

9. DE UNGES SUNDHED

Sundhedsprofilen for unge beskriver sundhedsvaner blandt etnisk danske personer i aldersgruppen 16-24 år i Region Midtjylland. Fokus rettes mod forhold, der er vigtige for denne aldersgruppe samt almene problemstillinger inden for folkesundhedsområdet. Sundhedsprofilen for unge udgør hermed et supplement til sundhedsprofilen for voksne, der udgør hovedparten af denne rapport.

I forbindelse med dataindsamlingen til *Hvordan har du det?* er der i Region Midtjylland anvendt et selvstændigt spørgeskema til unge i alderen 16-24 år. Nærværende kapitel bygger på data fra dette spørgeskema, som ud over spørgsmål fra voksenskemaet indeholder et antal spørgsmål, der er specifikke for unge. Der er i 2013 som noget nyt medtaget spørgsmål vedrørende euforiserende stoffer og seksualitet. I alt 3.561 etnisk danske unge i aldersgruppen 16-24 år har besvaret skemaet (svarprocent: 52).

Aktuel viden om sundhedsvaner og trivsel hos unge er væsentlig for kommuner, regioner og andre aktører på sundhedsområdet for tilrettelæggelse af sundhedsfremme og forebyggelse. Samtidig kan sundhedsprofilen for unge være med til at identificere tendenser, der indikerer, hvordan fremtidens sundhedstilstand kommer til at være i den voksne befolkning.

Perioden fra 16-24 år er kendetegnet ved omstillingen fra teenageårene, hvor de fleste unge stadig bor hjemme, til et begyndende voksenliv, hvor hovedparten er flyttet hjemmefra og er i gang med uddannelse eller i arbejde. I denne periode sker der en markant følelsesmæssig, intellektuel og social udvikling. I takt med større selvstændighed åbner der sig nye muligheder for at eksperimentere med forskellige af ungdoms- og voksenlivets aktiviteter og adfærdsformer. Derfor er denne periode også karakteriseret ved en høj forekomst af risikoadfærd, der kan have alvorlige konsekvenser for den enkeltes helbred og trivsel. Denne risikoadfærd toppe i 20-25-års alderen, som for mange er forbundet med en høj grad af frihed samt en væsentlig gruppemæssig påvirkning (1,2,3).

Samtidig er det veldokumenteret, at sundhedsvaner, for eksempel rygning og fysisk inaktivitet, ofte grundlægges tidligt i livet (4,5,6,7). Sundhedsvaner i ungdomsårene kan således indebære, at konkrete handlinger og adfærdsformer får rutinekarakter, hvilket kan være til gavn eller skade resten af livet. Det er derfor vigtigt at forebygge, at negative sundhedsvaner etableres i ungdomsårene.

Centralt i ungdomslivet står udviklingen af den enkeltes identitetsfølelse. Som led heri gør unge sig en række overvejelser omkring, hvordan de ønsker at leve deres liv og træffer væsentlige valg i forhold til blandt andet

uddannelse, arbejde, fritidsinteresser, boligforhold samt venskaber og parforhold. Selvom de unges adfærd afspejler selvstændige valg, formes identitetsfølelsen gennem samvær med andre, og den enkeltes sundhed og trivsel er i høj grad påvirket af de sociale omgivelser, herunder samlivssituation, kammeratskabskreds, bosted og uddannelses- og beskæftigelsesmæssige forhold.

I sundhedsprofilen for unge belyses kønsmæssige, aldersmæssige samt sociale, geografiske og institutionelle forskelle i sundhedsvaner blandt unge. Hermed er det muligt at identificere grupper og sociale arenaer med høj forekomst af uheldsmæssige vaner. Dette er blandt andet væsentligt, fordi der også ses en social ulighed i sundhed blandt unge (8). En sådan viden muliggør således en målrettet indsats over for udsatte grupper og kan bidrage væsentligt i forhold til det videre forebyggelsesarbejde. Det er samtidig givet, at mange forskellige faktorer har betydning for unges sundhed. Der fokuseres i ungeprofilen på udvalgte parametre med henblik på at belyse dels vaner af særlig betydning for ungegruppen (herunder rusdrikkeri og brug af euforiserende stoffer samt seksuel risikoadfærd), dels alment væsentlige sundhedsparametre (herunder rygning, fysisk inaktivitet og overvægt).

En væsentlig forudsætning for en vellykket forebyggelsesindsats er, at denne er tilrettelagt på en måde, der giver mening for målgruppen (9). Det er derfor et selvstændigt mål at indhente viden om de unges forståelse af egen sundhedsadfærd samt motivation for ændringer, hvilket blandt andet afhænger af viden, normer og ressourcer. Derfor belyser kapitlet løbende de unges opfattelse af egen situation og motivation for ændring.

Sundhedsprofilen for unge belyser følgende temaer:

- Rygning
- Alkohol
- Euforiserende stoffer
- Seksualitet
- Fysisk aktivitet
- Kost
- Overvægt
- Søvn

Beskrivelse af baggrundsvariable

I det følgende beskrives udvalgte baggrundsvariable, der kun indgår i sundhedsprofilen for unge.

Samlivssituation. Baseret på de unges selvrapportering skelnes der i forhold til samlivssituation imellem fire grupper: 1) unge, der bor alene, 2) unge, der bor hos forældre, 3) unge, der bor med ægtefælle/samlever og 4) unge, der bor sammen med andre unge/voksne. 97 % af de unge falder inden for en af disse fire kategorier, hvor de unge fordeler sig således: forældre (44 %), andre unge/voksne (19 %), ægtefælle/samlever (18 %) og alene (16 %).

Uddannelse (16-19 år). På baggrund af de unges selvrapportering vedrørende igangværende uddannelsesaktiviteter skelnes der blandt de 16-19-årige imellem fire dominerende institutioner: 1) grundskole, 2) almen gymnasieskole (STX, HF, studenterkursus), 3) erhvervsrettet gymnasieskole (HHX, HTX) og 4) erhvervsuddannelser (EUD). 84 % af de 16-19-årige er tilknyttet én af disse fire typer institutioner, hvor de unge fordeler sig således: almen gymnasieskole (34 %), grundskole (20 %), erhvervsrettet gymnasieskole (16 %) og erhvervsuddannelse (14 %). Restgruppen, som ikke indgår i analyser baseret på denne variabel, dækker over 16-19-årige, som a) er i gang med en videregående uddannelse, b) er i gang med en ungdomsuddannelse for unge med særlige behov/individuel tilrettelagte uddannelsesforløb, c) er i arbejde, d) hverken er i arbejde eller under uddannelse samt e) personer, der ikke har angivet, om de er i gang med en uddannelse. Det bemærkes, at de 16-19-årige, der har forladt grundskolen, og som hverken er under uddannelse eller i arbejde, udgør en særlig udsat gruppe, selvom de ikke indgår i analyser baseret på denne baggrundsvariabel (antallet af faktiske deltagere fra denne gruppe er relativt lavt, og kan ikke præcist identificeres ud fra de tilgængelige data).

Beskæftigelse (20-24 år). Baseret på de unges selvrapportering vedrørende uddannelses- og arbejdsmæssige forhold skelnes der blandt de 20-24-årige mellem tre beskæftigelsesforhold: 1) i arbejde (primær beskæftigelse), 2) under uddannelse, 3) hverken i arbejde eller under uddannelse. 97 % af de 20-24-årige falder inden for én af disse tre overordnede kategorier. 65 % af de unge er under uddannelse, 24 % er i arbejde, mens 8 % hverken er i arbejde eller uddannelse.

Endelig skal det bemærkes, at den sociogeografiske variabel, der er gennemgående i hele rapporten, er baseret på et samspil mellem andelen med kort uddannelse, andelen uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder og den gennemsnitlige bruttoindkomst hos voksne (25+ år).

De unges sociogeografiske tilhørsforhold afspejler således en typologi baseret på udvalgte sociale forhold blandt voksne i det konkrete bo-område.

På grund af antallet af deltagere i ungegruppen er det ikke muligt at lave pålidelige analyser på kommuneniveau. En undtagelse er imidlertid Aarhus, som er betydeligt større end de øvrige kommuner i Region Midtjylland. Samtidig bor der mange unge i Aarhus - blandt de 22-24-årige har hver anden af regionens borgere med dansk oprindelse bopæl i Aarhus. Derfor beskrives sundhedstilstanden for unge i Aarhus løbende i kapitlet.

