

SUNDHED I SLAGELSE

2006

Anne Illemann Christensen
Christina Bjørk
Ulrik Hesse

Sundhed i Slagelse 2006

Anne Illemann Christensen, Christina Bjørk, Ulrik Hesse.

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

Copyright © Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet og Slagelse Kommune.
København, april 2007.

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

Rapporten kan erhverves ved henvendelse til:

Sundhedsafdelingen

Slagelse Kommune

Valbyvej 69G

4200 Slagelse

Telefon: 58574012

E-mail: sundhed@slagelse.dk

www.slagelse.dk

Forord

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

Sundhed i Slagelse 2006 er baseret på et modelspørgeskema, der er udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed (SIF). Modelspørgeskemaet og den tilhørende vejledning er tænkt som en hjælp til udarbejdelsen af en lokal sundhedsprofil og dermed til planlægningen og udførelsen af det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i kommune og til monitorering af den ydede indsats.

Undersøgelsen er tilrettelagt og gennemført af en projektgruppe bestående af forskningsassistent Anne Illemann Christensen, forskningsassistent Christina Bjørk og forskningsmedarbejder Ulrik Hesse. Kontorfuldmægtig Hanne Mortensen har opsat og klargjort rapporten til trykning. Fra Slagelse Kommune har sundhedskonsulent Ragnhild Lindsø og udviklingskonsulent Kirsten V. Jensen bistået med udvikling af spørgsmål til undersøgelsen og kommenteret rapporten.

April 2007

Lis Tribler
Borgmester

Morten Grønbæk
Forskningsleder

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	5
Sammenfatning	7
Kapitel 1. Materiale og metode	16
1.1 Baggrund og formål	16
1.2 Læsevejledning	16
1.3 Indsamling af data	20
1.4 Spørgeskemaets struktur	20
1.5 Bortfald og repræsentativitet	21
1.6 Sociodemografisk beskrivelse af populationen	22
1.7 Statistisk analyse	24
Kapitel 2. Helbredsrelateret livskvalitet	26
2.1 Selvvurderet helbred	26
2.2 Stress	28
2.3 Funktionsniveau blandt 65-årige eller derover	28
Kapitel 3. Sygelighed og konsekvenser af sygdom	34
3.1 Sygdom og sygelighed	34
3.1.1 Langvarig sygdom	35
3.1.2 Specifikke sygdomme	36
3.1.3 Andel med smerter eller ubehag inden for en 14-dages periode	37
3.2 Ulykker	52
3.3 Konsekvenser af sygdom	52
Kapitel 4. Sygdomsadfærd og brug af sundheds-væsenet	54
4.1 Kontakt til læger og andre behandlere inden for en 3-måneders periode	54
4.2 Genoptræning	57
4.3 Brug af hjemmesygepleje og hjemmehjælp	58
4.4 Brug af tandlæge	58
4.5 Brug af fysioterapeut og kiropraktor	59
4.6 Psykologisk eller psykiatrisk hjælp	59
4.7 Brug af medicin	59
Kapitel 5. Sundhedsadfærd	70
5.1 Rygning	70
5.2 Fysisk aktivitet	71
5.2.1 Fysisk aktivitet i fritiden	71
5.2.2 Fysisk aktivitet i hovedbeskæftigelsen	72
5.3 Alkohol	73
5.4 Hash	74
5.5 Kost	74

5.7 Svær overvægt og undervægt.....	75
5.8 Forandringsparathed.....	76
5.9 Egen indsats	77
5.9.1 Ændring af alkohol brug.....	77
5.9.2 Rygning.....	78
5.9.3 Ændring af vægt	79
5.9.4 Ændring af motionsvaner.....	81
5.10 Talt med praktiserende læge om sundhedsvaner	82
5.11 Sundhed blandt etniske minoriteter.....	83
 Kapitel 6. Sociale relationer og social kapital	102
6.1 Sociale relationer	102
6.2 Social kapital.....	106
 Kapitel 7. Arbejdsmiljø.....	118
7.1 Psykosocialt arbejdsmiljø	118
7.2 Fysisk arbejdsmiljø	119
7.3 Sygefravær	119
7.4 Passiv rygning	120

Sammenfatning

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

Sundhed i Slagelse 2006 er baseret på en repræsentativ stikprøve på 2000 tilfældig udvalgte borgere, der pr. 1. oktober 2006 var 16 år eller derover og bosiddende i Slagelse Kommune. Sundhed i Slagelse 2006 er baseret på et spørgeskema udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed. Spørgeskemaet er baseret på samme model som sundhed- og sygelighedsundersøgelserne 2005. Det betyder, at Sundhed i Slagelse 2006 i vid udstrækning vil kunne sammenlignes med såvel regionale som nationale forhold.

Helbredsrelateret livskvalitet

Kapitlet om helbredsrelateret livskvalitet omhandler den subjektive dimension af sundhed og helbred, dvs. hvordan borgerne i Slagelse Kommune oplever deres egen sundhed og helbred. Der tages udgangspunkt i indikatorerne selv vurderet helbred og oplevelse af stress.

Selv vurderet helbred

Selv vurderet 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 opfølgningsperiode. I Slagelse Kommune er andelen, der vurderer deres helbred som værende virkelig godt eller godt, mindre end i Region Sjælland og i Danmark som helhed. Der er en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der vurderer deres eget helbred som værende virkelig godt eller godt. Andelen, med virkelig godt eller godt selv vurderet helbred, falder med stigende alder. Jo højere uddannelsesniveau desto større er andelen, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt. Der er en markant større andel blandt erhvervsaktive end blandt ikke erhvervsaktive, der vurderer deres helbred som værende virkelig godt eller godt. I forhold til civilstand ses, at der blandt gifte og samlevende er en større andel, der vurderer deres helbred som værende virkelig godt eller godt, end blandt de øvrige civilstandsgrupper.

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, der ofte føler sig stresset i Slagelse Kommune, adskiller sig ikke fra andelen i Region Sjælland og Danmark som helhed. Der er en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der ofte føler sig stresset i dagligdagen. Blandt mænd er andelen, der ofte føler sig stresset, størst i aldersgruppen 25-64 år, mens andelen blandt kvinder er størst i aldersgruppen 25-44 år.

Sygdom og sygelighed

I Sundhed i Slagelse 2006 anvendes tre forskellige mål for sygdom og sygelighed. Det drejer sig om forekomsten af langvarige sygdomme, forekomsten af specifikke sygdomme samt forekomst af gener, symptomer og besvær inden for en 14-dages periode.

Langvarig sygdom

Der er en mindre andel i Slagelse Kommune, der har en eller flere langvarige sygdomme, end i Region Sjælland 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 (ugifte) end blandt gifte.

Specifikke sygdomme

Andelen i Slagelse Kommune, der lider af slidgigt/leddegigt, adskiller sig ikke fra andelen i Region Sjælland 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 i Slagelse Kommune, der lider af allergi, er mindre end andelen i Region Sjælland og i Danmark som helhed. Der er en mindre andel, der lider af allergi, blandt mænd end blandt kvinder. Andelen, der lider af allergi, er størst blandt de 25-44 årige.

I Slagelse Kommune er andelen, der lider af forhøjet blodtryk, på niveau med andelen i Region Sjælland og Danmark som helhed. Andelen, med forhøjet blodtryk, stiger med stigende alder. Blandt borgere med en mellemlang uddannelse er andelen, med forhøjet blodtryk, mindre end blandt borgere med en lang uddannelse. Der er en større andel, med forhøjet blodtryk, blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive.

Andelen, der lider af migræne eller hyppig hovedpine, er større i Slagelse Kommune end i Danmark som helhed, men på niveau med Region Sjælland. Der er en mindre andel, med migræne eller hyppig hovedpine, blandt mænd end blandt kvinder. Både blandt mænd og kvinder ses den største andel, med migræne eller hyppig hovedpine, i aldersgruppen 25-64 år.

Andelen i Slagelse Kommune, der har en rygsygdom, er mindre end andelen i Region Sjælland, men på niveau med andelen i Danmark. Der er en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der har en rygsygdom. Andelen, der har en rygsygdom, er mindst blandt de 16-24 årige.

Gener og symptomer inden for en 14-dages periode

Andelen, der lider af meget generende smerter eller ubehag, er mindre i Slagelse Kommune end i Region Sjælland. Der er en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der lider af meget generende smerter eller ubehag. Andelen, med meget generende smerter eller ubehag, falder med stigende uddannelsesniveau. Der er en større andel blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive, der har meget generende smerter eller ubehag.

I Slagelse Kommune er andelen, der har oplevet smerter eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder inden for de seneste 14 dage, større end i Region Sjælland og Danmark som

helhed. Andelen, der inden for de seneste 14 dage har oplevet smerter eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder, er mindre blandt mænd end blandt kvinder. Den største andelen ses blandt kvinder i aldersgruppen 25-64 år. Blandt ikke erhvervsaktive er der en større andel, der har oplevet smerter eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder, end blandt erhvervsaktive.

Der er en større andel, der har oplevet smerter eller ubehag i ryg eller lænd inden for de seneste 14 dage, i Slagelse Kommune end i Region Sjælland 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 oplevet smerter og ubehag i ryg eller lænd, er mindst i aldersgruppen 16-24 år. Der er en mindre andel blandt enlige (ugifte) end blandt gifte, der har oplevet smerter og ubehag i ryg eller lænd.

Andelen, der inden for de seneste 14 dage har oplevet smerter eller ubehag i ben, hofte, knæ eller fødder, er større i Slagelse Kommune end i Region Sjælland og Danmark som helhed. Den største andel, der har oplevet smerter eller ubehag i ben, hofte, knæ eller fødder, ses i aldersgruppen 45-64 år. Andelen, der har oplevet smerter eller ubehag i ben, hofte, knæ eller fødder, falder med stigende uddannelsesniveau. Blandt ikke erhvervsaktive er andelen, der har oplevet smerter eller ubehag i ben, hofte eller knæ, større end blandt erhvervsaktive.

Der er en større andel i Slagelse Kommune, der har været generet af hovedpine inden for de seneste 14 dage, end i Region Sjælland og Danmark som helhed. I alle aldersgrupper er andelen, der har været generet af hovedpine, større blandt kvinder end blandt mænd. Den største andel ses blandt kvinder i aldersgruppen 25-44 år.

Andelen af borgere i Slagelse Kommune, der inden for de seneste 14 dage har været generet af træthed, er større end i Region Sjælland og Danmark. I alle aldersgrupper er der en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der har været generet af træthed. 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 i Slagelse Kommune, der har haft kontakt til en praktiserende læge inden for de seneste tre måneder, er større end andelen i Region Sjælland og Danmark. Overordnet er andelen, der har haft kontakt til en praktiserende læge, større blandt kvinder end blandt mænd. Den største andel af borgere, der har haft kontakt til en praktiserende læge, ses i aldersgruppen 65+ år. Andelen af borgere, der har haft kontakt til en praktiserende læge, er mindre blandt erhvervsaktive end blandt ikke erhvervsaktive.

Der er en større andel i Slagelse Kommune, der har været til genoptræning inden for det seneste år, end i Region Sjælland og Danmark. Andelen, der har været til genoptræning, er

størst blandt de 65+ årige. Blandt ikke erhvervsaktive er andelen, der har været til genoptræning, større end andelen blandt erhvervsaktive.

Der er en større andel i Slagelse Kommune, der har været til tandlæge indenfor de seneste tre måneder, end i Region Sjælland og Danmark. Andelen, der har været til tandlæge, er større blandt kvinder end blandt mænd. Der er en mindre andel, der har været til tandlæge, blandt borgere med en kort uddannelse end blandt borgere med en lang uddannelse.

Brug af medicin

Andelen i Slagelse Kommune, der har brugt receptpligtig medicin inden for de seneste 14 dage, adskiller sig ikke fra andelen i Region Sjælland og Danmark som helhed. Blandt kvinder er der en større andel, der har brugt receptpligtig medicin, end blandt mænd. Overordnet stiger andelen, der har brugt receptpligtig medicin, med stigende alder. Blandt kvinder er andelen, der har brugt receptpligtig medicin, dog større blandt de 16-24 årige end blandt de 25-44 årige. Der er en større andel, der har brugt receptpligtig medicin, blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive. Andelen, der har brugt receptpligtig medicin, er større blandt enlige (ugifte) end blandt gifte.

Andelen, der har brugt håndkøbsmedicin inden for de seneste 14 dage, er større i Slagelse Kommune end i Region Sjælland og Danmark. Der er en større andel blandt kvinder, der har brugt håndkøbsmedicin, end blandt mænd. Andelen, der har brugt håndkøbsmedicin, er størst blandt kvinder i aldersgruppen 25-44 år.

Andelen, der har brugt smertestillende receptpligtig medicin og håndkøbsmedicin inden for en 14-dages periode, er større i Slagelse Kommune end i Region Sjælland 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 størst i aldersgruppen 25-44 år for både mænd og kvinder. Blandt ikke erhvervsaktive er der en større andel, der har brugt smertestillende medicin, end blandt erhvervsaktive.

I Slagelse Kommune er andelen, der inden for de seneste 14 dage har brugt blodtrykssænkende medicin, større end andelen i Region Sjælland og Danmark som helhed. Andelen, der har taget blodtrykssænkende medicin, er størst i de ældste aldersgrupper. Blandt ikke erhvervsaktive er andelen, der har brugt blodtrykssænkende medicin, større end blandt erhvervsaktive.

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.

Rygning

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

I Slagelse Kommune er andelen, der ryger dagligt, på niveau med andelen i Region Sjælland og i Danmark som helhed. Både blandt mænd og kvinder er andelen, der ryger dagligt,

mindst i aldersgruppen 16-24 år og størst i aldersgruppen 45-64 år. Andelen, der ryger dagligt, falder med stigende uddannelsesniveau. Andelen, der ryger dagligt, er større blandt samlevende og enlige (separerede, skilte) end blandt gifte.

Andelen der er storrygere, dvs. der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen, adskiller sig ikke fra andelen i Region Sjælland og Danmark. Andelen, der er storrygere, er størst i aldersgruppen 25-64 år for både mænd og kvinder. Andelen, der er storrygere, falder med stigende uddannelsesniveau. Blandt enlige (separerede, skilte) er andelen, der er storrygere, større 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.

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. Der er en mindre andel, der er fysisk aktive i fritiden, blandt borgere med en kort uddannelse end blandt borgere med en lang uddannelse. Blandt ikke erhvervsaktive er der en mindre andel, der er fysisk aktive i fritiden, end blandt erhvervsaktive.

I Slagelse Kommune er der en mindre andel, der har stillesiddende arbejde i hovedbeskæftigelsen, end i Danmark som helhed. 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 45-64 år, mens andelen blandt kvinder er størst i aldersgruppen 25-44 år. Andelen, der har stillesiddende arbejde i hovedbeskæftigelsen, stiger med stigende uddannelseslængde. Blandt enlige (separerede, skilte) er der en mindre andel, der har stillesiddende arbejde i hovedbeskæftigelsen, end blandt gifte.

Alkohol

Borgere med et stort alkoholforbrug har højere dødelighed og sygelighed end personer med moderat eller intet forbrug. Borgere uden alkoholforbrug har den samme risiko for sygelighed og dødelighed som borgere med et moderat alkoholforbrug. 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 drikke-seance.

Andelen, der har overskredet sundhedsstyrelsens genstandsgrænser inden for den seneste uge, er mindre i Slagelse Kommune end i Region Sjælland og i Danmark som helhed. Der er en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der har overskredet sundhedsstyrelsens genstandsgrænser. Blandt mænd er andelen, der overskredet sundhedsstyrelsens genstandsgrænser, størst i aldersgruppen 16-24 år, mens andelen blandt kvinder er størst i aldersgruppen 45-64 år. Der er en større andel blandt enlige (ugifte) end blandt gifte, der har overskredet sundhedsstyrelsens genstandsgrænser.

Andelen i Slagelse Kommune, der inden for den seneste måned ved mindst en lejlighed har drukket fem genstande eller derover, er mindre end i Danmark som helhed. Der er en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der har haft mindst en episode, hvor de har drukket fem genstande eller derover. Overordnet falder andelen, der har haft mindst en episode, hvor de har drukket fem genstande eller derover, med stigende alder. Blandt erhvervsaktive er der en større andel, der har haft mindst en episode, hvor de har drukket fem genstande eller derover, end blandt ikke erhvervsaktive.

I alt oplyser 38,8 %, at de ved hvor i kommunen, de kan søge råd og hjælp vedrørende forbrug af alkohol. Der er en større andel blandt kvinder, der ved hvor i kommunen, de kan søge råd og hjælp vedrørende forbrug af alkohol, end blandt mænd. Andelen, der ved hvor i kommunen, de kan søge råd og hjælp vedrørende forbrug af alkohol, er størst i aldersgruppen 45-64 år for både mænd og kvinder.

Hash

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

Der er en større andel i Slagelse Kommune, der inden for det sidste år har prøvet hash, end i Region Sjælland. 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 blandt ikke erhvervsaktive, der har prøvet hash inden for det sidste år, end blandt erhvervsaktive.

I alt oplyser 33,4 %, at de ved hvor i kommunen, de kan søge råd og hjælp vedrørende forbrug af stoffer. Blandt kvinder er der en større andel end blandt mænd, der ved hvor i kommunen, de kan søge råd og hjælp vedrørende forbrug af stoffer. For både mænd og kvinder er andelen, der ved hvor i kommunen, de kan søge råd og hjælp vedrørende forbrug af stoffer, størst i aldersgruppen 45-64 år.

Svær overvægt

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

Andelen, der er svært overvægtige, i Slagelse Kommune adskiller sig ikke fra andelen i Region Sjælland, men er større end andelen i Danmark som helhed. Andelen, der er svært overvægtige, er størst blandt de 45-64 årige. Blandt borgere med en kort uddannelse er andelen, der er svært overvægtig, større end blandt borgere med en lang uddannelse.

Egen indsats

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

Andelen i Slagelse Kommune, der tror, at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare deres helbred, adskiller sig ikke fra andelen i Region Sjælland men er mindre end andelen i Danmark som helhed. Overordnet falder andelen, der mener, at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare eller forbedre helbredet, med stigende alder. Andelen, der mener, at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare eller forbedre helbredet, stiger med stigende uddannelsesniveau. Blandt erhvervsaktive er andelen, der mener, at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare eller forbedre helbredet, større end blandt ikke erhvervsaktive.

Andelen i Slagelse Kommune, der aktivt gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred, adskiller sig ikke fra andelen i Region Sjælland, men er mindre end andelen i Danmark som helhed. Blandt kvinder er der en større andel, der aktivt gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred, end blandt mænd. Den mindste andel af borgere, der aktivt gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred, ses blandt mænd i aldersgruppen 65+ år. Andelen, der aktivt gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred, stiger med stigende uddannelsesniveau. Blandt enlige (separerede, skilte) er der en mindre andel, der aktivt gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred, end blandt gifte.

Talt med praktiserende læge om sundhedsvaner

I Sundhed i Slagelse 2006 er der desuden spurgt til, om man har talt med sin praktiserende læge om sine sundhedsvaner samt hvilke sundhedsvaner man har talt med sin praktiserende læge om. Den samme borger kan have talt med sin praktiserende læge om flere forskellige sundhedsvaner.

Andelen, der har talt med sin praktiserende læge om sine sundhedsvaner, er større blandt mænd end blandt kvinder. Andelen, der har talt med sin praktiserende læge om sine sundhedsvaner, falder med stigende alder. Jo længere uddannelse des større er andelen, der har talt med sin praktiserende læge om sine sundhedsvaner. Blandt erhvervsaktive er der en større andel, der har talt med sin praktiserende læge om sine sundhedsvaner, end blandt ikke erhvervsaktive. Der er en mindre andel, der har talt med sin praktiserende læge om sine sundhedsvaner, blandt enlige (separerede, skilte) end blandt gifte.

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 for både mænd og kvinder. Blandt enlige (separerede, skilte), er der en større andel, der har talt med deres praktiserende læge om deres rygevaner, end blandt gifte.

Blandt mænd er andelen, der har talt med sin praktiserende læge om sine kostvaner, størst i aldersgruppen 45-64 år, mens andelen blandt kvinder er størst i aldersgrupperne 25-44 samt 45-64 år.

Andelen, der har talt med sin praktiserende læge om sine motionsvaner, er lidt større blandt mænd end blandt kvinder. Andelen, der har talt med deres praktiserende læge om deres motionsvaner, er størst i aldersgruppen 45-64 år for både mænd og kvinder.

Sociale relationer og social kapital

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

Sociale relationer

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

Andelen i Slagelse Kommune, der sjældnere end en gang om måneden ser familien, adskiller sig ikke fra andelen i Region Sjælland og i Danmark. Andelen, der sjældnere end en gang om måneden ser familien, er større blandt mænd end blandt kvinder. Der er en større andel, der sjældnere end en gang om måneden ser familien, blandt enlige (separerede, skilte, ugifte) end blandt gifte.

I Slagelse Kommuner er der en større andel af borgere, der sjældnere end en gang om måneden ser venner og bekendte, end i Danmark som helhed, men andelen adskiller sig ikke fra andelen i Region Sjælland. Andelen, der sjældnere end en gang om måneden ser venner og bekendte, er mindst i den yngste aldersgrupper for både mænd og kvinder. Blandt borgere med en mellemlang uddannelse er der en større andel, der sjældnere end en gang om måneden ser venner og bekendte, end blandt borgere med en lang uddannelse.

Andelen, der ofte eller en gang imellem er uønsket alene, er større i Slagelse Kommune end i Region Sjælland og Danmark som helhed. Overordnet falder andelen, der er uønsket alene, med stigende alder. Blandt borgere med en kort uddannelse er der en større andel, der ofte er uønsket alene, end blandt borgere med en lang uddannelse. Der er en større andel, der er uønsket alene, blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive. Blandt enlige (separerede, skilte, ugifte) er der en større andel, der ofte er uønsket alene, end blandt gifte.

Andelen, der ikke regner med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom, er større i Slagelse Kommune end i Region Sjælland og Danmark som helhed. Andelen, der ikke regner med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom, stiger med stigende alder.

Social kapital

Der er en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der føler sig stærkt tilknyttet til det kvarter, de bor i. Andelen, der føler sig stærkt tilknyttet til det kvarter, de bor i, er størst i aldersgruppen 65+ år både blandt mænd og kvinder. Andelen, der føler sig stærkt tilknyttet til det kvarter, de bor i, falder med stigende uddannelseslængde.

I alt oplyser 13,1 %, at de meget ofte eller ofte deltager i en eller anden form for aktivitet, hvor flere mennesker i fællesskab forsøger at lave noget, der kan komme hele lokalområdet til gode. Andelen, der meget ofte eller ofte deltager i en eller anden form for aktivitet, hvor flere mennesker i fællesskab forsøger at lave noget, der kan komme hele lokalområdet til gode, stiger med stigende alder.

I Slagelse Kommune opfatter 18,1 % fællesskabet og sammenholdet i deres lokalområde som meget stærkt eller stærkt. Blandt mænd er andelen, der opfatter fællesskabet og sammen-

holdet i deres lokalområde som meget stærkt eller stærkt, størst i aldersgruppen 65+ år, mens andelen blandt kvinder er nogenlunde den samme i alle aldersgrupper. Blandt erhvervsaktive er der en større andel, der opfatter fællesskabet og sammenholdet i deres lokalområde som meget stærkt eller stærkt, end blandt ikke erhvervsaktive.

Kapitel 1.

Materiale og metode

1.1 Baggrund og formål

Med kommunalreformen, der trådte i kraft 1. januar 2007, har Slagelse Kommune fået ansvaret for den borgerrettede sundhedsfremmende og forebyggende indsats. Derudover er behandlingsindsatsen på fx alkohol- og stofmisbrugsområdet flyttet til kommunen. Ansvar for den patientrettede forebyggelse er delt mellem kommunen og regionen. Slagelse Kommune skal ligeledes være med til at finansiere hospitalsindlæggelser samt brug af forskelligt sundhedsprofessionelt personale fx praktiserende læge. Slagelse Kommune har endvidere overtaget ansvaret for, og finansieringen af al genoptræning, der foregår efter udskrivning fra hospitalet. 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), mens andre oplysninger om borgernes forhold først og fremmest kan opnås, hvis borgerne spørges direkte.

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

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

1.2 Læsevejledning

Rapporten består af syv kapitler. I første kapitel er der redegjort for formål, dataindsamling, spørgeskemaets opbygning, og der gives en sociodemografisk beskrivelse af borgerne i Slagelse Kommune. I de følgende seks kapitler beskrives undersøgelsens resultater. Kapitlerne dækker den subjektive dimension af sundhed og helbred, det medicinske perspektiv på sygelighed, samt sygdomsadfærd og brug af sundhedsvæsenet, sundhedsadfærd, sociale relationer og arbejdsmiljø.

Et bredt udvalg af undersøgelsens resultater præsenteres som standardtabeller. Hver standardtabel er opbygget på samme måde og består af én tabel og én 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. Slagelse Kommune, Region Sjælland samt Danmark. Tallene for Region Sjælland og Danmark er fra Sundheds- og sygelighedsun-

dersøgelsen 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 Slagelse 2006 og SUSY-2005. I standardtabellen følger dernæst de anvendte sociodemografiske baggrundsvariable: 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. Danmark som helhed, i Region Sjælland og i Slagelse Kommune. Tallet ud for gruppen af 16-24 årige mænd angiver, at blandt mænd i denne aldersgruppe er 51,1 % fysisk aktive i fritiden. Blandt de 16-24 årige kvinder er andelen 31,6 %. I alt er 30,6 % blandt mænd og 16,7 % blandt kvinder fysisk aktive i fritiden.

Til beskrivelse af sociodemografiske forskelle vises i denne rapport tal for hhv. kombineret skole- og erhvervsuddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og civilstand. 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 Slagelse Kommune kan sammenlignes med tallene fra Region Sjælland og Danmark. Tallene er altså et udtryk for, hvor stor forekomsten af fysisk aktivitet i fritiden ville være, hvis Sundhed i Slagelse 2006 og SUSY-2005 havde samme køns- og aldersfordeling, som den danske befolkning pr. 1. januar 2005. Dog gælder for samlivsstatus, at der alene er standardiseret efter alder. Der er ikke lavet køns- og aldersstandardiserede forekomster for gruppen "Skoleelev/anden uddannelse". Dette skyldes, at der ikke ønskes at analysere på gruppen, da det ikke er entydigt hvilket niveau "Anden uddannelse" befinder sig på. Der er ikke heller beregnet standardiserede forekomster for samlivsgruppen "Enlig", (enkestand), da det ikke giver mening at aldersstandardisere en gruppe, der altovervejende udgøres af ældre over 65 år.

Efter den standardiserede forekomst er der markeret med "+" eller "-", hvis den standardiserede forekomst afviger signifikant fra referencegruppen. For køn og alder bruges de ikke-standardiserede forekomster. Ved total opgørelser er Slagelse 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 næsten alle mænd og kvinder, bortset fra den ældste aldersgruppe, har statistisk signifikant højere andele, der er fysisk aktive i fritiden end referencegruppen. De ældste kvinder har en statistisk signifikant mindre andel, der er fysisk aktive i fritiden, end referencegruppen. Tilsvarende er gruppen med en lang uddannelse, der er erhvervsaktive og borgere der er 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 standardtabellen i de tilfælde, hvor der er statistiske signifikante forskelle mellem grupperne.

Den sidste søjle i standardtabellen angiver hvor mange personer, der er i den pågældende undergruppe. Der er fx 708 kvinder og 572 mænd i undersøgelsen (standardtabel 1.1). Når der

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

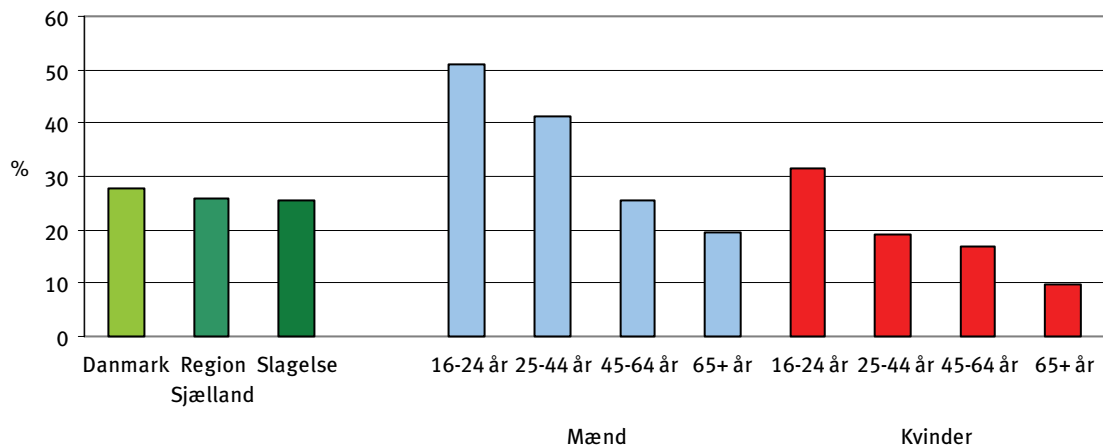
I hver standardtabel er der endvidere en figur, der viser forekomster for Slagelse Kommune, Region Sjælland og Danmark, samt forekomst for Slagelse Kommune fordelt på køn og alder. Tallene fra Slagelse Kommune, Region Sjælland og Danmark er de køns- og aldersstandardiserede forekomster (standardtabel 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 dyrker hård eller mellemhård fysisk aktivitet i fritiden.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	26,5	27,6	14566
	Region Sjælland	23,9	26,0	2818
	Slagelse	22,9	25,6	1280
Mænd	16-24 år	51,1	+	45
	25-44 år	41,2	+	170
	45-64 år	25,4	+	209
	65+ år	19,6		148
	Mænd i alt	30,6		572
Kvinder	16-24 år	31,6	+	38
	25-44 år	19,2		214
	45-64 år	17,0		283
	65+ år	9,8	-	173
	Kvinder i alt	16,7		708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	11,9	14,7 -	295
	Mellemlang	23,4	22,9	304
	Lang	28,1	28,9	466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	19,0		42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	27,7	28,2	728
	Ikke erhvervsaktiv	19,7	15,1 -	228
Civilstand	Gift	22,5	24,4	752
	Samlevende	27,0	25,0	163
	Enlig (separeret, skilt)	17,6	19,7	74
	Enlig (ugift)	29,6	25,3	162
	Enlig (enkestand)	12,8		94

- & + markerer statistisk signifikans



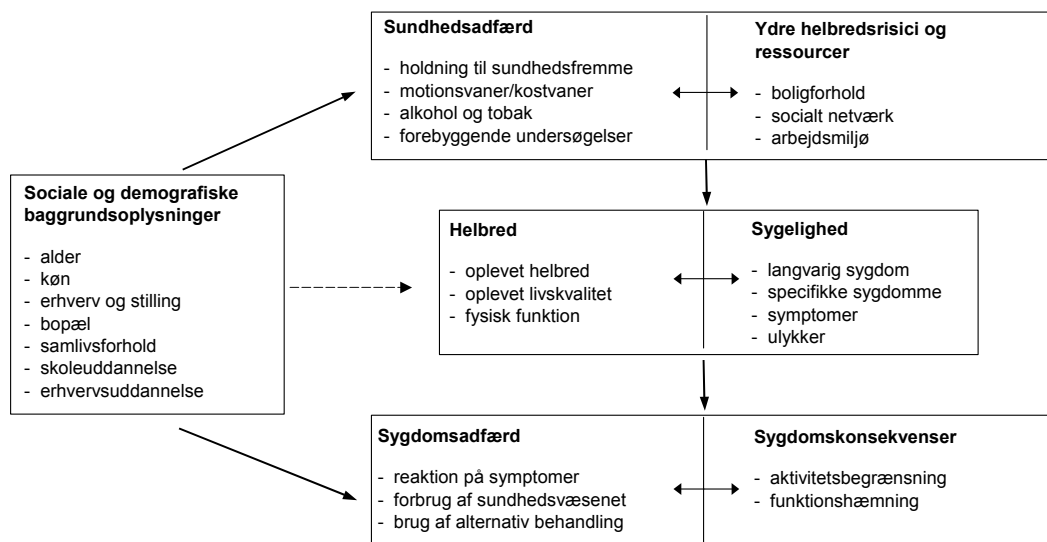
1.3 Indsamling af data

Sundhed i Slagelse 2006 er baseret på en repræsentativ stikprøve af alle borgere, der er 16 år eller derover og bosiddende i Slagelse Kommune pr. 1. oktober 2006. Stikprøven var på 2000 borgere, men eftersom en af de udtrukne borgere viste sig at have bopæl uden for kommunen er der, som det fremgår af tabellerne kun tale om 1999 personer. Borgerne i den udtrukne stikprøve fik alle tilsendt et spørgeskema, og 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 spørgeskemaet. Med det andet rykkerbrev fulgte desuden et nyt spørgeskema. Dataindsamlingen forløb over syv uger startende medio oktober 2006. I alt har 1280 borgere returneret spørgeskemaet, hvilket giver en opnåelse på 64,0 %, hvilket giver en repræsentativ stikprøve.

