

SUNDHED I KOLDING

2007

Sundhed i Kolding 2007

Sofie Biering-Sørensen, Maria Holst, Trine Honnens de Lichtenberg, Anne Illemann Christensen, Ulrik Hesse.

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

Copyright © Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet og Kolding Kommune.
København, september 2007.

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

Rapporten kan erhverves ved henvendelse til:

Kolding Kommune
Senior- og Sundhedsforvaltningen
Sundhedsområdet
Klostergade 16
6000 Kolding

Telefon: 75 50 15 00

E-mail: senior.sund@kolding.dk

www.kolding.dk

Forord

Hermed foreligger resultaterne fra *Sundhed i Kolding 2007*. I sundhedsprofilen beskrives forekomsten og fordelingen af sundhed og sygdom blandt borgerne i Kolding Kommune og forhold af betydning herfor, fx sundhedsvaner, brug af sundhedsvæsenet og levekår.

Sundhedsprofilen er baseret på et spørgeskema udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed (SIF) til brug for en landsdækkende undersøgelse, og resultaterne fra Kolding Kommune kan dermed sammenlignes med både regionale og landsdækkende tal.

Undersøgelsen er tilrettelagt og gennemført af en projektgruppe bestående af forskningsassistent Anne Illemann Christensen, forskningsmedarbejder Ulrik Hesse, studentermedhjælper Sofie Biering-Sørensen, studentermedhjælper Maria Holst og studentermedhjælper Trine Honnens de Lichtenberg. Fra Kolding Kommune har sundhedschef Helle Vibeke Nyborg Rasmussen og sundhedsplanlægger Anne Vagner Pedersen bistået med udvikling af spørgsmål til undersøgelsen og kommenteret rapporten.

September 2007

Annie Terp Thomsen
Formand for Sundhedsudvalget
Kolding Kommune

Morten Grønbæk
Forskningschef
SIF

Indholdsfortegnelse

Forord.....	3
Indholdsfortegnelse	5
Sammenfatning	7
Kapitel 1. Materiale og metode.....	17
Kapitel 2. Helbredsrelateret livskvalitet.....	29
2.1 Selvvurderet helbred	29
2.2 Stress.....	31
2.3 Funktionsniveau blandt 65-årige eller derover	31
Kapitel 3. Sygelighed og konsekvenser af sygdom.....	36
3.1 Sygdom og sygelighed	36
3.1.1 Langvarig sygdom	37
3.1.2 Specifikke sygdomme	38
3.1.3 Andel med smerter eller ubehag inden for en 14-dages periode	40
3.2 Ulykker.....	42
3.3 Konsekvenser af sygdom.....	43
Kapitel 4. Sygdomsadfærd og brug af sundhedsvæsenet	57
4.1 Kontakt til læger og andre behandlere inden for en 3-måneders periode.....	57
4.2 Brug af tandlæge	60
4.3 Brug af fysioterapeut og kiropraktor	62
4.5 Psykologisk eller psykiatrisk hjælp	62
4.6 Genoptræning	62
4.6 Brug af medicin	63
Kapitel 5. Sundhedsadfærd	74
5.1 Bestemmende faktorer for sundhedsadfærd.....	74
5.2 Sociale forskelle i sundhedsadfærd	75
5.3 Rygning	75
5.4 Fysisk aktivitet.....	76
5.4.1 Fysisk aktivitet i fritiden	76
5.4.2 Fysisk aktivitet i hovedbeskæftigelsen	77
5.5 Alkoholforbrug.....	78
5.6 Hash.....	80
5.7 Kost	80
5.8 Svær overvægt og undervægt	81

5.9 Forandringsparathed.....	82
5.9.1 Indsats for at bevare eller forbedre helbredet.....	82
5.9.2 Ændring af alkoholforbrug.....	83
5.9.3 Ændring af rygeadfærd.....	84
5.9.4 Ændring af vægt.....	85
5.9.5 Ændring af motionsvaner.....	87
5.10 Talt med praktiserende læge om sundhedsvaner.....	89
5.11 Sundhed blandt etniske minoriteter.....	90
 Kapitel 6. Sociale relationer.....	 110
6.1 Det strukturelle aspekt.....	110
6.2 Det funktionelle aspekt.....	112
 Kapitel 7. Arbejdsmiljø.....	 122
7.1 Psykosocialt arbejdsmiljø.....	122
7.2 Fysisk arbejdsmiljø.....	122
7.3 Sygefravær.....	123
7.4 Passiv rygning.....	124
 Kapitel 8. Sundhedsprofil for unge.....	 127
8.1 Helbredsrelateret livskvalitet.....	127
8.2 Sundhedsadfærd.....	128
8.2.1 Rygning.....	128
8.2.2 Alkohol.....	129
8.2.3 Fysisk aktivitet.....	130
8.2.4 Svær overvægt.....	131
8.2.5 Hash.....	131
8.2.6 Seksuel adfærd.....	132
8.3 Sociale relationer.....	133
8.4 Trivsel, sociale relationer og livsstil blandt unge.....	134

Sammenfatning

Sundhed i Kolding 2007 har til formål at beskrive forekomsten og fordelingen af sundhed og sygelighed blandt borgere i Kolding Kommune. Beskrivelsen omfatter forekomst og fordeling af helbredsrelateret livskvalitet, funktionsevne, sygdom, sygelighed, sygdomsadfærd, sociale relationer og unges sundhed samt faktorer, der har betydning for sundhedstilstanden som fx sundhedsadfærd, sundhedsvaner, livsstil og forandringsparathed.

Sundhed i Kolding 2007 er baseret på en aldersstratificeret stikprøve af alle borgere, der er 16 år eller derover og bosiddende i Kolding Kommune pr 1. april 2007. Stikprøven er på næsten 3000 borgere. Der blev trukket 959 borgere i alderen 16-24 år, og 2041 borgere der d. 1. april var fyldt 25 år. Ekstrastikprøven blandt de 16-24 årige sikrer, at antallet af besvarelser er stort nok til, at der kan afrapporteres særskilt for borgere i alderen 16-24 år.

Undersøgelsen er baseret på et spørgeskema udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed. Spørgeskemaet er baseret på samme model som sundhed- og sygelighedsundersøgelsen 2005, og det betyder, at undersøgelsen i vid udstrækning kan sammenlignes med såvel regionale som nationale forhold.

Det er væsentligt at påpege, at til trods for at resultaterne fra Kolding Kommune i nogle tilfælde fremstår bedre end i Region Syddanmark og i Danmark som helhed, så er det ikke ensbetydende med, at resultaterne er gode, og at der ikke skal foretages sundhedsfremmende indsatser på det pågældende område.

Helbredsrelateret livskvalitet

Kapitlet om helbredsrelateret livskvalitet omhandler den subjektive dimension af sundhed og helbred, og det handler derfor om, hvordan borgerne i Kolding Kommune oplever deres egen sundhed og helbred. Der tages udgangspunkt i indikatorerne selvvurderet helbred og oplevelse af stress.

Selvvurderet helbred

Selvvurderet helbred er en særdeles god faktor til at forudsige dødelighed og sygelighed. Jo dårligere en person vurderer sit eget helbred, desto større er risikoen for død og for sygelighed i en given opfølgingsperiode. I Kolding Kommune er andelen (71,8 %), der vurderer deres helbred som værende virkelig godt eller godt, mindre end i Region Syddanmark og i Danmark som helhed. Der ses ingen forskel i selvvurderet helbred blandt mænd og kvinder. Andelen, med virkelig godt eller godt selvvurderet helbred, falder med stigende alder. Jo højere uddannelsesniveau desto større er andelen, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt. Der er en markant større andel blandt erhvervsaktive end blandt ikke erhvervsaktive, der vurderer deres helbred som værende virkelig godt eller godt.

Stress

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

forværres af stress. Andelen (8,5 %), der ofte føler sig stresset i Kolding Kommune, adskiller sig ikke fra andelen i Region Syddanmark og Danmark som helhed. Der er en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der ofte føler sig stresset i dagligdagen. Overordnet falder andelen, der ofte føler sig stresset, med alderen for både mænd og kvinder. Dette gør sig dog ikke gældende for kvinder i aldersgruppen 16-24 år.

Sygdom og sygelighed

I *Sundhed i Kolding 2007* anvendes tre forskellige mål for sygdom og sygelighed. Det drejer sig om forekomst af langvarig sygdom, forekomst af specifikke sygdomme samt forekomst af gener, symptomer og besvær inden for en 14-dages periode.

Langvarig sygdom

Der er en mindre andel (33,5 %) i Kolding Kommune, der har en eller flere langvarige sygdomme, end i Region Syddanmark og Danmark som helhed. Andelen med langvarig sygdom stiger med stigende alder. Andelen med langvarig sygdom er større blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive. Endvidere er der en større andel, der har en langvarig sygdom, blandt enlige (separerede, skilte) end blandt gifte.

Specifikke sygdomme

I Kolding Kommune er andelen (16,7 %), der lider af slidgigt/leddegigt, mindre end andelen i Region Syddanmark og i Danmark som helhed. Andelen, der lider af slidgigt/leddegigt, stiger med stigende alder, og er større blandt kvinder end blandt mænd. Der er en større andel blandt ikke erhvervsaktive, der lider af slidgigt/leddegigt, end blandt erhvervsaktive.

Andelen (17,5 %) i Kolding Kommune, der lider af allergi, er mindre end andelen i Region Syddanmark og i Danmark som helhed. Der er en større andel, der har allergi, blandt kvinder end blandt mænd. Andelen med allergi stiger med stigende uddannelsesniveau.

I Kolding Kommune er andelen (15,5 %), der lider af forhøjet blodtryk, på niveau med andelen i Region Syddanmark og Danmark som helhed. Andelen med forhøjet blodtryk stiger markant med stigende alder. Blandt borgere med en kort uddannelse er andelen med forhøjet blodtryk større end blandt borgere med en lang uddannelse. Der er en større andel med forhøjet blodtryk blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive.

Andelen (11,7 %), der lider af migræne eller hyppig hovedpine, i Kolding Kommune er på niveau med andelen i Region Syddanmark og Danmark som helhed. Der er en mindre andel med migræne eller hyppig hovedpine blandt mænd end blandt kvinder. Den største andel, der lider af migræne eller hyppig hovedpine, ses blandt kvinder i aldersgruppen 25-44 år. Der er en større andel, som har migræne eller hyppig hovedpine, blandt gifte borgere end blandt borgere, der er enlige (ugifte).

Andelen (11,2 %) i Kolding Kommune, der har en rygsygdom, er mindre end andelen i Region Syddanmark og Danmark som helhed. Der er en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der har en rygsygdom. Andelen med rygsygdom er størst i de to ældste aldersgrupper. Blandt borgere med en kort uddannelse er der en større andel, der har rygsygdom, end blandt borgere med en lang uddannelse. Andelen, der har en rygsygdom, er større blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive.

Gener og symptomer inden for en 14-dages periode

Andelen (36,8 %), der lider af meget generende smerter eller ubehag, er mindre i Kolding Kommune end i Region Syddanmark og Danmark som helhed. Der er en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der lider af meget generende smerter eller ubehag. Blandt mænd ses den største andel af borgere, der har været meget generet af smerter eller ubehag, i aldersgruppen 45-64 år, mens andelen blandt kvinder er størst i aldersgruppen 65 år eller derover. Der er en større andel blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive. Endvidere er der en større andel blandt samlevende og enlige (separerede, skilte), der har været meget generet af smerter eller ubehag, end blandt gifte.

I Kolding Kommune er andelen (48,9 %), der har oplevet smerter eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder inden for de seneste 14 dage, større end i Region Syddanmark og Danmark som helhed. Andelen er mindre blandt mænd end blandt kvinder, og den største andel ses i aldersgruppen 45-64 år. Blandt samlevende er der en større andel, der har haft smerter eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder, end blandt gifte.

Der er en større andel (46,6 %), der har oplevet smerter eller ubehag i ryg eller lænd inden for de seneste 14 dage, i Kolding Kommune end i Region Syddanmark og Danmark som helhed. Blandt kvinder er der en større andel, der har oplevet smerter og ubehag i ryg eller lænd, end blandt mænd. Andelen, der har haft smerter eller ubehag i ryg eller i lænd, er større blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive. Der er en større andel, der har haft smerter eller ubehag i ryg eller lænd, blandt enlige (separerede, skilte) end blandt gifte.

Andelen (40,7 %), der inden for de seneste 14 dage har oplevet smerter eller ubehag i ben, hofter, knæ eller fødder, er større i Kolding Kommune end i Region Syddanmark og Danmark som helhed. I forhold til alder ses, at andelen, der har haft smerter eller ubehag i ben, hofter, knæ eller fødder, stiger med stigende alder. Blandt borgere med en kort uddannelse er der en større andel end blandt borgere med en lang uddannelse. Der er en større andel blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive, der har haft smerter eller ubehag i ben, hofter, knæ eller fødder. Der er ligeledes en større andel blandt samlevende end blandt gifte, der har haft smerter eller ubehag i ben, hofter, knæ eller fødder.

Der er en større andel (34,3 %) i Kolding Kommune, der har været generet af hovedpine inden for de seneste 14 dage, end i Region Syddanmark og Danmark som helhed. Der er i alle aldersgrupper en større andel, der har været generet af hovedpine, blandt kvinder end blandt mænd, og forekomsten af hovedpine er faldende med stigende alder. Andelen, der har været generet af hovedpine, er mindre blandt borgere med en mellemlang uddannelse end blandt borgere med en lang uddannelse.

Andelen (44,9 %) af borgere i Kolding Kommune, der inden for de seneste 14 dage har været generet af træthed, er større end i Region Syddanmark og Danmark. I alle aldersgrupper er der en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der har været generet af træthed. Der er en mindre andel af borgere med mellemlang uddannelse. Andelen, der har været generet af træthed, er større blandt samlevende end blandt gifte.

Sygdomsadfærd

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

Kontakt til behandlere

Andelen (47,9 %) i Kolding Kommune, der har haft kontakt til en praktiserende læge inden for de seneste tre måneder, er større end andelen i Region Syddanmark og i Danmark. Overordnet set er andelen, der har haft kontakt til en praktiserende læge, større blandt kvinder end blandt mænd. Andelen, der har haft kontakt til en praktiserende læge, stiger med stigende alder. Dette gælder dog ikke for kvinder i de to yngste aldersgrupper. Blandt borgere med en kort uddannelse er andelen, der har haft kontakt til en praktiserende læge, større end blandt borgere med en lang uddannelse. Andelen, der har haft kontakt til en praktiserende læge, er mindre blandt erhvervsaktive end blandt ikke erhvervsaktive. Andelen, der har haft kontakt til praktiserende læge, er større blandt samlevende end blandt gifte.

Der er en større andel (46,2 %) i Kolding Kommune, der har været til tandlæge indenfor de seneste tre måneder, end i Region Syddanmark og i Danmark. Andelen, der har været til tandlæge, er større blandt kvinder end blandt mænd. Den største andel, der har været til tandlæge, ses i aldersgruppen 45-64 år for både mænd og kvinder.

Brug af medicin

Andelen (43,3 %) i Kolding Kommune, der har brugt receptpligtig medicin inden for de seneste 14 dage, adskiller sig ikke fra andelen i Region Syddanmark og Danmark som helhed. Blandt kvinder er der en større andel, der har brugt receptpligtig medicin, end blandt mænd. Overordnet set stiger andelen, der har brugt receptpligtig medicin, med stigende alder. Der er en større andel, der har brugt receptpligtigt medicin, blandt ikke erhvervsaktive i forhold til erhvervsaktive.

Andelen (41,8 %), der har brugt håndkøbsmedicin inden for de seneste 14 dage, er større i Kolding Kommune end i Region Syddanmark og Danmark som helhed. Der er en markant større andel blandt kvinder, der har brugt håndkøbsmedicin, end blandt mænd. For både mænd og kvinder er andelen mindst i aldersgruppen 65+ år.

Andelen (48,3 %), der har brugt smertestillende receptpligtig- eller håndkøbsmedicin inden for en 14-dages periode, er større i Kolding Kommune end i Region Syddanmark og i Danmark. Der er en markant større andel blandt kvinder end blandt mænd, der har brugt smertestillende medicin. Andelen, der har brugt smertestillende medicin, er for kvinder størst i aldersgruppen 16-24 år samt 45-64 år, hvor den for mænd er størst i aldersgruppen 45-64 år.

I Kolding Kommune er andelen (19,4 %), der inden for de seneste 14 dage har brugt blodtrykssænkende medicin, større end andelen i Region Syddanmark og Danmark som helhed. Andelen, der har taget blodtrykssænkende medicin, er størst i de ældste aldersgrupper. Der er en større andel, der har brugt blodtrykssænkende medicin, blandt borgere med en kort uddannelse end blandt borgere med en lang uddannelse. Blandt ikke erhvervsaktive er andelen større end blandt erhvervsaktive, der har brugt blodtrykssænkende medicin.

Sundhedsadfærd

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

Ryging

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

I Kolding Kommune er andelen (25,0 %), der ryger dagligt, mindre end i Region Syddanmark og i Danmark som helhed. Blandt mænd er andelen, der ryger dagligt, størst i aldersgruppen 65+ år og mindst i aldersgruppen 16-24 år. Hos kvinderne er andelen, der ryger dagligt, størst i aldersgruppen 45-64 år og mindst i aldersgruppen 65+ år. Blandt borgere med en kort uddannelse er der en større andel, der ryger dagligt, end blandt borgere med en lang uddannelse. I forhold til civilstand er andelen, der ryger dagligt, mindst blandt gifte.

Andelen (12,5 %) af storrygere i Kolding Kommune dvs. borgere, der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen, er mindre end andelen i Region Syddanmark og Danmark som helhed. Den største andel af storrygere ses i aldersgruppen 25-64 år for både mænd og kvinder. Andelen, der er storrygere, er større blandt borgere med en kort uddannelse end blandt borgere med en lang uddannelse. Der er en større andel af storrygere blandt enlige (separerede, skilte, ugifte) og samlevende end blandt gifte.

Fysisk aktivitet

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

Andelen (26,3 %) i Kolding Kommune, der dyrker hård eller mellemhård fysisk aktivitet i fritiden, adskiller sig ikke fra andelen i Region Syddanmark og Danmark som helhed. Der er en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der dyrker hård eller mellemhård fysisk aktivitet i fritiden. Andelen, der er fysisk aktive i fritiden, falder med stigende alder. Endvidere stiger andelen, der er fysisk aktive i fritiden, med stigende uddannelseslængde. Blandt erhvervsaktive er andelen større end blandt ikke erhvervsaktive. Andelen, der er fysisk aktive i fritiden, er større blandt enlige (ugifte) end blandt gifte.

I Kolding Kommune er der en større andel (41,5 %), der har stillesiddende arbejde i hovedbeskæftigelsen, end i Region Syddanmark. Der er en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der har stillesiddende arbejde. Blandt mænd er andelen, der har stillesiddende arbejde, størst i aldersgruppen 25-44 år, mens andelen blandt kvinder er næsten lige store i aldersgrupperne 25-44 år og 45-64 år. Andelen, der har stillesiddende arbejde, stiger med stigende uddannelseslængde.

Alkohol

Borgere med stort alkoholforbrug har højere dødelighed og sygelighed end personer med moderat eller intet forbrug. For at forebygge alkoholrelaterede problemer i den danske befolkning anbefaler Sundhedsstyrelsen en maksimumsgrænse på maksimalt 21 genstande om

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

Andelen (11,2 %), der har overskredet Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser inden for den seneste uge, er mindre i Kolding Kommune end i Danmark som helhed. Der er en større andel blandt mænd end blandt kvinder. Både blandt mænd og kvinder er andelen, der overskredet Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser, størst i aldersgruppen 16-24 år. Der er en større andel blandt enlige (separerede, skilte, ugifte) og samlevende end blandt gifte, der har overskredet Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser.

Andelen (49,0 %) i Kolding Kommune, der inden for den seneste måned ved mindst en enkelt lejlighed har drukket fem genstande eller derover, er på samme niveau som i Region Syddanmark og Danmark som helhed. Der er en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der har haft mindst en bingeepisode. Andelen, der har haft mindst en bingeepisode, falder med stigende alder. Der er en mindre andel blandt borgere med en kort og mellemlang uddannelse end blandt borgere med en lang uddannelse. Blandt erhvervsaktive er andelen, der har haft mindst en bingeepisode, større end blandt ikke erhvervsaktive. Endvidere er der en større andel blandt enlige (separerede, skilte) end blandt gifte, der har haft en bingeepisode.

I alt oplyser 72,8 %, at de ikke ved hvor i kommunen, de kan søge råd og hjælp vedrørende forbrug af alkohol. Der er ingen forskel på andelen, der ikke ved hvor i kommunen, de kan søge råd og hjælp vedrørende forbrug af alkohol, blandt mænd og kvinder. Endvidere er andelen, der ikke ved hvor i kommunen, de kan søge råd og hjælp vedrørende forbrug af alkohol, mindst i aldersgruppen 45-64 år.

Hash

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

Der er en større andel (3,7 %) i Kolding Kommune, der inden for det sidste år har prøvet hash, end i Region Syddanmark. Blandt kvinder er andelen, der har prøvet at indtage hash, mindre end blandt mænd. Andelen, der har prøvet at indtage hash, er størst i aldersgruppen 16-24 år. Der er en større andel, der har prøvet hash, blandt samlevende og enlige end blandt gifte.

Svær overvægt

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

Andelen (11,0 %) af svært overvægtige i Kolding Kommune adskiller sig ikke fra andelen i Region Syddanmark eller i Danmark som helhed. Blandt mænd er andelen, der er svært overvægtig, størst i aldersgruppen 45-64 år, mens andelen blandt kvinder er størst i aldersgruppen 65+ år.

Egen indsats

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

Andelen (72,5 %) i Kolding Kommune, der tror, at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare deres helbred, er større end i Region Syddanmark og i Danmark som helhed. Den største andel ses i aldersgruppen 25-44 år. Andelen, der tror, at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare eller forbedre helbredet, stiger med stigende uddannelsesniveau.

Andelen (87,0 %) af borgere i Kolding Kommune, der aktivt gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred, er større end i Region Syddanmark og Danmark som helhed. Der er en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der aktivt gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred. Andelen, der gør noget aktivt for at bevare eget helbred, er mindst i aldersgruppen 65+ år. I forhold til uddannelse ses, at andelen, der aktivt gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred, stiger med stigende uddannelsesniveau.

Talt med praktiserende læge om sundhedsvaner

I alt har 30,5 % talt med deres praktiserende læge om deres sundhedsvaner inden for det seneste år. Andelen er større blandt mænd end blandt kvinder. Andelen stiger med stigende alder indtil aldersgruppen 65+ år. Blandt ikke erhvervsaktive er der en større andel, der har talt med sin praktiserende læge om sine sundhedsvaner, end blandt erhvervsaktive.

I *Sundhed i Kolding 2007* er der desuden spurgt til, hvor stor en andel af borgerne, der har talt med deres praktiserende læge om forskellige former for sundhedsvaner.

Der er en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der har talt med deres praktiserende læge om deres rygevaner. Andelen, der har talt med deres praktiserende læge om deres rygevaner, er størst i aldersgruppen 45-64 år. Der er en mindre andel blandt borgerne med en lang uddannelse, som har talt med deres praktiserende læge om deres rygevaner, end blandt borgene med en kort uddannelse. I alt har 8,9 % talt med deres praktiserende læge om deres rygevaner.

Der er en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der har talt med deres praktiserende læge om deres motionsvaner, i alt har 17,5 % talt med den praktiserende læge om motionsvaner. Andelen er størst for mænd i aldersgruppen 45-64 år og størst for kvinder i aldersgruppen 25-44 år. I forhold til uddannelse ses, at andelen, der har talt med deres praktiserende læge om motionsvaner, stiger med stigende uddannelsesniveau.

I alt har 15,9 % talt med deres praktiserende læge om deres kostvaner. Andelen er større blandt mænd end blandt kvinder. Blandt mænd er andelen, der har talt om deres kostvaner størst i aldersgruppen 45-64 år, mens andelen blandt kvinder er størst i aldersgrupperne 16-24 år samt 45-64 år. Der er en mindre andel blandt borgere med en mellemlang uddannelse, der har talt med deres praktiserende læge om deres kostvaner, end blandt borgere med en lang uddannelse. Blandt enlige (separerede, skilte) er andelen, der har talt med deres praktiserende læge om deres kostvaner, mindre end blandt gifte.

Der er en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der har talt med deres praktiserende læge om deres alkoholforbrug. Blandt borgere med en kort uddannelse er der en større andel, der har talt med deres praktiserende læge om alkoholforbrug, end blandt borgere med

en lang uddannelse. Der er en større andel blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive, der har talt med deres praktiserende læge om alkoholforbrug. Blandt enlige (separerede, skilte) er der en større andel end blandt gifte, der har talt med deres praktiserende læge om alkoholforbrug. I alt har 2,7 % talt med deres praktiserende læge om deres alkoholvaner.

Sociale relationer

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

Andelen (9,4 %) i Kolding Kommune, der sjældnere end en gang om måneden ser familien, adskiller sig ikke fra andelen i Region Syddanmark og i Danmark. Blandt mænd stiger andelen af borgere, der træffer deres familie sjældnere end en gang om måneden, med stigende alder, mens andelen blandt kvinder er størst i aldersgrupperne 16-24 år og 45-64 år. I forhold til uddannelsesniveau ses, at andelen, der sjældnere end en gang om måneden træffer familie, er mindre blandt borgere med en kort uddannelse end blandt borgere med en lang uddannelse. Endvidere er andelen større blandt enlige (separerede, skilte, ugifte) end blandt gifte.

I Kolding Kommune er der en større andel af borgere (9,4 %), der sjældnere end en gang om måneden ser venner og bekendte, end i Region Syddanmark og i Danmark som helhed. Der er en langt mindre andel, der angiver, at de sjældnere end en gang om måneden træffer venner og bekendte, blandt de 16-24 årige end blandt de resterende aldersgrupper.

Andelen (6,6 %), der ikke regner med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom, er i Kolding Kommune på niveau med Region Syddanmark og Danmark som helhed. Der er en mindre andel, der ikke regner med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom, i aldersgruppen 16-24 år sammenlignet med de øvrige aldersgrupper. Blandt ikke erhvervsaktive er der en større andel, der ikke regner med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom, end blandt erhvervsaktive.

I Kolding Kommune er andelen (22,9 %), der ofte er uønsket alene, større end andelen i Region Syddanmark og Danmark som helhed. Blandt mænd ses den største andel, der ofte er uønsket alene, i aldersgruppen 16-24 år, mens andelen for kvinder er størst i aldersgrupperne 16-24 år og 65+ år. I forhold til erhvervsaktivitet ses, at blandt ikke erhvervsaktive er der en større andel, der ofte eller engang imellem er uønsket alene, end blandt erhvervsaktive. Andelen, der ofte eller engang imellem er uønsket alene, er større blandt enlige (separerede, skilte, ugifte) end blandt gifte.

Arbejds miljø

Arbejdspladsen er de senere år blevet et centralt forum for forebyggelse og sundhedsfremme, og der er kommet større fokus på arbejdsmiljøets indflydelse på medarbejdernes fysiske og psykiske sundhedstilstand.

I Kolding Kommune er oplevelsen af manglende støtte fra den nærmeste overordnede den hyppigst nævnte psykiske arbejdsmiljøbelastning (46,7 %). Der er en større andel i Kolding Kommune, der oplever manglende støtte fra nærmeste overordnede, end i Region Syddan-

mark og i Danmark som helhed. Andelen (24,9 %), der kun sommetider, sjældent eller aldrig har indflydelse på, hvad de laver, er ligeledes større i Kolding Kommune end i Region Syddanmark og Danmark. Andelen (22,2 %) i Kolding Kommune, der altid eller ofte ikke når alle sine arbejdsopgaver, er lavere end andelen i Region Syddanmark og i Danmark som helhed.

I relation til det fysiske arbejdsmiljø er de hyppigst nævnte arbejdsmiljøbelastninger; mange gentagne og ensidige bevægelser (40,6 %) samt arbejde i bøjede/forvredne arbejdsstillinger (39,9 %). Disse andele er højere i Kolding Kommune end i Danmark som helhed. Andelen, der løfter/bærer tunge byrder (31,4 %), er lavere i Kolding Kommune end i Region Syddanmark.

Sundhedsprofil for unge mellem 16 og 24 år

De fleste unge i Kolding Kommune er raske i medicinsk forstand, og de trives generelt godt. Alligevel ses det, at en del unge i varieret grad oplyser om forskelligartede problemer med hensyn til deres helbred og trivsel.

I forhold til selv vurderet helbred er der en mindre andel af unge i Kolding Kommune end i Danmark som helhed, der vurderer eget helbred som godt eller virkelig godt. Der er en større andel blandt 16-19 årige mænd (87,4 %) end blandt 16-19 årige kvinder (83,3 %), der vurderer eget helbred som godt eller virkelig godt. Blandt mænd falder andelen, der vurderer eget helbred som godt eller virkelig godt, med stigende alder.

Der er en større andel, der ofte er stressede blandt unge i Kolding end blandt unge i Danmark som helhed. Blandt mænd i aldersgruppen 20-24 år ses dog, at andelen, der ofte er stresset, er mindre i Kolding Kommune (8,7 %) end i Danmark. Andelen, der ofte er stresset, falder med stigende alder blandt mænd, mens blandt kvinder stiger andelen med stigende alder, blandt de 20-24 årige kvinder er andelen (11,4%).

I Kolding Kommune er der en større andel, der føler sig nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig, end i Danmark som helhed. Andelen, der føler sig nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig, er større blandt kvinder (16-19 år 22,7 %) end blandt mænd (16-19 år 17,2 %). Blandt mænd falder andelen med stigende alder, mens andelen stiger med stigende alder blandt kvinder.

Andelen, der lider træthed, er større blandt kvinder end blandt mænd og større i Kolding Kommune end i Danmark som helhed. Derudover ses, at blandt mænd falder andelen, der lider af træthed, med stigende alder, mens den stiger med stigende alder blandt kvinder.

Overordnet set er der en mindre andel blandt unge, der ryger dagligt, i Kolding Kommune end i Danmark som helhed. Blandt kvinder ses den største andel i aldersgruppen 20-24 år (25,8 %), mens den blandt mænd ses i aldersgruppen 16-19 år (26,4 %).

Når det gælder overskridelse af Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser inden for den seneste uge, er andelen blandt de 16-19 årige mænd (24,1 %) og de 20-24 årige kvinder (12,2 %) mindre i Kolding Kommune end i Danmark som helhed. Der er en større andel, der har overskredet Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse indenfor den seneste uge, blandt mænd end blandt kvinder.

Overordnet set er andelen, der har haft mindst en bingeepisode, mindre blandt unge i Kolding Kommune end i Danmark. Andelen, der har haft mindst en bingeepisode indenfor den seneste måned, er større blandt mænd end blandt kvinder. Blandt mænd er andelen, der har

haft mindst en bingeepisode, mindst i den ældste aldersgruppe (76,1 %), mens den omvendte tendens ses hos kvinderne, hvor andelen er størst blandt de 20-24 årige (70,5 %).

Generelt er der i Kolding Kommune en større andel, der er fysisk aktiv, end i Danmark som helhed. Der er en større andel blandt unge mænd (63,2 % blandt de 16-19 årige) end blandt unge kvinder (58,3 % blandt de 16-19 årige), der er fysisk aktiv i fritiden. Andelen, der er fysisk aktiv i fritiden, falder med stigende alder.

I Kolding Kommune er andelen af svært overvægtige unge mindre end i Danmark som helhed. Blandt kvinder stiger andelen af svært overvægtige med stigende alder (6,2 % blandt de 20-24 årige). Endvidere er der blandt mænd i aldersgruppen 16-19 år en større andel i Kolding Kommune (3,5 %) end i Danmark som helhed, der er svært overvægtig.

Andelen, der har prøvet hash inden for den seneste måned, er størst i aldersgruppen 20-24 år (mænd: 27,2 %, kvinder: 9,9 %). En mindre andel blandt kvinder end blandt mænd har prøvet hash inden for den seneste måned. Endvidere har en større andel blandt de 16-19 årige end blandt de 20-24 årige røget hash mindst en gang om ugen inden for den seneste måned.

Lidt over halvdelen af de unge i Kolding Kommune har deres seksuelle debut, når de er mellem 15 og 18 år. En lidt større andel af mænd end af kvinder har haft deres seksuelle debut, før de fylder 15 år. Andelen, der aldrig har haft samleje, er lidt større blandt kvinder end blandt mænd.

Andelen, der altid bruger prævention, er større blandt kvinderne end blandt mændene. En større andel blandt de 20-24 årige (78,8 %) end de 16-19 årige kvinder anvender altid prævention. Blandt mænd falder andelen, der aldrig bruger prævention, med alderen.

I Kolding Kommune er andelen af unge, der træffer venner mindst en gang om ugen, overordnet set på niveau med Danmark som helhed. Andelen, der træffer venner mindst en gang om ugen, er størst i den yngste aldersgruppe. For begge køn gælder det for mere end 9 ud af 10 i den yngste aldersgruppe.

Andelen, der ofte eller en gang i mellem er uønsket alene, er større i Kolding Kommune end i Danmark som helhed. Blandt mænd falder andelen, der ofte eller en gang i mellem er uønsket alene, med stigende alder, mens den blandt kvinder stiger med stigende alder.

Blandt unge i Kolding Kommune er andelen, der altid eller for det meste har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte, mindre end i Danmark som helhed. Andelen, der altid eller for det meste har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte, stiger med stigende alder. Blandt kvinder er andelen, der altid eller for det meste har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte, større end blandt mænd (mænd 20-24 år: 88,0 %, kvinder 20-24 år: 98,5 %).

Sammenfattende

- i alt 56,2 % af de inviterede borgere deltog
- markant højt bortfald blandt de unge, i alt deltog 60,9 % blandt de 25+ årige sammenlignet med de 16-24-årige, hvor 46,2 % borgere har returneret skemaet

- mere end 7 ud af 10 borgere har et godt selv vurderet helbred
 - næsten ni ud af 10 borgere gør aktivt noget for at bevare eller forbedre deres helbred
 - mere end 30 % har talt med deres praktiserende læge om deres sundhedsvaner i løbet af det sidste år
 - blot hver 10. træffer deres familie sjældnere end en gang om måneden
 - mere end 25 % dyrker hård eller mellemhård fysisk aktivitet i fritiden
-
- hver tredje borger angiver at have en langvarig sygdom
 - mere end 35 % har været stærkt generet af smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage
 - næsten hver anden koldingenser har brugt receptpligtig medicin inden for de seneste 14 dage
 - en næsten ligeså stor andel har brugt håndkøbsmedicin inden for de seneste 14 dage
 - næsten en ud af fire borgere i Kolding er ofte eller en gang i mellem uønsket alene
 - i alt 25 % af borgerne i Kolding ryger, heraf er halvdelen storrygere
 - fire ud af 10 koldingensere har stillesiddende arbejde
 - hver anden borger har inden for den seneste måned drukket mere end 5 genstande ved en enkelt lejlighed

Kapitel 1. Materiale og metode

1.1 Baggrund og formål

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

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

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

Det overordnede formål med *Sundhed i Kolding 2007* er at beskrive forekomsten og fordelingen af sundhed og sygelighed blandt borgere i Kolding Kommune. Beskrivelsen omfatter forekomst og fordeling af helbredsrelateret livskvalitet, funktionsevne, sygdom, sygelighed, sygdomsadfærd og sociale relationer samt faktorer, der har betydning for sundhedstilstanden som fx sundhedsadfærd, sundhedsvaner, livsstil og forandringsparathed.

1.2 Læsevejledning

Rapporten består af otte kapitler. I første kapitel er der redegjort for formål, dataindsamling, spørgeskemaets opbygning, og der gives en sociodemografisk beskrivelse af borgerne i Kolding Kommune. I de følgende syv kapitler beskrives undersøgelsens resultater. Kapitlerne dækker den subjektive dimension af sundhed og helbred, det medicinske perspektiv på sygelighed, samt sygdomsadfærd og brug af sundhedsvæsenet, sundhedsadfærd, sociale relationer og arbejdsmiljø. Endvidere er der skrevet et særskilt kapitel om unge i alderen 16-24 år.

Et bredt udvalg af undersøgelsens resultater præsenteres som standardtabeller. Hver standardtabel er opbygget på samme måde og består af en tabel og en figur. I det efterfølgende afsnit, hvor det forklares, hvordan en standardtabel læses, er standardtabellen for fysisk aktivitet i fritiden brugt som eksempel (se standardtabel 1.1).

Ud for "Total" vises i standardtabellen totaltal fra hhv. Kolding Kommune, Region Syddanmark samt Danmark. Tallene for Region Syddanmark og Danmark er fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 (SUSY-2005). Ved enkelte standardtabeller er det ikke muligt at

angive opgørelser fra SUSY-2005. Dette skyldes, at spørgsmålene enten ikke er medtaget i SUSY-2005, eller at spørgsmålsformuleringen ikke er den samme i *Sundhed i Kolding 2007* og SUSY-2005. I standardtabellen følger dernæst de anvendte socio-demografiske baggrundsvariabler: køn og alder, kombineret skole- og erhvervsuddannelse, erhvervsstatus samt civilstand. De efterfølgende søjler indeholder forskellige statistiske opgørelser. Første søjle "Forekomst" angiver andelen med den givne indikator. Således viser tallene ud for "Total" andelen, der er fysisk aktive i fritiden i hhv. Region Syddanmark, i Danmark som helhed og i Kolding Kommune. Tallet ud for gruppen af 25-44 årige mænd angiver, at 59,2 % af mændene i alderen 16-24 år er fysisk aktive i fritiden. For de 25-44 årige kvinder, er det 21,2 %. I alt er 33,0 % af mændene fysisk aktive i fritiden.

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

I søjlen "Standardiseret forekomst" vises standardiserede forekomster for alle grupper undtagen de køns- og aldersspecifikke. De standardiserede forekomster er køns- og aldersstandardiseret i forhold til den danske befolkning pr. 1. januar 2005. Det betyder, at forekomsten er justeret for køns- og aldersmæssige forskelle, således at tallene fra Kolding kan sammenlignes med tallene fra Region Syddanmark og Danmark. Tallene er altså et udtryk for, hvor stor forekomsten af fysisk aktivitet i fritiden ville være, hvis *Sundhed i Kolding 2007* og SUSY-2005 havde samme køns- og aldersfordeling, som den danske befolkning 1. januar 2005. Dog gælder det for samlivsstatus, at der alene er standardiseret efter alder. Der er ikke lavet køns- og aldersstandardiserede forekomster for gruppen "Skoleelev/anden uddannelse". Dette skyldes, at det ikke er entydigt, hvilket niveau "Anden uddannelse" befinder sig på. Der er heller ikke beregnet standardiserede forekomster for samlivsgruppen "Enlig (enkestand), da det ikke giver mening at aldersstandardisere en gruppe, der altovervejende udgøres af ældre over 65 år.

Efter den standardiserede forekomst er der markeret med "+" eller "-", hvis den standardiserede forekomst afviger signifikant fra referencegruppen. For køn og alder bruges de ikke-standardiserede forekomster. Ved totalopgørelser er Kolding Kommune valgt som referencegruppe. For køn og alder er kvinder i aldersgruppen 45-64 år valgt som referencegruppe. Det fremgår af standardtabel 1.1, at mænd og kvinder i aldersgrupperne 16-24 og 25-44 år har statistisk signifikant højere andele, der er fysisk aktive i fritiden end referencegruppen. Tilsvarende er gruppen med lang uddannelse, de erhvervsaktive og gifte valgt som referencegrupper ved hhv kombineret skole- og erhvervsuddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet samt civilstand. Referencegruppen er skrevet i *kursiv*. Der vil kun blive kommenteret på standardtabellerne i de tilfælde, hvor der er statistisk signifikante forskelle mellem grupperne.

