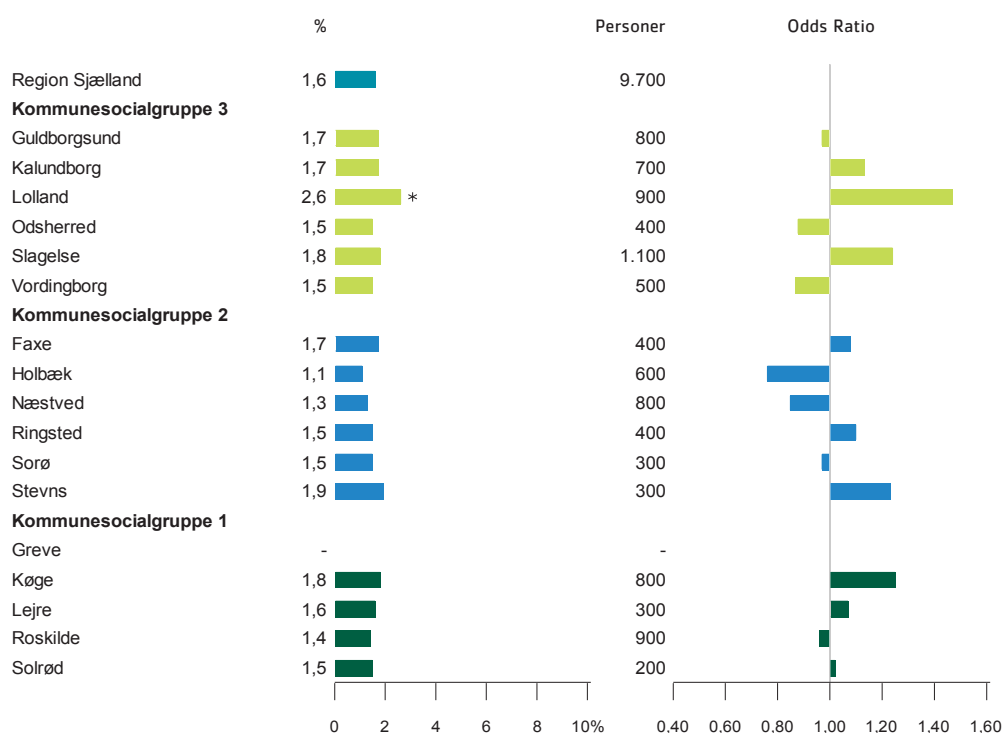
gående uddannelse er forekomsten af blødning/ blodprop i hjernen og forhøjet blodtryk henholdsvis fem og tre gange så hyppig blandt borgere med grundskole alene.

Erhverv: For hjerneblødning/ blodprop i hjernen er forekomsten højere blandt arbejdsløse, langtidssyge og førtidspensionister end blandt borgere i beskæftigelse. I forhold til forhøjet blodtryk ses næsten samme billede. Dog er der ikke forskel på forekomsten blandt beskæftigede og blandt arbejdsløse.

Samliv: For begge sygdomme gælder, at forekomsten blandt enlige er større end blandt samlevende.

Etnisk Baggrund: Der er ingen forskel på forekomsten af hjerneblødning/ blodprop i hjernen blandt de etniske grupper, mens forhøjet blodtryk forekommer hyppigst blandt borgere med dansk oprindelse.

Tabel 6.1.6 Borgere med hjerneblødning/ blodprop i hjernen, kommuner



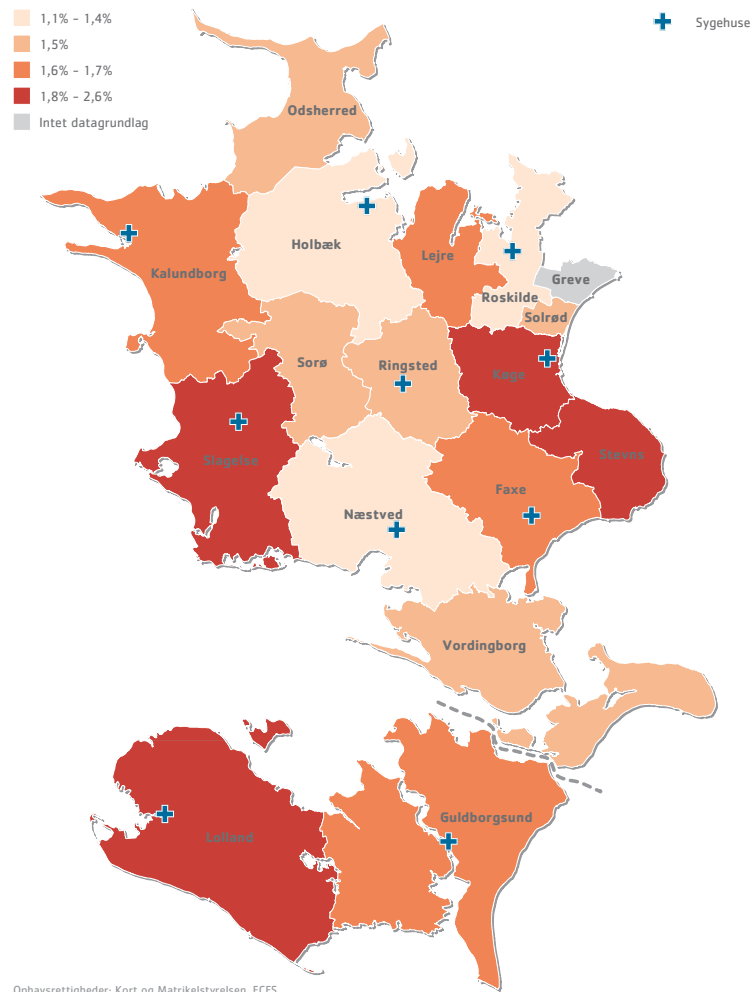
* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

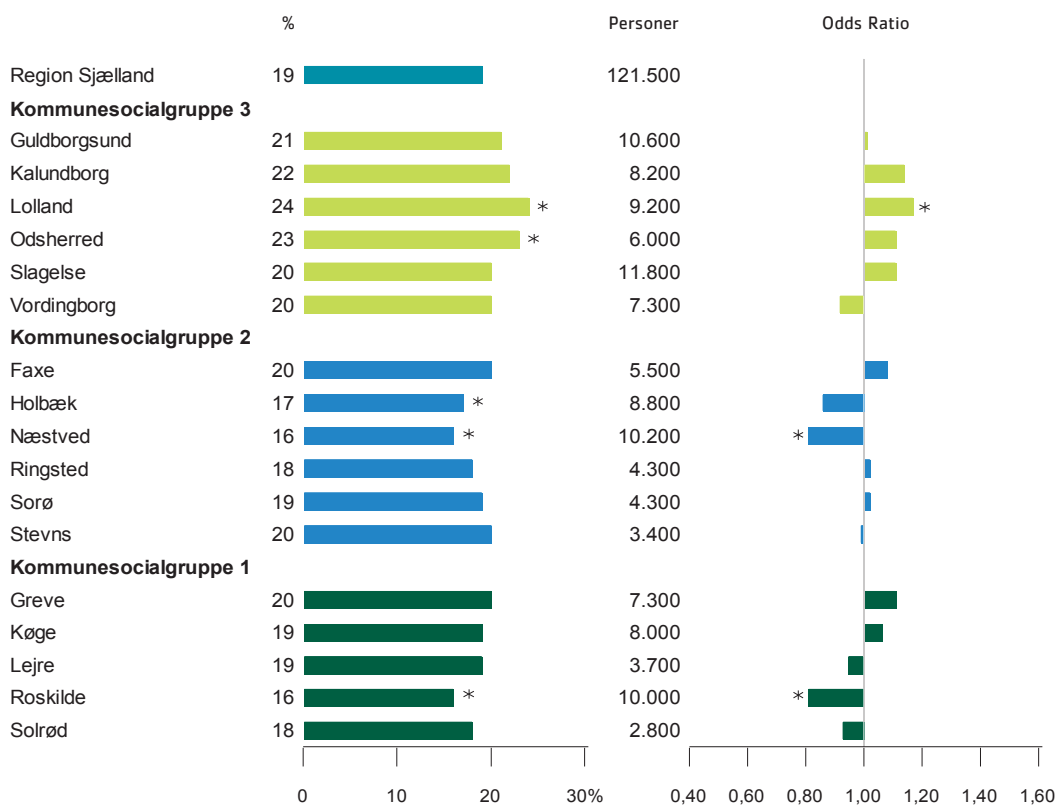
- For få besvarelser til, at der kan gives resultater

Kommunevariation: Forekomsten af hjerneblødning/ blodprop i hjernen varierer mellem kommunerne fra 1,1 procent i Holbæk til 2,6 procent i Lolland Kommune, hvilket er signifikant højere end gennemsnittet, tabel 6.1.6 og figur 6.3. Der er ingen signifikante forskelle mellem kommunerne, når der tages højde for køn og alder.

Figur 6.3 Borgere med hjerneblødning/ blodprop i hjernen



Tabel 6.1.7 Borgere med forhøjet blodtryk, kommuner

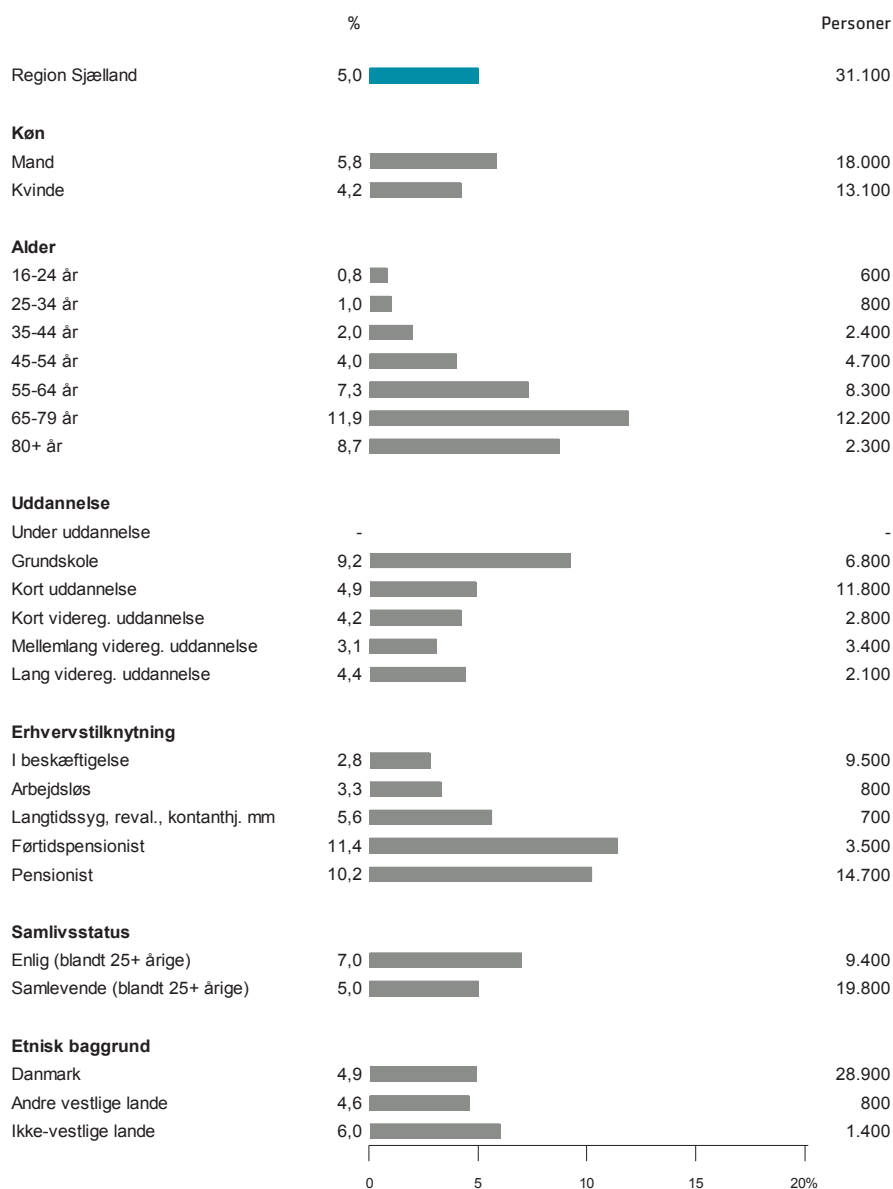


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Forekomsten af forhøjet blodtryk varierer fra 16 procent i Næstved og Roskilde, begge signifikant lavere end regionsgennemsnittet, til 24 procent i Lolland Kommune, som er signifikant højere end gennemsnittet, tabel 6.1.7 og figur 6.4. Når der tages højde for køn og alder, ændres billedet ikke.

Tabel 6.1.8 Forekomst af sukkersyge



- For få besvarelser til, at der kan gives resultater

Køn og alder: Sukkersyge forekommer hyppigere blandt mænd end kvinder. Forekomsten stiger markant med alderen og er hyppigst i aldersgruppen 65-79 år, hvor 12 procent har sukkersyge, mens forekomsten blandt de 16-24årige er under 1 procent.

Uddannelse: Andelen af borgere med sukkersyge falder med stigende uddannelseslængde indtil borgere med mellemlang videregående uddannelse. Der er således sociale forskelle i forekomsten af sukkersyge, som forekommer dobbelt så hyppigt blandt borgere med kun grundskole alene sammenlignet med borgere med en lang videregående uddannelse.

Erhverv: Forekomsten af sukkersyge er lidt højere blandt borgere uden beskæftigelse sammenlignet med borgere i beskæftigelse. 11 procent af førtidspensionister har sukkersyge.

Samliv: Forekomst af sukkersyge er lidt højere blandt enlige end blandt samlevende.

Etnisk Baggrund: Forekomsten af sukkersyge er lidt højere blandt borgere med ikke-vestlig baggrund i forhold til borgere med dansk baggrund.

Tabel 6.1.9 Borgere med sukkersyge, kommuner

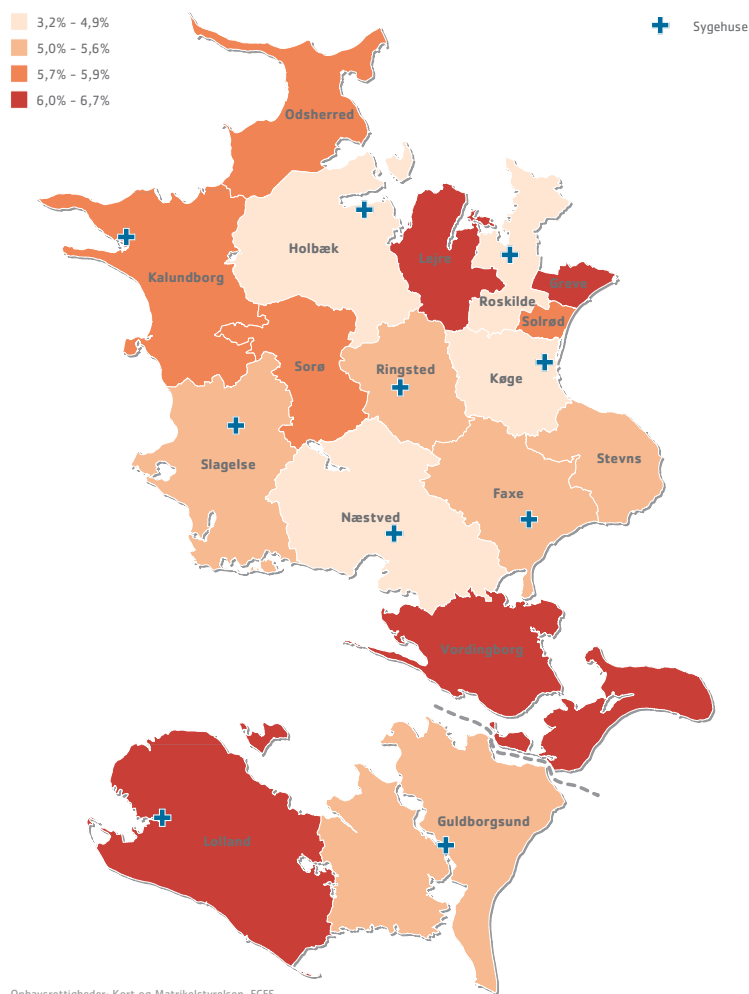


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Forekomsten af sukkersyge varierer fra godt 3 procent i Roskilde, hvilket er signifikant lavere end regionsgennemsnittet til knap 7 procent i Vordingborg, hvilket er signifikant højere end gennemsnittet, tabel 6.1.9. Når der tages højde for alder og køn, er Vordingborgs andel ikke længere signifikant højere end gennemsnittet, mens de to andre kommuner bevarer deres signifikante forskel fra regionsgennemsnittet, se også figur 6.5.

Figur 6.5 Borgere med sukkersyge



Kræft

Kræft er betegnelsen for en gruppe sygdomme, kendetegnet ved uhæmmet celle-vækst. Det er sjældent en enkelt risikofaktor, der er årsagen til kræftsygdomme, men flere faktorer, der i samspil forårsager udviklingen af kræft. Af hyppige årsager til mange af kræftsygdommene kan nævnes alder, rygning, manglende fysisk aktivitet, usund, ensidig kost, alkohol og overvægt. Ubehandlet er næsten alle kræftformer dødelige. Det betyder, at en lav forekomst i Sundhedsprofilen ikke nødvendigvis betyder, at kræft er mindre hyppig i visse grupper, men at der er færre, der lever med kræft i disse grupper. Dette kan enten skyldes en mindre hyppig forekomst eller en højere dødelighed. Det skønnes, at rygning er årsag til omkring 5.000 nye kræfttilfælde om året.

Denne sundhedsprofil beskriver alle former for kræft under ét.

I Region Sjælland har knap 3 procent af borgerne haft eller har aktuelt kræft, hvilket svarer til 15.800 personer, tabel 6.1.10.