1.4 Spørgeskemaets struktur

Spørgeskemaet til Sundhed i Slagelse 2006 er konstrueret med udgangspunkt i SUSY-2005, der er baseret på en traditionel, epidemiologisk forståelsesmodel, som opererer med nogle risikofaktorer, der kan medvirke til sygdom med deraf følgende konsekvenser (fig. 1)(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.

Figur1.1 Kerneelementer i SUSY-undersøgelserne.



Fordelen ved at bruge spørgsmål fra SUSY-2005 undersøgelsen er, at det er muligt for Slagelse Kommune at sammenligne sig direkte med de nationale og regionale opgørelser. Denne sammenligning er foretaget i rapporten i det omfang, det er muligt. Ved nogle spørgsmål vil sammenligningen mellem data fra SUSY-2005 undersøgelsen og Sundhed i Slagelse 2006

dog være besværliggjort af forskellen i måden, som data er indsamlet på. I SUSY-2005 undersøgelsen er data indsamlet ved personlige interviews i svarpersonens hjem, mens data for Sundhed i Slagelse 2006 er indsamlet ved et selvadministreret, postomdelt spørgeskema. Endvidere er SUSY-2005 undersøgelsen indsamlet i løbet af et år, mens dataindsamlingen for Sundhed i Slagelse 2006 er foregået i løbet af efteråret, og der er derved ikke taget højde for årstidsvariationen i besvarelserne af helbredsrelaterede spørgsmål.

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

Overordnet fordeler spørgsmålene i spørgeskemaet sig indenfor 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 borgere, der er udtrukket til stikprøven, men ikke har mulighed for eller ikke ønsker at deltage i undersøgelsen (fx hvis personen er for syg, er ude at rejse eller ikke ønsker at medvirke i undersøgelsen).

Det er af stor betydning for resultaternes generaliserbarhed dels, at de udtrukne borgere tegner et retvisende billede af borgerne i Slagelse 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 Slagelse Kommune sammenlignet med den udtrukne stikprøve. Det fremgår, at der i stikprøven er en mindre andel i aldersgrupperne 16-24 år samt 25-44 år og en større andel i aldersgruppen 65+ år end i Slagelse Kommune. Der er dog ikke tale om store forskelle, og det betyder ikke noget for validiteten.

I tabel 1.1 fremgår køns- og aldersfordelingen blandt deltagerne i Sundhed i Slagelse 2006. Der er en tendens til, at de borgere, der deltager, er ældre end borgerne i den udtrukne stikprøve, samt at der er en lille overvægt af kvinder.

Tabel 1.1 viser endvidere bortfaldet i køns- og aldersgrupper. Generelt er der et større bortfald blandt mænd end blandt kvinder. Blandt mænd og kvinder i aldersgruppen 16-24 år er bortfaldet omkring 50 %. I de ældste aldersgrupper er bortfaldet væsentligt mindre. 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. Slagelse Kommune*, den udtrukne stikprøve, deltagere i undersøgelsen samt bortfald.

		Slagelse Kommune		Stikprøve		Deltagere		Bortfald	
		Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Mænd	16-24	3734	6,0	103	5,2	45	3,5	58	56,3
	25-44	10379	16,8	308	15,4	170	13,3	138	44,8
	45-64	10661	17,3	371	18,6	209	16,3	162	43,7
	65+	5426	8,8	197	9,9	148	11,6	49	24,9
	I alt	30200	48,9	979	49,0	572	44,7	407	41,6
Kvinder	16-24	3775	6,1	76	3,8	38	3,0	38	50,0
	25-44	10122	16,4	317	15,9	214	16,7	103	32,5
	45-64	10548	17,1	372	18,6	283	22,1	89	23,9
	65+	7091	11,5	255	12,8	173	13,5	82	32,2
	I alt	31536	51,1	1020	51,0	708	55,3	312	30,6
I alt	16-24	7509	12,2	179	9,0	83	6,5	96	53,6
	25-44	20501	33,2	625	31,3	384	30,0	241	38,6
	45-64	21209	34,4	743	37,2	492	38,4	251	33,8
	65+	12517	20,3	452	22,6	321	25,1	131	29,0
	I alt	61736	100	1999	100	1280	100	719	36,0

*Tal fra Danmarks Statistik. Statistikbanken, Februar 2007

1.6 Sociodemografisk beskrivelse af populationen

Et af formålene med Sundhed i Slagelse 2006 er at beskrive Slagelse Kommune i forhold til Region Sjælland og Danmark. Generelt viser tabel 1.2, at der er lidt flere kvinder i Sundhed i Slagelse 2006 i forhold til SUSY-2005 undersøgelsen. Dette gælder både for landstallene såvel som for regionstallene. Borgerne i Sundhed i Slagelse 2006 er desuden ældre end i resten af landet og regionen. Der er dog generelt ikke tale om store forskelle.

Tabel 1.2 Køns- og aldersfordeling for Slagelse (2006), Region Sjælland (2005) og Danmark (2005) (Procent).

		Slagelse Kommune	Region Sjælland	Danmark
Mænd	16-24	3,5	4,6	4,9
	25-44	13,3	13,8	16,2
	45-64	16,3	19,4	17,9
	65+	11,6	11,1	9,6
	I alt	44,7	49,0	48,6
Kvinder	16-24	3,0	4,0	4,9
	25-44	16,7	14,5	17,0
	45-64	22,1	21,0	18,4
	65+	13,5	11,4	11,1
	I alt	55,3	51,0	51,4
I alt	16-24	6,5	8,6	9,8
	25-44	30,0	28,4	33,2
	45-64	38,4	40,5	36,3
	65+	25,1	22,5	20,7
	I alt	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner		1280	2818	14566

Eventuelle forskelle mellem Slagelse Kommune, Region Sjælland og Danmark kan i nogen grad forklares ved forskelle i den socioøkonomiske sammensætning. Tabel 1.3 viser fordelingen af forskellige sociodemografiske variabler i hhv. Slagelse Kommune, Region Sjælland og Danmark. 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.

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

		Slagelse Kommune	Region Sjælland	Danmark
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	<10 år	23,4	16,2	14,9
	10 år	6,8	5,3	5,4
	11-12 år	19,8	25,7	22,3
	13-14 år	24,5	32,3	31,0
	15+ år	13,0	17,5	23,3
	Skoleelev	1,8	2,0	1,7
	Anden skole	3,3	0,3	0,6
	Uoplyst	7,4	0,7	0,6
	I alt	100	100	100
Erhvervsmæssig status	Erhvervsaktiv	59,1	55,5	63,9
	Ikke erhvervsaktiv	39,3	43,8	36,1
	Uoplyst	1,6	0,7	0,0
	I alt	100	100	100
Ægteskabelig stand	Gift	58,8	58,7	54,4
	Samlevende	12,7	14,9	15,5
	Enlig (separeret, skilt)	5,8	6,0	6,3
	Enlig (ugift)	7,3	13,3	16,9
	Enlig (enkestand)	12,7	7,1	6,9
	Uoplyst	2,7	0,0	0,0
	I alt	100	100	100
Antal svarpersoner		1280	2818	14566

Uddannelsesniveauet i Slagelse Kommune er lidt lavere end uddannelsesniveauet i Region Sjælland og Danmark som helhed. Det fremgår af tabel 1.3, at i Slagelse Kommune har 23,4 % af borgerne mindre end 10 års uddannelse, imod 16,2 % i Region Sjælland og 14,9 % i Danmark som helhed. Blandt borgerne i Slagelse Kommune har 13,0 % 15 eller flere års uddannelse, imod 17,5 % i Region Sjælland og 23,3 % i Danmark som helhed. Endvidere har 3,3 % af borgerne i Slagelse Kommune angivet, at de har "Anden Skole"-uddannelse, imod 0,3 % i Region Sjælland og 0,6 % i Danmark som helhed. I alt 7,4 % af borgerne i Slagelse Kommune har ikke oplyst nogen uddannelse, imod 0,7 % i Region Sjælland og 0,6 % i Danmark. I Slagelse Kommune er der endvidere en større andel der er erhvervsaktive (59,2 %) end i Region Sjælland (55,5 %). I Danmark som helhed er 63,9 % erhvervsaktive. Der er en større andel, der er gifte, i Slagelse Kommune (58,8 %) end i Danmark (54,4 %). Andelen, der er gifte, i Slagelse Kommune adskiller sig ikke fra andelen i Region Sjælland (58,7 %). Der er ligeledes en større andel der er enlige (enkestand) i Slagelse Kommune (12,7 %) end i såvel Region Sjælland (7,1 %) og i Danmark (6,9 %). Endvidere er der en markant mindre andel der er enlige (ugifte) i Slagelse Kommune (7,3 %) end i Region Sjælland (13,3 %) og i Danmark (16,9 %).

som helhed. I Slagelse Kommune har 2,7 % af borgerne ikke angivet deres civilstand, imod 0,0 % i både Region Sjælland 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.

Sammenfattende kan det siges, at 64,0 % af borgerne i stikprøven har deltaget i undersøgelsen. Den udtrukne stikprøve er repræsentativ for Slagelse Kommune, men undersøgelsens bortfald betyder, at aldersgruppen 16-24 år og i et vist omfang også aldersgruppen 25-44 år er underrepræsenteret i undersøgelsen, mens ældre er overrepræsenteret. Dette gør sig især gældende for mænd.

1.7 Statistisk analyse

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

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

Litteratur

(1) Ola Ekholm, Mette Kjølner, Michael Davidsen, Ulrik Hesse, Louise Eriksen, Anne Illemann Christensen, Morten Grønnebæk. Sundheds- og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, 2006

Kapitel 2.

Helbredsrelateret livskvalitet

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

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

2.1 Selv vurderet 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 opfølgningsperiode (1). Der findes forskellige forklaringer på denne sammenhæng. For det første er det blevet fremhævet, at der er tale om en helhedsorienteret vurdering, hvor svarpersonen bruger forskellige kilder i sin vurdering, dvs. ikke blot aktuel helbredssituation men også udviklingen herigennem hele livsforløbet, kendskabet til sygelighed og dødelighed i familien og vurdering af egen helbredssituation i forhold til andre jævnaldrendes mv. For det andet fremhæves, at vurderingen af eget helbred kan influere på, hvorledes personen reagerer på egen sygdom (fx at man tager den medicin, man er blevet ordineret) og egen sundhedsfremmende eller forebyggende adfærd. Alt sammen faktorer der har betydning for sygelighed og dødelighed. For det tredje fremhæves, at vurderingen af eget helbred også afspejler indre og ydre ressourcer, der kan trækkes på i tilfælde af sygdom (fx oplevelsen af indre kontrol eller ekstern social støtte) (2).

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

Tabel 2.1 Svarfordelingen for spørgsmålet om selv vurderet helbred i Slagelse Kommune og i Danmark (Procent).

	Slagelse	Danmark
Virkelig godt	17.6	34.5
Godt	50.5	44.8
Nogenlunde	24.3	15.0
Dårligt	5.3	4.2
Meget dårligt	1.6	1.3
Uoplyst	0.7	0.0
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>1280</i>	<i>14566</i>

Der er ingen forskel på andelen, der vurderer eget helbred som værende dårligt eller meget dårligt i Slagelse Kommune (6,9 %) og i Danmark (5,5 %). Derimod vurderer 68,1 % af borgerne i Slagelse Kommune, deres helbred som værende virkelig godt eller godt, hvilket er en markant mindre andel end i Danmark, hvor andelen er 79,3 %. Denne forskel kan bl.a. være forårsaget af, at Sundhed i Slagelse 2006 er indsamlet i efteråret, mens data for SUSY-2005 er indsamlet i løbet af et helt år. Borgerne har et bedre selv vurderet helbred om sommeren end resten af året, hvilket medfører, at der er en større andel med godt selv vurderet helbred i SUSY-2005 undersøgelsen end i Sundhed i Slagelse 2006 (3).

Figur 1 viser sammenhængen mellem selv vurderet helbred og langvarig sygdom. Langvarig sygdom er defineret ud fra WHO's internationale sygdomsklassifikation og afspejler, at sygdom har varet seks måneder eller mere. I alt vurderer 54,8 % af borgerne i Slagelse Kommune eget helbred som værende virkelig godt eller godt samtidig med, at de ikke har nogen langvarig sygdom, mens 21,9 % vurderer, at de har nogenlunde eller dårligt helbred og samtidig har en langvarig sygdom. Det fremgår af tallene i figuren, at det at leve med en langvarig sygdom ikke nødvendigvis betyder, at en person vurderer sit helbred som værende dårligt. Således er der i alt 13,3 %, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt og samtidig har en langvarig sygdom, og 10,1 % der ikke har nogen langvarig sygdom og samtidig vurderer eget helbred som nogenlunde, dårligt eller meget dårligt. I figuren er der kun inkluderet borgere, der har svaret på spørgsmålene omhandlende selv vurderet helbred samt om man har nogen langvarig sygdom.

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

	Ingen langvarig sygdom		
Virkelig godt eller godt selv vurderet helbred	54,8	10,1	Nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selv vurderet helbred
	13,3	21,9	
	Langvarig sygdom		

Standardtabel 2.1 viser, at andelen af borgere, der vurderer deres helbred som værende virkelig godt eller godt, er mindre i Slagelse Kommune (68,0 %) end i Region Sjælland (77,9 %) og i Danmark som helhed (79,4 %). Der er en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der vurderer deres helbred som værende virkelig godt eller godt. Andelen af borgere, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt, falder med stigende alder. Der ses en sammenhæng mellem selv vurderet helbred og uddannelsesniveau. Jo højere uddannelsesniveau desto større er andelen, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt. Det fremgår endvidere, at der er en markant større andel blandt erhvervsaktive end blandt ikke erhvervsaktive, der vurderer deres helbred som værende virkelig godt eller godt. Der er en mindre andel blandt enlige (separerede, skilte, ugifte) end blandt gifte, der vurderer deres eget helbred som værende virkelig 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 oplevelsesmæssige dimension af stressbegrebet. Men der er også en mere objektiv dimension, idet stress kan ytre sig rent fysiologisk ved, at der produceres stresshormoner, og således gør kroppen parat til en øget indsats. Stress forårsages af en belastning, som er vanskelig at håndtere. Graden af stress og evt. helbredsmæssige følgevirkninger afhænger bl.a. af belastningens styrke og varighed og af de personlige ressourcer. Længerevarende eller meget stærke belastninger kan medføre stressbetinget sygdom, fx hjertekarsygdom og depression. Allerede eksisterende sygdom kan desuden forværres af stress. I nærværende undersøgelse fokuseres der på den oplevelsesmæssige dimension af begrebet.

I Sundhed i Slagelse 2006 er der brugt formuleringen: Føler du dig stresset i din dagligdag? Svarfordelingen fremgår af tabel 2.2.

Tabel 2.2 Svarfordelingen for spørgsmålet om stress i Slagelse Kommune og i Danmark (Procent).

	Slagelse	Danmark
Ja, ofte	9.4	8.7
Ja, af og til	44.0	33.5
Nej (næsten aldrig)	42.0	57.6
Ved ikke	2.9	0.1
Uoplyst	1.7	0.0
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>1280</i>	<i>14566</i>

Det fremgår af tabel 2.2, at mindre end hver tiende borger i Slagelse 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.

Der er en større andel blandt kvinder, der ofte føler sig stresset, end blandt mænd (standardtabel 2.2). Andelen, der ofte føler sig stresset, er størst blandt kvinder i aldersgruppen 25-44 år.

2.3 Funktionsniveau blandt 65-årige eller derover

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

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

Mobilitet omfatter:

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

Kommunikationsfærdigheder omfatter:

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

Tabel 2.3 Andel af mænd og kvinder på 65 år eller derover, der uden besvær kan udføre en række dagligdagsfunktioner i Slagelse Kommune, Region Sjælland og Danmark (Procent).

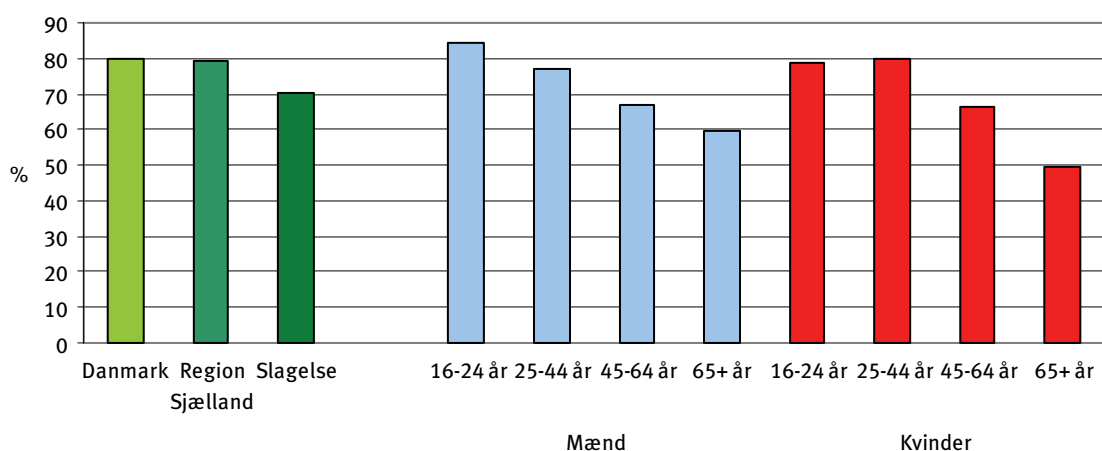
	Slagelse		Region Sjælland		Danmark	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Kan uden besvær gå 400 meter	69.6	62.4	76.4	72.1	78.5	70.5
Kan uden besvær gå op og ned ad trapper	71.6	60.7	79.6	68.3	79.5	66.6
Kan uden besvær bære 5 kg	77.7	51.5	84.7	64.9	85.1	61.6
Kan uden besvær læse en avistekst	81.8	79.2	90.1	85.1	88.1	84.3
Kan uden besvær høre en normal samtale	49.3	63.6	68.1	71.7	64.0	70.9
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>148</i>	<i>173</i>	<i>313</i>	<i>322</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. Derudover ses, at en større andel blandt mænd end blandt kvinder uden besvær kan læse en avistekst, mens en større andel blandt kvinder end blandt mænd uden besvær kan høre en normal samtale. Både i forhold til mobilitet og kommunikationsfærdigheder er der en mindre andel i Slagelse Kommune end i Region Sjælland og i Danmark som helhed, der uden besvær kan udføre en række dagligdagsfunktioner.

Standardtabel 2.1 Andel med godt selv vurderet helbred.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	79,4	80,1	+	14566
	Region Sjælland	77,9	79,3	+	2818
	Slagelse	68,0	70,3		1280
Mænd	16-24 år	84,4		+	45
	25-44 år	77,1		+	170
	45-64 år	67,0			209
	65+ år	59,5		-	148
	Mænd i alt	69,4			572
Kvinder	16-24 år	78,9		+	38
	25-44 år	79,9		+	214
	45-64 år	66,1			283
	65+ år	49,7		-	173
	Kvinder i alt	66,9			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	49,2	56,1	-	295
	Mellemlang	70,7	72,5		304
	Lang	76,4	75,1		466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	64,3			42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	79,5	79,1		728
	Ikke erhvervsaktiv	50,9	49,6	-	228
Civilstand	Gift	72,5	76,0		752
	Samlevende	71,8	69,1		163
	Enlig (separeret, skilt)	50,0	51,6	-	74
	Enlig (ugift)	68,5	60,2	-	162
	Enlig (enkestand)	46,8			94

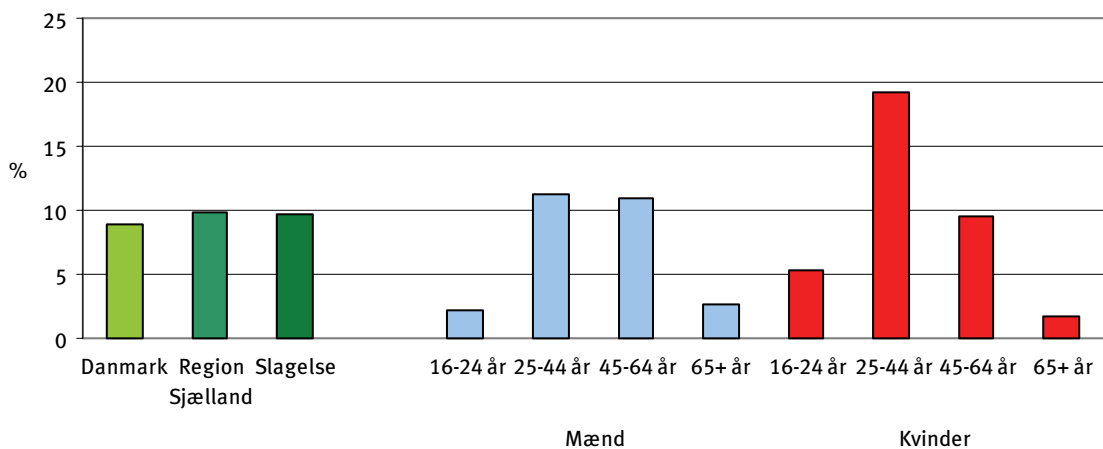
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 2.2 Andel der ofte føler sig stresset i dagligdagen.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	8,7	8,8	14566
	Region Sjælland	9,1	9,8	2818
	Slagelse	9,4	9,7	1280
Mænd	16-24 år	2,2	-	45
	25-44 år	11,2		170
	45-64 år	11,0		209
	65+ år	2,7	-	148
	Mænd i alt	8,2		572
Kvinder	16-24 år	5,3		38
	25-44 år	19,2	+	214
	45-64 år	9,5		283
	65+ år	1,7	-	173
	Kvinder i alt	10,3		708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	5,8	9,4	295
	Mellemlang	5,9	6,4	304
	Lang	12,0	10,7	466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	23,8		42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	12,8	13,3	728
	Ikke erhvervsaktiv	8,8	11,4	228
Civilstand	Gift	10,0	12,3	752
	Samlevende	8,0	7,3	163
	Enlig (separeret, skilt)	12,2	12,0	74
	Enlig (ugift)	8,6	8,3	162
	Enlig (enkestand)	8,5		94

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

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

Kapitel 3.

Sygelighed og konsekvenser af sygdom

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

Der kan anvendes forskellige registerbaserede mål for den aktuelle sundheds- og sygelighedstilstand. Dødeligheden i en befolkning er et af disse. Andre indirekte mål for sygelighedstilstanden, som kan beskrives ud fra registeroplysninger, er indlæggelsesmønstret, sengedagsforbruget og brug af den primære sundhedstjeneste. Når disse mål anvendes, opnås alene en beskrivelse af sygeligheden i den del af befolkningen, der oplever så alvorlige symptomer eller sygdomme, at de kontakter det professionelle sundhedsvæsen. Ønskes der imidlertid viden om den del af sygeligheden, der ikke nødvendigvis har ført til kontakt med sundhedsvæsenet, men som alligevel belaster folks dagligdag, er det nødvendigt at spørge den enkelte borger. I dette perspektiv kan manifestationerne af sygelighed variere fra sygdomme diagnosticeret i sundhedsvæsenet til gener og besvær i dagligdagen, som kan udvikle sig til egentlig sygdom eller helt forsvinde igen. Sundhed i Slagelse 2006 er beskrevet ud fra den enkelte borgers perspektiv, hvilket giver et unikt indblik i sygdoms- og sygelighedstilstanden i Slagelse Kommune.

3.1 Sygdom og sygelighed

I nærværende undersøgelse anvendes tre mål for sygdom og sygelighed:

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

Overensstemmelse mellem forskellige mål for sundhed og sygelighed

Forekomsten af sygdom og sygelighed varierer afhængig af hvilket mål, der anvendes. Uanset hvilket mål der anvendes for sygdom og sygelighed, vil en større andel af borgere, der er syge, vurdere eget helbred som dårligt eller virkelig dårligt, end borgere, der er raske. Sammenhængen mellem selv vurderet helbred og forskellige mål for sygdom og sygelighed fremgår af tabel 3.1. Tabellen viser, at jo dårligere eget helbred vurderes, desto større er andelen af borgere, der har en langvarig sygdom, en specifik sygdom eller er meget generet af smerter eller ubehag. Blandt borgere med et virkeligt godt eller godt selv vurderet helbred har kun 19,5 % angivet, at de har en langvarig sygdom sammenholdt med 88,8 % 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).

	Selv vurderet helbred		
	Virkelig godt eller godt	Nogenlunde	Dårligt eller meget dårligt
Andel med:			
- langvarig sygdom	19.5	63.0	88.8
- specifik sygdom	49.7	82.0	88.8
- meget generende smerter eller ubehag	25.1	56.3	93.3
Antal svarpersoner	871	311	89

3.1.1 Langvarig sygdom

Andelen med langvarig sygdom i Slagelse Kommune er belyst ved spørgsmålet om, hvorvidt borgerne har en langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade eller anden langvarig 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 35,2 % af borgerne i Slagelse Kommune har en eller flere langvarige sygdomme. Dette er en mindre andel end i Region Sjælland (39,9 %) og Danmark (39,8 %). Andelen, der har en langvarig sygdom, stiger 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 (ugifte) 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, der er storrygere, der ikke har overskredet sundhedsstyrelsen genstandsgrænser, der sjældent eller aldrig træffer familie eller venner samt ofte er uønsket alene end blandt borgere der er fysisk aktive, der ikke er storrygere, der har overskredet sundhedsstyrelsen genstandsgrænser, der 1 gang om måneden eller oftere træffer familie eller venner samt aldrig er uønsket alene.

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

		Andel der har en langvarig sygdom	Antal svar- personer
Fysisk aktivitet i fritiden	Ja	26.3	293
	Nej	37.8	987
Storryger	Ja	37.2	223
	Nej	34.7	1057
Alkohol	Har overskredet genstandsgrænsen	29.7	128
	Har ikke overskredet genstandsgrænsen	35.8	1152
Træffer familie	1 gang om måneden eller oftere	34.3	1162
	Sjældene eller aldrig	44.1	118
Træffer venner	1 gang om måneden eller oftere	33.4	1154
	Sjældene eller aldrig	51.6	126
Uønsket alene	Ofte eller en gang imellem	47.0	262
	Aldrig	32.1	1018

3.1.2 Specifikke sygdomme

Det fremgår af tabel 3.3, at i Slagelse Kommune er slidgigt/leddegigt, forhøjet blodtryk samt allergi de enkeltsygdomme eller tilstande, som den største andel af kommunens borgere oplyser at have på nuværende tidspunkt. Andelen, med specifikke sygdomme, er overordnet set på niveau med Danmark.

I Slagelse Kommune oplyser alt 17,0 %, at de har allergi (standardtabel 3.2). Dette er en mindre andel end i Region Sjælland (20,0 %) og Danmark som helhed (21,0 %). Andelen, der har allergi, er lidt større blandt kvinder end blandt mænd. Både blandt mænd og kvinder ses den største andel, der har af allergi, i aldersgruppen 25-44 år.

I alt oplyser 17,2 % af borgerne i Slagelse Kommune, at de har forhøjet blodtryk (standardtabel 3.3.). Dette er på niveau med andelen i Region Sjælland og i Danmark som helhed. Andelen, der har forhøjet blodtryk, stiger med stigende alder. Blandt borgere med en mellem-lang uddannelse er der en større andel, der har forhøjet blodtryk, end blandt borgere med en lang uddannelse. En større andel blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive oplyser, at de har forhøjet blodtryk.

Tabel 3.3 Andelen med specifikke sygdomme og lidelser i Slagelse, Region Sjælland og i Danmark (Procent).

	Slagelse	Region Sjælland	Danmark
Slidgigt/leddegigt	21,6	22,4	19,6
Allergi (ikke astma)	17,0	20,0	21,0
Forhøjet blodtryk	17,2	15,6	14,7
Rygsygdom	14,1	18,0	15,4
Migræne eller hyppig hovedpine	13,6	11,0	11,1
Tinnitus	9,7	10,1	9,1
Astma	6,6	6,1	6,4
Sukkersyge/diabetes	5,6	4,7	3,9
Kronisk angst eller depression	4,9	3,9	3,8
Kronisk bronkitis, emfysem (for store lunger, rygerlunger)	4,8	3,8	3,4
Osteoporose (knogleskørhed)	2,2	1,7	2,1
Grå stær	2,2	2,3	2,8
Anden psykisk lidelse	1,4	2,4	2,1
Cancer eller kræftsygdomme (inklusiv leukæmi)	1,2	1,5	1,1
Blodprop i hjertet eller hjertekrampe	0,6	0,6	0,6
Hjerneblødning/blodprop i hjernen	0,5	0,5	0,3
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>1280</i>	<i>2815</i>	<i>14566</i>

Det fremgår af standardtabel 3.4, at i Slagelse Kommune oplyser 21,6 %, at de har slidgigt/leddegigt. Dette er på niveau med andelen i Region Sjælland og Danmark som helhed. Der er en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der har slidgigt/leddegigt. 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.

Der er en større andel i Slagelse Kommune (13,6 %), der har migræne eller hyppig hovedpine, end i Danmark som helhed (11,1 %). Andelen, der har migræne eller hyppig hovedpine, er større blandt kvinder end blandt mænd. Den største andel ses blandt kvinder i aldersgruppen 25-64 år.

I Slagelse Kommune oplyser 14,1 %, at de har en rygsygdom. Dette er en mindre andel end i Region Sjælland (18,0 %). Overordnet stiger andelen, der har en rygsygdom, med stigende alder.

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 enkeltes borgers dagligdag, men er ikke nødvendigvis så slemme, at borgeren kontakter sundhedsvæsenet. I år 2000 indtog i alt 35 % håndkøbsmedicin, som en reaktion på smerter eller ubehag. En lige så stor andel tog receptpligtig medicin og mindre end 15 % henvendte sig til en læge (1).