Den sidste søjle i standardtabellen angiver hvor mange personer, der er i den pågældende undergruppe. Der er fx 912 kvinder og 774 mænd i undersøgelsen (standardtabel 1.1).

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

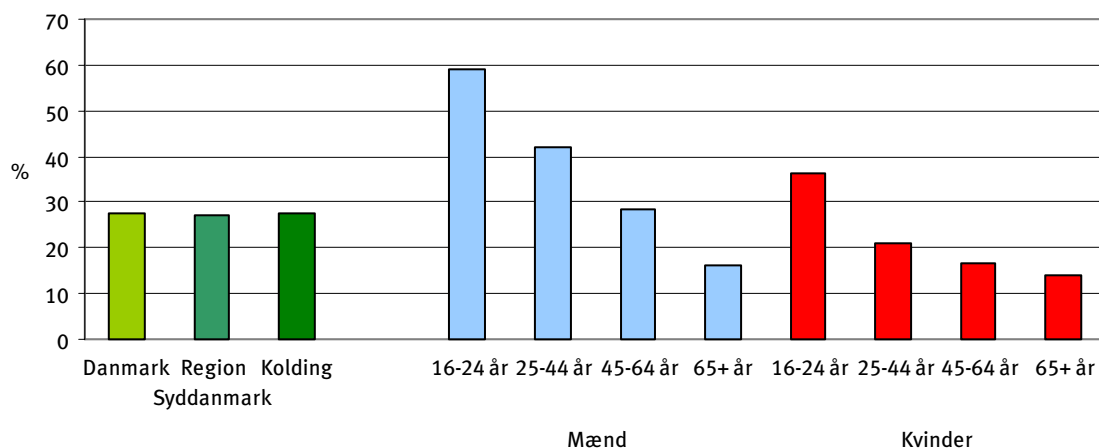
I hver standardtabel er der endvidere en figur, der viser forekomster for Kolding, Region Syddanmark og Danmark, samt forekomst for Kolding fordelt på køn og alder. Tallene fra Kolding Kommune, Region Syddanmark og Danmark er de køns- og aldersstandardiserede forekomster (standardtabel 1.1).

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

Standardtabel 1.1 *Eksempel: Andel der angiver, at de er fysisk aktive i fritiden.*

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	26.5	27.6		14566
	Region Syddanmark	26.2	27.3		3089
	Kolding	26.3	27.5		1686
Mænd	16-24 år	59.2		+	179
	25-44 år	41.8		+	196
	45-64 år	28.6		+	238
	65+ år	16.1			161
	Mænd i alt	33.0			774
Kvinder	16-24 år	36.4		+	264
	25-44 år	21.2		+	231
	45-64 år	16.5			261
	65+ år	14.1			156
	Kvinder i alt	20.4			912
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	13.0	13.4	-	215
	Mellemlang	24.4	23.6	-	328
	Lang	28.5	29.7		536
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	22.6			62
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	28.8	29.4		771
	Ikke erhvervsaktiv	12.9	15.3	-	155
Civilstand	Gift	23.2	24.1		802
	Samlevende	27.2	21.4		252
	Enlig (separeret, skilt)	21.1	28.0		79
	Enlig (ugift)	42.1	32.5	+	400
	Enlig (enkestand)	9.3			80

- & + markerer statistisk signifikans



1.3 Indsamling af data

Sundhed i Kolding 2007 er baseret på en aldersstratificeret repræsentativ stikprøve af alle borgere, der er 16 år eller derover og bosiddende i Kolding Kommune pr. 1. april 2007. Stikprøven var på næsten 3000 borgere, der blev trukket 959 borgere i alderen 16-24 og 2041 borgere, der den 1. april 2007 var fyldt 25 år. Ekstrastikprøven blandt de 16-24-årige sikrer, at antallet af besvarelser er stort nok til, at der kan afrapporteres særskilt for borgere i alderen 16-24 år. Alle udtrukne fik tilsendt et spørgeskema. Efterfølgende blev der sendt to rykkerbreve til de borgere, der ikke havde returneret spørgeskemaet. I rykkerbrevene blev vigtigheden af undersøgelsen understreget, og de blev høfligt opfordret til at besvare og returnere skemaet. Med det andet rykkerbrev fulgte desuden et nyt spørgeskema. Dataindsamlingen forløb over syv uger startende medio april 2007. Det skal endvidere påpeges, at der alene er udtrukket personer, der ikke er beskyttet mod forskerhenvendelser.

I alt har 1686 borgere returneret spørgeskemaet, hvilket giver en svarprocent på 56,2 %. Opnåelsen er markant bedre blandt de 25+ årige, hvor 1243 borgere har returneret skemaet (60,9 %) sammenlignet med de 16-24-årige, hvor 443 borgere har returneret skemaet (46,2 %).

1.4 Spørgeskemaets struktur

Spørgeskemaet til *Sundhed i Kolding 2007* er konstrueret med udgangspunkt i SUSY-2005, der er baseret på en traditionel, epidemiologisk forståelsesmodel, som opererer med nogle risikofaktorer, der kan medvirke til sygdom med deraf følgende konsekvenser (1). Udover at spørge ind til forskellige helbredsmål stilles der en række spørgsmål, der kan belyse perspektiver på sygdom og sundhed, der som tidligere nævnt ikke kan opnås via registre. Der spørges til konsekvenser af sygdom samt en række bagvedliggende oplysninger, der formodes at have betydning for udvikling af sygdom eller kan medføre nedsat livskvalitet. SUSY-undersøgelserne er unikke, da der ikke findes andre landsdækkende undersøgelser med disse perspektiver.

Fordelen ved at bruge spørgsmål fra SUSY-2005 undersøgelsen er, at det er muligt for kommunen at sammenligne direkte med de nationale og regionale opgørelser. Denne sammenligning foretager vi i rapporten i det omfang, det er muligt. Ved nogle spørgsmål vil sammenligningen mellem data fra SUSY-2005 undersøgelsen og *Sundhed i Kolding 2007* dog være besværliggjort af forskellen i måden data er indsamlet på. I SUSY-2005 undersøgelsen er data indsamlet ved personlige interviews i svarpersonens hjem, mens data for *Sundhed i Kolding 2007* er indsamlet ved et postomdelt spørgeskema. Endvidere er SUSY-2005 undersøgelsen indsamlet i løbet af et år, mens dataindsamlingen for *Sundhed i Kolding 2007* er foregået i løbet af foråret, og der er derved ikke er taget højde for årstidsvariation, der er fx fundet at andelen af fysisk inaktive er større blandt respondenter, der svarer om vinteren og om foråret end sommer hhv. efterår (1)

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

Overordnet fordeler spørgsmålene i spørgeskemaet sig inden for følgende kategorier:

- sociodemografiske baggrundsspørgsmål (køn, alder, samlivsstatus m.m.)
- helbredsrelateret livskvalitet
- sygdomme, gener og symptomer
- sundhedsvæsenet og medicin
- sundhedsvaner
- socialt netværk
- arbejdsmiljø.

1.5 Bortfald og repræsentativitet

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

Det er af betydning for resultaternes generaliserbarhed dels, at de udtrukne borgere tegner et retvisende billede af borgerne i Kolding Kommune, og dels at de borgere, der ikke deltager i undersøgelsen, ikke afviger væsentligt fra de borgere, der deltager. I tabel 1.1 vises, bl.a. køns- og aldersfordelingen i Kolding Kommune sammenlignet med den udtrukne stikprøve. Det fremgår, at der er stor forskel på aldersfordelingen i den udtrukne stikprøve og aldersfordelingen i Kolding Kommune. Dette skyldes den ekstra store stikprøve blandt de 16-24-årige. Der er derfor ligeledes markant forskel på køns- og aldersfordelingen i Kolding Kommune og blandt deltagerne. For at kompensere for det stratificerede udtræk er der i analyser vægtet for den skæve aldersfordeling. Sammenligner man således den vægtede køns- og aldersfordeling blandt deltagerne med fordelingen i Kolding Kommune ses, at aldersforskellen på Kolding Kommune og *Sundhed i Kolding 2007* udjævnes. Endvidere viser tabellen, den vægtede andel kvinder, der deltager i undersøgelsen, er større end andelen af kvinder i Kolding Kommune. Tabellen viser endvidere, at den vægtede andel, der deltager i undersøgelsen, er mindre i aldersgruppen 25-44 år end i Kolding Kommune, og blandt mændene er den vægtede andel i den ældste aldersgruppe større i *Sundhed i Kolding 2007* end i Kolding Kommune.

Tabel 1.1 viser endvidere bortfald i køns- og aldersgrupper. Generelt er bortfaldet større blandt mænd end blandt kvinder. Blandt mænd i aldersgrupperne 16-24 og 25-44 år er bortfaldet over 50 %. I de andre aldersgrupper er bortfaldet væsentligt mindre. Blandt kvinderne er bortfaldet mere jævnt fordelt, dog ses det største bortfald i den yngste aldersgruppe (43,1 %). Der er lavet en logistisk regressionsanalyse, for at teste om det observerede bortfald er afhængigt af køn og alder. Analysen bekræfter, at bortfaldet fordeler sig ujævnt på køn og alder.

Tabel 1.1. Køns- og aldersfordelingen i hhv. Kolding Kommune*, den udtrukne stikprøve, deltagere i undersøgelsen samt bortfald.

		Kolding Kommune *		Stikprøve		Deltagere			Bortfald	
		Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Vægtet procent	Antal	Procent
Mænd	16-24	4735	6.9	495	16.5	179	10.6	5.4	316	63.8
	25-44	12346	17.9	413	13.8	196	11.6	13.7	217	52.5
	45-64	11449	16.6	402	13.4	238	14.1	16.6	164	40.8
	65+	5553	8.0	231	7.7	161	9.5	11.2	70	30.3
	I alt	34083	49.3	1541	51.4	774	45.9	46.9	767	49.8
Kvinder	16-24	4486	6.5	464	15.5	264	15.7	8.0	200	43.1
	25-44	12217	17.7	356	11.9	231	13.7	16.1	125	35.1
	45-64	11169	16.2	383	12.8	261	15.5	18.2	122	31.9
	65+	7153	10.4	256	8.5	156	9.3	10.9	100	39.1
	I alt	35025	50.7	1459	48.6	912	54.1	53.1	547	37.5
I alt	16-24	9221	13.3	959	32.0	443	26.3	13.3	516	53.8
	25-44	24563	35.5	769	25.6	427	25.3	29.8	342	44.5
	45-64	22618	32.7	785	26.2	499	29.6	34.8	286	36.4
	65+	12706	18.4	487	16.2	317	18.8	22.1	170	34.9
	I alt	69108	100	3000	100	1686	100	100	1314	43.8

*Tal fra Danmarks Statistik. Statistikbanken, juli 2007

1.6 Vægtning

For at tage højde for den stratificerede stikprøve, er der konstrueret en vægt, der er brugt i analyserne. Vægten er konstrueret ud fra følgende:

$$vgt_tot = \frac{1}{ssh_i}, \text{ hvor } ssh \text{ er udtrækssandsynligheden i } i\text{'te aldersgruppe, } i=1 : 16-24 \text{ år,}$$

$i=2 : 25+$ år

$$ssh = \frac{n_i}{m_i}, \text{ hvor } n_i \text{ er antallet af respondenter i } i\text{'te aldersgruppe og } m_i \text{ er antallet af borgere i}$$

Kolding i i 'te aldersgruppe.

Endelig er vægten normeret således, at det vægtede antal respondenter svarer til det faktiske antal respondenter:

$$vgt_i = \frac{vgt_tot_i}{E(vgt_tot)}$$

1.7 Sociodemografisk beskrivelse af populationen

Et af formålene med *Sundhed i Kolding 2007* er at beskrive Kolding Kommune i forhold til Region Syddanmark og Danmark. Generelt viser tabel 1.2, at der er lidt flere kvinder i *Sundhed i Kolding 2007* i forhold til SUSY-2005 undersøgelsen. Dette gælder både for landstallene såvel som for regionstallene. Der er dog generelt ikke tale om store forskelle.

Tabel 1.2. Køns- og aldersfordeling for Kolding (2007), Region Syddanmark (2005) og Danmark (2005) (Procent).

		Kolding Kommune	Region Syddanmark	Danmark
Mænd	16-24	5.4	5.4	4.8
	25-44	13.7	15.7	16.6
	45-64	16.6	18.2	17.6
	65+	11.2	9.8	9.4
	I alt	46.9	49.1	48.4
Kvinder	16-24	8.0	4.6	5.0
	25-44	16.1	17.0	17.3
	45-64	18.2	18.3	18.3
	65+	10.9	11.0	11.1
	I alt	53.1	50.9	51.6
I alt	16-24	13.3	10.0	9.8
	25-44	29.8	32.7	33.9
	45-64	34.8	36.5	35.9
	65+	22.1	20.8	20.5
	I alt	100	100	100
<i>Antal svarpersoner</i>		<i>1686</i>	<i>3089</i>	<i>14566</i>

Eventuelle forskelle mellem *Sundhed i Kolding 2007* og Region Syddanmark og Danmark kan i nogen grad forklares ved forskelle i den socioøkonomiske sammensætning. Tabel 1.3 viser fordelingen af forskellige sociodemografiske variabler i hhv. Kolding Kommune, Danmark og Region Syddanmark. Den uddannelsesmæssige status er klassificeret efter den internationale uddannelsesnomenklatur; International Standard Classification of Education (ISCED), der er en klassifikation, der både tager højde for skoleuddannelse og erhvervsuddannelse. Uddannelsesniveaet i Kolding Kommune er lavere, end niveaet er i Region Syddanmark og i Danmark som helhed. Blandt borgerne i Kolding Kommune har 15,2 % 15 års uddannelse eller mere, imod 23,3 % i Danmark som helhed og 18,9 % i Region Syddanmark. Derudover har 4,4 % af borgerne i Kolding Kommune angivet, at de har "Anden Skole"-uddannelse, imod 0,6 % i Danmark som helhed og i Region Syddanmark. I alt 7,8 % af borgerne i Kolding Kommune har ikke oplyst nogen uddannelse, imod 0,6 % i Danmark og 0,9 % i Region Syddanmark. Andelen i Kolding, der oplyser, at de er erhvervsmæssigt beskæftiget, er 63,8 %, hvilket er højere end i Region Syddanmark men på niveau med Danmark som helhed.

Andelen af borgere, der er gift (55,7 %), er på niveau med Region Syddanmark (56,9 %) og resten af landet (54,4 %). Det samme gælder for samlevende og enlige (separerede, skilte, ugifte, og enkestand), mens andelen, der ikke har oplyst samlivsstatus er højere i Kolding end i Region Syddanmark og Danmark som helhed.

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

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

		Kolding Kommune	Region Syddanmark	Danmark
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	<10 år	15.9	17.1	14.9
	10 år	8.6	6.4	5.4
	11-12 år	19.1	22.9	22.3
	13-14 år	25.2	31.7	31.0
	15+ år	15.2	18.9	23.3
	Skoleelev	3.9	1.6	1.7
	Anden skole	4.4	0.6	0.6
	Uoplyst	7.8	0.9	0.6
I alt		100	100	100
Erhvervmæssig status	Erhvervsaktiv	63.8	54.8	63.9
	Ikke erhvervsaktiv	35.8	44.5	36.1
	Uoplyst	0.5	0.7	0.0
	I alt	100	100	100
Ægteskabelig stand	Gift	55.7	56.9	54.4
	Samlevende	14.1	14.7	15.5
	Enlig (separeret, skilt)	5.4	5.9	6.3
	Enlig (ugift)	16.1	15.2	16.9
	Enlig (enkestand)	5.5	7.2	6.9
	Uoplyst	3.2	0.1	0.0
	I alt	100	100	100
<i>Antal svarpersoner</i>		<i>1833</i>	<i>3089</i>	<i>14566</i>

Sammenfattende kan det siges, at 56,2 % af borgerne i stikprøven har deltaget i undersøgelsen. Bortfaldet er markant større i den yngste aldersgruppe, hvor blot 46,2 % har besvaret spørgeskemaet.

Den udtrukne stikprøve er ikke repræsentativ for kommunen, men i nærværende rapport tages der højde for det stratificerede udtræk. Undersøgelsens bortfald betyder, at aldersgrupperne 16-24 og 25-44 år er underrepræsenteret i undersøgelsen, mens ældre er overrepræsenteret, og at flere kvinder end mænd har besvaret spørgeskemaet.

1.8 Statistisk analyse

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

Litteratur

(1) Davidsen M, Ekholm O, Kjølner M: Seasonal differences in a Danish Health Interview Survey. Associated paper, European Conference on Quality and Methodology in Official Statistics (Q2004). Mainz 2004.

Kapitel 2. Helbredsrelateret livskvalitet

Dette kapitel tager udgangspunkt i to forskellige mål for, hvorledes en person oplever og vurderer eget helbred og helbredsrelateret livskvalitet. Det drejer sig om selv vurderet helbred og oplevelse af stress i dagligdagen. Der sættes således fokus på den subjektive dimension af sundhed og helbred. Derudover beskrives i kapitlet det fysiske funktionsniveau blandt 65+ årige.

Den subjektive dimension af sundhed og helbred handler om, hvordan borgerne i Kolding Kommune oplever deres egen sundhed og helbred. Det er ofte hævdet, at personlige beskrivelser og observationer er fejlkilder i videnskabelige undersøgelser. Her er der imidlertid tale om en anderledes problemstilling, idet det netop er svarpersonernes subjektivitet, deres oplevelse og vurdering af egen sundheds- og helbredstilstand, der er genstandsfeltet. Det er alene svarpersonerne, der kan rapportere om, hvordan de oplever og føler deres sundhedstilstand.

2.1 Selvvurderet helbred

Det er velkendt, at en persons vurdering af eget helbred er en særdeles god faktor til at forudsige dødelighed og sygelighed. Jo dårligere en person vurderer sit eget helbred, desto større er risikoen for død og for sygelighed i en given opfølgingsperiode (1). Der findes forskellige forklaringer på denne sammenhæng. For det første er det blevet fremhævet, at der er tale om en helhedsorienteret vurdering. En sådan vurdering tager ikke blot udgangspunkt i den aktuelle helbredssituation men også i udviklingen af helbredet igennem hele livsforløbet, kendskabet til sygelighed og dødelighed i familien og vurdering af egen helbredssituation i forhold til andre jævnaldrendes mv. For det andet fremhæves, at vurderingen af eget helbred kan influere på, hvorledes personen reagerer på egen sygdom (fx at man tager den medicin, man er blevet ordineret) og egen sundhedsfremmende eller forebyggende adfærd. Alt sammen faktorer der har betydning for sygelighed og dødelighed. For det tredje fremhæves, at vurderingen af eget helbred også afspejler indre og ydre ressourcer, der kan trækkes på i tilfælde af sygdom (fx oplevelsen af indre kontrol eller ekstern social støtte) (2).

Det fremgår af tabel 2.1, at der ikke er forskel på andelen, der vurderer eget helbred som værende dårligt eller meget dårligt, i Kolding Kommune (5,2 %) og i Danmark (5,5 %). Derimod er der forskel på andelen, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt. I Kolding Kommune vurderer 71,8 % af borgerne deres helbred som værende virkelig godt eller godt, hvilket er en mindre andel end i Danmark som helhed (79,4 %).

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

	Kolding	Danmark
Virkelig god	18,8	34,5
God	53,0	44,9
Nogenlunde	22,1	15,0
Dårlig	3,8	4,2
Meget dårlig	1,4	1,3
Uoplyst	1,0	0,0
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>1686</i>	<i>14566</i>

Figur 2.1 viser sammenhængen mellem selv vurderet helbred og langvarig sygdom. Langvarig sygdom er defineret ud fra WHO's internationale sygdomsklassifikation og afspejler, at sygdom har varet i seks måneder eller længere. I Kolding Kommune vurderer 57,0 % af borgerne eget helbred som værende virkelig godt eller godt samtidig med, at de ikke har nogen langvarig sygdom. I alt 18,7 % vurderer, at de har et nogenlunde eller dårligt helbred og samtidig har en langvarig sygdom. Det fremgår af tallene i figuren, at det at leve med en langvarig sygdom ikke nødvendigvis betyder, at en person vurderer sit helbred som værende dårligt. Således er der i alt 14,8 %, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt og samtidig har en langvarig sygdom. I figuren er der kun inkluderet borgere, der har svaret på spørgsmålene omhandlende selv vurderet helbred, samt om man har nogen langvarig sygdom.

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

	Ingen langvarig sygdom		
	57,0	9,5	Nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selv vurderet helbred
Virkelig godt eller godt selv vurderet helbred	— —		
	14,8	18,7	
	Langvarig sygdom		

Standardtabel 2.1 viser, at andelen af borgere, der vurderer deres eget helbred som værende virkelig godt eller godt, er mindre i Kolding Kommune (71,8 %) end i Region Syddanmark (78,1 %) og i Danmark som helhed (79,4 %). Andelen af borgere, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt, falder med stigende alder. Der er ingen forskel i selv vurderet helbred blandt mænd (72,0 %) og kvinder (71,6 %). I forhold til uddannelse ses, at andelen, der vurderer deres helbred som værende virkelig godt eller godt, stiger med stigende uddannelsesniveau. Det fremgår endvidere, at der er en markant større andel blandt erhvervsaktive end blandt ikke erhvervsaktive, der vurderer deres helbred som værende virkelig godt eller godt.

2.2 Stress

Stress er en tilstand, der både påvirker personer fysisk og psykisk. I daglig tale siger personer ofte, at de er stressede, når de har travlt, og tingene vokser dem over hovedet. De reagerer med irritabilitet, søvnløshed, træthed, manglende koncentrationsevne mv. Det er den subjektive og oplevelsesmæssige dimension af stressbegrebet. Men der er også en mere objektiv dimension, idet stress kan ytre sig rent fysiologisk ved, at der produceres stresshormoner, og således gør kroppen parat til en øget indsats. Stress forårsages af en belastning, som er vanskelig at håndtere. Graden af stress og evt. helbredsmæssige følgevirkninger afhænger bl.a. af belastningens styrke og varighed og af de personlige ressourcer. Længerevarende eller meget stærke belastninger kan medføre stressbetinget sygdom, som eksempelvis hjertekarsygdom og depression. Allerede eksisterende sygdom kan desuden forværres af stress (3). I nærværende undersøgelse fokuseres der på den oplevelsesmæssige dimension af begrebet.

Det fremgår af tabel 2.2, at 8,5 % af borgerne i Kolding Kommune ofte føler sig stresset. Dette adskiller sig ikke fra andelen i Danmark. Mere end fire ud af ti føler sig aldrig eller næsten aldrig stresset. Dette er en markant mindre andel end i Danmark som helhed.

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

	Kolding	Danmark
Ja, ofte	8,5	8,7
Ja, af og til	45,1	33,5
Nej (næsten aldrig)	42,9	57,6
Ved ikke	2,9	0,1
Uoplyst	0,6	0,0
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>1686</i>	<i>14566</i>

Det fremgår af standardtabel 2.2, at andelen i Kolding, der ofte føler sig stresset, er på niveau med Region Syddanmark og Danmark som helhed. Der er en større andel blandt kvinder, der ofte føler sig stresset, end blandt mænd. Overordnet falder andelen, der ofte føler sig stresset, med alderen. Dette gælder dog ikke for kvinder i aldersgruppen 16-24 år.

2.3 Funktionsniveau blandt 65+ årige

Den gennemsnitlige levetid i Danmark er steget, og det samme gælder de ældres restlevetid. I de senere år er antallet af ældre – her afgrænset til personer på 65 år eller derover – været stigende. Med denne udvikling i befolkningssammensætningen forventes der en tilsvarende stigning i den såkaldte ældreforsørgerbyrde, som bl.a. inkluderer forhøjede udgifter til pleje og serviceydelser samt øgede udgifter til brug af sundhedsvæsenet. Et vigtigt mål i regeringens sundhedsprogram fra 2002 er, udover en øgning af middellevetiden, også en forbedring af befolkningens fysiske funktionsniveau og livskvalitet. Populært sagt; skal der både føjes år til livet og liv til årene.

I nærværende undersøgelse måles fysisk funktionsniveau ved forskellige spørgsmål, som omhandler borgerens evne til at udføre en række dagligdags funktioner. Der er inkluderet tre spørgsmål relateret til mobilitet og to relateret til kommunikationsfærdigheder.

Mobilitet omfatter:

- at kunne gå 400 meter uden at hvile undervejs
- at kunne gå op og ned ad trapper uden hvile
- at kunne bære 5 kg., fx en indkøbspose.

Kommunikationsfærdigheder omfatter:

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

Tabel 2.3. Andel, der uden besvær kan udføre en række dagligdagsfunktioner, opgjort særskilt på køn blandt 65+ årige borgere (Procent).

	Kolding		Region Syddanmark		Danmark	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Kan uden besvær gå 400 meter	70,8	68,0	76,6	69,3	78,5	70,5
Kan uden besvær gå op og ned ad trapper	70,8	61,5	77,9	67,0	79,5	66,6
Kan uden besvær bære 5 kg	75,2	55,8	83,8	60,2	85,1	61,6
Kan uden besvær læse en avistekst	78,9	82,1	89,1	82,0	88,1	84,3
Kan uden besvær høre en normal samtale	49,1	73,1	61,1	70,2	64,0	70,9
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>161</i>	<i>156</i>	<i>303</i>	<i>339</i>	<i>1391</i>	<i>1621</i>

Det fremgår af tabel 2.3, at der er en større andel blandt mænd, der har god mobilitet, end blandt kvinder. Til gengæld fremgår det ligeledes, at der er en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der har gode kommunikationsfærdigheder.

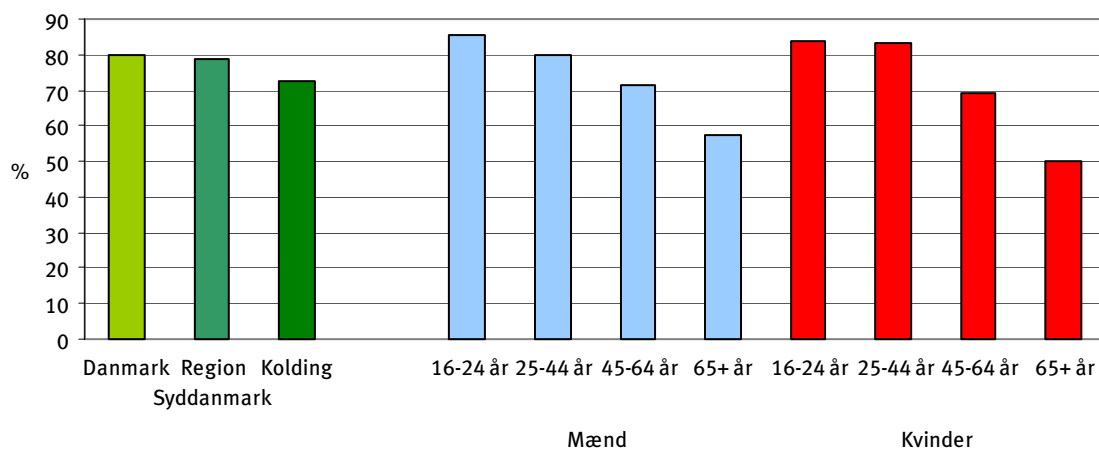
I forhold til mobilitet er der en mindre andel, der uden besvær kan udføre en række dagligdagsfunktioner, i Kolding Kommune end i Region Syddanmark og Danmark som helhed.

I forhold til kommunikationsfærdigheder er der blandt mænd i Kolding Kommune en mindre andel, der uden besvær kan læse en avistekst og høre en normal samtale, end i Region Syddanmark og i Danmark som helhed. Blandt kvinder i Kolding Kommune er andelen på niveau med Region Syddanmark og Danmark som helhed.

Standardtabel 2.1. Andel med et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	79,4	80,1	+	14566
	Region Syddanmark	78,1	78,9	+	3089
	Kolding	71,8	72,7		1686
Mænd	16-24 år	85,5		+	179
	25-44 år	79,6		+	196
	45-64 år	71,4			238
	65+ år	57,1		-	161
	Mænd i alt	72,0			774
Kvinder	16-24 år	83,7		+	264
	25-44 år	83,1		+	231
	45-64 år	69,0			261
	65+ år	50,0		-	156
	Kvinder i alt	71,6			912
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	54,0	57,5	-	215
	Mellemlang	72,3	72,0		328
	Lang	77,6	76,1		536
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	72,6			62
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	80,8	80,8		771
	Ikke erhvervsaktiv	48,4	51,2	-	155
Civilstand	Gift	72,8	75,5		802
	Samlevende	75,6	69,6		252
	Enlig (separeret, skilt)	58,3	64,3		79
	Enlig (ugift)	81,2	73,1		400
	Enlig (enkestand)	43,8			80

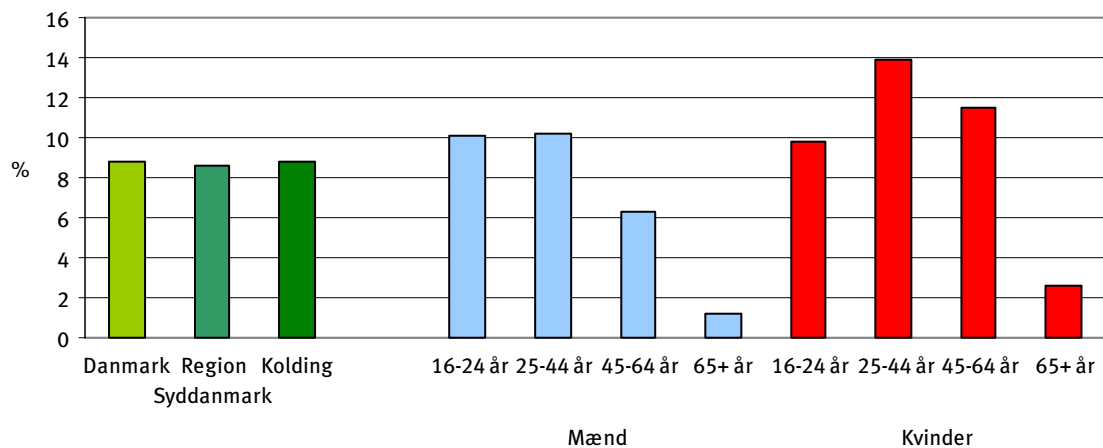
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 2.2. Andel der ofte føler sig stresset i dagligdagen.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	8,7	8,8	14566
	Region Syddanmark	8,4	8,6	3089
	Kolding	8,5	8,8	1686
Mænd	16-24 år	10,1		179
	25-44 år	10,2		196
	45-64 år	6,3	-	238
	65+ år	1,2	-	161
	Mænd i alt	6,7		774
Kvinder	16-24 år	9,8		264
	25-44 år	13,9		231
	45-64 år	11,5		261
	65+ år	2,6	-	156
	Kvinder i alt	10,1		912
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	3,3	4,6	215
	Mellemlang	6,4	6,6	328
	Lang	11,6	9,9	536
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	12,9		62
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	10,9	10,8	771
	Ikke erhvervsaktiv	8,4	12,8	155
Civilstand	Gift	8,2	9,3	802
	Samlevende	8,9	8,4	252
	Enlig (separeret, skilt)	9,0	11,1	79
	Enlig (ugift)	12,0	10,0	400
	Enlig (enkestand)	3,1		80

- & + markerer statistisk signifikans



Litteratur

- (1) Kristensen TS, Bjørner J, Smith-Hansen L, Borg V, Skov T: Selvvurderet helbred og arbejdsmiljø - Er selvvurderet helbred et frugtbart og nyttigt begreb i arbejdsmiljøforskning og forebyggelse? København: Arbejdsmiljøfondet, 1998.
- (2) Idler EL, Benyamini Y: Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour* 1997;38:21-37.
- (3) Kjølner M: Stress – et folkesundhedsproblem. Ugens tal for folkesundhed uge 5, 2003. Statens Institut for Folkesundhed.

Kapitel 3. Sygelighed og konsekvenser af sygdom

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

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

Ønskes der imidlertid viden om den del af befolkningens sygelighed, der ikke nødvendigvis har ført til kontakt med sundhedsvæsenet, men som alligevel belaster folks dagligdag, er det nødvendigt at spørge den enkelte borger. I dette perspektiv kan manifestationerne af sygelighed variere fra sygdomme diagnosticeret i sundhedsvæsenet til gener og besvær i dagligdagen, som kan udvikle sig til egentlig sygdom eller helt forsvinde igen. *Sundhed i Kolding 2007* er beskrevet ud fra den enkelte borgers perspektiv, hvilket giver et unikt indblik i sygdoms- og sygelighedstilstanden i Kolding Kommune.

3.1 Sygdom og sygelighed

I nærværende undersøgelse anvendes tre mål for sygdom og sygelighed:

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

Overensstemmelse mellem forskellige mål for sundhed og sygelighed

Forekomsten af sygdom og sygelighed varierer afhængig af hvilket mål, der anvendes. Uanset hvilket mål, der anvendes for sygdom og sygelighed, vil en større andel af borgere, der er syge, vurdere eget helbred som dårligere end borgere, der er raske. Sammenhængen mellem selv vurderet helbred og forskellige mål for sygdom og sygelighed fremgår af tabel 3.1. Tabellen viser, at jo dårligere eget helbred vurderes, desto større er andelen af borgere, der har en langvarig sygdom, en specifik sygdom eller er meget generet af smerter eller ubehag. Blandt borgere med et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred har kun 20,6 % angivet, at de har en langvarig sygdom sammenholdt med 89,4 % af borgere med dårligt eller meget dårligt selv vurderet helbred. Den samme tendens ses i forhold til de andre mål for sygdom og sygelighed.

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

	Selvvurderet helbred		
	Virkelig godt eller godt	Nogenlunde	Dårligt eller meget dårligt
Andel med:			
- langvarig sygdom	20,6	61,8	89,4
- specifik sygdom	48,7	80,1	89,2
- meget generende smerter eller ubehag	25,2	62,6	81,9
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>1242</i>	<i>347</i>	<i>80</i>

3.1.1 Langvarig sygdom

Andelen med langvarig sygdom i Kolding Kommune er belyst ved spørgsmålet om, hvorvidt borgerne har en langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade eller en langvarig anden lidelse. Langvarig sygdom er defineret som sygdom af seks måneders varighed eller længere og svarer til det lægelige begreb kronisk sygdom.

Der er i stigende grad kommet fokus på langvarige sygdomme. Med den længere levealder er langvarige sygdomme begyndt at fylde meget i det samlede sygdomsbillede. De fleste mennesker må i dag regne med at komme til at leve en del af deres liv med en eller flere langvarige sygdomme. Endvidere relaterer en betydelig del af sundhedsvæsenets omkostninger sig til behandling af langvarige sygdomme.

Det fremgår af standardtabel 3.1, at 33,5 % af borgerne i Kolding Kommune har en eller flere langvarige sygdomme. Dette er en mindre andel end i Region Syddanmark (41,8 %) og Danmark (39,8 %). Overordnet set stiger andelen, der har en langvarig sygdom med stigende alder. Blandt ikke erhvervsaktive er der en større andel, der har en langvarig sygdom, end blandt erhvervsaktive. Andelen, der har en langvarig sygdom, er større blandt enlige (separerede, skilte) end blandt gifte.

Det fremgår af tabel 3.2, at der er en større andel, der har en langvarig sygdom blandt borgere, der ikke er fysisk aktive i fritiden, er storrygere, har overskredet sundhedsstyrelsens genstandsgrænser, og ofte er uønsket alene sammenlignet med borgere, der er fysisk aktive i fritiden, ikke er storryger, ikke har overskredet Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser og aldrig er uønsket alene. Den omvendte tendens ses i forhold til venner og familie, hvor der er en større andel med langvarig sygdom, der 1 gang om måneden eller oftere, træffer venner og familie, end borgere, der træffer venner eller familie sjældnere end 1 gang om måneden.

Tabel 3.2. Andel der har en langvarig sygdom opdelt på forskellige indikatorer (Procent).

		Andel der har en langvarig sygdom	Antal svarpersoner
Fysisk aktiv i fritiden	Ja	26,5	492
	Nej	73,5	1194
Storryger	Ja	41,7	203
	Nej	32,4	1483
Alkohol	Har overskredet genstandsgrænsen	39,6	202
	Har ikke overskredet genstandsgrænsen	32,7	1484
Træffer familie	En gang om måneden eller oftere	37,5	158
	Sjældnere end en gang om måneden	33,1	1528
Træffer venner	En gang om måneden eller oftere	37,1	140
	Sjældnere end en gang om måneden	33,1	1546
Uønsket alene	Ofte eller en gang imellem	44,1	136
	Aldrig	30,4	426

3.1.2 Specifikke sygdomme

Det fremgår af tabel 3.3, at i Kolding Kommune er allergi, slidgigt/leddegigt, forhøjet blodtryk og migræne eller hyppig hovedpine de enkeltsygdomme eller tilstande, som flest borgere oplyser at have på nuværende tidspunkt. Andelen med specifikke sygdomme er overordnet set på niveau med Region Syddanmark og Danmark som helhed. Andelene, der lider af allergi (ikke astma), slidgigt/leddegigt eller rygsygdom, er dog lidt mindre i Kolding Kommune end i Region Syddanmark og Danmark.

Tabel 3.3. Andelen med specifikke sygdomme og lidelser i Kolding, Region Syddanmark og i Danmark (Procent).*

	Region		
	Kolding	Syddanmark	Danmark
Allergi (ikke astma)	17,5	20,4	21,0
Slidgigt/leddegigt	16,7	21,9	19,6
Forhøjet blodtryk	15,5	16,0	14,7
Migræne eller hyppig hovedpine	11,7	12,1	11,1
Rygsygdom	11,2	15,9	15,4
Tinnitus	10,6	9,1	9,1
Astma	5,7	6,1	6,4
Kronisk angst eller depression	4,0	4,7	3,8
Kronisk bronkitis, emfysem (for store lunger, rygerlunger)	3,6	3,6	3,4
Sukkersyge/diabetes	3,5	3,6	3,9
Osteoporose (knogleskørhed)	3,0	2,0	2,1
Grå stær	2,7	3,1	2,8
Anden psykisk lidelse	2,0	2,5	2,1
Blodprop i hjertet eller hjertekrampe	0,9	1,0	0,6
Cancer eller kræftsygdomme (inklusive leukæmi)	0,7	0,9	1,1
Hjerneblødning/blodprop i hjernen	0,3	0,3	0,3
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>1686</i>	<i>3089</i>	<i>14566</i>

*Ved angivelse af sygdomme skelnes der i Sundhed i Kolding 2007 ikke mellem behandlingskrævende og ikke behandlingskrævende sygdomme. Der bliver fx spurgt overordnet til diabetes, og der skelnes derfor ikke mellem type 1 og type 2 diabetes.

I standardtabel 3.2 ses, at der er 17,5 % af borgerne i Kolding Kommune, som oplyser, at de har allergi. Dette er en mindre andel end i Region Syddanmark (20,4 %) og Danmark som helhed (21,0 %). Andelen, der har allergi, er større blandt kvinder end blandt mænd. Andelen med allergi stiger med stigende uddannelsesniveau.

I alt oplyser 15,5 % af borgerne i Kolding Kommune, at de har forhøjet blodtryk (standardtabel 3.3). Andelen adskiller sig ikke fra andelen i Region Syddanmark eller Danmark som helhed. Andelen, der har forhøjet blodtryk, stiger markant med stigende alder. En større andel blandt borgere med kort uddannelse end blandt borgere med lang uddannelse oplyser, at de har forhøjet blodtryk. Blandt ikke erhvervsaktive er der en større andel end blandt erhvervsaktive, der angiver, at de har forhøjet blodtryk.