Endvidere sammenlignes ungegruppen, i det omfang det er muligt, med den voksne befolkning (25-79 år), ligesom udviklingen fra 2010 til 2013 sammenfattes i det omfang, undersøgelsen fra 2010 indeholder sammenlignelige oplysninger. Der indgik ikke unge (16-24 år) i *Hvordan har du det?* i 2006.

Rygning

De alvorlige sundhedsskadelige virkninger af rygning er dokumenteret på en lang række områder (10, 11, 12). Selvom antallet af rygere har været faldende siden 1970'erne, er rygning fortsat den vigtigste forebyggelige risikofaktor for sygdom og død. Systematiske forebyggelsesindsatser har således et betydeligt potentiale i forhold til at reducere personlige og samfundsmæssige omkostninger. Sammenlignet med voksne er andelen af dagligrygere mindre blandt unge (8). Det er imidlertid væsentligt at monitorere unges rygevaner, fordi alder ved rygedebut har stor betydning for, hvor længe og hvor meget man ryger (14). Sandsynligheden for, at man stopper med at ryge, er mindre, hvis man begyndte at ryge i en ung alder. Samtidig er det et fåtal af personer, der bliver rygere, såfremt de er ikke-rygere som 19-årige (15, 16).

Kendskab til unges rygevaner og faktorer, der kan reducere antallet af rygere, kan bruges i den langsigtede indsats for at fremme befolkningens sundhed og mindske belastningen af sundhedsvæsenet. En særlig udfordring i forhold til unges rygning er imidlertid, at alvorlige sygdomme og dødsfald først indtræffer efter mange års rygning, ligesom en reduceret lungefunktion ikke mærkes, før man har været ryger i en årrække (17). Unge oplever således ofte ingen umiddelbare skadelige virkninger af deres rygning og får dermed ingen helbredsmæssige advarsler om, at deres adfærd er uhenigtsmæssig. Rygestoptilbud, der henvender sig til unge, kan derfor med fordel tage udgangspunkt i det, som unge oplever som væsentlige negative konsekvenser af rygning, for eksempel lugtgener og usund hud som følge af rygning.

For at understøtte kommunernes arbejde på dette område har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en forebyggelsespakke for tobak, der blandt andet præsenterer anbefalinger i forhold til det rygeforebyggende arbejde blandt børn og unge (13). Der lægges vægt på at forebygge rygestart og at der skabes totalt røgfri matrikler for børn og unge. Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen tilbyder gratis digitalt rygestoptilbud til unge (Xhale.dk). De tilmeldte modtager støttebeskeder på sms og e-mail og har mulighed for at debattere med andre rygestoppere og stille spørgsmål til en rygestopinstruktør.

I det følgende afsnit belyses unges rygevaner. Det angives, hvor stor en andel af de unge i Region Midtjylland, der ryger samt alder ved rygedebut. Endvidere beskrives andelen af dagligrygere i forhold til køn, alder og sociale forhold samt ønske om rygestop. Endelig angives, hvor mange unge der ønsker hjælp til rygestop samt andelen, der har fået råd hos egen læge om at stoppe med at ryge. Se kapitel 4 om rygning i den voksne befolkning for en beskrivelse af de anvendte spørgsmål.

Hvor mange af de unge ryger?

Figur 9.1 viser de unges rygevaner. 14 % af de unge ryger dagligt, hvilket svarer til omtrent 20.000 personer i Region Midtjylland. Gruppen af dagligrygere består af 5 % storrygere, der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen og 9 %, der ryger 1-14 cigaretter om dagen. Derudover er 11 % lejlighedsrygere (ryger, men ikke dagligt), mens 5 % er eksrygere. I alt har 30 % af ungegruppen erfaringer med rygning. Hovedparten af de unge (70 %) har aldrig røget.

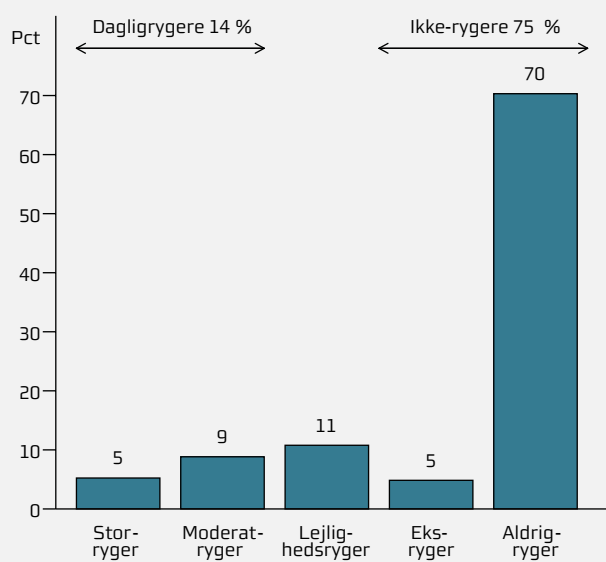
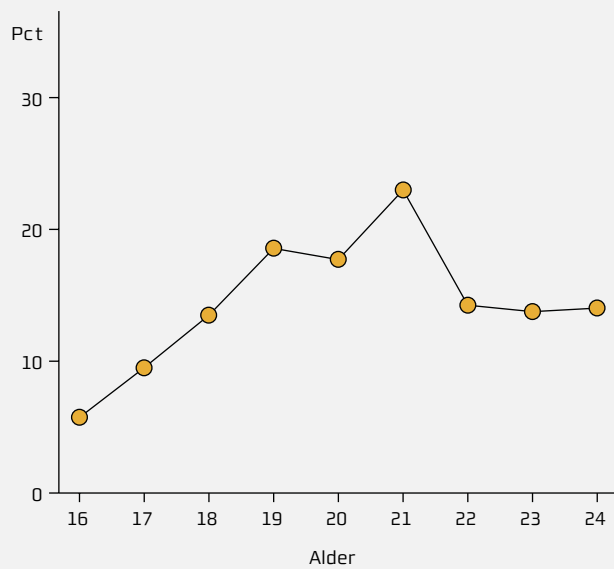
Som det fremgår af figur 9.2 stiger andelen af dagligrygere gradvist fra 16 år og toppe i 21-årsalderen, hvorefter der ses et fald i andelen af dagligrygere.

Rygedebut



















De unge rygeres gennemsnitlige alder ved rygedebut var 15,2 år. Heraf angiver 21 % at være startet som 13-årige eller tidligere.



FIGUR 9.1 OG 9.2

Unge rygevaner og andel af dagligrygere fordelt på alder

Figur 9.1
Unge rygevanerFigur 9.2
Andel af unge dagligrygere - alder

FIGUR 9.3
Dagligrygere blandt unge - køn, alder og sociale forhold

	Pct		Personer
Alle	14		20.000
Køn			
Mand	15		11.000
Kvinde	13		9.000
Alder			
16-19 år	11		6.900
20-24 år	16		13.000
Sociogeografisk gruppe			
Gruppe 1 (højest)	11		2.600
Gruppe 2	13		4.500
Gruppe 3	14		4.200
Gruppe 4	15		5.900
Gruppe 5 (lavest)	19		2.600
Samlivssituation			
Bor alene	17		4.000
Bor med forældre	12		7.400
Bor med ægtefælle/samlever	19		4.600
Bor med anden ung eller med voksen	12		3.200
Uddannelse (16-19 år)			
Grundskole (9. og 10.klasse)	4		500
Alment gymnasium (STX og HF)	10		2.100
Erhvervsrettet gymnasium (HHX og HTX)	8		800
Erhvervsuddannelser (EUD)	18		1.600
Beskæftigelse (20-24 år)			
I arbejde	21		4.000
Under uddannelse	13		6.800
Hverken i arbejde eller under uddannelse	26		1.700

 Signifikant flere end i hele ungegruppen
 Signifikant færre end i hele ungegruppen

Dagligrygere blandt unge – køn, alder og sociale forhold

Af figur 9.3 fremgår det, at der er betydelige forskelle i rygevaner i forhold til alder og sociale forhold. Der ses en klar sammenhæng mellem rygning og henholdsvis uddannelse (16-19-årige) og beskæftigelse (20-24-årige). I særdeleshed ses der en høj forekomst af rygere blandt unge, der er i gang med en erhvervsuddannelse (16-19-årige) og blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (20-24-årige).

Køn. Der er ikke kønsforskelle i andelen af unge dagligrygere.

Alder. Andelen af dagligrygere er højere blandt de 20-24-årige end blandt de 16-19-årige.