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

	Slagelse	Region Sjælland	Danmark
Meget generet af smerter eller ubehag	37.7	40.2	39.8
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	48.2	31.3	30.3
Smerter eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder	48.0	32.0	32.8
Smerter eller ubehag i ben, hofter, knæ eller fødder	43.1	30.8	30.5
Træthed	45.2	26.2	28.6
Hovedpine	35.2	21.7	22.8
Søvnbesvær, søvnproblemer	31.3	20.3	18.5
Ondt i maven, oppustet mave	22.0	7.3	7.3
Fordøjelsesbesvær, tynd/hård mave	19.4	7.9	7.8
Forkølelse, snue, hoste	29.3	15.3	16.6
Eksem, hududslet, kløe	15.7	10.2	10.0
Ængstelse, nervøsitet, uro, angst	16.3	8.7	8.4
Åndedrætsbesvær, forpustethed	17.6	8.1	7.7
Svimmelhed	16.6	-	-
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	19.1	9.0	8.5
Kvalme eller uro i maven	13.6	-	-
Problemer med at holde på vandet (inkontinens)	15.2	-	-
Hurtig hjertebanken	12.3	5.9	5.3
Smerter eller ubehag ved hjertet, smerter i brystet	10.3	-	-
Underlivssmerter, herunder kraftig menstruationssmerter	9.7	-	-
Besvær med at komme af med vandet	6.6	-	-
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>1280</i>	<i>2815</i>	<i>14566</i>

Det fremgår af tabel 3.4, at smerter eller ubehag i ryg, lænd, skuldre, nakke, hoved og lemmer samt træthed er de hyppigst rapporterede gener og symptomer. Generelt er der en større andel i Slagelse Kommune, der har smerter eller ubehag, end Region Sjælland og Danmark som helhed. Det fremgår dog, at andelen i Slagelse Kommune, der har meget generende smerter eller ubehag, er mindre end andelen i Region Sjælland og på niveau med andelen i Danmark. En medvirkende faktor til, at Slagelse Kommune har en større andel med smerter eller ubehag end Danmark som helhed, kan være, at data for Sundhed i Slagelse 2006 er indsamlet i efteråret, mens data for SUSY-2005 er indsamlet i løbet af et helt år. Dette gælder fx for forkølelse og træthed.

Standardtabel 3.7 viser, at 37,7 % af borgerne i Slagelse Kommune har været meget generet af smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage. Dette er en mindre andel end i Region Sjælland (40,2 %). 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 16-24 år. Blandt borgere med en kort uddannelse er andelen, der har været meget generet af smerter eller ubehag, større end blandt borgere med en lang uddannelse. Andelen, der har været meget generet af smerter eller ubehag, er større blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive.

Andelen, der har haft smerter eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder inden for de seneste 14 dage, er større i Slagelse Kommune end i Region Sjælland og Danmark som helhed (standardtabel 3.8). 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 blandt kvinder i aldersgruppen 25-44 år samt 45-64 år, hvor hhv. 57,9 % og 59,7 % oplyser, at har haft smerter eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder. Blandt ikke erhvervsaktive er andelen, der har haft smerter eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder, større end blandt erhvervsaktive.

I Slagelse Kommune oplyser 48,2 %, 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 Sjælland (31,3 %) og Danmark som helhed (30,3 %). Overordnet er andelen, der har haft smerter og ubehag i ryg eller lænd, større blandt kvinder end blandt mænd i alle aldersgrupper. Andelen, der har haft smerter og ubehag i ryg eller lænd, er mindst blandt mænd og kvinder i aldersgruppen 16-24 år. Der er en mindre andel blandt enlige (ugifte) end blandt gifte, der har haft smerter eller ubehag i ryg eller lænd.

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 Slagelse Kommune end i Region Sjælland og Danmark som helhed. Andelen, der har haft smerter eller ubehag i ben, hofte, knæ eller fødder, stiger med stigende alder indtil aldersgruppen 65+ år. 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 eller knæ.

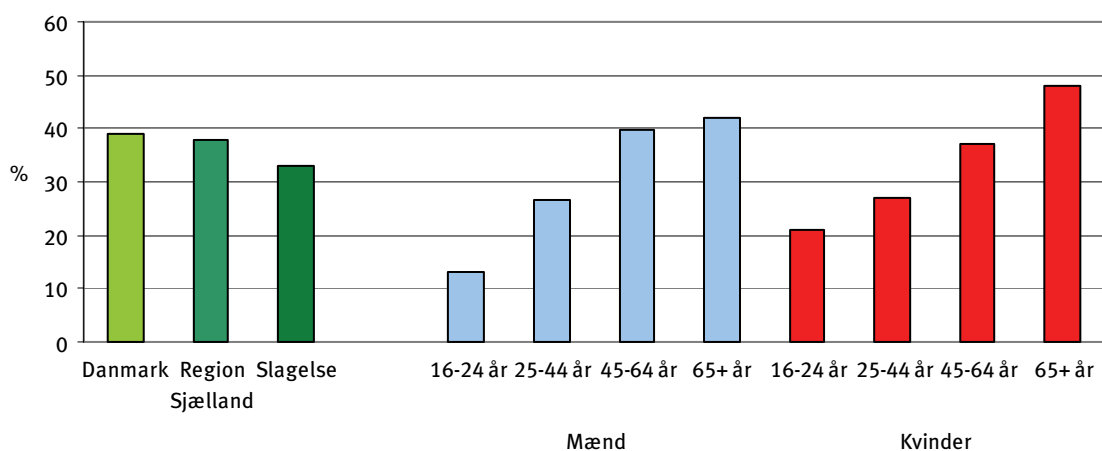
Der er en større andel i Slagelse Kommune (35,2 %), der har været generet af hovedpine inden for de seneste 14 dage, end i Region Sjælland (21,7 %) og Danmark som helhed (22,8 %) (standardtabel 3.11). Med undtagelse af aldersgruppen 65+ år er der i alle aldersgrupper en større andel, der har været generet af hovedpine, blandt kvinder end blandt mænd. Andelen, der har været generet af hovedpine, er størst blandt kvinder i aldersgruppen 25-44 år (62,1 %).

I alt oplyser 45,2 % af borgerne i Slagelse Kommune, at de har været generet af træthed inden for de seneste 14 dage (standardtabel 3.12). Dette er en markant større andel end i Region Sjælland (26,2 %) og i Danmark (28,6 %). Der er i alle aldersgrupper en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der har været generet af træthed. Dette gælder dog ikke aldersgruppen 65+ år. Blandt samlevende er der en markant større andel, der har været generet af træthed, end blandt gifte.

Standardtabel 3.1 Andel med langvarig sygdom.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	39.8	39.0	+	14566
	Region Sjælland	39.9	38.1	+	2818
	Slagelse	35.2	33.0		1280
Mænd	16-24 år	13.3		-	45
	25-44 år	26.5		-	170
	45-64 år	39.7			209
	65+ år	41.9			148
	Mænd i alt	34.3			572
Kvinder	16-24 år	21.1		-	38
	25-44 år	27.1		-	214
	45-64 år	37.1			283
	65+ år	48.0		+	173
	Kvinder i alt	35.9			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	43.1	40.1		295
	Mellemlang	35.9	33.9		304
	Lang	33.3	34.7		466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	40.5			42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	25.7	26.1		728
	Ikke erhvervsaktiv	51.3	59.3	+	228
Civilstand	Gift	34.4	32.1		752
	Samlevende	25.8	28.3		163
	Enlig (separeret, skilt)	43.2	42.5		74
	Enlig (ugift)	33.3	41.9	+	162
	Enlig (enkestand)	51.1			94

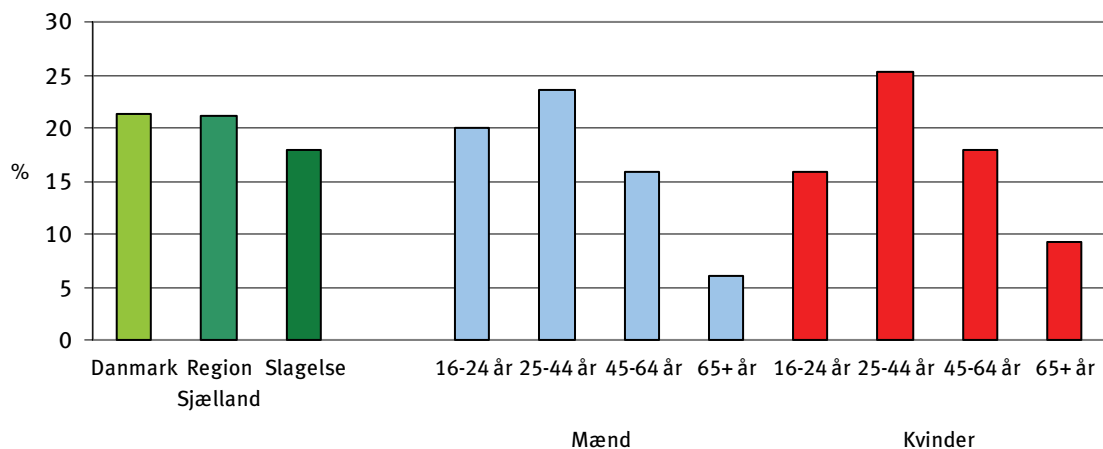
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 3.2 Andel med allergi.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	21,0	21,3	+	14566
	Region Sjælland	20,0	21,1	+	2818
	Slagelse	17,0	18,0		1280
Mænd	16-24 år	20,0			45
	25-44 år	23,5		+	170
	45-64 år	15,8			209
	65+ år	6,1		-	148
	Mænd i alt	15,9			572
Kvinder	16-24 år	15,8			38
	25-44 år	25,2		+	214
	45-64 år	18,0			283
	65+ år	9,2		-	173
	Kvinder i alt	17,9			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	12,2	14,3		295
	Mellemlang	15,1	15,7		304
	Lang	22,3	20,5		466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	19,0			42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	20,2	20,8		728
	Ikke erhvervsaktiv	19,7	20,8		228
Civilstand	Gift	17,4	19,7		752
	Samlevende	20,2	19,4		163
	Enlig (separeret, skilt)	9,5	10,4		74
	Enlig (ugift)	18,5	15,5		162
	Enlig (enkestand)	13,8			94

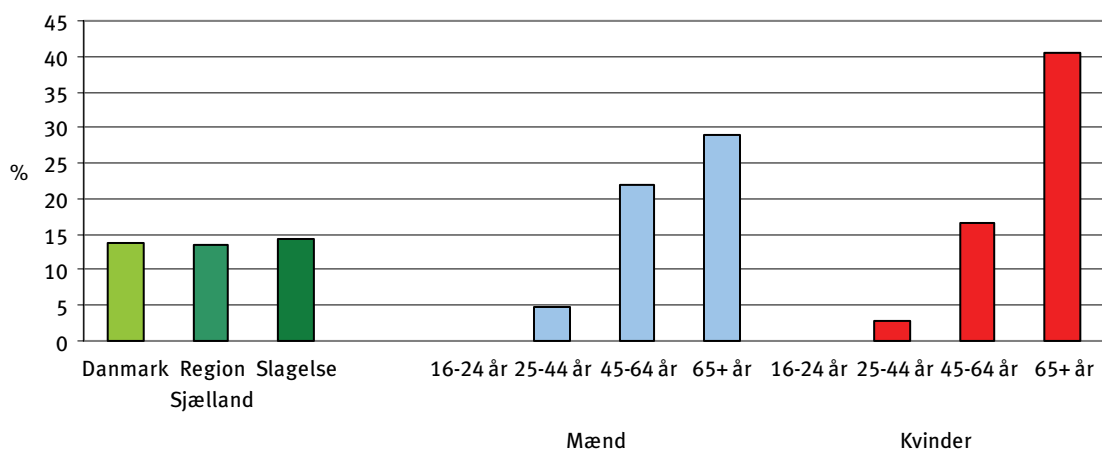
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 3.3 Andel med forhøjet blodtryk.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	14,7	13,8	14566
	Region Sjælland	15,5	13,4	2818
	Slagelse	17,2	14,5	1280
Mænd	16-24 år	0,0		45
	25-44 år	4,7	-	170
	45-64 år	22,0	+	209
	65+ år	29,1	+	148
	Mænd i alt	17,0		572
Kvinder	16-24 år	0,0		38
	25-44 år	2,8	-	214
	45-64 år	16,6		283
	65+ år	40,5	+	173
	Kvinder i alt	17,4		708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	29,2	21,2	295
	Mellemlang	13,5	11,4	- 304
	Lang	14,8	18,0	466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	4,8		42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	8,7	9,2	728
	Ikke erhvervsaktiv	19,3	15,3	+ 228
Civilstand	Gift	17,2	13,2	752
	Samlevende	9,8	11,1	163
	Enlig (separeret, skilt)	24,3	17,8	74
	Enlig (ugift)	6,8	13,8	162
	Enlig (enkestand)	39,4		94

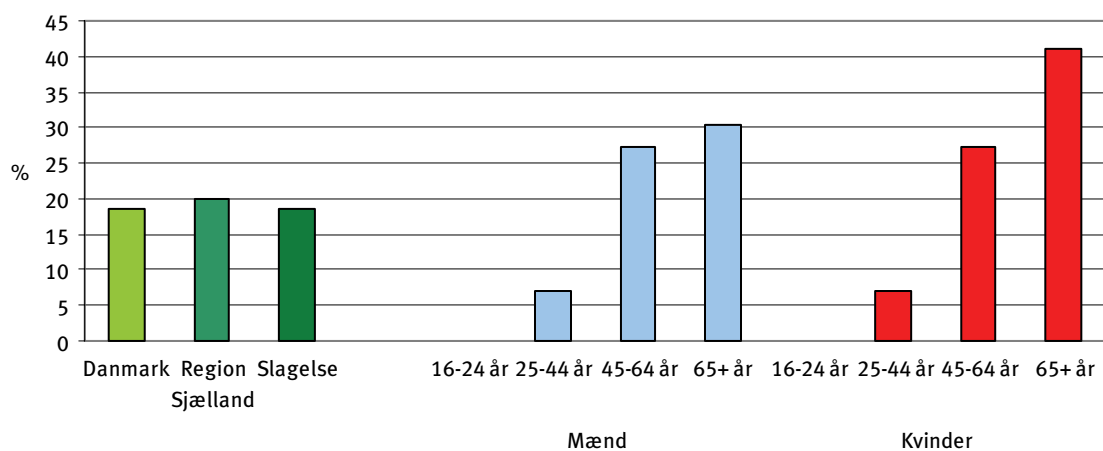
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 3.4 Andel med slidgigt/ledegigt.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	19,6	18,5	14566
	Region Sjælland	22,4	19,9	2818
	Slagelse	21,6	18,5	1280
Mænd	16-24 år	0,0		45
	25-44 år	7,1	-	170
	45-64 år	27,3		209
	65+ år	30,4		148
	Mænd i alt	19,9		572
Kvinder	16-24 år	0,0		38
	25-44 år	7,0	-	214
	45-64 år	27,2		283
	65+ år	41,0	+	173
	Kvinder i alt	23,0		708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	33,9	21,2	295
	Mellemlang	23,0	20,2	304
	Lang	16,1	17,0	466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	28,6		42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	13,3	14,0	728
	Ikke erhvervsaktiv	27,6	29,0 +	228
Civilstand	Gift	23,0	19,2	752
	Samlevende	14,1	19,0	163
	Enlig (separeret, skilt)	28,4	23,1	74
	Enlig (ugift)	8,0	16,5	162
	Enlig (enkestand)	43,6		94

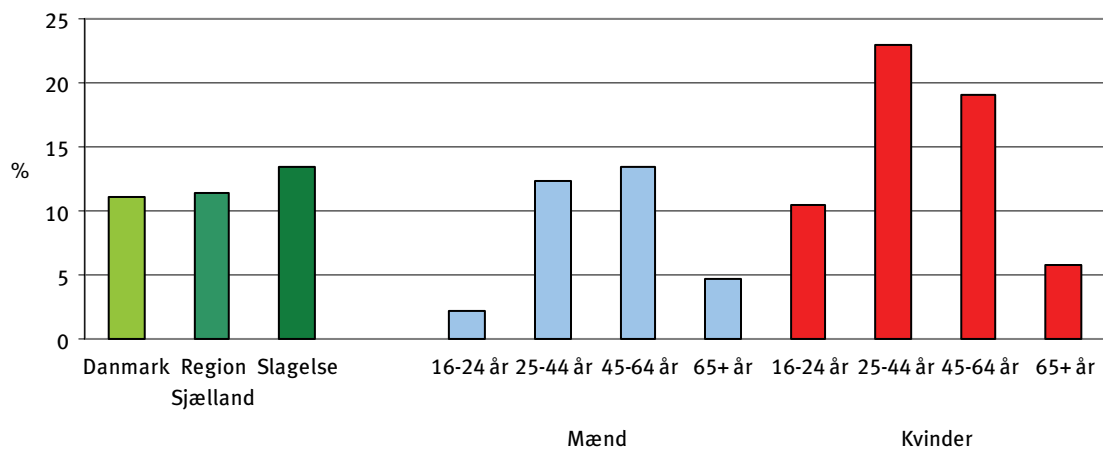
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 3.5 Andel med migræne eller hyppig hovedpine.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	11,1	11,2	14566
	Region Sjælland	11,0	11,5	2818
	Slagelse	13,6	13,4	1280
Mænd	16-24 år	2,2	-	45
	25-44 år	12,4	-	170
	45-64 år	13,4	-	209
	65+ år	4,7	-	148
	Mænd i alt	10,0		572
Kvinder	16-24 år	10,5	-	38
	25-44 år	22,9		214
	45-64 år	19,1		283
	65+ år	5,8	-	173
	Kvinder i alt	16,5		708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	12,9	16,2	295
	Mellemlang	13,2	14,3	304
	Lang	13,9	12,1	466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	31,0		42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	16,2	16,4	728
	Ikke erhvervsaktiv	17,1	22,6	228
Civilstand	Gift	14,1	15,3	752
	Samlevende	15,3	14,3	163
	Enlig (separeret, skilt)	14,9	14,3	74
	Enlig (ugift)	12,3	12,5	162
	Enlig (enkestand)	12,8		94

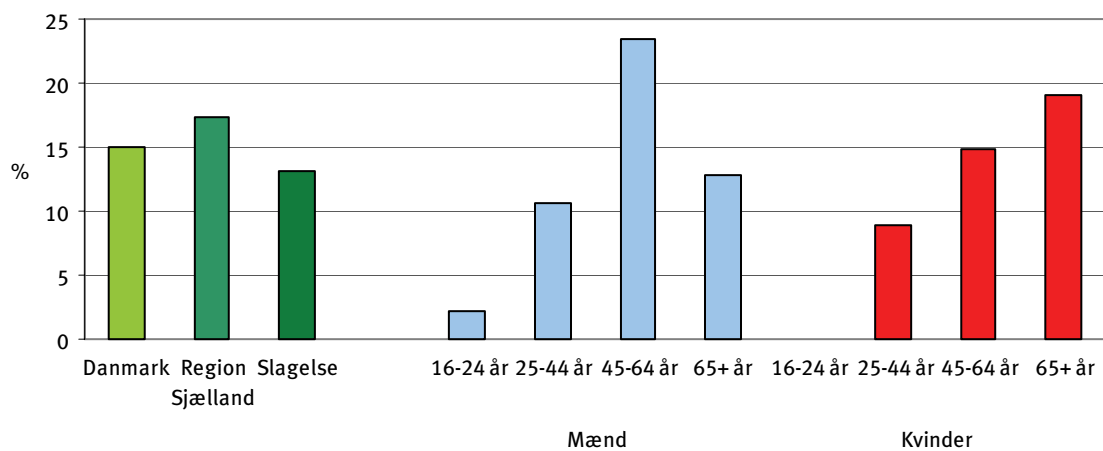
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 3.6 Andel med rygsygdom.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark	15,4	15,1	14566
	Region Sjælland	18,0	17,4 +	2818
	Slagelse	14,1	13,1	1280
Mænd	16-24 år	2,2	-	45
	25-44 år	10,6		170
	45-64 år	23,4	+	209
	65+ år	12,8		148
	Mænd i alt	15,2		572
Kvinder	16-24 år	0,0		38
	25-44 år	8,9	-	214
	45-64 år	14,8		283
	65+ år	19,1		173
	Kvinder i alt	13,3		708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	21,0	17,1	295
	Mellemlang	14,8	13,9	304
	Lang	11,4	12,1	466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	21,4		42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	11,5	12,4	728
	Ikke erhvervsaktiv	19,3	18,4	228
Civilstand	Gift	17,2	15,3	752
	Samlevende	8,0	8,8	163
	Enlig (separeret, skilt)	13,5	12,6	74
	Enlig (ugift)	6,8	8,1	162
	Enlig (enkestand)	17,0		94

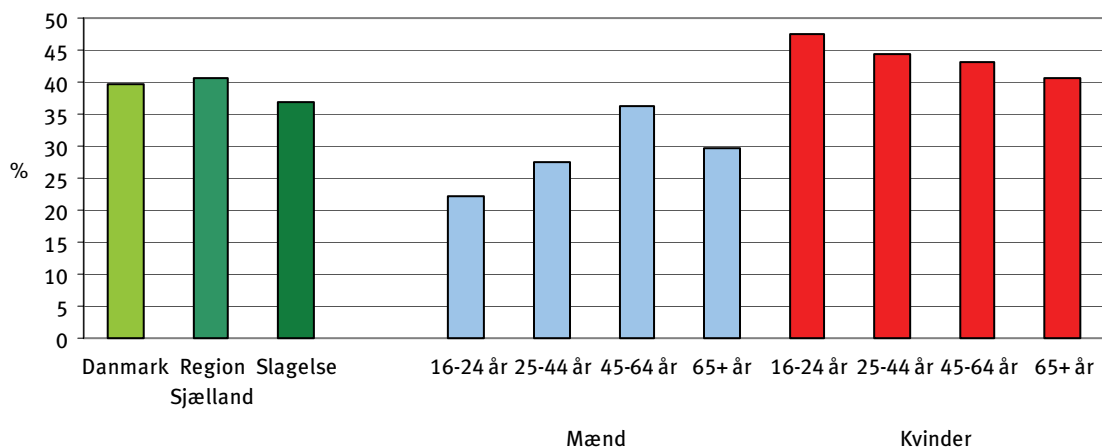
- & + markerer statistisk signifikans



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 Sjælland	40,2	40,5	+	2818
	Slagelse	37,7	37,0		1280
Mænd	16-24 år	22,2	-		45
	25-44 år	27,6	-		170
	45-64 år	36,4	-		209
	65+ år	29,7	-		148
	Mænd i alt	30,9			572
Kvinder	16-24 år	47,4			38
	25-44 år	44,4			214
	45-64 år	43,1			283
	65+ år	40,5			173
	Kvinder i alt	43,1			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	41,7	43,2	+	295
	Mellemlang	37,5	38,7		304
	Lang	33,0	31,8		466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	57,1			42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	35,4	34,9		728
	Ikke erhvervsaktiv	47,4	49,3	+	228
Civilstand	Gift	36,2	36,6		752
	Samlevende	38,0	38,9		163
	Enlig (separeret, skilt)	40,5	40,2		74
	Enlig (ugift)	32,7	34,8		162
	Enlig (enkestand)	48,9			94

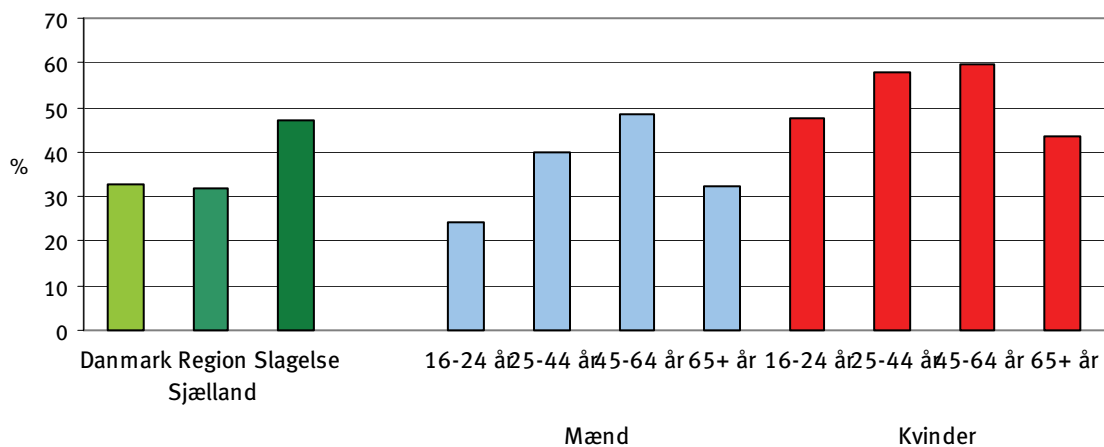
- & + markerer statistisk signifikans



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

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	32,8	32,7	-	14566
	Region Sjælland	31,9	32,0	-	2818
	Slagelse	48,0	47,0		1280
Mænd	16-24 år	24,4		-	45
	25-44 år	40,0		-	170
	45-64 år	48,3		-	209
	65+ år	32,4		-	148
	Mænd i alt	39,9			572
Kvinder	16-24 år	47,4		-	38
	25-44 år	57,9			214
	45-64 år	59,7			283
	65+ år	43,4		-	173
	Kvinder i alt	54,5			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	47,8	51,6		295
	Mellemlang	47,4	48,7		304
	Lang	48,7	47,2		466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	59,5			42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	50,0	49,9		728
	Ikke erhvervsaktiv	55,3	61,9	+	228
Civilstand	Gift	50,5	50,2		752
	Samlevende	48,5	48,4		163
	Enlig (separeret, skilt)	47,3	48,1		74
	Enlig (ugift)	42,0	43,5		162
	Enlig (enkestand)	41,5			94

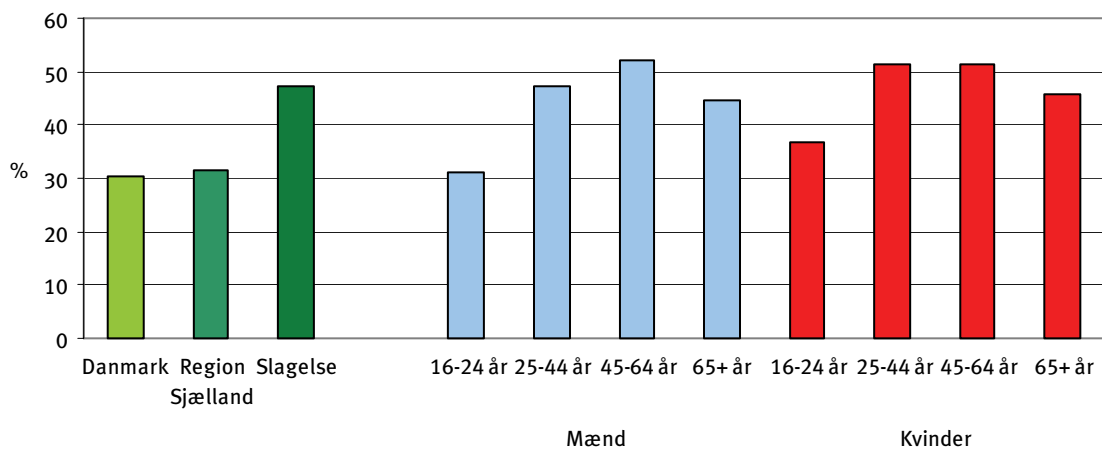
- & + markerer statistisk signifikans



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

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	30,3	30,3	-	14566
	Region Sjælland	31,3	31,5	-	2818
	Slagelse	48,2	47,4		1280
Mænd	16-24 år	31,1		-	45
	25-44 år	47,1			170
	45-64 år	52,2			209
	65+ år	44,6		-	148
	Mænd i alt	47,0			572
Kvinder	16-24 år	36,8		-	38
	25-44 år	51,4			214
	45-64 år	51,2			283
	65+ år	45,7		-	173
	Kvinder i alt	49,2			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	49,5	45,2		295
	Mellemlang	46,4	44,3		304
	Lang	49,6	48,2		466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	64,3			42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	48,9	49,5		728
	Ikke erhvervsaktiv	50,4	54,9		228
Civilstand	Gift	52,8	53,1		752
	Samlevende	44,2	43,8		163
	Enlig (separeret, skilt)	41,9	39,1		74
	Enlig (ugift)	38,3	39,3	-	162
	Enlig (enkestand)	42,6			94

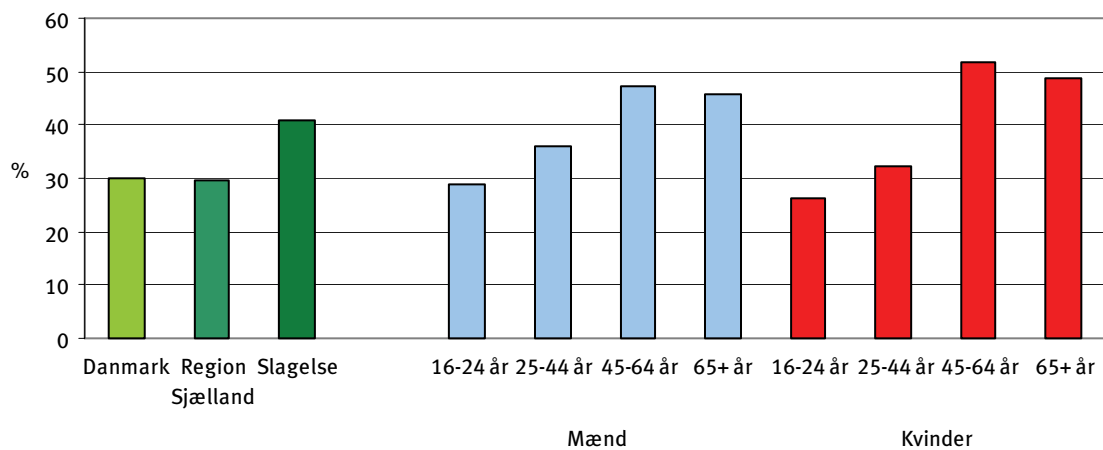
- & + markerer statistisk signifikans



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 Sjælland	30,8	29,8	-	2818
	Slagelse	43,0	41,0		1280
Mænd	16-24 år	28,9		-	45
	25-44 år	35,9		-	170
	45-64 år	47,4			209
	65+ år	45,9		-	148
	Mænd i alt	42,1			572
Kvinder	16-24 år	26,3		-	38
	25-44 år	32,2		-	214
	45-64 år	51,9			283
	65+ år	48,6			173
	Kvinder i alt	43,8			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	50,5	48,9	+	295
	Mellemlang	45,1	41,8		304
	Lang	38,2	38,6		466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	59,5			42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	38,0	38,4		728
	Ikke erhvervsaktiv	53,1	55,2	+	228
Civilstand	Gift	45,3	42,8		752
	Samlevende	33,7	36,1		163
	Enlig (separeret, skilt)	51,4	47,0		74
	Enlig (ugift)	33,3	39,0		162
	Enlig (enkestand)	52,1			94