Det fremgår af standardtabel 3.4, at i Kolding Kommune oplyser 16,7 %, at de har slidgigt/leddegigt, hvilket er en mindre andel end i Region Syddanmark (21,9 %) og Danmark som helhed (19,6 %). Andelen, der har slidgigt/leddegigt, stiger med stigende alder. I forhold til erhvervsaktivitet ses, at der er en større andel blandt ikke erhvervsaktive, der har slidgigt/leddegigt, end blandt erhvervsaktive.

I standardtabel 3.5 ses, at andelen, som har migræne eller hyppig hovedpine, i Kolding Kommune er på niveau med andelen i Region Syddanmark og Danmark som helhed. Andelen, der har migræne eller hyppig hovedpine, er større blandt kvinder end blandt mænd. Den største

største andel ses blandt kvinder i aldersgruppen 25-44 år. Der er en større andel, som har migræne eller hyppig hovedpine, blandt gifte borgere end blandt borgere, der er enlige (ugifte).

Det fremgår af standardtabel 3.6, at 11,2 % af borgerne i Kolding Kommune oplyser, at de har en rygsygdom. Dette er en mindre andel end i Region Syddanmark (15,9 %) og i Danmark som helhed (15,4 %). Andelen med rygsygdom er størst i de to ældste aldersgrupper. Blandt borgere med en kort uddannelse er der en større andel, der har rygsygdom, end blandt borgere med en lang uddannelse. Andelen, der har en rygsygdom, er større blandt ikke erhvervsaktive end erhvervsaktive.

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

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

Tabel 3.4. Andel med smerter eller ubehag inden for en 14-dages periode (Procent).

	Region		
	Kolding	Syddanmark	Danmark
Meget generet af smerter eller ubehag	36,8	41,1	39,8
Smerter eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder	48,9	31,5	32,8
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	46,6	29,8	30,3
Træthed	44,9	28,2	28,6
Smerter eller ubehag i ben, hofter, knæ eller fødder	40,7	30,8	30,5
Hovedpine	34,3	21,8	22,8
Søvnbesvær, søvnproblemer	28,5	18,2	18,5
Forkølelse, snue, hoste	25,1	15,9	16,6
Ondt i maven, oppustet mave	24,4	8,5	7,3
Fordøjelsesbesvær, tynd/hård mave	21,6	8,1	7,8
Eksem, hududslet, kløe	19,3	9,5	10,0
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	18,7	9,1	8,5
Ængstelse, nervøsitet, uro, angst	18,1	8,6	8,4
Åndedrætsbesvær, forpustethed	14,7	7,6	7,7
Svimmelhed	13,8	-	-
Problemer med at holde på vandet (inkontinens)	13,6	-	-
Kvalme eller uro i maven	13,6	-	-
Hurtig hjertebanken	11,9	5,2	5,3
Underlivssmerter, herunder kraftig menstruationssmerter	10,6	-	-
Smerter eller ubehag ved hjertet, smerter i brystet	9,7	-	-
Besvær med at komme af med vandet	5,0	-	-
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>1686</i>	<i>3089</i>	<i>14566</i>

Det fremgår af tabel 3.4, at smerter eller ubehag i nakke, skuldre, ryg, lænd og lemmer samt træthed er de hyppigst rapporterede gener og symptomer i Kolding Kommune. Generelt er der en større andel i Kolding Kommune, der angiver at have haft smerter eller ubehag, end i Region Syddanmark og Danmark som helhed.

Standardtabel 3.7 viser, at 36,8 % af borgerne i Kolding Kommune har været meget generet af smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage. Dette er en mindre andel end i Region Syddanmark (41,8 %) og Danmark som helhed (39,8 %). I alle aldersgrupper er der en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der har været meget generet af smerter eller ubehag. Blandt mænd ses den største andel af borgere, der har været meget generet af smerter eller ubehag, i aldersgruppen 45-64 år, mens andelen blandt kvinder er størst i aldersgruppen 65 år eller derover. Andelen, der har været meget generet af smerter eller ubehag, er større blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive. Der er desuden en større andel blandt samlevende og enlige (separerede, skilte), der har været meget generet af smerter eller ubehag, end blandt gifte.

Det fremgår af standardtabel 3.8, at andelen, der har haft smerter eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder inden for de seneste 14 dage, er større i Kolding Kommune end i Region Syddanmark og Danmark som helhed. I alle aldersgrupper er andelen, der har haft smerter eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder, større blandt kvinder end blandt mænd. Den største andel ses i aldersgruppen 45-64 år, hvor 60,9 % af kvinderne og 50,0 % af mændene oplyser, at de har haft smerter eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder. Blandt samlevende er der en større andel, der har haft smerter eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder, end blandt gifte.

I alt har 46,6 % af borgerne i Kolding Kommune oplyst, at de har haft smerter eller ubehag i ryg eller lænd inden for de seneste 14 dage (standardtabel 3.9). Dette er en større andel end i Region Syddanmark (29,8 %) og Danmark som helhed (30,3 %). Overordnet set er andelen, der har haft smerter og ubehag i ryg eller lænd, større blandt kvinder end blandt mænd. Blandt ikke erhvervsaktive er der en større andel, der har haft smerter eller ubehag i ryg eller lænd, end blandt erhvervsaktive. Der er en større andel, der har haft smerter eller ubehag i ryg eller lænd, blandt enlige (separerede, skilte) end blandt gifte.

Det fremgår af standardtabel 3.10, at andelen der har haft smerter eller ubehag i ben, hofte, knæ eller fødder inden for de seneste 14 dage, er større i Kolding Kommune (40,7 %) end i Region Syddanmark (31,5 %) og Danmark som helhed (30,5 %). Andelen, der har haft smerter eller ubehag i ben, hofte, knæ eller fødder, stiger med stigende alder. Blandt borgere med en kort uddannelse er der en større andel, der har haft smerter eller ubehag i ben, hofte eller knæ, end blandt borgere med en lang uddannelse. Der er en større andel blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive, der har haft smerter eller ubehag i ben, hofte, knæ eller fødder. Der er ligeledes en større andel blandt samlevende end blandt gifte.

I Kolding Kommune har 34,3 % angivet, at de har været generet af hovedpine inden for de seneste 14 dage, hvilket er en større andel end i Region Syddanmark (21,8 %) og Danmark som helhed (22,8 %) (standardtabel 3.11). Der er i alle aldersgrupper en større andel, der har været generet af hovedpine, blandt kvinder end blandt mænd, og forekomsten af hovedpine

falder med stigende alder. Andelen, der har været generet af hovedpine, er mindre blandt borgere med en mellemlang uddannelse end blandt borgere med en lang uddannelse.

I standardtabel 3.12 ses, at i alt 44,9 % af borgerne i Kolding Kommune oplyser, at de har været generet af træthed inden for de seneste 14 dage. Dette er en markant større andel end i Region Syddanmark (28,2 %) og i Danmark som helhed (28,6 %). Der er i alle aldersgrupper en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der har været generet af træthed. Der er en mindre andel blandt borgere med mellemlang uddannelse, der har været generet af træthed, end blandt borgere med lang uddannelse. Andelen, der har været generet af træthed, er desuden større blandt samlevende end blandt gifte.

3.2 Ulykker

Ulykker er et stort folkesundhedsproblem. En væsentlig del af kapaciteten på sygehusene anvendes til behandling af skader efter ulykker, og blandt unge udgør ulykker den hyppigste dødsårsag. Eftervirkninger efter ulykker har desuden stor betydning for personers lidelser og livskvalitet samt for arbejdskapacitet og sygefravær (1).

Tabel 3.5. Forekomsten af fritidsulykker opgjort særskilt for mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper (Procent).

Mænd	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
Trafikulykke	4,7	3,6	2,1	1,9	2,8
Hjemmeulykke	2,3	1,6	3,8	1,9	2,5
Ulykke ved idræt/sport	16,3	2,6	1,3	0,6	3,1
Andet	4,1	2,1	2,9	0,6	2,2
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>172</i>	<i>192</i>	<i>238</i>	<i>161</i>	<i>774</i>

Kvinder	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
Trafikulykke	1,2	2,7	0,4	0,6	1,2
Hjemmeulykke	2,3	0,0	1,9	8,3	2,7
Ulykke ved idræt/sport	7,0	1,8	0,4	0,6	1,8
Andet	5,8	1,4	4,6	0,6	3,0
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>258</i>	<i>221</i>	<i>261</i>	<i>156</i>	<i>912</i>

Tabel 3.5 viser andelen, som har været udsat for en fritidsulykke inden for det sidste år. Det afhænger af køn og alder, hvilken type af ulykke, der er hyppigst forekommende. At have været udsat for en ulykke i forbindelse med idræt/sport er hyppigst forekommende blandt de 16-24-årige mænd. En større andel blandt kvinder end blandt mænd har været udsat for anden ulykke. Andelen, der angiver, at de har været udsat for en trafikulykke, er størst blandt de 16-24-årige mænd og de 24-44 årige kvinder. Der er flest kvinder på 65+ år, der har været udsat for en hjemmeulykke inden for det sidste år.

3.3 Konsekvenser af sygdom

Dette afsnit handler om, hvorledes sygdom og dårligt helbred påvirker borgernes evne til at indgå i sociale sammenhænge. De enkelte borgers identitet er i vid udstrækning afhængig af de sociale sammenhænge, som de indgår i. I tilfælde af sygdom er de sårbare, ikke blot fysisk, men også på det psykosociale plan. Den manglende evne til at indgå i sociale sammenhænge kan have konsekvenser for, hvorledes omgivelserne opfatter borgerne (2).

Konsekvenser af sygdom og dårligt helbred er i *Sundhed i Kolding 2007* opgjort som begrænsninger i udførelsen af dagligdagsaktiviteter, sygefravær og arbejdsophør. Sygefravær inden for de seneste 14 dage samt inden for det seneste år er kun opgjort for erhvervsaktive borgere i alderen 16-64 år. Andelen af førtidspensionister er opgjort for borgere i alderen 16-64 år.

Tabel 3.6. Andel med aktivitetsbegrænsning, sygefravær og førtidspension (Procent).

	Kolding	Danmark
Aktivitetsbegrænsning inden for de seneste 14 dage	15,8	13,2
Langvarig aktivitetsbegrænsning	8,7	6,7
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>1686</i>	<i>14566</i>

	Kolding	Danmark
Sygefravær inden for de seneste 14 dage	11,4	10,0
Mere end 25 sygedage indenfor det sidste år	5,6	4,7
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>771</i>	<i>7669</i>

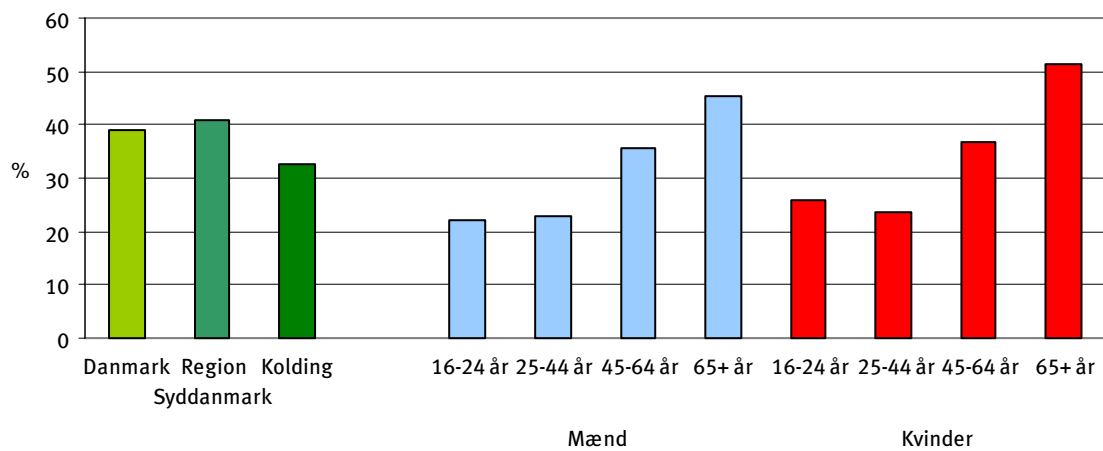
	Kolding	Danmark
Førtidspensionister	2,5	4,8
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>1507</i>	<i>11554</i>

Det fremgår af tabel 3.6, at en større andel af borgere i Kolding Kommune end i Danmark som helhed har været både aktivitetsbegrænset inden for de seneste 14 dage samt langvarigt aktivitetsbegrænset. Andelen i Kolding Kommune, der har haft sygefravær inden for de seneste 14 dage samt mere end 25 sygedage indenfor det seneste år, er ligeledes større end i Danmark som helhed. Endvidere er der en mindre andel, der oplyser, at de er førtidspensionister, i Kolding Kommune end i Danmark som helhed.

Standardtabel 3.1. Andel med langvarig sygdom.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	39,8	39,0	+	14566
	Region Syddanmark	41,8	40,9	+	3089
	Kolding	33,5	32,5		1686
Mænd	16-24 år	22,3		-	179
	25-44 år	23,0		-	196
	45-64 år	35,7			238
	65+ år	45,3		+	161
	Mænd i alt	32,8			774
Kvinder	16-24 år	25,8		-	264
	25-44 år	23,8		-	231
	45-64 år	36,8			261
	65+ år	51,3		+	156
	Kvinder i alt	34,2			912
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	40,5	37,0		215
	Mellemlang	35,1	35,3		328
	Lang	32,6	36,1		536
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	29,0			62
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	26,1	26,0		771
	Ikke erhvervsaktiv	51,6	45,4	+	155
Civilstand	Gift	34,3	30,9		802
	Samlevende	28,2	31,2		252
	Enlig (separeret, skilt)	45,5	43,9	+	79
	Enlig (ugift)	25,8	30,9		400
	Enlig (enkestand)	51,1			80

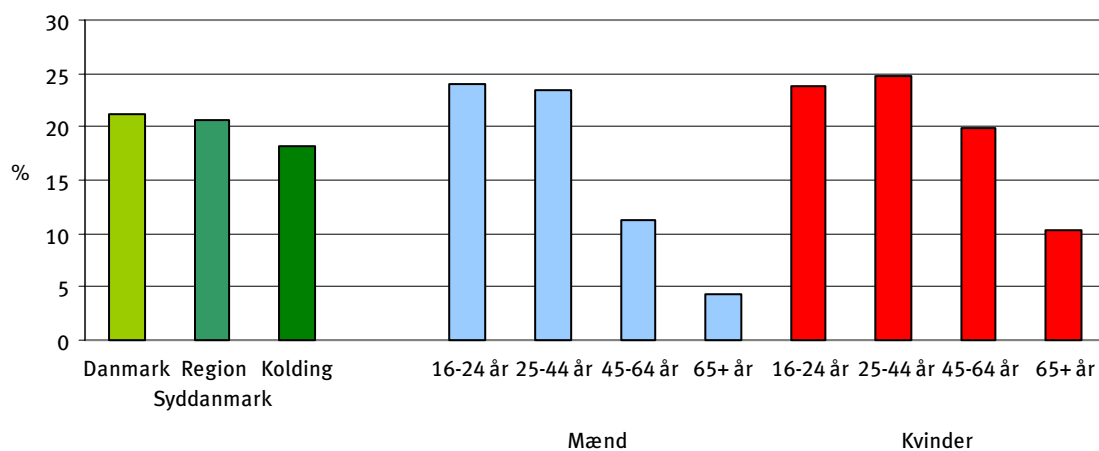
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 3.2. Andel med allergi.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	21,0	21,3	+	14566
	Region Syddanmark	20,4	20,7	+	3089
	Kolding	17,5	18,2		1686
Mænd	16-24 år	24,0			179
	25-44 år	23,5			196
	45-64 år	11,3		-	238
	65+ år	4,3		-	161
	Mænd i alt	14,7			774
Kvinder	16-24 år	23,9			264
	25-44 år	24,7		+	231
	45-64 år	19,9			261
	65+ år	10,3		-	156
	Kvinder i alt	20,0			912
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	10,2	9,9	-	215
	Mellemlang	13,1	13,4	-	328
	Lang	21,3	18,6		536
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	14,5			62
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	20,1	20,1		771
	Ikke erhvervsaktiv	17,4	18,3		155
Civilstand	Gift	15,3	17,0		802
	Samlevende	23,7	23,3		252
	Enlig (separeret, skilt)	11,6	14,4		79
	Enlig (ugift)	23,8	17,8		400
	Enlig (enkestand)	11,5			80

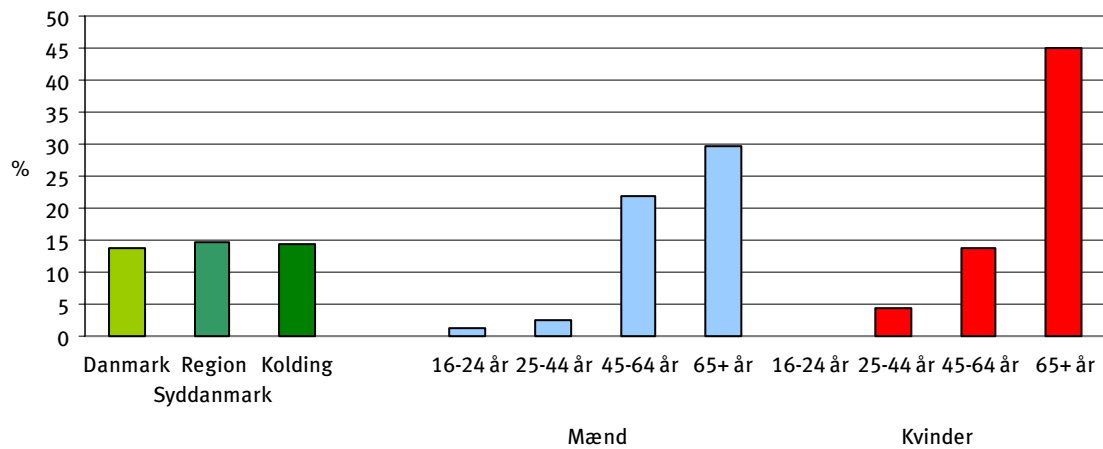
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 3.3. Andel med forhøjet blodtryk.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	14,7	13,8		14566
	Region Syddanmark	16,0	14,8		3089
	Kolding	15,5	14,5		1686
Mænd	16-24 år	1,1	-		179
	25-44 år	2,6	-		196
	45-64 år	21,8	+		238
	65+ år	29,8	+		161
	Mænd i alt	15,7			774
Kvinder	16-24 år	0,0			264
	25-44 år	4,3	-		231
	45-64 år	13,8			261
	65+ år	44,9	+		156
	Kvinder i alt	15,2			912
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	34,0	27,3	+	215
	Mellemlang	18,9	18,8		328
	Lang	10,3	14,4		536
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	8,1			62
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	8,6	8,4		771
	Ikke erhvervsaktiv	23,9	17,8	+	155
Civilstand	Gift	17,9	14,1		802
	Samlevende	9,4	18,3		252
	Enlig (separeret, skilt)	19,8	16,6		79
	Enlig (ugift)	4,5	15,1		400
	Enlig (enkestand)	34,5			80

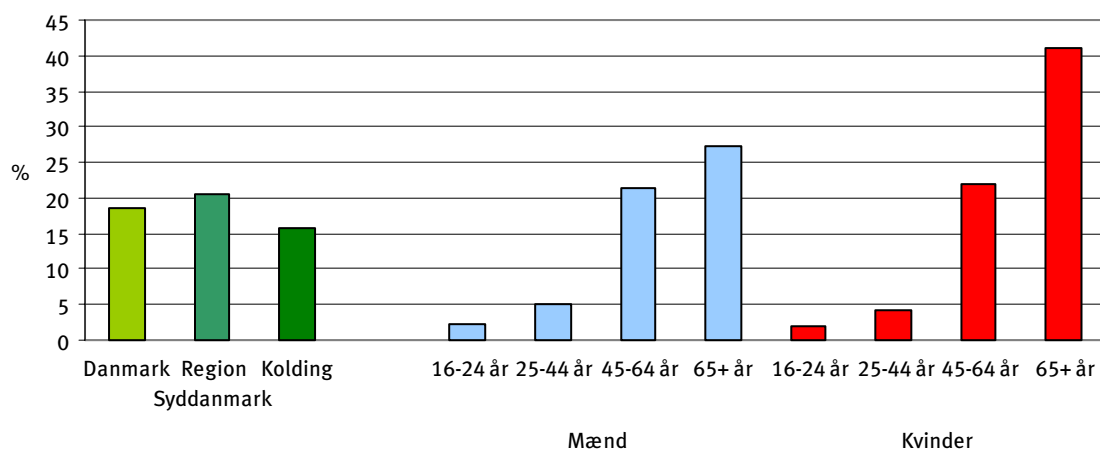
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 3.4. Andel med slidgigt/leddegigt.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	19,6	18,5	+	14566
	Region Syddanmark	21,9	20,5	+	3089
	Kolding	16,7	15,8		1686
Mænd	16-24 år	2,2		-	179
	25-44 år	5,1		-	196
	45-64 år	21,4			238
	65+ år	27,3		+	161
	Mænd i alt	15,9			774
Kvinder	16-24 år	1,9		-	264
	25-44 år	4,3		-	231
	45-64 år	21,8			261
	65+ år	41,0		+	156
	Kvinder i alt	17,5			912
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	31,2	22,6		215
	Mellemlang	19,5	19,7		328
	Lang	13,1	17,3		536
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	16,1			62
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	11,0	10,9		771
	Ikke erhvervsaktiv	27,7	22,7	+	155
Civilstand	Gift	19,5	15,4		802
	Samlevende	9,8	17,4		252
	Enlig (separeret, skilt)	21,8	15,7		79
	Enlig (ugift)	6,9	13,2		400
	Enlig (enkestand)	31,9			80

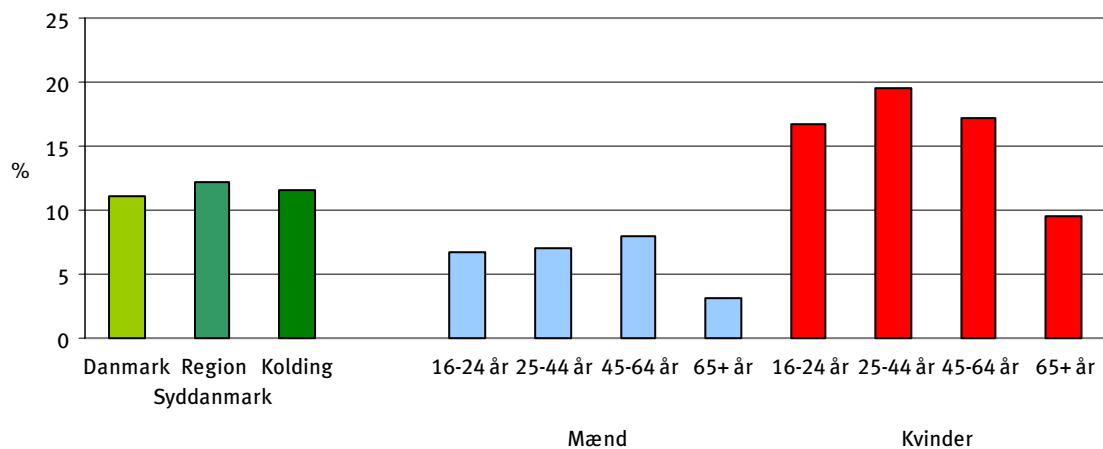
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 3.5. Andel med migræne eller hyppig hovedpine.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	11,1	11,2	14566
	Region Syddanmark	12,1	12,2	3089
	Kolding	11,7	11,6	1686
Mænd	16-24 år	6,7	-	179
	25-44 år	7,1	-	196
	45-64 år	8,0	-	238
	65+ år	3,1	-	161
	Mænd i alt	6,4		774
Kvinder	16-24 år	16,7		264
	25-44 år	19,5		231
	45-64 år	17,2		261
	65+ år	9,6	-	156
	Kvinder i alt	16,3		912
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	10,7	13,4	215
	Mellemlang	9,1	9,6	328
	Lang	12,9	11,6	536
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	14,5		62
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	13,1	12,8	771
	Ikke erhvervsaktiv	14,2	15,8	155
Civilstand	Gift	12,0	13,2	802
	Samlevende	14,7	14,6	252
	Enlig (separeret, skilt)	7,7	6,8	79
	Enlig (ugift)	9,5	6,4	400
	Enlig (enkestand)	8,9		80

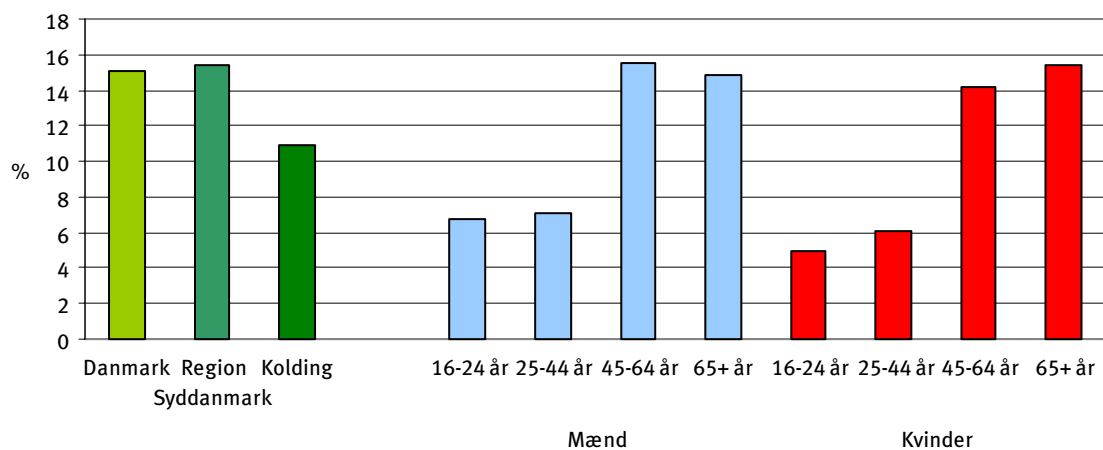
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 3.6. Andel med rygssygdom.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	15,4	15,1	+	14566
	Region Syddanmark	15,9	15,4	+	3089
	Kolding	11,2	10,9		1686
Mænd	16-24 år	6,7		-	179
	25-44 år	7,1		-	196
	45-64 år	15,5			238
	65+ år	14,9			161
	Mænd i alt	11,9			774
Kvinder	16-24 år	4,9		-	264
	25-44 år	6,1		-	231
	45-64 år	14,2			261
	65+ år	15,4			156
	Kvinder i alt	10,6			912
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	15,8	19,2	+	215
	Mellemlang	12,8	12,5		328
	Lang	9,9	11,6		536
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	14,5			62
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	8,7	8,7		771
	Ikke erhvervsaktiv	22,6	19,2	+	155
Civilstand	Gift	13,0	11,7		802
	Samlevende	8,2	12,4		252
	Enlig (separeret, skilt)	17,3	14,1		79
	Enlig (ugift)	6,1	8,9		400
	Enlig (enkestand)	9,5			80

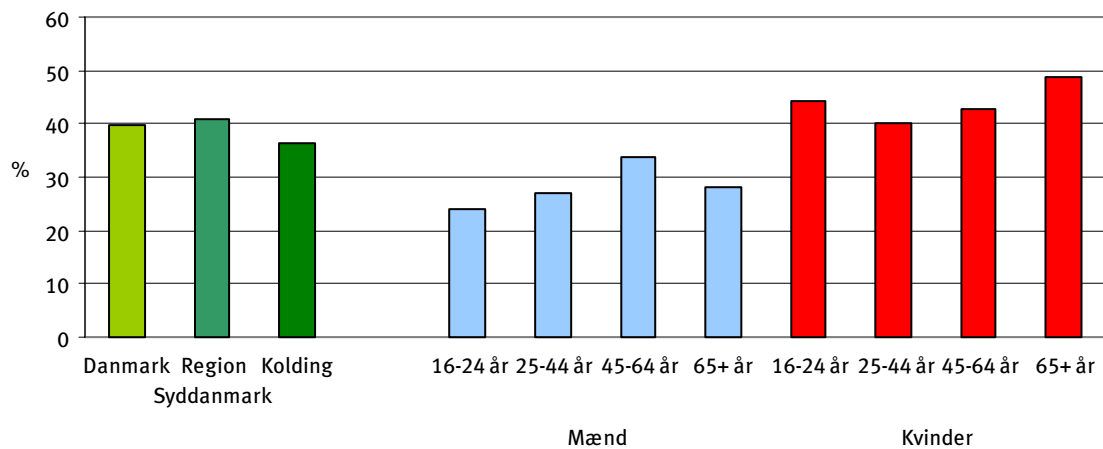
- & + markerer statistisk signifikans



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

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	39,8	39,7	+	14566
	Region Syddanmark	41,1	41,0	+	3089
	Kolding	36,8	36,4		1686
Mænd	16-24 år	24,0		-	179
	25-44 år	27,0		-	196
	45-64 år	33,6		-	238
	65+ år	28,0		-	161
	Mænd i alt	29,2			774
Kvinder	16-24 år	44,3			264
	25-44 år	40,3			231
	45-64 år	42,9			261
	65+ år	48,7		+	156
	Kvinder i alt	43,5			912
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	44,2	44,1		215
	Mellemlang	32,9	33,8		328
	Lang	36,4	36,3		536
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	32,3			62
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	32,7	32,3		771
	Ikke erhvervsaktiv	55,5	55,1	+	155
Civilstand	Gift	34,6	33,9		802
	Samlevende	39,2	41,7	+	252
	Enlig (separeret, skilt)	46,2	46,4	+	79
	Enlig (ugift)	36,2	37,3		400
	Enlig (enkestand)	42,0			80

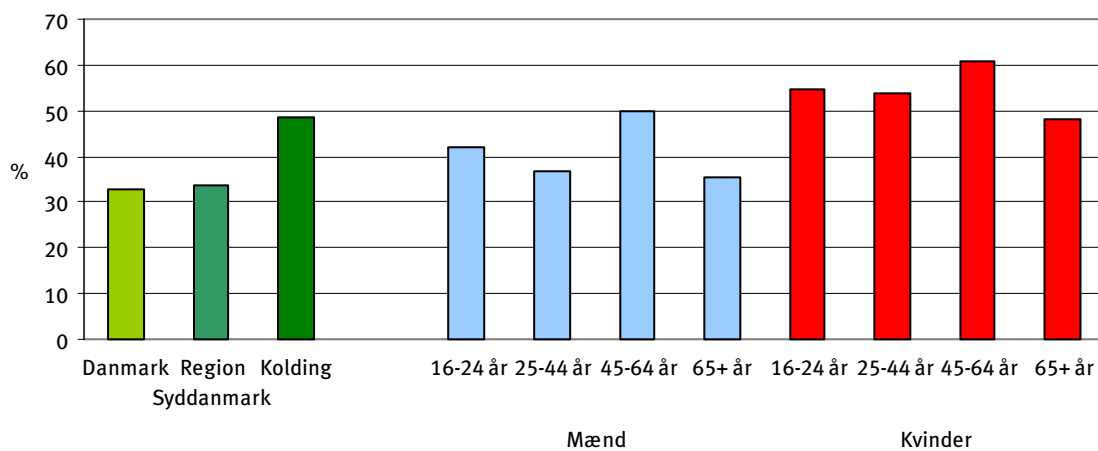
- & + markerer statistisk signifikans



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

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	32,8	32,7	-	14566
	Region Syddanmark	33,4	33,6	-	3089
	Kolding	48,9	48,5		1686
Mænd	16-24 år	41,9		-	179
	25-44 år	36,7		-	196
	45-64 år	50,0		-	238
	65+ år	35,4		-	161
	Mænd i alt	41,7			774
Kvinder	16-24 år	54,9		-	264
	25-44 år	53,7		-	231
	45-64 år	60,9			261
	65+ år	48,1		-	156
	Kvinder i alt	55,2			912
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	46,0	46,4		215
	Mellemlang	47,3	49,0		328
	Lang	52,4	51,1		536
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	37,1			62
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	51,5	50,9		771
	Ikke erhvervsaktiv	49,7	44,5		155
Civilstand	Gift	48,8	48,3		802
	Samlevende	51,6	57,6	+	252
	Enlig (separeret, skilt)	60,9	58,6		79
	Enlig (ugift)	45,7	41,0		400
	Enlig (enkestand)	46,4			80

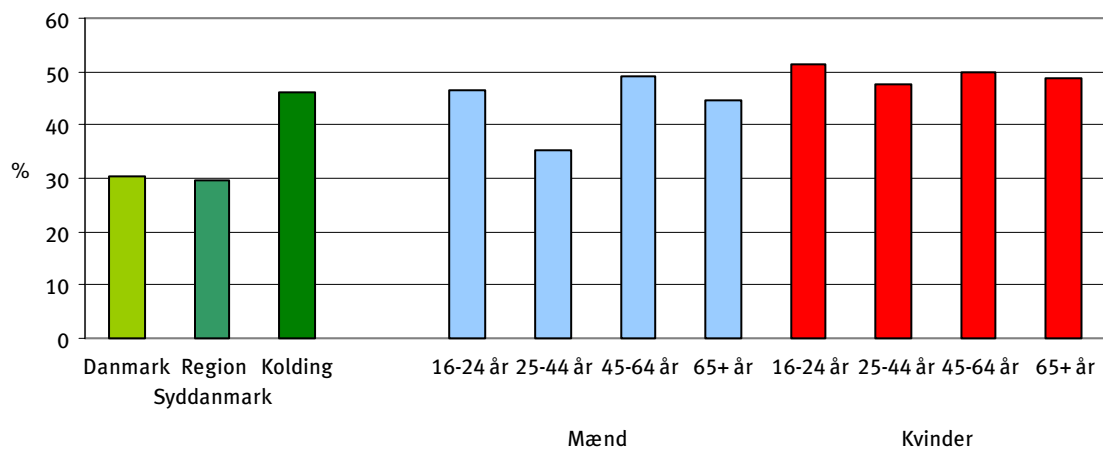
- & + markerer statistisk signifikans



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

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	30,3	30,3	-	14566
	Region Syddanmark	29,8	29,7	-	3089
	Kolding	46,6	46,1		1686
Mænd	16-24 år	46,4			179
	25-44 år	35,2		-	196
	45-64 år	49,2			238
	65+ år	44,7			161
	Mænd i alt	43,7			774
Kvinder	16-24 år	51,5			264
	25-44 år	47,6			231
	45-64 år	49,8			261
	65+ år	48,7			156
	Kvinder i alt	49,2			912
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	51,2	52,0		215
	Mellemlang	45,7	45,3		328
	Lang	45,7	46,5		536
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	38,7			62
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	43,8	43,5		771
	Ikke erhvervsaktiv	56,8	53,9	+	155
Civilstand	Gift	46,7	45,9		802
	Samlevende	50,3	52,7		252
	Enlig (separeret, skilt)	67,3	63,2	+	79
	Enlig (ugift)	40,5	39,2		400
	Enlig (enkestand)	39,6			80

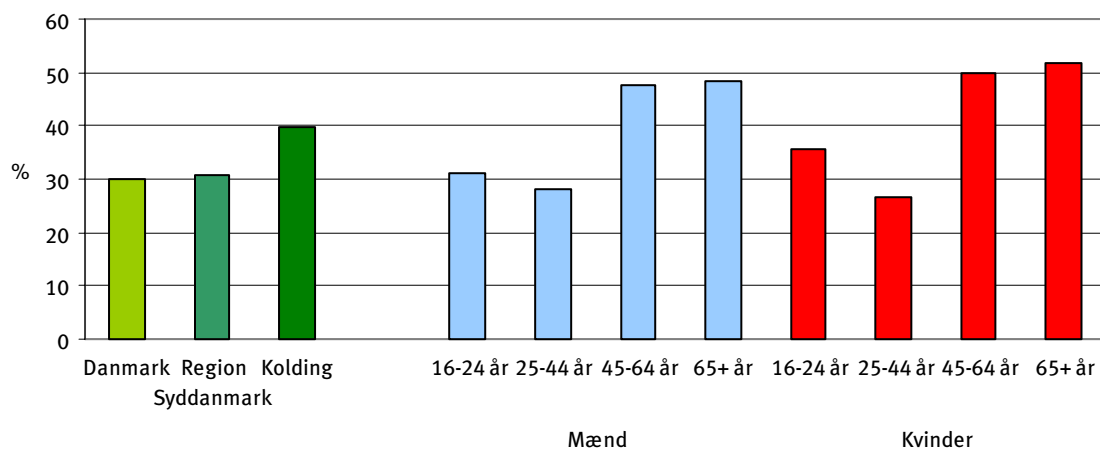
- & + markerer statistisk signifikans



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

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	30,5	30,1	-	14566
	Region Syddanmark	31,5	30,8	-	3089
	Kolding	40,7	39,6		1686
Mænd	16-24 år	31,3		-	179
	25-44 år	28,1		-	196
	45-64 år	47,5			238
	65+ år	48,4			161
	Mænd i alt	40,2			774
Kvinder	16-24 år	35,6		-	264
	25-44 år	26,8		-	231
	45-64 år	49,8			261
	65+ år	51,9			156
	Kvinder i alt	41,2			912
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	54,0	50,1	+	215
	Mellemlang	42,7	42,4		328
	Lang	35,4	37,7		536
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	43,5			62
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	36,8	36,6		771
	Ikke erhvervsaktiv	49,0	47,8	+	155
Civilstand	Gift	41,1	36,1		802
	Samlevende	40,6	47,8	+	252
	Enlig (separeret, skilt)	48,1	44,9		79
	Enlig (ugift)	31,7	30,4		400
	Enlig (enkestand)	58,6			80

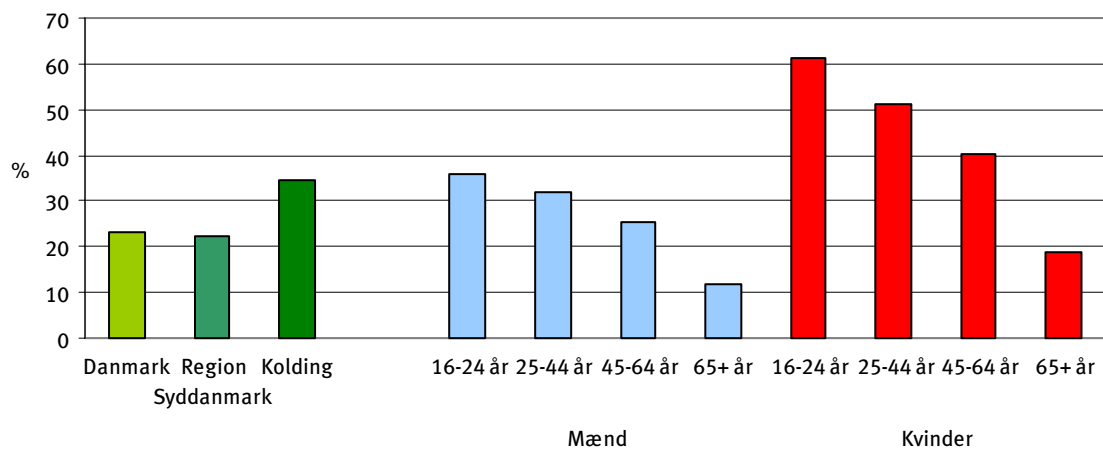
- & + markerer statistisk signifikans



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

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	22,8	23,2	-	14566
	Region Syddanmark	21,8	22,4	-	3089
	Kolding	34,3	34,5		1686
Mænd	16-24 år	35,8			179
	25-44 år	32,1		-	196
	45-64 år	25,2		-	238
	65+ år	11,8		-	161
	Mænd i alt	25,2			774
Kvinder	16-24 år	61,4		+	264
	25-44 år	51,1		+	231
	45-64 år	40,2			261
	65+ år	18,6		-	156
	Kvinder i alt	42,3			912
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	24,7	34,1		215
	Mellemlang	27,1	27,8	-	328
	Lang	38,1	35,5		536
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	29,0			62
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	38,0	37,5		771
	Ikke erhvervsaktiv	34,2	34,7		155
Civilstand	Gift	31,4	35,3		802
	Samlevende	41,3	37,5		252
	Enlig (separeret, skilt)	32,1	28,1		79
	Enlig (ugift)	42,3	31,5		400
	Enlig (enkestand)	21,0			80

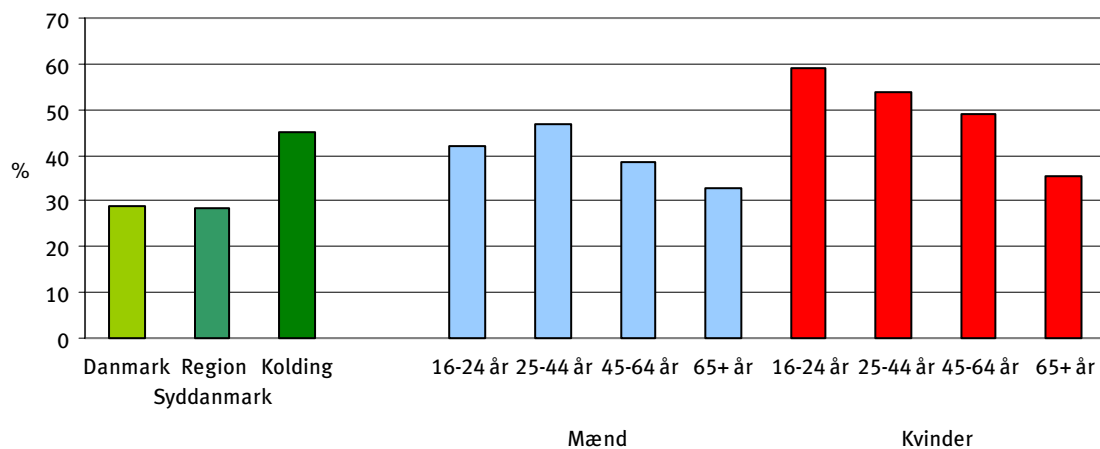
- & + markerer statistisk signifikans



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

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	28,6	28,8	-	14566
	Region Syddanmark	28,2	28,4	-	3089
	Kolding	44,9	45,1		1686
Mænd	16-24 år	41,9		-	179
	25-44 år	46,9			196
	45-64 år	38,7		-	238
	65+ år	32,9		-	161
	Mænd i alt	40,1			774
Kvinder	16-24 år	59,1		+	264
	25-44 år	53,7			231
	45-64 år	49,0			261
	65+ år	35,3		-	156
	Kvinder i alt	49,1			912
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	40,0	41,6		215
	Mellemlang	38,1	38,9	-	328
	Lang	49,4	45,9		536
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	40,3			62
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	47,0	46,8		771
	Ikke erhvervsaktiv	47,7	48,3		155
Civilstand	Gift	40,9	43,0		802
	Samlevende	52,7	53,2	+	252
	Enlig (separeret, skilt)	50,1	53,1		79
	Enlig (ugift)	51,1	47,3		400
	Enlig (enkestand)	44,5			80

- & + markerer statistisk signifikans



Litteratur

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

(2) Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M, Hesse U, Louise Eriksen, Anne Illemann Christensen, Morten Grønnebæk. Sundhed- og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, 2006.