Sociogeografisk gruppe. Der er en markant større andel af dagligrygere blandt unge i gruppe 5, end det er tilfældet i hele ungegruppen. Tilsvarende er der en mindre andel af dagligrygere blandt unge i gruppe 1.

Samlivssituation. Der er en større andel af dagligrygere blandt unge, der bor sammen med en ægtefælle/samlever og blandt unge, der bor alene, end det er tilfældet i hele ungegruppen. Andelen af dagligrygere er til gengæld mindre blandt unge, der bor sammen med deres forældre.

Uddannelse (16-19 år). Andelen af dagligrygere er markant højere blandt unge på erhvervsuddannelser sammenlignet med hele gruppen af 16-19-årige. Tilsvarende er forekomsten af dagligrygere markant lavere blandt unge i grundskolen.

Beskæftigelse (20-24 år). Der ses klare forskelle i andelen af dagligrygere i forhold til beskæftigelsesmæssige forhold. Godt hver fjerde 20-24-årig, som hverken er i arbejde eller under uddannelse, er dagligryger, mens det gælder hver femte, der er i arbejde og blot hver syvende, som er under uddannelse.

Sammenlignet med hele ungegruppen er der signifikant flere rygere blandt følgende grupper:

- Unge i alderen 20-24 år
- Unge i sociogeografisk gruppe 5
- Unge, der bor alene
- Unge, der bor sammen med en ægtefælle/samlever
- Unge, der er i gang med en erhvervsuddannelse (16-19 år)
- Unge, der er i arbejde (20-24 år)
- Unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (20-24 år)

Hvor mange vil gerne stoppe med at ryge?

Med henblik på at belyse motivation for at stoppe med at ryge er der i spørgeskemaet spurgt til, hvorvidt de unge gerne vil holde op med at ryge. Hele 71 % af de unge rygere (daglig- og lejlighedsrygere) angiver, at de ønsker at stoppe med at ryge. 54 % har ikke planlagt hvornår, mens 17 % ønsker at stoppe inden for 1-6 måneder.

I alt 19 % af de unge rygere, som gerne vil holde op med at ryge, vil endvidere gerne have støtte og hjælp til at gennemføre det (for eksempel ved hjælp af rygestopkursus eller støtte fra læge). Blandt storrygerne ønsker 33 % at få støtte og hjælp til rygestop, mens det samme gælder 23 % af de unge, der ryger 1-14 cigaretter dagligt og blot 5 % af lejlighedsrygerne.

I alt er 5 % af de unge blevet rådet til at stoppe med at ryge af egen læge inden for det seneste år. Blandt gruppen af rygere er 31 % af storrygerne og 22 % af de moderate rygere blevet rådet til rygestop.

► **Aarhus.** Der er signifikant færre dagligrygere (11 %) blandt de unge i Aarhus sammenlignet med hele ungegruppen (14 %). ◀

► **Unge versus voksne.** Der er signifikant færre dagligrygere blandt de unge end i den voksne befolkning, hvilket skyldes, at andelen af storrygere er større blandt voksne end blandt unge (10 % versus 5 %). Andelen af lejlighedsrygere er derimod markant større i den unge befolkning (11 % versus 3 %). Andelen af unge rygere, der ønsker at stoppe med at ryge, svarer til andelen i den voksne befolkning. Der er dog betydeligt færre unge rygere end voksne rygere, der ønsker hjælp til rygestop (19 % versus 38 %). Denne forskel gælder både storrygere, moderate rygere og lejlighedsrygere. Endelig er andelen af unge rygere, der er tilrådet rygestop af egen læge, mindre end i den voksne befolkning (5 % versus 9 %). ◀

► **2010-2013.** Der er sket et fald i andelen af unge dagligrygere fra 16 % til 14 %. Dette generelle fald afspejler et fald blandt unge mænd fra 19 % til 15 %. Se [figur 9.2.S i bind 2](#). Der har ikke været nogen ændring i andelen af unge rygere, der ønsker at stoppe. ◀

Alkohol

Alkohol er det mest almindelige rusmiddel blandt unge (18). Indtaget er relativt højt i mange lande, men varierer dog meget (19). Danske unges alkoholforbrug er generelt stort. På trods af at unges forbrug af alkohol har været faldende, er danske unge fortsat blandt de unge, der drikker mest i Europa (20, 21, 22).

Et hyppigt og stort indtag af alkohol kan have en række negative konsekvenser for den fysiske og mentale sundhed (23). Et u hensigtsmæssigt alkoholforbrug i ungdomsårene kan endvidere være forbundet med skoleproblemer, ulykker og risikobetonet adfærd, for eksempel i form af usikker sex og brug af euforiserende stoffer (23, 24). På længere sigt kan et egentligt alkoholmisbrug være årsag til skilsmisse, manglende tilknytning til arbejdsmarkedet og omsorgssvigt af børn (25, 26, 27).

I de senere år har en del af forskningen i alkoholvaner været rettet mod unges periodevise rusdrikkeri (engelsk: binge-drinking) (28). Betegnelsen bruges om et forbrug af mange genstande ved samme lejlighed. Rusdrikkeri har vist sig at være mere skadeligt end et jævnt fordelt alkoholforbrug. Samtidig indikerer dyreforsøg, at unge hjerner har en lav tolerance i forhold til skadelige effekter af alkohol (29, 30). I tråd hermed anbefaler Sundhedsstyrelsen, at unge (16-18 år) drikker mindst muligt og stopper, før de har drukket fem genstande ved samme lejlighed (31). For yderligere beskrivelse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger henvises til kapitel 3 om alkoholforbrug i den voksne befolkning.

I dette afsnit belyses unges alkoholvaner. Det angives, hvor stor en andel af de unge, der har et risikabelt alkoholforbrug i form af rusdrikkeri, højrisikoforbrug og tegn på alkoholproblemer. Endvidere beskrives andelen, der har et risikabelt alkoholforbrug i forhold til køn, alder og sociale forhold samt andelen, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, og hvor mange, der har modtaget rådgivning fra egen læge herom.

Det er vanskeligt at måle personers alkoholforbrug i et spørgeskema, idet der findes mange forskellige typer alkohol samtidig med, at der kan være stor variation i forbruget fra dag til dag og fra uge til uge. Se kapitel 3 for en grundig beskrivelse af de anvendte spørgsmål.

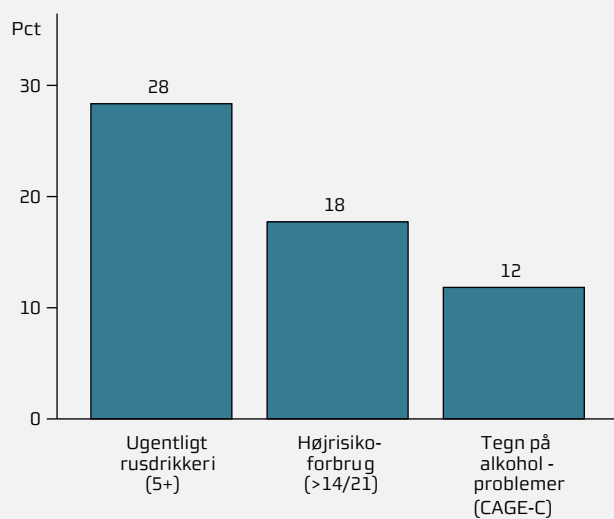
Hvor mange af de unge har et risikabelt alkoholforbrug?

Figur 9.4 viser andelen af unge, der har et risikabelt alkoholforbrug i form af ugentligt rusdrikkeri (ugentligt 5+ genstande ved samme lejlighed) og højrisikoforbrug (mænd: 21+ genstande ugentligt; kvinder: 14+ genstande ugentligt) samt tegn på alkoholproblemer målt ved CAGE-C (se beskrivelse i boks 3.1 i kapitel 3).