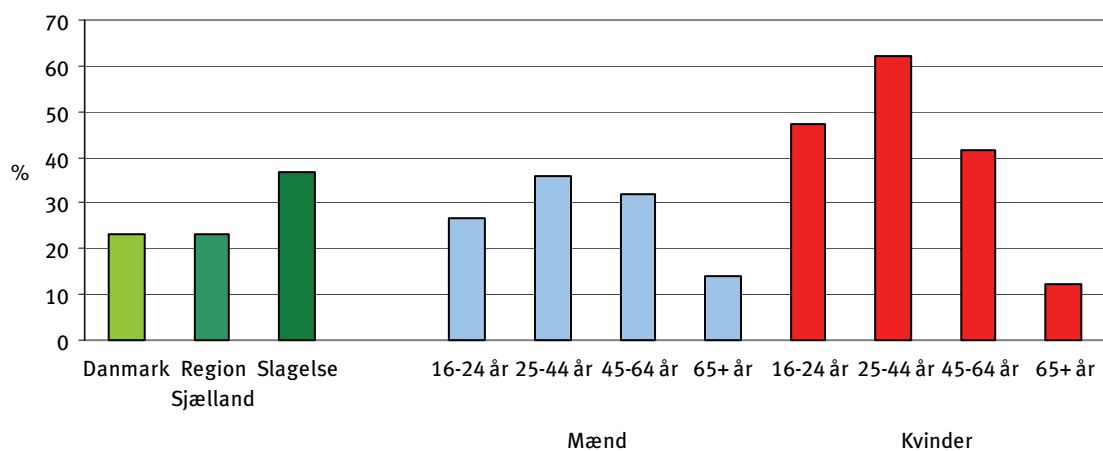
- & + markerer statistisk signifikans



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

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	22.8	23.2	-	14566
	Region Sjælland	21.7	23.1	-	2818
	Slagelse	35.2	36.6		1280
Mænd	16-24 år	26.7		-	45
	25-44 år	35.9		-	170
	45-64 år	32.1		-	209
	65+ år	14.2		-	148
	Mænd i alt	28.1			572
Kvinder	16-24 år	47.4			38
	25-44 år	62.1		+	214
	45-64 år	41.7			283
	65+ år	12.1		-	173
	Kvinder i alt	41.0			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	29.2	41.2		295
	Mellemlang	30.6	33.8		304
	Lang	40.6	36.1		466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	47.6			42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	43.1	42.7		728
	Ikke erhvervsaktiv	41.2	47.1		228
Civilstand	Gift	34.3	38.1		752
	Samlevende	44.8	40.0		163
	Enlig (separeret, skilt)	39.2	43.8		74
	Enlig (ugift)	38.3	36.4		162
	Enlig (enkestand)	21.3			94

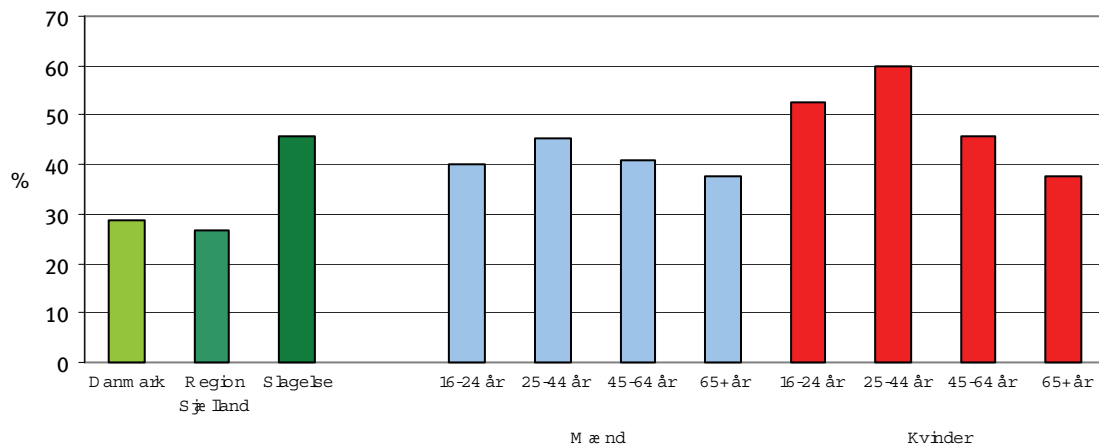
- & + markerer statistisk signifikans



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 Sjælland	26,2	26,9	-	2818
	Slagelse	45,2	45,9		1280
Mænd	16-24 år	40,0			45
	25-44 år	45,3			170
	45-64 år	40,7		-	209
	65+ år	37,8		-	148
	Mænd i alt	41,3			572
Kvinder	16-24 år	52,6		+	38
	25-44 år	59,8		+	214
	45-64 år	45,9			283
	65+ år	37,6		-	173
	Kvinder i alt	48,4			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	45,4	48,0		295
	Mellemlang	44,1	45,0		304
	Lang	43,1	41,6		466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	61,9			42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	46,8	46,2		728
	Ikke erhvervsaktiv	50,9	53,8		228
Civilstand	Gift	42,2	44,1		752
	Samlevende	54,0	52,7	+	163
	Enlig (separeret, skilt)	50,0	50,6		74
	Enlig (ugift)	48,8	47,8		162
	Enlig (enkestand)	47,9			94

- & + markerer statistisk signifikans



3.2 Ulykker

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

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

Mænd

	16-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
Trafikulykke	1,4	0,5	2,0	1,2
Hjemmeulykke	0,5	2,4	4,7	2,3
Ulykke ved idræt/sport	6,5	1,9	2,0	3,7
Andet	5,6	3,4	2,0	3,9
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>215</i>	<i>209</i>	<i>148</i>	<i>572</i>

Kvinder

	16-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
Trafikulykke	3,6	1,8	0,6	2,1
Hjemmeulykke	2,0	2,5	2,3	2,3
Ulykke ved idræt/sport	3,2	1,8	0,0	1,8
Andet	2,4	1,4	2,3	2,0
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>252</i>	<i>283</i>	<i>173</i>	<i>708</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 mindst en ulykke inden for det sidste år ved idræt/sport er hyppigst forekommende blandt de 16-44 årige. En større andel blandt mænd end blandt kvinder har været udsat for anden ulykke. Blandt mænd er andelen, der angiver, at de har været udsat for en trafikulykke inden for det sidste år størst blandt de 65+ årige, mens andelen blandt kvinder er størst i aldersgruppen 16-44 år. Blandt kvinder ses ingen variation i andelen, der har været udsat for en hjemmeulykke inden for det sidste år, hvor der blandt mænd ses en større andel blandt 65+ årige.

3.3 Konsekvenser af sygdom

Dette afsnit handler om, hvorledes sygdom og dårligt helbred påvirker borgernes evne til at indgå i sociale sammenhænge. De enkelte borgers identitet er i vid udstrækning afhængig af de sociale sammenhænge, de indgår i. I tilfælde af sygdom er de sårbare, ikke blot fysisk, men også på det psykosociale plan, og manglende evne til at indgå i sociale sammenhænge kan have konsekvenser for, hvorledes omgivelserne vurderer den enkelte (2). Konsekvenser af sygdom og dårligt helbred er i Sundhed i Slagelse 2006 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).

	Slagelse	Danmark
Aktivitetsbegrænsning inden for de seneste 14 dage	17,4	13,2
Langvarig aktivitetsbegrænsning	11,7	6,7
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>1280</i>	<i>14566</i>

	Slagelse	Danmark
Sygefravær inden for de seneste 14 dage	11,1	10,0
Mere end 25 sygedage indenfor det sidste år	5,5	4,7
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>687</i>	<i>7669</i>

	Slagelse	Danmark
Førtidspensionister	5,1	4,8
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>959</i>	<i>11554</i>

Det fremgår af tabel 3.6, at en større andel af borgere i Slagelse Kommune end i Danmark som helhed har været aktivitetsbegrænset inden for de seneste 14 dage samt været langvarig aktivitetsbegrænset. Andelen i Slagelse Kommune der har haft sygefravær inden for de seneste 14 dage, adskiller sig ikke fra andelen i Danmark som helhed. Endvidere er der nogenlunde samme andel, der er førtidspensionister, i Slagelse Kommune og i Danmark som helhed.

Litteratur

- (1) Kjølner M, Rasmussen NK, eds. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002
- (2) Iversen L, Christensen U. Marginalisering og udstødning på arbejdsmarkedet. I: Iversen L, Kristensen TS, Holstein BE, Due P, red. Medicinsk sociologi – samfund, sundhed og sygdom. København: Munksgaard Danmark, 2002: 6, 128-149.

Kapitel 4.

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 sundhedsydelser, som også er vigtige elementer i forståelsen af borgernes sygdomsadfærd. Disse oplysninger findes i Sundhed i Slagelse 2006, 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 mil. patientkontakter i 2000 til mere end 34,5 mil. 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 sundhedsvæsenets ydelser, heriblandt praktiserende speciallæge (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 samt praktiserende speciallæge, er større blandt kvinder end blandt mænd. Endvidere er der en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der har været indlagt på et hospital. Generelt ses, at kontakten til læger stiger med stigende alder. Dette 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 Slagelse Kommune (Procent).

Mænd	16-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
Praktiserende læge	33,5	44,5	54,7	43,0
Vagtlæge	6,5	5,7	6,8	6,3
Praktiserende speciallæge	9,3	12,0	12,2	11,0
Skadestue	5,1	3,8	3,4	4,2
Hospitalsambulatorium	5,1	11,5	17,6	10,7
Hospitalsindlæggelse	2,8	4,8	7,4	4,7
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>215</i>	<i>209</i>	<i>149</i>	<i>572</i>

Kvinder	16-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
Praktiserende læge	40,9	53,4	54,9	49,3
Vagtlæge	7,5	3,9	3,5	5,1
Praktiserende speciallæge	12,3	13,1	15,0	13,3
Skadestue	4,8	2,1	2,9	3,3
Hospitalsambulatorium	8,7	9,9	12,1	10,0
Hospitalsindlæggelse	5,2	7,1	6,4	6,2
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>252</i>	<i>283</i>	<i>173</i>	<i>708</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 Slagelse 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, andelen der har haft kontakt til kiropraktor samt andelen der har haft kontakt til fysioterapeut, er størst i aldersgruppen 45-64 år for både mænd og kvinder. Blandt kvinder falder andelen, der har været til fysioterapeut, med stigende alder, mens andelen blandt mænd er størst i aldersgruppen 45-64 år. Blandt mænd er andelen, der har haft kontakt til psykolog, størst i aldersgruppen 45-64 år, mens andelen blandt kvinder er størst i aldersgruppen 16-44 år.

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 Slagelse Kommune (Procent).

Mænd	16-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
Tandlæge	31,6	52,2	47,3	43,2
Fysioterapeut	6,5	7,7	6,1	6,8
Kiropraktor	6,5	6,7	6,1	6,5
Psykolog	0,9	3,4	0,0	1,6
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>215</i>	<i>209</i>	<i>148</i>	<i>572</i>

Kvinder	16-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
Tandlæge	33,7	58,0	46,2	46,5
Fysioterapeut	9,5	12,4	9,3	10,6
Kiropraktor	8,73	9,5	6,9	8,6
Psykolog	4,0	2,1	0,6	2,4
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>252</i>	<i>283</i>	<i>173</i>	<i>708</i>

Det fremgår af standardtabel 4.1, at andelen af borgerne i Slagelse Kommune (46,5 %), der har haft kontakt til en praktiserende læge inden for de seneste tre måneder, er større end andelen i Region Sjælland (39,7 %) og i 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. Det fremgår endvidere, at andelen, der har haft kontakt til en praktiserende læge, er større blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive.

Som det fremgår af tabel 4.3, har en langt større andel af borgere, der angiver at have et mindre godt selv vurderet helbred, været til praktiserende læge inden for de seneste tre måneder end borgere, der angiver at have et godt selv vurderet helbred. Den samme tendens ses blandt borgere med en langvarig sygdom. I forhold til brug af medicin ses, at blandt borgere der har brugt håndkøbsmedicin, har nogenlunde samme andel været til praktiserende læge som blandt borgere, der ikke har brugt håndkøbsmedicin. Derimod er der en større andel blandt borgere, der har brugt receptpligtig medicin, der har været til praktiserende læge, end blandt borgere, der ikke har brugt receptpligtig medicin. Det fremgår endvidere af tabellen, at der er en større andel, der har været til praktiserende læge blandt borgere, der har forhøjet blodtryk, kronisk bronkitis, KOL samt astma og diabetes, end blandt borgere der ikke har en listesygdom. Ved angivelse af sygdomme skelnes der i Sundhed i Slagelse 2006 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.

Der er således 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).

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

		Andel der har været til praktiserende læge inden for de seneste tre måneder	Antal svar- personer
Selvvurderet helbred	Mindre godt	66.8	409
	Godt	37.0	871
Langvarig syg	Ja	64.7	450
	Nej	36.6	830
Håndkøbsmedicin	Ja	49.0	482
	Nej	45.0	798
Receptpligtig	Ja	68.1	589
	Nej	28.1	691
Listesygdom	Allergi (ikke astma)	51.4	218
	Hovedpine, migræne	63.2	174
	Astma	64.3	84
	Rygsygdom	66.3	181
	Forhøjet blodtryk	69.6	220
	Kronisk bronkitis, KOL	72.6	62
	Diabetes	77.5	71
	Ingen listesygdom	33.3	507

4.2 Genoptræning

Tabel 4.4 viser andelen af borgere, der har været til genoptræning inden for det seneste år og andelen, der inden for det seneste år har haft behov for genoptræning uden at have fået det. Tabellen indeholder kun information om borgere, der er 65+ år. Blandt disse borgere har 12,2 % været til genoptræning sammenholdt med 9,0 % i hele befolkningen (standardtabel 4.2). Dette stemmer overens med den generelle tendens i standardtabellen, der viser, at der er en større andel blandt ældre end blandt yngre, der har været til genoptræning. Det fremgår endvidere af tabel 4.3, at blandt 65+ årige borgere i Slagelse Kommune, har 2,5 % haft et udækket behov for genoptræning.

Tabel 4.4 Andel af 65+ årige borgere, der har været til genoptræning eller har haft et udækket behov for genoptræning (Procent).

Været til genoptræning	12,2
Haft behov for genoptræning uden at have fået det	2,5
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>321</i>

Tabel 4.5 viser årsager til genoptræning blandt 65+ årige borgere. Blandt borgere, der har fået genoptræning, har omkring fem ud af ti fået det i forbindelse med operation på et hospital og omkring fire ud af ti som følge af midlertidig nedsat funktionsevne. En langt mindre andel har fået det i forbindelse med anden hospitalsindlæggelse eller som følge af varig nedsat funktionsevne. Det vides dog ikke, hvorvidt genoptræningen er foregået i lokalt regi.

Tabel 4.5 Årsager til genoptræning opgjort blandt 65+ årige borgere (Procent).

Genoptræning i forbindelse med operation på hospital	48,7
Genoptræning i forbindelse med anden hospitalsindlæggelse	12,8
Genoptræningsom følge af midlertidigt nedsat fysisk funktionsevne	41,0
Genoptræning som følge af varigt nedsat fysisk funktionsevne	28,2
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>39</i>

Tabel 4.6 er kun opgjort for 65+ årige borgere, der har fået genoptræning. Det fremgår af tabellen, at genoptræningen for næsten halvdelen af borgerne er foregået på et hospital. Lidt under hver femte har fået genoptræning hos det lokale sundhedscenter.

Tabel 4.6 Stedet, hvor genoptræningen er foregået opgjort blandt 65+ årige borgere i Slagelse Kommune (Procent).

Genoptræning på hospital	46,2
Genoptræning hos privatpraktiserende fysioterapeut, ergoterapeut	5,1
I eget hjem	10,3
I det lokale sundhedscenter	18,0
På dagcenter, plejehjem	15,4
Genoptræning andetsteds	5,1
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>39</i>

Standardtabel 4.2 viser, at der er en større andel, der har været til genoptræning inden for det seneste år, blandt borgere i Slagelse Kommune (9,0 %) end blandt borgere i Region Sjælland (5,6 %) og Danmark som helhed (4,8 %). Overordnet stiger andelen, der har været til genoptræning, med stigende alder. Dette gælder dog ikke for mænd i aldersgruppen 16-24 år. Derudover fremgår det, at andelen af borgere, der har været til genoptræning, er større blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive.

4.3 Brug af hjemmesygepleje og hjemmehjælp

Tabel 4.7 viser andelen af borgere, der inden for de seneste tre måneder har gjort brug af hhv. hjemmesygepleje og hjemmehjælp. Endvidere fremgår andelen, der inden for de seneste tre måneder har haft behov for hjemmesygepleje eller hjemmehjælp uden at have fået det. Tabellen indeholder kun information om borgere, der er 65+ år.

Tabel 4.7 Andel af 65+ årige borgere, der har gjort brug af hjemmesygepleje eller hjemmehjælp eller har haft et udækket behov for hjemmesygepleje eller hjemmehjælp (Procent).

Har gjort brug af hjemmesygepleje	8.4
Har gjort brug af hjemmehjælp	15.0
Haft behov for hjemmesygepleje eller hjemmehjælp uden at have fået det	2.5
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>321</i>

Blandt borgere i alderen 65+ år har 8,4 % gjort brug af hjemmesygepleje inden for de seneste tre måneder og 15,0 % har gjort brug af hjemmehjælp. I hele befolkningen er andelen hhv. 3,0 % og 4,7 %. I alt har 2,5 % blandt 65+ årige borgere i Slagelse Kommune haft et udækket behov for hjemmesygepleje eller hjemmehjælp.

4.4 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 % tillige med den sundhedspædagogiske indsats, der har styrket daglig tandbørstning og daglig anvendelse af fluortandpasta. Undersøgelser viser, at gode mundhygiejnevane 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 Slagelse 2006 er der spurgt til, om man inden for de seneste tre måneder har gjort brug af tandlæge.

Det fremgår af standardtabel 4.3, at andelen af borgerne i Slagelse Kommune (45,0 %), der har været til tandlæge inden for de seneste tre måneder er større end de tilsvarende andele i hhv. Region Sjælland (35,3 %) og Danmark (34,4 %). Der er en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der har været til tandlæge. Andelen, der har været til tandlæge, stiger med alderen til og med aldersgruppen 45-64 år, hvorefter den falder. Blandt borgere med en kort uddannelse er der en mindre andel, der har været til tandlæge, end blandt borgere med en lang uddannelse.

4.5 Brug af fysioterapeut og kiropraktor

Det fremgår af tabel 4.8, at andelen af borgere i Slagelse Kommune, der har været til enten fysioterapeut eller kiropraktor inden for en 3-måneders periode, er større end andelen i Danmark som helhed.

Tabel 4.8 Andel der har været til henholdsvis fysioterapeut eller kiropraktor inden for de seneste tre måneder i Slagelse Kommune (Procent).

	Slagelse	Danmark
Fysioterapeut	8,9	6,9
Kiropraktor	7,7	4,3
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>1280</i>	<i>14566</i>

4.6 Psykologisk eller psykiatrisk hjælp

I Sundhed i Slagelse 2006 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 4.9. Den største andel har haft behov for psykologisk eller psykiatrisk hjælp eller behandling, fordi de havde været deprimeret i længere tid.

Tabel 4.9 Andel der inden for det seneste år har haft behov for psykologisk eller psykiatrisk hjælp i Slagelse Kommune (Procent).

Ja, fordi jeg oplevede stor sorg	3,3
Ja, fordi jeg oplevede en traumatisk begivenhed	2,0
Ja, fordi jeg havde psykisk sygdom eller lidelse	2,4
Ja, fordi jeg havde dårlige nerver	1,6
Ja, fordi jeg havde været meget stresset	4,9
Ja, fordi jeg havde været deprimeret i længere tid	4,4
Andet	2,7
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>1280</i>

4.7 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 4.10, har en langt større andel blandt borgere, der angiver at have et mindre godt helbred, brugt receptpligtig medicin inden for de seneste 14 dage end blandt borgere, der angiver at have et godt helbred. Det samme mønster ses blandt borgere med en

langvarig sygdom. Det fremgår endvidere af tabellen, at næsten alle borgere med forhøjet blodtryk, kronisk bronkitis, KOL samt astma og diabetes har brugt receptpligtig medicin. Ved angivelse af sygdomme skelnes der i Sundhed i Slagelse 2006 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.

Tabel 4.10 Brug af receptpligtig medicin inden for de seneste 14 dage i forhold til helbred og sygelighed i Slagelse Kommune (Procent).

		Andel der har brugt receptpligtig medicin inden for en 14 dages periode	Antal svar- personer
Selvvurderet helbred	Mindre godt	72.6	409
	Godt	33.5	871
Langvarig syg	Ja	70.9	450
	Nej	32.5	830
Listesygdom	Forhøjet blodtryk	93.2	220
	Kronisk bronkitis, KOL	85.5	62
	Astma	85.7	84
	Diabetes	80.3	71
	Rygssygdom	67.4	181
	Hovedpine, migræne	62.1	174
	Allergi (ikke astma)	49.1	218
	Ingen listesygdomme	21.7	507

Det fremgår af standardtabel 4.4, at andelen, der har brugt receptpligtig medicin inden for de seneste 14 dage, i Slagelse Kommune ikke adskiller sig fra andelen i Region Sjælland og Danmark. I alle aldersgrupper er der en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der har brugt receptpligtig medicin. Andelen, der har brugt receptpligtig medicin, stiger med stigende alder. Der er en større andel, der har brugt receptpligtigt medicin, blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive. Blandt enlige (ugifte) er der en større andel, der har brugt receptpligtigt medicin, end blandt gifte.

Andelen, der har brugt håndkøbsmedicin inden for de seneste 14 dage, er større i Slagelse Kommune (37,7 %) end i Region Sjælland (32,6 %) 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, størst i aldersgruppen 25-44 år og mindst i aldersgruppen 65+ år.

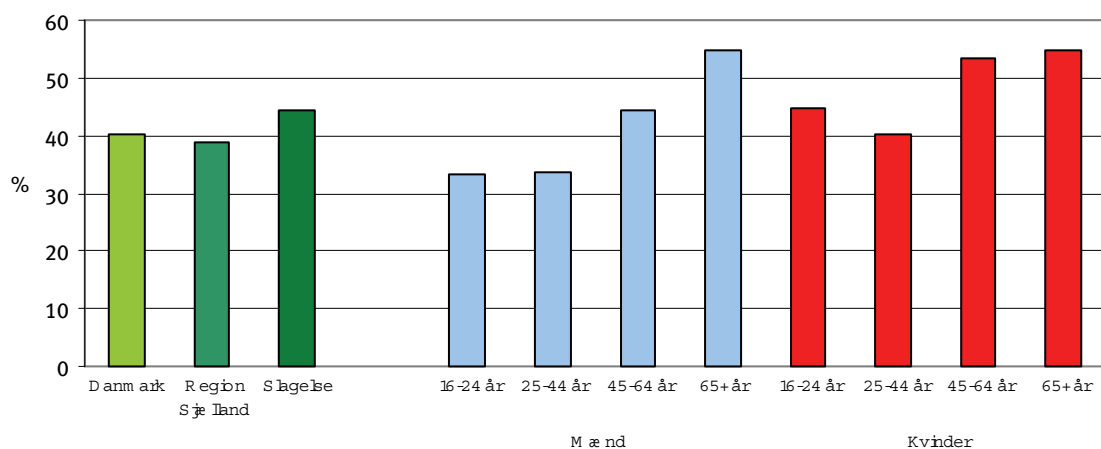
Forbruget af smertestillende receptpligtig medicin og håndkøbsmedicin inden for en 14-dages periode er vist i standardtabel 4.6. Andelen, der har brugt smertestillende medicin, er større i Slagelse Kommune end i Region Sjælland og i Danmark. Der er en markant større andel blandt kvinder end blandt mænd, der har brugt smertestillende medicin. Andelen er størst i aldersgruppen 25-44 år, hvor hhv. 38,2 % blandt mænd og 57,0 % blandt kvinder har brugt smertestillende medicin. Blandt ikke erhvervsaktive er der en større andel, der har brugt smertestillende medicin, end blandt erhvervsaktive.

I Slagelse Kommune oplyser 20,3 % af borgerne, at de har brugt blodtrykssænkende medicin inden for en 14-dages periode (standardtabel 4.7). Dette er en større andel end i Region Sjælland og Danmark som helhed. Andelen, der har brugt blodtrykssænkende medicin, stiger med stigende alder. 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 Sjælland	39,7	38,8	-	2818
	Slagelse	46,5	44,5		1280
Mænd	16-24 år	33,3		-	45
	25-44 år	33,5		-	170
	45-64 år	44,5		-	209
	65+ år	54,7			148
	Mænd i alt	43,0			572
Kvinder	16-24 år	44,7		-	38
	25-44 år	40,2		-	214
	45-64 år	53,4			283
	65+ år	54,9			173
	Kvinder i alt	49,3			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	54,2	48,2		295
	Mellemlang	44,4	43,4		304
	Lang	42,7	43,2		466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	50,0			42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	39,1	38,5		728
	Ikke erhvervsaktiv	57,9	53,8	+	228
Civilstand	Gift	47,2	45,1		752
	Samlevende	38,7	41,4		163
	Enlig (separeret, skilt)	54,1	51,5		74
	Enlig (ugift)	38,3	43,1		162
	Enlig (enkestand)	62,8			94

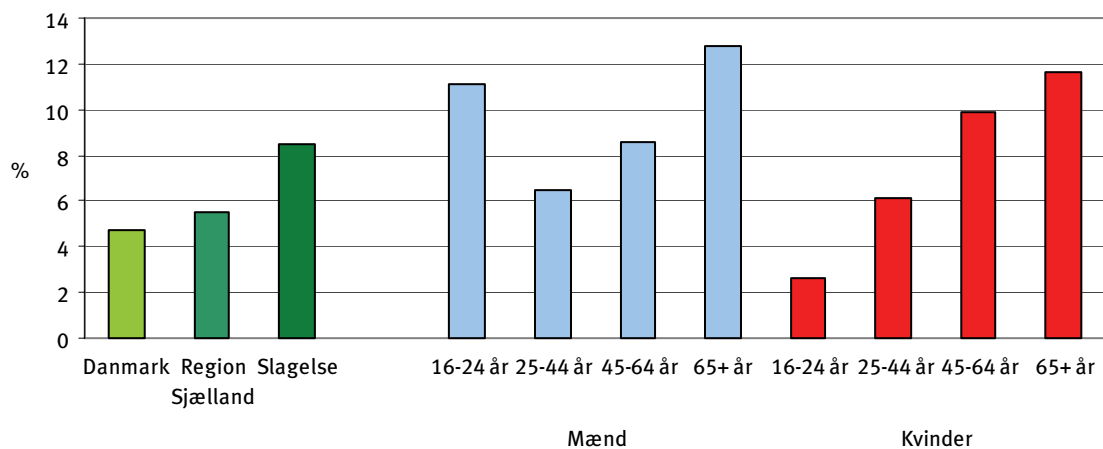
- & + markerer statistisk signifikans



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

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	40,9	40,3	-	14566
	Region Sjælland	39,7	38,8	-	2818
	Slagelse	46,5	44,5		1280
Mænd	16-24 år	33,3		-	45
	25-44 år	33,5		-	170
	45-64 år	44,5		-	209
	65+ år	54,7			148
	Mænd i alt	43,0			572
Kvinder	16-24 år	44,7		-	38
	25-44 år	40,2		-	214
	45-64 år	53,4			283
	65+ år	54,9			173
	Kvinder i alt	49,3			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	54,2	48,2		295
	Mellemlang	44,4	43,4		304
	Lang	42,7	43,2		466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	50,0			42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	39,1	38,5		728
	Ikke erhvervsaktiv	57,9	53,8	+	228
Civilstand	Gift	47,2	45,1		752
	Samlevende	38,7	41,4		163
	Enlig (separeret, skilt)	54,1	51,5		74
	Enlig (ugift)	38,3	43,1		162
	Enlig (enkestand)	62,8			94

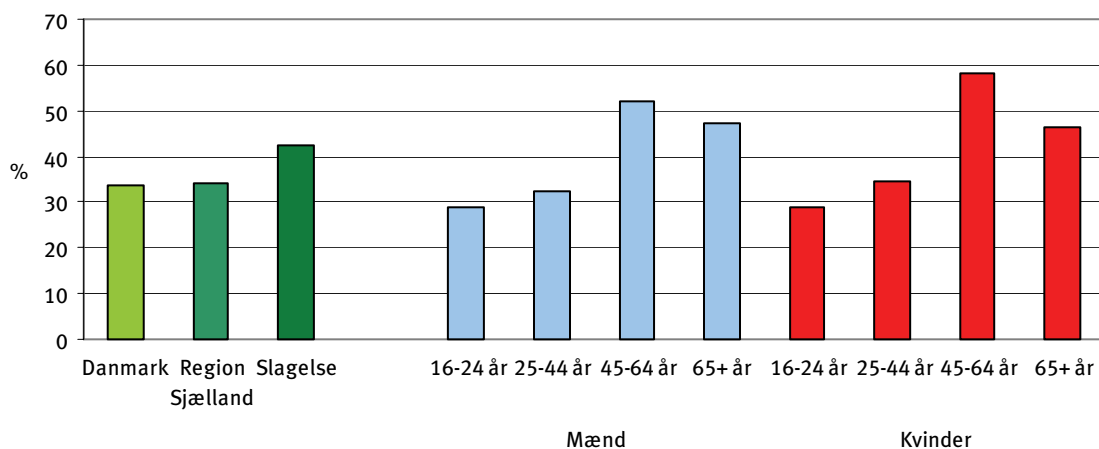
- & + markerer statistisk signifikans



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

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	34,4	33,9	-	14566
	Region Sjælland	35,3	34,2	-	2818
	Slagelse	45,0	42,6		1280
Mænd	16-24 år	28,9		-	45
	25-44 år	32,4		-	170
	45-64 år	52,2		-	209
	65+ år	47,3		-	148
	Mænd i alt	43,2			572
Kvinder	16-24 år	28,9		-	38
	25-44 år	34,6		-	214
	45-64 år	58,0			283
	65+ år	46,2		-	173
	Kvinder i alt	46,5			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	40,7	40,9	-	295
	Mellemlang	50,0	46,6		304
	Lang	49,6	51,3		466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	33,3			42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	43,5	44,1		728
	Ikke erhvervsaktiv	46,9	43,6		228
Civilstand	Gift	48,9	44,9		752
	Samlevende	40,5	42,9		163
	Enlig (separeret, skilt)	43,2	39,9		74
	Enlig (ugift)	34,6	37,9		162
	Enlig (enkestand)	44,7			94

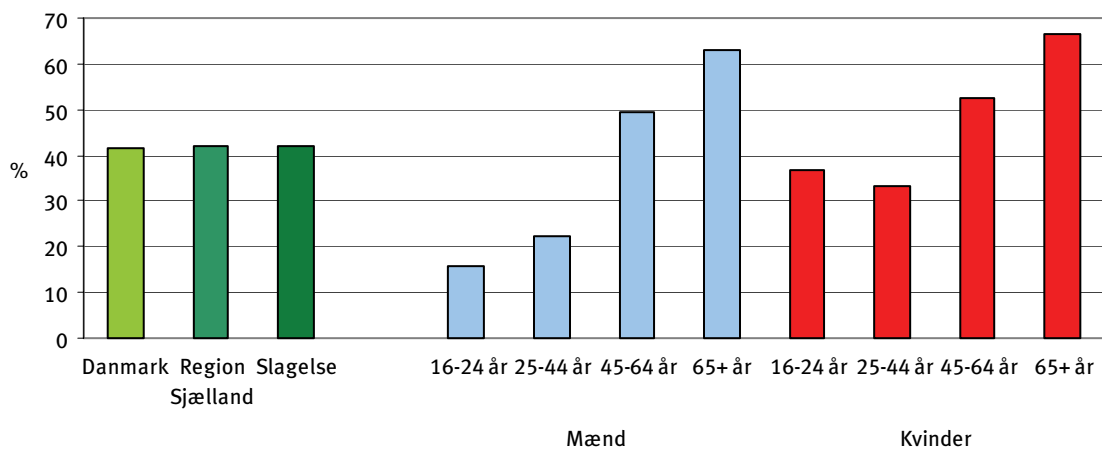
- & + markerer statistisk signifikans



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 Sjælland	45,3	42,1	2818
	Slagelse	46,0	42,2	1280
Mænd	16-24 år	15,6	-	45
	25-44 år	22,4	-	170
	45-64 år	49,3		209
	65+ år	62,8	+	148
	Mænd i alt	42,1		572
Kvinder	16-24 år	36,8	-	38
	25-44 år	33,2	-	214
	45-64 år	52,3		283
	65+ år	66,5	+	173
	Kvinder i alt	49,2		708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	55,9	43,1	295
	Mellemlang	43,4	40,8	304
	Lang	44,2	45,8	466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	42,9		42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	33,5	33,1	728
	Ikke erhvervsaktiv	59,2	60,2	228
Civilstand	Gift	47,3	42,5	752
	Samlevende	30,7	35,8	163
	Enlig (separeret, skilt)	47,3	43,0	74
	Enlig (ugift)	40,7	51,3	162
	Enlig (enkestand)	70,2		94