Kapitel 4. Sygdomsadfærd og brug af sundhedsvæsenet

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

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

Borgernes sygdomsadfærd kan beskrives på flere måder. En række oplysninger om deres brug af sundhedsvæsenet kan fås direkte fra registre. Registrene indeholder dog ikke oplysninger om borgernes gener og symptomer samt deres behov for sundhedsydelse, som også er vigtige elementer i forståelsen af borgernes sygdomsadfærd. Disse oplysninger findes i *Sundhed i Kolding 2007*, og styrken i denne rapport er derfor, at borgernes sygdomsadfærd belyses ud fra flere perspektiver.

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

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

Opgørelser fra Sygesikringsregistret viser, at der på landsplan har været en stigning i antallet af kontakter til praktiserende læger fra ca. 32 mio. patientkontakter i 2000 til mere end 34,5 mio. kontakter i 2004 (1). SUSY-2005 undersøgelsen viste tilsvarende en stigning i andelen, der har været i kontakt med praktiserende læge indenfor de seneste tre måneder. Andelen steg fra 35,1 % i 1987 til 40,9 % i 2005. Det samme mønster gør sig gældende for andre af sundhedsvæsnets ydelser (2).

Af tabel 4.1 fremgår kontaktmønstret til forskellige former for læger inden for en 3-måneders periode blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Andelen, der har haft kontakt til praktiserende læge, er større blandt kvinder end blandt mænd. Andelen, der har haft kontakt til de øvrige former for læger, er nogenlunde på samme niveau blandt kvinder og blandt mænd. Generelt ses, at kontakten til læger stiger med stigende alder. Dette er dog med undtagelse af kontakten til vagtlæge og skadestue.

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

Mænd	16-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
Praktiserende læge	33,1	49,2	55,9	44,2
Vagtlæge	5,3	2,5	8,1	5,0
Praktiserende speciallæge	7,4	9,7	14,3	9,8
Skadestue	5,5	5,5	2,5	4,8
Hospitalsambulatorium	5,0	11,8	15,5	9,9
Hospitalsindlæggelse	2,6	5,0	9,9	5,2
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>375</i>	<i>238</i>	<i>161</i>	<i>774</i>

Kvinder	16-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
Praktiserende læge	43,7	55,2	60,9	51,1
Vagtlæge	6,2	4,6	5,8	5,6
Praktiserende speciallæge	10,5	11,9	12,8	11,5
Skadestue	3,6	3,8	3,9	3,7
Hospitalsambulatorium	4,3	10,0	13,5	8,1
Hospitalsindlæggelse	2,9	3,8	6,4	3,9
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>495</i>	<i>261</i>	<i>156</i>	<i>912</i>

Det fremgår af standardtabel 4.1, at andelen af borgerne i Kolding Kommune, der har haft kontakt til en praktiserende læge inden for de seneste tre måneder (47,9 %), er større end i Region Syddanmark (41,5 %) og Danmark som helhed (40,9 %). I alle aldersgrupper er der en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der har haft kontakt til en praktiserende læge. Overordnet stiger andelen, der har haft kontakt til en praktiserende læge, med stigende alder. Dette gælder dog ikke for kvinder i de to yngste aldersgrupper. Det fremgår endvidere, at andelen, der har haft kontakt til en praktiserende læge, er større blandt borgere med en kort uddannelse end blandt borgere med en lang uddannelse. Blandt ikke erhvervsaktive er andelen større end blandt erhvervsaktive. Andelen, der har haft kontakt til praktiserende læge, er større blandt samlevende end blandt gifte.

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

Mænd	16-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
Tandlæge	32,2	57,1	46,6	44,5
Fysioterapeut	6,0	9,2	5,0	6,9
Kiropraktor	6,6	8,8	1,9	6,3
Psykolog	3,6	2,1	0,0	2,2
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>375</i>	<i>238</i>	<i>161</i>	<i>774</i>

Kvinder	16-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
Tandlæge	40,6	55,2	51,3	47,8
Fysioterapeut	8,9	12,6	10,3	10,5
Kiropraktor	6,9	8,8	5,8	7,3
Psykolog	6,2	3,1	0,6	4,0
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>495</i>	<i>216</i>	<i>156</i>	<i>912</i>

Tabel 4.2 viser brugen af andre behandlere i sundhedsvæsenet inden for en 3-måneders periode blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper i Kolding Kommune. Andelen, der har haft kontakt til andre behandlere i sundhedsvæsenet, er større blandt kvinder end blandt mænd. Andelen, der har haft kontakt til tandlæge, og andelen, der har haft kontakt til fysio-

rapeut eller kiropraktor, er størst i aldersgruppen 45-64 år for både mænd og kvinder. Andelen, der har haft kontakt til psykolog, falder med stigende alder.

Det fremgår af tabel 4.3, at en langt større andel blandt borgere, der angiver at have et mindre godt selvvurderet helbred, har været til praktiserende læge inden for de seneste tre måneder end blandt borgere, der angiver at have et virkelig godt eller godt selvvurderet helbred. Dette ses også i forhold til langvarig sygdom. Der er en større andel, der har været til praktiserende læge, blandt borgere der har en langvarig sygdom, sammenlignet med borgere der ikke har en langvarig sygdom. I forhold til brug af medicin ses, at blandt borgere, der har brugt håndkøbsmedicin, har en større andel været til praktiserende læge end blandt borgere, der ikke har brugt håndkøbsmedicin. Det samme gør sig gældende i forhold til brug af receptpligtig medicin, hvor en langt større andel blandt borgere, der har brugt receptpligtig medicin, har været til praktiserende læge, end blandt borgere, der ikke har brugt receptpligtig medicin.

Tabel 4.3. Andel der har været til praktiserende læge inden for de seneste tre måneder i forhold til helbred og sygelighed i Kolding Kommune (Procent).

		Andel der har været til praktiserende læge inden for de seneste tre måneder	Antal svar- personer
Selvvurderet helbred	Mindre godt	71,5	444
	Godt	38,6	1242
Langvarig syg	Ja	66,7	542
	Nej	38,5	1144
Håndkøbsmedicin	Ja	49,9	729
	Nej	46,5	957
Receptpligtig	Ja	70,4	694
	Nej	30,7	992
Listesygdom	Allergi (ikke astma)	51,2	311
	Hovedpine, migræne	53,8	199
	Astma	73,4	100
	Rygsygdom	66,8	175
	Forhøjet blodtryk	75,5	223
	Kronisk bronkitis, KOL	79,0	54
	Diabetes	75,6	52
Ingen listesygdom		35,8	749

Endvidere fremgår det af tabellen, at der er en større andel, der har været til praktiserende læge, blandt borgere, der har forhøjet blodtryk, rygsygdom, kronisk bronkitis (KOL), hovedpine samt astma og diabetes, end blandt borgere, der ikke har sådanne sygdomme. Der er med andre ord en klar sammenhæng mellem brug af praktiserende læge og sygelighed. Meget tyder således på, at befolkningens brug af praktiserende læge først og fremmest er bestemt af behovet (sygeligheden).

4.2 Brug af tandlæge

Tandsundheden i Danmark er forbedret meget i løbet af de sidste årtier. Væsentlige faktorer i denne udvikling har været indførelsen af regelmæssig forebyggende børnetandpleje, der stort set dækker målgruppen 100 %. Dette skal ses sammen med den sundhedspædagogiske indsats, der har styrket daglig tandbørstning og daglig anvendelse af fluortandpasta. Undersøgelser viser, at gode mundhygiejnevaner i barnealderen bibeholdes i voksenalderen. Endvidere har individuel forebyggelse af tandsygdomme over for voksne med høj sygdomsrisiko været inkluderet i sygesikringsoverenskomsten om tandpleje siden 1988 (2).

I *Sundhed i Kolding 2007* er der spurgt til, om man inden for de seneste tre måneder har gjort brug af tandlæge. Det fremgår af standardtabel 4.2, at der er en større andel af borgerne i Kolding Kommune (46,2 %), der har været til tandlæge indenfor de seneste tre måneder, end i Region Syddanmark (36,4 %) og i Danmark (34,4 %). Der er en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der har været til tandlæge. Andelen, der har været til tandlæge, er størst i aldersgruppen 45-64 år for både mænd og kvinder.

I nærværende undersøgelse er der endvidere spurgt til, hvor ofte man benytter tandbørste, tandtråd og tandstikker til tandpleje. Det fremgår af tabel 4.4, at den største andel bruger tandbørste til tandpleje flere gange dagligt. Der er en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der bruger tandbørste flere gange dagligt. Andelen, der bruger tandbørste flere gange dagligt, er mindst i aldersgruppen 65+ år for både mænd og kvinder.

Tabel 4.4. Hvor ofte bruger du tandbørste til tandpleje? (Procent).

Mænd	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
Aldrig/sjældent	0,0	0,5	0,4	2,5	0,9
Flere gange månedligt	0,0	0,0	0,8	1,2	0,6
Flere gange ugentligt	3,9	1,5	0,8	2,5	1,8
Dagligt	32,4	28,6	37,8	48,5	37,0
Flere gange dagligt	61,5	68,9	58,8	39,1	57,3
Uoplyst	2,2	0,5	1,3	6,2	2,3
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>179</i>	<i>196</i>	<i>238</i>	<i>161</i>	<i>774</i>

Kvinder	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
Aldrig/sjældent	0,0	0,0	0,4	1,3	0,4
Flere gange månedligt	0,0	0,4	0,4	0,0	0,3
Flere gange ugentligt	1,1	0,9	0,4	0,6	0,7
Dagligt	19,3	14,3	16,1	34,0	19,7
Flere gange dagligt	78,8	83,1	80,5	58,3	76,5
Uoplyst	0,8	1,3	2,3	5,8	2,5
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>264</i>	<i>231</i>	<i>261</i>	<i>156</i>	<i>912</i>

Tabel 4.5 viser, hvor ofte borgerne i Kolding Kommune bruger tandtråd til tandpleje. Det ses, at størstedelen aldrig eller sjældent bruger tandtråd. Der er en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der aldrig eller sjældent bruger tandtråd. Overordnet falder andelen, der sjældent eller aldrig bruger tandtråd, med stigende alder.

Tabel 4.5. Hvor ofte bruger du tandtråd til tandpleje? (Procent).

Mænd	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
Aldrig/sjældent	64,3	54,6	44,1	49,7	50,8
Flere gange månedligt	18,4	19,9	14,3	2,5	13,6
Flere gange ugentligt	6,7	12,8	8,8	5,6	9,0
Dagligt	5,0	7,7	6,7	5,0	6,4
Flere gange dagligt	1,7	2,6	3,4	1,2	2,4
Uoplyst	3,9	2,6	22,7	36,0	17,9
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>179</i>	<i>196</i>	<i>238</i>	<i>161</i>	<i>774</i>

Kvinder	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
Aldrig/sjældent	48,1	32,9	35,6	32,7	36,1
Flere gange månedligt	25,8	26,8	12,6	3,9	17,1
Flere gange ugentligt	15,9	19,1	12,3	5,8	13,5
Dagligt	5,3	12,1	12,6	7,1	10,2
Flere gange dagligt	4,2	3,9	10,7	6,4	6,8
Uoplyst	0,8	5,2	16,1	44,2	16,3
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>264</i>	<i>231</i>	<i>261</i>	<i>156</i>	<i>912</i>

Hvor ofte borgerne i Kolding Kommune bruger tandstikker til tandpleje fremgår af tabel 4.6. Det fremgår af tabellen, at den største andel sjældent eller aldrig bruger tandstikker. Andelen, der sjældent eller aldrig bruger tandtråd, falder med stigende alder. Det ses ligeledes, at andelen, der dagligt eller flere gange dagligt bruger tandstikker stiger med alderen. Der er ikke forskel på mænd og kvinder i forhold til, hvor ofte de bruger tandstikker til tandpleje.

Tabel 4.6. Hvor ofte bruger du tandstikker til tandpleje? (Procent).

Mænd	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
Aldrig/sjældent	49,2	44,4	11,3	20,5	27,5
Flere gange månedligt	31,8	21,4	13,0	4,4	15,6
Flere gange ugentligt	10,1	14,8	18,9	15,5	15,9
Dagligt	3,9	12,2	28,6	20,5	19,0
Flere gange dagligt	1,7	4,6	19,8	14,9	12,1
Uoplyst	3,4	2,6	8,4	24,2	9,9
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>179</i>	<i>196</i>	<i>238</i>	<i>161</i>	<i>774</i>

Kvinder	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
Aldrig/sjældent	49,6	42,0	14,9	16,0	28,6
Flere gange månedligt	29,2	20,4	13,8	3,2	15,9
Flere gange ugentligt	13,3	17,3	16,9	6,4	14,3
Dagligt	3,8	10,0	25,7	24,4	17,4
Flere gange dagligt	3,0	5,2	23,0	22,4	14,5
Uoplyst	1,1	5,2	5,8	27,6	9,4
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>264</i>	<i>231</i>	<i>261</i>	<i>156</i>	<i>912</i>

4.3 Brug af fysioterapeut og kiropraktor

Det fremgår af tabel 4.7, at andelen i Kolding Kommune, der har været til enten fysioterapeut eller kiropraktor inden for en 3-måneders periode, er lidt større end andelen i Region Syddanmark og Danmark som helhed.

Tabel 4.7. Andel der har været til henholdsvis fysioterapeut eller kiropraktor inden for en 3-måneders periode i Kolding Kommune (Procent).

	Kolding	Region Syddanmark	Danmark
Fysioterapeut	8,8	6,9	6,9
Kiropraktor	6,8	4,4	4,3
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>1686</i>	<i>3089</i>	<i>14566</i>

4.4 Psykologisk eller psykiatrisk hjælp

I *Sundhed i Kolding 2007* er der spurgt til, om borgerne inden for det seneste år har haft behov for psykologisk eller psykiatrisk hjælp eller behandling. Svarfordelingen fremgår af tabel 4.8, som viser, at især borgere med sorg (3,3 %), stress (4,3 %) eller depression (4,7 %) har haft behov for psykologisk eller psykiatrisk behandling. Overordnet set er der en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der har haft behov for psykologisk eller psykiatrisk behandling.

Tabel 4.8. Andel der inden for det seneste år har haft behov for psykologisk eller psykiatrisk hjælp i Kolding Kommune (Procent).

	Mænd	Kvinder	I alt
Ja, fordi jeg havde været deprimeret i længere tid	3,6	5,7	4,7
Ja, fordi jeg havde været meget stresset	3,7	4,8	4,3
Ja, fordi jeg oplevede stor sorg	2,9	3,7	3,3
Ja, fordi jeg havde psykisk sygdom eller lidelse	2,0	2,3	2,1
Ja, fordi jeg oplevede en traumatisk begivenhed	1,7	2,3	2,0
Ja, fordi jeg havde dårlige nerver	1,3	1,2	1,2
Andet	1,6	3,5	2,6
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>774</i>	<i>912</i>	<i>1686</i>

4.5 Genoptræning

I alt har 6,6 % af borgere i Kolding Kommune været til genoptræning inden for det seneste år (standardtabel 4.3). Dette er en større andel end i Region Syddanmark og i Danmark. Overordnet er der en større andel blandt ældre end blandt yngre, der har været til genoptræning. Blandt ikke erhvervsaktive er der en større andel, der har været til genoptræning, end blandt erhvervsaktive. Derudover fremgår det, at andelen af borgere, der har været til genoptræning, er mindre blandt enlige (ugifte) end blandt gifte.

I Kolding Kommune angiver 9,2 % af borgerne i alderen 65 år eller derover, at de har været til genoptræning inden for det seneste år. Blandt borgere i samme aldersgruppe oplyser 2,8 %, at de har haft behov for genoptræning uden at have fået det.

Tabel 4.9 viser årsager til genoptræning blandt 65+ årige borgere, der har været til genoptræning. Blandt borgere, der har været til genoptræning, har 48,3 % fået det i forbindelse med operation på et hospital, 37,9 % som følge af midlertidigt nedsat funktionsevne og 24,1 % har fået genoptræning i forbindelse med anden hospitalsindlæggelse. En mindre andel (17,2 %) har fået genoptræning som følge af varigt nedsat fysisk funktionsevne. Det vides dog ikke, hvorvidt genoptræningen er foregået i lokalt regi.

Tabel 4.9. Årsager til genoptræning opgjort blandt 65+ årige borgere (Procent).

Genoptræning i forbindelse med operation på hospital	48,3
Genoptræning i forbindelse med anden hospitalsindlæggelse	24,1
Genoptræning som følge af midlertidigt nedsat fysisk funktionsevne	37,9
Genoptræning som følge af varigt nedsat fysisk funktionsevne	17,2
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>29</i>

Tabel 4.10 er kun opgjort for 65+ årige borgere, der har fået genoptræning. Det fremgår af tabellen, at for 44,8 % af borgernes vedkommende er genoptræningen foregået på et hospital, for 31,0 % er det foregået i eget hjem, og for 24,1 % af borgerne er det foregået på dagcenter eller plejehjem. Endelig har 20,7 % af borgerne fået genoptræning hos en privatpraktiserende fysio- eller ergoterapeut, og 10,3 % har fået genoptræning i det lokale sundhedscenter.

Tabel 4.10. Stedet, hvor genoptræningen er foregået opgjort blandt 65+ årige borgere i Kolding Kommune (Procent).

Genoptræning på hospital	44,8
Genoptræning hos privatpraktiserende fysioterapeut, ergoterapeut	20,7
I eget hjem	31,0
I det lokale sundhedscenter	10,3
På dagcenter, plejehjem	24,1
Genoptræning andetsteds	3,5
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>29</i>

4.6 Brug af medicin

Borgernes brug af medicin kan opgøres på forskellige måder. I lægemiddelstyrelsens statistikker opgøres salget af medicin både i døgndoser og i omsætning. Disse statistikker giver et billede af, hvor meget medicin der bliver omsat, men ikke af hvor meget medicin, der bliver brugt (3). De kan heller ikke vise, om køberen også er den person, der tager medicinen. Selvrapporteret medicinforbrug kan komme tættere på det egentlige forbrug. Der er dog den begrænsning, at borgerne måske ikke er i stand til at give en præcis beskrivelse af den medicin, som de anvender. Derudover kan fx selvrapporteret brug af medicin sammenholdt med oplysninger om svarpersonens velbefindende give en indikation af, om medicinen bliver taget som en reaktion på et helbredsproblem eller en sygdom.

Som det fremgår af tabel 4.11, har en langt større andel blandt borgere, der angiver at have et mindre godt selvvurderet helbred, brugt receptpligtig medicin inden for de seneste 14 dage, end blandt borgere, der angiver at have et virkelig godt eller godt helbred. Det samme mønster ses blandt borgere med en langvarig sygdom. Det fremgår endvidere af tabellen, at næ-

sten alle borgere med forhøjet blodtryk, kronisk bronkitis (KOL) og astma, har brugt receptpligtig medicin.

Tabel 4.11. Brug af receptpligtig medicin inden for de seneste 14 dage i forhold til helbred og sygelighed i Kolding Kommune (Procent).

		Andel der har brugt receptpligtig medicin inden for en 14 dages periode	Antal svar- personer
Selvvurderet helbred	Mindre godt	73,1	444
	Godt	31,6	1242
Langvarig syg	Ja	66,1	542
	Nej	31,8	1144
Listesygdom	Forhøjet blodtryk	95,9	223
	Kronisk bronkitis, KOL	82,9	54
	Astma	86,5	100
	Diabetes	79,3	52
	Ryg sygdom	66,3	175
	Hovedpine, migræne	58,9	199
	Allergi (ikke astma)	50,6	311
	Ingen listesygdomme	21,1	749

Det fremgår af standardtabel 4.4, at andelen, der har brugt receptpligtig medicin inden for de seneste 14 dage, i Kolding Kommune (43,3 %) er på niveau med andelen i Region Syddanmark (45,2 %) og i Danmark (43,2 %). I alle aldersgrupper er der en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der har brugt receptpligtig medicin. Overordnet set stiger andelen, der har brugt receptpligtig medicin, med stigende alder. Der er en større andel, der har brugt receptpligtig medicin, blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive.

Andelen, der har brugt håndkøbsmedicin inden for de seneste 14 dage, er større i Kolding Kommune (41,8 %) end i Region Syddanmark (32,2 %) og i Danmark som helhed (33,8 %) (standardtabel 4.5). Der er en markant større andel blandt kvinder, der har brugt håndkøbsmedicin, end blandt mænd. For både mænd og kvinder er andelen, der har brugt håndkøbsmedicin, mindst i aldersgruppen 65+ år.

Forbruget af smertestillende receptpligtig medicin og håndkøbsmedicin inden for en 14-dages periode er vist i standardtabel 4.6. Andelen, der har brugt smertestillende medicin, er større i Kolding Kommune (48,3 %) end i Region Syddanmark (34,3 %) og i Danmark (35,6 %). Der er en markant større andel blandt kvinder end blandt mænd, der har brugt smertestillende medicin. Blandt kvinder er andelen størst i aldersgruppen 16-24 år samt 45-64 år, hvor hhv. 61,7 % og 62,8 % har brugt smertestillende medicin. For mænd er andelen størst i aldersgruppen 45 – 64 år, hvor 42,4 % har brugt smertestillende medicin.

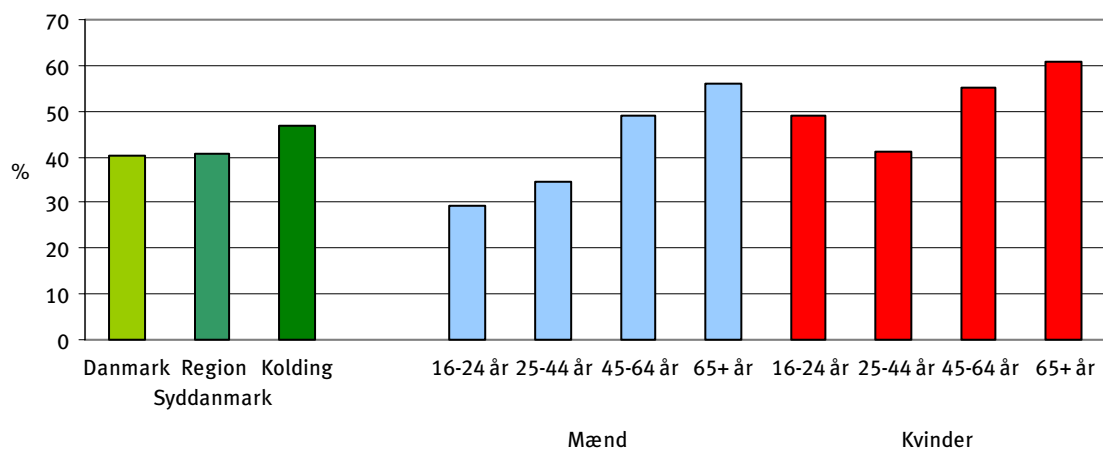
Forbruget af blodtryksænkende medicin er vist i standardtabel 4.7. I Kolding Kommune oplyser 19,4 % af borgerne, at de har brugt blodtryksænkende medicin inden for en 14-dages periode. Dette er en større andel end i Region Syddanmark (17,1 %) og i Danmark som helhed (15,5 %). Overordnet stiger andelen, der har brugt blodtryksænkende medicin, med stigende alder. Der er en større andel, der har brugt blodtryksænkende medicin, blandt borgere med en kort uddannelse end blandt borgere med en lang uddannelse. Blandt ikke

erhvervsaktive er der en større andel, der har brugt blodtrykssænkende medicin, end blandt erhvervsaktive.

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

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	40,9	40,3	-	14566
	Region Syddanmark	41,5	40,9	-	3089
	Kolding	47,9	46,7		1686
Mænd	16-24 år	29,1		-	179
	25-44 år	34,7		-	196
	45-64 år	49,2		-	238
	65+ år	55,9			161
	Mænd i alt	44,2			774
Kvinder	16-24 år	48,9		-	264
	25-44 år	41,1		-	231
	45-64 år	55,2			261
	65+ år	60,9		+	156
	Kvinder i alt	51,1			912
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	58,6	57,9	+	215
	Mellemlang	50,0	50,0		328
	Lang	45,7	47,6		536
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	38,7			62
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	42,5	42,2		771
	Ikke erhvervsaktiv	61,9	56,0	+	155
Civilstand	Gift	48,1	44,7		802
	Samlevende	49,5	57,0	+	252
	Enlig (separeret, skilt)	48,1	45,8		79
	Enlig (ugift)	42,0	47,1		400
	Enlig (enkestand)	56,2			80

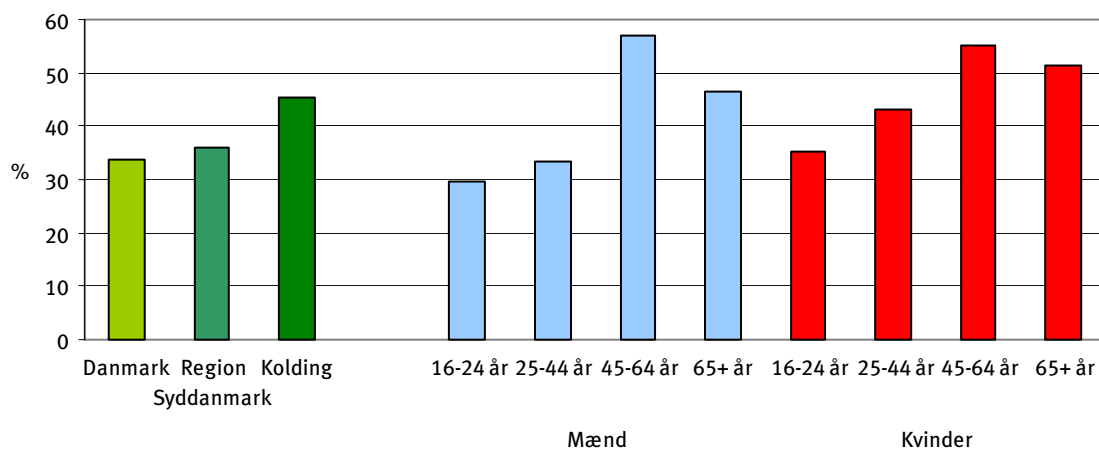
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 4.2. Andel der har haft kontakt til tandlæge inden for en 3-måneders periode.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	34,4	33,9	14566
	Region Syddanmark	36,4	35,8	3089
	Kolding	46,2	45,5	1686
Mænd	16-24 år	29,6	-	179
	25-44 år	33,2	-	196
	45-64 år	57,1		238
	65+ år	46,6	-	161
	Mænd i alt	44,5		774
Kvinder	16-24 år	35,2	-	264
	25-44 år	43,3	-	231
	45-64 år	55,2		261
	65+ år	51,3		156
	Kvinder i alt	47,8		912
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	42,8	43,4	215
	Mellemlang	53,7	55,4	328
	Lang	47,9	50,4	536
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	43,5		62
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	46,6	46,2	771
	Ikke erhvervsaktiv	55,5	45,7	155
Civilstand	Gift	51,7	49,7	802
	Samlevende	36,1	42,2	252
	Enlig (separeret, skilt)	54,5	46,6	79
	Enlig (ugift)	37,8	48,1	400
	Enlig (enkestand)	35,8		80

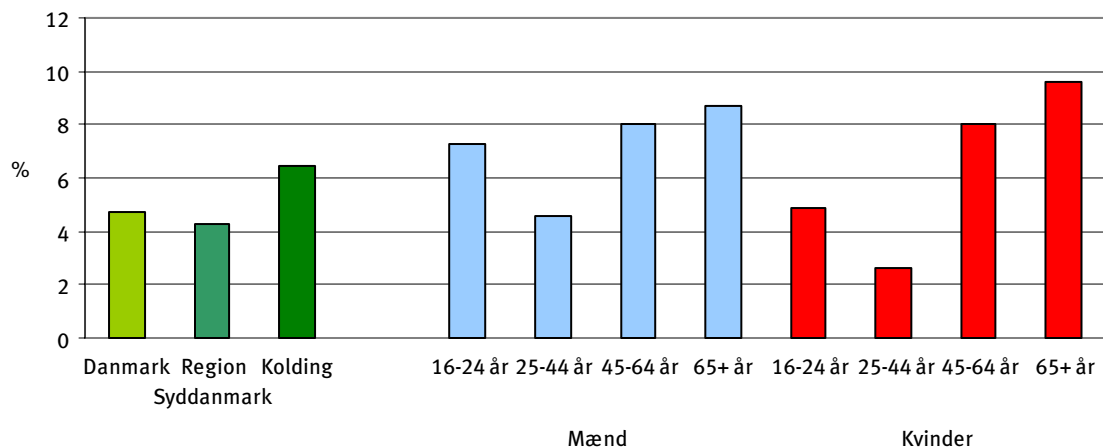
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 4.3 Andel der har været til genoptræning inden for det seneste år.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	4,8	4,8	-	14566
	Region Syddanmark	4,4	4,3	-	3089
	Kolding	6,6	6,4		1686
Mænd	16-24 år	7,3			179
	25-44 år	4,6			196
	45-64 år	8,0			238
	65+ år	8,7			161
	Mænd i alt	7,1			774
Kvinder	16-24 år	4,9			264
	25-44 år	2,6		-	231
	45-64 år	8,0			261
	65+ år	9,6			156
	Kvinder i alt	6,2			912
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	9,3	8,5		215
	Mellemlang	7,3	8,0		328
	Lang	5,0	5,6		536
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	8,1			62
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	4,2	4,1		771
	Ikke erhvervsaktiv	14,8	15,5	+	155
Civilstand	Gift	6,6	5,3		802
	Samlevende	5,7	4,6		252
	Enlig (separeret, skilt)	10,3	7,0		79
	Enlig (ugift)	4,7	2,7	-	400
	Enlig (enkestand)	10,2			80

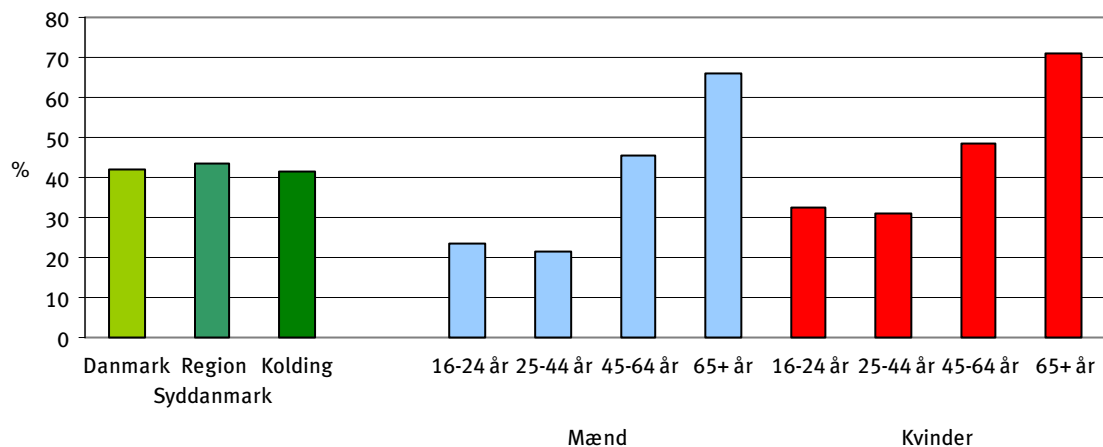
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 4.4. Andel der har brugt receptpligtig medicin inden for en 14-dages periode.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	43,2	41,8	14566
	Region Syddanmark	45,2	43,5	3089
	Kolding	43,3	41,4	1686
Mænd	16-24 år	23,5	-	179
	25-44 år	21,4	-	196
	45-64 år	45,4		238
	65+ år	65,8	+	161
	Mænd i alt	40,8		774
Kvinder	16-24 år	32,6	-	264
	25-44 år	31,2	-	231
	45-64 år	48,7		261
	65+ år	71,2	+	156
	Kvinder i alt	45,6		912
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	57,2	47,7	215
	Mellemlang	47,9	47,4	328
	Lang	37,9	41,7	536
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	40,3		62
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	33,5	33,1	771
	Ikke erhvervsaktiv	58,7	48,6	155
Civilstand	Gift	46,7	41,8	802
	Samlevende	33,6	41,8	252
	Enlig (separeret, skilt)	46,8	42,2	79
	Enlig (ugift)	30,1	38,2	400
	Enlig (enkestand)	72,1		80

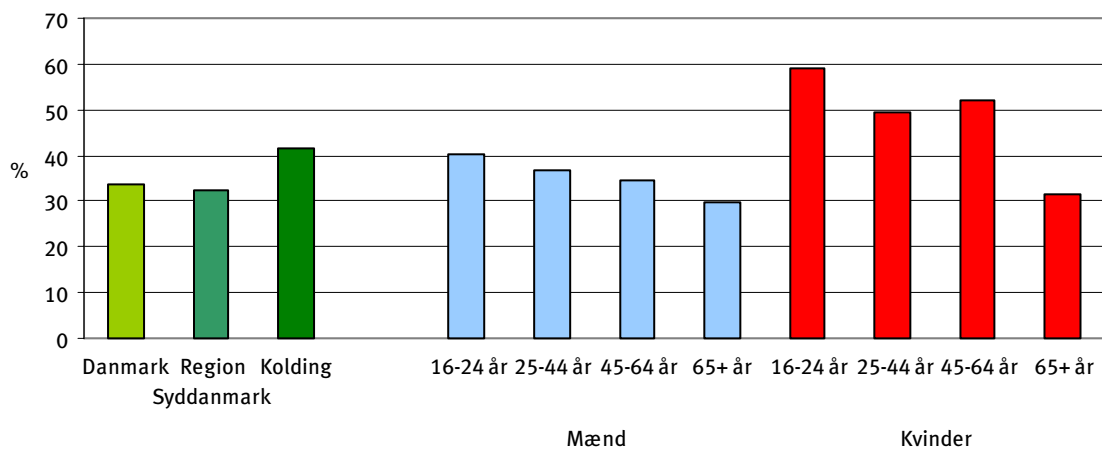
- & + markerer statistisk signifikans



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

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	33,8	33,8	14566
	Region Syddanmark	32,2	32,5	3089
	Kolding	41,8	41,6	1686
Mænd	16-24 år	40,2	-	179
	25-44 år	36,7	-	196
	45-64 år	34,5	-	238
	65+ år	29,8	-	161
	Mænd i alt	34,7		774
Kvinder	16-24 år	59,1	+	264
	25-44 år	49,4		231
	45-64 år	52,1		261
	65+ år	31,4	-	156
	Kvinder i alt	48,1		912
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	34,9	35,9	215
	Mellemlang	37,5	37,7	328
	Lang	44,8	43,1	536
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	43,5		62
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	44,2	43,7	771
	Ikke erhvervsaktiv	40,6	41,7	155
Civilstand	Gift	42,1	43,3	802
	Samlevende	43,2	43,7	252
	Enlig (separeret, skilt)	47,5	50,4	79
	Enlig (ugift)	44,4	38,1	400
	Enlig (enkestand)	27,4		80

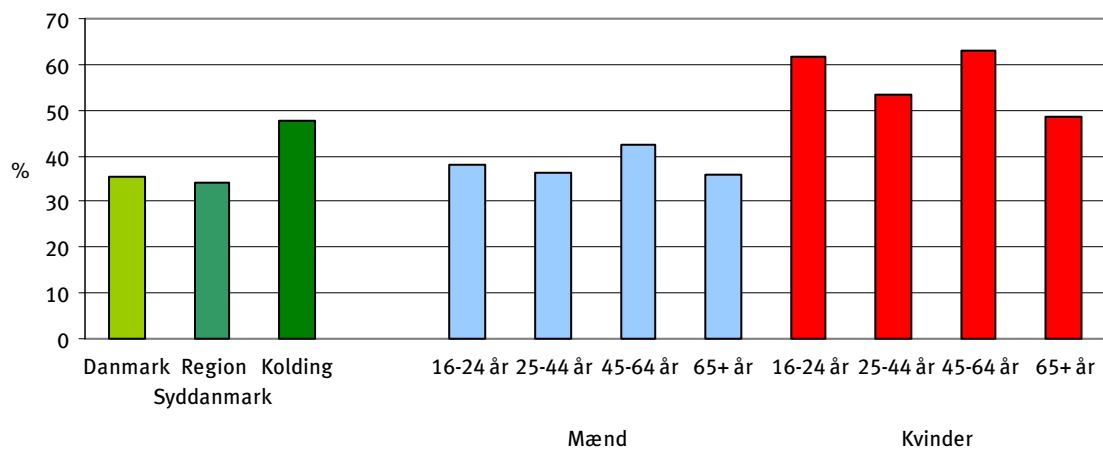
- & + markerer statistisk signifikans



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

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	35,6	35,3	-	14566
	Region Syddanmark	34,3	34,2	-	3089
	Kolding	48,3	47,7		1686
Mænd	16-24 år	38,0		-	179
	25-44 år	36,2		-	196
	45-64 år	42,4		-	238
	65+ år	36,0		-	161
	Mænd i alt	38,6			774
Kvinder	16-24 år	61,7			264
	25-44 år	53,2		-	231
	45-64 år	62,8			261
	65+ år	48,7		-	156
	Kvinder i alt	56,9			912
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	49,3	50,1		215
	Mellemlang	44,2	43,9		328
	Lang	49,3	47,9		536
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	48,4			62
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	48,5	47,9		771
	Ikke erhvervsaktiv	54,8	49,6		155
Civilstand	Gift	48,8	48,9		802
	Samlevende	49,5	52,0		252
	Enlig (separeret, skilt)	56,5	56,6		79
	Enlig (ugift)	44,3	37,5	-	400
	Enlig (enkestand)	47,8			80

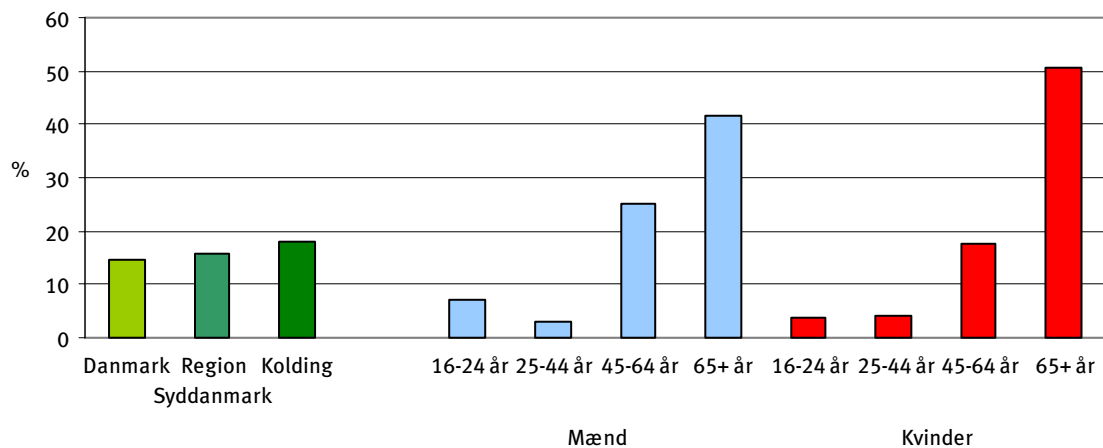
- & + markerer statistisk signifikans



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

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	15,5	14,5	-	14566
	Region Syddanmark	17,1	15,8	-	3089
	Kolding	19,4	18,0		1686
Mænd	16-24 år	7,3		-	179
	25-44 år	3,1		-	196
	45-64 år	25,2		+	238
	65+ år	41,6		+	161
	Mænd i alt	20,6			774
Kvinder	16-24 år	3,8		-	264
	25-44 år	4,3		-	231
	45-64 år	17,6			261
	65+ år	50,6		+	156
	Kvinder i alt	18,3			912
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	36,7	29,1	+	215
	Mellemlang	24,1	23,2		328
	Lang	13,2	18,5		536
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	11,3			62
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	10,6	10,5		771
	Ikke erhvervsaktiv	25,8	17,7	+	155
Civilstand	Gift	22,1	17,1		802
	Samlevende	12,2	22,4		252
	Enlig (separeret, skilt)	23,7	19,6		79
	Enlig (ugift)	6,6	14,1		400
	Enlig (enkestand)	41,4			80

- & + markerer statistisk signifikans



Litteratur

- (1) Danmarks Statistik. Danmarks Statistikbank. www.statistikbanken.dk
- (2) Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M, Hesse U, Eriksen L, Christensen AI, Grønbæk M. Sundheds- og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, 2006
- (3) Statistisk Sentralbyrå. Helse i Norge. Helsetilstand og behandlingstilbud belyst ved befolkningsundersøkelser. Oslo-Kongsvinger. Statistisk Sentralbyrå. 2001.