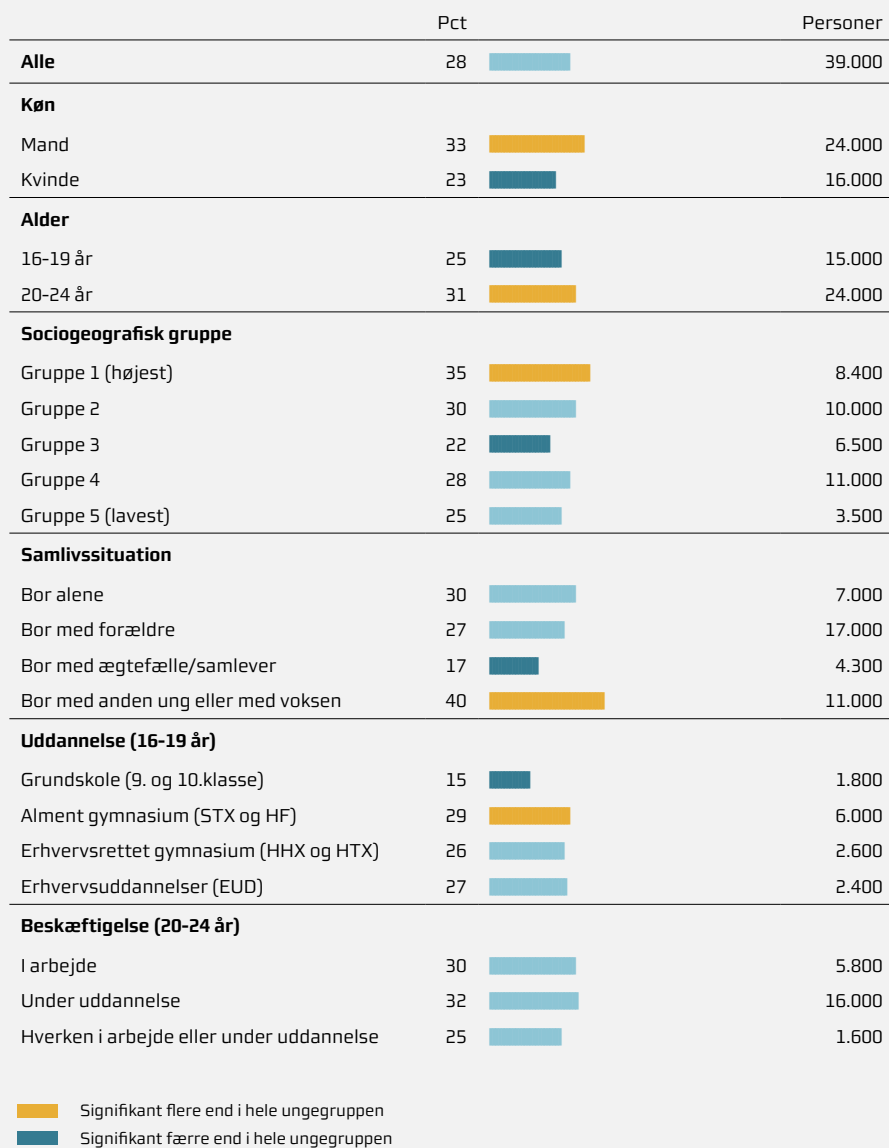
Hele 28 % af de unge drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed mindst én gang om ugen, svarende til ca. 39.000 unge i Region Midtjylland. Endvidere har 18 % af de unge et højrisikoforbrug af alkohol, svarende til ca. 24.000 unge. Endelig viser 12 % af de unge tegn på alkoholproblemer, svarende til ca. 16.000 unge.

FIGUR 9.4

Tre former for risikabelt alkoholforbrug blandt unge: Ugentligt rusdrikkeri, højriskoforbrug og tegn på alkoholproblemer



FIGUR 9.5
Rusdrikkeri blandt unge - køn, alder og sociale forhold



Rusdrikkeri blandt unge – køn, alder og sociale forhold

Som nævnt drikker 28 % af de unge fem eller flere genstande ved samme lejlighed mindst én gang om ugen. Figur 9.5 viser, at der er betydelige forskelle i de unges rusdrikkeri i forhold til køn, alder og sociale forhold. En høj andel af rusdrikkeri er særligt hyppigt forekommende hos unge mænd, i sociogeografisk gruppe 1 samt blandt personer, der bor sammen med andre unge/voksne.

Køn. En større andel af unge mænd end kvinder drikker mindst én gang ugentligt fem eller flere genstande ved samme lejlighed.

Alder. Der er en større andel af unge mellem 20-24 år end blandt de 16-19-årige, som mindst én gang ugentligt drikker fem eller flere genstande.

Sociogeografisk gruppe. Der er en større andel af rusdrikkere blandt unge i gruppe 1, end det er tilfældet hos hele ungegruppen. Samtidig ses der en mindre andel af rusdrikkere blandt unge i gruppe 3.

Samlivssituation. Der er en markant større andel af rusdrikkere blandt unge, der bor sammen med andre unge/voksne, end det er tilfældet i hele ungegruppen. Andelen af rusdrikkere er til gengæld mindre blandt unge, der bor sammen med en ægtefælle/samlever.

Uddannelse (16-19 år). Andelen af rusdrikkere er lidt højere blandt unge, der går på et alment gymnasium sammenlignet med hele gruppen af 16-19-årige. Endvidere er andelen af rusdrikkere markant lavere blandt unge i grundskolen.

Beskæftigelse (20-24 år). Der er ikke forskel i andelen af rusdrikkere i forhold til beskæftigelsesstatus blandt de 20-24-årige.

Sammenlignet med hele ungegruppen er der signifikant flere rusdrikkere blandt følgende grupper:

- Mænd
- Unge i alderen 20-24 år
- Unge i sociogeografisk gruppe 1
- Unge, der bor sammen med andre unge/voksne
- Unge, der går på et alment gymnasium

Højrisikoforbrug blandt unge – køn, alder og sociale forhold

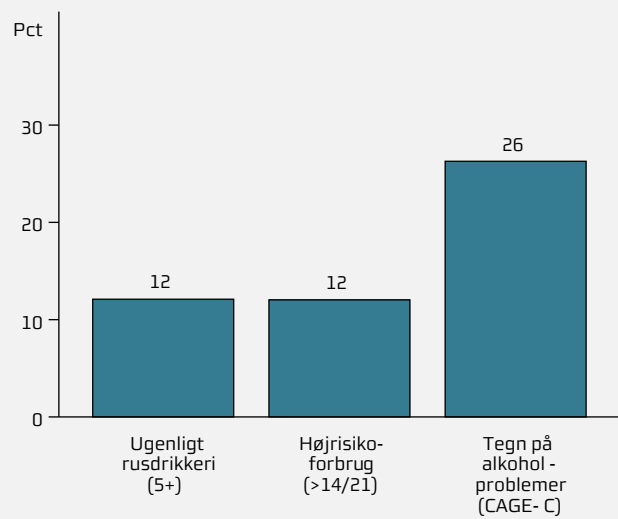
I alt har 18 % af de unge et højrisikoforbrug af alkohol. Der er få signifikante forskelle i forhold til køn, alder og sociale forhold. Dog er der en signifikant større andel med højrisikoforbrug blandt unge, der bor sammen med andre unge/voksne (23 %), mens andelen med højrisikoforbrug tilsvarende er mindre blandt unge, der bor sammen med ægtefælle/samlever (11 %), end det er tilfældet i hele ungegruppen. Endelig ses en mindre andel med højrisikoforbrug blandt grundskoleelever (12 %) sammenlignet med hele gruppen af 16-19-årige (ikke vist).

Tegn på alkoholproblemer – køn, alder og sociale forhold

I alt 12 % af de unge udviser tegn på alkoholproblemer. Forekomsten er mere hyppig hos unge mænd (15 %) end hos unge kvinder (8 %) og mere hyppig hos 20-24-årige (13 %) end hos 16-19-årige (10 %). Endvidere ses en større andel med tegn på alkoholproblemer blandt unge, der bor sammen med andre unge/voksne (16 %) og unge, der bor alene (15 %), mens andelen med tegn på alkoholproblemer tilsvarende er mindre blandt unge, der bor hos deres forældre (10 %). Endelig er andelen med tegn på alkoholproblemer betydeligt mindre blandt grundskoleelever (5 %) end blandt de 16-19-årige som helhed (ikke vist).

FIGUR 9.6

Unge ønsker om at nedsætte alkoholforbrug i forhold til tre former for risikabelt alkoholforbrug



Hvor mange vil gerne nedsætte deres alkoholforbrug?

Med henblik på at belyse de unges motivation for at drikke mindre er der i spørgeskemaet spurgt til, hvorvidt de unge gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug. Blot 6 % af de unge ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, mens 11 % ikke ved, om de ønsker at nedsætte deres forbrug.

Figur 9.6 viser andelen, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, i forhold til de tre former for risikabelt alkoholforbrug. Blandt unge, der viser tegn på alkoholproblemer, ønsker 26 % at nedsætte deres forbrug, mens det gælder for 12 % af de unge, der henholdsvis rusdrikker og har et højrisikoforbrug af alkohol.