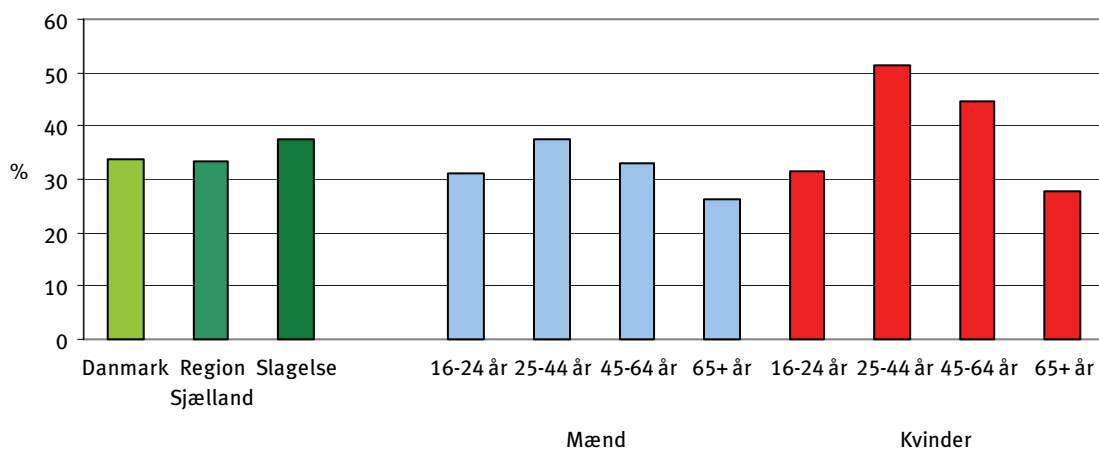
- & + markerer statistisk signifikans



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 Sjælland	32,6	33,3	-	2818
	Slagelse	37,7	37,7		1280
Mænd	16-24 år	31,1		-	45
	25-44 år	37,6		-	170
	45-64 år	33,0		-	209
	65+ år	26,4		-	148
	Mænd i alt	32,5			572
Kvinder	16-24 år	31,6		-	38
	25-44 år	51,4		+	214
	45-64 år	44,5			283
	65+ år	27,7		-	173
	Kvinder i alt	41,8			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	35,9	42,6		295
	Mellemlang	36,8	37,8		304
	Lang	40,8	36,9		466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	57,1			42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	43,0	43,0		728
	Ikke erhvervsaktiv	36,0	41,7		228
Civilstand	Gift	38,3	40,4		752
	Samlevende	46,0	45,2		163
	Enlig (separeret, skilt)	36,5	33,0		74
	Enlig (ugift)	35,8	32,0		162
	Enlig (enkestand)	28,7			94

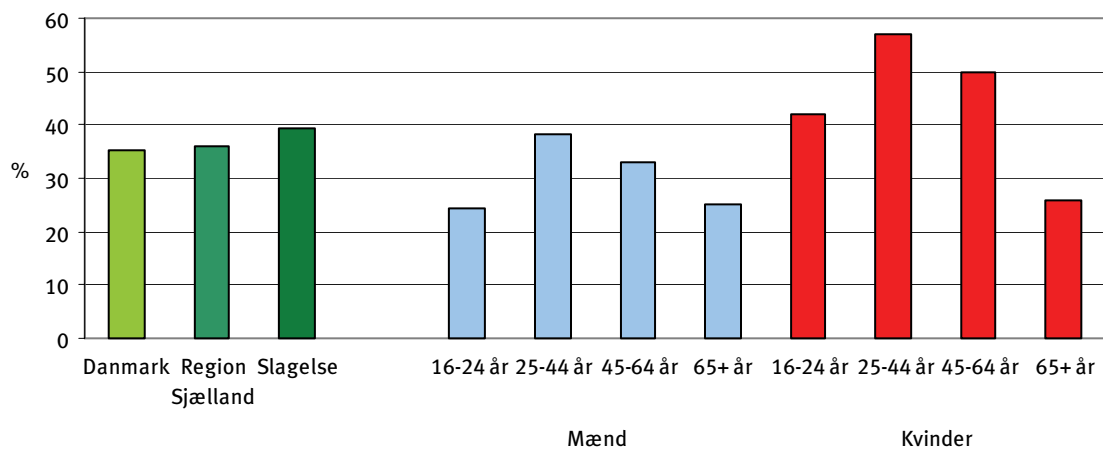
- & + markerer statistisk signifikans



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 Sjælland	35,8	35,9	-	2818
	Slagelse	39,5	39,6		1280
Mænd	16-24 år	24,4		-	45
	25-44 år	38,2		-	170
	45-64 år	33,0		-	209
	65+ år	25,0		-	148
	Mænd i alt	31,8			572
Kvinder	16-24 år	42,1		-	38
	25-44 år	57,0		+	214
	45-64 år	49,8			283
	65+ år	26,0		-	173
	Kvinder i alt	45,8			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	38,6	47,0		295
	Mellemlang	35,5	36,3		304
	Lang	43,6	39,9		466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	59,5			42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	43,8	43,3		728
	Ikke erhvervsaktiv	45,6	53,4	+	228
Civilstand	Gift	39,1	41,6		752
	Samlevende	48,5	46,9		163
	Enlig (separeret, skilt)	41,9	40,1		74
	Enlig (ugift)	38,9	35,9		162
	Enlig (enkestand)	33,0			94

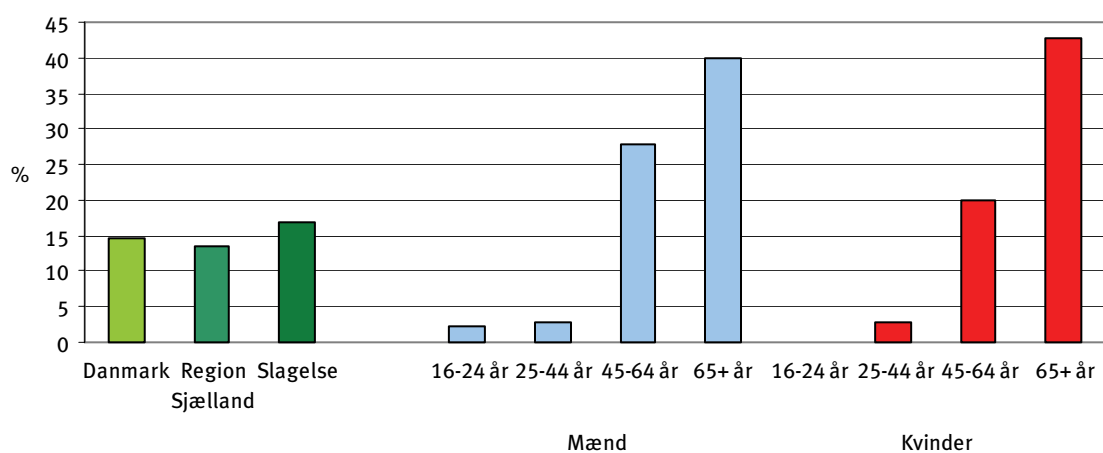
- & + markerer statistisk signifikans



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 Sjælland	16.0	13.6	-	2818
	Slagelse	20.3	17.0		1280
Mænd	16-24 år	2.2		-	45
	25-44 år	2.9		-	170
	45-64 år	27.8		+	209
	65+ år	39.9		+	148
	Mænd i alt	21.5			572
Kvinder	16-24 år	0.0			38
	25-44 år	2.8		-	214
	45-64 år	20.1			283
	65+ år	42.8		+	173
	Kvinder i alt	19.4			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	33.6	23.2		295
	Mellemlang	18.8	16.0		304
	Lang	17.2	20.9		466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	4.8			42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	9.5	9.9		728
	Ikke erhvervsaktiv	25.4	20.1	+	228
Civilstand	Gift	22.2	16.9		752
	Samlevende	9.8	12.1		163
	Enlig (separeret, skilt)	23.0	17.9		74
	Enlig (ugift)	8.6	17.8		162
	Enlig (enkestand)	41.5			94

- & + markerer statistisk signifikans



Litteratur

- (1) Danmarks Statistik. Danmarks Statistikbank. www.statistikbanken.dk
- (2) Ola Ekholm, Mette Kjølner, Michael Davidsen, Ulrik Hesse, Louise Eriksen, Anne Illemann Christensen, Morten Grønbæk. Sundheds- og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, 2006
- (3) Statistisk Sentralbryrå. Helse i Norge. Helsetilstand og behandlingstilbud belyst ved Befolkningsundersøkelser. Oslo-Kongsvinger. Statistisk Sentralbryrå. 2001.

Kapitel 5.

Sundhedsadfærd

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

Sundhedsadfærd kan endvidere betragtes som en epidemiologisk risikofaktor. Her er det vigtigt at kunne konstatere objektivt og præcist, i hvilken udstrækning den enkelte borger udfører sundhedsfremmende eller –skadelig adfærd. Det kan eksempelvis være, hvorvidt den enkelte borger er fysisk aktiv i det anbefalede omfang eller udsætter sig for helbredsrisici i form af rygning, eller i form af uhensigtsmæssige kostvaner osv.

Sundhedsadfærd kan imidlertid også betragtes ud fra et mere psykologisk/socialpsykologisk perspektiv, hvor det væsentlige er at forstå, hvilket motiv, der evt. er for adfærden. Her anerkendes, at normer og gruppeprocesser spiller en vigtig rolle i udformningen af en persons adfærd. Man kan fx sagtens forestille sig, at personer tillægger sig en adfærd for at leve op til gruppens normer på arbejdspladsen, i skolen eller i familien, uden at der indgår overvejelser om, hvorvidt den pågældende adfærd er sund eller usund.

Der bliver ofte sat spørgsmålstegn ved sundhedskampagnernes effekt på befolkningens livsstil og sundhedsadfærd, og der bliver stillet forslag om mere målrettede, opsøgende, restriktive og intensive ændringsmetoder. Tankerne bag dette synes at være, at når der ikke fra den ene dag til den anden ses en ændring i adfærden, så er det udtryk for en dårlig kampagne. Dermed undervurderes, at sundhedsadfærd er bundet i det enkelte menneskes liv og sociale omgivelser og ikke - eller kun til en vis grad - er bestemt af, om borgeren ved, om adfærden er sund eller usund, og dernæst handler rationelt ud fra en sådan viden. Endvidere kan normer og gruppeadfærd også være med til at påvirke sundhedsadfærden i såvel positiv som negativ retning (1).

Sundhedsadfærdens betydning for danskernes sundhedstilstand er blevet bekræftet gennem beregninger, der bl.a. viser, at rygning årligt medfører et merforbrug i sundhedsvæsenet på næsten 4,5 mia. kr., og behandling af alkoholrelaterede lidelser tegner sig for yderligere 947 mio. kr. (2).

5.1 Rygning

En væsentlig årsag til danskernes overdødelighed er deres rygevaner. Beregninger har vist, at rygere lever 7-10 år kortere end ikke-rygere. I forhold til mange andre lande er andelen af rygere i Danmark højere end gennemsnittet (3).

Det fremgår af standardtabel 5.1, at 31,3 % af borgere i Slagelse Kommune ryger dagligt. Andelen, der ryger dagligt, er større blandt mænd end blandt kvinder. Både blandt mænd og kvinder er andelen, der ryger dagligt, størst i aldersgruppen 45–64 år og mindst i aldersgruppen 16–24 år. Der er en sammenhæng mellem uddannelseslængde og andelen af borgere, der ryger dagligt. Andelen, der ryger dagligt, stiger med stigende alder. I forhold til civilstand er andelen, der ryger dagligt, større blandt samlevende og enlige (separerede, skilte) end blandt gifte.

Standardtabel 5.2 viser andelen der er storrygere, dvs. borgere, der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen. Andelen i Slagelse Kommune, der er storrygere, adskiller sig ikke fra andelen i Region Sjælland og Danmark som helhed. Andelen, der er storrygere, er størst i aldersgruppen 25–64 år. Andelen, der er storrygere, falder med stigende uddannelsesniveau. Der er en større andel blandt enlige (separerede, skilte) end blandt gifte, der er storrygere.

5.2 Fysisk aktivitet

De fysiske krav i vores fritids- og arbejdsliv er reduceret, hvilket har medført at det fysiske aktivitetsniveau på en lang række områder er faldet. Denne udvikling påvirker vores sundhed og sygelighed, idet fysisk aktivitet har mange positive effekter på både den fysiske og psykiske tilstand.

Det er ingen klar konsensus om, hvordan fysisk aktivitet måles. Nogle studier anvender tid brugt på fysisk aktivitet som mål, mens andre studier tager højde for intensitet. Uafhængigt af målemetode viser studier, at fysisk aktivitet mindsker risikoen for forhøjet blodtryk, hjertekarsygdomme, diabetes og osteoporose. Endvidere medvirker fysisk aktivitet til, at immunforsvaret forbedres, ligesom det mentale og sociale velbefindende øges. Undersøgelser har vist, at fysisk inaktive i gennemsnit dør fem til seks år tidligere end fysisk aktive (4). Regeringen understreger i sit sundhedsprogram, at antallet af fysisk aktive skal øges markant, og at fysisk aktivitet skal være en naturlig del af hverdagen (5).

Tidligere anbefalede Sundhedsstyrelsen fysisk aktivitet i fire timer om ugen eller derover for at opnå en sundhedsfremmende effekt men valgte i 1999 at tilslutte sig nye internationale retningslinier. De nye retningslinier anbefaler fysisk aktivitet på minimum et moderat niveau i mindst 30 minutter om dagen alle ugens dage. Ved moderat fysisk aktivitet forstås, at man føler sig lettere forpustet, men ikke mere end at man stadig kan føre en samtale. De 30 minutters fysiske aktivitet kan deles op i mindre portioner. Således vil der være en sundhedsgavnlig effekt af ti minutters moderat fysisk aktivitet tre gange om dagen. Det er altså den samlede mængde, der er væsentlig, og de 30 minutters fysiske aktivitet kan indgå som en naturlig del af hverdagen, som ved fx at cykle, gå, ordne have eller gøre rent (6).

5.2.1 Fysisk aktivitet i fritiden

I Sundhed i Slagelse 2006 er fysisk aktivitet i fritiden belyst gennem spørgsmålet: "Hvis vi ser på det sidste år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse på din fysiske aktivitet i fritiden?". Svarfordelingen fremgår af tabel 5.1. Mere end hver tiende borger i Slagelse Kommune er stillesiddende i fritiden dvs. at de læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse, og de opfylder derfor hverken det gamle eller det nye mål for fysisk aktivitet.

Tabel 5.1 Fysisk aktivitet i fritiden (Procent).

Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen	2.7
Dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde e.l. mindst 4 timer om ugen	20.2
Spadsere, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer pr. uge (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde)	56.6
Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse	12.4
Uoplyst	8.1
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>1280</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 Slagelse Kommune, der dyrker hård eller mellemhård fysisk aktivitet i fritiden, adskiller sig ikke fra andelen i Region Sjælland 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. Andelen, der er fysisk aktive i fritiden, er mindre blandt borgere med en kort uddannelse end blandt borgere med en lang uddannelse. Blandt ikke erhvervsaktive er andelen, der er fysisk aktive i fritiden, mindre end blandt erhvervsaktive.

5.2.2 Fysisk aktivitet i hovedbeskæftigelsen

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

I Slagelse Kommune beskriver 32,1 % af de erhvervsaktive borgere den fysiske belastning i deres hovedbeskæftigelsen som hovedsageligt stillesiddende (tabel 5.2). En tilsvarende andel beskriver den fysiske belastning i deres hovedbeskæftigelsen som stående eller gående med en del løfte- eller bærearbejde (32,9 %). En lille andel (5,0 %) beskriver den fysiske belastning i deres hovedbeskæftigelsen som tungt eller hurtigt arbejde, som er anstrengende.

Tabel 5.2 Fysisk aktivitet i hovedbeskæftigelsen (Procent).

Hovedsageligt stillesiddende arbejde, som ikke kræver legemlig anstrengelse	32.1
Arbejde, som i stort omfang udføres stående eller gående, men eller ikke kræver legemlig anstrengelse	26.1
Stående eller gående arbejde med en del løfte- eller bærearbejde	32.9
Tungt eller hurtigt arbejde som er anstrengende	5.0
Uoplyst	3.9
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>739</i>

Standardtabel 5.4 viser andelen, der har stillesiddende arbejde i hovedbeskæftigelsen. Der er en mindre andel, der har stillesiddende arbejde i hovedbeskæftigelsen, i Slagelse Kommune (33,7 %), end i Danmark som helhed (39,1 %). 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 45-64 år, mens andelen blandt kvinder er størst i aldersgruppen 25-44 år. Andelen, der har stillesiddende arbejde i hovedbeskæftigelsen, stiger med stigende uddannelseslængde. I forhold til civilstand ses, at der blandt enlige (separerede, skilte) er en mindre andel, der har stillesiddende arbejde i hovedbeskæftigelsen, end blandt gifte.

5.3 Alkohol

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

Personer med stort alkoholforbrug har højere dødelighed og sygelighed end personer med moderat eller intet forbrug. Personer uden alkoholforbrug har den samme risiko for sygelighed og dødelighed som personer med et moderat alkoholforbrug. For at forebygge alkoholrelaterede problemer i den danske befolkning anbefaler Sundhedsstyrelsen en maksimumsgrænse for den enkeltes ugentlige forbrug af alkohol på maksimalt på 21 genstande for mænd og 14 for kvinder. Dette betegnes som Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse.

Andelen, der har overskredet sundhedsstyrelsens genstandsgrænser inden for den seneste uge, er mindre i Slagelse Kommune (9,9 %) end i Region Sjælland (14,9 %) og i Danmark som helhed (14,3 %). Der er en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der har overskredet sundhedsstyrelsens genstandsgrænser. Blandt mænd er andelen, der overskredet sundhedsstyrelsens genstandsgrænser, størst i aldersgruppen 16-24 år, mens andelen blandt kvinder er størst i aldersgruppen 45-64 år. Der er en større andel blandt enlige (ugifte) end blandt gifte, der har overskredet sundhedsstyrelsens genstandsgrænser.

Drickemønstre og ikke kun det totale alkoholforbrug har betydning for alkoholrelateret dødelighed. Derfor blev anbefalingerne i 2005 suppleret med retningslinier for forbruget af alko-

hol for én drikkeepisode. Sundhedsstyrelsen tilråder nu, at der højst drikkes fem genstande ad gangen. Hvis man på en dag/aften drikker mere end fem genstande, kaldes det for en bingeepisode. Anbefalingerne for gravide er, at de helt skal undgå alkohol.

Det fremgår af standardtabel 5.6, at 41,3 % af borgerne i Slagelse 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 en mindre andel end i Danmark som helhed (48,7 %). Der er en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der har haft mindst en bingeepisode. Overordnet falder andelen, der har haft mindst en bingeepisode, med stigende alder. Blandt erhvervsaktive er andelen, der har haft mindst en bingeepisode, større end blandt ikke erhvervsaktive.

I Sundhed i Slagelse 2006 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 38,8 %, at de ved hvor i kommunen, de kan søge råd og hjælp vedrørende forbrug af alkohol. Der er en større andel blandt kvinder, der ved hvor i kommunen, de kan søge råd og hjælp vedrørende forbrug af alkohol, end blandt mænd. Andelen, der ved hvor i kommunen, de kan søge råd og hjælp vedrørende forbrug af alkohol, er størst i aldersgruppen 45-64 år både blandt mænd og kvinder.

5.4 Hash

Det er typisk et ungdomsfænomen at prøve stoffer, og hovedparten fortsætter ikke brugen. De fleste, der prøver stoffer, har således et eksperimentelt forbrug i en kortere periode i de unge år. Undersøgelser har vist, at den eksperimentelle brug af stoffer toppe i 16 – 19 års alderen, og at meget få prøver stoffer første gang efter 20-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 (7).

Standardtabel 5.8 viser andelen, der inden for det seneste år har prøvet hash. Andelen i Slagelse Kommune (2,3 %), der har prøvet hash, er større end i Region Sjælland (1,7 %). 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 inden for det seneste år, er større blandt ikke erhvervsaktive end blandt erhvervsaktive.

I standardtabel 5.9 ses andelen, der ved hvor i kommunen, de kan søge råd og hjælp vedrørende forbrug af stoffer. I alt oplyser 33,4 %, at de ved hvor i kommunen, de kan søge råd og hjælp vedrørende forbrug af stoffer. Blandt kvinder er der en større andel end blandt mænd, der ved hvor i kommunen, de kan søge råd og hjælp vedrørende forbrug af stoffer. For både mænd og kvinder er andelen, der ved hvor i kommunen, de kan søge råd og hjælp vedrørende forbrug af stoffer, størst i aldersgruppen 45-64 år.

5.5 Kost

Gode kostvaner har betydning for forebyggelse af de store folkesygdomme såsom hjerte-karsygdomme, kræft og muskel- og skeletlidelser. Beregninger bekræfter dette, idet fire procent af alle dødsfald er relateret til et for stort indtag af mættet fedt. Det samme tal er gældende

for et for lille frugt- og grøntindtag (2). Kostindtag er vanskeligt at måle sammenlignet med eksempelvis rygning. I nærværende undersøgelse er der spurgt til, hvor ofte borgerne plejer at spise frugt og grønt. Som det fremgår af tabel 5.3, er der forskel på indtaget af frugt og grønt blandt mænd og kvinder, således er der blandt kvinder en større andel, der spiser frugt og grønt hver dag. Blandt mænd er andelen, der dagligt spiser frugt og grøntsager, mindst i aldersgruppen 16-24 år. Blandt kvinder ses den mindste andel af borgere, der dagligt spiser frugt, i aldersgruppen 25-44 år, mens andelen der dagligt spiser grøntsager er mindst i aldersgruppen 65+ år. Der er en større andel, der dagligt spiser frugt, end grøntsager.

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

		Spiser frugt hver dag	Spiser grøntsager hver dag	<i>Antal svarpersoner</i>
Mænd	16-24 år	46,7	26,7	45
	25-44 år	53,5	38,8	170
	45-64 år	60,8	40,2	209
	65+ år	60,1	35,8	148
	I alt	57,3	37,6	572
Kvinder	16-24 år	81,6	52,6	38
	25-44 år	72,4	51,9	214
	45-64 år	79,5	65,4	283
	65+ år	75,7	45,7	173
	I alt	76,6	55,8	708
Alle		67,97	47,66	1280

5.7 Svær overvægt og undervægt

Andelen, der er svært overvægtig, er øget i hele verden over årene. Svær overvægt øger risikoen for en lang række sygdomme som hjerte-karsygdomme, diabetes, forhøjet blodtryk og belastningslidelser i bevægeapparatet. Svær overvægt er således en risikofaktor for mange af de store folkesygdomme. Der findes en arvelig disposition for fedme, men den stigende andel af svært overvægtige i den danske befolkning må først og fremmest sættes i relation til det fysiske aktivitetsniveau og til fedtindholdet i kosten. Body Mass Index (BMI) udregnes på basis af oplysninger om kropshøjde og kropsvægt. BMI er kropsvægten i kg divideret med kvadratet på højden målt i meter.

$$BMI = \frac{vægt(kg)}{højde(m)^2}$$

WHO definerer følgende vægtgrupper opdelt efter BMI:

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

Når der anvendes selvrapportering af højde og vægt til beregning af BMI, er der naturligvis mulighed for, at respondenterne angiver, at de er højere eller vejer mindre end de gør i virkeligheden. Undersøgelser viser, at lave mænd angiver, at de er lidt højere end de faktisk er, og overvægtige kvinder angiver, at de vejer lidt mindre end de faktisk gør (8,9).

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

Det fremgår af standardtabel 5.10, at andelen af borgere i Slagelse Kommune (14,7 %), der er svært overvægtige, er større end andelen i Danmark som helhed (11,4 %). Med undtagelse af den ældste aldersgruppe (65+ år) så stiger andelen, der er svært overvægtig, med stigende alder. Blandt borgere med en kort uddannelse er andelen, der er svært overvægtige, større end blandt borgere med en lang uddannelse.

5.8 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 (10). Det er derfor vigtig ud fra et forebyggelsesperspektiv at kende borgernes holdning til at nedsætte deres alkoholforbrug, ændre vægt, være mere fysisk aktive og holde op med at ryge. Tilsvarende er det vigtigt at vide, hvilken form for hjælp borgerne i kommunen gerne vil have, hvis de skal forbedre deres sundhedsvaner, og om borgerne i forvejen gør noget aktivt for at forbedre eller bevare egen helbreds-situation.

For at få et overblik over de former for adfærd, som borgere i Slagelse udfører med det formål at blive sunde, er der i Sundhed i Slagelse 2006 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 Egen indsats

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

Det fremgår af standardtabel 5.11, at 63,5 % af borgerne i Slagelse Kommune, tror, at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare eller forbedre deres helbred. Dette er en mindre andel end i Danmark som helhed (70,3 %), men på niveau med andelen i Region Sjælland (64,5 %). Overordnet falder andelen, der tror, at egen indsats er særdeles vigtigt for at bevare eller forbedre helbredet, med stigende alder. Dette gælder dog ikke for mænd i aldersgruppen 25-44 år. Andelen, der tror, at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare eller forbedre helbredet, stiger med stigende uddannelsesniveau. Blandt erhvervsaktive er andelen, der tror, at egen indsats er særdeles vigtig for helbredet, større end blandt ikke erhvervsaktive.

Andelen af borgere i Slagelse Kommune, der aktivt gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred, er mindre end i Danmark som helhed men på niveau med andelen i Region Sjælland (standardtabel 5.12). 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 størst i aldersgruppen 16-24 år for både mænd og kvinder og mindst i aldersgruppen 65+ år. Andelen, der aktivt gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred, stiger med stigende uddannelsesniveau. Blandt enlige (separerede, skilte) er andelen, der aktivt gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred, mindre end blandt gifte.

For alkohol, rygning, motion og fedme har vi bedt borgerne om at sætte et kryds på en visuel analog skala (VAS), der skal vise, hvor vigtigt det er for borgerne at forbedre disse sundhedsvaner. Skalaen går fra "Slet ikke vigtigt" til "Meget vigtigt" og er uden tal-værdier. Efterfølgende er markeringer konverteret til tal på en skala fra et til ti, og der er udregnet gennemsnit. Endvidere er der spurgt til, hvilken hjælp borgerne helst vil have, hvis de skal ændre deres brug af alkohol og tobak, ændre deres vægt eller være mere fysisk aktive.

5.9.1 Ændring af alkohol brug

Tabel 5.4 er en oversigt over gennemsnitsbesvarelserne på spørgsmålet om, hvor vigtigt det er for borgerne i Slagelse Kommune at ændre deres brug af alkohol. Borgerne i Slagelse Kommune synes generelt ikke, at det er særlig vigtigt at nedsætte deres alkoholbrug (gennemsnit 2,02). Gennemsnittet er højere for mænd end for kvinder. Der er en sammenhæng mellem alder og oplevelsen af, hvor vigtigt det er af at nedsætte alkoholforbruget, således at den ældste aldersgruppe synes, at det er mindre vigtigt at nedsætte alkoholbruget end de resterende aldersgrupper. Gennemsnittet for borgere, der inden for den sidste uge har overskredet Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse, og for borgere, der inden for den seneste måned har haft mindst en bingeepisode, er markant højere, end for borgere, der ikke har overskredet hverken Sundhedsstyrelsens anbefalinger for antal genstande for en uge eller for en drikke-seance.

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

		Gennemsnit	Antal
I alt		2,02	1054
Køn (*)	Mænd	2,21	504
	Kvinder	1,85	550
Alder (*)	16-24 år	1,91	74
	25-44 år	2,00	338
	45-64 år	2,29	411
	65 + år	1,62	231
Overskrider SST's genstandsgrænse (*)	Ja	3,37	126
	Nej	1,84	928
Har inden for den seneste måned haft mindst en binge-episode (*)	Ja	2,41	508
	Nej	1,66	546

* markerer statistisk signifikans

Som det fremgår af tabel 5.5, er der kun ganske få former for hjælp og støtte, borgerne i Slagelse Kommune ønsker at benytte sig af, hvis de skal nedsætte deres brug af alkohol. Den største andel af borgere ønsker ikke hjælp (59,6 %), hvis de skulle nedsætte deres brug af alkohol. En markant større andel blandt mænd (67,1 %) end blandt kvinder (53,5 %) ønsker ikke hjælp. Den mest ønskede form for hjælp er hjælp og støtte fra familien (12,1 %), hjælp fra praktiserende læge (8,6 %) og kontakt til alkoholbehandlingscenter (7,4 %).

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

	Mænd	Kvinder	I alt
Kontakt til alkoholbehandlingscenter	6,8	7,9	7,4
Antabusbehandling (evt. gratis)	3,5	3,8	3,7
Forbud mod alkohol på min arbejdsplads	4,6	3,5	4,0
Hjælp og støtte fra min arbejdsplads	5,4	4,9	5,2
Hjælp og støtte fra min familie	12,4	14,3	13,4
Mulighed for at gøre det sammen med andre	4,6	5,7	5,2
Hjælp fra min praktiserende læge	7,9	9,2	8,6
Hjælp fra andet sundhedspersonale	2,1	2,5	2,3
Ønsker ikke hjælp	67,1	53,5	59,6
Antal svarpersoner	572	708	1280

5.9.2 Rygning

Tabel 5.6 viser gennemsnitsbesvarelserne på spørgsmålet om, hvor vigtigt det er for rygerne i Slagelse Kommune at holde op med at ryge. Der er ikke forskel på gennemsnittet for mænd og for kvinder. Det er mindst vigtigt for aldersgruppen 65+ år end de øvrige aldersgrupper. Storrygerne (15 + cigaretter) synes ikke det er vigtigere end borgere, der ryger mindre end 15 cigaretter om dagen.

Tabel 5.6 Gennemsnit af hvor vigtigt borgerne synes, det er at holde op med at ryge, blandt borgere, der ryger.

		Gennemsnit	Antal
I alt		5,42	423
Køn	Mænd	5,45	198
	Kvinder	5,42	225
Alder (*)	16-24 år	5,96	23
	25-44 år	5,41	130
	45-64 år	5,90	196
	65 + år	4,00	74
Ryger mere end 15 cigaretter	Ja	5,45	218
	Nej	5,39	205

* markerer statistisk signifikans

Som det fremgår af tabel 5.7, er der en markant større andel blandt mænd (47,8 %) end blandt kvinder (37,7 %), der ikke ønsker hjælp, hvis de skal holde op med at ryge. De tre oftest ønskede former for hjælp eller støtte er hhv. alternativ behandling (25,1 %), nikotinsubstitut (fx tyggegummi) (23,2 %) og rygestopkursus (22,6 %).