Kapitel 5. Sundhedsadfærd

Dette kapitel beskriver borgernes sundhedsadfærd i Kolding Kommune. Sundhedsadfærd er en samlet betegnelse for de handlinger, borgerne udfører i hverdagen, som har betydning for deres sundhed, og kan forstås som en del af deres livsstilsvaner. Sundhedsadfærden kan betragtes ud fra flere perspektiver, som vil blive gennemgået i det følgende.

Befolkningens sundhedsadfærd har ikke kun betydning for borgernes sundheds- og sygelighedstilstand. Set ud fra et samfundsøkonomisk perspektiv har sundhedsadfærden store økonomiske konsekvenser for sundhedsvæsenet. Beregninger viser blandt andet, at sundhedsvæsenets årlige ressourceforbrug til behandling af rygerelaterede lidelser er næsten 4,5 mia. kr., alkoholrelaterede lidelser 947 mio. kr., og behandling af lidelser relateret til overvægt er beregnet til 1.6 mia. kr. (1).

Hermed har befolkningens sundhedsadfærd konsekvenser på både individ- og samfundsplan i form af helbredsmæssige og økonomiske omkostninger. På baggrund heraf er det i alles interesse at forbedre og fremme sundhedsadfærden. For at kunne opnå dette er det gavnligt først at beskrive, hvordan sundhedsadfærden forholder sig i befolkningen for netop at kunne klarlægge, hvilke områder sundhedsfremmende indsatser skal rettes imod. Det kan eksempelvis være, hvorvidt den enkelte borger er fysisk aktiv i det anbefalede omfang eller udsætter sig for helbredsrisici i form af rygning, uhensigtsmæssige kostvaner etc.

5.1 Bestemmende faktorer for sundhedsadfærd

Sundhedsadfærden kan både være bestemt af personlige, lokale og samfundsmæssige forhold, hvorfor det er muligt at fremme sundheden og undgå sygdomme ved at ændre på disse forhold. Personlige forhold består bl.a. af borgerens færdigheder og viden, hvor lokale forhold fx indbefatter cykelstier, idrætsforeninger etc. og samfundsmæssige forhold består fx af sund mad i undervisningsinstitutionerne, normer omkring fysisk aktivitet på offentlige institutioner etc.

Endvidere kan befolkningens sundhedsadfærd anskues ud fra et psykologisk/ socialpsykologisk perspektiv, hvor det er væsentligt at forstå, at sociale netværk og de normer og værdier, der eksisterer i disse netværk, er medvirkende til at påvirke sundhedsadfærden. Således kan de sociale netværk i den enkeltes hverdag være med til at påvirke sundhedsadfærden i såvel positiv som negativ retning (2).

Borgernes sundhedsadfærd kan både udvises bevidst eller ubevidst og kan have såvel tilsligtede som utilsigtede konsekvenser. De bevidste handlinger har oftest til formål at opnå et givent resultat, hvor der fx kan være tale om at få en bedre sundhedstilstand eller undgå en sygdom. Modsat kan der være tale om vanemæssig adfærd, der udføres uden egentlige overvejelser, og derfor foregår ubevidst i forhold til de sundhedsmæssige eller helbredsmæssige konsekvenser.

5.2 Sociale forskelle i sundhedsadfærd

Sociale faktorer er i høj grad bestemmende for sundhedsadfærden og udgøres af eksempelvis uddannelse, indkomst, erhvervsstilling eller tilknytning til arbejdsmarkedet. Sociale grupperinger kan også afhænge af forskelle i køn, alder, geografi eller etniske grupper, men disse er mindre typiske i forståelsen af sociale forskelle. Den væsentligste faktor i forekomsten af sociale forskelle i sundhedsadfærd ses i forhold til uddannelsesniveau (3).

Det kan på baggrund af tidligere studier konstateres, at der eksisterer en social ulighed i befolkningens sundhedsadfærd, eftersom individets sociale baggrund har afgørende betydning for sundhedsadfærden. Der findes flere hypoteser og teorier til at forklare denne ulighed i sundhed mellem sociale grupper. En af disse teorier går på, at de sociale grupper, foranlediget af deres forskellige ressourcer, har forskellige muligheder for fx købe sund mad og have gode motionsvaner (4).

Forskellige sociale grupper råder over forskellige sammensætninger af ressourcer og kompetencer, hvilket bevirker at borgerne udvikler forskellige sociale strategier og forskellige slags værdier og livsstile i forhold til sundhedsadfærd (5). Dermed er det ikke alle sociale grupper i samfundet, der har lige mulighed for at leve sundt. Ovenstående kan medvirke til at forklare, hvorfor der eksisterer social ulighed i befolkningens sundhedsadfærd.

For at ændre befolkningens sundhedsadfærd i en positiv retning er det ikke tilstrækkelig med oplysningskampagner, idet de ovenfor nævnte forhold spiller en afgørende betydning for ændringen af sundhedsadfærd. Hermed ikke sagt, at oplysningskampagner ikke har effekt på befolkningens livsstil og sundhedsadfærd. Det er blot væsentligt at have for øje, at viden, om hvorledes man bør leve et sundt liv, ikke er ensbetydende med, at man vælger at handle der udfra.

5.3 Rygning

Rygning anses i dag for at være den mest afgørende faktor for danskernes overdødelighed. Rygning øger risikoen for en lang række alvorlige sygdomme, hvor først og fremmest lungekræft, hjerte-karsygdomme samt kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) er de dominerende. I Danmark er rygning en medvirkende faktor til knap 14.000 dødsfald om året, hvilket svarer til hvert fjerde dødsfald (1). Beregninger har vist, at rygere lever 7-10 år kortere end ikke-rygere. Der ses en tendens til, at antallet af danske dagligrygere har været faldende gennem en årrække. Dog er andelen af rygere i Danmark højere end gennemsnittet i andre nordiske lande (6).

Det fremgår af standardtabel 5.1, at 25,0 % af borgere i Kolding Kommune ryger dagligt. Således er andelen af borgere i Kolding Kommune, der ryger dagligt, mindre end i Region Syddanmark (30,7 %) og i Danmark som helhed (29,6 %). Blandt mænd er andelen, der ryger dagligt, størst i aldersgruppen 65+ år og mindst i aldersgruppen 16-24 år. Hos kvinderne er andelen, der ryger dagligt, størst i aldersgruppen 45-64 år og mindst i aldersgruppen 65+ år. Der er en sammenhæng mellem uddannelseslængde og andelen af borgere, der ryger dagligt. Blandt borgere med en kort uddannelse er der en større andel, der ryger dagligt, end blandt borgere med en lang uddannelse. I forhold til civilstand ses, at andelen, der ryger dagligt, er mindst blandt gifte.

Standardtabel 5.2 viser andelen, der er storrygere, dvs. borgere, der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen. Andelen i Kolding Kommune, der er storryger, er mindre end i Region Syddanmark og Danmark som helhed. Den største andel af storrygere ses i aldersgruppen 25-64 år. Andelen af storrygere er større blandt borgere med en kort uddannelse end blandt borgere med en lang uddannelse. Der er endvidere en større andel af storrygere blandt enlige (separerede, skilte, ugifte) og samlevende end blandt gifte.

5.4 Fysisk aktivitet

Befolkningens fysiske aktivitetsniveau er på en lang række områder faldet. Den teknologiske udvikling har haft stor betydning for vores daglige bevægelsesmønster. Således er vores fysiske aktivitetsniveau på en lang række områder blevet mindre i takt med, at de fysiske krav i vores fritids- og arbejdsliv er blevet reduceret (2).

Det faldende fysiske aktivitetsniveau påvirker borgernes sundhed og sygelighed, idet fysisk aktivitet har mange positive effekter på både den fysiske og psykiske tilstand. Tidligere studier har vist, at fysisk aktivitet mindsker risikoen for forhøjet blodtryk, hjerte-karsygdomme, diabetes og osteoporose. Endvidere medvirker fysisk aktivitet til, at immunforsvaret forbedres, ligesom det mentale og sociale velbefindende øges (9). Hvert år kan 7-8 % af alle dødsfald i den danske befolkning relateres til fysisk inaktivitet i fritiden, og personer, der er fysisk inaktive, dør i gennemsnit 5-6 år tidligere end fysisk aktive (8).

Regeringen understreger i sit sundhedsprogram, at antallet af fysisk aktive skal øges markant, og at fysisk aktivitet skal være en naturlig del af hverdagen (8). Sundhedsstyrelsen anbefaler fysisk aktivitet på minimum et moderat niveau i mindst 30 minutter om dagen alle ugens dage. Ved moderat fysisk aktivitet forstås, at man føler sig lettere forpustet men ikke mere end, at man stadig kan føre en samtale. De 30 minutters fysisk aktivitet kan deles op i mindre portioner. Således vil der være en sundhedsgavnlig effekt af ti minutters moderat fysisk aktivitet tre gange om dagen. Det er altså den samlede mængde, der er væsentlig, og de 30 minutters fysiske aktivitet kan indgå som en naturlig del af hverdagen som ved fx at cykle, gå, ordne have eller gøre rent (10).

5.4.1 Fysisk aktivitet i fritiden

I *Sundhed i Kolding 2007* er fysisk aktivitet i fritiden belyst gennem spørgsmålet: ”Hvis vi ser på det sidste år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse på din fysiske aktivitet i fritiden?”. Svarfordelingen fremgår af tabel 5.1. Omkring hver tiende borger i Kolding Kommune er stillesiddende i fritiden, dvs. at de læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse, og de opfylder derfor ikke Sundhedsstyrelsens mål for fysisk aktivitet.

Tabel 5.1. Fysisk aktivitet i fritiden (Procent).

Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen	4,0
Dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde e.l. mindst 4 timer om ugen	22,3
Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer pr. uge (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde)	56,9
Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse	10,3
Uoplyst	6,7
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>1686</i>

Standardtabel 5.3 viser andelen, der dyrker hård eller mellemhård fysisk aktivitet i fritiden. Hård eller mellemhård fysisk aktivitet i fritiden er defineret som borgere, der træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen eller borgere, der dyrker motionsidræt, udfører tungt havearbejde e.l. mindst fire timer om ugen. Andelen i Kolding Kommune, der dyrker hård eller mellemhård fysisk aktivitet i fritiden, adskiller sig ikke fra andelen i Region Syddanmark og Danmark som helhed. Der er en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der er fysisk aktive i fritiden. Andelen, der er fysisk aktive i fritiden, falder med stigende alder. Der ses en sammenhæng mellem uddannelseslængde og andelen, der er fysisk aktive i fritiden, idet andelen, der er fysisk aktive i fritiden, stiger med stigende uddannelseslængde. Blandt erhvervsaktive er andelen, der er fysisk aktive i fritiden, større end blandt ikke erhvervsaktive. Endvidere er andelen, der er fysisk aktive i fritiden, større blandt enlige (ugifte) end blandt gifte.

5.4.2 Fysisk aktivitet i hovedbeskæftigelsen

Den teknologiske udvikling har som nævnt medført en ændring i vores daglige bevægelsesmønster, og det gælder i høj grad for vores arbejdsliv. Det stillesiddende arbejde er derfor mere udbredt end tidligere. Fysisk aktivitet i hovedbeskæftigelsen er belyst gennem følgende spørgsmål: "Hvordan vil du beskrive den fysiske belastning i din hovedbeskæftigelse"? Svarfordelingen fremgår af tabel 5.2. Tabellen inkluderer alene erhvervsaktive borgere i alderen 16-64 år.

I Kolding Kommune beskriver 38,8 % af de erhvervsaktive borgere den fysiske belastning i deres hovedbeskæftigelsen som hovedsageligt stillesiddende (tabel 5.2). I alt beskriver 25,9 % af borgerne den fysiske belastning i deres hovedbeskæftigelse som arbejde, der i stort omfang udføres stående eller gående, men ellers ikke kræver legemlig anstrengelse. En næsten tilsvarende andel af borgerne beskriver den fysiske belastning i deres hovedbeskæftigelse som stående eller gående med en del løfte- eller bærearbejde (27,7 %). En lille andel (4,4 %) beskriver den fysiske belastning i deres hovedbeskæftigelsen som tungt eller hurtigt arbejde, der er anstrengende.

Tabel 5.2. Fysisk aktivitet i hovedbeskæftigelsen blandt erhvervsaktive borgere (Procent).

Hovedsageligt stillesiddende arbejde, som ikke kræver legemlig anstrengelse	38,8
Arbejde, som i stort omfang udføres stående eller gående, men eller ikke kræver legemlig anstrengelse	25,9
Stående eller gående arbejde med en del løfte- eller bærearbejde	27,7
Tungt eller hurtigt arbejde som er anstrengende	4,4
Uoplyst	3,2
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>771</i>

Standardtabel 5.4 viser andelen, der har stillesiddende arbejde i hovedbeskæftigelsen. Der er en større andel, der har stillesiddende arbejde i hovedbeskæftigelsen, i Kolding Kommune (41,5 %) end i Region Syddanmark (40,5 %). Der er en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der har stillesiddende arbejde i hovedbeskæftigelsen. Blandt mænd er andelen, der har stillesiddende arbejde i hovedbeskæftigelsen, størst i aldersgruppen 25-44 år, mens andelen blandt kvinder er næsten lige store i aldersgrupperne 25-44 år og 45-64 år. Andelen, der har stillesiddende arbejde i hovedbeskæftigelsen, stiger med stigende uddannelsesniveau.

5.5 Alkoholforbrug

Der er store helbredsmæssige konsekvenser relateret til et stort alkoholforbrug. Forbruget af alkohol har ligesom rygning været en medvirkende årsag til den stagnerende middellevetid op gennem 1990'erne. Hvert år dør cirka 3.000 danskere med en alkoholrelateret diagnose svarende til 5 % af alle dødsfald. Personer med stort alkoholforbrug har højere dødelighed og sygelighed end personer med moderat eller intet forbrug. Personer uden alkoholforbrug har den samme risiko for sygelighed og dødelighed som personer med et moderat alkoholforbrug. For at forebygge alkoholrelaterede problemer i den danske befolkning anbefaler Sundhedsstyrelsen en maksimumsgrænse for den enkeltes ugentlige forbrug af alkohol på 21 genstande for mænd og 14 for kvinder. Dette betegnes som Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse (1).

Det fremgår af standardtabel 5.5, at andelen, der har overskredet Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser inden for den seneste uge, er mindre i Kolding Kommune (11,2 %) end i Danmark som helhed (14,3 %). Der er en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der har overskredet Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser. Både blandt mænd og kvinder er andelen, der overskredet Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser, størst i aldersgruppen 16-24 år. Der er en større andel blandt enlige (separerede, skilte, ugifte) og samlevende end blandt gifte, der har overskredet Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser.

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

Det fremgår af standardtabel 5.6, at 49,0 % af borgerne i Kolding Kommune inden for den seneste måned har haft mindst en bingeepisode, dvs. hvor de har drukket mindst fem genstande på en dag/aften. Dette er på samme niveau som i Region Syddanmark og Danmark som helhed. Der er en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der har haft mindst en bingeepisode. Andelen, der har haft mindst en bingeepisode falder med stigende alder. Der er en mindre andel, der har haft mindst en bingeepisode, blandt borgere med en kort og mellem-lang uddannelse end blandt borgere med en lang uddannelse. Blandt erhvervsaktive er andelen, der har haft mindst en bingeepisode, større end blandt ikke erhvervsaktive. Endvidere er der en større andel blandt enlige (separerede, skilte) end blandt gifte, der har haft en bingeepisode.

I tabel 5.3 fremgår svarfordelingen på spørgsmålet om, i hvilke situationer borgeren sædvanligvis drikker alkohol. Det ses, at den største andel sædvanligvis drikker alkohol i forbindelse med fest (81,6 %). Ligeledes er der en stor andel, der sædvanligvis drikker alkohol hjemme sammen med familie (55,2 %) og venner (60,0 %) samt på besøg hos familie (53,6 %) eller venner (61,9 %). Overordnet ses der en forskel, i hvilke situationer man sædvanligvis drikker alkohol afhængigt af, om man er mand eller kvinde. Endvidere fremgår det af tabellen, at andelen, der ikke drikker alkohol, er 6,3 % og 12,5 % for hhv. mænd og kvinder.

Tabel 5.3. I hvilke situationer drikker du sædvanligvis alkohol? (Procent).

	Mænd	Kvinder	I alt
Hjemme alene	12,9	7,1	9,8
Hjemme, sammen med familie	58,7	52,1	55,2
Hjemme, sammen med venner	62,0	54,5	60,0
På besøg hos familie	56,5	51,0	53,6
På besøg hos venner	66,4	57,9	61,9
Til fest	83,0	80,4	81,6
På arbejde	4,7	0,4	2,4
På café, restaurant, diskotek eller til koncert	47,9	42,1	44,8
I forbindelse med fritidsaktiviteter	14,4	2,8	8,2
På gaden, i en park, på stranden eller andre udendørs steder	10,3	4,9	7,4
Drikker ikke alkohol	6,3	12,5	9,6
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>774</i>	<i>912</i>	<i>1686</i>

I *Sundhed i Kolding 2007* er der spurgt til, om borgerne ved hvor i kommunen, de kan søge råd og hjælp vedrørende forbrug af alkohol (standardtabel 5.7). I alt oplyser 72,8 % af borgerne i Kolding Kommune, at de ikke ved hvor i kommunen, de kan søge råd og hjælp vedrørende forbrug af alkohol. Endvidere er andelen, der ikke ved hvor i kommunen, de kan søge råd og hjælp vedrørende forbrug af alkohol, mindst i aldersgruppen 45-64 år for både mænd og kvinder.

5.6 Hash

Det er typisk et ungdomsfænomen at prøve stoffer, og hovedparten fortsætter ikke brugen. De fleste, der prøver stoffer, har således et eksperimentelt forbrug i en kortere periode i de unge år. Undersøgelser har vist, at den eksperimentelle brug af stoffer toppe i 16 – 19 års alderen, og at meget få prøver stoffer første gang efter 20-årsalderen. Det er langt hen ad vejen de samme unge, der udsætter sig for de forskellige former for risikoadfærd såsom et stort alkoholforbrug og et forbrug af tobak og hash (11).

Standardtabel 5.8 viser andelen, der inden for det seneste år har prøvet hash. Andelen i Kolding Kommune (3,7 %), der har prøvet hash, er større end i Region Syddanmark (2,2 %). Der er en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der inden for det sidste år har prøvet hash. Både blandt mænd og kvinder er andelen, der har prøvet hash, størst i aldersgruppen 16-24 år. Stort set ingen i de ældste aldersgrupper har prøvet hash inden for det seneste år. Andelen, der har prøvet hash, er større blandt samlevende og enlige end blandt gifte.

5.7 Kost

Gode kostvaner har betydning for forebyggelse af de store folkesygdomme såsom hjerte-kar-sygdomme, kræft og muskel- og skeletlidelser. Beregninger bekræfter dette, idet fire procent af alle dødsfald er relateret til et for stort indtag af mættet fedt. Det samme tal er gældende for et for lille frugt- og grøntindtag. Kostindtag er vanskeligt at måle sammenlignet med eksempelvis rygning. I nærværende undersøgelse er der spurgt til, hvor ofte borgerne plejer at spise frugt og grønt. Som det fremgår af tabel 5.4, er der forskel på indtaget af frugt og grønt blandt mænd og kvinder, således at der blandt kvinder er en større andel, der spiser frugt og grønt dagligt eller næsten dagligt end blandt mænd. Andelen, der dagligt eller næsten dagligt spiser frugt og grøntsager, er mindst i aldersgruppen 16-24 år og størst i aldersgruppen 45-64 år. Der er en større andel, der dagligt eller næsten dagligt spiser frugt, end der dagligt eller næsten dagligt spiser grøntsager.

Tabel 5.4. Andel der spiser frugt og grøntsager opgjort på køn og aldersgrupper (Procent).

		Spiser frugt dagligt eller næsten dagligt	Spiser grøntsager dagligt eller næsten dagligt	<i>Antal svarpersoner</i>
Mænd	16-24 år	50,3	25,7	179
	25-44 år	57,7	42,4	196
	45-64 år	63,5	52,1	238
	65+ år	55,9	41,6	161
	I alt	57,4	41,4	774
Kvinder	16-24 år	74,6	34,9	264
	25-44 år	81,4	51,5	231
	45-64 år	86,6	70,5	261
	65+ år	73,7	55,1	156
	I alt	80,6	56,3	912

5.8 Svær overvægt og undervægt

Andelen af svært overvægtige udgør et stadig stigende folkesundhedsproblem i hele den vestlige verden. Svær overvægt øger risikoen for en lang række af de store folkesygdomme som hjerte-karsygdomme, type 2 diabetes, forhøjet blodtryk og belastningslidelser i bevægeapparatet (12). Der findes en arvelig disposition for fedme, men den stigende andel af svært overvægtige i den danske befolkning må først og fremmest sættes i relation til det faldende fysiske aktivitetsniveau og til det stigende fedtindhold i kosten (7,13).

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

Det mest anvendte mål til at klassificere vægt og ligeledes belyse forekomsten og udviklingen heri, kaldes Body Mass Index (BMI). BMI udregnes på basis af oplysninger om kropshøjde og kropsvægt og er kropsvægten i kg divideret med kvadratet på højden målt i meter.

$$BMI = \frac{vægt(kg)}{højde(m)^2}$$

WHO definerer følgende vægtgrupper opdelt efter BMI (12):

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

Der kan være visse forbehold ved at anvende BMI til at måle graden af overvægt, eftersom BMI bl.a. ikke tager højde for fordelingen af kroppens muskler, fedt og knoglebygning. Dette kan betyde, at for eksempel trænede sportsfolk med en stor muskelmasse vil blive klassificeret som værende overvægtige, da muskler vejer mere end fedt, hvormed BMI øges. BMI skelner heller ikke mellem køn til trods for, at kvinder har en højere fedtprocent end mænd (14).

Når der anvendes selvrapporing af højde og vægt til beregning af BMI, er der naturligvis mulighed for, at respondenterne angiver, at de er højere eller vejer mindre end de gør i virkeligheden. Undersøgelser viser, at lave mænd angiver, at de er lidt højere end de faktisk er, og overvægtige kvinder angiver, at de vejer lidt mindre end de faktisk gør (9). Således kan selvrappede data være behæftet med en vis usikkerhed.

Det fremgår af standardtabel 5.9, at 11,0 % af borgere i Kolding Kommune er svært overvægtige, hvilket er på samme niveau som Region Syddanmark og Danmark som helhed. Blandt mænd er andelen, der er svært overvægtige, størst i aldersgruppen 45-64 år, mens andelen blandt kvinder er størst i aldersgruppen 65+ år.

5.9 Forandringsparathed

Forandringsparathed kan defineres som enkeltpersoners behov for forandring, samt i hvor høj grad personen har vilje og interesse i at ændre adfærd. En række faktorer skal være opfyldt for, at en person er i stand til at ændre adfærd. Først og fremmest skal personen betragte den ændrede adfærd som noget ønskeligt - et gode for ham eller hende (outcome-expectancy), og personen skal derudover have en positiv forventning om, at adfærdsændringen kan lykkes (self-efficacy). Disse faktorer hænger tæt sammen med nødvendigheden af, at personen oplever kontrol over egen tilværelse og er i stand til at forfølge sine mål, også selv om processen eventuelt er ubehagelig. Desuden skal personen naturligvis have den viden og de kundskaber, der er nødvendige for at gennemføre adfærdsændringen, ligesom det omgivende fysiske og sociale miljø skal understøtte adfærdsændringen. Hver af faktorerne har direkte indflydelse på valget af forebyggelsesstrategi, idet indsatsen bør tilrettelægges i forhold til målgruppens behov og ressourcer (15). Det er derfor vigtig ud fra et forebyggelsesperspektiv at kende borgernes holdning til at nedsætte deres alkoholforbrug, ændre vægt, være mere fysisk aktive og holde op med at ryge. Tilsvarende er det vigtigt at vide, hvilken form for hjælp borgerne i kommunen gerne vil have, hvis de skal forbedre deres sundhedsvaner, og om borgerne i forvejen gør noget aktivt for at forbedre eller bevare egen helbredssituation.

For at få et overblik over de former for adfærd, som borgere i Kolding udfører med det formål, at blive sundere, er der i *Sundhed i Kolding 2007* spurgt til, hvorvidt man gør noget for at bevare eller forbedre sit helbred, samt om man tillægger egen indsats en betydning. Det giver et billede af borgernes opmærksomhed på og tilskyndelse til at leve sundt, men det fortæller ikke om, personen nu også gør det. Eksempelvis kan en person, der er opmærksom på at spise sund kost, reelt spise mere usundt end en person, der ikke er opmærksom på at spise sund kost.

5.9.1 Indsats for at bevare eller forbedre helbredet

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

Det fremgår af standardtabel 5.10, at 72,5 % af borgerne i Kolding Kommune, tror, at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare eller forbedre deres helbred. Dette er en større andel end i Region Syddanmark (67,7 %) og Danmark som helhed (70,3 %). Andelen, der tror, at egen indsats er særdeles vigtigt for at bevare eller forbedre helbredet, er størst i aldersgruppen 25-44 år. Endvidere ses, at andelen, der tror, at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare eller forbedre helbredet, stiger med stigende uddannelsesniveau.

Andelen af borgere i Kolding Kommune, der aktivt gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred, er større end Region Syddanmark og Danmark som helhed (standardtabel 5.11). Der er en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der aktivt gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred. Andelen, der gør noget aktivt for at bevare eget helbred, er mindst i aldersgruppen 65+ år for både mænd og kvinder. Andelen, der aktivt gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred, stiger med stigende uddannelsesniveau.

5.9.2 Ændring af alkoholforbrug

Tabel 5.5 viser, hvor stor en andel, der synes det er vigtigt at nedsætte alkoholforbruget i Kolding Kommune. Borgerne i Kolding Kommune synes generelt ikke, at det er særlig vigtigt at nedsætte deres alkoholforbrug (68,7 %). Andelen, der mener, det er vigtigt at nedsætte alkoholforbruget, er større blandt kvinder end blandt mænd. Der er en sammenhæng mellem alder og oplevelsen af, hvor vigtigt det er at nedsætte alkoholforbruget. Således synes den ældste aldersgruppe, at det er mindre vigtigt at nedsætte alkoholforbruget end de resterende aldersgrupper. Endvidere ses der en sammenhæng mellem uddannelseslængde og andelen, der mener, det er vigtigt at nedsætte alkoholforbruget. Borgerne med en kort uddannelse synes, det er mindre vigtigt at nedsætte alkoholforbruget end dem med en mellemlang eller lang uddannelse. Andelen er markant større blandt borgere, der inden for den sidste uge har overskredet Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse eller inden for den seneste måned har haft mindst en bingeepisode, end blandt borgere, der ikke har overskredet hverken Sundhedsstyrelsens anbefalinger for antal genstande for en uge eller for en drikke-seance.

Tabel 5.5. Andel der mener, det er vigtigt at nedsætte alkoholforbruget (Procent).

		Slet ikke vigtigt	Meget vigtigt	<i>Antal svarepersoner</i>
I alt		68,7	4,3	1401
Køn	Mænd	64,2	5,1	689
	Kvinder	73,4	3,4	712
Alder	16-24 år	60,6	2,6	388
	25-44 år	69,6	5,3	378
	45-64 år	66,5	4,9	340
	65+ år	78,5	2,4	205
Uddannelse	Kort	76,3	3,8	170
	Mellemlang	67,2	4,7	417
	Lang	67,8	4,5	580
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	59,9	3,0	160
Overskrider SST's genstandsgrænser	Ja	38,8	16,3	193
	Nej	73,2	3,6	1208
Har inden for den seneste måned haft mindst en bingeepisode	Ja	58,2	4,8	851
	Nej	83,1	3,6	550

Som det fremgår af tabel 5.6, er der kun ganske få former for hjælp og støtte, borgerne i Kolding Kommune ønsker at benytte sig af, hvis de skal nedsætte deres forbrug af alkohol. Generelt er der en større andel blandt kvinder end mænd, der ønsker forskellige former for hjælp og støtte til at nedsætte deres forbrug af alkohol. Den største andel af borgere ønsker ikke hjælp (60,7 %), hvis de skulle nedsætte deres forbrug af alkohol. En markant større andel blandt mænd (70,4 %) end blandt kvinder (52,2 %) ønsker ikke hjælp. Den mest ønskede form for hjælp er hjælp og støtte fra familien (10,9 %).

Tabel 5.6. Andel der ønsker forskellige former for hjælp og støtte til at nedsætte deres forbrug af alkohol (Procent).

	Mænd	Kvinder	I alt
Kontakt til alkoholbehandlingscenter	3,4	5,5	4,5
Antabusbehandling (evt. gratis)	2,4	2,3	2,3
Forbud mod alkohol på min arbejdsplads	1,2	1,4	1,3
Hjælp og støtte fra min arbejdsplads	2,0	2,7	2,4
Hjælp og støtte fra min familie	8,5	12,9	10,9
Mulighed for at gøre det sammen med andre	2,4	5,7	4,2
Hjælp fra min praktiserende læge	3,8	7,8	6,0
Hjælp fra andet sundhedspersonale	0,6	2,4	1,6
Ønsker ikke hjælp	70,4	52,2	60,7
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>774</i>	<i>912</i>	<i>1686</i>

5.9.3 Ændring af rygeadfærd

Tabel 5.7 viser, hvor stor en andel af rygerne i Kolding Kommune, der synes, at det er vigtigt at holde op med at ryge. Det ses, at det er mindre vigtigt for mænd end for kvinder at holde op med at ryge. Endvidere ses, at der ikke er forskel i andelen blandt mænd og kvinder, der synes, at det er vigtigt at holde op med at ryge. Det er mindre vigtigt for aldersgruppen 65+ år at holde op med at ryge end blandt de øvrige aldersgrupper. Der er sammenhæng mellem uddannelseslængde og vigtigheden af at holde op med at ryge, idet borgere med en kort uddannelse synes, at det er mindre vigtigt at holde op med at ryge, end borgere med en lang uddannelse.

Tabel 5.7. Andel der mener, det er vigtigt at holde op med at ryge (Procent).

		Slet ikke vigtigt	Meget vigtigt	<i>Antal svarpersoner</i>
I alt		19,4	28,0	472
Køn	Mænd	24,4	28,0	229
	Kvinder	14,6	27,9	243
Alder	16-24 år	11,5	29,5	122
	25-44 år	14,8	26,6	128
	45-64 år	17,2	36,6	145
	65 + år	36,4	13,0	77
Uddannelse	Kort	35,9	17,9	84
	Mellemlang	18,7	26,3	151
	Lang	11,1	35,4	164
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	17,7	15,1	44

I tabel 5.8 ses andelen, der mener, at det er vigtigt at holde op med at ryge, i forhold til rygeadfærd. Det ses, at borgere der ryger 15+ cigaretter om dagen, er mindre motiveret til at holde op med at ryge end borgere i resterende rygergrupper. Desuden fremgår det, at borgere, der ryger enten mellem 1-4 cigaretter eller 5-14 cigaretter, finder det mere vigtigt at holde op med at ryge end de øvrige rygergrupper.

Tabel 5.8. Andel der mener, det er vigtigt at holde op med at ryge i forhold til rygeadfærd (Procent).

	Ryger, men					I alt
	o cigaretter	1-4 cigaretter	5-14 cigaretter	15+ cigaretter	ikke cigaretter	
Slet ikke vigtigt	37,9	14,0	10,6	19,1	29,3	19,4
Meget vigtigt at holde op	3,5	38,0	36,0	29,1	16,2	28,0
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>29</i>	<i>16</i>	<i>153</i>	<i>202</i>	<i>65</i>	<i>465</i>

Som det fremgår af tabel 5.9, er der en større andel blandt mænd (47,5 %) end blandt kvinder (42,6 %), der ikke ønsker hjælp til at holde op med at ryge. De tre oftest ønskede former for hjælp eller støtte er hhv. alternativ behandling (22,0 %), rygestopkursus (19,5 %) og nikotin-substitut (fx tyggegummi) (19,4 %).

Tabel 5.9. Forskellige former for hjælp og støtte til at holde op med at ryge, blandt rygere (Procent).

	Mænd	Kvinder	I alt
Nikotintyggegummi eller andre nikotinpræperater	19,3	19,5	19,4
Rygestopkursus	21,1	18,0	19,5
Hjælp og støtte fra min arbejdsplads	6,6	6,0	6,1
Rygeforbud på min arbejdsplads	8,0	5,8	6,9
Hjælp og støtte fra min familie	13,8	17,4	15,7
Mulighed for at gøre det sammen med andre	10,2	18,7	14,5
Hjælp fra min praktiserende læge	9,6	9,3	9,4
Hjælp fra andet sundhedspersonale	4,7	1,8	3,2
Hjælp fra alternativ behandler, fx akupunktur, hypnose	21,1	22,8	22,0
Ønsker ikke hjælp	47,5	42,6	45,0
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>231</i>	<i>250</i>	<i>481</i>

5.9.4 Ændring af vægt

I *Sundhed i Kolding 2007* er der inkluderet et spørgsmål om, hvorvidt borgeren ønsker at tabe sig, tage på i vægt eller ikke ønsker at ændre vægt. Tabel 5.10 viser, at mere end hver anden borger ønsker at tabe sig, mens cirka 1 ud af 20 ønsker at tage på. Næsten fire ud af ti ønsker ikke at ændre deres vægt. I alt 61,8 % af borgerne i Kolding Kommune ønsker at ændre deres vægt.

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

Ja, at tabe mig	56,7
Ja, at tage på i vægt	5,1
Vil ikke ændre min vægt	36,6
Uoplyst	1,6
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>1686</i>

I tabel 5.11 ses andelen af borgere, der synes, at det er vigtigt at ændre vægt. Andelen, der synes, det er meget vigtigt at ændre vægt, er større blandt kvinder end blandt mænd. I aldersgruppen 65+ år finder borgerne det mindre vigtigt at ændre deres vægt end i de øvrige

aldersgrupper. Det ses, at borgere med en kort uddannelse synes, det er mindre vigtigt at ændre vægt, end de øvrige uddannelsesgrupper. Blandt de borgere, der ønsker at tabe sig, er andelen, der finder det vigtigt at ændre vægt, langt større end blandt de borgere, der ikke ønsker at ændre deres vægt.

Tabel 5.11. Andel der mener, at det er vigtigt at ændre vægt (Procent).

		Slet ikke vigtigt	Meget vigtigt	<i>Antal svarpersoner</i>
I alt		27,8	25,8	1618
Køn	Mænd	33,3	20,6	757
	Kvinder	22,6	30,5	861
Alder	16-24 år	25,8	27,1	435
	25-44 år	20,7	30,2	420
	45-64 år	26,8	24,5	482
	65 + år	41,3	20,3	281
Uddannelse	Kort	37,5	25,1	232
	Mellemlang	30,5	22,6	478
	Lang	21,2	28,7	627
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	26,2	22,8	188
Ønsker at tabe sig	At tabe sig	2,0	41,3	921
	Vil ikke ændre vægt	68,2	0,9	597

I nedenstående tabel ses sammenhængen mellem BMI og hvor vigtigt, borgernes synes, at det er at ændre deres vægt (tabel 5.12). Det fremgår af tabellen, at vigtigheden af at ændre vægt er langt større blandt borgere med et højt BMI end blandt borgere med hhv. et lavt BMI og et BMI i normalområdet. Gruppen af svært overvægtige (BMI på 30 eller derover) finder det mest vigtigt at ændre vægt. Der er i denne gruppe meget få, der slet ikke betragter det som vigtigt. I gruppen af overvægtige er der også relativt mange, der mener, at det er vigtigt at ændre vægt.

Tabel 5.12. Andel der mener, at det er vigtigt at ændre vægt i forhold til BMI (Procent).