Blot 1 % af de unge, der har været ved læge inden for det seneste år, er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug. Dette dækker over, at 7 % af de unge, der viser tegn på alkoholproblemer, er blevet rådet til at nedsætte deres forbrug. Blandt unge, der rusdrikker, er 3 % blevet rådet til at nedsætte deres forbrug, mens det gælder 4 % af de unge, der har et højrisikoforbrug.

► **Aarhus.** Der er betydeligt flere rusdrikkere blandt de unge i Aarhus (38 %) sammenlignet med hele ungegruppen (28 %). Endvidere er der flere, som viser tegn på alkoholproblemer blandt de unge i Aarhus (15 %) sammenlignet med hele ungegruppen (12 %). I forhold til højrisikoforbrug adskiller Aarhus sig ikke fra den samlede ungegruppe. ◀

► **Unge versus voksne.** Såvel rusdrikkeri som højrisikoforbrug forekommer hyppigere blandt unge end blandt voksne. En særlig stor forskel ses i forhold til rusdrikkeri, idet 28 % af de unge drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed mindst én gang om ugen, mens det gælder 10 % i den voksne befolkning. Til gengæld er andelen af personer med tegn på alkoholproblemer lidt mindre blandt unge end blandt voksne (12 % versus 14 %). På trods af det større alkoholforbrug er andelen af unge, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, den samme som i den voksne befolkning (6 %). Endelig gælder det både unge og voksne, at det kun er få, der er blevet tilrådet at nedsætte deres alkoholforbrug af egen læge (1,2 % versus 1,8 %). ◀

► **2010-2013.** Der er sket et fald i andelen af unge rusdrikkere fra 33 % til 28 %. Tilsvarende er andelen af unge med et højrisikoforbrug af alkohol faldet fra 22 % til 18 %. Der er ikke sket nogen udvikling i andelen, der viser tegn på alkoholproblemer. Se figur 9.3.S i bind 2. Det generelle fald i rusdrikkeri afspejler et betydeligt fald blandt henholdsvis unge mænd (fra 41 % til 33 %) og 16-19-årige (fra 34 % til 25 %). Se figur 9.4.S i bind 2. Der er endvidere sket et markant fald i andelen af unge mænd med et højrisikoforbrug af alkohol (fra 26 % til 18 %). Der har ikke været nogen udvikling i andelen af unge, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug. ◀

Euforiserende stoffer

At prøve euforiserende stoffer med stimulerende, sløvende og/eller hallucinogene virkninger er i sin essens et ungdomsfænomen. De fleste, der prøver at tage stoffer, fortsætter ikke brugen, men har et eksperimentelt forbrug i en kortere periode i ungdomsårene (32, 33). Blandt illegale stoffer har hash en særstatus, da mange unge prøver hash, mens et mindretal af unge prøver andre stoffer end hash. Der er samtidig en vis sammenhæng mellem brug af hash og brug af andre euforiserende stoffer (32, 33). Brug af hårdere stoffer såsom amfetamin og kokain er i mange tilfælde slutstadiet på et udviklingsforløb, der starter med alkohol og rygning og bevæger sig over hash for at ende med brug af hårde stoffer (34).

De sundhedsmæssige risici ved at bruge euforiserende stoffer varierer meget, blandt andet afhængigt af type af stof og omfang af forbrug (33). Alvorlige risici ved at bruge stoffer er psykose, forgiftning (i værste fald med dødelig udgang), ulykker samt udvikling af læn- gerevarende misbrug og afhængighed med alvorlige sociale, psykiske og helbredsmæssige følgevirkninger. Stofforgiftning blandt unge skyldes typisk hash eller centralstimulerende stoffer (såsom amfetamin og ecstasy), som også er de stoffer, der typisk er anledning til misbrugsbehandling af unge (32).

Undersøgelser viser, at unge er klar over, at det er risikabelt at bruge stoffer. Når de alligevel prøver det, begrundes det blandt andet med nysgerrighed (35). Forebyggelsespotentialet ligger derfor umiddelbart ikke i at øge unges viden om farerne ved stoffer, men snarere på et normativt og adfærdsmæssigt niveau. Den internationale forskning beskriver en generel normalisering af brugen af stoffer blandt unge, hvad angår hash og såkaldte feststoffer (bl.a. ecstasy og amfetamin) (36). Dette indebærer blandt andet, at stoffer er blevet mere tilgængelige i ungdomskulturen, og at de bliver brugt af et bredere udsnit af ungegruppen end tidligere.

Forbruget af stoffer er generelt højt i Danmark. Siden 2010 har der været en lille stigning i udbredelsen af hash, hvorimod der har været et mindre fald i udbredelsen af andre illegale stoffer end hash i perioden 2000-2013 (32).

I de senere år er der taget en række forebyggelses- og behandlingsmæssige tiltag på kommunalt og statsligt niveau (32). Endvidere har Sundhedsstyrelsen i 2013 fået gennemført en kortlægning af kommunernes forebyggelsesindsats over for stofmisbrug (37). Kortlægningen viser, at den primære målgruppe for kommunernes forebyggelsesindsats er grundskolen og sekundært børn og unge med risikoadfærd. De fleste aktiviteter foregår derfor i grundskoler, på ungdomsuddannelser og i festmiljøer.

Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om alkohol indeholder anbefalinger, der relaterer sig til stoffer, da

der ses en sammenhæng mellem brug af alkohol og et eksperimenterende brug af stoffer hos unge (38). En egentlig forebyggelsespakke om euforiserende stoffer er under udarbejdelse. Forebyggelsespakken vil blandt andet have fokus på at forebygge unges stofdebut og indeholder anbefalinger om stofforebyggende indsatser.

I dette afsnit belyses brug af euforiserende stoffer blandt unge. Følgende spørgsmål anvendes:

- Har du nogensinde prøvet hash?
- Har du nogensinde prøvet andre stoffer?
- Hvor gammel var du, da du prøvede det første gang?
- Hvor mange gange inden for de sidste 12 måneder har du røget hash?
- Hvor mange gange inden for de sidste 12 måneder har du indtaget andre stoffer end hash?
- Hvor har du prøvet hash eller andre stoffer?

Det angives i det følgende, hvor stor en andel af de unge, der har prøvet hash og andre stoffer (for eksempel kokain, amfetamin og ecstasy), herunder hvor mange, der har haft et forbrug inden for de seneste 12 måneder. Endvidere angives alder ved debut. Endelig anføres andelen af unge, der har haft et højt forbrug af hash (10+ gange inden for et år) og et forbrug af andre stoffer end hash (inden for et år) i forhold til køn, alder og sociale forhold samt hvilke steder, de unge har anvendt euforiserende stoffer.

Hvor mange af de unge har prøvet hash og andre stoffer?

Som det fremgår af figur 9.7 er hash langt det mest udbredte stof. Således har 38 % af de unge prøvet hash. En mindre gruppe på 9 % har prøvet andre stoffer end hash. Stort set samtlige unge, der har prøvet andre stoffer end hash, har også prøvet hash. I alt 38 % i ungegruppen har prøvet enten hash, andre euforiserende stoffer eller begge dele, svarende til 54.000 unge i Region Midtjylland. Endvidere er der en tydelig kønsforskel i de unges erfaringer med euforiserende stoffer. Mens 44 % af de unge mænd har prøvet hash, gælder det 31 % af de unge kvinder. Endvidere rapporterer 12 % af mændene at have prøvet andre stoffer end hash, mens blot 5 % af kvinderne har prøvet andre stoffer.

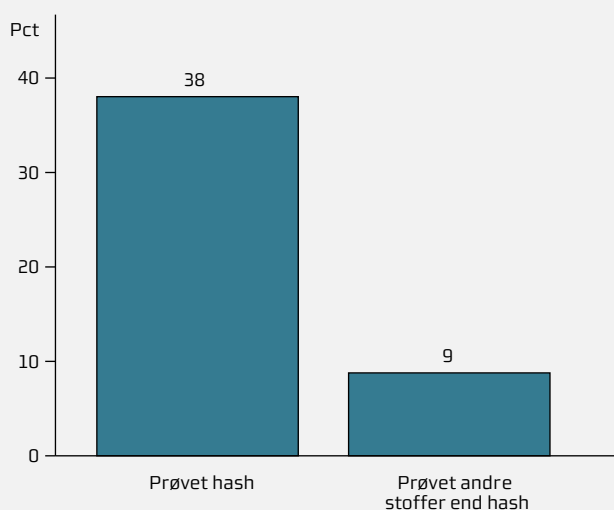
Debutalder

De unge hashbrugere var gennemsnitligt 16,7 år, første gang de prøvede hash. Som det fremgår af figur 9.8 er andelen, der har prøvet hash, kraftigt stigende indtil 22-årsalderen. Blandt de 22-24-årige har hver anden ung prøvet hash. Blandt de unge, der har prøvet andre stoffer end hash, var debutalderen 16,9 år.