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

	Mænd	Kvinder	I alt
Nikotintyggegummi eller andre nikotinpræperater	23,7	22,9	23,2
Rygestopkursus (evt. gratis)	22,7	22,5	22,6
Hjælp og støtte fra min arbejdsplads	6,9	6,8	6,8
Rygeforbud på min arbejdsplads	3,5	3,4	3,4
Hjælp og støtte fra min familie	16,3	19,1	17,8
Mulighed for at gøre det sammen med andre	13,8	14,8	14,4
Hjælp fra min praktiserende læge	9,4	11,4	10,5
Hjælp fra andet sundhedspersonale	3,5	3,0	3,2
Hjælp fra alternativ behandler, fx akupunktur, hypnose	19,2	30,1	25,1
Ønsker ikke hjælp	47,8	37,7	42,4
Antal svarpersoner	203	236	439

5.9.3 Ændring af vægt

I Sundhed i Slagelse 2006 er der inkluderet et spørgsmål om, hvorvidt borgeren ønsker at tabe sig, tage på i vægt eller ikke ønsker at ændre vægt. Det kan være lige så vigtigt at tage på i vægt som at tabe sig. Tabel 5.8 viser, at mere end hver anden borger ønsker at tabe sig, mens mindre end 1 ud af 20 ønsker at tage på. Omkring fire ud af ti ønsker ikke at ændre deres vægt.

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

Ja, at tabe mig	55,2
Ja, at tage på i vægt	3,9
Vil ikke ændre min vægt	39,5
Uoplyst	1,3
I alt	100
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>1280</i>

I alt 59,1 % af borgerne i Slagelse Kommune ønsker at ændre deres vægt. Gennemsnittet på en skala fra 1 til 10 på spørgsmålet om, hvor vigtigt borgerne synes det er at ændre vægten, er 4,87 (tabel 5.9). Gennemsnittet er højere for kvinder end for mænd. I aldersgruppen 65+ år finder borgerne det mindre vigtigt, at ændre deres vægt, end i de øvrige aldersgrupper. Der er en sammenhæng mellem BMI og hvor vigtigt, borgernes synes det er at ændre deres vægt. Således er gennemsnittet langt højere blandt borgere med et højt BMI end blandt borgere med et lavt BMI og et BMI i normalområdet. Blandt de borgere, der ønsker at tabe sig, er gennemsnittet, for hvor vigtigt det er at ændre vægt langt højere end gennemsnittet blandt de borgere, der ikke ønsker at ændre deres vægt.

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

		Gennemsnit	Antal
I alt		4,87	1197
Køn (*)	Mænd	4,51	547
	Kvinder	5,19	650
Alder (*)	16-24 år	5,04	80
	25-44 år	5,29	379
	45-64 år	5,28	468
	65 + år	3,56	270
BMI (*)	< 18,5	3,00	22
	18,5 - < 25	3,49	556
	25 - < 30	5,60	422
	30 >-	7,80	171
Ønsker at tabe sig (*)	At tabe sig	6,87	682
	Vil ikke ændre vægt	1,88	465

* markerer statistisk signifikans

Tabel 5.10 viser, hvilken form for hjælp eller støtte, borgerne i Slagelse 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. Gratis kostvejledning (30,2 %) er sammen med tilbudet om gratis motion (28,8 %) de to mest ønskede former for hjælp, borgerne gerne vil have, hvis de skal ændre deres vægt.

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

	Mænd	Kvinder	I alt
Gratis kostvejledning	22,9	36,2	30,2
Gratis slankekursus	11,5	18,8	15,6
Tilbud om gratis motion	25,0	31,8	28,8
Hjælp og støtte fra min familie	16,6	20,2	18,6
Mulighed for at gøre det sammen med andre	12,2	22,3	17,8
Hjælp fra min praktiserende læge	8,7	12,0	10,6
Hjælp fra andet sundhedspersonale	4,2	5,1	4,7
Hjælp fra psykolog	1,2	3,5	2,5
Ønsker ikke hjælp	52,8	40,7	46,1
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>572</i>	<i>708</i>	<i>1280</i>

5.9.4 Ændring af motionsvaner

Det fremgår af tabel 5.11, at gennemsnittet for hvor vigtigt borgerne synes det er, at ændre motionsvaner, er 7,16. Gennemsnittet er ikke forskelligt for kvinder og for mænd, og der er ikke forskel på gennemsnittet for de forskellige aldersgrupper. Til gengæld er der forskel på, hvor vigtigt det er at ændre motionsvaner i forhold til hvor fysisk aktiv borgeren er i fritiden. Gennemsnittet er markant højere for borgere, der ikke har stillesiddende fritidsaktivitet i forhold til borgere, der har stillesiddende fritidsaktivitet.

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

		Gennemsnit	Antal
I alt		7,16	1177
Køn	Mænd	7,16	529
	Kvinder	7,15	648
Alder	16-24 år	7,38	82
	25-44 år	7,13	371
	45-64 år	7,17	547
	65 + år	7,10	267
Stillesiddende fritidsaktivitet (*)	Ja	4,94	142
	Nej	7,46	1035

* markerer statistisk signifikans

Tabel 5.12 viser, hvilken form for hjælp eller støtte, borgerne i Slagelse Kommune gerne vil have, hvis de skal være mere fysisk aktive.

Omkring hver anden mand ønsker ikke hjælp, hvor det blot er tilfældet for omkring hver tredje kvinder. For både mænd og kvinder ses, at de former for hjælp og støtte, de helst vil have er gratis motionstilbud samt mulighed for at gøre det sammen med andre. Der er en markant større andel blandt kvinder end blandt mænd, der gerne vil have gratis motionstilbud, mulighed for at gøre det sammen med andre samt mulighed for motion på arbejdspladsen.

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

	Mænd	Kvinder	I alt
Gratis motionstilbud (fx "motion på recept")	24,0	33,9	29,5
Mulighed for motion på min arbejdsplads	15,0	19,1	17,3
Kortere afstand til idrætsfaciliteter	7,0	7,8	7,4
Hjælp og støtte fra min familie	8,6	12,7	10,9
Mulighed for at gøre det sammen med andre	17,1	26,7	22,4
Hjælp fra min praktiserende læge	2,8	4,1	3,5
Hjælp fra andet sundhedspersonale	2,3	3,1	2,7
Træningen kan foregå i mit hjem	10,3	11,7	10,1
Ønsker ikke hjælp	48,8	35,3	41,3
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>572</i>	<i>708</i>	<i>1280</i>

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 borgere angående deres sundhedsvaner.

I Sundhed i Slagelse 2006 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 5.13, at 35,6 % af borgerne i Slagelse Kommune har talt med sin praktiserende læge om sine sundhedsvaner. Der er en større andel blandt mænd, der har talt med sin praktiserende læge om sine sundhedsvaner, end blandt kvinder. Andelen, der har talt med sin praktiserende læge om sine sundhedsvaner, falder med stigende alder. Der ses en klar sammenhæng mellem uddannelseslængde og andelen, der har talt med sin praktiserende læge om sine sundhedsvaner. Jo længere uddannelse desto større er andelen, der har talt med sin praktiserende læge om sine sundhedsvaner. Blandt erhvervsaktive er der en større andel, der har talt med sin praktiserende læge om sine sundhedsvaner, end blandt ikke erhvervsaktive. Der er en mindre andel, der har talt med sin praktiserende læge om sine sundhedsvaner, blandt enlige (separerede, skilte) end blandt gifte.

I nærværende undersøgelse er der desuden spurgt til, hvilke sundhedsvaner man har talt med sin praktiserende læge om. Den samme borger kan have talt med sin praktiserende læge om flere forskellige sundhedsvaner.

Standardtabel 5.14 viser andelen der har talt med sin praktiserende læge om sine rygevaner. I alt har 9,9 % 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 for både mænd og kvinder. Blandt enlige (separerede, skilte) er der en større andel, der har talt med deres praktiserende læge om deres rygevaner, end blandt gifte.

I Slagelse Kommune har 17,1 %, af de borgere der har talt med deres praktiserende læge om deres sundhedsvaner, talt om deres kostvaner (standardtabel 5.15). Blandt mænd er andelen

størst i aldersgruppen 45-64 år hvor 30,4 % har talt med deres praktiserende læge om deres kostvaner. Blandt kvinder er andelen størst i aldersgrupperne 25-44 samt 45-64 år, hvor 18,8 % har talt med deres praktiserende læge om deres kostvaner.

Standardtabel 5.16 viser, at blandt borgere der har talt med deres praktiserende læge om deres sundhedsvaner, har 18,9 % talt om deres motionsvaner. Der er en lidt 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 i aldersgruppen 45-64 år for både mænd og kvinder.

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 med hensyn til sprog, kost, religion, hjemland og fysiske træk. Ofte kategoriseres etniske grupper ud fra fødeland og statsborgerskab. Danmarks statistik definerer danskere, indvandrere og efterkommere på baggrund af eget og forældrenes fødeland og statsborgerskab (11). Ud fra denne definition er etniske danskere personer med mindst én forældre, som er født i Danmark. Eget fødeland er derfor uden betydning i denne sammenhæng. Indvandrere er defineret som personer, der er født i udlandet af forældre, som begge også er født i udlandet, mens efterkommere er personer, som er født i Danmark, men hvor forældrene er født i udlandet. Der skelnes mellem vestlige og ikke-vestlige indvandrere og efterkommere. Vestlige indvandrere og efterkommere omfatter personer fra alle EU-landene, Andorra, Island, Liechtenstein, Monaco, Norge, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, Canada, USA, Australien og New Zealand, mens ikke-vestlige indvandrere og efterkommere omfatter personer fra alle øvrige lande.

Ifølge Danmarks Statistik var der 70.926 borgere i Slagelse Kommune, som var født i Danmark og af dansk herkomst pr. 1. januar 2007, mens der var 144 (0,2 %) vestlige efterkommere og 1.732 ikke-vestlige efterkommere (2,3 %). Yderligere var der 943 vestlige indvandrere (1,2 %) og 3.204 ikke-vestlige indvandrere (4,2 %) (11). Der var meget få efterkommere og indvandrere, som deltog i Sundhed i Slagelse 2006. Tabel 5.13 viser, at 92,6 % af deltagerne i Sundhed i Slagelse 2006 er etniske danskere, mens blot 3,2 % er ikke-vestlige indvandrere og 2,8 % er ikke-vestlige efterkommere.

Tabel 5.13 Fordelingen af etnicitet blandt borgerne i Slagelse Kommune* (Procent).

	Sundhed i Slagelse	
	2006	Slagelse Kommune
Ikke-vestlig efterkommer	2.8	2.3
Vestlig efterkommer	0.0	0.2
Ikke-vestlig indvandrer	3.2	4.2
Vestlig indvandrer	1.2	1.2
Etnisk dansker	92.6	92.2
Uoplyst	2.8	0
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>1280</i>	<i>76949</i>

*Tal fra Danmarks Statistik. Statistikbanken, Februar 2007

På grund af den lille andel af indvandre og efterkommere i Sundhed i Slagelse 2006 er det vanskeligt at belyse forskelle i sundhedsadfærd mellem de etniske grupper. En tidligere undersøgelse baseret på Danmark som helhed har vist en større andel af ikke-vestlige indvandrere spiste kogte grøntsager og råkost/salat dagligt sammenlignet med danskere (12). Ligeledes viste undersøgelsen, at en mindre andel af ikke-vestlige indvandrere end danskere havde et højt forbrug af alkohol, mens en større andel af ikke-vestlige indvandrere havde stillesiddende fritidsaktiviteter end danskere.

Tabel 5.14. Helbredsrelateret livskvalitet, sygdomsadfærd og forandringsparathed blandt ikke-vestlige indvandrere og etniske danskere i Slagelse Kommune (Procent).

	Ikke-vestlige indvandrere	Etniske danskere
Godt eller virkelig godt helbred	56,1	68,9
Føler sig ofte stresset i hverdagen	31,7	8,6
Har været til praktiserende læge	53,7	45,7
Tror på at egen indsats er særdeles vigtig for a	63,4	81,5
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>41</i>	<i>1185</i>

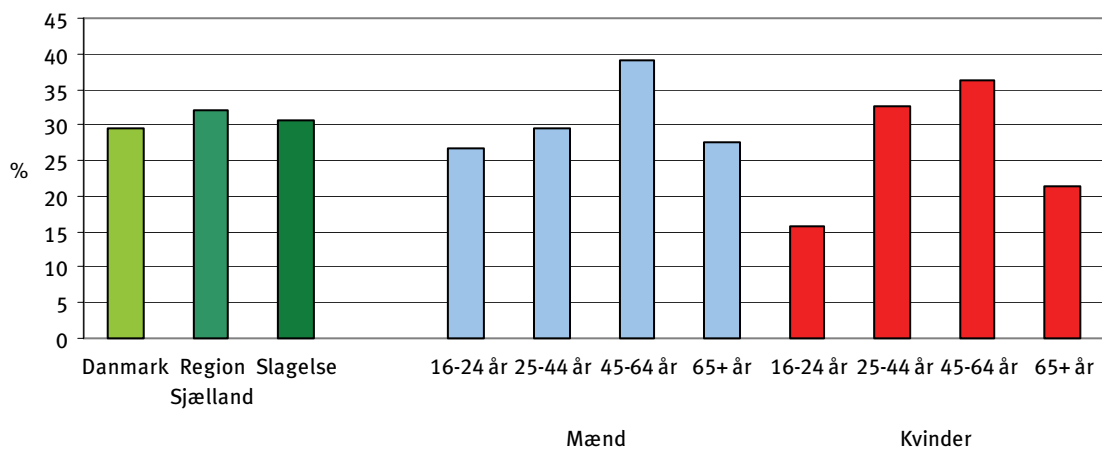
Det fremgår af tabel 5.14, at andelen af ikke-vestlige indvandrere i Slagelse Kommune, som har et godt eller et virkelig godt selv vurderet helbred, er 56,1 %, mens 68,9 % af de etniske danske borgere i Slagelse Kommune vurderer deres helbred som godt eller virkelig godt. Der er en markant større andel af ikke-vestlige indvandrere (31,7 %), som føler sig ofte stresset i hverdagen end blandt etniske danskere (8,6 %).

Der er en større andel blandt ikke-vestlige indvandrere end danskere, som har været hos praktiserende læge inden for de seneste 3 måneder. En tidligere undersøgelse, som var baseret på Danmark som helhed, viste at der kun for få sygdomme er forskel i forekomsten mellem ikke-vestlige indvandrere og etniske danskere (12). Diabetes, migræne, kronisk angst og depression samt anden psykisk lidelse forekom hyppigere blandt ikke-vestlige indvandrere end blandt etniske danskere. Yderligere ser det ud til, at der er en mindre andel blandt de ikke-vestlige indvandrere (63,4 %) end blandt danskerne (81,5 %), som tror på at egen indsats er vigtig for at bevare et godt helbred.

Standardtabel 5.1. Andel der ryger dagligt.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	29,6	29,6		14566
	Region Sjælland	32,3	32,2		2818
	Slagelse	31,3	30,8		1280
Mænd	16-24 år	26,7	-		45
	25-44 år	29,4	-		170
	45-64 år	39,2			209
	65+ år	27,7	-		148
	Mænd i alt	32,3			572
Kvinder	16-24 år	15,8	-		38
	25-44 år	32,7			214
	45-64 år	36,4			283
	65+ år	21,4	-		173
	Kvinder i alt	30,5			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	39,7	47,6	+	295
	Mellemlang	37,2	38,4	+	304
	Lang	24,2	24,1		466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	31,0			42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	34,3	34,1		728
	Ikke erhvervsaktiv	32,0	34,1		228
Civilstand	Gift	27,9	26,1		752
	Samlevende	34,4	33,9	+	163
	Enlig (separeret, skilt)	52,7	54,1	+	74
	Enlig (ugift)	32,1	30,6		162
	Enlig (enkestand)	37,2			94

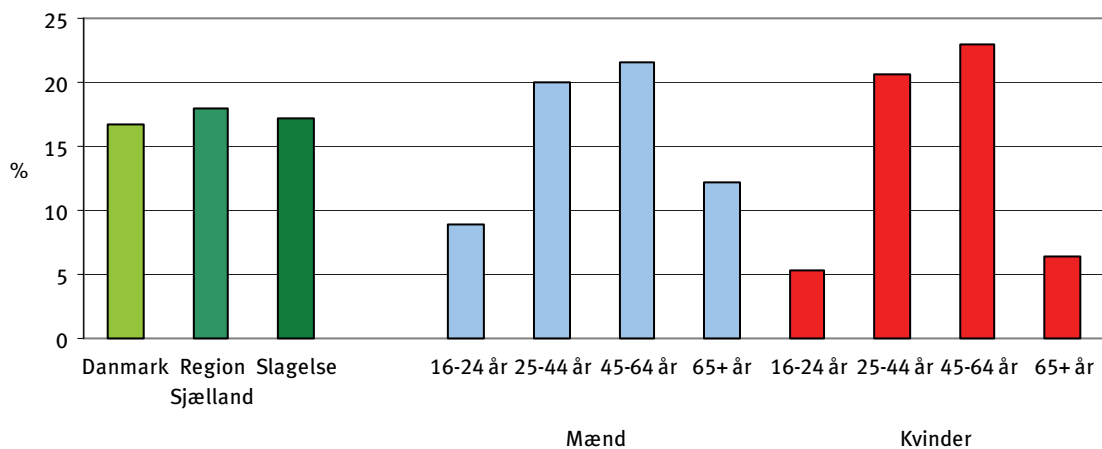
- & + markerer statistisk signifikans



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

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	16,6	16,7		14566
	Region Sjælland	17,7	18,0		2818
	Slagelse	17,4	17,2		1280
Mænd	16-24 år	8,9	-		45
	25-44 år	20,0			170
	45-64 år	21,5			209
	65+ år	12,2	-		148
	Mænd i alt	17,7			572
Kvinder	16-24 år	5,3	-		38
	25-44 år	20,6			214
	45-64 år	23,0			283
	65+ år	6,4	-		173
	Kvinder i alt	17,2			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	22,0	31,0	+	295
	Mellemlang	21,4	22,1	+	304
	Lang	13,9	13,1		466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	21,4			42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	21,2	21,6		728
	Ikke erhvervsaktiv	17,5	22,0		228
Civilstand	Gift	15,6	14,8		752
	Samlevende	18,4	18,3		163
	Enlig (separeret, skilt)	41,9	44,8	+	74
	Enlig (ugift)	17,9	15,1		162
	Enlig (enkestand)	13,8			94

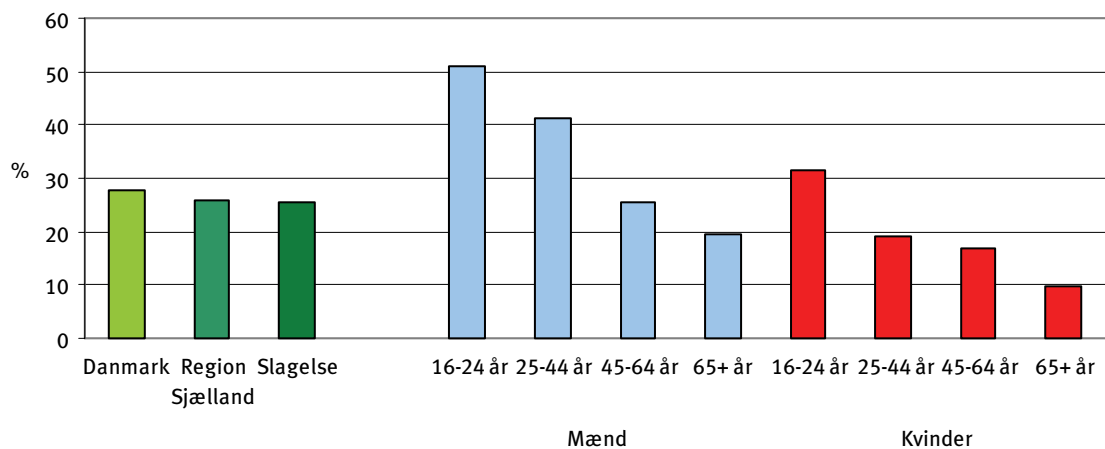
- & + markerer statistisk signifikans



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 Sjælland	23,9	26,0	2818
	Slagelse	22,9	25,6	1280
Mænd	16-24 år	51,1	+	45
	25-44 år	41,2	+	170
	45-64 år	25,4	+	209
	65+ år	19,6		148
	Mænd i alt	30,6		572
Kvinder	16-24 år	31,6	+	38
	25-44 år	19,2		214
	45-64 år	17,0		283
	65+ år	9,8	-	173
	Kvinder i alt	16,7		708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	11,9	14,7 -	295
	Mellemlang	23,4	22,9	304
	Lang	28,1	28,9	466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	19,0		42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	27,7	28,2	728
	Ikke erhvervsaktiv	19,7	15,1 -	228
Civilstand	Gift	22,5	24,4	752
	Samlevende	27,0	25,0	163
	Enlig (separeret, skilt)	17,6	19,7	74
	Enlig (ugift)	29,6	25,3	162
	Enlig (enkestand)	12,8		94

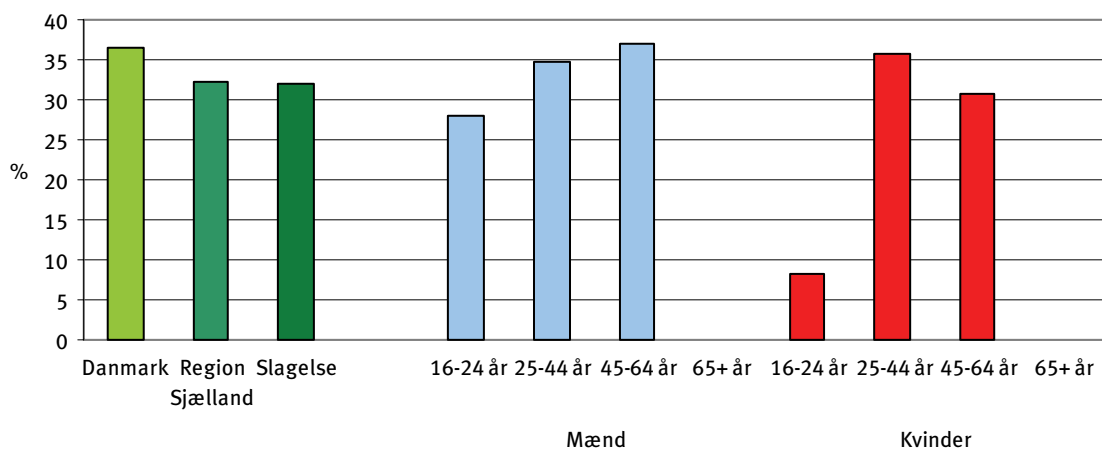
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 5.4. Andel med stillesiddende arbejde i hovedbeskæftigelsen.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	39,1	36,5	+	7969
	Region Sjælland	34,8	32,3		1545
	Slagelse	33,7	32,1		680
Mænd	16-24 år	28,0			25
	25-44 år	34,7			150
	45-64 år	37,0		+	146
	65+ år				
	Mænd i alt	35,2			321
Kvinder	16-24 år	8,3		-	12
	25-44 år	35,7			171
	45-64 år	30,7			176
	65+ år				
	Kvinder i alt	32,3			359
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	17,7	16,4	-	79
	Mellemlang	26,0	25,7	-	173
	Lang	42,8	42,7		339
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	40,7			27
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv				
	Ikke erhvervsaktiv				
Civilstand	Gift	37,4	38,7		422
	Samlevende	30,3	30,5		119
	Enlig (separeret, skilt)	25,0	21,2	-	40
	Enlig (ugift)	24,7	27,6		81
	Enlig (enkestand)	25,0			12

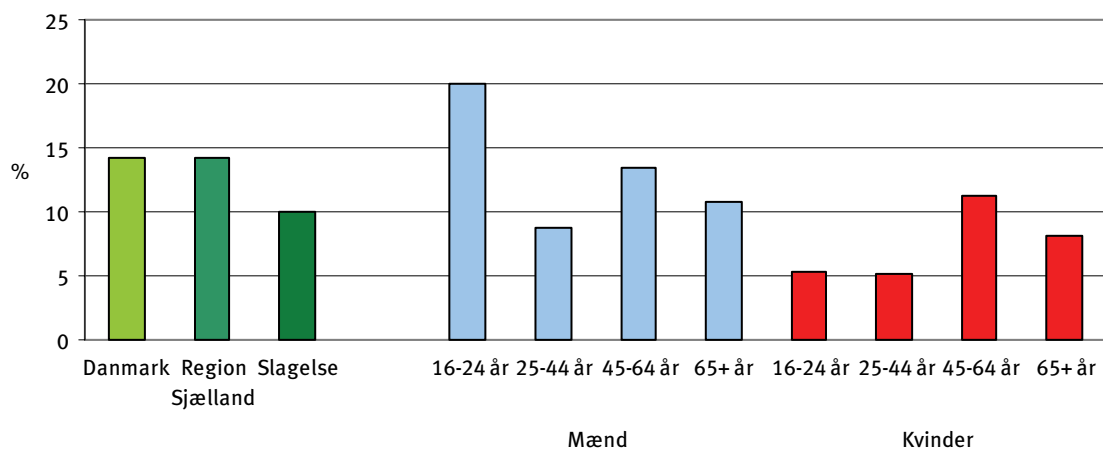
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 5.5. Andel der overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	14,3	14,2	+	14566
	Region Sjælland	14,9	14,2	+	2818
	Slagelse	9,9	9,9		1280
Mænd	16-24 år	20,0		+	45
	25-44 år	8,8			170
	45-64 år	13,4			209
	65+ år	10,8			148
	Mænd i alt	11,9			572
Kvinder	16-24 år	5,3		-	38
	25-44 år	5,1		-	214
	45-64 år	11,3			283
	65+ år	8,1			173
	Kvinder i alt	8,3			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	8,8	10,8		295
	Mellemlang	10,5	9,7		304
	Lang	10,5	11,6		466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	7,1			42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	9,8	9,3		728
	Ikke erhvervsaktiv	11,4	10,6		228
Civilstand	Gift	9,6	8,2		752
	Samlevende	8,0	9,0		163
	Enlig (separeret, skilt)	12,2	11,7		74
	Enlig (ugift)	14,8	15,0	+	162
	Enlig (enkestand)	5,3			94

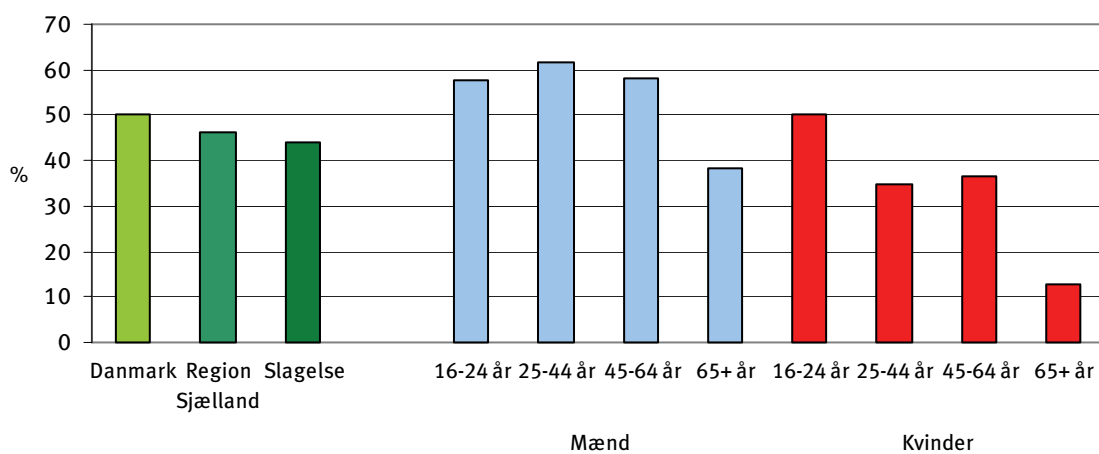
- & + markerer statistisk signifikans



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 Sjælland	44,2	46,4		2818
	Slagelse	41,3	44,2		1280
Mænd	16-24 år	57,8		+	45
	25-44 år	61,8		+	170
	45-64 år	57,9		+	209
	65+ år	38,5			148
	Mænd i alt	54,0			572
Kvinder	16-24 år	50,0		+	38
	25-44 år	35,0			214
	45-64 år	36,7			283
	65+ år	12,7		-	173
	Kvinder i alt	31,1			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	31,2	36,7		295
	Mellemlang	48,7	46,3		304
	Lang	43,6	44,0		466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	38,1			42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	50,3	50,6		728
	Ikke erhvervsaktiv	36,8	37,2	-	228
Civilstand	Gift	42,3	43,0		752
	Samlevende	45,4	43,1		163
	Enlig (separeret, skilt)	44,6	41,4		74
	Enlig (ugift)	47,5	40,4		162
	Enlig (enkestand)	16,0			94

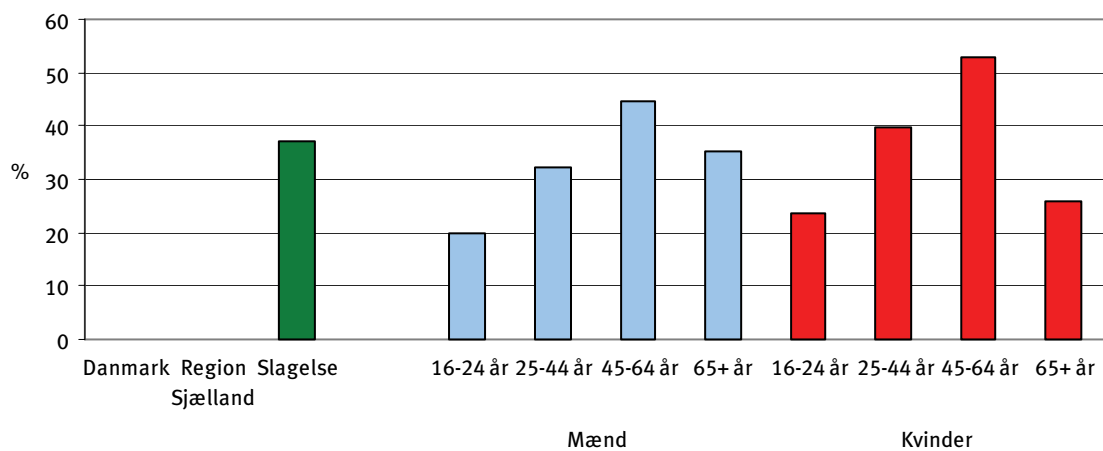
- & + markerer statistisk signifikans



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 Sjælland			
	Slagelse	38.8	37.3	1280
Mænd	16-24 år	20.0	-	45
	25-44 år	32.4	-	170
	45-64 år	44.5	-	209
	65+ år	35.1	-	148
	Mænd i alt	36.5		572
Kvinder	16-24 år	23.7	-	38
	25-44 år	39.7	-	214
	45-64 år	52.7		283
	65+ år	26.0	-	173
	Kvinder i alt	40.7		708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	38.0	40.0	295
	Mellemlang	39.8	38.9	304
	Lang	43.3	41.8	466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	35.7		42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	42.2	42.5	728
	Ikke erhvervsaktiv	39.9	45.6	228
Civilstand	Gift	38.8	37.5	752
	Samlevende	41.7	42.8	163
	Enlig (separeret, skilt)	50.0	46.8	74
	Enlig (ugift)	35.8	42.5	162
	Enlig (enkestand)	37.2		94