	<18.5	18.5 -< 25	25 -< 30	30+	I alt
Slet ikke vigtigt	50,7	39,1	14,6	2,4	27,8
Meget vigtigt at ændre vægt	24,0	14,6	32,4	63,1	25,8
<i>Antal</i>	58	924	459	152	1593

Tabel 5.13 viser, hvilken form for hjælp eller støtte, borgerne i Kolding Kommune gerne vil have, hvis de skal ændre deres vægt. Mere end hver anden mand ønsker ikke hjælp, hvis de skal ændre deres vægt, hvor det blandt kvinderne er omkring fire ud ti, der ikke ønsker hjælp. Kostvejledning (27,7 %) er sammen med motionstilbud (24,2 %) de to mest ønskede former for hjælp, borgerne gerne vil have, hvis de skal ændre deres vægt.

Tabel 5.13. Forskellige former for hjælp og støtte til at ændre vægt (Procent).

	Mænd	Kvinder	I alt
Kostvejledning	21,4	33,3	27,7
Slankekursus	4,4	11,4	8,1
Motionstilbud	19,5	28,4	24,2
Hjælp og støtte fra min familie	13,4	19,9	16,9
Mulighed for at gøre det sammen med andre	7,2	16,5	12,2
Hjælp fra min praktiserende læge	5,0	7,4	6,3
Hjælp fra andet sundhedspersonale	3,0	2,7	2,8
Hjælp fra psykolog	1,3	2,8	2,1
Ønsker ikke hjælp	55,3	41,6	48,0
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>774</i>	<i>912</i>	<i>1686</i>

5.9.5 Ændring af motionsvaner

Det fremgår af tabel 5.14, hvor vigtigt borgerne i Kolding Kommune mener, det er at være fysisk aktiv. Generelt synes borgerne, at fysisk aktivitet er meget vigtigt. Der ses ikke nogen forskel i andelen blandt kvinder og mænd, og der er ligeledes heller ikke forskel på andelen i de forskellige aldersgrupper samt uddannelsesgrupper.

Tabel 5.14. Andel der mener, at fysisk aktivitet er vigtig (Procent).

		Slet ikke vigtigt	Meget vigtigt	Antal
I alt		3,1	56,0	1635
Køn	Mænd	4,2	56,9	754
	Kvinder	2,2	55,1	881
Alder	16-24 år	2,4	56,4	438
	25-44 år	2,3	56,0	423
	45-64 år	2,3	56,8	486
	65+ år	6,3	54,2	288
Uddannelse	Kort	7,1	55,9	228
	Mellemlang	4,6	53,4	480
	Lang	1,0	56,9	630
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	1,6	59,2	191

Til gengæld er der forskel på, hvor vigtigt det er at ændre motionsvaner i forhold til, hvor fysisk aktiv borgeren er i fritiden (Tabel 5.15). Andelen, der mener det er vigtigt at være fysisk aktiv, er markant større blandt borgere, der ikke har stillesiddende fritidsaktivitet, end blandt borgere, der har stillesiddende fritidsaktivitet.

Tabel 5.15. Andel der mener, at fysisk aktivitet er vigtig i forhold til, hvor fysisk aktive borgerne er i fritiden (Procent).

	Træner hårdt	Motionsidræt	Spadserer og lign.	Stillesiddende	I alt
Slet ikke vigtigt	0,0	1,1	1,6	14,7	3,1
Meget vigtigt at være fysisk aktiv	94,3	81,0	49,6	17,7	56,0
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>103</i>	<i>387</i>	<i>907</i>	<i>160</i>	<i>1557</i>

I tabel 5.16 ses andelen, der mener, at fysisk aktivitet er vigtig, i forhold til BMI. Det ses, at andelen, der slet ikke mener, at det er vigtigt med fysisk aktivitet, falder med stigende BMI. Endvidere ses, at andelen, der mener, at fysisk aktivitet er meget vigtig, er størst i gruppen af borgere med et BMI mellem 18,5 og mindre 30.

Tabel 5.16. Andel der mener, at fysisk aktivitet er vigtig i forhold til BMI (Procent).

	<18,5	18,5 -< 25	25 -< 30	30+	I alt
Slet ikke vigtigt	11,9	3,0	3,1	1,0	3,1
Meget vigtigt at være fysisk aktiv	36,3	58,9	56,5	45,0	56,0
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>57</i>	<i>933</i>	<i>462</i>	<i>154</i>	<i>1606</i>

Nedenstående tabel 5.17 viser, hvilken form for hjælp eller støtte, borgerne i Kolding Kommune gerne vil have, hvis de skal være mere fysisk aktive. Lidt over halvdelen af de adspurgte mænd ønsker ikke hjælp, hvor kun fire ud af ti kvinder ikke ønsker hjælp til at ændre motionsvaner. For både mænd og kvinder ses, at de former for hjælp og støtte, de helst vil have er motion på arbejdspladsen samt mulighed for at gøre det sammen med andre. Der er en markant større andel blandt kvinder end blandt mænd, der gerne vil have motion på arbejdspladsen samt mulighed for at gøre det sammen med andre.

Tabel 5.17. Forskellige former for hjælp og støtte til at ændre motionsvaner (Procent).

	Mænd	Kvinder	I alt
Mulighed for motion på min arbejdsplads	15,5	21,7	18,8
Kortere afstand til idrætsfaciliteter	8,3	12,1	10,3
Hjælp og støtte fra min familie	9,2	12,2	10,8
Mulighed for at gøre det sammen med andre	18,5	31,9	25,6
Hjælp fra min praktiserende læge	1,9	2,4	2,2
Hjælp fra andet sundhedspersonale	1,9	2,3	2,1
Træningen kan foregå i mit hjem	7,5	13,5	10,7
Ønsker ikke hjælp	55,4	40,0	47,3
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>774</i>	<i>912</i>	<i>1686</i>

Der er stor forskel mellem de forskellige sammenhænge mellem motivation til at ændre de forskellige livsstile i forhold til helbreds- og sygelighedsforhold, hvilket fremgår af tabel 5.18. Her er forandringsparatheden opgjort for borgere, der ofte er stressede, vurderer eget helbred som virkelig godt eller godt samt for borgere med en langvarig sygdom. Blandt borgere, der ofte oplever at være stressede, er andelen, der synes, det er vigtigt at holde op med at ryge, større end blandt borgere, der ikke er stressede. Det samme gælder for motivationen til at ændre vægt. Endvidere ses det i tabellen, at borgere der vurderer eget helbred som virkelig godt eller godt, har en større forandringsparathed i forhold til at dyrke fysisk aktivitet. Borgere, der ikke vurderer eget helbred som virkelig godt eller godt, har en større forandringsparathed i forhold til at holde op med at ryge og ændre deres vægt. Blandt borgere med en langvarig sygdom, er andelen, der synes, det er vigtigt at holde op med at ryge, højere end blandt borgere uden en langvarig sygdom. Samme tendens gør sig gældende i forhold til at begrænse alkoholforbruget samt ændre vægt. Overordnet ses der en tendens til, at motivationen eller paratheden til ændring af sundhedsadfærd i positiv retning er lidt større blandt

dem, der er helbredsmæssigt og trivselsmæssigt belastede, end blandt dem, der ikke er belastede.

Tabel 5.18. Andel med forskellige helbreds- eller sygelighedsforhold i forhold til, hvor vigtigt det er at ændre livsstil (Procent).

		Meget vigtigt at ophøre med at ryge	Meget vigtigt at begrænse alkoholforbrug	Fysisk aktivitet er meget vigtig	Meget vigtigt at ændre vægt	Antal svarpersoner
Ofte stresset	- ja	45,7	5,6	55,7	38,2	126
	- nej	25,9	4,1	56,0	24,6	1275
Virkelig godt eller godt helbred	- ja	24,7	4,1	60,3	23,2	1086
	- nej	33,8	4,9	44,3	32,6	315
Langvarig sygdom	- ja	32,1	5,0	55,1	32,0	421
	- nej	25,5	3,9	56,4	22,7	980

5.10 Talt med praktiserende læge om sundhedsvaner

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

I *Sundhed i Kolding 2007* er der derfor spurgt til, om man inden for det seneste år har talt med sin praktiserende læge om sine sundhedsvaner. Det fremgår af standardtabel 5.12, at 30,5 % af borgerne i Kolding Kommune har talt med deres praktiserende læge om sine sundhedsvaner. Der er en større andel blandt mænd, der har talt med deres praktiserende læge om sine sundhedsvaner, end blandt kvinder. Andelen, der har talt med deres praktiserende læge om sine sundhedsvaner, stiger med stigende alder indtil aldersgruppen 65+ år. Blandt ikke erhvervsaktive er der en større andel, der har talt med deres praktiserende læge om sine sundhedsvaner, end blandt erhvervsaktive.

I nærværende undersøgelse er der desuden spurgt til hvor stor en andel af borgerne, der har talt med deres praktiserende læge om de forskellige former for sundhedsvaner.

Standardtabel 5.13 viser andelen, der har talt med praktiserende læge om rygevaner. I alt har 8,9 % af de borgere, der har talt med deres praktiserende læge om deres sundhedsvaner, talt om deres rygevaner. Der er en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der har talt med deres praktiserende læge om deres rygevaner. Andelen, der har talt med deres praktiserende læge om deres rygevaner, er størst i aldersgruppen 45-64 år. Der er en mindre andel blandt borgere med en lang uddannelse, som har talt med deres praktiserende læge om deres rygevaner, end blandt borgere med en kort uddannelse.

Standardtabel 5.14 viser andelen, der har talt med praktiserende læge om motionsvaner. I alt har 17,8 % talt om motionsvaner. Der er en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der har talt med deres praktiserende læge om deres motionsvaner. Andelen, der har talt med deres praktiserende læge om deres motionsvaner, er størst for mænd i aldersgruppen 45-64 år

og størst for kvinder i aldersgruppen 25-44 år. Andelen, der har talt med deres praktiserende læge om motionsvaner, stiger med stigende uddannelsesniveau.

I Kolding Kommune har 15,9 %, af de borgere, der har talt med deres praktiserende læge om deres sundhedsvaner, talt om deres kostvaner (standardtabel 5.15). Andelen, der har talt med deres praktiserende læge om deres kostvaner, er større blandt mænd end blandt kvinder. Blandt mænd er andelen, der har talt om deres kostvaner, størst i aldersgruppen 45-64 år (26,3 %), mens andelen blandt kvinder er størst i aldersgrupperne 16-24 år samt 45-64 år. Der er en mindre andel blandt borgere med en mellemlang uddannelse, der har talt med deres praktiserende læge om deres kostvaner, end blandt borgere med en lang uddannelse. Blandt enlige (separerede, skilte) er andelen, der har talt med deres praktiserende læge om deres kostvaner, mindre end blandt gifte.

I Kolding Kommune har 2,7 %, af de borgere, der har talt med deres praktiserende læge om deres sundhedsvaner, talt om deres alkoholforbrug (standardtabel 5.16). Der er en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der har talt med deres praktiserende læge om deres alkoholforbrug. Blandt borgere med en kort uddannelse er der en større andel, der har talt med deres praktiserende læge om alkoholforbrug, end blandt borgere med en lang uddannelse. Der er en større andel blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive, der har talt med deres praktiserende læge om alkoholforbrug. Blandt enlige (separerede, skilte) er der en større andel end blandt gifte, der har talt med deres praktiserende læge om alkoholforbrug.

5.11 Sundhed blandt etniske minoriteter

Andelen af etniske minoriteter i befolkningen er stadig stigende, men vi ved meget lidt om deres sundhedsvaner og sundhedsadfærd. Der eksisterer ikke nogen entydig definition af begrebet etnisk minoritet, men ofte anvendes begrebet om en gruppe, der skiller sig ud fra majoritetsbefolkningen mht. sprog, kost, religion, hjemland og fysiske træk. Ofte kategoriseres etniske grupper ud fra fødeland og statsborgerskab. I *Sundhed i Kolding 2007* er etniske grupper defineret ud fra fødeland. Der skelnes mellem, om personen er født i et vestligt eller ikke-vestligt land. Danmarks Statistik definerer vestlige lande som alle EU-landene, Andorra, Island, Liechtenstein, Monaco, Norge, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, Canada, USA, Australien og New Zealand, mens ikke-vestlige lande omfatter alle øvrige lande. I *Sundhed i Kolding 2007* er der meget få, der ikke er født i Danmark, og resultaterne skal derfor tages med forbehold.

Tabel 5.19 Helbredsrelateret livskvalitet, sygdomsadfærd sundhedsadfærd og forandringsparathed blandt etniske grupper i Kolding Kommune (Procent).

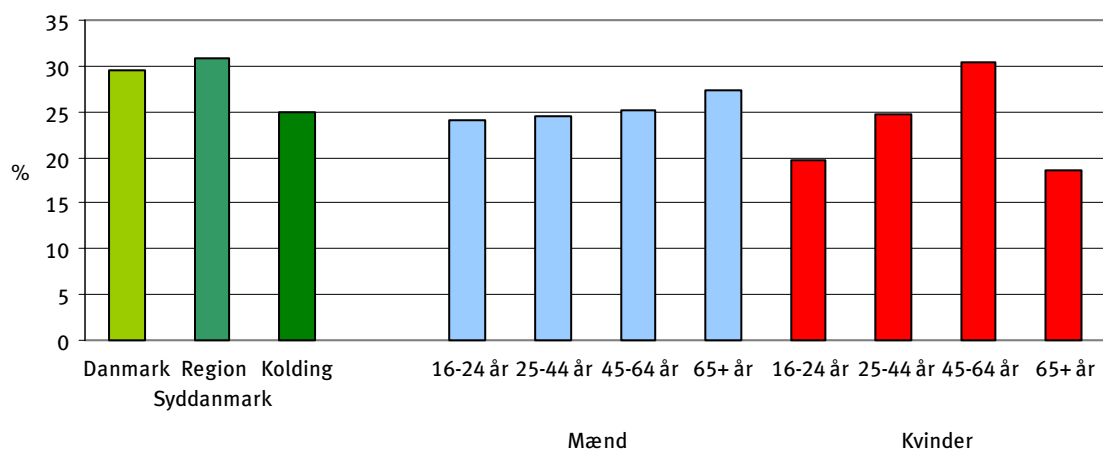
	Født i Danmark	Født i et andet vestligt land	Født i et ikke-vestligt land
Godt eller virkelig godt helbred	72,2	71,4	60,0
Føler sig ofte stresset i hverdagen	8,2	9,1	23,7
Har været til praktiserende læge	48,2	42,0	40,4
Fysisk aktiv i fritiden	26,9	10,4	25,5
Storryger	12,9	7,4	7,9
Overskredet gendstandsgrænsen	11,5	9,1	5,4
Svært overvægtig	10,6	21,9	9,2*
Tror egen indsats er særdeles vigtig	73,7	74,9	43,0
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>1575</i>	<i>37</i>	<i>52</i>
<i>*Antal svarpersoner med oplyst BMI</i>	<i>1546</i>	<i>36</i>	<i>46</i>

Det fremgår af tabel 5.19, at der er en større andel, der har et virkelig godt eller godt selvvurderet helbred, blandt borgere, der er født i Danmark, end blandt borgere, der er født i hhv. et andet vestligt land eller i et ikke-vestligt land. Andelen, der ofte føler sig stresset, er markant større blandt borgere, der er født i et ikke-vestligt land, end blandt borgere, der er født i hhv. Danmark eller et andet vestligt land. Det fremgår endvidere, at andelen, der har været til praktiserende læge, er større blandt borgere, der er født i Danmark, end blandt borgere, der er født hhv. i et andet vestligt land eller i et ikke-vestligt land. Andelen, der er fysisk aktiv, er markant mindre blandt borgere, der er født i et andet vestligt land, end blandt borgere, der er født i hhv. i Danmark eller i et ikke-vestligt land. Desuden er der en større andel, der er storrygere, blandt borgere, der er født i Danmark, end blandt borgere, der er født i hhv. et andet vestligt land eller i et ikke-vestligt land. Blandt borgere, der er født i et ikke-vestligt land, er der 5,4 %, der inden for den seneste uge har overskredet Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser, mens andelen er hhv. 11,5 % og 9,1 % blandt borgere, der er født i Danmark, og blandt borgere, der er født i et andet vestligt land. Endvidere ses en væsentlig forskel i andelen af svært overvægtige. Andelen af svært overvægtige, der er født i et andet vestligt land, er næsten dobbelt så stor som andelen, der er født hhv. i Danmark eller i et ikke-vestligt land. Der er markant forskel på andelen, der tror at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare eller forbedre helbredet. Blandt borgere, der er født i Danmark, mener 73,7 %, at egen indsats er særdeles vigtig, mens 74,9 % blandt borgere, der er født i et andet vestligt land, og kun 43,0 % blandt borgere, der er født i et ikke-vestligt land, mener, at egen indsats er særdeles vigtig.

Standardtabel 5.1. Andel der ryger dagligt.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	29,6	29,6	+	14566
	Region Syddanmark	30,7	30,8	+	3089
	Kolding	25,0	24,9		1686
Mænd	16-24 år	24,0		-	179
	25-44 år	24,5		-	196
	45-64 år	25,2		-	238
	65+ år	27,3			161
	Mænd i alt	25,4			774
Kvinder	16-24 år	19,7		-	264
	25-44 år	24,7		-	231
	45-64 år	30,3			261
	65+ år	18,6		-	156
	Kvinder i alt	24,6			912
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	31,2	36,5	+	215
	Mellemlang	30,2	29,0	+	328
	Lang	21,3	20,5		536
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	21,0			62
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	24,3	24,2		771
	Ikke erhvervsaktiv	36,8	31,5		155
Civilstand	Gift	22,1	21,3		802
	Samlevende	29,0	29,0	+	252
	Enlig (separeret, skilt)	42,4	44,5	+	79
	Enlig (ugift)	25,6	31,3	+	400
	Enlig (enkestand)	29,2			80

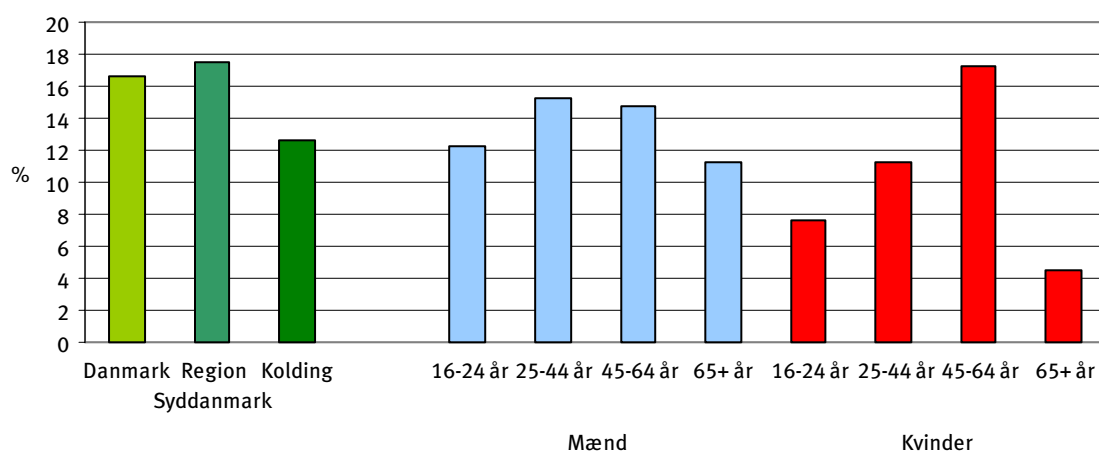
- & + markerer statistisk signifikans



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

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	16,6	16,7	+	14566
	Region Syddanmark	17,4	17,6	+	3089
	Kolding	12,5	12,7		1686
Mænd	16-24 år	12,3		-	179
	25-44 år	15,3			196
	45-64 år	14,7			238
	65+ år	11,2		-	161
	Mænd i alt	13,8			774
Kvinder	16-24 år	7,6		-	264
	25-44 år	11,3		-	231
	45-64 år	17,2			261
	65+ år	4,5		-	156
	Kvinder i alt	11,4			912
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	16,7	24,3	+	215
	Mellemlang	15,5	14,7		328
	Lang	11,2	10,7		536
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	11,3			62
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	13,4	13,5		771
	Ikke erhvervsaktiv	21,3	16,4		155
Civilstand	Gift	9,1	8,7		802
	Samlevende	15,8	16,6	+	252
	Enlig (separeret, skilt)	28,3	29,6	+	79
	Enlig (ugift)	15,0	19,9	+	400
	Enlig (enkestand)	18,4			80

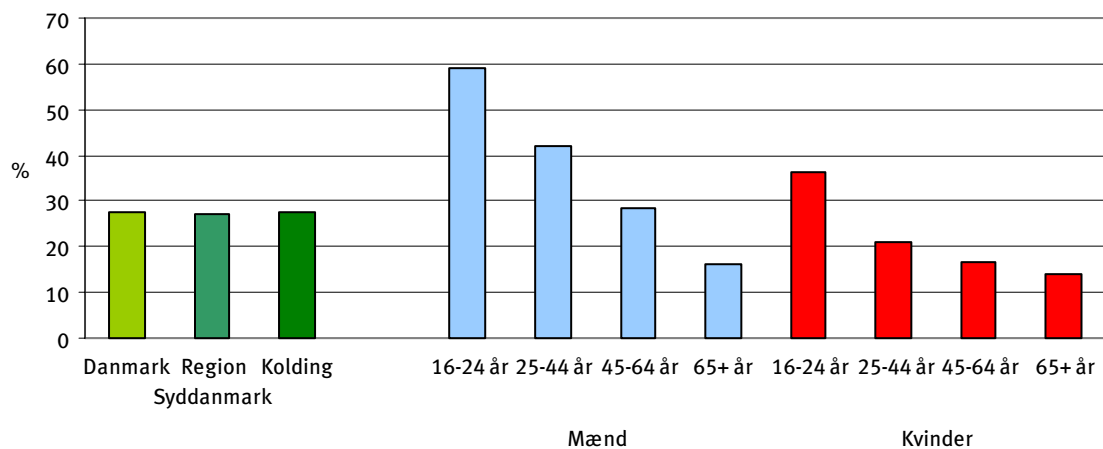
- & + markerer statistisk signifikans



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

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	26,5	27,6		14566
	Region Syddanmark	26,2	27,3		3089
	Kolding	26,3	27,5		1686
Mænd	16-24 år	59,2		+	179
	25-44 år	41,8		+	196
	45-64 år	28,6		+	238
	65+ år	16,1			161
	Mænd i alt	33,0			774
Kvinder	16-24 år	36,4		+	264
	25-44 år	21,2		+	231
	45-64 år	16,5			261
	65+ år	14,1			156
	Kvinder i alt	20,4			912
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	13,0	13,4	-	215
	Mellemlang	24,4	23,6	-	328
	Lang	28,5	29,7		536
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	22,6			62
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	28,8	29,4		771
	Ikke erhvervsaktiv	12,9	15,3	-	155
Civilstand	Gift	23,2	24,1		802
	Samlevende	27,2	21,4		252
	Enlig (separeret, skilt)	21,1	28,0		79
	Enlig (ugift)	42,1	32,5	+	400
	Enlig (enkestand)	9,3			80

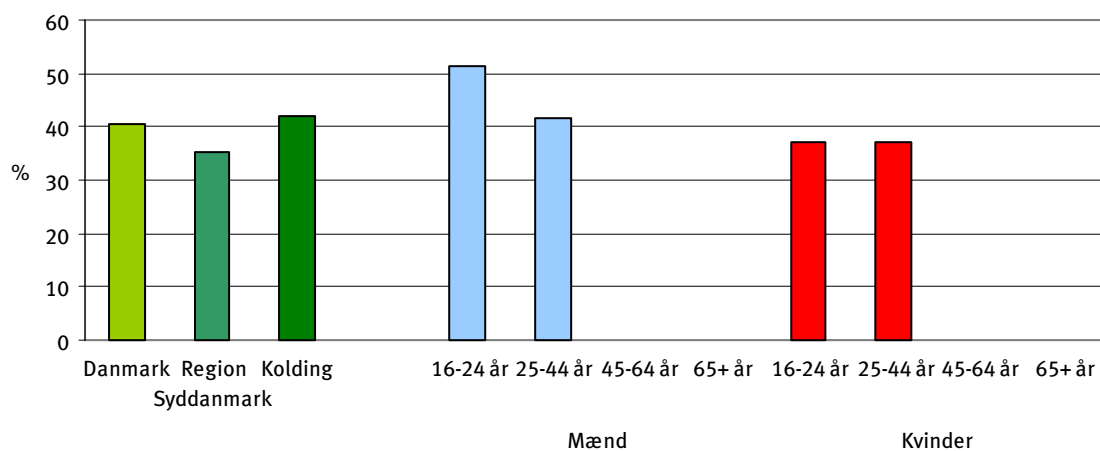
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 5.4. Andel med stillesiddende arbejde i hovedbeskæftigelsen.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	40,5	40,5		7966
	Region Syddanmark	35,2	35,2	-	1665
	Kolding	41,5	41,9		771
Mænd	16-24 år				
	25-44 år	51,4		+	181
	45-64 år	41,6			185
	65+ år				
	Mænd i alt	46,4			366
Kvinder	16-24 år				
	25-44 år	37,0			208
	45-64 år	37,1			197
	65+ år				
	Kvinder i alt	37,0			405
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	20,0	26,8	-	65
	Mellemlang	37,1	37,9	-	202
	Lang	48,2	48,8		423
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	52,5			40
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv				
	Ikke erhvervsaktiv				
Civilstand	Gift	42,2	42,7		495
	Samlevende	42,4	42,3		132
	Enlig (separeret, skilt)	37,8	37,2		45
	Enlig (ugift)	40,5	38,1		79
	Enlig (enkestand)	30,0			10

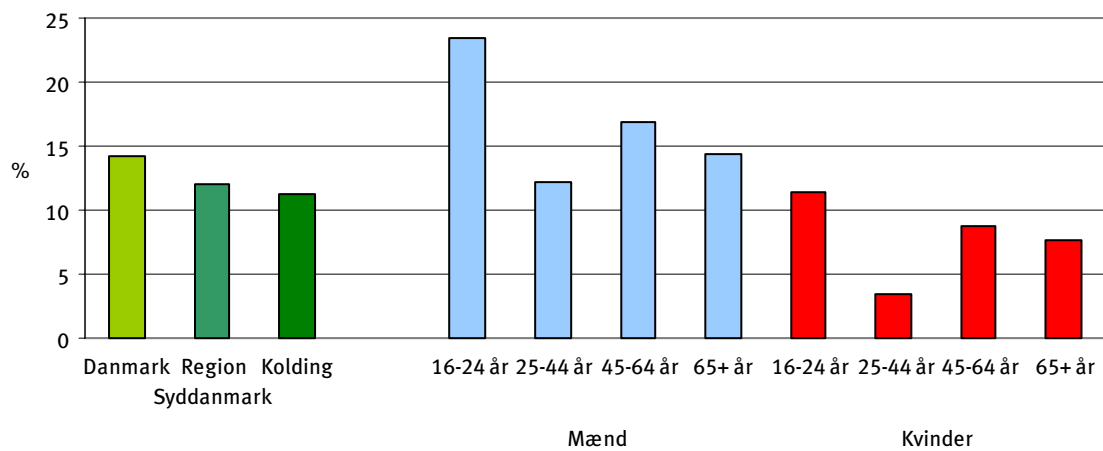
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 5.5. Andel der overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	14,3	14,2	+	14566
	Region Syddanmark	12,0	12,0		3089
	Kolding	11,2	11,2		1686
Mænd	16-24 år	23,5		+	179
	25-44 år	12,2			196
	45-64 år	16,8		+	238
	65+ år	14,3		+	161
	Mænd i alt	15,6			774
Kvinder	16-24 år	11,4			264
	25-44 år	3,5		-	231
	45-64 år	8,8			261
	65+ år	7,7			156
	Kvinder i alt	7,3			912
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	9,8	10,2		215
	Mellemlang	13,4	12,2		328
	Lang	9,1	10,7		536
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	6,5			62
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	9,6	9,8		771
	Ikke erhvervsaktiv	13,5	13,5		155
Civilstand	Gift	8,8	7,2		802
	Samlevende	13,5	16,8	+	252
	Enlig (separeret, skilt)	18,0	18,7	+	79
	Enlig (ugift)	16,5	14,7	+	400
	Enlig (enkestand)	5,1			80

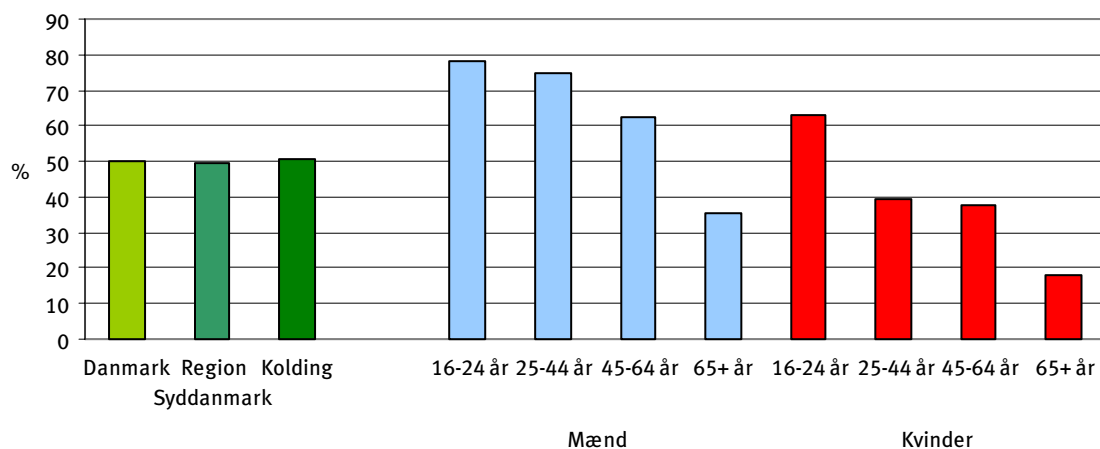
- & + markerer statistisk signifikans



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

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	48,7	50,0		14566
	Region Syddanmark	48,5	49,7		3089
	Kolding	49,0	50,6		1686
Mænd	16-24 år	78,2		+	179
	25-44 år	75,0		+	196
	45-64 år	62,6		+	238
	65+ år	35,4			161
	Mænd i alt	61,5			774
Kvinder	16-24 år	62,9		+	264
	25-44 år	39,4			231
	45-64 år	37,5			261
	65+ år	17,9		-	156
	Kvinder i alt	37,9			912
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	33,5	42,9	-	215
	Mellemlang	45,7	42,9	-	328
	Lang	53,7	53,1		536
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	46,8			62
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	55,9	57,0		771
	Ikke erhvervsaktiv	34,8	32,7	-	155
Civilstand	Gift	44,6	46,2		802
	Samlevende	57,7	54,0		252
	Enlig (separeret, skilt)	57,1	60,2	+	79
	Enlig (ugift)	64,2	49,3		400
	Enlig (enkestand)	24,6			80

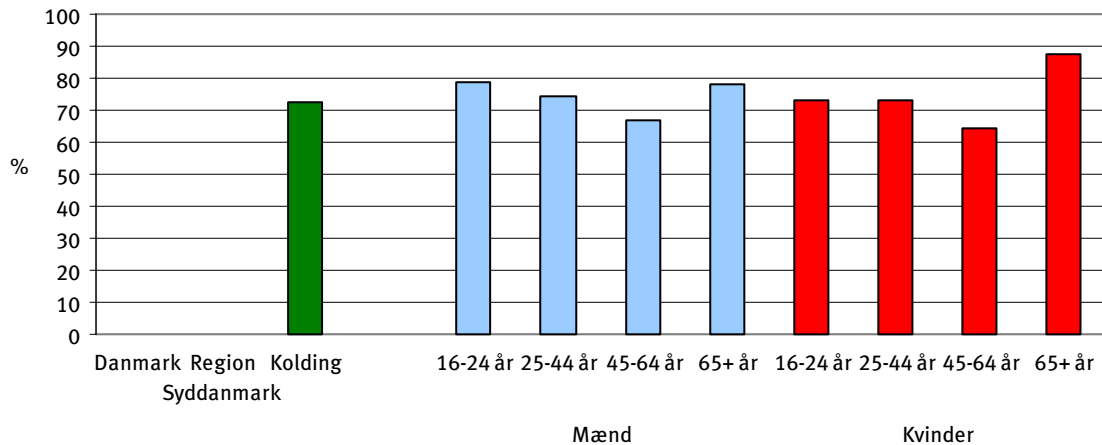
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 5.7. Andel der ved hvor i kommunen man kan få råd og hjælp vedrørende forbrug af alkohol.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark			
	Region Syddanmark			
	Kolding	72.8	73.1	1524
Mænd	16-24 år	78.7	+	169
	25-44 år	74.5	+	188
	45-64 år	66.8		229
	65+ år	77.9	+	140
	Mænd i alt	72.9		726
Kvinder	16-24 år	73.2	+	213
	25-44 år	73.0	+	204
	45-64 år	64.6		237
	65+ år	87.3	+	126
	Kvinder i alt	72.7		798
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	82.1	75.1	184
	Mellemlang	72.0	72.6	300
	Lang	66.6	66.5	503
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	82.5		57
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	68.8	69.0	728
	Ikke erhvervsaktiv	72.3	76.3	130
Civilstand	Gift	73.1	74.5	720
	Samlevende	69.9	72.1	237
	Enlig (separeret, skilt)	72.5	67.4	77
	Enlig (ugift)	71.8	68.8	369
	Enlig (enkestand)	87.1	83.5	67

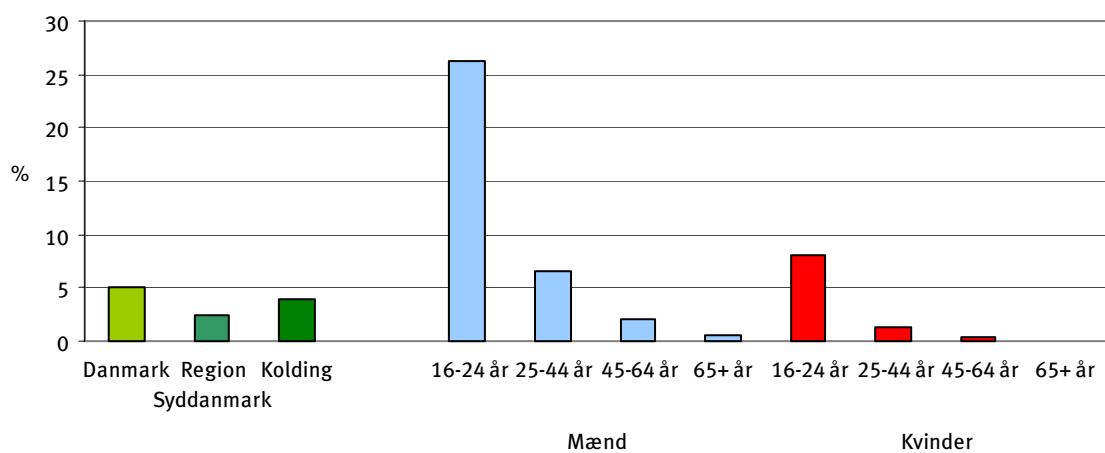
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 5.8. Andel der inden for det sidste år har prøvet hash.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	4,0	5,0	11238
	Region Syddanmark	2,2	2,4 -	3089
	Kolding	3,7	4,0	1686
Mænd	16-24 år	26,3	+	179
	25-44 år	6,6		196
	45-64 år	2,1		238
	65+ år	0,6		161
	Mænd i alt	5,8		774
Kvinder	16-24 år	8,0		264
	25-44 år	1,3		231
	45-64 år	0,4		261
	65+ år	0,0		156
	Kvinder i alt	1,7		912
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	1,4	2,7	215
	Mellemlang	2,1	2,0	328
	Lang	2,1	2,1	536
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	1,6		62
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	2,3	2,5	771
	Ikke erhvervsaktiv	2,6	5,0	155
Civilstand	Gift	0,3	0,4	802
	Samlevende	8,7	7,1 +	252
	Enlig (separeret, skilt)	5,1	5,2 +	79
	Enlig (ugift)	11,1	7,4 +	400
	Enlig (enkestand)	0,6		80

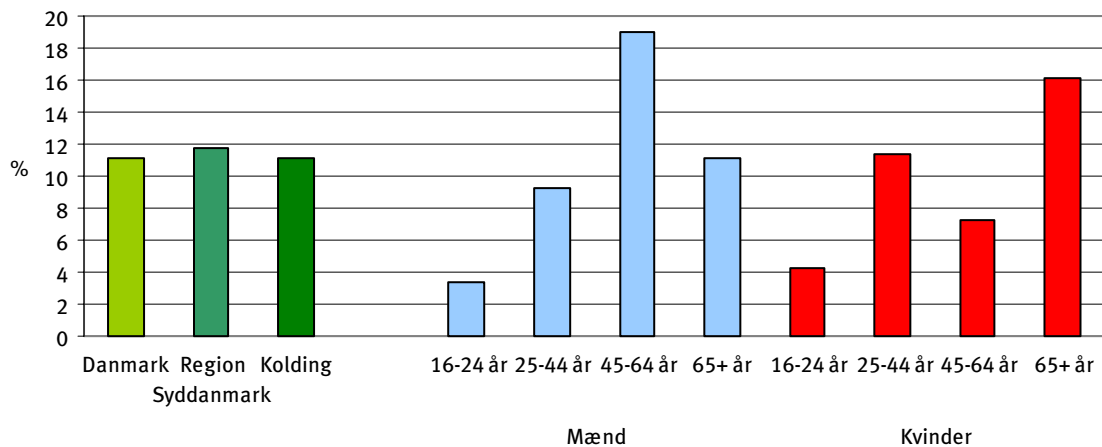
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 5.9. Andel der er svært overvægtig.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	11,4	11,1	14487
	Region Syddanmark	11,9	11,7	3074
	Kolding	11,0	11,1	1646
Mænd	16-24 år	3,4	-	178
	25-44 år	9,2		196
	45-64 år	19,0	+	232
	65+ år	11,1		153
	Mænd i alt	12,4		759
Kvinder	16-24 år	4,3		256
	25-44 år	11,4	+	229
	45-64 år	7,3		259
	65+ år	16,1	+	143
	Kvinder i alt	9,8		887
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	13,9	14,0	201
	Mellemlang	12,9	12,7	325
	Lang	9,9	9,7	534
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	14,8		61
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	11,2	11,3	771
	Ikke erhvervsaktiv	13,9	14,0	155
Civilstand	Gift	13,5	13,7	785
	Samlevende	5,3	7,4	252
	Enlig (separeret, skilt)	12,0	8,2	76
	Enlig (ugift)	6,3	9,1	393
	Enlig (enkestand)	11,2		73