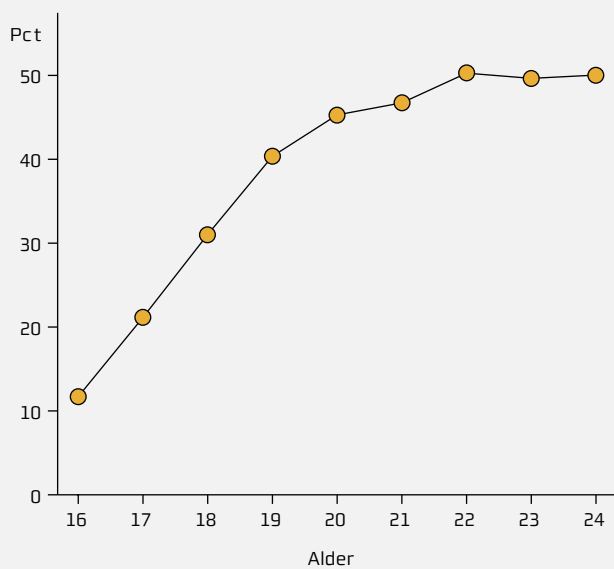
FIGUR 9.7. OG 9.8

Unge erfaringer med hash og andre euforiserende stoffer samt andelen, der har prøvet hash, fordelt på alder

Figur 9.7
Erfaringer med hash og andre euforiserende stoffer



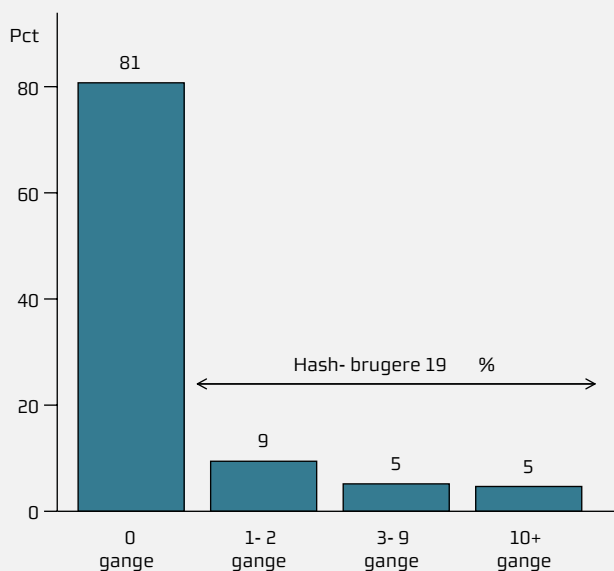
Figur 9.8
Andel, der har prøvet hash - alder



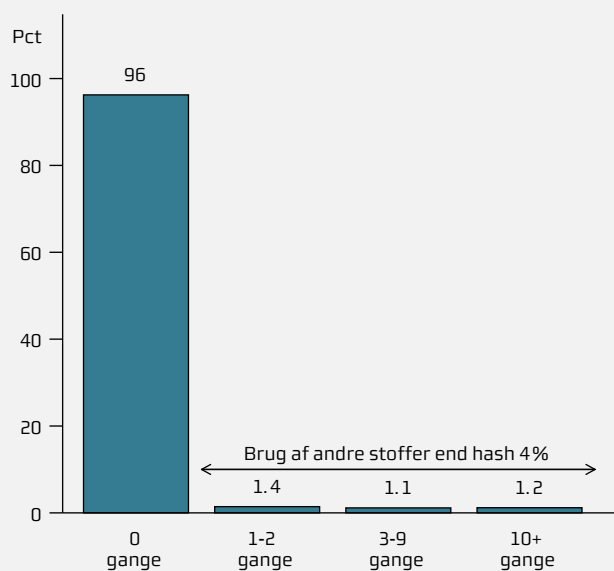
FIGUR 9.9 OG 9.10

Unge brug af hash eller andre euforiserende stoffer inden for de sidste 12 måneder

Figur 9.9
Brug af hash inden for de seneste 12 måneder



Figur 9.10
Brug af andre euforiserende stoffer end hash inden for de seneste 12 måneder



Hvor mange af de unge har brugt euforiserende stoffer inden for de sidste 12 måneder?






















Figur 9.9 viser andelen af unge, der har brugt hash inden for de sidste 12 måneder, opdelt efter forbrugets omfang. Som det fremgår af figuren har 19 % af de unge brugt hash inden for de seneste 12 måneder. 5 % af de unge, svarende til 6.500 unge i Region Midtjylland, har brugt hash mindst 10 gange. Yderligere 5 % har brugt hash 3-9 gange, mens 9 %, svarende til halvdelen af hashbrugerne, har brugt hash 1-2 gange. Et forbrug af hash ved 10 eller flere lejligheder inden for de seneste 12 måneder betegnes i det følgende som et højt forbrug (39).



Figur 9.10 viser andelen af unge, der har indtaget andre stoffer end hash (for eksempel kokain, amfetamin eller ecstasy) inden for de seneste 12 måneder, fordelt på antallet af gange. I alt 4 % af de unge, svarende til 5.200 unge i Region Midtjylland, har brugt andre stoffer end hash inden for den periode. I alt 1,2 % har brugt andre stoffer end hash mindst 10 gange, 1,2 % har brugt andre stoffer end hash 3-9 gange, mens 1,4 % har brugt andre stoffer end hash 1-2 gange.

Sammenfattende kan det konstateres, at for langt de fleste unge i Region Midtjylland er brug af euforiserende stoffer ikke en normal del af hverdagen. Brug af hash er dog rimelig udbredt, mens et fåtal har erfaringer med andre stoffer end hash.

FIGUR 9.11

Højt forbrug af hash inden for de sidste 12 måneder blandt unge - køn, alder og sociale forhold

	Pct	Personer
Alle	5 	6.500
Køn		
Mand	7 	4.800
Kvinde	3 	1.700
Alder		
16-19 år	4 	3.000
20-24 år	5 	4.200
Sociogeografisk gruppe		
Gruppe 1 (højest)	6 	1.500
Gruppe 2	4 	1.400
Gruppe 3	3 	1.000
Gruppe 4	5 	1.900
Gruppe 5 (lavest)	5 	600
Samlivssituation		
Bor alene	5 	1.100
Bor med forældre	4 	2.300
Bor med ægtefælle/samlever	3 	700
Bor med anden ung eller med voksen	8 	2.200
Uddannelse (16-19 år)		
Grundskole (9. og 10.klasse)	2 	300
Alment gymnasium (STX og HF)	4 	800
Erhvervsrettet gymnasium (HHX og HTX)	3 	300
Erhvervsuddannelser (EUD)	6 	500
Beskæftigelse (20-24 år)		
I arbejde	4 	5.800
Under uddannelse	6 	16.000
Hverken i arbejde eller under uddannelse	8 	1.600

 Signifikant flere end i hele ungegruppen
 Signifikant færre end i hele ungegruppen

Højt forbrug af hash inden for de seneste 12 måneder – køn, alder og sociale forhold

Af figur 9.11 fremgår det, at der er enkelte, men væsentlige forskelle i andelen med et højt forbrug af hash i forhold til køn og sociale forhold. Der ses hyppigere et højt forbrug af hash blandt unge mænd og personer, der bor sammen med andre unge/voksne.

Køn. Langt flere unge mænd end kvinder har et højt forbrug af hash.

Alder. Andelen med et højt forbrug af hash er ikke signifikant forskellig på tværs af de to aldersgrupper.

Sociogeografisk gruppe. Der ses ingen signifikante forskelle i andelen med højt forbrug af hash på tværs af de fem sociogeografiske grupper.

Samlivssituation. Der er en markant større andel af personer med højt forbrug af hash blandt unge, der bor sammen med andre unge/voksne, sammenlignet med hele ungegruppen.