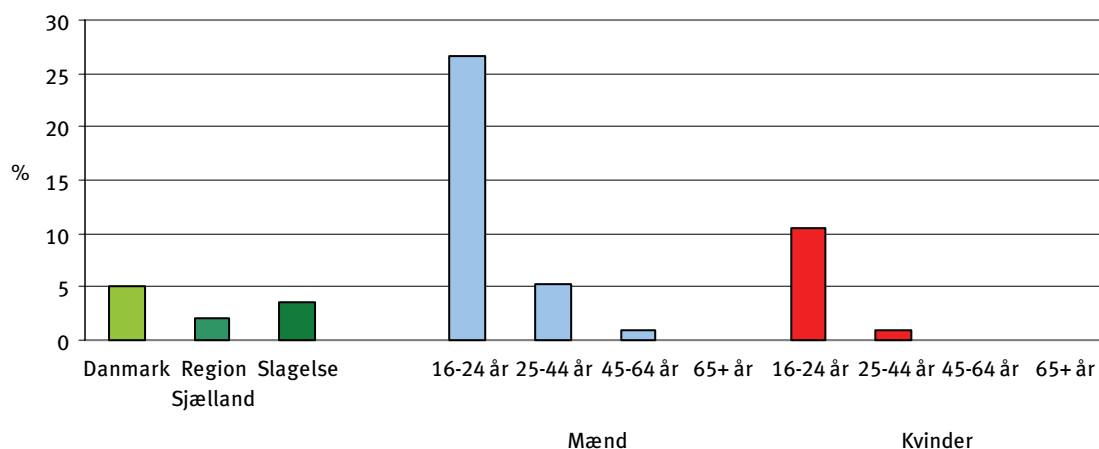
- & + markerer statistisk signifikans



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 Sjælland	1,7	2,1 -	2818
	Slagelse	2,3	3,6	1280
Mænd	16-24 år	26,7		45
	25-44 år	5,3		170
	45-64 år	1,0		209
	65+ år	0,0		148
	Mænd i alt	4,0		572
Kvinder	16-24 år	10,5		38
	25-44 år	0,9		214
	45-64 år	0,0		283
	65+ år	0,0		173
	Kvinder i alt	0,8		708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	0,7	2,4	295
	Mellemlang	1,6	1,8	304
	Lang	0,9	0,9	466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	2,4		42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	2,3	1,3	728
	Ikke erhvervsaktiv	5,3	8,0 +	228
Civilstand	Gift	0,0	0,0	752
	Samlevende	1,8	1,5	163
	Enlig (separeret, skilt)	1,4	2,4	74
	Enlig (ugift)	14,2	10,8	162
	Enlig (enkestand)	0,0		94

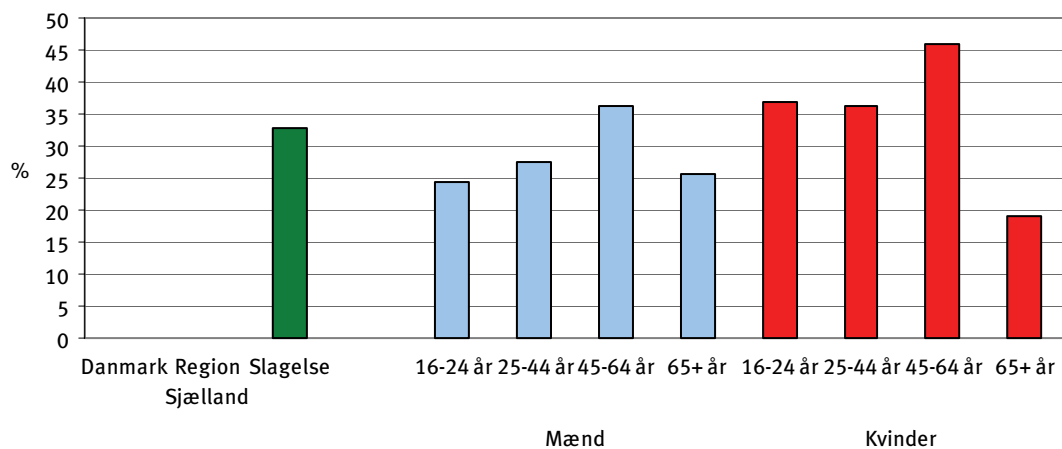
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 5.9. Andel der ved hvor i kommunen man kan få råd og hjælp vedrørende forbrug af stoffer.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark			
	Region Sjælland			
	Slagelse	33,4	33,0	1280
Mænd	16-24 år	24,4	-	45
	25-44 år	27,6	-	170
	45-64 år	36,4	-	209
	65+ år	25,7	-	148
	Mænd i alt	30,1		572
Kvinder	16-24 år	36,8	-	38
	25-44 år	36,4	-	214
	45-64 år	45,9		283
	65+ år	19,1	-	173
	Kvinder i alt	36,0		708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	31,2	32,5	295
	Mellemlang	33,6	33,2	304
	Lang	35,6	33,0	466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	38,1		42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	37,5	36,9	728
	Ikke erhvervsaktiv	36,4	44,0	228
Civilstand	Gift	33,8	33,2	752
	Samlevende	37,4	36,5	163
	Enlig (separeret, skilt)	41,9	41,3	74
	Enlig (ugift)	33,3	40,9	162
	Enlig (enkestand)	26,6		94

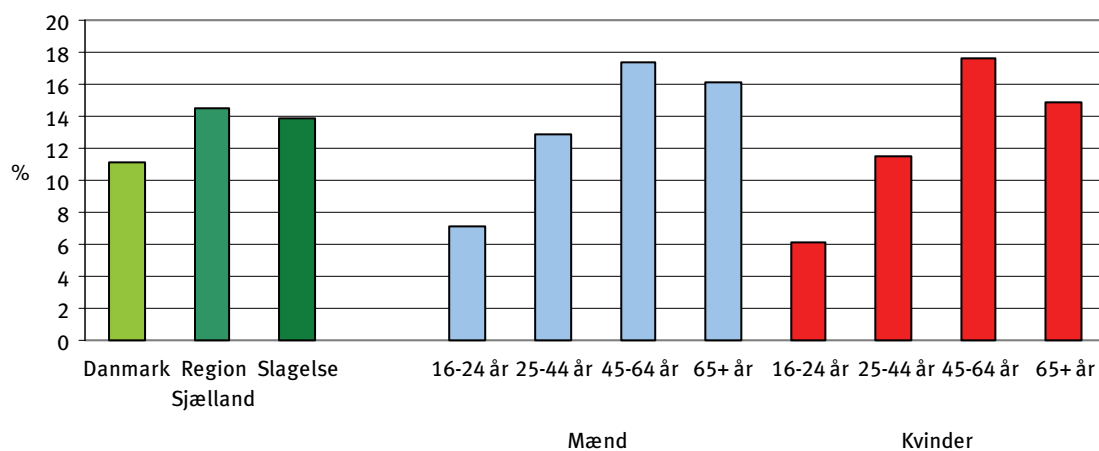
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 5.10. Andel der er svært overvægtig.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	11,4	11,1	-	14487
	Region Sjælland	14,7	14,5		2796
	Slagelse	14,7	13,9		1236
Mænd	16-24 år	7,1		-	42
	25-44 år	12,9		-	170
	45-64 år	17,4			207
	65+ år	16,1			143
	Mænd i alt	14,9			562
Kvinder	16-24 år	6,1		-	33
	25-44 år	11,5		-	209
	45-64 år	17,6			278
	65+ år	14,9			154
	Kvinder i alt	14,5			674
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	20,8	22,7	+	279
	Mellemlang	12,5	12,9		297
	Lang	13,2	14,1		461
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	7,1			42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	12,8	13,1		717
	Ikke erhvervsaktiv	19,6	19,3		219
Civilstand	Gift	14,8	13,8		742
	Samlevende	12,7	13,0		158
	Enlig (separeret, skilt)	16,2	15,2		68
	Enlig (ugift)	12,3	14,4		154
	Enlig (enkestand)	23,0			87

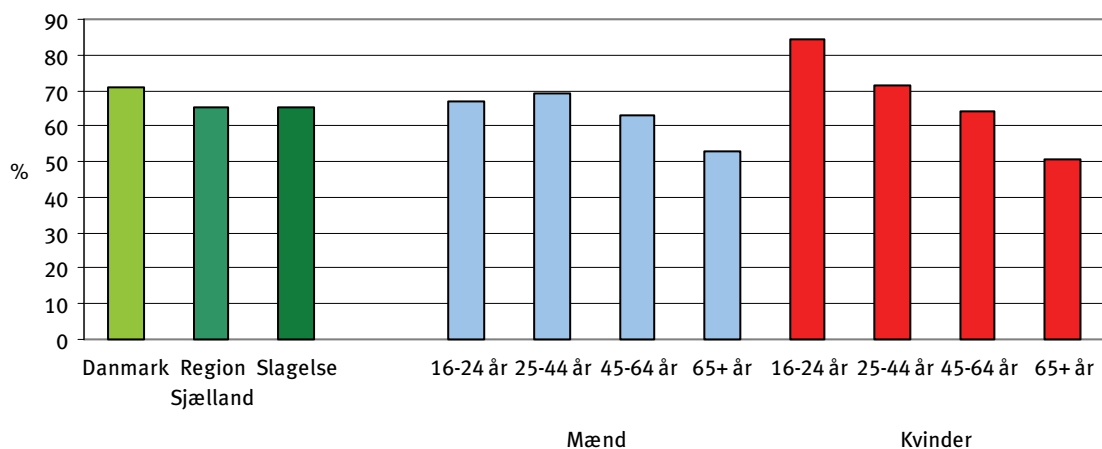
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 5.11 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 Sjælland	64,5	65,0		2818
	Slagelse	63,5	65,3		1280
Mænd	16-24 år	66,7			45
	25-44 år	69,4		+	170
	45-64 år	63,2			209
	65+ år	52,7		-	148
	Mænd i alt	62,6			572
Kvinder	16-24 år	84,2		+	38
	25-44 år	71,5		+	214
	45-64 år	64,3			283
	65+ år	50,9		-	173
	Kvinder i alt	64,3			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	48,5	50,3	-	295
	Mellemlang	60,5	60,9	-	304
	Lang	74,0	72,7		466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	61,9			42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	70,2	70,0		728
	Ikke erhvervsaktiv	59,2	50,7	-	228
Civilstand	Gift	65,2	68,0		752
	Samlevende	66,3	65,0		163
	Enlig (separeret, skilt)	59,5	60,4		74
	Enlig (ugift)	63,0	59,5		162
	Enlig (enkestand)	56,4			94

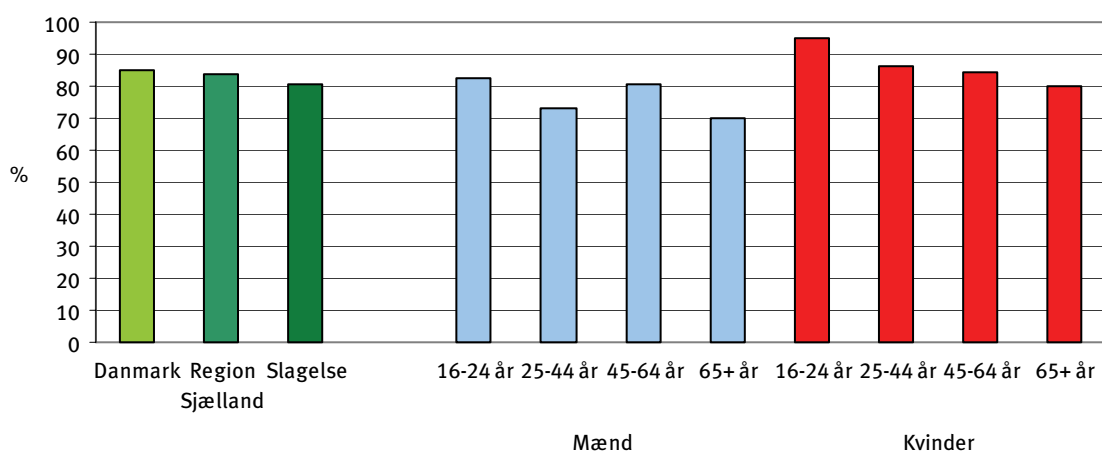
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 5.12. Andel der aktivt gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	85,1	85,0	+	14566
	Region Sjælland	83,9	83,5		2818
	Slagelse	80,5	80,9		1280
Mænd	16-24 år	82,2			45
	25-44 år	72,9		-	170
	45-64 år	80,4			209
	65+ år	70,3		-	148
	Mænd i alt	75,7			572
Kvinder	16-24 år	94,7		+	38
	25-44 år	86,4			214
	45-64 år	84,1			283
	65+ år	80,3			173
	Kvinder i alt	84,5			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	70,2	64,5	-	295
	Mellemlang	79,3	79,6	-	304
	Lang	89,1	88,8		466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	81,0			42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	82,3	81,9		728
	Ikke erhvervsaktiv	82,0	79,0		228
Civilstand	Gift	82,2	82,3		752
	Samlevende	77,3	77,5		163
	Enlig (separeret, skilt)	70,3	68,8	-	74
	Enlig (ugift)	82,7	80,5		162
	Enlig (enkestand)	77,7			94

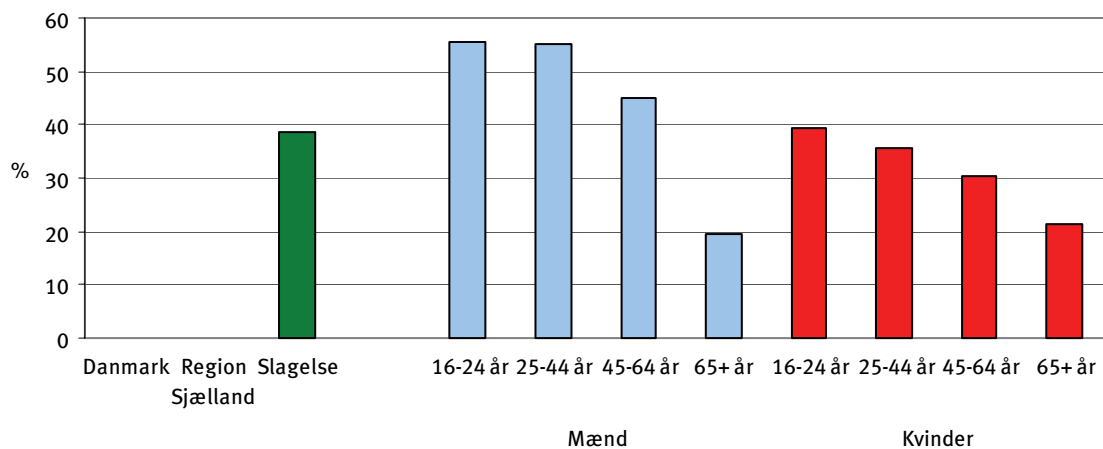
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 5.13. Andel der har talt med sin praktiserende læge om sine sundhedsvaner inden for det seneste år.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark			
	Region Sjælland			
	Slagelse	35,6	38,5	1280
Mænd	16-24 år	55,6	+	45
	25-44 år	55,3	+	170
	45-64 år	45,0	+	209
	65+ år	19,6	-	148
	Mænd i alt	42,3		572
Kvinder	16-24 år	39,5	+	38
	25-44 år	35,5	+	214
	45-64 år	30,4		283
	65+ år	21,4	-	173
	Kvinder i alt	30,2		708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	24,4	32,5	- 295
	Mellemlang	35,2	36,4	- 304
	Lang	44,2	45,9	466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	33,3		42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	44,1	45,3	728
	Ikke erhvervsaktiv	29,8	26,8	- 228
Civilstand	Gift	37,1	39,9	752
	Samlevende	42,3	40,0	163
	Enlig (separeret, skilt)	24,3	23,2	- 74
	Enlig (ugift)	40,1	34,8	162
	Enlig (enkestand)	17,0		94

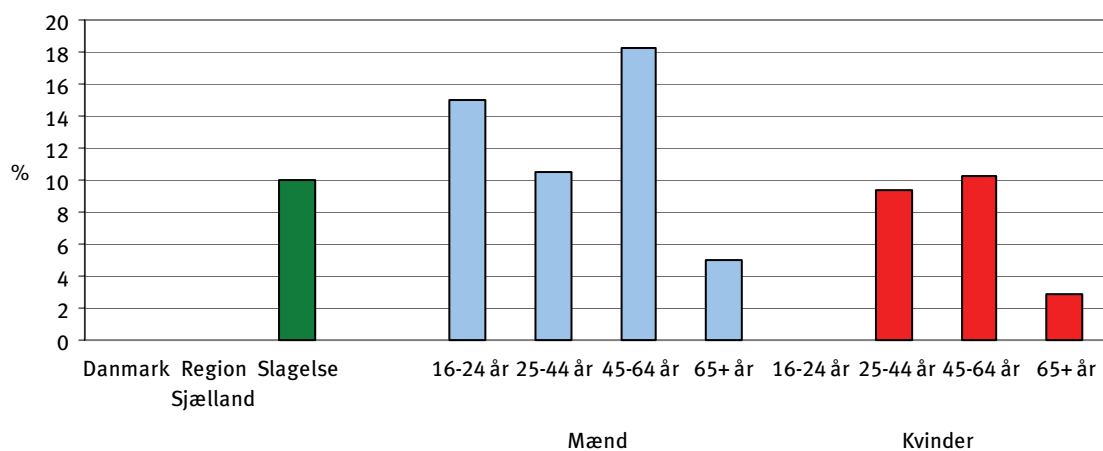
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 5.14. Andel der har talt med sin praktiserende læge om sine rygevaner inden for det seneste år.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal	
Total	Danmark				
	Region Sjælland				
	Slagelse	9,1	9,9	824	
Mænd	16-24 år	15,0		20	
	25-44 år	10,5		76	
	45-64 år	18,3	+	115	
	65+ år	5,0	-	119	
	Mænd i alt	11,5		330	
Kvinder	16-24 år	0,0		23	
	25-44 år	9,4		138	
	45-64 år	10,2		197	
	65+ år	2,9	-	136	
	Kvinder i alt	7,5		494	
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	8,1	10,1	223	
	Mellemlang	10,7	10,6	197	
	Lang	10,4	10,6	260	
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	14,3		28	
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	10,8	11,6	407	
	Ikke erhvervsaktiv	13,1	14,7	160	
Civilstand	Gift	8,9	8,5	473	
	Samlevende	6,4	5,7	94	
	Enlig (separeret, skilt)	23,2	21,9	+	56
	Enlig (ugift)	10,3	9,1		97
	Enlig (enkestand)	3,8			78

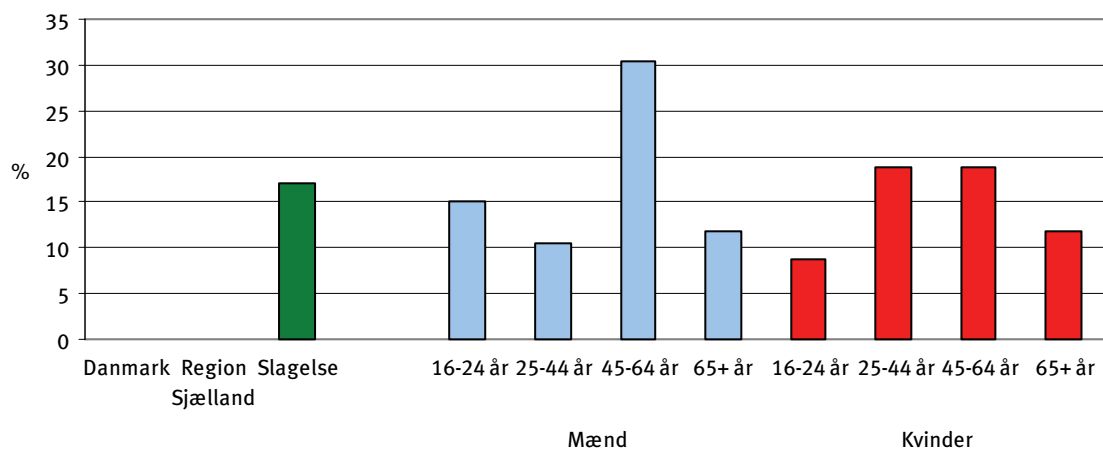
- & + markerer statistisk signifikans



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

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark			
	Region Sjælland			
	Slagelse	17,1	17,1	824
Mænd	16-24 år	15,0		20
	25-44 år	10,5	-	76
	45-64 år	30,4	+	115
	65+ år	11,8	-	119
	Mænd i alt	18,2		330
Kvinder	16-24 år	8,7	-	23
	25-44 år	18,8		138
	45-64 år	18,8		197
	65+ år	11,8	-	136
	Kvinder i alt	16,4		494
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	16,6	19,6	223
	Mellemlang	18,3	17,5	197
	Lang	19,2	20,3	260
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	25,0		28
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	17,2	18,0	407
	Ikke erhvervsaktiv	25,0	22,1	160
Civilstand	Gift	18,2	17,5	473
	Samlevende	19,1	18,7	94
	Enlig (separeret, skilt)	21,4	20,8	56
	Enlig (ugift)	18,6	23,7	97
	Enlig (enkestand)	9,0		78

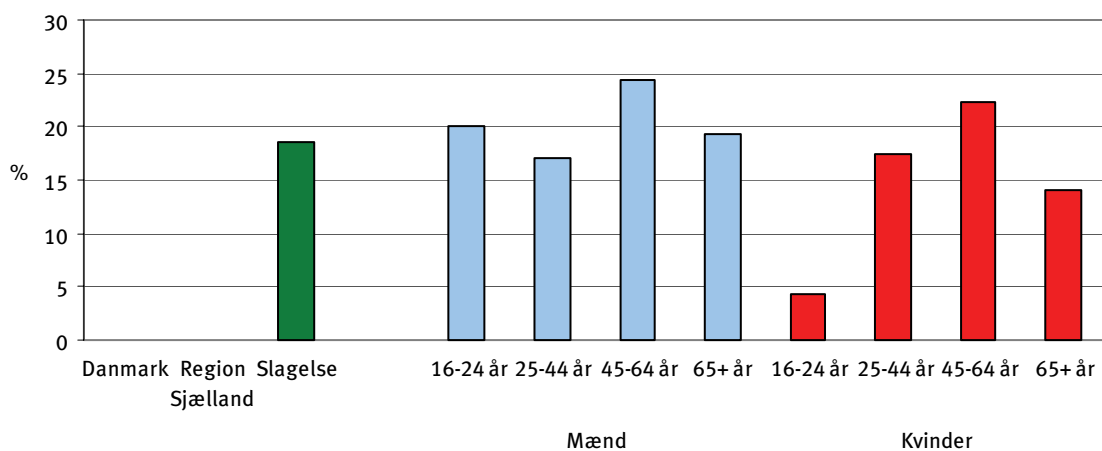
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 5.16. Andel der har talt med sin praktiserende læge om sine motionsvaner inden for det seneste år.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark			
	Region Sjælland			
	Slagelse	18,9	18,5	824
Mænd	16-24 år	20,0		20
	25-44 år	17,1		76
	45-64 år	24,3		115
	65+ år	19,3		119
	Mænd i alt	20,6		330
Kvinder	16-24 år	4,3	-	23
	25-44 år	17,4		138
	45-64 år	22,3		197
	65+ år	14,0	-	136
	Kvinder i alt	17,8		494
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	19,3	21,7	223
	Mellemlang	18,3	17,9	197
	Lang	23,1	23,7	260
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	25,0		28
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	17,9	18,4	407
	Ikke erhvervsaktiv	25,0	24,4	160
Civilstand	Gift	20,3	18,9	473
	Samlevende	18,1	17,2	94
	Enlig (separeret, skilt)	21,4	18,7	56
	Enlig (ugift)	15,5	15,9	97
	Enlig (enkestand)	17,9		78

- & + markerer statistisk signifikans



Litteratur

- (1) Kjølner M & Rasmussen Nkr. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002
- (2) Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og Folkesundhed i Danmark. København. Statens Institut for Folkesundhed, 2006
- (3) Juel K. Betydning af tobak, stort alkoholforbrug og stofmisbrug på dødeligheden i Danmark. Udviklingen gennem 25 år, 1973-1997. Ugeskr Læger 2001;163(32):4190-5.
- (4) Bauman AE, Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000 – 2003. J Sci Med Sport 2004; 7 (1 suppl): 6-19
- (5) Regeringen. Sund Hele Livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002 – 10. 2002
- (6) Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet og sundhed. København. Sundhedsstyrelsen, 2001
- (7) Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse. Resultater fra MULD. 2004
- (8) Spencer EA, Appleby PN, Davey GK, Key TJ. Validity of self-reported height and weight in 4808 EPIC-Oxford participants. Public Health Nutrition 2002 5(4), 561-565
- (9) Villanueva EV. The validity of self-reported weight in US adults: a population based cross-sectional study. BMC Public Health 2001; 1:11
- (10) Green LW, Kreuter MW, Health program planning, 4th. Edition. McGraw-Hill, 2005
- (11) Danmarks Statistik - statistikbanken.dk
- (12) Hansen AR & Kjølner. Arbejdsnotat: Sundhed blandt etniske minoriteter. Resultater fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 (SUSY-2005). Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Kapitel 6.

Sociale relationer og social kapital

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

6.1 Sociale relationer

Dette afsnit omhandler sociale relationer, og hvorledes disse påvirker helbredet. Undersøgelser har vist, at personer med stærke sociale relationer i mindre grad bliver syge, og hvis de bliver syge, kommer de sig hurtigere efter deres sygdom, og de har mindre risiko for at dø tidligt end personer med svage sociale relationer. Hvert år indtræffer 1000-1500 dødsfald relateret til svage sociale relationer, hvilket svarer til ca. 2 % af alle dødsfald. Mænd med svage sociale relationer dør i gennemsnit tre år for tidligt, mens kvinder med svage sociale relationer i gennemsnit dør to år for tidligt. Endvidere kan personer med svage sociale relationer forvente færre kvalitetsjusterede leveår¹ end personer med stærke sociale relationer. I de omtalte undersøgelser er personer med svage sociale relationer defineret som personer, der sjældent eller aldrig træffer familie eller personer, der ikke regner med at få hjælp af andre i tilfælde af sygdom (1).

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

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

Det strukturelle aspekt

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 rela-

¹ Kvalitetsjusteret leveår er en indikator, der kombinerer dødelighed og helbredsstatus, og hvor levetiden justeres for om helbredet er mere eller mindre perfekt.

tioner 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 uden for husstanden. Det fremgår, at andelen i Slagelse Kommune, der træffer deres familie sjældnere end en gang om måneden, er på niveau med andelen i Region Sjælland og Danmark som helhed. Blandt mænd er andelen af borgere, der træffer deres familie sjældnere end en gang om måneden, størst i aldersgrupperne 16-24 år samt 45-64 år, mens andelen blandt kvinder er størst i aldersgruppen 65+ år. Andelen, der sjældnere end en gang om måneden træffer familien, er større blandt enlige (separerede, skilte, ugifte) end blandt gifte.

Venner og bekendte er ligeledes en vigtig del af de sociale relationer. Der er derfor også spurgt til, hvor ofte borgerne i Slagelse 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 Slagelse Kommune end i Danmark som helhed. Der er en mindre andel blandt de 16-24 årige end blandt de resterende aldersgrupper, der angiver, at de sjældnere end en gang om måneden træffer venner og bekendte. Blandt borgere med en mellemlang uddannelse er der en større andel, der sjældnere end en gang om måneden træffer venner og bekendte, end blandt borgere med en lang uddannelse.

De to tidligere omtalte spørgsmål er specifikt rettet mod enten venner eller familie, og de siger dermed ikke nødvendigvis særligt meget om, hvor meget social kontakt borgerne i Slagelse 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 disse variable som nævnt udelukkende, hvor ofte borgerne har kontakt til andre dvs. kvantiteten af de sociale relationer, men ikke hvorvidt behovet for socialt samvær med andre reelt er dækket, eller hvorvidt borgeren modtager hjælp og støtte dvs. kvaliteten af de sociale relationer.

Det funktionelle aspekt

Gennem sociale relationer kan borgerne få praktisk hjælp og støtte, fx hvis de bliver syge. Dette er belyst ved at spørge borgerne om, hvorvidt de regner med at kunne få hjælp fra andre til praktiske problemer i tilfælde af sygdom. Dette belyses i standardtabel 6.4. Sociale relationer kan desuden fungere som støtte, hvis borgerne bliver trængte eller pressede, og derved kan de sociale relationer beskytte mod de skadelige virkninger af fx stress. Endvidere kan et manglende socialt netværk virke stressende og dermed øges modtageligheden overfor sygdomme (2). Der er således tale om direkte fysiologiske påvirkninger. I Sundhed i Slagelse 2006 er dette belyst ved at spørge borgerne om, hvorvidt de nogensinde er alene, selvom de egentlig havde mest lyst til at være sammen med andre. Dette beskrives i standardtabel 6.3.

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, og om de kan få hjælp.

Standardtabel 6.3 viser andelen, der ofte eller en gang imellem er uønsket alene. I Slagelse Kommune er der en større andel, der ofte er uønsket alene, end i Region Sjælland og Danmark som helhed. Overordnet falder andelen, der ofte er uønsket alene, med stigende alder. Der er en større andel blandt borgere med en kort uddannelse, der ofte eller engang imellem er uønsket alene, end blandt borgere med en lang uddannelse. 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, der ikke regner med at kunne få hjælp fra andre i tilfælde af sygdom, fremgår af standardtabel 6.4. Andre, vil i dette tilfælde sige personer uden for husstanden. Der er en større andel, der ikke regner med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom, i Slagelse Kommune end i Region Sjælland og Danmark som helhed. Overordnet stiger andelen, der ikke regner med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom, med stigende alder.

Andelen af borgere, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt i forhold til, om de regner med at kunne få hjælp fra andre i tilfælde af sygdom, fremgår af tabel 6.1. Det ses, at andelen, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt, er størst blandt borgere, der angiver, at de helt sikkert kan få hjælp i tilfælde af sygdom. Her angiver 72,5 % af borgerne i Slagelse 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 53,3 % af borgerne, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt.

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

	Virkelig godt eller godt selvvurderet helbred	Antal svarpersoner
Regner med at kunne få praktisk hjælp - ja, helt sikkert	72.5	795
af andre i tilfælde af sygdom - ja, måske	64.9	330
- nej	53.3	137

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

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

		Virkelig godt eller godt selvvurderet helbred	Antal svarpersoner
Føler sig ofte uønsket alene	- ja, ofte	39.3	61
	- ja, en gang imellem	60.2	201
	- ja, men sjældent	66.1	324
	- aldrig	74.9	668

Andelen af borgere, der ofte er uønsket alene i forhold til, hvor ofte de træffer familie og venner vises i tabel 6.3. Blandt borgere, der sjældnere end en gang om måneden træffer familie og venner, er der i alle aldersgrupper en større andel, der ofte føler sig uønsket alene end blandt borgere, der oftere end en gang om måneden træffer familie og venner.

Tabel 6.3 Andel der ofte er uønsket alene i forhold til, hvor ofte de træffer familie og venner opgjort særskilt på aldersgrupper (Procent).