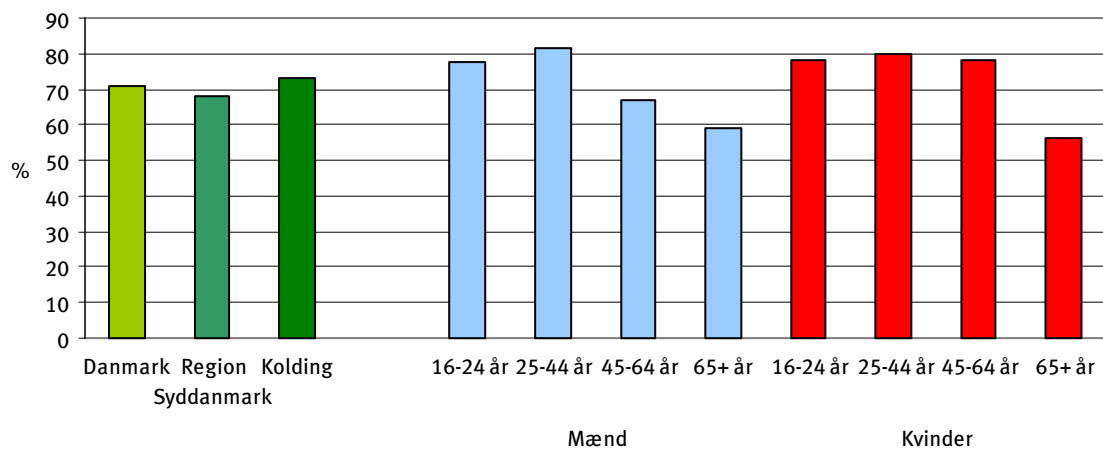
- & + markerer statistisk signifikans



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

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	70,3	70,7	-	14566
	Region Syddanmark	67,7	68,3	-	3089
	Kolding	72,5	73,2		1686
Mænd	16-24 år	77,7			179
	25-44 år	81,6			196
	45-64 år	66,8		-	238
	65+ år	59,0		-	161
	Mænd i alt	70,5			774
Kvinder	16-24 år	78,4			264
	25-44 år	79,7			231
	45-64 år	78,2			261
	65+ år	56,4		-	156
	Kvinder i alt	74,2			912
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	61,9	67,4	-	215
	Mellemlang	70,4	69,8	-	328
	Lang	79,1	77,6		536
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	72,6			62
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	77,6	77,6		771
	Ikke erhvervsaktiv	70,3	71,5		155
Civilstand	Gift	71,1	72,9		802
	Samlevende	81,3	77,6		252
	Enlig (separeret, skilt)	73,0	76,7		79
	Enlig (ugift)	75,9	65,7		400
	Enlig (enkestand)	61,7			80

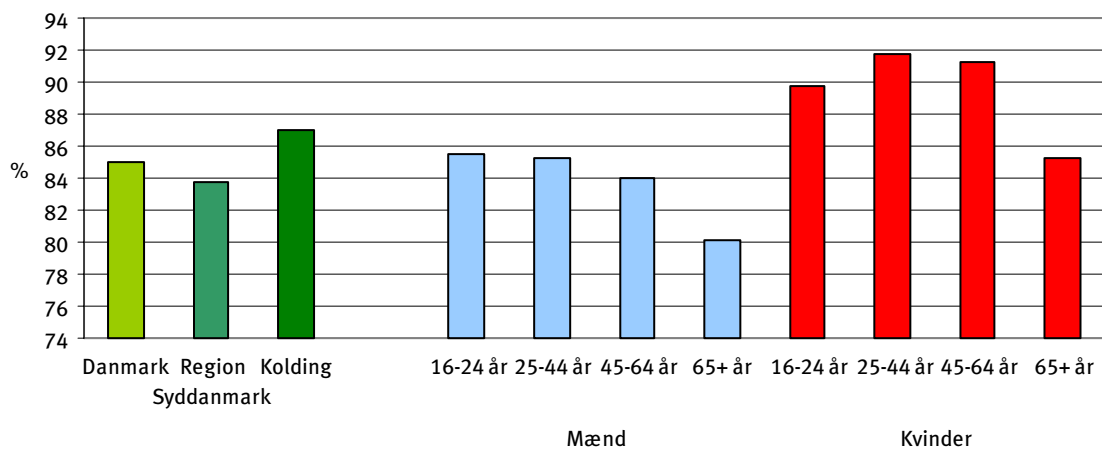
- & + markerer statistisk signifikans



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

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	85,1	85,0	-	14566
	Region Syddanmark	83,8	83,7	-	3089
	Kolding	87,0	87,0		1686
Mænd	16-24 år	85,5		-	179
	25-44 år	85,2		-	196
	45-64 år	84,0		-	238
	65+ år	80,1		-	161
	Mænd i alt	83,6			774
Kvinder	16-24 år	89,8			264
	25-44 år	91,8			231
	45-64 år	91,2			261
	65+ år	85,3		-	156
	Kvinder i alt	89,9			912
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	80,0	78,2	-	215
	Mellemlang	83,8	84,4	-	328
	Lang	93,3	93,3		536
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	85,5			62
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	88,5	88,3		771
	Ikke erhvervsaktiv	87,1	86,1		155
Civilstand	Gift	88,4	89,2		802
	Samlevende	88,1	88,6		252
	Enlig (separeret, skilt)	85,9	87,5		79
	Enlig (ugift)	85,4	84,7		400
	Enlig (enkestand)	79,6			80

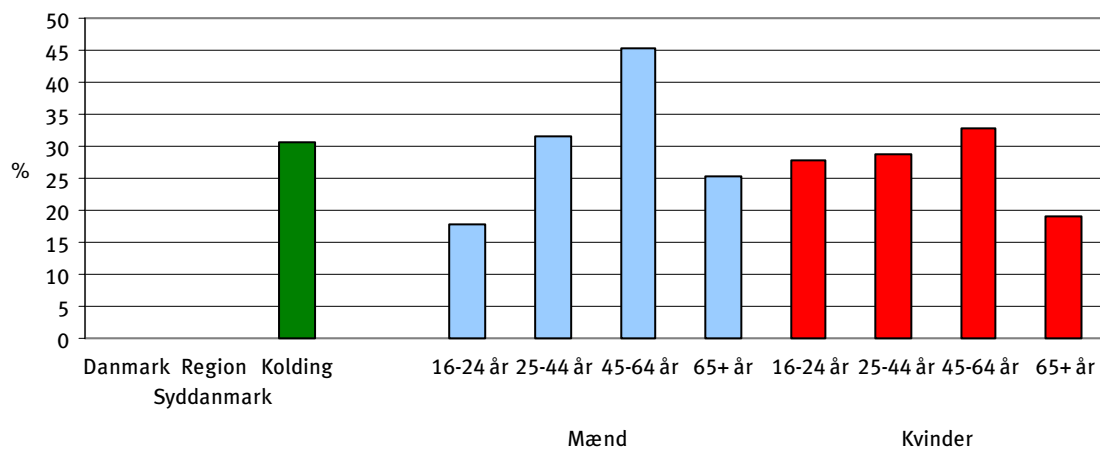
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 5.12. Andel der har talt med praktiserende læge om deres sundhedsvaner inden for det seneste år.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark			
	Region Syddanmark			
	Kolding	30,5	30,6	945
Mænd	16-24 år	17,9	-	67
	25-44 år	31,6		79
	45-64 år	45,3	+	137
	65+ år	25,2	-	103
	Mænd i alt	34,0		386
Kvinder	16-24 år	27,7		148
	25-44 år	28,6		140
	45-64 år	32,9		167
	65+ år	19,2	-	104
	Kvinder i alt	27,9		559
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	30,3	36,0	145
	Mellemlang	32,4	30,4	188
	Lang	34,8	36,0	296
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	28,6		35
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	31,4	31,9	771
	Ikke erhvervsaktiv	47,0	42,5	155
Civilstand	Gift	33,2	32,1	471
	Samlevende	27,1	28,4	142
	Enlig (separeret, skilt)	33,9	34,8	52
	Enlig (ugift)	28,3	.	196
	Enlig (enkestand)	15,6		45

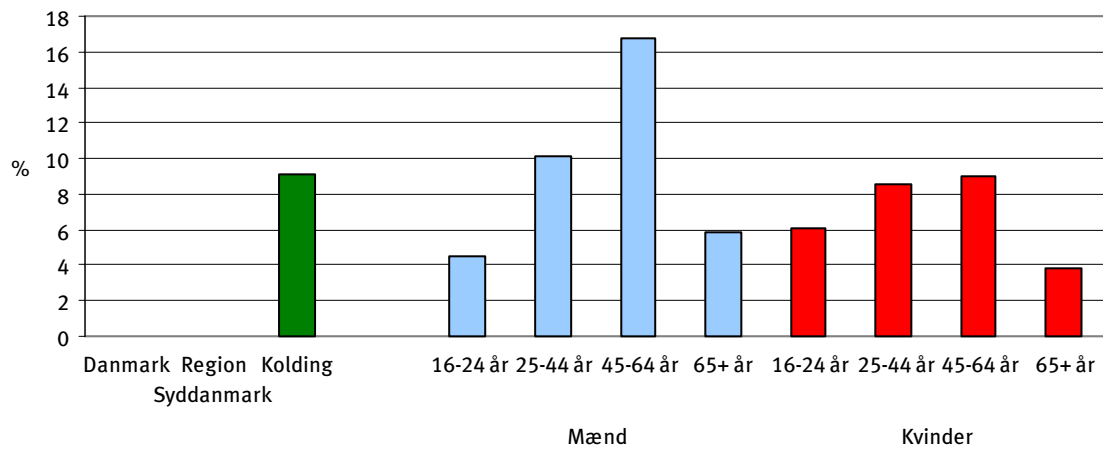
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 5.13. Andel der har talt med praktiserende læge om deres rygevaner inden for det seneste år.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark				
	Region Syddanmark				
	Kolding	8,9	9,2		945
Mænd	16-24 år	4,5			67
	25-44 år	10,1			79
	45-64 år	16,8	+		137
	65+ år	5,8			103
	Mænd i alt	11,0			386
Kvinder	16-24 år	6,1			148
	25-44 år	8,6			140
	45-64 år	9,0			167
	65+ år	3,8	-		104
	Kvinder i alt	7,3			559
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	10,3	14,9	+	145
	Mellemlang	13,8	13,1	+	188
	Lang	7,4	7,1		296
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	11,4			35
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	8,8	9,2		771
	Ikke erhvervsaktiv	19,1	16,5	+	155
Civilstand	Gift	8,9	8,1		471
	Samlevende	10,8	10,7		142
	Enlig (separeret, skilt)	11,7	13,1		52
	Enlig (ugift)	7,9	.		196
	Enlig (enkestand)	6,7			45

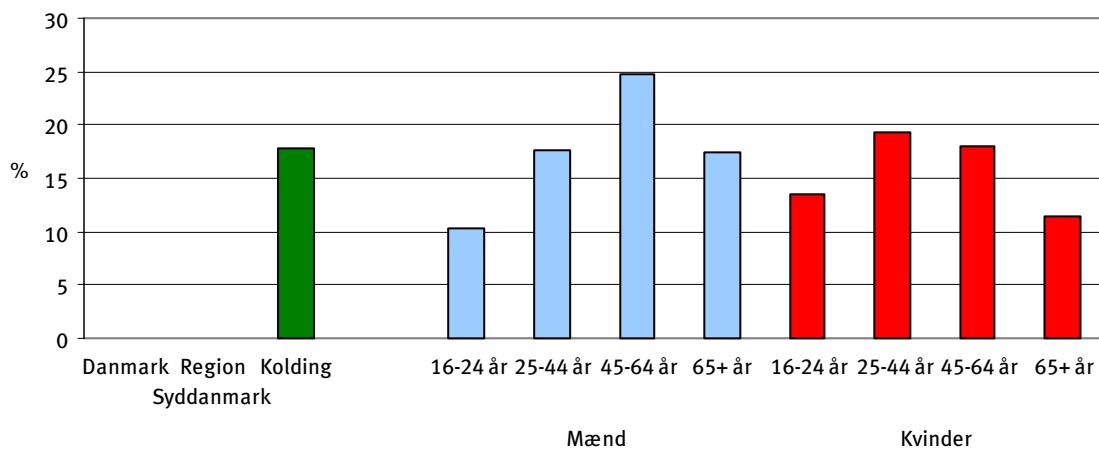
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 5.14. Andel der har talt med praktiserende læge om deres motionsvaner inden for det seneste år.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark				
	Region Syddanmark				
	Kolding	17,8	17,8		945
Mænd	16-24 år	10,4	-		67
	25-44 år	17,7			79
	45-64 år	24,8	+		137
	65+ år	17,5			103
	Mænd i alt	19,8			386
Kvinder	16-24 år	13,5			148
	25-44 år	19,3			140
	45-64 år	18,0			167
	65+ år	11,5	-		104
	Kvinder i alt	16,3			559
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	14,5	15,1	-	145
	Mellemlang	17,0	15,9	-	188
	Lang	23,6	24,9		296
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	14,3			35
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	19,1	19,1		771
	Ikke erhvervsaktiv	23,5	24,7		155
Civilstand	Gift	20,6	21,2		471
	Samlevende	15,1	15,5		142
	Enlig (separeret, skilt)	15,6	13,3		52
	Enlig (ugift)	15,7			196
	Enlig (enkestand)	6,7			45

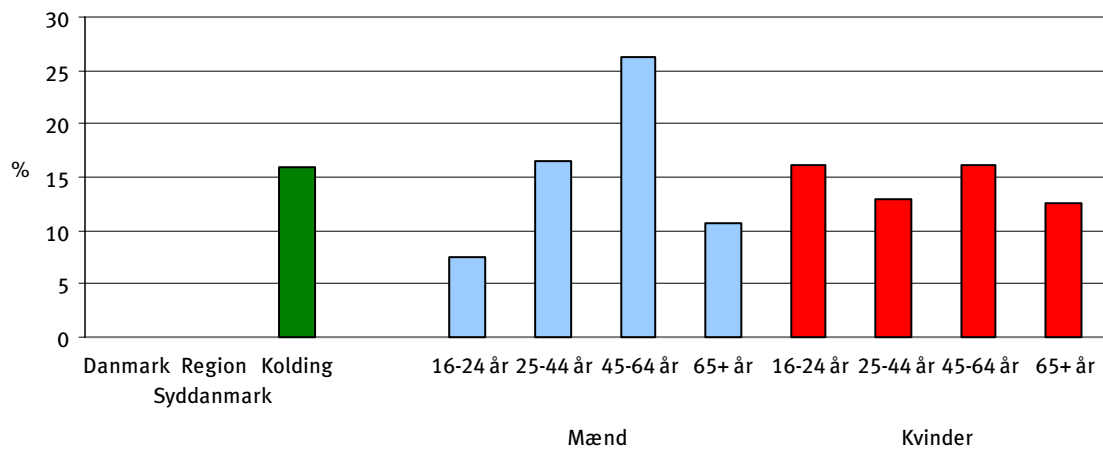
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 5.15. Andel der har talt med praktiserende læge om deres kostvaner inden for det seneste år.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark			
	Region Syddanmark			
	Kolding	15,9	15,9	945
Mænd	16-24 år	7,5	-	67
	25-44 år	16,5		79
	45-64 år	26,3	+	137
	65+ år	10,7	-	103
	Mænd i alt	17,9		386
Kvinder	16-24 år	16,2		148
	25-44 år	12,9		140
	45-64 år	16,2		167
	65+ år	12,5		104
	Kvinder i alt	14,4		559
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	17,9	18,4	145
	Mellemlang	13,8	13,0	188
	Lang	19,3	20,7	296
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	14,3		35
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	16,9	17,3	771
	Ikke erhvervsaktiv	21,7	17,0	155
Civilstand	Gift	18,9	18,7	471
	Samlevende	10,8	13,4	142
	Enlig (separeret, skilt)	8,6	6,9	52
	Enlig (ugift)	13,2		196
	Enlig (enkestand)	8,9		45

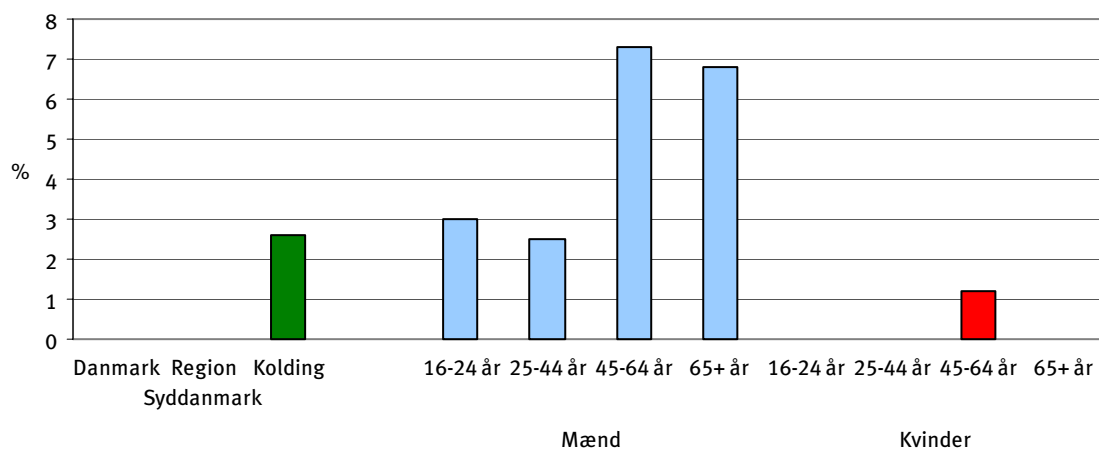
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 5.16. Andel der har talt med praktiserende læge om deres alkoholforbrug inden for det seneste år.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark				
	Region Syddanmark				
	Kolding	2,7	2,6		945
Mænd	16-24 år	3,0			67
	25-44 år	2,5			79
	45-64 år	7,3	+		137
	65+ år	6,8	+		103
	Mænd i alt	5,7			386
Kvinder	16-24 år	0,0			148
	25-44 år	0,0			140
	45-64 år	1,2			167
	65+ år	0,0			104
	Kvinder i alt	0,4			559
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	5,5	8,4	+	145
	Mellemlang	2,1	2,0		188
	Lang	2,4	3,1		296
	Skoleelev/anden skoleuddannelse				
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	1,2	1,5		771
	Ikke erhvervsaktiv	7,8	5,1	+	155
Civilstand	Gift	2,1	1,4		471
	Samlevende	2,7	3,1		142
	Enlig (separeret, skilt)	5,8	6,6	+	52
	Enlig (ugift)	3,3			196
	Enlig (enkestand)	4,4			45

- & + markerer statistisk signifikans



Litteratur

- (1) Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og Folkesundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
- (2) Kjølner M & Rasmussen NKr. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002.
- (3) Rasmussen NKr. Social arv, social ulighed og hvad kan forebygges? Arbejdsrapport 17 om social arv. København: Socialforskningsinstituttet, 1999.
- (4) Rasmussen NKr. „Ulighed i sundhed Nøglebegreber og forklaringsmodeller“ I Sørensen & Johansen (red.): Ulighedens pris. Social ulighed og sundhed. København: Social politisk forlag, 2000.
- (5) Bourdieu P. Distinksjonen – En sociologisk kritikk av dømmekraften. Norge: Pax Forlag, 1995.
- (6) Juel K. Betydning af tobak, stort alkoholforbrug og stofmisbrug på dødeligheden i Danmark. Udviklingen gennem 25 år, 1973-1997. Ugeskrift for Læger 2001;163(32):4190-5.
- (7) Astrup A, et al. Den danske fedmeepidemi – Oplæg til en forebyggelsesindsats. København: Ernæringsrådet, 2003.
- (8) Regeringen. Sundt Hele Livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002 – 10. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002.
- (9) Bauman AE, Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000 – 2003. J Sci Med Sport 2004; 7 (1 suppl): 6-19
- (10) Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet og sundhed. København: Sundhedsstyrelsen, 2001.
- (11) Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse. Resultater fra MULD. 2004
- (12) WHO. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Geneva: WHO, 2000.
- (13) Sundhedsstyrelsen. Befolkningens sundhed set i relation til den øgede forekomst af fedme i Danmark. København: Sundhedsstyrelsen, 1999.
- (14) Sundhedsstyrelsen. Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt – Forslag til løsninger og perspektiver. København, 2003.
- (15) Green LW, Kreuter MW, Health program planning, 4th. Edition. McGraw-Hill, 2005.

Kapitel 6. Sociale relationer

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

Forklaringen på sammenhængen mellem sociale netværk og hhv. sygdom og død er formentlig en kombination af flere faktorer, som vil blive gennemgået i det følgende.

De sociale netværk kan beskrives ved hhv. en strukturel og en funktionel dimension (2). Det strukturelle aspekt dækker primært over, hvor mange og hvilke personer borgeren har kontakt med dvs. den kvantitative del af de sociale netværk. Det funktionelle aspekt udgør den form for støtte en person modtager fra sit netværk, dvs. den kvalitative del af de sociale netværk. I denne undersøgelse belyses det strukturelle aspekt ud fra spørgsmål om, hvor ofte borgeren træffer hhv. familie og venner samt, hvor ofte borgeren deltager i foreningsliv eller fritidsaktiviteter sammen med andre. Det funktionelle aspekt belyses ud fra spørgsmålene, om borgeren ofte er alene, selvom han/hun egentlig havde mest lyst til at være sammen med andre, om borgeren i tilfælde af sygdom kan forvente at få hjælp til praktiske problemer, samt om borgeren har nogen at tale med i tilfælde af problemer eller behov for støtte. I de efterfølgende standardtabeller fokuseres på andelen med svage sociale relationer.

6.1 Det strukturelle aspekt

Borgerne lærer af de sociale relationer, som de er en del af. Hvis borgerne eksempelvis har sociale relationer med hensigtsmæssige sundhedsvaner, kan det betyde, at de ændrer deres sundhedsadfærd i positiv retning og derved får sunde vaner og lærer at handle hensigtsmæssigt, hvis de bliver belastede eller syge. Det er gennem de gode sociale relationer, at borgerne lærer at håndtere svære situationer og få kontrol over tilværelsen. Sociale netværk kan også være forum for udveksling af viden og kundskaber (3). Omfanget af de sociale relationer er belyst ved at spørge borgerne om, hvor ofte de træffer henholdsvis familie samt venner og bekendte. Dette beskrives i standardtabel 6.1 og 6.2.

Familien er et vigtigt socialt netværk for de fleste mennesker. Det må derfor formodes, at familien spiller en væsentlig rolle både i forhold til skabelse af værdier og normer og i forhold til at hjælpe i tilfælde af sygdom. Desuden kan kontakten til familien være afgørende for, om borgeren får dækket sit behov for socialt samvær, ikke mindst for de ældres vedkommende.

Standardtabel 6.1 viser andelen af borgere, der sjældnere end en gang om måneden træffer familien. Familie er her defineret som familie udenfor husstanden. Det fremgår, at 9,4 % af borgerne i Kolding Kommune træffer deres familie sjældnere end en gang om måneden, hvilket er på niveau med andelen i Region Syddanmark og Danmark som helhed. Blandt mænd stiger andelen af borgere, der træffer deres familie sjældnere end en gang om måneden, med stigende alder, mens andelen blandt kvinder er størst i aldersgrupperne 16-24 år og 45-64 år. I forhold til uddannelse ses, at andelen, der sjældnere end en gang om måneden træffer familie, er mindre blandt borgere med en kort uddannelse end blandt borgere med en lang uddannelse. Endvidere er andelen større blandt enlige (separerede, skilte, ugifte) end blandt gifte.

En vigtig del af de sociale relationer kan for mange borgere være samværet med hjemmeboende børn. I *Sundhed i Kolding 2007* er der blevet spurgt til hvor mange børn under 15 år, der bor i husstanden, samt hvor mange af disse børn, der er sammenbragte. Sammenbragte børn er defineret som, at barnet eller børnene bor sammen med enten den biologiske mor eller den biologiske far og farens eller morens nye ægtefælle. Svarfordelingen fremgår af tabel 6.1.

Tabel 6.1. Svarfordelingen på spørgsmålene om hvor mange børn, der bor i husstanden samt hvor mange af disse børn, der er sammenbragte. (Procent)

	Antal Børn i alt	Antal sammenbragte børn
Antal børn under 15 år i husstanden		
- 0	66,9	92,4
- 1	15,3	4,2
- 2	13,4	2,3
- 3+	4,4	1,0
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>1686</i>	<i>1686</i>

Tabel 6.1 viser, at i 66,9 % af husstandene i Kolding Kommune er der ingen hjemmeboende børn under 15 år. I alt har 15,3 % af husstandene et barn under 15 år, mens der kun i 4,4 % af husstandene er tre eller flere børn. I forhold til antallet af sammenbragte børn ses, at i 92,4 % af husstandene er der ingen sammenbragte børn, samt at 7,5 % af husstandene har et eller flere sammenbragte børn boende.

Venner og bekendte er ligeledes en betydningsfuld del af de sociale relationer. Der er derfor også spurgt til, hvor ofte borgerne i Kolding Kommune træffer venner og bekendte. Standardtabel 6.2 viser andelen af borgere, der sjældnere end en gang om måneden træffer venner og bekendte. Andelen, der sjældnere end en gang om måneden træffer venner og bekendte, er større i Kolding Kommune (9,4 %) end i Region Syddanmark (6,5%) og Danmark som helhed (6,8 %). Der er en langt mindre andel, der angiver, at de sjældnere end en gang om måneden træffer venner og bekendte, blandt de 16-24 årige end blandt de resterende aldersgrupper.

De to tidligere omtalte spørgsmål er specifikt rettet mod enten venner eller familie, og de siger dermed ikke nødvendigvis særlig meget om, hvor meget social kontakt borgerne i Kolding Kommune reelt har. Selvom en borger har angivet, at vedkommende ikke har nævneværdig social kontakt til sin familie, kan borgeren kompensere for dette ved at have meget social kontakt til venner og bekendte, ligesom det modsatte kan være tilfældet.

Endvidere kan borgeren have mange sociale relationer på arbejdspladsen og kan derigennem få dækket sit sociale behov. Derudover angiver ovenstående spørgsmål som nævnt udelukkende, hvor ofte borgerne har kontakt til andre dvs. kvantiteten af de sociale netværk, men ikke hvorvidt behovet for socialt samvær med andre reelt er dækket, eller hvorvidt borgeren modtager hjælp og støtte dvs. kvaliteten af de sociale netværk. Dette belyses i nedenstående afsnit.

6.2 Det funktionelle aspekt

Gennem sociale netværk kan borgerne få praktisk hjælp og støtte, fx hvis de bliver syge. Dette er belyst ved at spørge borgerne om, hvorvidt de regner med at kunne få hjælp fra andre til praktiske problemer i tilfælde af sygdom. Dette belyses i standardtabel 6.3. Sociale netværk kan desuden fungere som støtte, hvis borgerne bliver trængte eller pressede, og derved kan de sociale netværk beskytte mod de skadelige virkninger af fx stress. Endvidere kan et manglende socialt netværk virke stressende og dermed øges modtageligheden overfor sygdomme (2). Der er således tale om direkte fysiologiske påvirkninger. I *Sundhed i Kolding 2007* er dette belyst ved at spørge borgerne om, hvorvidt de nogensinde er alene, selvom de egentlig havde mest lyst til at være sammen med andre. Dette beskrives i standardtabel 6.4. Disse to spørgsmål belyser det funktionelle aspekt og kan give et mere nøjagtigt billede af, hvorvidt borgerne føler, at de får dækket deres behov for socialt samvær med andre.

Andelen, der ikke regner med at kunne få hjælp fra andre i tilfælde af sygdom, fremgår af standardtabel 6.3. Andre, vil i dette tilfælde sige personer uden for husstanden. Det fremgår af standardtabellen, at 6,6 % af borgerne i Kolding Kommune ikke regner med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom. Dette er på niveau med Region Syddanmark og Danmark som helhed. Der er en mindre andel, der ikke regner med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom, i aldersgruppen 16-24 år sammenlignet med de øvrige aldersgrupper. Blandt ikke erhvervsaktive er der en større andel, der ikke regner med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom, end blandt erhvervsaktive.

Standardtabel 6.4 viser andelen, der ofte eller en gang imellem er uønsket alene. I Kolding Kommune er andelen, der ofte er uønsket alene, større end andelen i Region Syddanmark og Danmark som helhed. Blandt mænd ses den største andel, der ofte er uønsket alene, i aldersgruppen 16-24 år, mens andelen for kvinder er størst i aldersgrupperne 16-24 år og 65+ år. I forhold til erhvervsaktivitet ses, at blandt ikke erhvervsaktive er der en større andel, der ofte eller engang imellem er uønsket alene, end blandt erhvervsaktive. Andelen, der ofte eller engang imellem er uønsket alene, er større blandt enlige (separerede, skilte, ugifte) end blandt gifte.

Andelen af borgere, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt i forhold til, om de regner med at kunne få hjælp fra andre i tilfælde af sygdom, fremgår af tabel 6.2. Det ses, at andelen, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt, er størst blandt borgere, der angiver, at de helt sikkert kan få hjælp i tilfælde af sygdom. Her angiver 75,3 % af borgerne i Kolding Kommune at have et virkelig godt eller godt helbred. Blandt borgere, der ikke regner med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom, er det kun 54,1 % af borgerne, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt.

Tabel 6.2. Andel der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt i forhold til, om man regner med at kunne få hjælp fra andre i tilfælde af sygdom (Procent).

	Virkelig godt eller godt selvvurderet helbred	Antal svarpersoner
Regner med at kunne få praktisk hjælp af andre i tilfælde af sygdom		
- ja, helt sikkert	75,3	1160
- ja, måske	68,2	404
- nej	54,1	99

Af tabel 6.3 fremgår andelen af borgere, der vurderer eget helbred som virkelig godt eller godt, i forhold til, hvorvidt de er uønsket alene. I denne tabel gør den samme tendens som i tabel 6.2 sig gældende. Der er en større andel, der har et virkelig godt eller godt selvvurderet helbred blandt borgere, der sjældent eller aldrig er uønsket alene, end blandt borgere, der ofte eller engang imellem er uønsket alene.

Tabel 6.3. Andel der vurderer eget helbred som virkelig godt eller godt i forhold til, hvorvidt de er uønsket alene (Procent).

	Virkelig godt eller godt selvvurderet helbred	Antal svarpersoner
Føler sig uønsket alene		
- ja, ofte	50,5	102
- ja, en gang imellem	56,8	304
- ja, men sjældent	76,8	423
- aldrig	77,0	831

Andelen af borgere, der ofte er uønsket alene, i forhold til, hvor ofte de træffer familie og venner vises i tabel 6.4. Blandt borgere, der sjældnere end en gang om måneden træffer familie, er der en større andel, der ofte føler sig uønsket alene end blandt borgere, der oftere end en gang om måneden træffer familie. Den samme tendens ses i forhold til venner i aldersgrupperne 16-44 år og 65+ år, mens den omvendte tendens ses i aldersgruppen 45-64 år. I denne aldersgruppe er en mindre andel, der ofte er uønsket alene, blandt borgere, der træffer venner sjældnere end gang om måneden, end blandt borgere, der træffer venner oftere end en gang om måneden.

Tabel 6.4. Andel der ofte er uønsket alene i forhold til, hvor ofte de træffer familie og venner opgjort særskilt på aldersgrupper (Procent).

	16-44 år	45-64 år	65+ år	Antal svar personer
Træffer familie				
- sjældnere end en gang om måneden	34,9	30,6	27,3	158
- oftere end en gang om måneden	23,0	19,3	24,3	1528
Træffer venner				
- sjældnere end en gang om måneden	34,6	16,4	39,0	140
- oftere end en gang om måneden	23,3	21,0	22,5	1546

Tabel 6.5 viser andelen af borgere, der ikke regner med at få praktisk hjælp i tilfælde af sygdom, i forhold til hvor ofte de træffer familie og venner. I alle aldersgrupper er andelen, der ikke regner med at kunne få praktisk hjælp i tilfælde af sygdom, større blandt borgere, der sjældnere end gang om måneden træffer familie og venner, end blandt borgere, der oftere end en gang om måneden træffer familie og venner. Andelen, der ikke regner med at kunne få praktisk hjælp i tilfælde af sygdom, stiger med stigende alder.

Tabel 6.5. Andel der ikke kan få praktisk hjælp i tilfælde af sygdom i forhold til, hvor ofte de træffer familie og venner opgjort særskilt på aldersgrupper (Procent).

	16-44 år	45-64 år	65+ år	Antal svar- personer
Træffer familie				
- sjældnere end en gang om måneden	7,4	14,3	33,3	158
- oftere end en gang om måneden	4,0	5,3	9,2	1528
Træffer venner				
- sjældnere end en gang om måneden	13,9	18,2	24,4	140
- oftere end en gang om måneden	3,6	4,7	9,8	1546

For at undersøge borgernes sociale netværk nærmere er der i *Sundhed i Kolding 2007* spurgt til, om man har nogen at tale med, hvis man har problemer eller brug for støtte. Tabel 6.6 viser, at 58,0 % af borgerne i Kolding Kommune ofte har nogen at tale med, mens 4,4 % aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller behov for støtte. En større andel blandt kvinder end blandt mænd har ofte nogle at tale med om problemer.

Tabel 6.6. Svarfordelingen på spørgsmålet ”Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller har brug for støtte” opdelt på køn (Procent).

	Mænd	Kvinder	I alt
- ja, ofte	55,0	60,6	58,0
- ja, for det meste	29,0	29,7	29,4
- ja, nogen gange	9,7	7,1	8,3
- aldrig eller næsten aldrig	6,3	2,6	4,4
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>774</i>	<i>912</i>	<i>1814</i>

Tabel 6.7 viser andelen, der har et virkelig godt eller et godt selv vurderet helbred, i forhold til om de i almindelighed taler med nogen om problemer. For både kvinder og mænd er andelen, som har et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred, størst blandt de, der i almindelighed taler om problemer med nogen.

Tabel 6.7. Andelen som har et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred i forhold til, om de i almindelighed taler om problemer med nogen (Procent).

	Mænd	Kvinder	<i>Antal svarpersoner</i>
Andel som i almindelighed taler med nogen om problemer			
- ofte eller for det meste	76,3	76,4	1458
- Nogen gange, aldrig eller næsten aldrig	61,7	49,4	203

Udover de ovenfor nævnte positive aspekter ved sociale netværk foreligger der imidlertid en lang række forskningsresultater, som viser, at sociale relationer ligesåvel kan være en barriere for udvikling og forbedring af sundhedsadfærd og helbredet, som de kan være en ressource. Sociale relationer kan være en barriere i den forstand, at mennesker ikke alene har mulighed for at støtte hinanden, men også kan give hinanden bekymringer, udnytte og på anden måde skade hinanden. Et eksempel kan være situationer, hvor de sociale relationer bliver til en belastning, fx i forbindelse med sygdom hos ægtefælle eller nære slægtinge. Mobning er et andet eksempel på, hvordan sociale relationer kan have en negativ effekt på helbredet. Desuden kan sociale netværk ligesåvel fremme negativ sundhedsadfærd som positiv sundhedsadfærd. Igennem de senere år har flere undersøgelser sat fokus på disse aspekter af sociale netværk (3).

Mange børnefamilier oplever, at de har en stresset hverdag, hvilket kan være med til at øge deres sygefravær, besøg hos praktiserende læge, forbrug af medicin samt give flere helbredsproblemer. Det er kombinationen af hjemmeboende børn og store krav på arbejdsmarkedet, der kan tænkes at have en forstærkende effekt på stressniveauet (4).

Tabel 6.8. Andelen der er generet af træthed eller ofte er stresset i forhold til, om de har hjemmeboende børn under 15 år. (Procent).

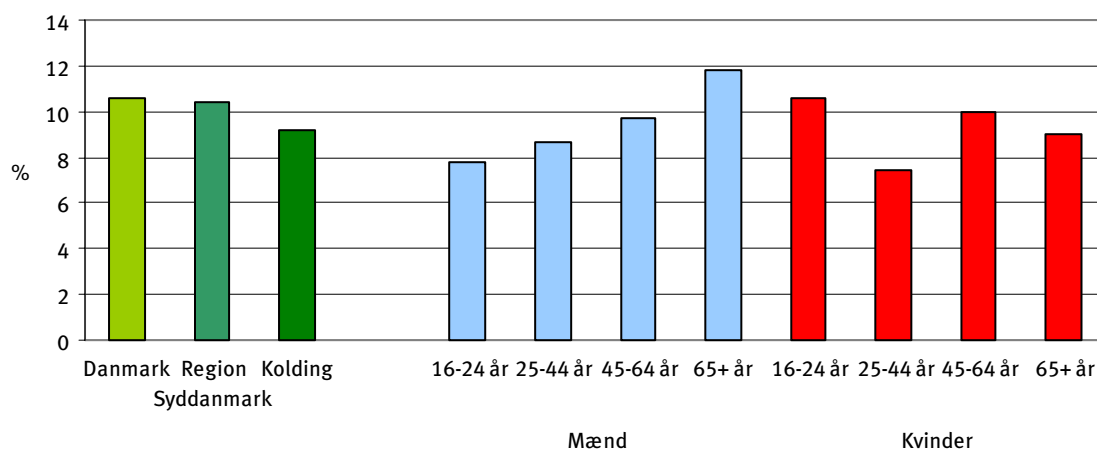
	Godt selv vurderet helbred	Generet af træthed	Ofte stresset	<i>Antal svar- personer</i>
Ingen hjemmeboende børn under 15 år i husstanden	70,5	45,9	6,9	974
Mindst et hjemmeboende barn under 15 år i husstanden	73,4	50,8	10,6	712

Det fremgår af tabel 6.8, at en større andel blandt borgere i Kolding Kommune med mindst et hjemmeboende barn ofte føler sig stresset og er generet af træthed end blandt borgere med ingen hjemmeboende børn. Den omvendte tendens ses for selv vurderet helbred, hvor en større andel har et godt selv vurderet helbred blandt borgere med mindst et hjemmeboende barn end blandt borgere uden hjemmeboende børn.