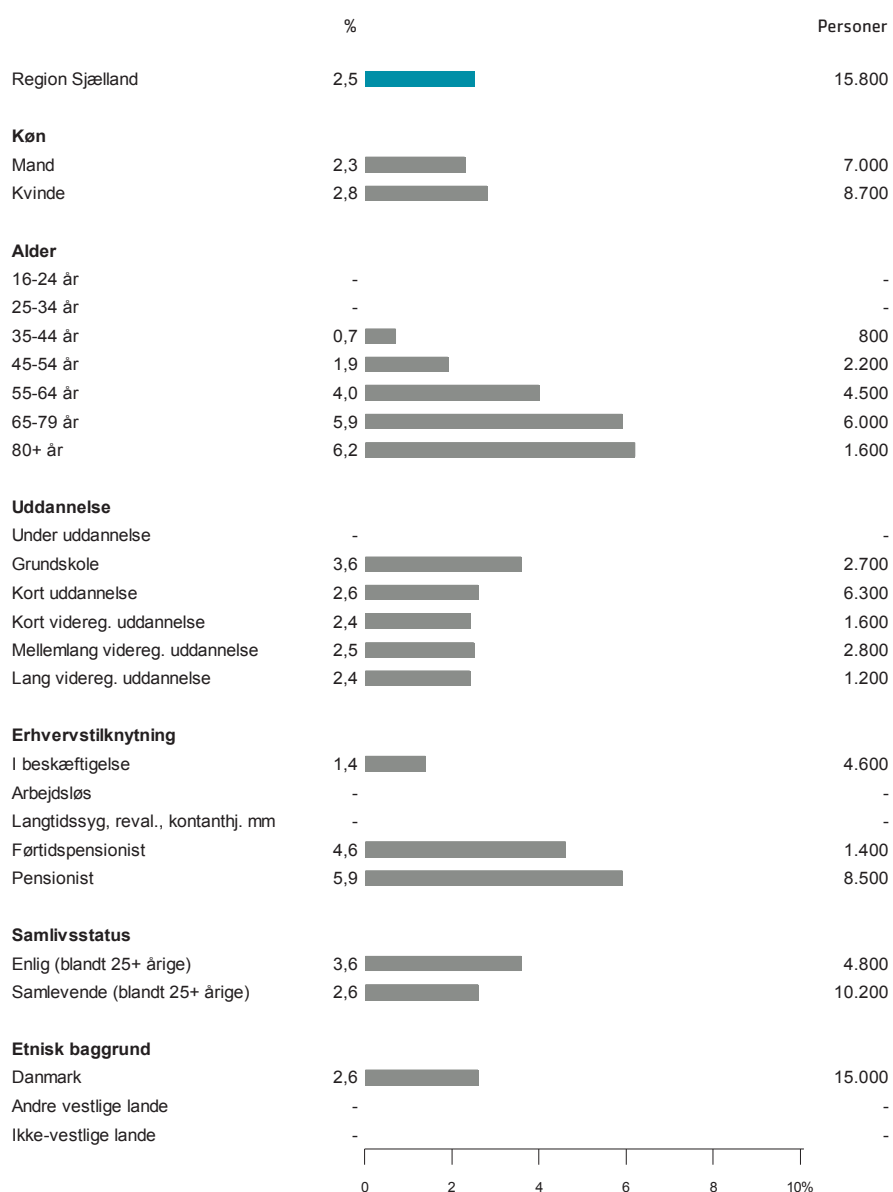
Køn og alder: Kræft ses lidt hyppigere blandt kvinder end mænd. Forekomsten stiger markant med alderen og ses hyppigst blandt de ældste borgere fra 80 år og opæfter. I denne aldersgruppe har 6 procent af borgerne kræft.

Uddannelse: Andelen af borgere med kræft er højest blandt borgere med grundskole alene.

Erhverv: Sammenlignes borgere i beskæftigelse er forekomsten af kræft mere end tre gange så høj blandt førtidspensionister og pensionister.

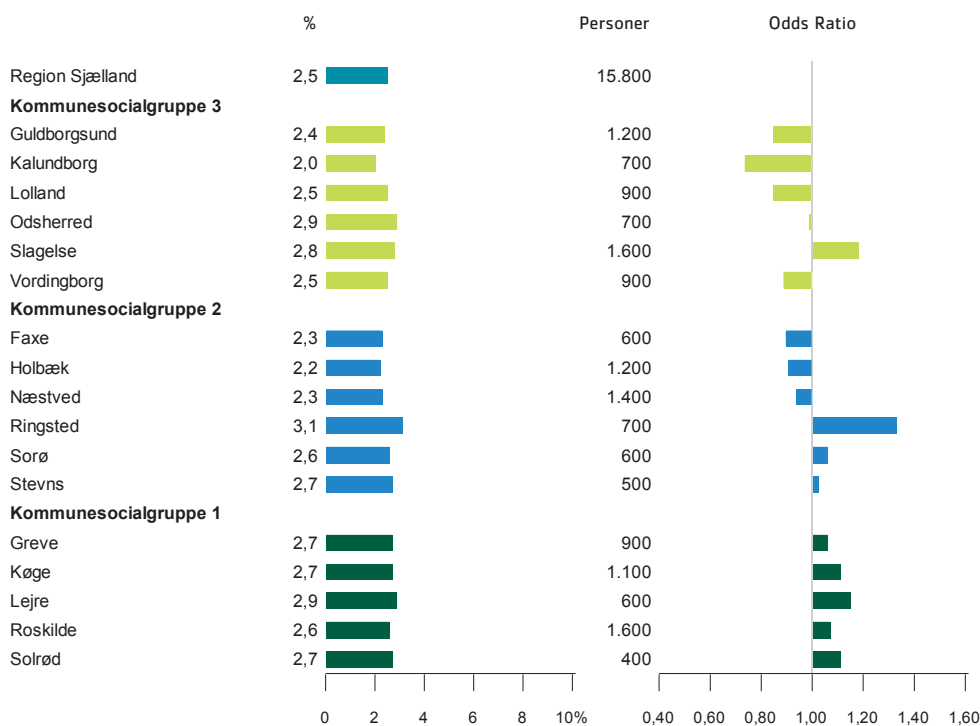
Samliv: Forekomsten af kræft er lidt højere blandt enlige end blandt samlevende.

Tabel 6.1.10 Forekomst af kræft



- For få besvarelser til, at der kan gives resultater

Tabel 6.1.11 Borgere med Kræft, kommuner

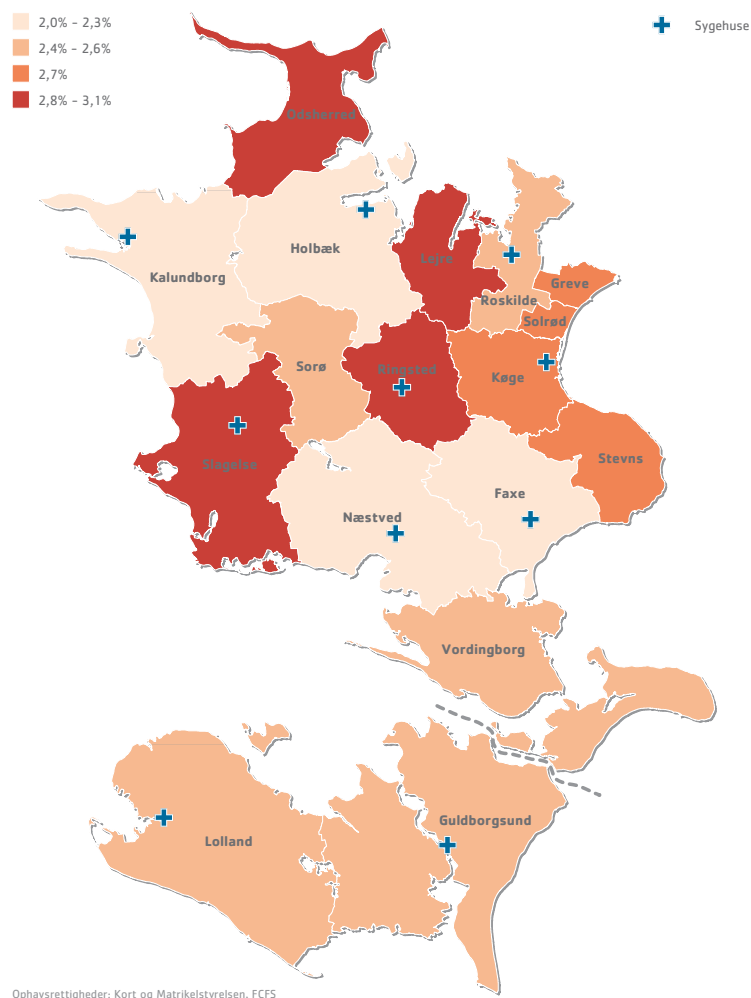


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Forekomsten af kræft varierer fra 2 procent i Kalundborg til godt 3 procent i Ringsted, tabel 6.1.11 og figur 6.6. Der er ingen signifikant variation mellem kommunerne, heller ikke når der tages højde for køn og alder.

Figur 6.6 Borgere med kræft

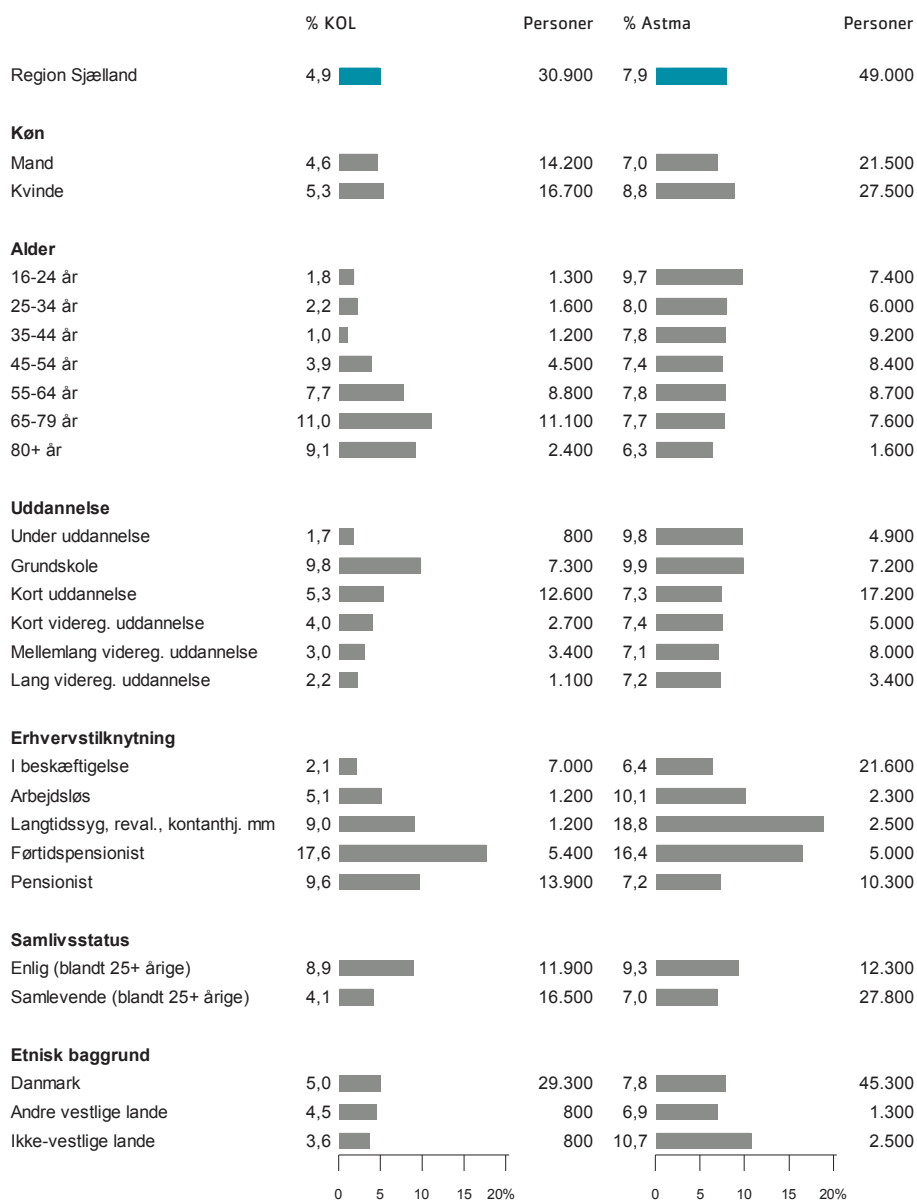


Sygdomme i Luftvejene – KOL og Astma

Kroniske luftvejslidelser omfatter de to store folkesygdomme KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom, også kaldet rygerlunger) samt astma. Mens årsagerne til en stigende forekomst af astma stadig er uafklaret, er rygning skyld i de fleste tilfælde af KOL. KOL kan være en meget invaliderende sygdom med tilbagevendende luftvejsinfektioner og tab af lungefunktion, som medfører øget sygelighed, forringet livskvalitet og forkortet levetid.

Denne sundhedsprofil beskriver forekomsten af KOL og astma. I Region Sjælland har 5 procent af borgerne KOL, hvilket svarer til 30.900 personer. 8 procent af borgerne har astma svarende til 49.000 personer, tabel 6.1.12.

Tabel 6.1.12 Borgere med KOL og astma



Køn og alder: Der ses lidt flere kvinder end mænd, som har KOL eller astma. Forekomsten af KOL stiger markant med alderen. Således har mere end 11 procent af de 65+årige KOL. Forekomsten af astma er højere blandt de 16-24årige, og der ses et svagt fald med stigende alder.

Uddannelse: Forekomsten af KOL og astma falder med stigende uddannelseslængde – mest markant for KOL. Andelen af borgere med KOL og astma er højest blandt borgere med grundskole alene, og er lavest blandt borgere med en lang videregående uddannelse.

Erhverv: Blandt borgere i beskæftigelse er forekomsten af astma højere end forekomsten af KOL. For begge sygdomme er forekomsten højere blandt arbejdsløse end blandt beskæftigede og højest blandt langtidssyge, revalidender, kontant-hjælpsmodtagere m.m. (astma) og førtidspensionister (KOL).

Samliv: Forekomsten af både KOL og astma er lidt hyppigere blandt enlige end blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Der er ingen betydelig forskel i forekomsten af KOL i forhold til etnisk baggrund. Forekomsten af astma er større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund end blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Tabel 6.1.13 Borgere med KOL, kommuner

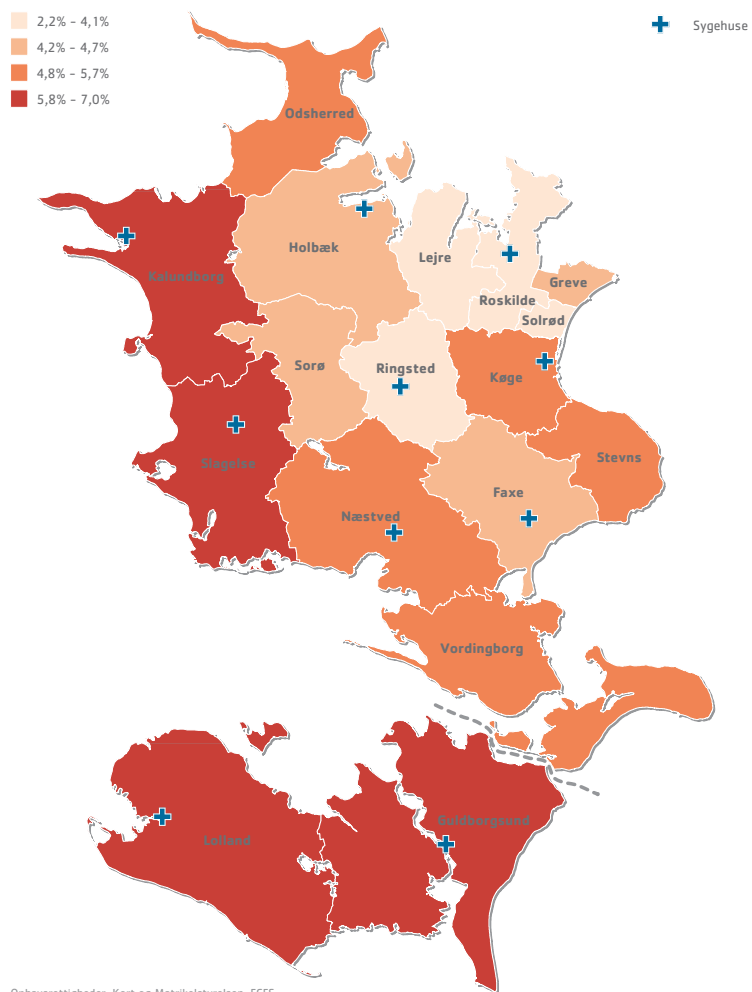


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Andelen af borgere med KOL varierer fra godt 2 procent i Lejre, hvilket er signifikant lavere end regionsgennemsnittet, til 7 procent i Kalundborg, hvilket er signifikant højere end gennemsnittet, tabel 6.1.13 og figur 6.7. Når der tages højde for alder og køn ses en social gradient, da andelen af borgere med KOL er højere i kommunerne fra kommunesocialgruppe 3, sammenlignet med kommunerne fra gruppe 1.

Figur 6.7 Borgere med KOL



Tabel 6.1.14 Borgere med astma, kommuner



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Andelen af borgere med astma varierer fra under 6 procent i Lejre, hvilket er signifikant lavere end regionsgennemsnittet, til godt 10 procent i Greve, hvilket er signifikant højere end gennemsnittet, tabel 6.1.14 og figur 6.8. Når der tages højde for alders- og kønsforskellene mellem kommunerne, bevares forskellen i forhold til regionsgennemsnittet. Der ses ingen tendens til socialt betinget variation for astma mellem kommunesocialgrupperne.

Tabel 6.1.15 Forekomst af slidgigt og leddegigt

	% Leddegigt	Personer	% Slidgigt	Personer
Region Sjælland	7,3	45.400	23	144.300
Køn				
Mand	7,2	22.200	18	57.300
Kvinde	7,5	23.200	27	86.900
Alder				
16-24 år	1,2	900	1	700
25-34 år	1,7	1.200	4	2.700
35-44 år	4,3	5.000	10	11.500
45-54 år	8,0	9.200	23	26.900
55-64 år	11,2	12.500	36	40.700
65-79 år	12,4	12.300	45	46.600
80+ år	17,3	4.300	55	15.200
Uddannelse				
Under uddannelse	-	-	1	600
Grundskole	14,7	10.700	40	30.100
Kort uddannelse	7,8	18.300	23	55.300
Kort videreg. uddannelse	5,6	3.700	23	16.000
Mellemlang videreg. uddannelse	5,2	5.800	20	23.100
Lang videreg. uddannelse	4,3	2.000	13	6.400
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	4,4	14.900	14	48.000
Arbejdsløs	7,2	1.700	17	3.900
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	16,6	2.100	36	4.700
Førtidspensionist	22,7	6.800	49	15.200
Pensionist	12,4	17.500	46	67.000
Samlevsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	10,2	13.400	33	44.800
Samlevende (blandt 25+ årige)	7,4	29.200	23	92.000
Etnisk baggrund				
Danmark	7,0	40.200	23	136.900
Andre vestlige lande	12,4	2.300	21	3.900
Ikke-vestlige lande	12,7	2.900	15	3.500

- For få besvarelser til, at der kan gives resultater

Køn og alder: Forekomsten af slidgigt ses oftere hos kvinder end hos mænd, hvorimod der ikke er kønsforskel i forekomst af leddegigt. Forekomst af slidgigt og leddegigt stiger markant med alderen, mest markant for slidgigt.