Uddannelse (16-19 år). Der ses ingen signifikante forskelle i andelen med et højt forbrug af hash i forhold til uddannelsesmæssige forhold blandt de 16-19-årige.






















Beskæftigelse (20-24 år). Der ses ingen signifikante forskelle i andelen med højt forbrug af hash i forhold til den beskæftigelsesmæssige situation blandt de 20-24-årige.



Sammenlignet med hele ungegruppen er der signifikant flere med et højt forbrug af hash blandt følgende grupper:

- Unge mænd
- Unge, der bor sammen med andre unge/voksne

FIGUR 9.12

Brug af andre stoffer end hash inden for de seneste 12 måneder blandt unge - køn, alder og sociale forhold

	Pct	Personer
Alle	4 	5.200
Køn		
Mand	6 	4.200
Kvinde	2 	1.000
Alder		
16-19 år	2 	1.300
20-24 år	5 	3.900
Sociogeografisk gruppe		
Gruppe 1 (højest)	4 	900
Gruppe 2	3 	900
Gruppe 3	4 	1.100
Gruppe 4	5 	1.800
Gruppe 5 (lavest)	3 	500
Samlivssituation		
Bor alene	4 	900
Bor med forældre	2 	1.500
Bor med ægtefælle/samlever	3 	800
Bor med anden ung eller med voksen	7 	1.900
Uddannelse (16-19 år)		
Grundskole (9. og 10.klasse)	1 	90
Alment gymnasium (STX og HF)	1 	300
Erhvervsrettet gymnasium (HHX og HTX)	1 	80
Erhvervsuddannelser (EUD)	7 	600
Beskæftigelse (20-24 år)		
I arbejde	6 	1.200
Under uddannelse	5 	2.400
Hverken i arbejde eller under uddannelse	5 	300

 Signifikant flere end i hele ungegruppen
 Signifikant færre end i hele ungegruppen

Brug af andre stoffer end hash inden for de seneste 12 måneder – køn, alder og sociale forhold

Af figur 9.12 fremgår det, at der er betydelige forskelle i andelen, der har gjort brug af andre stoffer end hash i forhold til køn, alder og sociale forhold. Der ses således en markant større andel, der har brugt andre stoffer end hash, blandt unge mænd, personer, der bor sammen med andre unge/voksne, samt elever på erhvervsuddannelserne.

Køn. Tre gange flere unge mænd end kvinder har brugt andre stoffer end hash inden for de seneste 12 måneder.

Alder. Andelen, der har brugt andre stoffer end hash, er signifikant højere blandt de 20-24-årige end blandt de 16-19-årige.

Sociogeografisk gruppe. Der ses ingen signifikante forskelle i andelen, der har brugt andre stoffer end hash, på tværs af de fem sociogeografiske grupper.

Samlivssituation. Der er en markant større andel, der har brugt andre stoffer end hash, blandt unge, der bor sammen med andre unge/voksne, sammenlignet med hele ungegruppen. Andelen, der har brugt andre stoffer end hash, er til gengæld mindre blandt unge, der bor sammen med deres forældre.

Uddannelse (16-19 år). Andelen, der har brugt andre stoffer end hash, er væsentligt højere blandt elever på erhvervsuddannelser end i gruppen af 16-19-årige som helhed. Cirka seks gange så mange elever på de erhvervsuddannelser har taget andre stoffer end hash sammenlignet med elever fra de andre uddannelsesinstitutioner.

Beskæftigelse (20-24 år). Der ses ingen signifikant forskel i andelen, der har indtaget andre stoffer end hash i forhold til de beskæftigelsesmæssige forhold blandt de 20-24-årige.

Sammenlignet med hele ungegruppen er der signifikant flere, der har brugt andre stoffer end hash, blandt følgende grupper:

- Unge mænd
- Unge i alderen 20-24-år
- Unge, der bor sammen med andre unge/voksne
- Unge, der tager en erhvervsuddannelse (16-19 år)

I hvilke sammenhænge prøver unge hash eller andre stoffer?

Adspurgt om, hvor de unge har prøvet hash eller andre stoffer, angiver de unge overvejende følgende to steder: 'fest eller på bytur' (78 %) og 'almindelig hverdag sammen med venner' (35 %). En mindre gruppe angiver at havde prøvet hash eller andre stoffer 'alene' (9 %).

► **Aarhus.** Der er lidt flere blandt de unge i Aarhus (6 %), der har haft et højt forbrug af hash inden for de seneste 12 måneder, sammenlignet med hele ungegruppen (5 %). I forhold til brug af andre stoffer end hash adskiller Aarhus sig ikke fra den samlede ungegruppe i Region Midtjylland. ◀

Seksualitet

For unge er det seksuelle en mulighed for at gå på opdagelse, løsrive sig og få en række nye erfaringer. Unge i det tidlige 21. århundrede udvikler deres seksualitet og kønsidentitet i et samfund, der er præget af brud med tidligere konventioner på dette område. Set i et historisk perspektiv er antallet af seksualpartnere kraftigt stigende (40), hvilket blandt andet hænger sammen med, at mange unge adskiller lyst og nydelse fra kærlighed og graviditet (41).

De unge er nysgerrige og omstillingsparate, men som hovedregel hverken norm- eller grænseløse. Flertallet af de seksuelt aktive unge er da også tilfredse med deres sexliv (41). Forskellige typer af seksuel risikoadfærd er imidlertid udbredt blandt unge, og et aktivt sexliv indebærer en risiko i forhold til blandt andet seksuelt overførte sygdomme, uønsket graviditet og uønskede seksuelle oplevelser. Samtidig har social baggrund betydning for risikoadfærd (42).

I det forrige årti har der været en markant stigning i antallet af seksuelt overførte infektioner (40). I de sidste fire år er antallet af klamydia- og kondylom-tilfælde dog faldet, men det er stadig mange unge, der smittes med en seksuelt overført sygdom (43). Cirka hver fjerde på 25 år har haft én eller flere seksuelt overførte sygdomme (44, 45). Det skal ses i lyset af, at op imod halvdelen af unge mænd samt en tredjedel af unge kvinder ikke konsekvent beskytter sig, hver gang de er sammen med ny partner (46, 47). Seksuelt overførte sygdomme diagnosticeres og behandles i vidt omfang i almen praksis.

En væsentlig problemstilling i forhold til unges seksualitet er tidlig debut, som er forbundet med multiple former for risikoadfærd, herunder usikker sex og uønsket graviditet (42). En anden væsentlig problemstilling er antallet af seksualpartnere, idet et højt antal partnere er associeret med blandt andet usikker sex, rusdrikkeri og indtagelse af stoffer (40, 42, 48, 49). Overordnet ses en sammenhæng mellem seksuel risikoadfærd og andre typer af risikoadfærd.

Videnskæssige, sociale og psykologiske parametre har indflydelse på, hvorvidt unge engagerer sig i seksuel risikoadfærd. Såfremt unge er tilstrækkeligt informeret om risici, øges sandsynligheden for, at de tager de fornødne forholdsregler, men også andre forhold er afgørende (blandt andet normer, sociale kompetencer og evne til selvregulering) (40). Tilsvarende øger en positiv holdning i forhold til prævention intentionen om brug, men den enkelte mestringssevne har stor betydning for, hvorvidt intention omsættes til handling (40).

Forebyggelse af seksuel risikoadfærd hos unge er vigtig for den generelle sundhed. For at understøtte kommunernes arbejde med seksuel sundhed og trivsel har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en forebyggelsespakke,

der blandt andet skal bidrage til at reducere forekomsten og spredningen af seksuelt overførte sygdomme samt reducere antallet af uønskede graviditeter (50).

I dette afsnit belyses seksuel adfærd blandt unge i Region Midtjylland. Følgende spørgsmål anvendes:

- Har du nogensinde haft samleje?
- Hvor gammel var du første gang, du havde samleje?
- Hvor mange forskellige personer har du haft samlejemed?
- Når du har samleje med en ny partner, hvilken type prævention bruger du/din partner typisk?
- Hvorfor bruger du/I typisk ikke prævention, når du har samleje med ny partner?

Det angives i det følgende, hvor stor en andel af de unge i Region Midtjylland, der har haft samleje, herunder debutalder og hvor mange personer, de unge har haft samleje med. Endvidere angives, hvilken præventionspraksis de unge typisk udviser og andelen, der dyrker usikker sex. Endvidere beskrives andelen, der har haft et højt antal partnere og andelen, der dyrker usikker sex, i forhold til køn, alder og sociale forhold. Endelig anføres årsager til manglende brug af prævention.