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

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	10,6	10,6		14566
	Region Syddanmark	10,4	10,5		3089
	Kolding	9,4	9,2		1686
Mænd	16-24 år	7,8			179
	25-44 år	8,7			196
	45-64 år	9,7			238
	65+ år	11,8			161
	Mænd i alt	9,7			774
Kvinder	16-24 år	10,6			264
	25-44 år	7,4			231
	45-64 år	10,0			261
	65+ år	9,0			156
	Kvinder i alt	9,1			912
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	6,0	4,4	-	215
	Mellemlang	8,5	8,0		328
	Lang	10,4	10,8		536
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	16,1			62
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	9,3	9,3		771
	Ikke erhvervsaktiv	7,1	10,7		155
Civilstand	Gift	8,0	7,3		802
	Samlevende	8,3	9,8		252
	Enlig (separeret, skilt)	11,6	15,4	+	79
	Enlig (ugift)	12,7	16,4	+	400
	Enlig (enkestand)	12,8			80

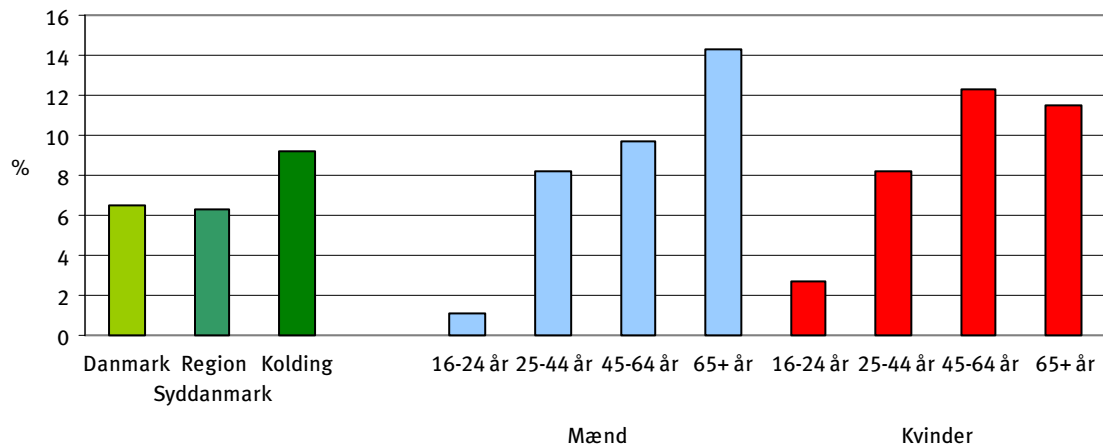
- & + markerer statistisk signifikans



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

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	6,8	6,5 -	14566
	Region Syddanmark	6,5	6,3 -	3089
	Kolding	9,4	9,2	1686
Mænd	16-24 år	1,1	-	179
	25-44 år	8,2	-	196
	45-64 år	9,7		238
	65+ år	14,3		161
	Mænd i alt	9,4		774
Kvinder	16-24 år	2,7	-	264
	25-44 år	8,2	-	231
	45-64 år	12,3		261
	65+ år	11,5		156
	Kvinder i alt	9,5		912
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	12,1	10,7	215
	Mellemlang	12,5	11,8	328
	Lang	8,8	9,1	536
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	12,9		62
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	9,9	9,8	771
	Ikke erhvervsaktiv	9,0	12,5	155
Civilstand	Gift	11,4	10,6	802
	Samlevende	9,6	11,7	252
	Enlig (separeret, skilt)	6,4	9,5	79
	Enlig (ugift)	4,4	5,2	400
	Enlig (enkestand)	8,9		80

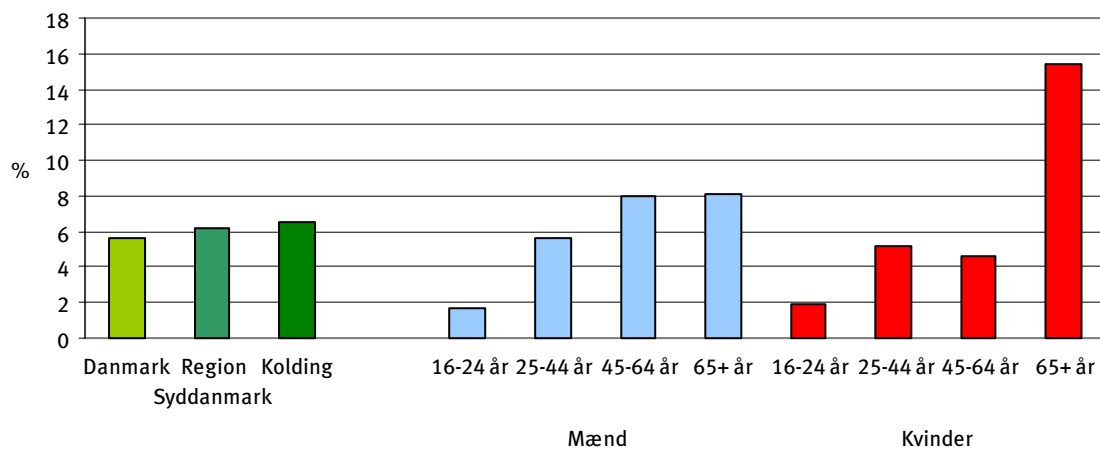
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 6.3. Andel der ikke regner med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	5,8	5,6	14566
	Region Syddanmark	6,5	6,2	3089
	Kolding	6,6	6,5	1686
Mænd	16-24 år	1,7		179
	25-44 år	5,6		196
	45-64 år	8,0		238
	65+ år	8,1		161
	Mænd i alt	6,6		774
Kvinder	16-24 år	1,9		264
	25-44 år	5,2		231
	45-64 år	4,6		261
	65+ år	15,4	+	156
	Kvinder i alt	6,6		912
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	11,2	9,6	215
	Mellemlang	7,0	7,4	328
	Lang	4,9	6,5	536
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	9,7		62
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	5,1	5,1	771
	Ikke erhvervsaktiv	9,7	11,8	155
Civilstand	Gift	7,4	7,2	802
	Samlevende	4,0	4,5	252
	Enlig (separeret, skilt)	12,8	10,9	79
	Enlig (ugift)	3,7	4,3	400
	Enlig (enkestand)	7,7		80

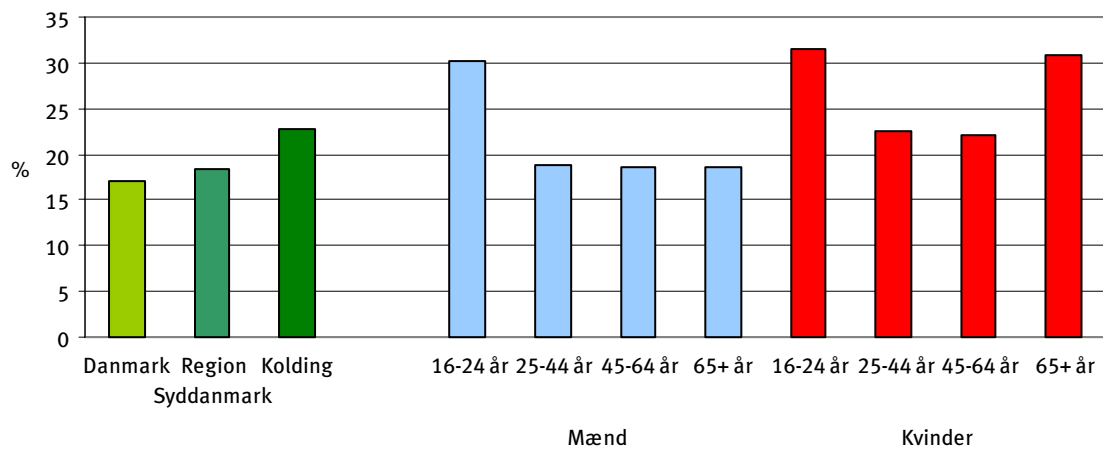
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 6.4. Andel der ofte eller en gang imellem er uønsket alene.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	16,8	17,0	-	14566
	Region Syddanmark	18,2	18,4	-	3089
	Kolding	22,9	22,7		1686
Mænd	16-24 år	30,2		+	179
	25-44 år	18,9			196
	45-64 år	18,5			238
	65+ år	18,6			161
	Mænd i alt	20,0			774
Kvinder	16-24 år	31,4		+	264
	25-44 år	22,5			231
	45-64 år	22,2			261
	65+ år	30,8		+	156
	Kvinder i alt	25,4			912
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	24,2	22,9		215
	Mellemlang	21,3	21,4		328
	Lang	19,4	18,5		536
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	24,2			62
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	17,4	17,3		771
	Ikke erhvervsaktiv	36,8	40,5	+	155
Civilstand	Gift	14,3	13,7		802
	Samlevende	16,2	13,8		252
	Enlig (separeret, skilt)	36,5	40,2	+	79
	Enlig (ugift)	38,3	37,4	+	400
	Enlig (enkestand)	59,9			80

- & + markerer statistisk signifikans



Litteratur

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

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

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

(4) Engell R, Nielsen N R, Andersen A N, Stress i børnefamilier: Er børnene årsagen?, Ugeskr Læger, 169(4):311, 2007

Kapitel 7. Arbejdsmiljø

Arbejdspladsen er de senere år blevet et centralt forum for forebyggelse og sundhedsfremme, og der er kommet større fokus på arbejdsmiljøets indflydelse på medarbejdernes fysiske og psykiske sundhedstilstand. I nærværende kapitel beskrives de psykosociale og fysiske arbejdsmiljøbelastninger, sygefravær, samt passiv rygning. Sygefravær er yderligere beskrevet i kapitel 3 (Sygelighed og konsekvenser af sygdom) og fysisk aktivitet i hovedbeskæftigelsen er beskrevet i kapitel 5 (Sundhedsadfærd).

7.1 Psykosocialt arbejdsmiljø

Det psykosociale arbejdsmiljø handler om sammenhængen mellem arbejdsmæssige forhold og de erhvervsaktives psykiske helbred og trivsel. I takt med de senere års stigning i de psykologiske krav i arbejdet er der også kommet et øget fokus på det psykosociale arbejdsmiljøets betydning for sundhed og helbred. Tabel 7.1 viser forekomsten af helbredsrisici i det psykosociale arbejdsmiljø. Den hyppigst nævnte psykiske arbejdsmiljøbelastning blandt erhvervsaktive borgere i Kolding Kommune er oplevelsen af manglende støtte fra den nærmeste overordnede. Her angiver 46,7 %, at de kun sommetider, sjældent eller aldrig får støtte fra deres nærmeste overordnede. Dette er en større andel end i Region Syddanmark (33,3 %) og i Danmark som helhed (34,6 %). Der er i *Sundhed i Kolding 2007* ikke spurgt til hjælp og støtte fra kollegaer, men alene til støtte fra nærmeste overordnede. Andelen, der ikke har indflydelse på, hvad de laver, er ligeledes større i Kolding Kommune end i Region Syddanmark og Danmark som helhed. I Kolding Kommune er andelen, der ikke når alle sine arbejdsopgaver, mindre end i Region Syddanmark og i Danmark som helhed.

Tabel 7.1. Forekomst af helbredsrisici i det psykosociale arbejdsmiljø. Blandt erhvervsaktive i alderen 16-64 år (Procent).

	Kolding	Region Syddanmark	Danmark
Andel der:			
- altid eller ofte ikke når alle sine arbejdsopgaver	22,2	28,3	28,2
- kun sommetider, sjældent eller aldrig har indflydelse på, hvad de laver	24,9	15,5	15,5
- kun sommetider, sjældent eller aldrig får støtte fra deres nærmeste overordnede	46,7	33,3	34,6
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>1047</i>	<i>1673</i>	<i>7969</i>

7.2 Fysisk arbejdsmiljø

Nogle af de hyppigst forekommende arbejdsrelaterede lidelser kan henføres til det fysiske arbejdsmiljø. Det drejer sig hovedsageligt om muskel- og skeletsygdomme. I relation til det fysiske arbejdsmiljø er de hyppigst nævnte arbejdsmiljøbelastninger; mange gentagne og ensidige bevægelser (40,6 %) samt arbejde i bøje-/forvredne arbejdsstillinger (39,9 %) (tabel 7.2). Disse andele er en anelse højere end i Danmark som helhed, hvor 38,1 % og 32,2 %

er udsat for henholdsvis gentagne, ensidige bevægelser og arbejde i forvredne/bøjede arbejdsstillinger. Andelen, der løfter/bærer tunge byrder, er lavere i Kolding Kommune (31,4 %) end i Region Syddanmark (36,5 %), men på niveau med andelen i Danmark som helhed (31,9 %).

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

	Region		
	Kolding	Syddanmark	Danmark
Andel der to eller flere dage om ugen er udsat for:			
- arbejde i bøjede/forvredne arbejdsstillinger	39,9	34,3	32,2
- mange gentagne og ensidige bevægelser	40,6	38,7	38,1
- at løfte/bære tunge byrder (mindst 10 kg)	31,4	36,5	31,9
- støj, så man må hæve stemmen, hvis man skal tale med andre	31,4	34	33,1
- andre belastende fysiske forhold	23,5	-	-
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>1047</i>	<i>1673</i>	<i>7969</i>

7.3 Sygefravær

Sygefravær kan medføre isolation fra arbejdspladsen og kollegaer samt tab af selvværd og identitet. Det kan endvidere føre til øget arbejdsbelastning for de tilbageværende medarbejdere. Sygefravær har også konsekvenser for virksomheder, hvor det bl.a. kan medføre nedsat produktion og kvalitetsforringelser. Sygefravær er ofte tæt forbundet til både det psykosociale og fysiske arbejdsmiljø.

Det fremgår af tabel 7.3, at andelen, der har haft mindst en sygedag inden for de sidste 14 dage, er større blandt erhvervsaktive, der når deres arbejdsopgaver eller har gående, stående eller anstrengende arbejde, end blandt erhvervsaktive, der ikke når deres arbejdsopgaver eller har stillesiddende arbejde. Ligeledes er der en større andel, der har haft mindst en sygedag, blandt erhvervsaktive, der ikke har indflydelse på deres arbejdsopgaver, end blandt erhvervsaktive, der har indflydelse på deres arbejdsopgaver. I forhold til oplevelsen af støtte fra nærmeste overordnede ses ingen forskel på andelen, der har haft mindst en sygedag.

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

		Mindst en sygedag	Antal svarpersoner
Hjælp og støtte fra overordnet	- sommetider, sjældent eller aldrig	9,9	478
	- altid eller ofte	9,9	569
Indflydelse på arbejdsopgaver	- sommetider, sjældent eller aldrig	11,3	299
	- altid eller ofte	9,5	748
Når ikke arbejdsopgaver	- sommetider, sjældent eller aldrig	10,4	833
	- altid eller ofte	8,1	214
Fysisk aktivitet i hovedbeskæftigelsen	- stående, gående eller anstrengende arbejde	10,3	670
	- stillesiddende arbejde	9,3	377

7.4 Passiv rygning

Passiv rygning udgør et arbejdsmiljømæssigt problem. Hyppige gener er irritation af øjne og slimhinder samt hovedpine. Endvidere kan astma forværres ved passiv rygning, og der er desuden fundet en sammenhæng mellem passiv rygning og udviklingen af lungekræft og hjerte-karsygdomme. I Regeringens sundhedsprogram fra 2002 er tobaksforebyggelse et vigtigt indsatsområde og herunder prioriteres udviklingen af røgfrie miljøer på arbejdspladsen, således at ingen ufrivilligt udsættes for passiv rygning i deres hverdag (1). Lidt mere end hver anden erhvervsaktive oplyste i år 2000, at der var indført faste regler for rygning på deres arbejdsplads, og i år 2005 var der mere end 7 ud af 10, som oplyste dette (2). En ny lov om røgfri miljøer på arbejdspladsen, der trådte i kraft d. 15. august 2007, vil fjerne tobaksrøg fra offentlige såvel som private arbejdspladser. Der er dog en række undtagelser i de nye regler, som gør det vigtigt stadig at være opmærksom på området.

Blandt erhvervsaktive i Kolding Kommune oplyser 36,1 %, at de altid eller nogle gange er udsat for passiv rygning på deres arbejdsplads, hvilket er en større andel end i Region Syddanmark (34,2 %) og i Danmark som helhed (32,4 %).

Det fremgår af tabel 7.4, at der er en større andel med et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred blandt erhvervsaktive, der aldrig er udsat for passiv rygning på arbejdspladsen, end blandt erhvervsaktive, der altid er udsat for passiv rygning. Endvidere ses en sammenhæng mellem langvarig sygdom og passiv rygning. Andelen med langvarig sygdom er større blandt erhvervsaktive, der altid udsættes for passiv rygning, end blandt erhvervsaktive, som aldrig udsættes for passiv rygning. Det fremgår desuden, at blandt erhvervsaktive, der altid udsættes for passiv rygning, er der en mindre andel, som ofte er stresset i dagligdagen, end blandt erhvervsaktive, der aldrig udsættes for passiv rygning.

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

	Ofte stresset i dagligdagen	Godt eller virkelig godt selv vurderet helbred	Langvarig sygdom	Antal svarpersoner
<i>Udsat for passiv rygning på arbejdspladsen</i>				
-Ja, altid	7,9	76,9	31,2	98
-Ja, af og til	10,1	83,4	24,5	298
-Nej, aldrig	11,6	82,4	24,7	640

Litteratur

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

(2) Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M, Hesse U, Eriksen L, Christensen AI, Grønbæk M. Sundheds- og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, 2006

Kapitel 8. Sundhedsprofil for unge mellem 16 og 24 år

I dette kapitel beskrives en række forhold, der karakteriserer unges sundhed og sundhedsvaner i Kolding Kommune. De fleste børn og unge er raske i medicinsk forstand, men mange har alligevel problemer med helbred og trivsel (1). I kapitlet belyses helbredsrelateret livskvalitet, sundhedsadfærd samt sociale relationer.

8.1 Helbredsrelateret livskvalitet

Selvurderet helbred og stress bruges i mange undersøgelser som en indikator for unges trivsel og sundhed. Tabel 8.1 viser andelen af unge i Kolding Kommune, der vurderer eget helbred som godt eller virkelig godt. Der er en større andel blandt 16-19 årige mænd end blandt 16-19 årige kvinder, der vurderer eget helbred som godt eller virkelig godt. Blandt mænd falder andelen, der vurderer eget helbred som godt eller virkelig godt, med stigende alder. Andelen med virkelig godt eller godt selvurderet helbred er for begge køn mindre i Kolding Kommune end i Danmark.

Tabel 8.1. Andel, der vurderer eget helbred som godt eller virkelig godt, opdelt på køn og alder (Procent).

	Kolding	Antal svar- personer	Danmark	Antal svar- personer
<i>Mænd</i>				
16-19	87.4	87	95.2	337
20-24	83.7	92	92.4	377
<i>Kvinder</i>				
16-19	83.3	132	90.6	330
20-24	84.1	132	90.7	390

Tabel 8.2 viser, at blandt mænd falder andelen, der ofte er stresset, med stigende alder, mens andelen blandt kvinder stiger med stigende alder. Overordnet set er der en større andel, der ofte er stresset, blandt unge i Kolding end blandt unge i Danmark som helhed. Blandt mænd i aldersgruppen 20-24 år ses dog, at andelen, der ofte er stresset, er mindre i Kolding Kommune end i Danmark.

Tabel 8.2. Andel, der ofte er stresset, opdelt på køn og alder (Procent).

	Kolding	Antal svar- personer	Danmark	Antal svar- personer
<i>Mænd</i>				
16-19	11.5	87	8.8	337
20-24	8.7	92	10.7	377
<i>Kvinder</i>				
16-19	8.3	132	4.9	330
20-24	11.4	132	6.6	390

Det fremgår af tabel 8.3, at andelen, der føler sig nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig, er større blandt kvinder end blandt mænd. Det fremgår endvidere af tabellen, at blandt mænd i Kolding Kommune falder andelen med stigende alder, mens andelen stiger med stigende alder blandt kvinder. I forhold til Danmark ses, at der i alle aldersgrupper er en større andel i Kolding Kommune, der føler sig nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig, end i Danmark som helhed.

Tabel 8.3. Andel, der føler sig nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig, opdelt på køn og alder (Procent).

	Kolding	Antal svar- personer	Danmark	Antal svar- personer
<i>Mænd</i>				
16-19	17.2	87	4.7	337
20-24	11.9	92	8.7	377
<i>Kvinder</i>				
16-19	22.7	132	13.7	330
20-24	25.0	132	10.9	390

Af tabel 8.4 fremgår andelen, der lider af træthed, og her ses den samme tendens, som i tabel 8.3. Således er andelen, der lider træthed, større blandt kvinder end blandt mænd og større i Kolding Kommune end i Danmark som helhed. Derudover ses, at blandt mænd falder andelen, der lider af træthed, med stigende alder, mens den stiger med stigende alder blandt kvinder.

Tabel 8.4. Andel, der lider af træthed, opdelt på køn og alder (Procent).

	Kolding	Antal svar- personer	Danmark	Antal svar- personer
<i>Mænd</i>				
16-19	46.0	87	24.6	337
20-24	38.0	92	26.7	377
<i>Kvinder</i>				
16-19	56.1	132	34.2	330
20-24	62.1	132	36.6	390

8.2 Sundhedsadfærd

Sundhedsvaner grundlægges tidligt i livet, og der er stor risiko for, at sundhedsproblemer og risikoadfærd i barndommen og ungdommen fortsætter i voksenlivet. Det er derfor vigtigt at monitorere sundhed og sundhedsadfærd blandt børn og unge, således at sundhedsproblemer og risikoadfærd kan forebygges fra en tidlig alder (1).

8.2.1 Rygning

Flere forhold ved unges rygevaner er af betydning. Jo tidligere et ungt menneske begynder at ryge, desto større er sandsynligheden for, at den unge ender som storryger, og desto sværere har den unge ved at holde op med at ryge som voksen. Der kan derfor være en forebyggende effekt af at udskyde rygestart (1).

Tabel 8.5. Andel, der ryger dagligt, opdelt på køn og alder (Procent).

	<i>Antal svar-</i> Kolding <i>personer</i>		<i>Antal svar-</i> Danmark <i>personer</i>	
<i>Mænd</i>				
16-19	26.4	87	22.6	337
20-24	21.7	92	32.1	377
<i>Kvinder</i>				
16-19	13.6	132	19.8	330
20-24	25.8	132	29.9	390

Det fremgår af tabel 8.5, at der i aldersgruppen 16-19 år er en større andel, der ryger dagligt, blandt mænd end blandt kvinder. Blandt kvinder ses den største andel i aldersgruppen 20-24 år, mens den blandt mænd ses i aldersgruppen 16-19 år. Således er der blandt de 20-24 årige en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der ryger dagligt. Overordnet set er der en mindre andel blandt unge, der ryger dagligt, i Kolding Kommune end i Danmark som helhed. Blandt 16-19 årige mænd er der dog en større andel i Kolding Kommune end i Danmark, der ryger dagligt.

8.2.2 Alkohol

Alkoholforbruget blandt danske unge er alarmerende højt sammenlignet med unge andre steder i Europa. Det er ikke uden konsekvenser, at unge drikker store mængder alkohol. Flere undersøgelser viser, at de unge, der tidligt har et stort forbrug af alkohol, også senere i livet er blandt dem med det største forbrug (1). Unges alkoholforbrug har også en række umiddelbare konsekvenser, hvor den alvorligste er en større risiko for at blive involveret i trafikulykker. Derudover er der en øget risiko for forgiftninger, at blive involveret i slagsmål, at have ubeskyttet samleje og at opleve sociale eller familiære problemer.

Alkoholforbrug belyses i nærværende undersøgelse på to måder; dels som andelen, der har overskredet Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser inden for den seneste uge, og dels som andelen, der inden for den seneste måned har drukket mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed. Hvis man på en dag/aften drikker mere end fem genstande, kaldes det for en bingeepisode.

Tabel 8.6. Andel, der har overskredet Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse inden for den seneste uge, opdelt på køn og alder (Procent).

	<i>Antal svar-</i> Kolding <i>personer</i>		<i>Antal svar-</i> Danmark <i>personer</i>	
<i>Mænd</i>				
16-19	24.1	87	18.9	337
20-24	22.8	92	25.4	377
<i>Kvinder</i>				
16-19	10.6	132	11.5	330
20-24	12.2	132	9.4	390

I Kolding Kommune er der en større andel, der har overskredet Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse inden for den seneste uge, blandt mænd end blandt kvinder (tabel 8.6). Blandt de 16-19 årige mænd og de 20-24 årige kvinder er andelen, der har overskredet genstandsgrænsen, større i Kolding Kommune end i Danmark som helhed.

Tabel 8.7. Andel, der har haft mindst en bingeepisode inden for den seneste måned, opdelt på køn og alder (Procent).

	Kolding	Antal svar- personer	Danmark	Antal svar- personer
<i>Mænd</i>				
16-19	80.5	87	82.8	337
20-24	76.1	92	85.9	377
<i>Kvinder</i>				
16-19	55.3	132	67.8	330
20-24	70.5	132	68.9	390

Det fremgår af tabel 8.7, at andelen, der har haft mindst en bingeepisode indenfor den seneste måned, er større blandt mænd end blandt kvinder, for mændenes vedkommende gælder det mere end 75 %, for kvinderne mere end hver anden. Blandt mænd er andelen, der har haft mindst en bingeepisode, mindst i den ældste aldersgruppe, mens den omvendte tendens ses hos kvinderne, hvor andelen er mindst blandt de 16-19 årige. Overordnet set er andelen, der har haft mindst en bingeepisode, større blandt unge i Danmark end blandt unge i Kolding Kommune.

8.2.3 Fysisk aktivitet

Forskningen viser, at motion er væsentligt for den almene trivsel og for helbredet. Fysisk aktivitet har mange positive effekter på kroppens funktioner, herunder positive effekter på hjerte, kredsløb, muskler samt hormon- og immunsystemet. Fysisk aktivitet medfører ligeledes socialpsykologiske gevinster i form af livsglæde, overskud, social trivsel, selvtillid og handlingskompetencer. Derudover er det bevist, at der er positiv sammenhæng mellem fysisk aktivitet og de kognitive processer, som forudsætter læring hos børn og unge (1).

Tabel 8.8. Andelen, der er fysisk aktiv i fritiden, opdelt på køn og alder (Procent).

	Kolding	Antal svar- personer	Danmark	Antal svar- personer
<i>Mænd</i>				
16-19	63.2	87	58.5	337
20-24	55.4	92	52.5	377
<i>Kvinder</i>				
16-19	58.3	132	40.7	330
20-24	30.3	132	37.5	390

Tabel 8.8 viser andelen, der er fysisk aktiv i fritiden. "Fysisk aktiv" er defineret som dem, der træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen eller dem, der dyrker motionsidræt eller laver tungt havearbejde mindst fire timer om ugen. Det fremgår af tabellen, at der er en større andel blandt unge mænd end blandt unge kvinder, der er fysisk aktive i fritiden. Andelen, der er fysisk aktive i fritiden, falder med stigende alder. Denne tendens ses især hos de unge kvinder, således er der blandt de 20-24 årige kun 30,3 %, der er fysisk aktive i fritiden. I forhold til Danmark, er der generelt en større andel, der er fysisk aktive, i Kolding Kommune end i Danmark. Dog er der blandt kvinder i aldersgruppen 20-24 år en mindre andel, der er fysisk aktive, i Kolding Kommune end i Danmark som helhed.

8.2.4 Svært overvægt

Inden for de sidste 10 år er der sket en kraftig stigning i antallet af overvægtige blandt børn og unge. Svært overvægtige børn og unge diskrimineres ofte i skoler og lider ofte under lavt selvværd, social isolation, depression og angst (4). Body Mass Index, BMI, er anvendt til at kategorisere unge i Kolding Kommune som svært overvægtige.

Tabel 8.9. Andelen af svært overvægtige opdelt på køn og alder (Procent).

	Kolding		Danmark	
	Antal svar-	Antal svar-	Antal svar-	Antal svar-
	personer	personer	personer	personer
<i>Mænd</i>				
16-19	3,5	87	1,9	337
20-24	3,3	92	6,3	377
<i>Kvinder</i>				
16-19	2,3	132	3,0	330
20-24	6,3	132	7,2	390

Tabel 8.9 viser andelen af svært overvægtige unge i Kolding Kommune. Blandt kvinder stiger andelen af svært overvægtige med stigende alder. Endvidere ses af tabellen, at der blandt mænd i aldersgruppen 16-19 år er en større andel i Kolding Kommune end i Danmark, der er svært overvægtige. I de resterende aldersgrupper ses, at andelen er mindre i Kolding Kommune end i Danmark.

8.2.5 Hash

Hash er det mest anvendte illegale stof blandt unge (3). Stoffet udskilles kun langsomt gennem kroppen, og derfor vil det ved et ugentligt forbrug ophobes i kroppen hos den unge. Evnen til indlæring og hukommelse samt evnen til abstrakt tænkning, koncentration, opmærksomhed og sproglig formulering og forståelse bliver betydeligt svækket af indtagelse af hash. Det er derfor ikke hensigtsmæssigt med hyppig indtagelse af hash i ungdomsårene, hvor hjernen har sin maksimale kapacitet for indlæring (6).

Tabel 8.10. Andelen, der har prøvet hash inden for den seneste måned eller har røget hash mindst en gang om ugen inden for den seneste måned, opdelt på køn og alder (Procent).

	Har prøvet hash inden for den seneste måned	Har røget hash mindst en gang om ugen inden for den seneste måned	Antal svarpersoner
<i>Mænd</i>			
16-19	25,3	2,3	87
20-24	27,2	1,1	92
<i>Kvinder</i>			
16-19	6,1	1,5	132
20-24	9,9	0,8	132

Det fremgår af tabel 8.10, at en mindre andel blandt kvinder end blandt mænd har prøvet hash inden for den seneste måned. Andelen, der har prøvet hash inden for den seneste måned, stiger med stigende alder. Endvidere fremgår det af tabellen, at en større andel blandt de 16-19 årige end blandt de 20-24 årige har røget hash mindst en gang om ugen inden for den seneste måned. Således er der 2,3 % af de 16-19 årige mænd og 1,5 % af de 16-19 årige kvinder, der har røget hash mindst en gang om ugen indenfor den seneste måned.

8.2.6 Seksuel adfærd

Der har siden opblomstringen af HIV i 80'erne været fokus på sikker sex blandt unge både i medierne og i skolerne. En dansk undersøgelse viser dog, at næsten halvdelen af de 20-24 årige mænd stadigvæk ikke beskytter sig konsekvent hver gang, de er seksuelt sammen med en ny partner (7). Det er derfor vigtigt, at der stadig opmærksomhed på unges seksuelle viden og adfærd.

Tabel 8.11. Alder ved første samleje, opgjort særskilt på køn (Procent).

	Mænd	Kvinder	I alt
14 år eller derunder	21.8	14.4	17.4
15-18 år	50.3	53.4	52.1
19 år eller derover	6.7	6.4	6.6
Har aldrig haft samleje	19.6	24.6	22.6
Ved ikke	1.7	1.1	1.4
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>179</i>	<i>264</i>	<i>443</i>

Tabel 8.11 viser de unges alder ved første samleje. Lidt over halvdelen af de unge har deres seksuelle debut, når de er mellem 15 og 18 år gamle. En lidt større andel blandt mænd end blandt kvinder har haft deres seksuelle debut før de fylder 15 år. Andelen, der aldrig har haft samleje, er lidt større blandt kvinder end mænd.

Tabel 8.12. Antal seksualpartnere, som den unge har haft efter det fyldte 15 år, opgjort særskilt på køn blandt unge, der har haft samleje (Procent).

	Mænd	Kvinder	I alt
1 partner	21.5	27.6	25.1
2-3 partnere	25.0	31.7	28.9
4-9 partnere	25.0	24.6	24.8
9+ partnere	20.9	11.6	15.2
Uoplyst	7.6	4.5	5.8
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>144</i>	<i>199</i>	<i>343</i>

Det fremgår af tabel 8.12, at der er en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der har haft 1 partnere eller 2-3 partnere. Endvidere ses det af tabellen, at andelen, der har haft flere end ni partnere, er mindre blandt kvinder end mænd.

Tabel 8.13. Angivelse af hvor ofte den unge bruger prævention opgjort særskilt på køn og alder blandt unge, der har haft samleje (Procent).

	Altid	En gang i mellem	Aldrig	Uoplyst	<i>Antal svarpersoner</i>
<i>Mænd</i>					
16-19	41.8	25.5	14.9	18.1	67
20-24	24.7	15.6	42.9	16.9	77
<i>Kvinder</i>					
16-19	74.1	7.3	6.2	12.3	81
20-24	78.8	6.8	7.6	6.8	118

Andelen, der altid bruger prævention, er større blandt kvinder end blandt mænd (tabel 8.13). En større andel blandt de 20-24 årige end de 16-19 årige kvinder anvender altid prævention. Blandt mænd falder andelen, der aldrig bruger prævention, med alderen, således at 42,9 % af de 20-24 årige mænd angiver, at de aldrig bruger prævention.

Tabel 8.14. Forskellige former for prævention, der benyttes af den unge selv eller partneren, opgjort særskilt på køn blandt unge, der har haft samleje (Procent).

	Mænd	Kvinder	I alt
P-pille/minipille	70,1	75,9	73,5
Kondom	45,1	33,7	38,5
Afbrudt samleje	7,6	4,0	5,5
Sikre perioder	4,9	2,0	3,2
P-ring, P-plaster, P-stav	2,8	2,5	2,6
Spiral	1,4	2,0	1,8
Nødprevention	1,4	1,0	1,2
Sterilisation	0,7	0,5	0,6
Pessar	0,7	0,0	0,3
Femidom	0,0	0,0	0,0
Ingen prævention	20,1	18,6	19,2
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>144</i>	<i>199</i>	<i>343</i>

Tabel 8.14 viser, hvilke former for prævention den unge selv eller partneren benytter, når de er seksuelt sammen med en partner. De to mest anvendte former for prævention er p-pille/minipille (73,5 %) og kondom (38,5 %). En relativ stor andel anvender dog også de mindre sikre former for prævention som afbrudt samleje (5,5 %) og sikre perioder (3,2 %). I alt 19,2 % af de unge i Kolding Kommune anvender ingen prævention. En lidt større andel blandt kvinder end blandt mænd angiver, at de eller partneren bruger p-pille/minipille, mens en mindre andel anvender kondom, afbrudt samleje og sikre perioder blandt kvinder end blandt mænd.

8.3 Sociale relationer

I dette afsnit beskrives unges sociale relationer. Undersøgelser har vist, at der i høj grad er sammenhæng mellem unges sociale relationer og deres sundhedsadfærd (5).

Tabel 8.15. Andelen, der træffer venner og bekendte mindst en gang om ugen, opdelt på køn og alder (Procent).

	<i>Antal svar-</i> Kolding <i>personer</i>		<i>Antal svar-</i> Danmark <i>personer</i>	
<i>Mænd</i>				
16-19	98.8	87	98.4	337
20-24	90.9	92	92.2	377
<i>Kvinder</i>				
16-19	93.8	132	96.6	330
20-24	87.6	132	89.5	390

Det fremgår af tabel 8.15, at 98,8 % af de 16-19 årige mænd og 93,8 % af de 16-19 årige kvinder træffer venner mindst en gang om ugen. Blandt mænd er der en mindre andel, der træffer

venner mindst en gang om ugen, end blandt kvinder. Andelen, der træffer venner mindst en gang om ugen, er størst i den yngste aldersgruppe. Endvidere ses det, at andelen i Kolding Kommune overordnet set er på niveau med Danmark.

Tabel 8.16. Andelen, der ofte eller en gang imellem er uønsket alene, opdelt på køn og alder (Procent).

	Kolding	Antal svar- personer	Danmark	Antal svar- personer
<i>Mænd</i>				
16-19	32.2	87	21.4	337
20-24	28.3	92	19.7	377
<i>Kvinder</i>				
16-19	29.6	132	22.0	330
20-24	33.3	132	26.5	390

Blandt mænd falder andelen, der ofte eller en gang i mellem er uønsket alene, med stigende alder, mens den blandt kvinder stiger med stigende alder (tabel 8.16). Andelen, der ofte eller en gang i mellem er uønsket alene, er større i Kolding Kommune end i Danmark som helhed.

Tabel 8.17. Andelen, der altid eller for det meste har nogen at tale med, hvis de har eller problemer eller brug for støtte, opdelt på køn og alder (Procent).

	Kolding	Antal svar- personer	Danmark	Antal svar- personer
<i>Mænd</i>				
16-19	82.7	87	97.3	337
20-24	88.0	92	97.1	377
<i>Kvinder</i>				
16-19	87.9	132	98.6	330
20-24	98.5	132	98.7	390

Det fremgår af tabel 8.17, at andelen, der altid eller for det meste har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte, stiger med stigende alder. Andelen blandt kvinder er større end andelen blandt mænd. Endvidere fremgår det af tabellen, at andelen, der altid eller for det meste har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte er mindre, blandt unge i Kolding Kommune end blandt unge i Danmark.

8.4 Trivsel, sociale relationer og livsstil

Unge livsstil kan være bestemt af forskellige indre såvel som ydre faktorer. Eksempelvis kan en bestemt livsstil være dominerende i de fællesskaber, som den unge indgår i, og dermed påvirke den unge i retning af en bestemt sundhedsadfærd. Sundhedsadfærd kan også være en måde at lindre eller fjerne forskellige problemer i hverdagen (3). I dette afsnit beskrives sammenhængen mellem unges sundhedsadfærd og deres trivsel samt sociale relationer.

Tabel 8.18. Andel, der er fysisk aktive i fritiden, ryger dagligt eller overskrider genstandsgrænsen i forhold til selvvrderet helbred (Procent).

	Fysisk aktiv i fritiden	Ryger dagligt	Overskrider genstandsgrænsen	Antal svarpersoner
<i>Mænd</i>				
Virkelig godt eller godt selvvrderet helbred	60,8	23,5	21,6	153
Nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selvvrderet helbred	50,0	26,9	34,6	26
<i>Kvinder</i>				
Virkelig godt eller godt selvvrderet helbred	40,3	16,7	11,8	221
Nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selvvrderet helbred	16,3	34,9	9,3	43

Tabel 8.18 viser sammenhængen mellem forskellige livsstilsfaktorer og selvvrderet helbred. Blandt mænd med virkelig godt eller godt selvvrderet helbred er der en mindre andel, der ryger dagligt og overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse, og en større andel, der er fysisk aktive i fritiden, end blandt mænd med nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selvvrderet helbred. Ligeledes er en større andel fysisk aktive i fritiden og en mindre andel ryger dagligt blandt kvinder med virkelig godt eller godt selvvrderet helbred end blandt kvinder med nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selvvrderet helbred. Omvendt af tendensen blandt mændene ses blandt kvinder, at den største andel overskrider genstandsgrænsen blandt dem med virkelig godt eller godt selvvrderet helbred.

Tabel 8.19. Andel, der er fysisk aktive i fritiden, ryger dagligt eller overskrider genstandsgrænsen i forhold til ensomhed (Procent).

	Fysisk aktiv i fritiden	Ryger dagligt	Overskrider genstandsgrænsen	Antal svarpersoner
<i>Mænd</i>				
Ofte eller engang imellem uønsket alene	57.4	18.5	20.4	54
Aldrig eller sjældent uønsket alene	60.0	26.4	24.8	125
<i>Kvinder</i>				
Ofte eller engang imellem uønsket alene	18.1	26.5	9.6	83
Aldrig eller sjældent uønsket alene	44.8	16.6	12.2	181

Tabel 8.19 viser, at andelen, der er fysisk aktive i fritiden, er større blandt unge, der aldrig eller sjældent er uønsket alene, end blandt unge, der ofte eller en gang imellem er uønsket alene. Blandt mænd ses, at der er en mindre andel, der ryger dagligt og overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse, blandt unge, der ofte eller en gang imellem er uønsket alene, end blandt unge, der aldrig eller sjældent er uønsket alene. Blandt kvinder ses ligeledes, at en mindre andel blandt dem, der ofte eller en gang imellem er uønsket alene, overskrider genstandsgrænsen end blandt dem, der sjældent eller aldrig er uønsket alene. Andelen, der ryger dagligt, er større blandt unge kvinder, der ofte eller en gang imellem er uønsket alene, end blandt unge kvinder, der sjældent eller aldrig er uønsket alene.

Tabel 8.20. Andel, der er fysisk aktive i fritiden, ryger dagligt eller overskrider genstandsgrænsen i forhold til, om de har nogen at tale med (Procent).

	Fysisk aktiv i fritiden	Ryger dagligt	Overskrider genstands- grænsen	Antal svar- personer
<i>Mænd</i>				
Ja, har nogen at tale med	58.8	24.8	22.8	153
Nej, har ingen at tale med	61.5	19.2	26.9	26
<i>Kvinder</i>				
Ja, har nogen at tale med	40.0	19.5	11.4	246
Nej, har ingen at tale med	27.8	22.2	11.1	18

Det fremgår af tabel 8.20, at blandt mændene er der en mindre andel, der er fysisk aktive i fritiden og overskrider genstandsgrænsen og en større andel, der ryger dagligt, blandt dem, der har nogen at tale med, i forhold til dem, der ingen har at tale med. Den omvendte tendens ses blandt kvinder, hvor en større andel er fysisk aktive og en mindre andel ryger dagligt blandt kvinder, der har nogen at tale med, end blandt kvinder, der ikke har nogen at tale med.

Litteratur

- (1) Due P, Holstein B, red. Skolebørnsundersøgelsen 2002, 2. reviderede udgave. Københavns Universitet. Institut for Folkesundhedsvidenskab, 2003.
- (2) Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M, Hesse U, Eriksen L, Christensen AI, Grønbæk M. Sundhed- og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
- (3) Aaen S og Nielsen GA. Trivsel, sundhed og sundhedsvaner blandt 16 – 20-årige i Danmark. Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen, 2006.
- (4) Sundhedsstyrelsen. Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt- forslag til løsninger og perspektiver, Sundhedsstyrelsen, Center for forebyggelse, 2003
- (5) Helweg-Larsen K, Andersen S, Nielsen UB, Madsen M. Ung og køn - kønsperspektivet i unges trivsel og sundhedsadfærd i starten af det 21. århundrede. Statens Institut for Folkesundhed, 2003
- (6) Sundhedsstyrelsen. Rusmidlernes biologi. Sundhedsstyrelsen, 2000
- (7) Nielsen LB. Ung 2006: 15-24 åriges seksualitet- viden, holdninger og adfærd. Institut for Sociologi, Socialt arbejde og Organisation, Aalborg Universitet og Sundhedsstyrelsen, 2007