Uddannelse: Forekomsten af slidgigt og leddegigt falder med stigende uddannelseslængde.

Erhverv: For begge sygdomme er forekomsten højere blandt arbejdsløse end blandt beskæftigede og højest blandt langtidssyge, revalidender, kontanthjælpsmodtagere m.m og førtidspensionister.

Samliv: Forekomsten af både slidgigt og leddegigt ses hyppigere blandt enlige end blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Forekomst af slidgigt ses hyppigst hos borgere med dansk baggrund, mens forekomsten af leddegigt ses hyppigst hos borgere med ikke-vestlig baggrund.

Tabel 6.1.16 Borgere med slidgigt, kommuner

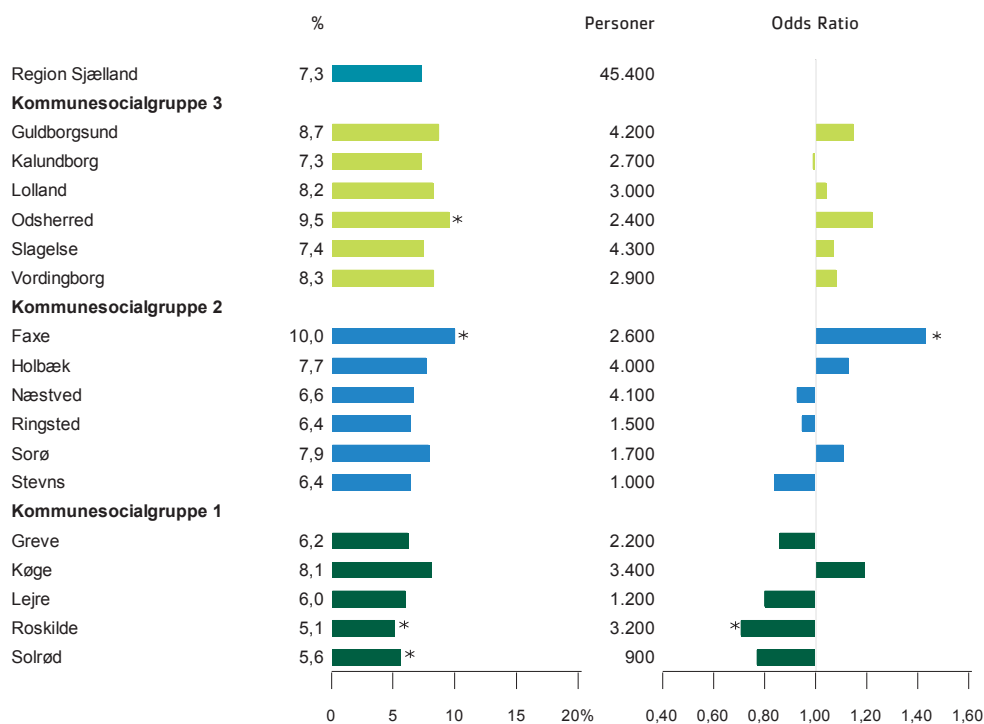


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Andelen af borgere med slidgigt varierer fra 18 procent i Roskilde, hvilket er signifikant under regionsgennemsnittet, til 28 procent i Lolland Kommune, hvilket er signifikant over gennemsnittet, 6.1.16 og figur 6.9. Når der tages højde for alders- og kønsforskellene, er fem af kommunerne stadig signifikant forskellige fra regionsgennemsnittet. Der ses en social gradient, da andelen af borgere med slidgigt er højere i kommunesocialgruppe 3 sammenlignet med kommunerne fra gruppe 1.

Tabel 6.1.17 borgere med leddegigt, kommuner

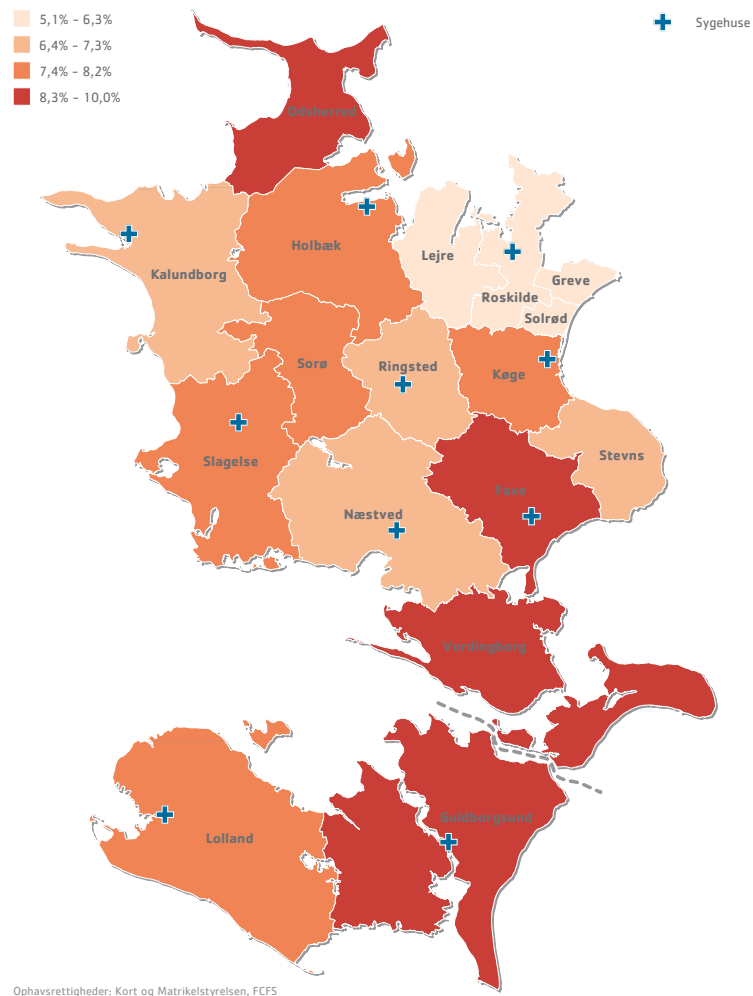


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Andelen af borgere med leddegigt varierer fra godt 5 procent i Roskilde, hvilket er signifikant under regionsgennemsnittet, til 10 procent i Faxe, hvilket er signifikant over gennemsnittet, tabel 6.1.17 og figur 6.10. Når der tages højde for alder og køn ses en tendens til social gradient, da andelen af borgere med leddegigt er større i kommunerne fra kommunesocialgruppe 3 sammenlignet med kommunerne fra gruppe 1.

Figur 6.10 Borgere med leddegigt



Rygsygdomme og knogleskørhed

I Region Sjælland har 15 procent af borgerne rygsygdomme, hvilket svarer til 92.800 personer. Knap 3 procent af borgerne oplyser, at de har knogleskørhed, svarende til 17.900 personer, tabel 6.1.18.

Tabel 6.1.18 Borgere med ryg sygdomme og knogleskørhed

	% Rygsygdomme	Personer	% Knogleskørhed	Personer
Region Sjælland	15	92.800	2,9	17.900
Køn				
Mand	14	44.600	0,9	2.700
Kvinde	15	48.200	4,8	15.100
Alder				
16-24 år	6	4.300	-	-
25-34 år	8	6.100	-	-
35-44 år	13	15.800	0,4	500
45-54 år	19	21.800	1,6	1.800
55-64 år	19	21.900	3,7	4.100
65-79 år	19	19.000	6,8	6.800
80+ år	15	3.800	15,1	4.000
Uddannelse				
Under uddannelse	6	2.800	-	-
Grundskole	20	15.100	5,6	4.100
Kort uddannelse	16	37.300	2,5	5.900
Kort videreg. uddannelse	16	11.000	2,4	1.600
Mellemlang videreg. uddannelse	13	14.900	2,1	2.400
Lang videreg. uddannelse	11	5.000	1,2	500
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	12	40.600	0,6	2.200
Arbejdsløs	17	4.000	-	-
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	33	4.400	3,8	500
Førtidspensionist	38	11.800	9,8	3.000
Pensionist	18	25.800	7,3	10.500
Samlevsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	19	25.700	5,6	7.400
Samlevende (blandt 25+ årige)	15	60.000	2,1	8.500
Etnisk baggrund				
Danmark	14	84.600	2,8	16.100
Andre vestlige lande	17	3.200	4,1	700
Ikke-vestlige lande	22	5.000	4,5	1.000

- For få besvarelser til, at der kan gives resultater

Køn og alder: Der er ikke kønsforskel i forekomsten af ryg sygdomme, hvorimod forekomsten af knogleskørhed ses markant oftere hos kvinder end hos mænd. Forekomsten af ryg sygdomme og knogleskørhed stiger med alderen, mest markant for knogleskørhed. Blandt 80+årige er forekomsten af knogleskørhed 15 procent.

Uddannelse: Forekomsten af både ryg sygdomme og knogleskørhed falder med stigende uddannelseslængde.

Erhverv: Forekomsten af rygsgydomme er hyppigere hos arbejdsløse end hos beskæftigede og hyppigst blandt langtidssyge og førtidspensionister. Knogleskørhed forekommer hyppigst hos førtidspensionister og pensionister. Der ses en tydelig socialt betinget variation i forekomsten af rygsgydomme. Et tilsvarende billede ses for knogleskørhed.

Samliv: Forekomst af rygsgydomme og knogleskørhed er hyppigere hos enlige end hos samlevende.

Etnisk baggrund: Forekomst af såvel rygsgydomme som knogleskørhed ses hyppigere hos borgere med ikke-vestlig baggrund end hos borgere med dansk baggrund.

Tabel 6.1.19 Borgere med rygsgydomme, kommuner



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Andelen af borgere med rygsgydomme varierer fra 12 procent i Lejre, hvilket er signifikant under regionsgennemsnittet, til 17 procent i Odsherred, hvilket er signifikant over gennemsnittet, tabel 6.1.19 og figur 6.11. Når der tages højde for alder og køn, er Lejres andel stadig signifikant forskellig fra gennemsnittet.

Tabel 6.1.20. Borgere med knogleskørhed, kommuner

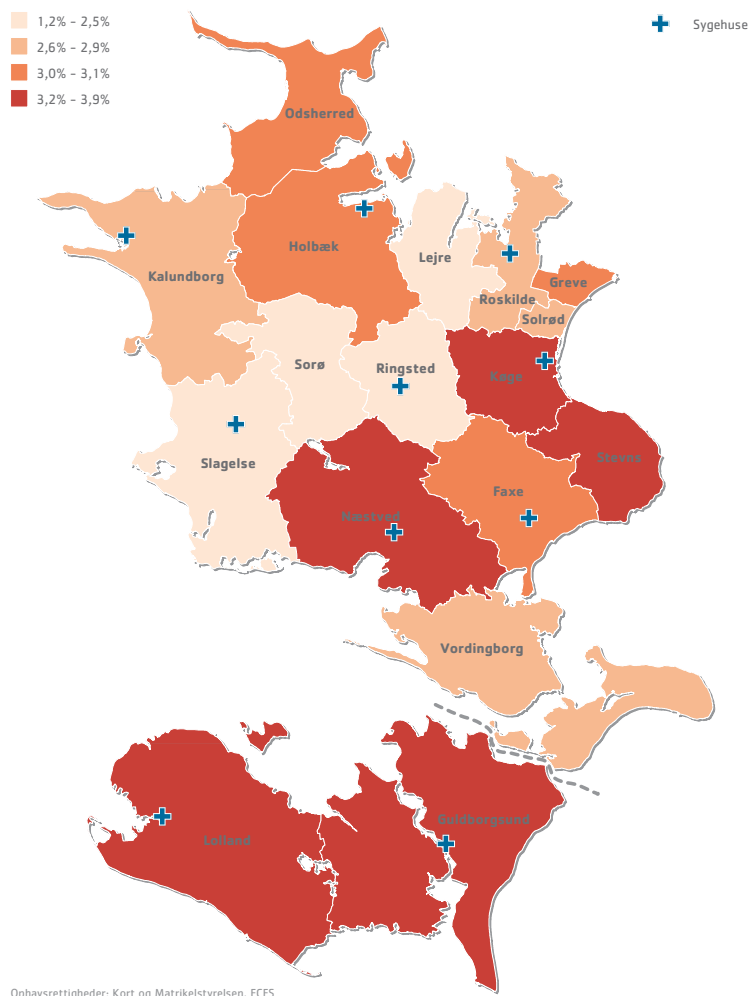


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Andelen af borgere med knogleskørhed varierer fra godt 1 procent i Lejre, hvilket er signifikant under regionsgennemsnittet, til knap 4 procent i Stevns Kommune, hvilket er signifikant over gennemsnittet, tabel 6.1.20 og figur 6.12. Når der tages højde for alders- og kønsforskellene mellem kommunerne, ses forskellen fra regionsgennemsnittet fortsat signifikant hos de to nævnte kommuner.

Figur 6.12 Borgere med knogleskørhed



Psykiske sygdomme

Psykiske sygdomme omfatter dels forbigående lidelser, som let depression eller angst, dels vedvarende psykiske sygdomme eller mentale forstyrrelser. Årsagen til udvikling af psykisk sygdom er ofte ukendt, men skyldes i mange tilfælde et samspil mellem en genetisk betinget sårbarhed og miljømæssige faktorer. Også fysiske sygdomme kan føre til udvikling af psykisk sygdom. For eksempel er der en høj risiko for udvikling af depression i forbindelse med en hjerneblødning. Let til moderat depression og udbrændthed udløses ofte af længerevarende stress og kan derfor hænge sammen med livsstil m.m.

I Region Sjælland har 13 procent af borgerne forbigående psykiske sygdomme svarende til 78.000 personer. Knap 4 procent har vedvarende psykiske sygdomme, svarende til 22.700 personer, tabel 6.1.21.

Tabel 6.1.2.1 Forekomst af forbigående og vedvarende psykiske sygdomme

	% Forbigående	Personer	% Vedvarende	Personer
Region Sjælland	13	78.000	3,7	22.700
Køn				
Mand	9	27.900	3,6	11.000
Kvinde	16	50.100	3,7	11.700
Alder				
16-24 år	11	8.700	3,5	2.700
25-34 år	13	9.500	2,9	2.200
35-44 år	12	14.500	3,9	4.600
45-54 år	14	16.500	4,6	5.300
55-64 år	13	15.000	3,9	4.300
65-79 år	10	10.400	2,9	2.900
80+ år	13	3.400	3,2	800
Uddannelse				
Under uddannelse	13	6.400	4,1	2.100
Grundskole	17	12.800	6,3	4.600
Kort uddannelse	12	27.700	3,5	8.400
Kort videreg. uddannelse	13	8.800	2,8	1.900
Mellemlang videreg. uddannelse	11	12.800	2,9	3.200
Lang videreg. uddannelse	8	3.900	1,2	600
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	9	29.300	1,3	4.400
Arbejdsløs	24	5.700	5,9	1.400
Langtidssyg, reval., kontantj. mm	41	5.300	17,2	2.200
Førtidspensionist	38	11.400	23,8	7.200
Pensionist	11	16.000	2,9	4.100
Samlivsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	20	26.300	7,6	10.100
Samlevende (blandt 25+ årige)	10	40.900	2,3	9.000
Etnisk baggrund				
Danmark	12	71.000	3,6	20.600
Andre vestlige lande	12	2.100	-	-
Ikke-vestlige lande	21	4.800	6,9	1.600

- For få besvarelser til, at der kan gives resultater

Køn og alder: Forekomsten af forbigående psykiske sygdomme er højere hos kvinder end hos mænd, mens der ikke ses kønsforskel i forekomsten af vedvarende psykiske sygdomme. Forekomsten af psykiske sygdomme varierer ikke med alderen.

Uddannelse: Forekomsten af såvel forbigående som vedvarende psykiske sygdomme falder svagt med stigende uddannelseslængde, mest udtalt blandt borgere med vedvarende psykiske sygdomme.

Erhverv: Forekomsten af psykiske sygdomme ses hyppigst hos langtidssyge, revalidender, kontanthjælpsmodtagere m.m (forbigående) og førtidspensionister (vedvarende).

Samliv: Forekomsten af psykiske sygdomme hos enlige er hyppigere end hos samlevende, især hos borgere med vedvarende psykiske sygdomme.

Etnisk baggrund: Forekomst af såvel forbigående som vedvarende psykiske sygdomme ses hyppigere hos borgere med ikke-vestlig baggrund end hos borgere med dansk baggrund.