		Andel, der ofte er uønsket alene					
		16-44 år	Antal svar- personer	45-64 år	Antal svar- personer	65+ år	Antal svar- personer
Træffer familie	- sjældnere end en gang om måneden	29,6	44	38,5	39	25,7	35
	- oftere end en gang om måneden	22,9	423	16,6	453	18,5	286
Træffer venner	- sjældnere end en gang om måneden	28,1	32	32,8	67	37,0	27
	- oftere end en gang om måneden	23,2	435	16,0	425	17,7	294

Tabel 6.4 viser andelen af borgere, der ikke regner med at få praktisk hjælp i tilfælde af sygdom, i forhold til hvor ofte de træffer familie og venner. I alle aldersgrupper er andelen, der ikke regner med at kunne få praktisk hjælp i tilfælde af sygdom, større blandt borgere, der sjældnere end gang om måneden træffer familie og venner, end blandt borgere, der oftere end en gang om måneden træffer familie og venner. Både blandt borgere, der oftere end en gang om måneden træffer familie og venner og blandt borgere der sjældnere end gang om måneden træffer familie og venner, stiger andelen, der ikke regner med at kunne få praktisk hjælp i tilfælde af sygdom, med stigende alder.

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

		Andel, der ikke kan få praktisk hjælp i tilfælde af sygdom					
		16-44 år	<i>Antal svarper- soner</i>	45-64 år	<i>Antal svarper- soner</i>	65+ år	<i>Antal svarper- soner</i>
Træffer familie	- sjældnere end en gang om måneden	18,2	44	23,1	39	31,4	35
	- oftere end en gang om måneden	3,6	423	10,6	453	16,1	286
Træffer venner	- sjældnere end en gang om måneden	28,1	32	31,3	67	29,6	27
	- oftere end en gang om måneden	3,2	435	8,5	425	16,7	294

Udover de ovenfor nævnte positive aspekter ved sociale relationer 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 en ægtefælle eller nære slægtninge. Mobning er et andet eksempel på, hvordan sociale relationer kan have en negativ effekt på helbredet. Desuden kan sociale relationer ligesåvel fremme negativ sundhedsadfærd som positiv sundhedsadfærd. Igennem de senere år har flere undersøgelser sat fokus på disse aspekter af sociale relationer (3).

6.2 Social kapital

Social kapital defineres som omfanget af gensidighed, normer om gensidig hjælp, tillid og andre kendetegn ved den sociale struktur, som er en ressource for det enkelte menneske og fremmer den fælles indsats (4). Social kapital betragtes som en ressource for både det enkelte individ og samfundet.

Social kapital er et aspekt af den sociale struktur og først og fremmest dens sociale sammenhængskraft eller solidaritet. Den sociale sammenhængskraft har to dimensioner, dels de uformelle sociale bånd mellem mennesker og dels de bånd, som på en mere formel måde knytter mennesker til samfundet, fx via skolen, arbejdspladsen, klubber og foreninger.

I modsætning til andre former for kapital bliver der ikke mindre af den sociale kapital, når den bliver brugt. Derimod bliver der mere af den, jo mere den bliver brugt, og i modsætning til andre former for kapital er den ikke knyttet til individer, men til kollektivet. Individer kan ikke besidde social kapital, men fællesskaber og lokalsamfund kan. Den sociale kapital i et fællesskab eller lokalsamfund forsvinder ikke, hvis individet rejser væk.

Endnu er der kun få studier af sammenhængen mellem social kapital og sundhed, men nuværende studier har vist, at jo højere tillid, der er mellem mennesker i et geografisk område, desto lavere dødelighed. Endvidere ser det ud til, at jo højere tillid, der er mellem mennesker, desto højere andel føler, at de har et godt helbred. Andre studier beskriver en sammenhæng mellem stor tillid i befolkningen og et mindre omfang af vold og drab (2).

I Sundhed i Slagelse 2006 er der spurgt til, om man føler sig stærkt tilknyttet til det kvarter de bor i. I standardtabel 6.5 fremgår andelen, der føler sig stærkt tilknyttet til det kvarter, de bor i. Det fremgår, at der er en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der føler sig stærkt tilknyttet til det kvarter, de bor i. Andelen, der føler sig stærkt tilknyttet til det kvarter de bor i, er størst i aldersgruppen 65+ år både blandt mænd og kvinder. Andelen, der føler sig stærkt tilknyttet til det kvarter, de bor i, falder med stigende uddannelseslængde.

I standardtabel 6.6 ses andelen, der meget ofte eller ofte deltager i en eller anden form for aktivitet, hvor flere mennesker i fællesskab forsøger at lave noget, der kan komme hele lokalområdet til gode. I alt oplyser 13,1 %, at de meget ofte eller ofte deltager i en eller anden form for aktivitet, hvor flere mennesker i fællesskab forsøger at lave noget, der kan komme hele lokalområdet til gode. Andelen, der meget ofte eller ofte deltager i en eller anden form for aktivitet, hvor flere mennesker i fællesskab forsøger at lave noget, der kan komme hele lokalområdet til gode, stiger med stigende alder.

Endvidere er der spurgt til, hvor stærkt fællesskabet og sammenholdet er i deres lokalområde efter deres opfattelse. Standardtabel 6.7 viser andelen, der opfatter fællesskabet og sammenholdet i deres lokalområde som meget stærkt eller stærkt. I Slagelse Kommune opfatter 18,1 % fællesskabet og sammenholdet i deres lokalområde som meget stærkt eller stærkt. Blandt mænd er andelen, der opfatter fællesskabet og sammenholdet i deres lokalområde som meget stærkt eller stærkt, størst i aldersgruppen 65+ år, mens andelen blandt kvinder er nogenlunde den samme i alle aldersgrupper. Blandt erhvervsaktive er der en større andel, der opfatter fællesskabet og sammenholdet i deres lokalområde som meget stærkt eller stærkt, end blandt ikke erhvervsaktive.

Andelen, der føler sig stærk knyttet til det kvarter, hvor de bor, i forhold til hvor ofte de deltager i en eller anden form for aktivitet, hvor flere mennesker i fællesskab forsøger at lave noget, der kan komme hele lokalområdet til gode, fremgår af tabel 6.5. Det ses, at jo oftere man deltager i en eller anden fælles aktivitet, hvor flere mennesker i fællesskab forsøger at lave noget, der kan komme hele lokalområdet til gode, des større er andelen, der føler sig stærkt knyttet til det kvarter, borgeren bor i.

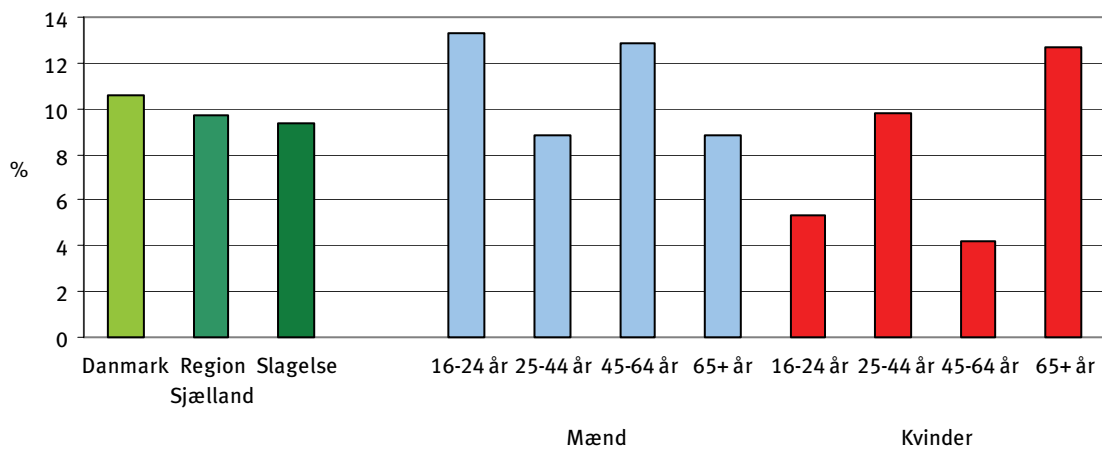
Tabel 6.5 Andel der føler sig stærkt knyttet eller til en hvis grad knyttet til det kvarter de bor i, i forhold til hvor ofte de deltager i en eller anden form for aktivitet (procent).

		Andel der føler sig stærkt tilknyttet til det kvarter de bor i	<i>Antal svarpersoner</i>
Deltager i en eller anden form for aktivitet	- meget ofte	43.4	53
	- ofte	40.9	115
	- nogle gange	29.2	264
	- sjældent	19.3	357
	- aldrig	14.1	464

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 Sjælland	9,9	9,7	2818
	Slagelse	9,2	9,4	1280
Mænd	16-24 år	13,3	+	45
	25-44 år	8,8	+	170
	45-64 år	12,9	+	209
	65+ år	8,8	+	148
	Mænd i alt	10,7		572
Kvinder	16-24 år	5,3		38
	25-44 år	9,8	+	214
	45-64 år	4,2		283
	65+ år	12,7	+	173
	Kvinder i alt	8,1		708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	9,2	8,0	295
	Mellemlang	10,5	10,9	304
	Lang	6,7	7,4	466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	19,0		42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	7,8	8,0	728
	Ikke erhvervsaktiv	11,0	10,1	228
Civilstand	Gift	7,2	7,6	752
	Samlevende	9,2	8,9	163
	Enlig (separeret, skilt)	21,6	25,7	74
	Enlig (ugift)	11,1	15,6	162
	Enlig (enkestand)	12,8		94

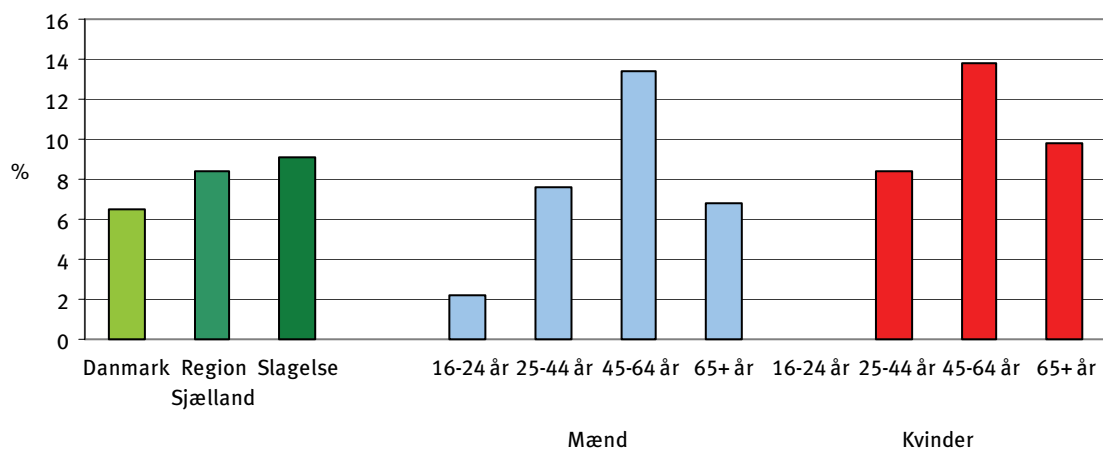
- & + markerer statistisk signifikans



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 Sjælland	9,3	8,4		2818
	Slagelse	9,8	9,1		1280
Mænd	16-24 år	2,2		-	45
	25-44 år	7,6		-	170
	45-64 år	13,4			209
	65+ år	6,8		-	148
	Mænd i alt	9,1			572
Kvinder	16-24 år	0,0			38
	25-44 år	8,4		-	214
	45-64 år	13,8			283
	65+ år	9,8			173
	Kvinder i alt	10,5			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	11,2	10,7		295
	Mellemlang	12,8	13,2	+	304
	Lang	8,4	7,8		466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	16,7			42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	10,6	11,1		728
	Ikke erhvervsaktiv	9,2	7,2		228
Civilstand	Gift	11,8	11,6		752
	Samlevende	7,4	8,1		163
	Enlig (separeret, skilt)	5,4	5,5		74
	Enlig (ugift)	4,9	8,8		162
	Enlig (enkestand)	13,8			94

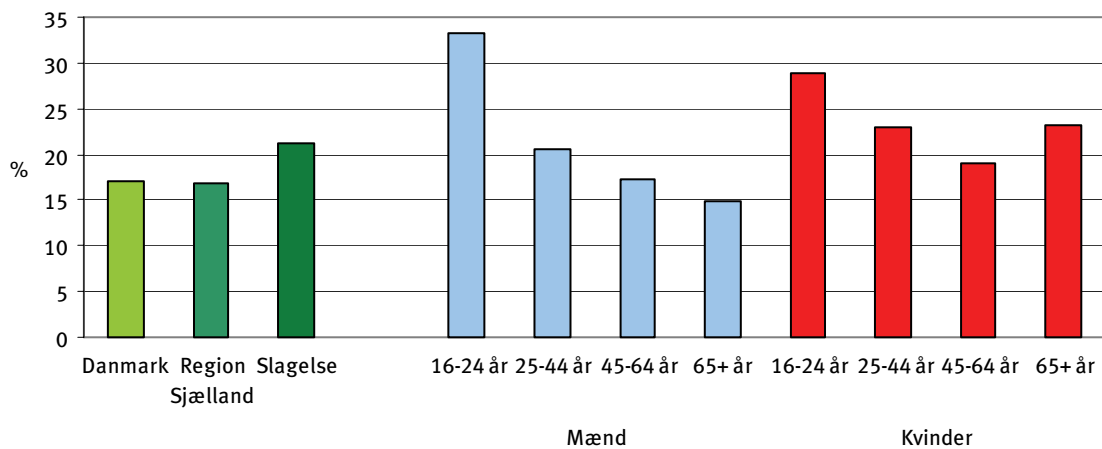
- & + markerer statistisk signifikans



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

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	16,8	17,0	-	14566
	Region Sjælland	16,5	16,8	-	2818
	Slagelse	20,5	21,3		1280
Mænd	16-24 år	33,3		+	45
	25-44 år	20,6			170
	45-64 år	17,2			209
	65+ år	14,9			148
	Mænd i alt	18,9			572
Kvinder	16-24 år	28,9		+	38
	25-44 år	22,9			214
	45-64 år	19,1			283
	65+ år	23,1			173
	Kvinder i alt	21,8			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	23,4	27,7	+	295
	Mellemlang	18,8	19,8		304
	Lang	16,3	15,9		466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	33,3			42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	19,1	17,8		728
	Ikke erhvervsaktiv	26,3	32,7	+	228
Civilstand	Gift	11,3	11,8		752
	Samlevende	19,0	17,0		163
	Enlig (separeret, skilt)	47,3	48,1	+	74
	Enlig (ugift)	35,2	37,3	+	162
	Enlig (enkestand)	41,5			94

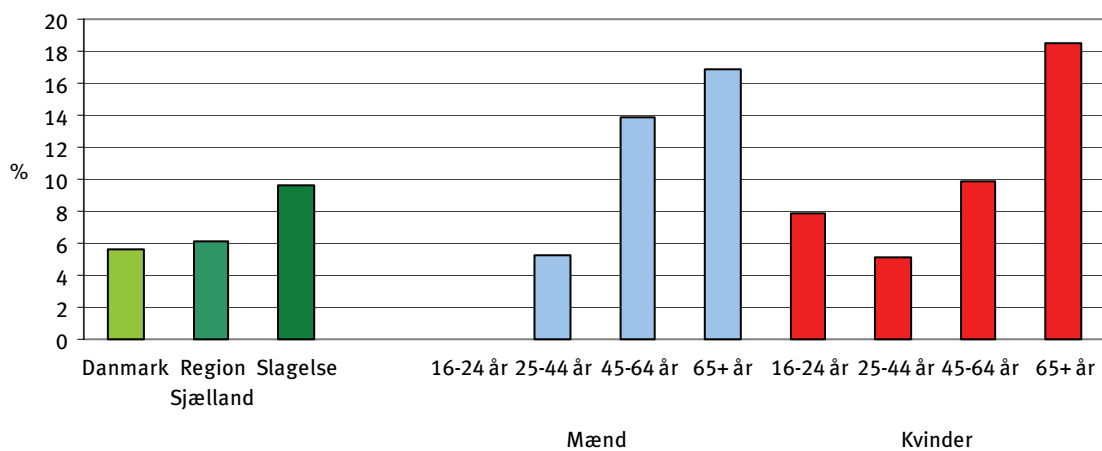
- & + markerer statistisk signifikans



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

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)		Antal
Total	Danmark	5,8	5,6	-	14566
	Region Sjælland	6,7	6,1	-	2818
	Slagelse	10,7	9,6		1280
Mænd	16-24 år	0,0			45
	25-44 år	5,3		-	170
	45-64 år	13,9			209
	65+ år	16,9		+	148
	Mænd i alt	11,0			572
Kvinder	16-24 år	7,9			38
	25-44 år	5,1		-	214
	45-64 år	9,9			283
	65+ år	18,5		+	173
	Kvinder i alt	10,5			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	15,3	11,6		295
	Mellemlang	12,5	11,8		304
	Lang	8,2	9,6		466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	9,5			42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	7,8	8,4		728
	Ikke erhvervsaktiv	9,6	7,4		228
Civilstand	Gift	12,0	10,5		752
	Samlevende	6,7	8,0		163
	Enlig (separeret, skilt)	8,1	7,7		74
	Enlig (ugift)	6,2	7,7		162
	Enlig (enkestand)	16,0			94

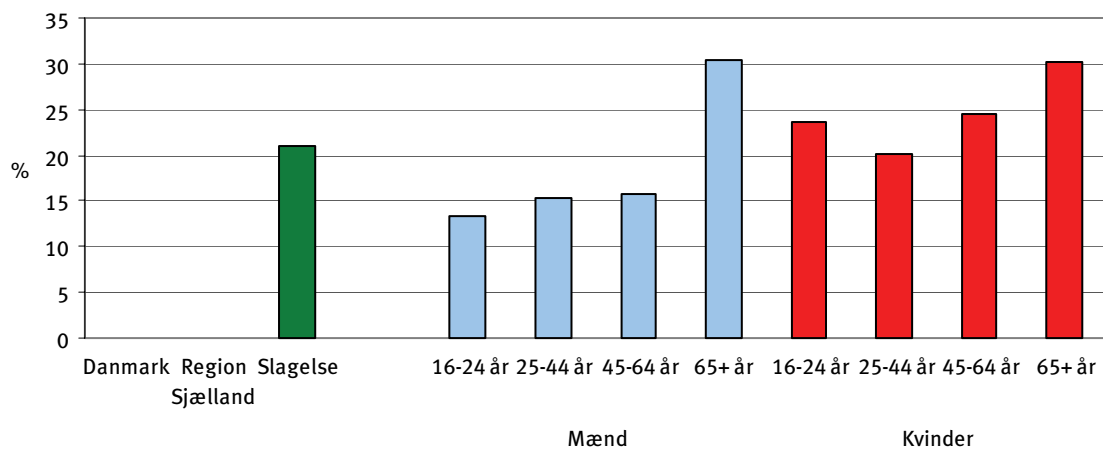
- & + markerer statistisk signifikans



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

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal	
Total	Danmark				
	Region Sjælland				
	Slagelse	22,1	20,9		1280
Mænd	16-24 år	13,3	-		45
	25-44 år	15,3	-		170
	45-64 år	15,8	-		209
	65+ år	30,4	+		148
	Mænd i alt	19,2			572
Kvinder	16-24 år	23,7			38
	25-44 år	20,1			214
	45-64 år	24,4			283
	65+ år	30,1	+		173
	Kvinder i alt	24,4			708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	33,6	29,1	+	295
	Mellemlang	22,0	23,0	+	304
	Lang	16,7	16,9		466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	14,3			42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	18,1	17,9		728
	Ikke erhvervsaktiv	23,7	18,9		228
Civilstand	Gift	21,4	20,5		752
	Samlevende	17,2	18,6		163
	Enlig (separeret, skilt)	13,5	11,9		74
	Enlig (ugift)	23,5	26,2		162
	Enlig (enkestand)	37,2			94

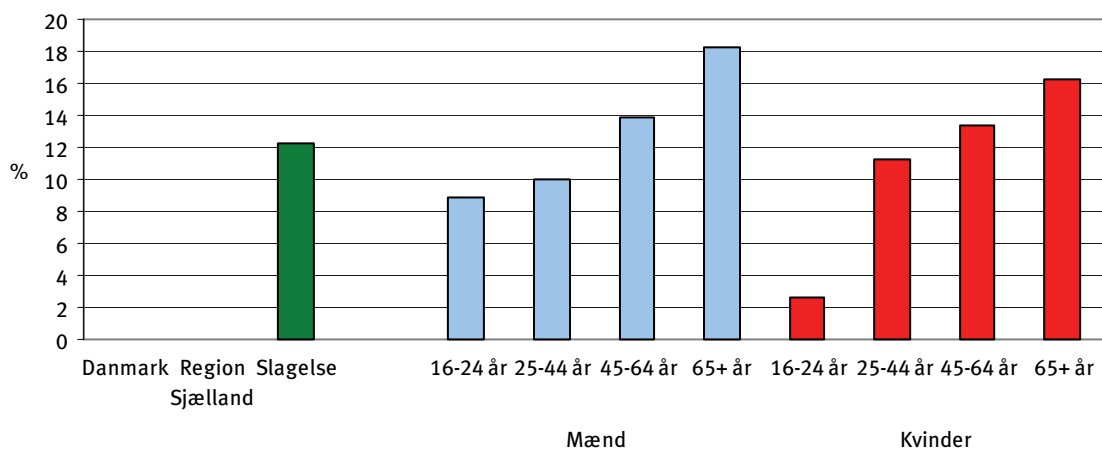
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 6.6 Andel der meget ofte eller ofte deltager i en eller anden form for aktivitet, hvor flere mennesker i fællesskab forsøger at lave noget, der kan komme hele lokalområdet til gode.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark			
	Region Sjælland			
	Slagelse	13,1	12,2	1280
Mænd	16-24 år	8,9		45
	25-44 år	10,0		170
	45-64 år	13,9		209
	65+ år	18,2	+	148
	Mænd i alt	13,5		572
Kvinder	16-24 år	2,6	-	38
	25-44 år	11,2		214
	45-64 år	13,4		283
	65+ år	16,2		173
	Kvinder i alt	12,9		708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	14,9	11,4	295
	Mellemlang	12,8	12,4	304
	Lang	13,9	14,0	466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	4,8		42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	11,4	12,1	728
	Ikke erhvervsaktiv	13,2	10,7	228
Civilstand	Gift	13,0	12,5	752
	Samlevende	12,9	13,5	163
	Enlig (separeret, skilt)	12,2	11,7	74
	Enlig (ugift)	7,4	8,5	162
	Enlig (enkestand)	24,5		94

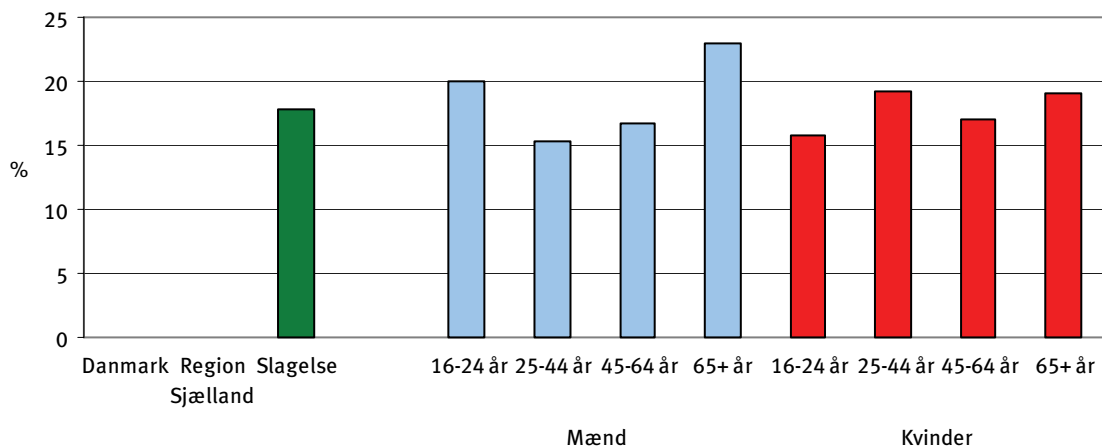
- & + markerer statistisk signifikans



Standardtabel 6.7 Andel der opfatter fællesskabet og sammenholdet i deres lokalområde som meget stærkt eller stærkt.

		Forekomst (%)	Standardiseret forekomst (%)	Antal
Total	Danmark			
	Region Sjælland			
	Slagelse	18,1	17,8	1280
Mænd	16-24 år	20,0		45
	25-44 år	15,3		170
	45-64 år	16,7		209
	65+ år	23,0	+	148
	Mænd i alt	18,2		572
Kvinder	16-24 år	15,8		38
	25-44 år	19,2		214
	45-64 år	17,0		283
	65+ år	19,1		173
	Kvinder i alt	18,1		708
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse	Kort	19,7	17,9	295
	Mellemlang	19,4	20,2	304
	Lang	15,9	16,0	466
	Skoleelev/anden skoleuddannelse	21,4		42
Erhvervsstatus	Erhvervsaktiv	18,1	18,1	728
	Ikke erhvervsaktiv	14,0	9,0 -	228
Civilstand	Gift	17,7	17,8	752
	Samlevende	20,2	20,0	163
	Enlig (separeret, skilt)	18,9	19,9	74
	Enlig (ugift)	10,5	10,4	162
	Enlig (enkestand)	27,7		94

- & + 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) Berkman LF, Kawachi I. Social Epidemiology. New York: Oxford University

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

7.1 Psykosocialt arbejdsmiljø

Det psykosociale arbejdsmiljø handler om sammenhængen mellem arbejdsmæssige forhold og de erhvervsaktives psykiske helbred og trivsel. I takt med de senere års stigning i de psykologiske krav i arbejdet er der også kommet et stigende fokus på det psykosociale arbejdsmiljøets betydning for sundhed og helbred. Tabel 7.1 viser forekomsten af helbredsrisici i det psykosociale arbejdsmiljø. Den hyppigst nævnte psykiske arbejdsmiljøbelastning blandt erhvervsaktive borgere i Slagelse Kommune er oplevelsen af manglende støtte fra den nærmeste overordnede, idet 48,6 % angiver, at de kun sommetider, sjældent eller aldrig får støtte fra deres nærmeste overordnede. Dette er større end Region Sjælland (37,4 %) og i Danmark som helhed (34,6 %). Andelen, der kun sommetider, sjældent eller aldrig har indflydelse på, hvad de laver, er ligeledes større i Slagelse Kommune end i Region Sjælland og Danmark som helhed. Derimod er der en mindre andel i Slagelse Kommune, der altid eller ofte ikke når alle sine arbejdsopgaver, sammenlignet med Region Sjælland og Danmark som helhed.

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

	Slagelse	Region Sjælland	Danmark
<i>Psykosocialt arbejdsmiljø</i>			
Andel der:			
- altid eller ofte ikke når alle sine arbejdsopgaver	21.4	26.2	28.2
- kun sommetider, sjældent eller aldrig har indflydelse på, hvad de laver	27.9	14.8	15.5
- kun sommetider, sjældent eller aldrig får støtte fra deres nærmeste overordnede	48.6	37.4	34.6
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>739</i>	<i>1545</i>	<i>7969</i>

7.2 Fysisk arbejdsmiljø

Nogle af de hyppigst forekommende arbejdsrelaterede lidelser kan henføres til det fysiske arbejdsmiljø. Det drejer sig hovedsageligt om muskel- og skeletsygdomme. I relation til det fysiske/termiske arbejdsmiljø er den hyppigst nævnte arbejdsmiljøbelastning arbejde i bøjede/forvredne arbejdsstillinger (49,3 %) (tabel 7.2). Andelen, der arbejder i bøjede/forvredne stillinger, andelen, der løfter/bærer tunge byrder, andelen, der er udsat for gentagne og ensidige bevægelser samt andelen der er udsat for støj så man må hæve stemmen er større i Slagelse Kommune end i Region Sjælland og Danmark som helhed.

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

	Slagelse	Region Sjælland	Danmark
<i>Fysisk/termisk arbejdsmiljø</i>			
Andel der to eller flere dage om ugen er udsat for:			
- arbejde i bøjede/forvredne arbejdsstillinger	49.3	32.2	32.2
- mange gentagne og ensidige bevægelser	46.3	36.7	38.1
- at løfte/bære tunge byrder (mindst 10 kg)	40.9	35.2	31.9
- støj, så man må hæve stemmen, hvis man skal tale med andre	39.8	33.1	33.1
- andre belastende fysiske forhold	24.2	-	-
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>739</i>	<i>1545</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 mindre blandt erhvervsaktive, der altid eller ofte når deres arbejdsopgaver end blandt erhvervsaktive, der sommetider, sjældent eller aldrig når deres arbejdsopgaver.

Der er ingen forskel på andelen der har haft mindst en sygedag inden for de sidste 14 dage blandt erhvervsaktive med forskellige former for fysisk aktivitet i hovedbeskæftigelsen. Ligeledes er der ingen forskel på andelen, der har haft mindst en sygedag inden for de sidste 14 dage, blandt erhvervsaktive, der altid eller ofte får hjælp eller støtte fra deres overordnet og blandt erhvervsaktive der kun sommetider, sjældent eller aldrig får hjælp eller støtte fra deres overordnet. Endelig er der ingen forskel på andelen der har haft mindst en sygedag inden for de sidste 14 dage blandt erhvervsaktive, der altid eller ofte har indflydelse på arbejdsopgaver og blandt erhvervsaktive, der kun sommetider, sjældent eller aldrig har indflydelse på deres arbejdsopgaver.

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

		Mindst en sygedag inden for de seneste 14 dage	Antal svar- personer
Får hjælp og støtte fra overordnet	- sommetider, sjældent eller aldrig	11.7	359
	- altid eller ofte	9.0	380
Indflydelse på arbejdsopgaver	- sommetider, sjældent eller aldrig	12.6	206
	- altid eller ofte	9.4	533
Når ikke arbejdsopgaver	- altid eller ofte	10.8	158
	- sommetider, sjældent eller aldrig	10.2	581
Fysisk aktivitet i hovedbeskæftigelsen	- stillesiddende arbejde	8.9	237
	- stående eller gående eller hårdere	11.2	473

7.4 Passiv rygning

Passiv rygning udgør et arbejdsmiljømæssigt problem. Hyppige gener er irritation af øjne og slimhinder samt hovedpine. Endvidere kan astma forværres ved passiv rygning, ligesom der er fundet sammenhæng mellem passiv rygning og udviklingen af lungekræft og hjertekarsygdomme. I Regeringens folkesundhedsprogram 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 erhvervsaktiv 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, der oplyser dette (2). En ny lov om røgfrie miljøer på arbejdspladsen der forventes at træde i kraft 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 Slagelse Kommune oplyser 40,5 %, at de altid eller nogle gange er udsat for passiv rygning på deres arbejdsplads, mens det i Region Sjælland kun er 34,1 % og i Danmark som helhed er der 32,4 %, der angiver, at de nogle gange eller altid er udsat for passiv rygning.

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

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

	Ofte stresset i dagligdagen	Godt eller virkelig godt selv vurderet helbred	Langvarig sygdom	<i>Antal svar- personer</i>
<i>Udsat for passiv rygning på arbejdspladsen</i>				
-Ja, altid	16,5	70,9	22,8	79
-Ja, af og til	11,8	77,3	26,4	220
-Nej, aldrig	11,4	81,6	27,4	430

Litteratur

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

(2) Ola Ekholm, Mette Kjøller, Michael Davidsen, Ulrik Hesse, Louise Eriksen, Anne Illemann Christensen, Morten Grønbæk. Sundheds- og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, 2006