Tabel 6.1.22 Borgere med forbigående psykiske sygdomme, kommuner

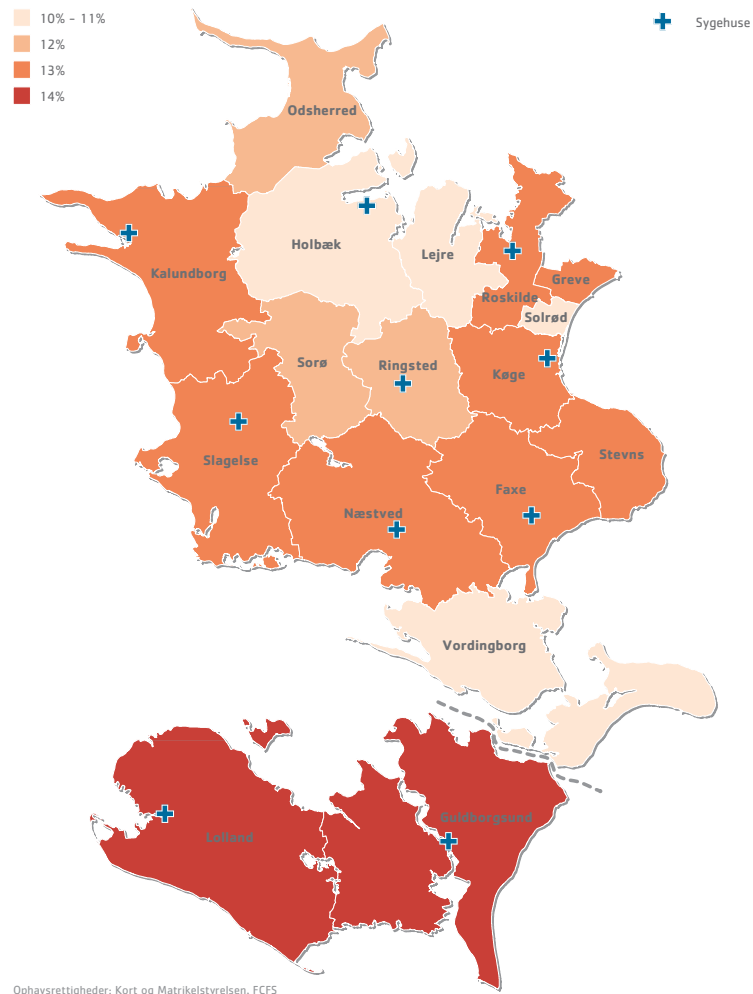


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

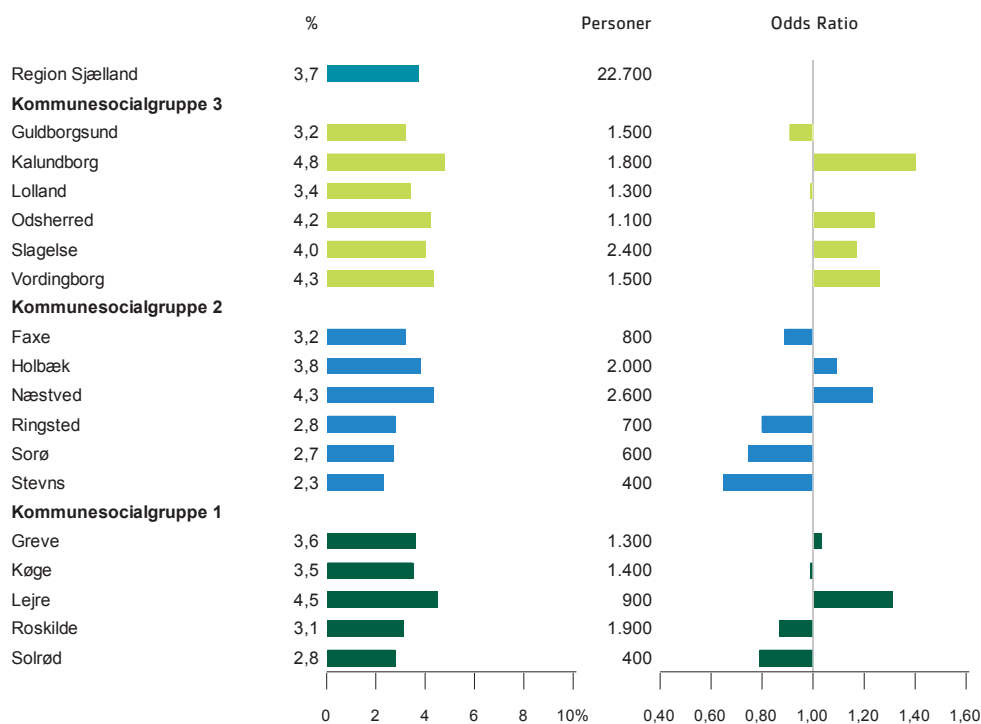
Odds Ratio: * Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder

Kommunevariation: Andelen af borgere med forbigående psykiske sygdomme varierer fra 10 procent i Vordingborg til 14 procent i Guldborgsund og Lolland Kommuner, tabel 6.1.22 og figur 6.13. Der er ikke signifikante forskelle på forekomsten i kommunerne i forhold til regionsgennemsnittet, heller ikke når der tages højde for køn- og aldersforskellene mellem kommunerne.

Figur 6.13 Borgere med forbigående psykiske sygdomme



Tabel 6.1.23 Borgere med vedvarende psykiske sygdomme

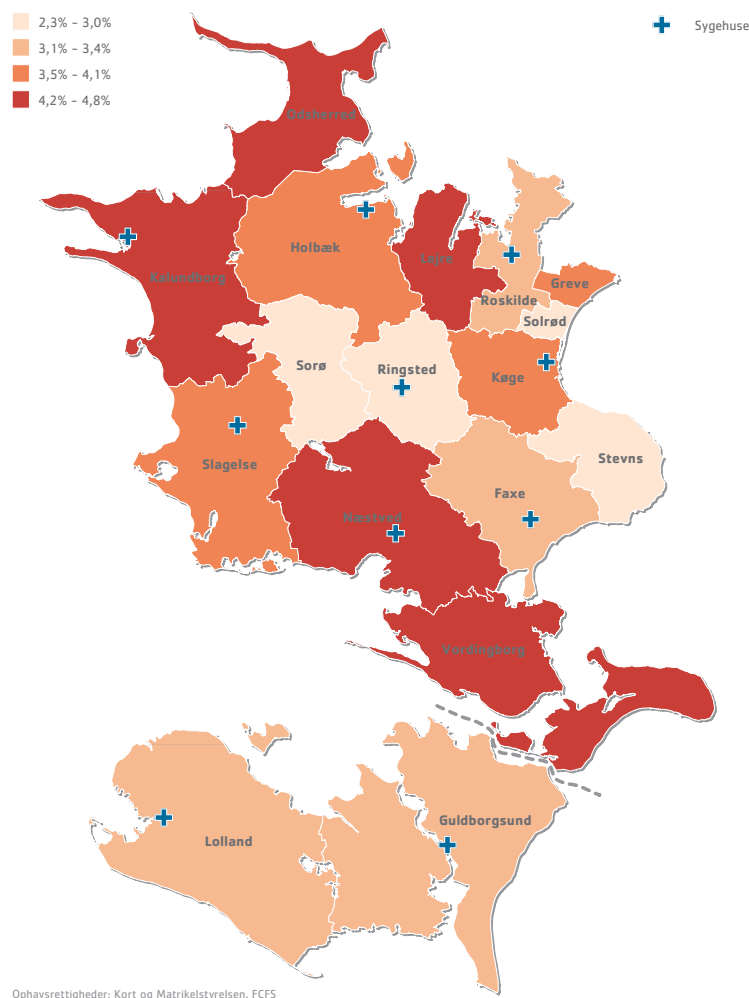


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Andelen af borgere med vedvarende psykiske sygdomme varierer fra 2,3 procent i Stevns Kommune til 4,8 procent i Kalundborg, tabel 6.1.23 og figur 6.14. Der er ikke signifikante forskelle på forekomsten i kommunerne i forhold til regionsgennemsnittet, heller ikke når der tages højde for køn- og aldersforskellene.

Figur 6.14 Borgere med vedvarende psykiske sygdomme



Allergi (overfølsomhed) er ofte forbundet med forringet livskvalitet og periodevis fravær fra arbejde. Både arvelige faktorer samt miljø- og livsstilsfaktorer har en betydning for udviklingen af allergi. Man ved dog fortsat ikke præcist, hvilke faktorer der spiller ind i forhold til, at den enkelte udvikler allergi, og hvorfor der er en stigende andel af befolkningen, der udvikler allergi.

I Region Sjælland har 24 procent af borgerne allergi svarende til 144.900 personer, tabel 6.1.24.

Migræne og hyppig hovedpine er ligesom allergi ofte forbundet med forringet livskvalitet og periodevis fravær fra arbejde. Migræne udløses hos følsomme personer ofte af specifikke fødemidler, og hos mange kvinder er der et sammenfald med hormonsvingningerne i menstruationscyklus. Hyppig hovedpine skyldes hos nogle personer et overforbrug af hovedpinetabletter, da mange hovedpinetabletter netop som bivirkning har hovedpine, hvis indtaget er for stort.

I Region Sjælland har 18 procent angivet, at de har migræne/ hyppig hovedpine – herefter benævnt hovedpine – svarende til 111.300 personer, tabel 6.1.24.

Tabel 6.1.24 Forekomst af allergi og migræne/ hyppig hovedpine

	% Allergi	Personer	% Migræne	Personer
Region Sjælland	24	144.900	18	111.300
Køn				
Mand	20	62.800	12	36.200
Kvinde	27	82.100	24	75.100
Alder				
16-24 år	24	18.300	18	13.600
25-34 år	26	19.600	18	13.600
35-44 år	27	31.900	24	28.800
45-54 år	26	29.400	22	25.100
55-64 år	20	22.700	16	17.600
65-79 år	19	18.500	11	10.700
80+ år	18	4.500	7	1.900
Uddannelse				
Under uddannelse	25	12.500	18	8.800
Grundskole	17	12.300	19	14.400
Kort uddannelse	22	50.900	17	41.300
Kort videreg. uddannelse	26	17.200	21	14.100
Mellemlang videreg. uddannelse	28	31.300	18	20.600
Lang videreg. uddannelse	28	13.100	12	5.800
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	24	81.300	17	58.600
Arbejdsløs	24	5.500	28	6.500
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	33	4.300	42	5.400
Førtidspensionist	31	9.400	37	11.400
Pensionist	18	26.100	10	14.800
Samlivsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	23	30.600	19	25.200
Samlevende (blandt 25+ årige)	23	91.900	18	69.900
Etnisk baggrund				
Danmark	24	135.500	17	100.700
Andre vestlige lande	23	4.100	15	2.800
Ikke-vestlige lande	23	5.300	33	7.800

Køn og alder: Forekomsten af såvel allergi som hovedpine er højere hos kvinder end hos mænd, mest udtalt for hovedpine. Forekomsten af hovedpine ligger stabilt indtil 45-54-årsalderen, hvorefter den falder med stigende alder.

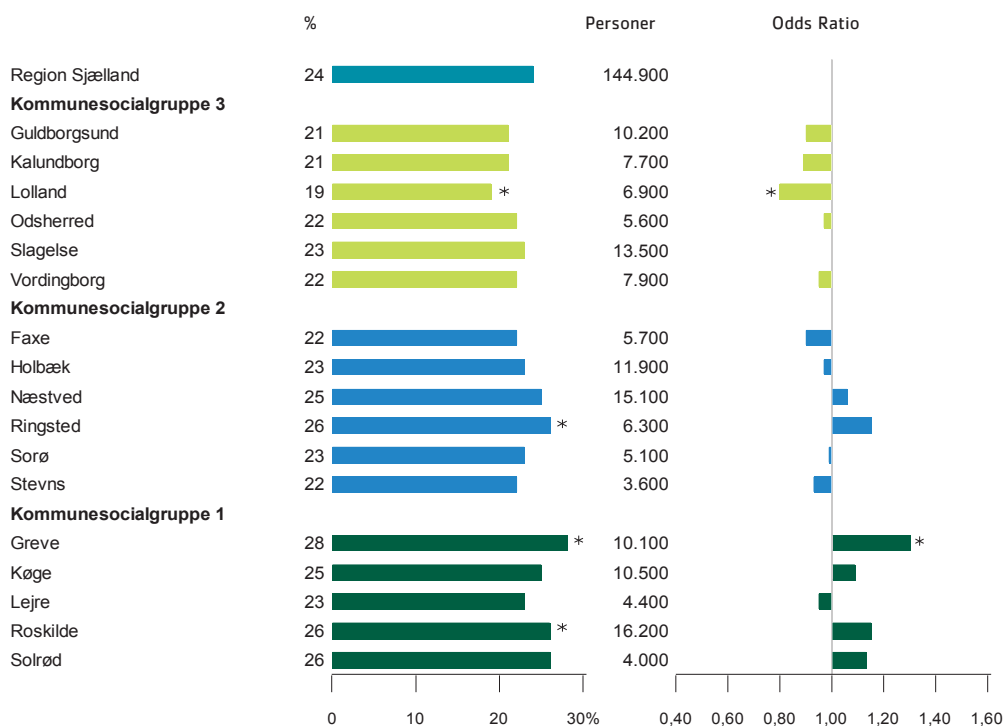
Uddannelse: Den laveste forekomst af allergi ses hos borgere med grundskole alene. Forekomsten af hovedpine er lavest blandt borgere med lang videregående uddannelse.

Erhverv: Forekomsten af allergi er hyppigst blandt langtidssyge og førtidspensionister. Forekomsten af hovedpine forekommer hyppigere hos arbejdsløse end blandt beskæftigede og hyppigst blandt langtidssyge, revalidender, kontanthjælpsmodtagere m.m.

Samliv: Der er ingen forskel i forekomsten af hverken allergi eller hovedpine blandt enlige og blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Forekomst af allergi varierer ikke med etnisk baggrund, mens forekomst af hovedpine ses dobbelt så hyppigt hos borgere med ikke-vestlig baggrund som blandt borgere med dansk baggrund.

Tabel 6.1.25 Borgere med allergi, kommuner

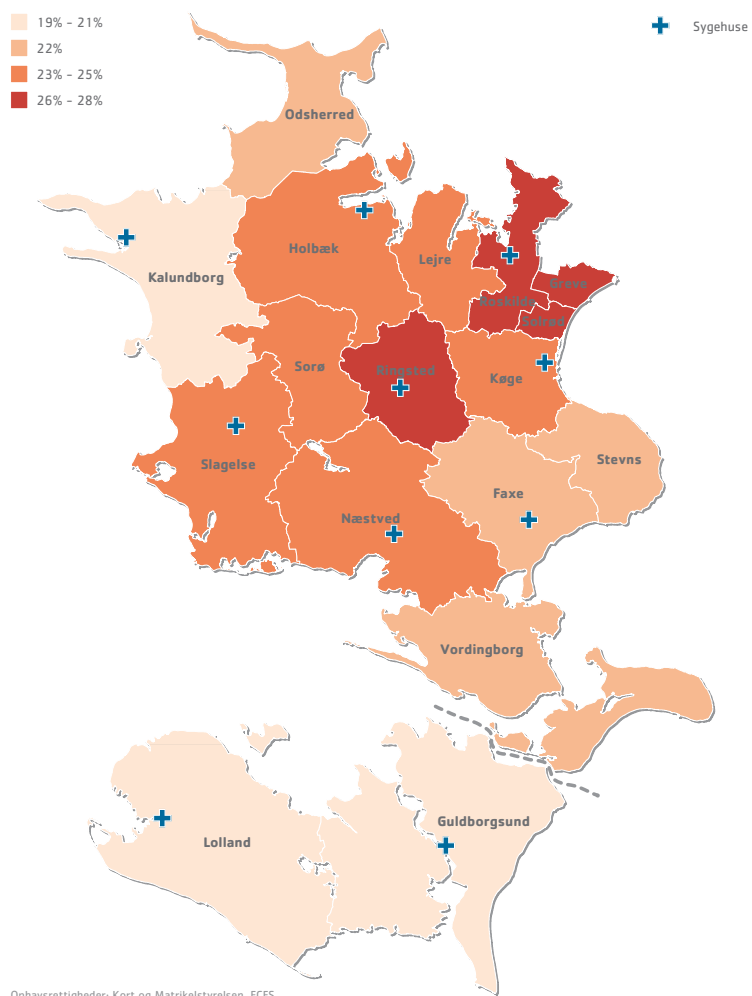


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Andelen af borgere med allergi varierer fra 28 procent i Greve, hvilket er signifikant over regionsgennemsnittet, til 19 procent i Lolland Kommune, hvilket er signifikant under gennemsnittet, se tabel 6.1.25 og figur 6.15. Når der tages højde for alders- og kønsforskellene, er Greves og Lollands andele stadig signifikant forskellige fra gennemsnittet.

Figur 6.15 Borgere med allergi



Tabel 6.1.26 Borgere med migræne/ hyppig hovedpine, kommuner

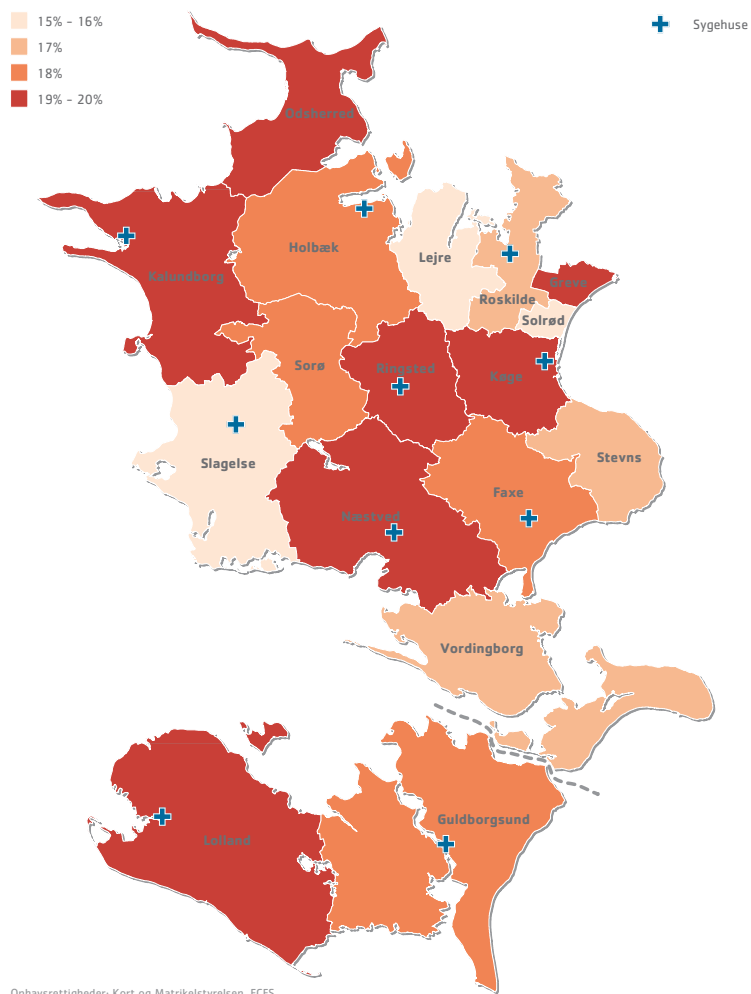


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Andelen af borgere med hovedpine varierer fra 15 procent i Lejre og Solrød, hvilket er signifikant under regionsgennemsnittet, til 20 procent i Ringsted, hvilket er signifikant over gennemsnittet, tabel 6.1.26 og figur 6.16. Når der tages højde for alders- og kønsforskellene mellem kommunerne, ses der fortsat signifikant lavere forekomst i Lejre og Solrød fra kommunesocialgruppe 1. Blandt kommunerne i kommunesocialgruppe 2 og 3 ses en tendens til højere forekomst end regionsgennemsnittet, men forskellen er ikke signifikant.

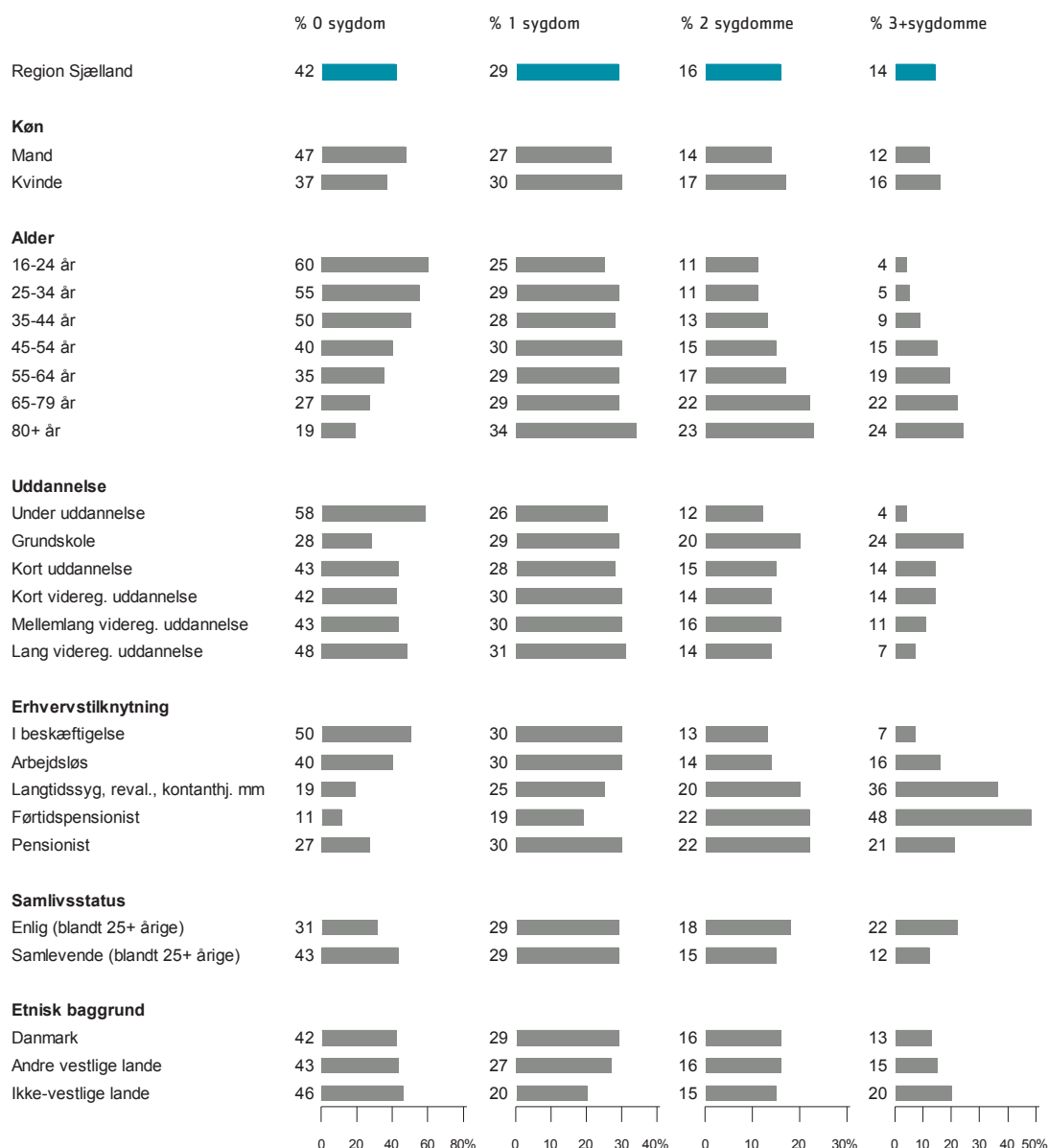
Figur 6.16 Borgere med migræne/hyppig hovedpine



Flere kroniske sygdomme

I Region Sjælland har 29 procent af borgerne én kronisk sygdom, 16 procent to kroniske sygdomme, og 14 procent har tre eller flere kroniske sygdomme, tabel 6.1.27.

Tabel 6.1.27 Forekomst af flere kroniske sygdomme (0,1,2,3+)



Køn og alder: Forekomsten af henholdsvis en, to eller flere sygdomme ses hyppigst hos kvinder. Forekomsten af en, to eller flere sygdomme stiger med stigende alder, dog mindre udtalt hos borgere med en enkelt sygdom.

Uddannelse: Forekomsten af to og tre eller flere kroniske sygdomme ses hyppigst hos borgere med grundskole alene, mens forekomsten i øvrigt ikke varierer efter uddannelseslængde. Forekomst af tre eller flere kroniske sygdomme falder med stigende uddannelseslængde.

Erhverv: Blandt arbejdsløse ses hyppigst 0 eller 1 sygdom, mens der blandt langtidssyge, revalidender, kontanthjælpsmodtagere m.m og førtidspensionister hyppigst ses med 2 eller flere sygdomme.

Samliv: Der er ingen forskel på samlivsstatus hos borgere med en enkelt kronisk sygdom, mens forekomsten af to eller flere kroniske sygdomme ses hyppigere blandt enlige end blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Forekomst af en enkelt sygdom ses hyppigere hos borgere med dansk eller anden vestlig baggrund end hos borgere med ikke-vestlig baggrund, mens det omvendte gør sig gældende for tre eller flere sygdomme.

Tabel 6.1.28 Borgere med tre eller flere kroniske sygdomme, kommuner



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

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

Kommunevariation: Andelen af borgere med tre eller flere kroniske sygdomme varierer fra 10 procent i Lejre, hvilket er signifikant under regionsgennemsnittet, til 17 procent i Kalundborg, hvilket er signifikant over gennemsnittet, tabel 6.1.28 og figur 6.17. Når der tages højde for alders- og kønsforskellene, ses en tendens til social gradient, da andelen af borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er højere i kommunerne fra kommunesocialgruppe 3 sammenlignet med kommunerne fra gruppe 1.

Afsnit 6.2 Kroniske sygdomme og sundhedsadfærd

- Forekomst af rygning og fysisk inaktivitet hos borgere med kronisk sygdom øges i takt med antallet af kroniske sygdomme
- Rygning er mest udbredt hos borgere med KOL og borgere med vedvarende psykiske sygdomme
- Risikabel alkoholadfærd er mest udbredt hos borgere med KOL og borgere med forhøjet blodtryk
- Fysisk inaktivitet er mest udbredt hos borgere, som har haft hjerneblødning eller blodprop i hjernen
- Usunde madvaner er mest udbredt hos borgere med KOL
- Moderat overvægt er mest udbredt hos borgere med forhøjet blodtryk
- Svær overvægt er mest udbredt blandt borgere med sukkersyge

Hensigtsmæssig sundhedsadfærd er afgørende for prognosen hos borgere, der er i behandling for en eller flere kroniske sygdomme. Sundhedsvæsenet har pligt til at oplyse borgere med kroniske sygdomme om værdien af ændring af sundhedsadfærd og tilbyde dem hjælp til adfærdsændring i en sundere retning. Den Danske Kvalitetsmodel for sygehusbehandling indeholder retningslinjer for motivering af patienter til en sundere livsstil og hjælp til en ændring af deres sundhedsadfærd. Kommunerne er (endnu) ikke forpligtet af Den Danske Kvalitetsmodel, men sundhedsaftalerne mellem regionen og kommunerne beskriver hvilke opgaver i forhold til patientrettet forebyggelse, der ligger i henholdsvis regionens sygehusvæsen, hos de praktiserende læger og i det kommunale sundhedsvæsen.

Dette afsnit beskriver sundhedsadfærd hos borgere med kroniske sygdomme i forhold til rygning, risikabelt alkoholforbrug, fysisk inaktivitet, usunde madvaner samt moderat og svær overvægt. Det fremgår af tabel 6.2.1, at der er et stort forebyggelsespotentiale blandt de kroniske patienter.

Sundhedsadfærd blandt borgere med kronisk sygdom

Her anvendes fire mål for usund adfærd, som tidligere er defineret i kapitel 3: For rygning anvendes »daglig rygning«. For alkohol anvendes »risikabel alkoholadfærd«, hvilket defineres som at have mindst ét af de tre følgende kendetegn: Et forbrug der overskrider Sundhedsstyrelsens ugentlige genstandsgrænse på 14 for kvinder og 21 for mænd, eller at rusdrikke, det vil sige drikker over 5 genstande ved samme lejlighed, eller at have tegn på alkoholafhængighed. For »fysisk inaktivitet« anvendes definitionen at være fysisk aktiv mindre end 30 minutter om dagen. For »usunde madvaner« anvendes definitionen madvaner med et meget lavt indhold af frugt, grønt og fisk og et højt indhold af mættet fedtstof.

Andelen af dagligrygere blandt borgere i Region Sjælland er 20-23 procent hos borgere med nul, en eller to kroniske sygdomme, mens andelen af rygere er markant større – 33 procent – blandt borgere med tre eller flere sygdomme, tabel 6.2.1.

Andelen af fysisk inaktive borgere uden kronisk sygdom er 32 procent i regionen. Andelen af fysisk inaktive stiger i takt med antallet af kroniske sygdomme, og blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er andelen 51 procent.

Andelen af borgere med usunde madvaner eller med en risikabel alkoholadfærd i Region Sjælland som helhed er den samme som blandt borgere uden eller med en eller flere kroniske sygdomme.

Tabel 6.2.1 Borgere, der ikke lever op til sundhedsstyrelsens anbefalinger for sundhedsadfærd og kronisk sygdom



I det følgende beskrives forekomsten af sundhedsadfærd, som ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger blandt borgere med forskellige sygdomme.

Ryging: Forekomsten af dagligrygere ses især hos borgere med KOL og hos borgere med vedvarende psykiske sygdomme, tabel 6.2.1. Op mod halvdelen blandt disse borgere ryger, hvilket er over dobbelt så høj en andel, som blandt borgere uden kronisk sygdom.

Risikabelt alkoholforbrug: Forekomsten af en risikabel alkoholadfærd ses især blandt borgere med forhøjet blodtryk, KOL, leddegigt og vedvarende psykiske sygdomme. 25 procent blandt disse har en risikabel alkoholadfærd, hvilket er lidt højere end blandt borgere uden kronisk sygdom.

Fysisk inaktivitet: Alle borgere med kroniske sygdomme, bortset fra allergi, har en højere forekomst af fysisk inaktive i forhold til forekomsten blandt borgere uden kronisk sygdom. Fysisk inaktivitet ses hyppigst blandt borgere med hjerneblødning eller blodprop i hjernen. Her er 65 procent fysisk inaktive, hvilket er dobbelt så højt som blandt borgere uden kronisk sygdom. Blandt borgere med knogleskørhed, KOL og vedvarende psykisk sygdom er mere end halvdelen fysisk inaktive.

Usunde madvaner: Borgere med blodprop i hjertet, hjertekrampe, sukkersyge, kræft, knogleskørhed, slidgigt, allergi m.fl. har en forekomst af usunde madvaner, som svarer til forekomsten blandt borgere uden kronisk sygdom. Usunde madvaner ses hyppigst blandt borgere med KOL, hjerneblødning eller blodprop i hjernen og borgere med vedvarende psykisk sygdom, hvor op mod 25 procent har usunde madvaner.

Overvægt

Moderat overvægt er defineret ved BMI større end eller lig med 25, og svær overvægt er BMI større end eller lig med 30, se kapitel 3. Overvægt øger risikoen for en række kroniske sygdomme som hjertesygdom, apopleksi, forhøjet blodtryk, sukkersyge, slidgigt samt visse kræftformer.

Der er ikke forskel på andelen af overvægtige borgere i Region Sjælland som sådan og andelen af overvægtige borgere med eller uden kronisk sygdom. Til gengæld er andelen af svært overvægtige i Region Sjælland større blandt borgere med end blandt borgere uden kronisk sygdom, og andelen stiger i takt med antallet af kroniske sygdomme, tabel 6.2.2. Moderat overvægt ses hyppigst blandt borgere med blodprop i hjertet, og andelen er markant højere end blandt borgere uden kronisk sygdom. Svær overvægt ses hyppigst hos borgere med sukkersyge, og forekomsten er over dobbelt så høj som blandt borgere uden kronisk sygdom, tabel 6.2.2.

Tabel 6.2.2 Borgere med moderat overvægt og svær overvægt og kronisk sygdom



Moderat overvægt: Moderat overvægt ses hyppigst blandt borgere med blodprop i hjertet, og andelen er markant højere end blandt borgere uden kronisk sygdom. Blandt borgere med knogleskørhed, KOL, astma og allergi ses en lidt lavere andel af moderat overvægt end blandt borgere uden kronisk sygdom.

Svær overvægt: 40 procent af borgere med sukkersyge har svær overvægt, hvilket er over dobbelt så højt som regionsgennemsnittet. Generelt ses hyppigere forekomst af svær overvægt blandt alle sygdomme, bortset fra blodprop i hjernen eller hjerneblødning, kræft, knogleskørhed og allergi, hvor svær overvægt ses mindre hyppigt end hos regionsgennemsnittet.

Afsnit 6.3 Kroniske sygdomme og generelt helbred

- Dårligt selv vurderet helbred er mest udbredt hos borgere med hjertekrampe og ses hos 84 procent af borgere med tre eller flere kroniske sygdomme
- Dårligt fysisk helbred er mest udbredt hos borgere med knogleskørhed
- Højt stressniveau er mest udbredt hos borgere med psykiske sygdomme

At leve med en kronisk sygdom kan have en række konsekvenser for det enkelte menneske. Smerter, bivirkninger af eller efter behandling, manglende mobilitet, social udstødning eller udstødning fra arbejdsmarkedet er belastninger, som kan resultere i nedsat livskvalitet. De negative konsekvenser kan have betydning for både den enkeltes vurdering af eget helbred, funktionsevner og trivsel i hverdagen.

Dette afsnit beskriver forekomst af mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, dårligt fysisk helbred, dårligt mentalt helbred og højt stressniveau blandt borgere med kroniske sygdomme og blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme.

Negative helbredsmål hos borgere med kronisk sygdom

Her anvendes mål for negativ helbreds-vurdering, som tidligere er defineret i kapitel 5: For selv vurderet helbred anvendes andelen af borgere, der har svaret »mindre godt eller dårligt«. For fysisk helbred anvendes de 10 procent af borgerne med den dårligste score for fysisk helbred kaldet »dårligt fysisk helbred«. For mentalt helbred anvendes de 10 procent af borgerne med den dårligste score for mentalt helbred kaldet »dårligt mentalt helbred«. For stress anvendes de 19 procent med den højeste score kaldet »højt stressniveau«.

I Region Sjælland gælder det for alle fire helbredsbelastninger, at andelen stiger i takt med stigning i antallet af kroniske sygdomme, tabel 6.3.1. Forekomst af dårligt fysisk helbred blandt borgere med kronisk sygdom afviger med en faktor 10 fra forekomsten blandt borgere uden kronisk sygdom, mens forekomst af højt stressniveau blot er dobbelt så høj blandt borgere med kronisk sygdom i forhold til borgere uden kronisk sygdom.

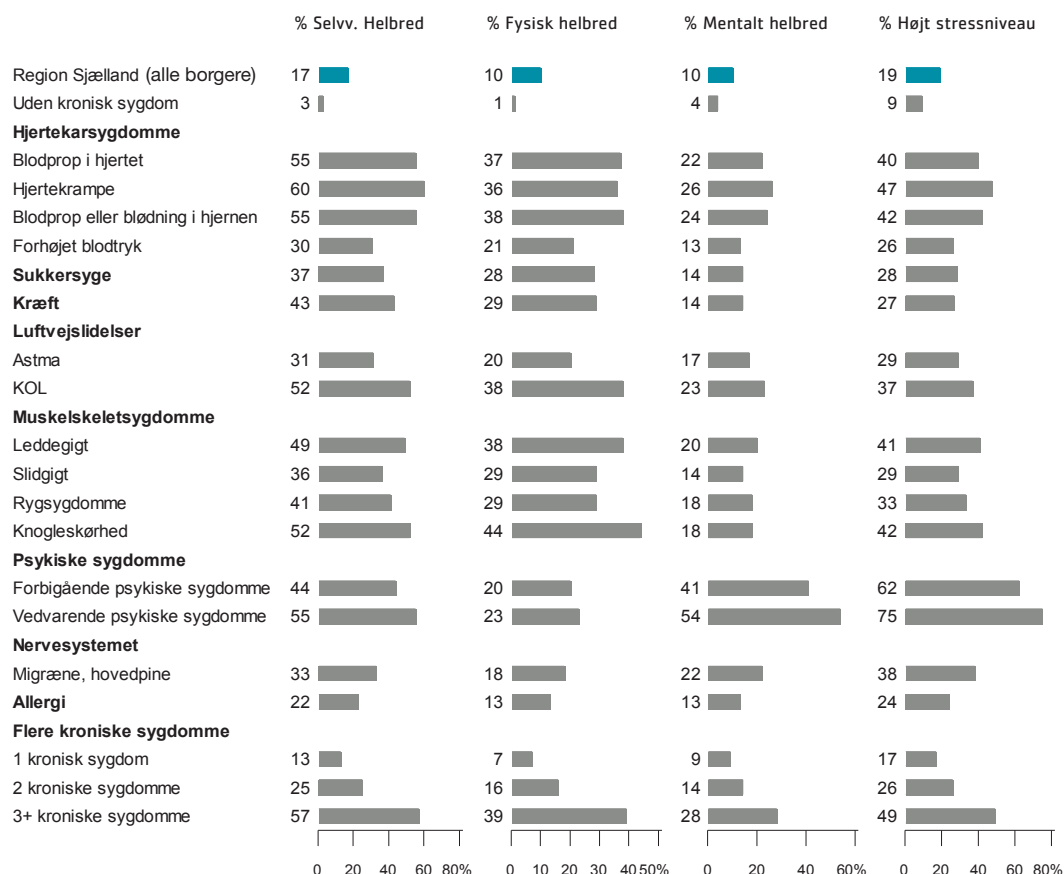
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred: Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred er mest udbredt blandt borgere med hjerte-karsygdomme, KOL, leddegigt, knogleskørhed, vedvarende psykiske sygdomme samt hos borgere med tre eller flere kroniske sygdomme samtidig. Andelen blandt borgere med disse sygdomme er op mod 20 gange så høj som blandt borgere uden kronisk sygdom.

Dårligt fysisk helbred: Dårligt fysisk helbred er mest udbredt blandt borgere med hjerte-karsygdomme, KOL, leddegigt, knogleskørhed, samt tre eller flere kroniske sygdomme samtidig. Andelen blandt borgere med disse sygdomme er op mod 30 gange så høj som blandt borgere uden kronisk sygdom.

Dårligt mentalt helbred: Dårligt mentalt helbred er naturligt nok mest udbredt blandt borgere med forbigående og vedvarende psykiske sygdomme. Andelen blandt borgere med disse sygdomme er mindst 10 gange så høj som blandt borgere uden kronisk sygdom.

Højt stressniveau: Højt stressniveau er mest udbredt blandt borgere med forbigående og vedvarende psykiske sygdomme, hjertekrampe samt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme samtidig. Andelen blandt borgere med disse sygdomme er 5-6 gange så høj som blandt borgere uden kronisk sygdom.

Tabel 6.3.1 Borgere med dårligt selvoplevet helbred, dårligt fysisk helbred, mentalt helbred og højt stressniveau og kronisk sygdom



Forekomst af negative helbredsmål hos borgere med forskellige sygdomme

I det følgende beskrives forekomsten i de sygdomme eller sygdomsgrupper, hvor negative helbredsmål er mest udtalte.

Hjertekarsygdomme: Fælles for borgere med hjerte-karsygdommene (blodprop i hjertet, hjertekrampe og hjerneblødning / blodprop i hjernen) gælder det, at over halvdelen har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, mest udtalt for borgere med hjertekrampe. Over 30 procent har dårligt fysisk helbred, omkring 25 procent har dårligt mentalt helbred og knap halvdelen har et højt stressniveau.

KOL: For borgere med KOL gælder det, at over halvdelen har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, over 30 procent har dårligt fysisk helbred, omkring 25 procent har dårligt mentalt helbred og over 30 procent har et højt stressniveau.

Muskelskelettsygdomme: Blandt borgere med leddegigt og borgere med knogleskørhed har halvdelen et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, over 30 procent har dårligt fysisk helbred, omkring 20 procent har dårligt mentalt helbred, og knap halvdelen har et højt stressniveau.

Psyriske lidelser: Hos borgere med vedvarende psyriske sygdomme har over halvdelen et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, over halvdelen et dårligt psyrisk helbred, og ca. 75 procent har et højt stressniveau. Samme mønster omend mindre udtalt gør sig gældende for borgere med forbigående psyriske sygdomme.

Tre eller flere kroniske sygdomme: Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme angiver over halvdelen, at de har et dårligt selvoplevet helbred, over 30 procent har dårligt fysisk helbred, omkring 25 procent har dårligt mentalt helbred, og halvdelen har et højt stressniveau.

Borgere med tre eller flere kroniske sygdomme

I det følgende ses på forekomst af negative helbredsmål hos borgere med tre eller flere kroniske sygdomme. Først ses på andel af borgere med A) Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og højt stressniveau, dernæst på B) Dårligt fysisk helbred og dårligt psyrisk helbred.

A. Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og højt stressniveau

I Region Sjælland har 57 procent af borgere med tre eller flere kroniske sygdomme et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, svarende til 47.900 personer. 49 procent har et højt stressniveau, svarende til 40.900 personer, tabel 6.3.2.

Tabel 6.3.2. Borgere med tre eller flere kroniske sygdomme med mindre godt eller dårligt selv vurderet og højt stressniveau

	% Selv vurderet helbred	Personer	% Højt stressniveau	Personer
Region Sjælland	57	47.900	49	40.900
Køn				
Mand	56	19.900	43	15.300
Kvinde	57	28.000	52	25.600
Alder				
16-24 år	41	1.200	64	1.800
25-34 år	51	1.900	61	2.300
35-44 år	52	5.100	53	5.200
45-54 år	57	9.800	53	9.100
55-64 år	57	12.100	43	9.300
65-79 år	56	12.700	42	9.300
80+ år	78	5.100	59	3.900
Uddannelse				
Under uddannelse	41	800	61	1.100
Grundskole	65	11.600	56	9.700
Kort uddannelse	55	17.500	47	15.200
Kort videreg. uddannelse	58	5.400	48	4.700
Mellemlang videreg. uddannelse	50	6.200	39	4.800
Lang videreg. uddannelse	48	1.700	28	1.000
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	38	9.000	35	8.200
Arbejdsløs	66	2.400	69	2.600
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	84	4.100	78	3.800
Førtidspensionist	74	11.200	62	9.500
Pensionist	57	17.600	44	13.400
Samlivsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	63	18.600	53	15.700
Samlevende (blandt 25+ årige)	53	25.900	44	21.300
Etnisk baggrund				
Danmark	56	43.300	48	36.700
Andre vestlige lande	61	1.700	46	1.200
Ikke-vestlige lande	64	2.900	68	3.000

Køn og alder: Dårligt selvvurderet helbred blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er lige udbredt hos mænd og kvinder, mens højt stressniveau er mere udbredt blandt kvinder end blandt mænd. Forekomst af dårligt selvvurderet helbred varierer ikke meget mellem aldersgrupperne. Forekomsten er lavest blandt de 16-24årige og højest blandt 80+årige, hvor over 75 procent har et dårligt selvvurderet helbred. Når det gælder højt stressniveau, er dette mest udbredt blandt 16-24årige, hvor andelen er to tredjedele. Herefter falder andelen med stigende alder indtil 79 år, hvorefter andelen stiger markant hos de 80+årige.

Uddannelse: Både hvad angår borgere med dårligt selvvurderet helbred og borgere med højt stressniveau, falder forekomsten med stigende uddannelseslængde. Dette er mest udtalt for borgere med højt stressniveau.

Erhverv: Dårligt selvvurderet helbred og højt stressniveau er mere udbredt blandt arbejdsløse end blandt borgere i beskæftigelse og forekommer hyppigst hos langtidssyge, revalidender, kontanthjælpsmodtagere m.m.

Samliv: Dårligt selvvurderet helbred og højt stressniveau er mere udbredt blandt enlige end blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Dårligt selvvurderet helbred og højt stressniveau er mere udbredt blandt borgere med ikke-vestlig baggrund end blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

B. Dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred

I Region Sjælland har 39 procent af borgere med tre eller flere kroniske sygdomme et dårligt fysisk helbred, svarende til 28.800 personer, og 28 procent har et dårligt mentalt helbred, svarende til 20.900 personer, tabel 6.3.3.

Tabel 6.3.3 Borgere med tre eller flere kroniske sygdomme med dårligt fysisk og dårligt mentalt helbred

	% Fysisk helbred	Personer	% Mentalt helbred	Personer
Region Sjælland	39	28.800	28	20.900
Køn				
Mand	38	12.100	27	8.600
Kvinde	39	16.700	29	12.400
Alder				
16-24 år	-	-	43	1.200
25-34 år	22	800	38	1.300
35-44 år	27	2.600	35	3.300
45-54 år	41	6.600	31	5.000
55-64 år	37	7.200	26	5.000
65-79 år	43	8.000	21	3.900
80+ år	72	3.500	25	1.200
Uddannelse				
Under uddannelse	-	-	37	600
Grundskole	49	7.400	31	4.600
Kort uddannelse	38	10.700	29	8.100
Kort videreg. uddannelse	37	3.200	23	2.000
Mellemlang videreg. uddannelse	30	3.400	25	2.800
Lang videreg. uddannelse	27	900	18	600
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	19	4.400	20	4.600
Arbejdsløs	36	1.300	56	2.000
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	54	2.500	52	2.400
Førtidspensionist	58	7.800	37	5.000
Pensionist	43	10.900	21	5.300
Samlevsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	48	12.100	30	7.700
Samlevende (blandt 25+ årige)	35	15.500	25	11.100
Etnisk baggrund				
Danmark	39	26.400	28	18.900
Andre vestlige lande	38	900	23	600
Ikke-vestlige lande	38	1.500	37	1.500

- For få besvarelser til, at der kan gives resultater

Køn og alder: Dårligt fysisk eller dårligt mentalt helbred blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er lige udbredt hos kvinder og mænd. Andelen af borgere med dårligt fysisk helbred stiger med stigende alder indtil 79 år. Anderledes er det blandt borgere med dårligt mentalt helbred. Her falder andelen med stigende alder indtil 79 år, hvorefter andelen stiger igen.

Uddannelse: Både hvad angår borgere med dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred ses, at forekomsten falder med stigende uddannelseslængde.

Erhverv: For både borgere med dårligt fysisk helbred og borgere med dårligt mentalt helbred gælder det, at andelen er dobbelt så høj blandt arbejdsløse som blandt borgere i beskæftigelse og mest udbredt blandt førtidspensionister og langtidssyge, revalidender, kontanthjælpsmodtagere m.m.

Samliv: Dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred er mere udbredt blandt enlige end blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Fysisk dårligt fysisk helbred er lige udbredt i de etniske grupper. Dårligt mentalt helbred er mere udbredt blandt danskere end blandt borgere med anden vestlig baggrund og mest udbredt blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Afsnit 6.4 Kroniske sygdomme, symptomer og sygefravær

- 30 procent af borgere med kronisk sygdom har haft meget generende smerter fra bevægeapparatet
- 7 procent af borgere med kronisk sygdom har haft meget generende hovedpine
- 15 procent af borgere med kronisk sygdom har haft meget generende psykiske symptomer
- 36 procent af borgerne med tre eller flere kroniske sygdomme, som er under 65 år og i arbejde, har haft sygefravær inden for de seneste 14 dage
- 25 procent af borgerne med tre eller flere kroniske sygdomme, som er under 65 år og i arbejde, har haft over 25 sygedage inden for det seneste år

Dette afsnit beskriver borgere med kroniske sygdomme, som har haft meget generende symptomer inden for de seneste 14 dage samt forekomsten af sygefravær hos borgere med kronisk sygdom.

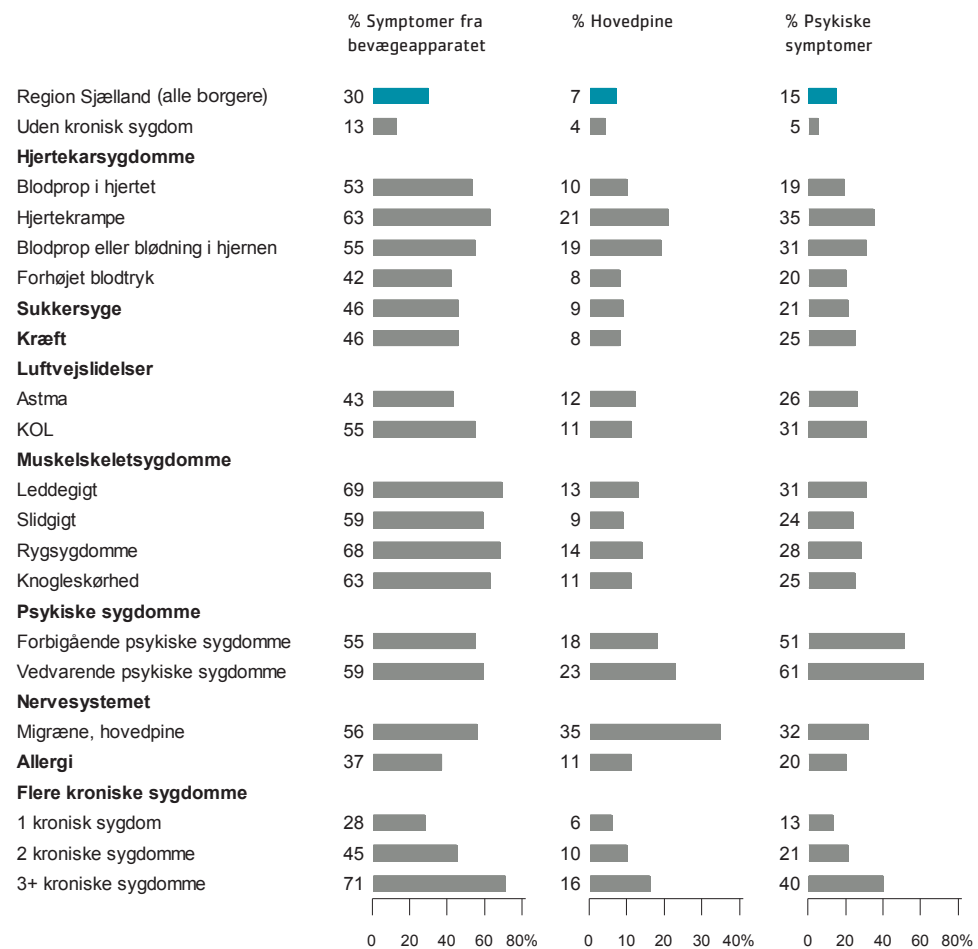
Forekomst af meget generende smerter eller symptomer i forskellige sygdomsgrupper

I det følgende beskrives forekomsten af de sygdomme eller sygdomsgrupper, hvor ovennævnte belastninger er mest udtalte. Det kan give et indtryk af, hvor velbehandlet sygdommen er, eller hvor stor vedvarende skade den kroniske sygdom har forvoldt.

I Region Sjælland har 13 procent af borgerne uden kronisk sygdom haft meget generende smerter fra bevægeapparatet, 4 procent har været meget generet af hovedpine og 5 procent har haft meget generende psykiske symptomer inden for de seneste 14 dage, tabel 6.4.1. Til sammenligning har borgere med én kronisk sygdom haft dobbelt så hyppig forekomst af meget generende smerter fra bevægeapparatet og af meget generende psykiske symptomer samt 1½ gang så hyppigt hovedpine, som borgere uden kronisk sygdom.

Smerter fra bevægeapparatet er mest udbredt hos borgere med tre eller flere kroniske sygdomme, blandt borgere med hjertekrampe samt blandt borgere med muskelskeletsygdomme. Hovedpine er naturligt nok mest udbredt blandt borgere med migræne og hovedpine, men ses også hos borgere med vedvarende psykiske sygdomme og borgere med hjertekrampe. Psykiske symptomer forekommer selvfølgelig især blandt borgere med psykiske sygdomme, men ses også hyppigt hos borgere med tre eller flere kroniske sygdomme.

Tabel 6.4.1 Borgere meget generet af symptomer inden for seneste 14 dage og kronisk sygdom



Hjertekarsygdomme: Fælles for borgere med hjerte-karsygdommene, blodprop i hjertet, hjertekrampe og hjerneblødning/ blodprop i hjernen gælder det, at over halvdelen har haft meget generende smerter fra bevægeapparatet, mest udtalt for borgere med hjertekrampe. For borgere med hjertekrampe og borgere med hjerneblødning/ blodprop i hjernen har ca. 20 procent været generet af hovedpine og ca. 30 procent har været generet af psykiske symptomer.

KOL: For borgere med KOL gælder, at over halvdelen har haft meget generende smerter fra bevægeapparatet, og en tredjedel har været meget generet af psykiske symptomer.

Muskelskeletsygdomme: Blandt alle borgere med muskelskeletsygdomme har over halvdelen haft meget generende smerter fra bevægeapparatet, mest udtalt for borgere med leddegigt og for borgere med rygsygdomme. Omkring en tredjedel af borgere med leddegigt har været meget generet af psykiske symptomer, mens det gælder for en fjerdedel af de øvrige muskelskeletsygdomme.

Psykiske lidelser: Hos borgere med psykiske sygdomme har over halvdelen haft meget generende smerter fra bevægeapparatet, omkring 20 procent har været meget generet af hovedpine og over halvdelen har været meget generet af psykiske symptomer.

Tre eller flere kroniske sygdomme: Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme angiver 71 procent, at de har haft meget generende smerter fra bevægeapparatet, 16 procent har været meget generet af hovedpine og 40 procent har været meget generet af psykiske symptomer.

Sygefravær blandt borgere med kronisk sygdom

Sygefravær opgøres i sundhedsprofilen på baggrund af deltagerens oplysninger om sygefravær inden for de seneste 14 dage og inden for det seneste år. Sygefravær defineres på denne måde i sundhedsprofilen:

- Sygefravær inden for de seneste 14 dage
- Sygefravær over 25 dage det seneste år

For borgere i beskæftigelse og under 65 år er det gennemsnitlige antal dage med sygefravær inden for de seneste 14 dage og sygefravær over 25 dage det seneste år for borgere uden kronisk sygdom henholdsvis 0,4 og 5,6 dage. For borgere med kronisk sygdom er de tilsvarende tal 1,0 og 13,7 dage (tabel ikke vist).

I Region Sjælland har 19 procent af borgerne uden kronisk sygdom haft sygefravær inden for de seneste 14 dage, og 3,2 procent har haft sygefravær over 25 dage det seneste år, tabel 6.4.2. Tallene gælder for borgere i beskæftigelse og under 65 år. Inden for alle sygdomskategorier er andelen af borgere med kronisk sygdom, som har haft såvel sygefravær inden for de seneste 14 dage som sygefravær over 25 dage det seneste år, markant større end blandt borgere uden kroniske sygdomme.

Sygefravær inden for de seneste 14 dage: Andelen af borgere med sygefravær inden for de seneste 14 dage er større blandt borgere med alle typer af kroniske sygdomme, end blandt borgere uden kronisk sygdom. Sygefravær inden for de seneste 14 dage er mest udbredt blandt borgere med kræft og vedvarende psykiske sygdomme, og andelen er over dobbelt så høj i forhold til andelen blandt borgere uden kronisk sygdom. Forekomsten er lavest blandt borgere med blodprop i hjertet, hjerneblødning/ blodprop i hjernen, forhøjet blodtryk og sukkersyge.

Sygefravær over 25 dage det seneste år: Andelen af borgere med sygefravær mere end 25 dage det seneste år er større blandt borgere med alle typer af kroniske sygdomme, end blandt borgere uden kronisk sygdom. Forekomsten er mest udbredt blandt borgere med vedvarende psykiske sygdomme og borgere med kræft, idet andelen er omkring ti gange så høj som blandt borgere uden kronisk sygdom. Forekomsten er lavest blandt borgere med allergi.

Tabel 6.4.2 Borgere med sygefravær inden for seneste 14 dage eller over 25 dage indenfor seneste år og kronisk sygdom (1 i beskæftigelse og under 65 år)



- For få besvarelser til, at der kan gives resultater

Hjertekarsygdomme: Fælles for borgere med hjerte-karsygdommene blodprop i hjertet, hjertekrampe og hjerneblødning/ blodprop i hjernen er, at andelen med sygefravær inden for de seneste 14 dage er større end blandt borgere uden kronisk sygdom. Når det derimod gælder sygefravær over 25 dage seneste år hos borgere med hjertekrampe og hjerneblødning/ blodprop i hjernen er andelen højere end 20 procent, hvilket er syv gange så højt, som blandt borgere uden kronisk sygdom.

Kræft: For borgere med kræft har op mod halvdelen haft sygefravær inden for de seneste 14 dage, hvilket er over dobbelt så mange som blandt borgere uden kronisk sygdom. En tredjedel har haft sygefravær over 25 dage seneste år, hvilket er 10 gange så mange som blandt borgere uden kronisk sygdom.

KOL: For borgere med KOL gælder det, at andelen med sygefravær inden for de seneste 14 dage er dobbelt så høj som blandt borgere uden kronisk sygdom, og ca. 14 procent har haft sygefravær over 25 dage seneste år, hvilket er seks gange så mange som blandt borgere uden kronisk sygdom.

Muskelskeletsygdomme: Blandt borgere med muskelskeletsygdomme er andelen med sygefravær inden for de seneste 14 dage markant højere end blandt borgere uden kronisk sygdom, og andelen med sygefravær over 25 dage seneste år er fem gange så høj, som blandt borgere uden kronisk sygdom.

Psykiske lidelser: Hos borgere med vedvarende psykisk sygdom har op mod halvdelen haft sygefravær inden for de seneste 14 dage, hvilket er over dobbelt så højt som blandt borgere uden kronisk sygdom. En tredjedel har haft sygefravær over 25 dage seneste år, hvilket er 10 gange så høj en andel, som blandt borgere uden kronisk sygdom. Forekomsten af såvel sygefravær inden for de seneste 14 dage som sygefravær over 25 dage seneste år blandt borgere med forbigående sygdom ligner forekomsten af sygefravær blandt borgere med vedvarende psykisk sygdom, men er generelt lavere, især når det gælder sygefravær over 25 dage seneste år.

Hovedpine: Blandt borgere med hovedpine er andelen med sygefravær inden for de seneste 14 dage markant højere end blandt borgere uden kronisk sygdom. Andelen af borgere med hovedpine og med sygefravær over 25 dage seneste år er fem gange så høj som blandt borgere uden kronisk sygdom.

Tre eller flere kroniske sygdomme: Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme har over en tredjedel haft sygefravær inden for de seneste 14 dage, hvilket er over dobbelt så mange som blandt borgere uden kronisk sygdom. Ca. 25 procent har haft sygefravær over 25 dage seneste år, hvilket er otte gange så højt, som blandt borgere uden kronisk sygdom.

Sygefravær hos erhvervsaktive borgere med tre eller flere kroniske sygdomme

I Region Sjælland har 36 procent af de borgere, som har tre eller flere kroniske sygdomme – og som er under 65 år og i arbejde – haft sygefravær inden for de seneste 14 dage. Det svarer til 7.600 personer. 25 procent af borgerne, svarende til 5.000 personer, har haft sygefravær over 25 dage i det seneste år, tabel 6.4.3.

Tabel 6.4.3 Borgere med tre eller flere kroniske sygdomme med sygefravær inden for de seneste 14 dage og over 25 dage det seneste år sygefravær (i arbejde, under 65 år)

	% Sygefravær inden for seneste 14 dage	Personer	% Sygefravær > 25 dage seneste år	Personer
Region Sjælland	36	7.600	25	5.000
Køn				
Mand	30	2.700	19	1.700
Kvinde	39	4.900	29	3.300
Alder				
16-24 år	45	700	-	-
25-34 år	45	900	39	700
35-44 år	34	1.600	21	1.000
45-54 år	36	2.700	26	1.800
55-64 år	31	1.700	21	1.200
Uddannelse				
Under uddannelse	54	600	-	-
Grundskole	51	900	-	-
Kort uddannelse	36	2.700	27	1.900
Kort videreg. uddannelse	30	1.100	24	900
Mellemlang videreg. uddannelse	36	1.800	25	1.200
Lang videreg. uddannelse	16	200	-	-
Samlivsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	37	1.700	29	1.200
Samlevende (blandt 25+ årige)	34	5.000	22	3.200
Etnisk baggrund				
Danmark	36	6.900	23	4.200
Andre vestlige lande	-	-	-	-
Ikke-vestlige lande	-	-	-	-

- For få besvarelser til, at der kan gives resultater

Køn og alder: Det gælder for sygefravær inden for de seneste 14 dage såvel som for sygefravær over 25 dage det seneste år, at forekomsten er større blandt kvinder end blandt mænd. Der ses en tendens til, at andelen af borgere med sygefravær inden for de seneste 14 dage falder med stigende alder.

Uddannelse: Forekomst af såvel sygefravær inden for de seneste 14 dage som sygefravær over 25 dage det seneste år er markant lavere blandt borgere med lang videregående uddannelse.

Samliv: For både sygefravær inden for de seneste 14 dage og for sygefravær over 25 dage det seneste år er forekomsten større blandt enlige end blandt samlevende.

Afsnit 6.5 Kroniske sygdomme og aktivitetsbegrænsninger i dagligdagen

- 2 procent af borgerne med én kronisk sygdom er begrænset i at udføre personlig pleje, 10 procent er begrænset i at udføre den daglige husholdning, og 6 procent er begrænset i at udføre udadvendte aktiviteter
- 10 procent af borgerne med tre eller flere kroniske sygdomme er begrænset i at udføre personlig pleje, 41 procent er begrænset i at udføre den daglige husholdning, og 28 procent er begrænset i at udføre udadvendte aktiviteter

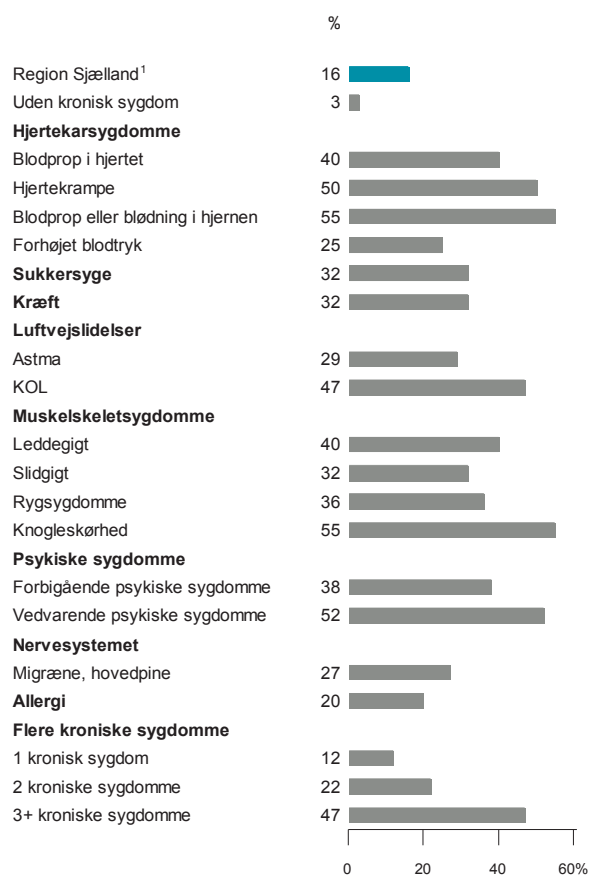
Det at have én eller flere kroniske sygdomme kan have stor betydning for den enkelte borgers funktionsevne og dermed borgerens behov for hjælp til at udføre forskellige daglige aktiviteter.

Dette afsnit beskriver borgere med kroniske sygdomme som angiver, at de på grund af helbredet er begrænsede i forskellige daglige aktiviteter. Herefter beskrives begrænsninger i forskellige aktiviteter hos borgere med mindst tre kroniske sygdomme. Der er i spørgeskemaundersøgelsen »Hvordan har du det 2010?« spurgt »Har du på grund af helbredsproblemer svært ved at klare dine daglige gøremål?«. For borgere der svare ja til dette, kan der derefter krydses af for hvilke former for gøremål, som borgeren har svært ved at klare: Personlig pleje (vaske sig, klæde sig på, spise), daglig husholdning (lave mad, gøre rent, købe ind) og udadvendte aktiviteter (gå til lægen, besøge bekendte, gå en tur).

Begrænsning i daglige gøremål og de forskellige kroniske sygdomme

I Region Sjælland rapporterer 16 procent af borgerne, som er 35 år eller derover, at de har svært ved at klare daglige gøremål, tabel 6.5.1. Forekomsten af vanskeligheder ved at klare daglige gøremål er markant hyppigere hos borgere på 35 år eller derover med kroniske sygdomme sammenlignet med borgere uden kroniske sygdomme. For borgere med hjertekarsygdomme, KOL, knogleskørhed og vedvarende psykiske sygdomme har omkring halvdelen af borgerne problemer med daglige gøremål, og andelen stiger med antallet af kroniske sygdomme hos den enkelte borger.

Tabel 6.5.1 Borgere som har svært ved at klare daglige gøremål og kronisk sygdom (¹ 35+årige)



Tabel 6.5.2 Borgere, som pga helbredet har svært ved at klare forskellige daglige gøremål og forekomst af kronisk sygdom



I Region Sjælland har 13 procent af alle borgerne i regionen problemer med at klare daglig husholdning, 9 procent har svært ved udadvendte aktiviteter, og 3 procent har svært ved personlig pleje, tabel 6.5.2. En markant større andel af borgerne med kronisk sygdom er begrænsede i dagligdags gøremål sammenlignet med borgere uden kroniske sygdomme.

Begrænsninger i udførelse af såvel udadvendte aktiviteter, som daglig husholdning og personlig pleje forekommer hyppigst blandt borgere med hjertekarsygdomme, KOL, knogleskørhed, vedvarende psykiske sygdomme samt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme. Andelen med aktivitetsbegrænsninger i forhold til udadvendte aktiviteter er ca. 30 procent, hvilket er tyve gange så hyppigt som hos borgere uden kroniske sygdomme.

Andelen med aktivitetsbegrænsninger i forhold til den daglige husholdning er over 40 procent, hvilket igen er ca. tyve gange så hyppigt som hos borgere uden kroniske sygdomme. Endelig er andelen med aktivitetsbegrænsninger i forhold til den personlige pleje over 10 procent, hvilket igen er ca. tyve gange så hyppigt som hos borgere uden kroniske sygdomme.

Begrænsninger i daglige gøremål og mindst tre kroniske sygdomme

I Region Sjælland har 41 procent af de mest sygdomsbelastede af borgerne – de som har mindst tre kroniske sygdomme – svært ved at klare den daglige husholdning på grund af helbredet. 28 procent har svært ved udadvendte aktiviteter, og 10 procent har svært ved personlig pleje, tabel 6.5.3.

Tabel 6.5.3 Borgere med tre eller flere kroniske sygdomme, som har svært ved at klare daglige gøremål

	% Personlig pleje	Personer	% Daglig. husholdning	Personer	% Udadvendte aktiviteter	Personer
Region Sjælland	10	7.200	41	29.500	28	20.300
Køn						
Mand	13	3.900	31	9.400	26	7.900
Kvinde	8	3.400	48	20.100	30	12.400
Alder						
35-44 år	6	500	30	2.800	20	1.900
45-54 år	10	1.700	39	6.300	28	4.600
55-64 år	9	1.700	36	7.000	22	4.300
65-79 år	9	1.900	41	8.400	27	5.600
80+ år	23	1.400	80	4.800	66	4.000
Uddannelse						
Grundskole	15	2.300	49	7.600	35	5.400
Kort uddannelse	9	2.500	40	10.900	28	7.700
Kort videreg. uddannelse	6	500	37	3.200	20	1.800
Mellemlang videreg. uddannelse	7	700	34	3.600	24	2.500
Lang videreg. uddannelse	-	-	18	600	25	800
Erhvervstilknytning						
I beskæftigelse	4	800	18	3.700	11	2.300
Arbejdsløs	-	-	35	1.000	29	900
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	15	600	56	2.100	44	1.700
Førtidspensionist	14	1.900	62	8.600	40	5.400
Pensionist	11	3.100	44	12.400	32	9.000
Samlivsstatus						
Enlig	12	3.300	49	13.100	35	9.200
Samlevende	8	3.500	35	15.300	24	10.400
Etnisk baggrund						
Danmark	10	6.900	42	27.800	29	19.000
Andre vestlige lande	-	-	26	600	28	600
Ikke-vestlige lande	-	-	31	1.100	21	800

- For få besvarelser til, at der kan gives resultater

Køn og alder: En større andel af kvinder med mindst tre kroniske sygdomme er begrænsede i daglig husholdning sammenlignet med mænd, mens en større andel af mændene er begrænsede i udførelse af personlig pleje sammenlignet med kvinder. Der ikke er betydelig forskel mellem kønnene i forhold til udadvendte aktiviteter.

Andelen af borgere med mindst tre kroniske sygdomme, som har svært ved at klare personlig pleje, er forholdsvis konstant op til 79 år, hvorefter andelen stort set fordobles til 23 procent. Samme tendens ses for daglig husholdning og for udadvendte aktiviteter.

Uddannelse: Der ses en socialt betinget variation i forhold til aktivitetsbegrænsning hos borgere med tre eller flere kroniske sygdomme. For alle tre aktivitetstyper gælder det, at det hyppigst er borgere med grundskole alene der er aktivitetsbegrænset, og at andelen falder med stigende uddannelseslængde.

Erhvervstilknytning: For alle tre aktivitetstyper gælder det, at aktivitetsbegrænsning hos borgere med tre eller flere kroniske sygdomme ses markant hyppigere hos borgere uden tilknytning til arbejdsmarkedet, og aktivitetsbegrænsning forekommer hyppigst blandt langtidssyge og førtidspensionister.

Samliv: For alle tre aktivitetstyper gælder det, at aktivitetsbegrænsning hos borgere med tre eller flere kroniske hyppigere ses blandt enlige end blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Når det gælder aktivitetsbegrænsning i udadvendte aktiviteter, ses der ingen betydelig forskel mellem borgere med forskellig etnisk baggrund. Derimod forekommer der hyppigere begrænsning i at klare den daglige husholdning hos borgere med tre eller flere kroniske sygdomme med dansk baggrund i forhold til såvel borgere med anden vestlig som ikke-vestlig baggrund.

Tabel 6.5.4 Borgere med tre eller flere kroniske sygdomme, som har svært ved at klare daglige gøremål, kommuner



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.
 - For få besvarelser til, at der kan gives resultater

Kommunevariation: Andelen af borgere med tre eller flere kroniske sygdomme, som er begrænset i at udføre personlig pleje, varierer i kommunerne fra de laveste andele på 9 procent i Kalundborg, Slagelse, Vordingborg og Næstved til den højeste andel i Sorø, med 19 procent, tabel 6.5.4. Sorø adskiller sig dermed signifikant fra regionsgennemsnittet.

Når det gælder borgere med tre eller flere kroniske sygdomme, som er begrænset i at udføre den daglige husholdning, varierer andelen i kommunerne fra de laveste andele på 32 procent i Stevns Kommune og Lejre til den højeste andel igen i Sorø, med 48 procent. Ingen af kommunerne adskiller sig signifikant fra regionsgennemsnittet.

Endelig når det gælder borgere med tre eller flere kroniske sygdomme, som er begrænset i udadvendte aktiviteter, varierer andelen i kommunerne fra den laveste andel på 16 procent i Lejre til den højeste andel i Holbæk, med 38 procent. Begge disse kommunerne adskiller sig signifikant fra regionsgennemsnittet – Lejres andel er signifikant lavere og Holbæks andel signifikant over gennemsnittet.

Afsnit 6.6 Kroniske sygdomme og socialt netværk

- 18 procent af borgerne med psykiske sygdomme har kontakt med deres familie, og knap 40 procent har kontakt med deres naboer mindre end én gang om måneden
- 10 procent af borgerne med tre eller flere kroniske sygdomme har kontakt med deres familie, og 25 procent har kontakt med deres naboer mindre end én gang om måneden

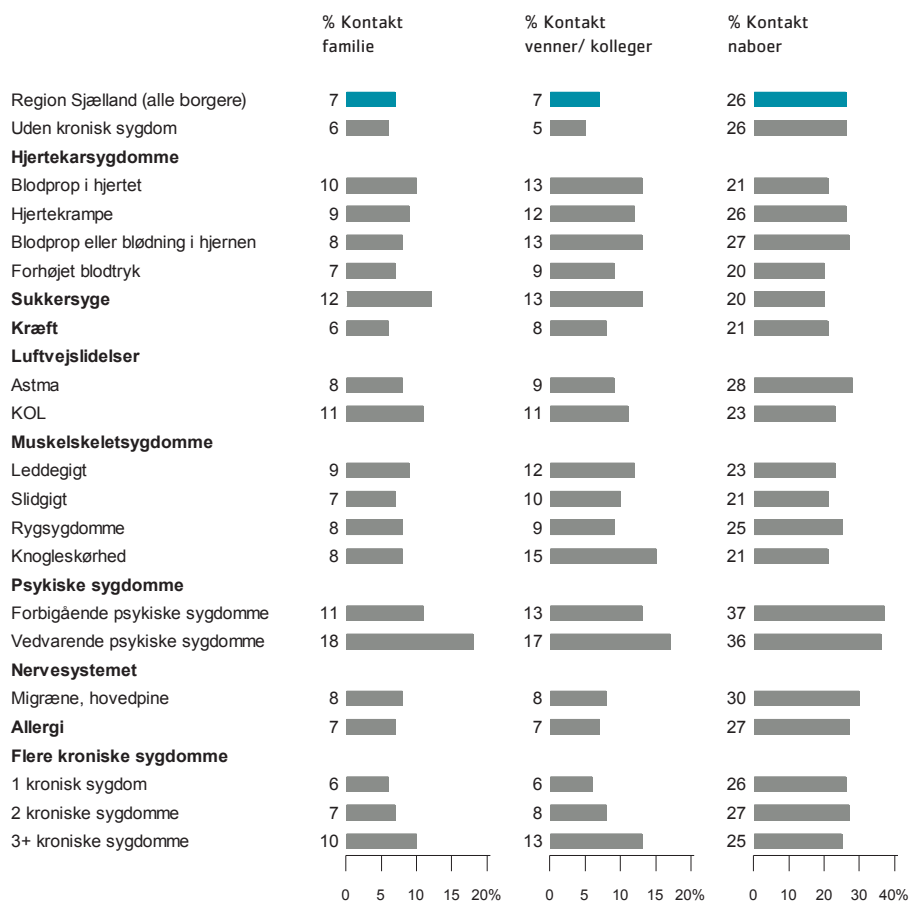
Tilknytning til andre mennesker har betydning for helbredet. Mennesker med mange sociale kontakter bliver eksempelvis ikke så let syge, og hvis de bliver syge, kommer de sig hurtigere og har mindre risiko for at dø af deres sygdom end personer med få sociale kontakter. Sociale relationer kan fungere som støtte og hjælp i forbindelse med fx sygdom. Undersøgelser har vist, at personer med stærke sociale relationer har lavere dødelighed end personer med svage sociale relationer. Hvert år sker 1.000-1.500 dødsfald relateret til svage sociale relationer. Det svarer til 1,8-2,6 procent af alle dødsfald (Statens Institut for Folkesundhed, 2006).

Dette afsnit beskriver styrken ved socialt netværk hos borgere med kroniske sygdomme. I spørgeskemaundersøgelsen »Hvordan har du det 2010?« er der spurgt, hvor ofte borgeren har kontakt med venner, bekendte, og familie, som de ikke bor sammen med. I denne rapport fokuseres på de borgere, som har kontakt mindre end én gang om måneden eller aldrig – dette benævnes i det følgende for »sjældent kontakt«.

Sociale netværk og de forskellige kroniske sygdomme

Generelt er der ikke forskel på borgere med én kronisk sygdom og borgere uden kronisk sygdom, når det gælder at have sjælden kontakt til deres familie, venner og naboer, tabel 6.6.1. Blandt borgerne i Region Sjælland med én kronisk sygdom har 6 procent sjældent kontakt til deres familie og til venner/kolleger, og 26 procent har sjældent kontakt til naboer.

Tabel 6.6.1 Borgere med kontakt til socialt netværk mindre end én gang om måneden – og kronisk sygdom



Sjældnen kontakt med alle de nævnte netværk er mest udbredt hos borgere med vedvarende psykiske sygdomme. Andelen blandt disse borgere med sjælden kontakt til familie såvel som til venner er ca. 18 procent, hvilket er tre gange højere end hos borgere uden kronisk sygdom. Sjælden kontakt til naboer forekommer lige hyppigt – for over en tredjedel – hos borgere med begge former for psykiske sygdomme, hvilket er markant højere end hos borgere uden kronisk sygdom.

Socialt netværk og mindst tre kroniske sygdomme

I Region Sjælland har 10 procent af borgerne med tre eller flere kroniske sygdomme sjældent kontakt til familien, 13 procent har sjældent kontakt til venner/ kolleger, og 25 procent har sjældent kontakt til deres naboer, tabel 6.6.2.

Tabel 6.6.2 Borgere med tre eller flere kroniske sygdomme, som har kontakt til socialt netværk sjældnere end én gang om måneden

	% Kontakt familie	Personer	% Kontakt venner/kolleger	Personer	% Kontakt naboer	Personer
Region Sjælland	10	8.100	13	9.800	25	20.500
Køn						
Mand	12	4.200	14	4.600	25	8.700
Kvinde	8	3.900	12	5.300	25	11.900
Alder						
16-24 år	-	-	-	-	32	900
25-34 år	-	-	-	-	37	1.400
35-44 år	16	1.600	15	1.500	34	3.300
45-54 år	12	2.000	14	2.200	32	5.400
55-64 år	9	1.900	14	2.700	23	4.800
65-79 år	7	1.600	10	2.000	15	3.200
80+ år	-	-	20	1.100	25	1.600
Uddannelse						
Under uddannelse	-	-	-	-	-	-
Grundskole	10	1.800	19	3.000	26	4.500
Kort uddannelse	8	2.600	11	3.400	24	7.500
Kort videreg. uddannelse	8	800	10	900	19	1.800
Mellemlang videreg. uddannelse	8	1.000	7	800	28	3.400
Lang videreg. uddannelse	-	-	13	500	27	900
Erhvervstilknytning						
I beskæftigelse	7	1.600	10	2.400	27	6.300
Arbejdsløs	-	-	11	400	42	1.500
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	19	900	15	700	34	1.700
Førtidspensionist	14	2.100	15	2.100	30	4.400
Pensionist	7	2.100	13	3.600	17	5.200
Samlevsstatus						
Enlig (blandt 25+ årige)	13	3.800	14	3.700	27	7.800
Samlevende (blandt 25+ årige)	7	3.600	13	5.800	23	11.300
Etnisk baggrund						
Danmark	9	6.700	12	8.300	23	17.300
Andre vestlige lande	19	500	-	-	35	900
Ikke-vestlige lande	19	800	26	1.100	50	2.300

- For få besvarelser til, at der kan gives resultater

Køn og alder: En større andel af mænd med tre eller flere kroniske sygdomme har sjældent kontakt til familie og venner sammenlignet med kvinder, mens der ikke er forskel mellem kønnene, når det gælder kontakt til naboer. Andelen af borgere med tre eller flere kroniske sygdomme, som har sjælden kontakt med familie mindskes med alderen indtil 79 år, hvorefter andelen igen stiger. Det samme billede ses, når det gælder kontakt til venner og til naboer.

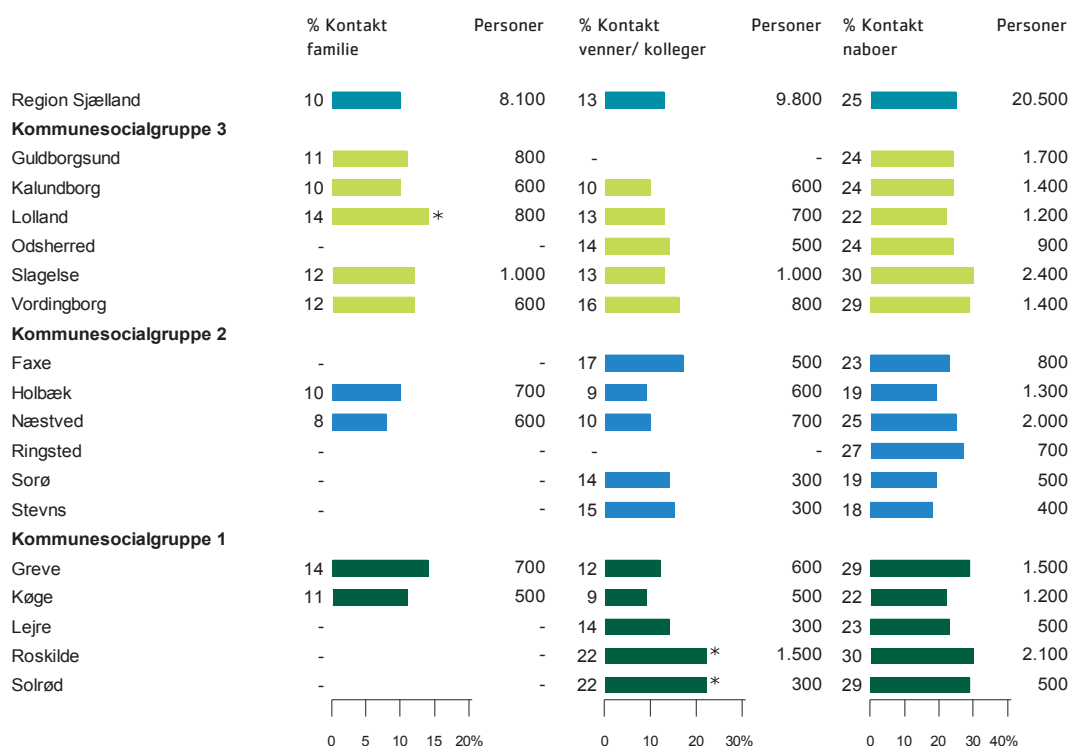
Uddannelse: Andelen af borgere med tre eller flere kroniske sygdomme, som har sjælden kontakt med familie eller med naboer, varierer ikke mellem de forskellige uddannelseskategorier, mens andelen med sjælden kontakt med venner er mindre blandt alle borgere med uddannelse i forhold til borgere med grundskole alene.

Erhverv: Andelen af borgere med tre eller flere kroniske sygdomme, som har sjælden kontakt med familie forekommer oftere blandt langtidssyge, hvor andelen er 20 procent. Det er dobbelt så høj forekomst som blandt beskæftigede. Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme, som er arbejdsløse, har over 40 procent sjælden kontakt til naboer, hvilket er dobbelt så hyppigt som blandt pensionister.

Samliv: Sjælden kontakt til familie forekommer hyppigere hos enlige med tre eller flere kroniske sygdomme end hos samlevende, mens der ikke er betydelig forskel på andelen, som sjældent har kontakt til venner.

Etnisk baggrund: Sjælden kontakt til familie forekommer hyppigere blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme med ikke-vestlig baggrund end med dansk baggrund.

Tabel 6.6.3 Borgere med tre eller flere kroniske sygdomme, som har kontakt til socialt netværk sjældnere end én gang om måneden, kommuner



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

- For få besvarelser til, at der kan gives resultater.

Kommunevariation: Forekomsten af borgere med tre eller flere kroniske sygdomme, som har sjælden kontakt med deres familie, varierer fra den laveste andel på 8 procent i Næstved til den højeste andel på 14 procent i Lolland Kommune, som er signifikant højere end regionsgennemsnittet, tabel 6.6.3.

Når det gælder sjælden kontakt til venner hos borgere med tre eller flere kroniske sygdomme, er den laveste forekomst på 9 procent i Køge og den højeste forekomst i Solrød, som er signifikant over regionsgennemsnittet.

Endelig varierer andelen blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme, som har sjælden kontakt med naboer fra 18 procent i Sorø, som det laveste, til 29 procent i Greve, som det højeste. Ingen af disse forekomster afviger signifikant fra regionsgennemsnittet.



Referencer

Bilag 1+2

Referencer

Alkohol og helbred. Sundhedsstyrelsen. 2008.

Christensen, A. I., Davidsen, M., Kjøller, M., & Juel, K. (2010). *Mental sundhed blandt voksne danskere.* København: Sundhedsstyrelsen.

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24 (4), 385-396.

Fysisk aktivitet i den voksne danske befolkning – med fokus på anbefalingerne for fysisk aktivitet. Matthiesen, Jeppe m.fl.. DTU Fødevareinstituttet. 2009.

Fysisk inaktivitet – konsekvenser og sammenhænge. Kiens, Bente m.fl. Rapport fra Motions- og Ernæringsrådet. 2007.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Regeringen. (2002). *Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010.* København.

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

Kjøller, M., Davidsen, M., & Juel, K. (2010). *Ældrebefolkningens sundhedstilstand i Danmark - analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 og udvalgte registre.* København: Sundhedsstyrelsen.

Kjøller M., Juel K., Kamper-Jørgensen F. (2007). *Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007.* Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Kostrådene 2005. Astrup, Arne m.fl. Rapport fra Ernæringsrådet og Danmarks Fødevareforskning. 2005.

Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen. (2009): *Unges livsstil og dagligdag 2008* (MULD-rapport nr. 7). København.

Misbrug og selvmordsforebyggelse. Rapport fra konference om misbrugsområdet og selvmordsforebyggelse. Indenrigs- og sundhedsministeriet. 2003.

Monitorering af danskernes rygevaner 2010. Sundhedsstyrelsen. 2010.

Narkotikasituationen i Danmark 2009. Sundhedsstyrelsen. 2009.

Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. Berkman LF, Syme SL. i Am J Epidemiol. 1979.

Stress i Danmark. Hvad ved vi. Sundhedsstyrelsen. 2007.

Sørensen, I. A., Due, P., Hansen, B., Heitmann, B., Lichenberg, A., Michaelsen, K.F., Müller, P., & Richelsen, B. (2008). *Monitorering af forekomsten af fedme.* Motions og Ernæringsrådet.

Ung2006. Sundhedsstyrelsen. 2007.

Hjemmesider:

<http://www.dst.dk/Vejviser/dokumentation/Nomenklaturer/dun.aspx>

Tal og fakta om unge og rygning. <http://www.cancer.dk>

Tal på alkohol i kommunerne. Sundhedsstyrelsen, <http://www.sst.dk>

Abortregisteret. <http://www.sst.dk>

Fakta om klamydia. <http://www.sst.dk>

Fakta om kondylomer. <http://www.sst.dk>

<http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Alkohol.aspx> (26.11.2010)

Fakta om fysisk aktivitet. <http://www.sst.dk>

Bilag 1

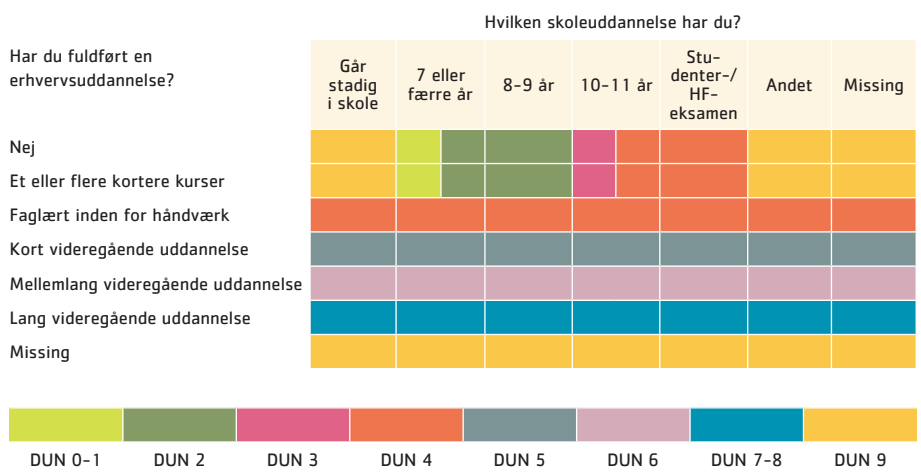
Klassificering af uddannelsesniveau på baggrund af spørgeskemaoplysninger

Til klassificering af uddannelse er der taget udgangspunkt i Dansk Uddannelsesnomenklatur (DUN), som klassificerer personer på baggrund af personens højst fuldførte uddannelse uden hensyntagen til igangværende uddannelser. Klassificeringen i Sundhedsprofilen 2010 ligner så vidt muligt DUN. Dog er der tilføjet en ekstra kategori ved navn »Under uddannelse«:

	DUN	Sundhedsprofilen 2010	Eksempel
0	Folkeskoleniveau	Grundskole	Børnehaveklasse
1	Grundskoleniveau I	Grundskole	1.-6. klasse
2	Grundskoleniveau II	Grundskole	7.-10. klasse
3	Gymnasialt niveau I	Kort uddannelse	Social- og sundhedshjælper
4	Gymnasialt niveau II	Kort uddannelse	Tømrer, frisør, redder, kontorassistent, student/HF
5	Korte videregående uddannelser	Kort videregående uddannelse	Tekniker, merkonom
6	Mellemlange videregående uddannelser	Mellemlang videregående uddannelse	Skolelærer, politibetjent, journalist, pædagog
7	Longe videregående uddannelser	Lang videregående uddannelse	Civilingeniør, cand.mag., læge, psykolog
8	Forskerniveau	Lang videregående uddannelse	Ph.d.-grad
9	Uden for niveauplacing	Under uddannelse Missing	Gymnasieelev, lærling, universitetsstuderende

Alle borgere, som har gennemført minimum en kort uddannelse, er ligesom i DUN placeret efter den højeste uddannelse, de har gennemført, også hvis de er under uddannelse. De borgere, som stadig går i skole eller er under uddannelse og ikke allerede har gennemført minimum en kort uddannelse, er placeret i kategorien »Under uddannelse«. De øvrige borgere, som ikke går i skole eller er under uddannelse, og som ikke har gennemført minimum en kort uddannelse, er placeret i forhold til den DUN-klasse, som de tilhører. En oversigt over kategoriseringen af borgere på baggrund af spørgeskemaet er vist nedenfor.

Figur: DUN-klassificering af spørgeskemaoplysninger



Udarbejdet af Lene Hammer-Helmich, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed.

Bilag 2

Klassificering af erhvervstilknytning på baggrund af spørgeskemaoplysninger

Til klassificering af erhvervstilknytning er der taget udgangspunkt i den socio-økonomiske klassifikation SOCIO02 fra Indkomststatistikregisteret, som dannes ud fra oplysninger om væsentligste indkomstkilde for personen. Ud fra indkomstkilden fastlægges, om personen er selvstændig erhvervsdrivende, medarbejdende ægtefælle, lønmodtager, arbejdsløs eller uden for arbejdsstyrken, herunder pensionist, kontanthjælps-modtager eller uddannelsessøgende (www.dst.dk). Klassificeringen i Sundhedsprofilen 2010 ligner så vidt muligt variabelen SOCIO02 fra Indkomststatistikregisteret på Danmarks Statistik. Dog er alle beskæftigede slået sammen til én kategori uden niveaupdeling:

SOCIO02	Sundhedsprofilen 2010	Kategorier fra spørgeskemaet
Selvstændig, +10 ansat. Selvstændig, 1-4 ansat. Selvstændig, ingen ansat Medarbejdende Topleder Lønmodtager høj færdigh. Lønmodtager mel. færdigh. Lønmodtager grund færdigh. Andre lønmodtagere Lønmodtager færdigh. Uoplyst	I beskæftigelse	Selvstændig landmand Selvstændig i øvrigt Medhjælpende ægtefælle Arbejder faglært Arbejder ufaglært Funktionær, tjenestemand (fx læge, kontorassistent, skolelærer) Anden beskæftigelse Værnepligtig
Uddannelsessøgende	Under uddannelse	Lærling, elev Studerende Skoleelev
Arbejdsløs min. halvt år Sygedagpenge, orlov mv. Kontanthjælpsmodtager	Arbejdsløs Langtidssyg, revalidering, kontanthjælp mm.	Arbejdsløs eller arbejdsløs i aktivering Langtidssyg (3 mdr. eller mere) Under revalidering På kontanthjælp, bistandshjælp Hjemmearbejdende husmor, husfar
Førtidspensionister	Førtidspensionist	Førtidspensionist Anden form for pension
Folkepensionister Efterlønsmodtager mv.	Pensionist	Alderspensionist Efterlønsmodtager, overgangsydelse
Andre Børn Ikke i AKM	Missing	Andre: Andet