Hvor mange af de unge har haft samleje?

77 % af de unge har haft samleje, hvilket svarer til omtrent 107.000 personer i Region Midtjylland. Lidt flere unge kvinder (79 %) end unge mænd (74 %) har haft samleje.

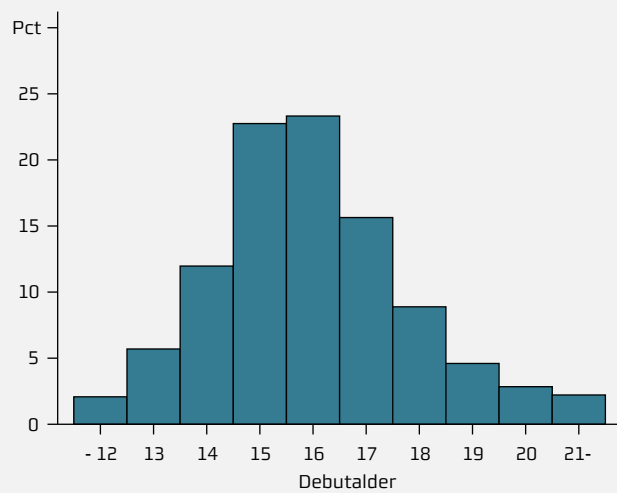
Debutalder

De unges gennemsnitlige alder ved samlejebudet var 16,0 år. Der ses ingen kønsforskel i den gennemsnitlige debutalder. I alt 20 % af de unge, der har haft samleje, angiver at have været 14 år eller yngre, da de første gang havde samleje, og var dermed under den seksuelle lavalder (jf. figur 9.13). Hovedparten af de unge er debuteret i 15-17-års alderen.

Hvor mange personer har de unge haft samleje med?

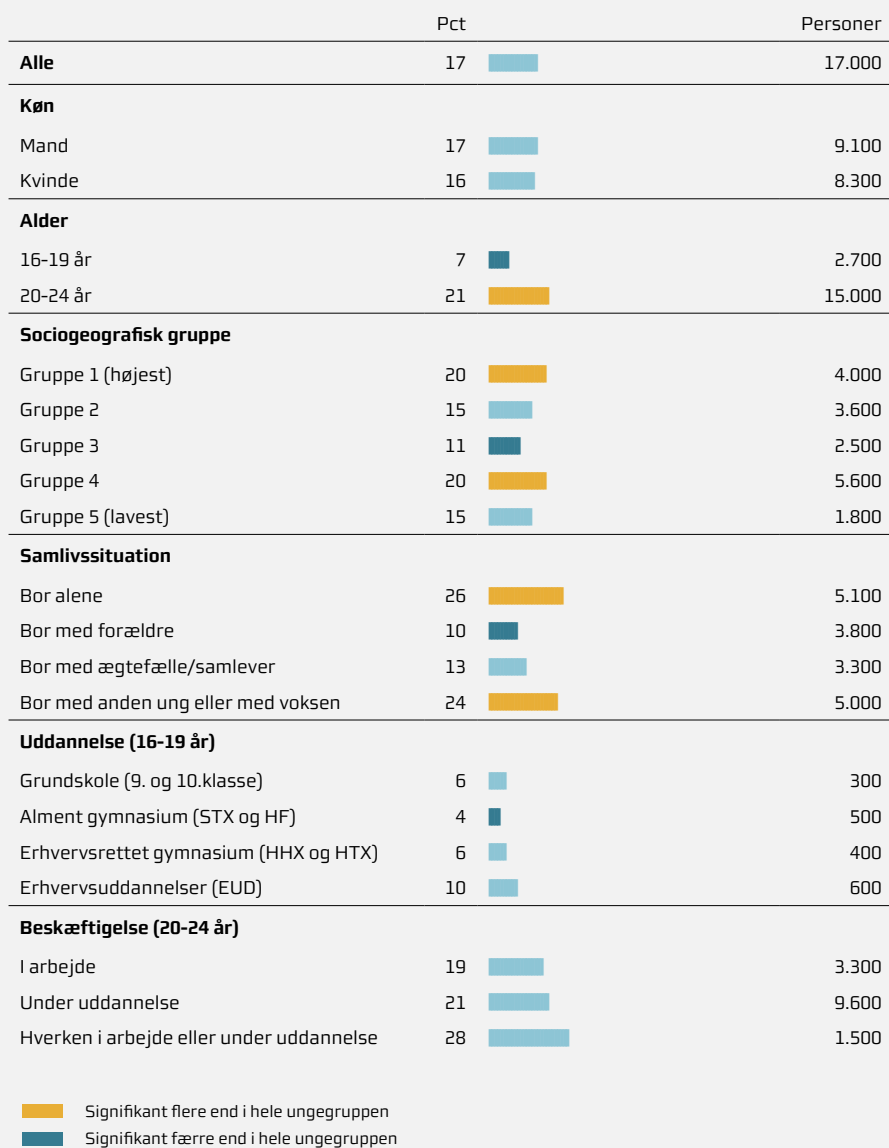
De unge, der har haft samleje, har gennemsnitligt haft 6,7 partnere, idet de unge mænd gennemsnitligt har haft 7,0 partnere, mens de unge kvinder gennemsnitligt har haft 6,4 partnere. Godt halvdelen af de unge, der har haft samleje, har maksimalt haft fire seksualpartnere, 31 % har haft 5-10 partnere, mens 17 % har haft mere end 10 partnere. I det følgende fokuseres på gruppen, som har haft samleje med et højt antal partnere (mere end 10 partnere).

FIGUR 9.13
Unge seksuelle debut - alder ved første samleje



FIGUR 9.14

Højt antal seksualpartnere (mere end 10) blandt unge - køn, alder og sociale forhold



Højt antal seksualpartnere – køn, alder og sociale forhold

Som det fremgår af figur 9.14, er der en betydelig variation i andelen, der har haft mange seksualpartnere (flere end 10), i forhold til alder og sociale forhold. Der ses en klar sammenhæng mellem et højt antal seksualpartnere og alder (20-24 år). Endvidere ses der en større andel med et højt antal seksualpartnere blandt unge i sociogeografisk gruppe 1 og 4 samt blandt unge, der bor sammen med andre unge/voksne eller alene.

Køn. Der ses ingen kønsforskel i andelen af unge, der har haft mange seksualpartnere.

Alder. Andelen af unge, der har haft mange partnere, stiger betydeligt med alderen i ungegruppen. Mens 1 ud af 13 af de 16-19-årige har haft flere end 10 partnere, gælder det for hver femte af de 20-24-årige.

Sociogeografisk gruppe. Der er en større andel med et højt antal seksualpartnere blandt unge i gruppe 1 og gruppe 4, end det er tilfældet hos hele ungegruppen. Samtidig ses der en mindre andel blandt unge i gruppe 3.

Samlivssituation. Der er en markant større andel af unge, der har haft mange seksualpartnere, blandt unge, der bor sammen med andre unge/voksne eller alene, end det er tilfældet i hele ungegruppen. Andelen er til gengæld mindre blandt unge, der bor hos deres forældre.

Uddannelse (16-19 år). Andelen af unge, der har haft mange seksualpartnere, er signifikant lavere blandt unge i den almene gymnasieskole end i gruppen af 16-19-årige som helhed.

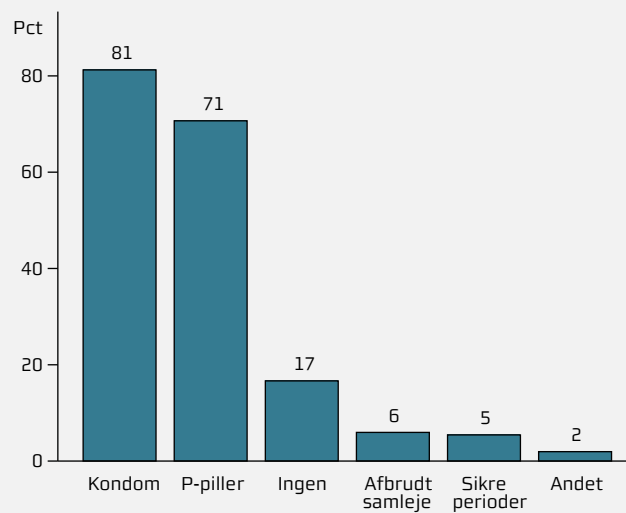
Beskæftigelse (20-24 år). Der ses i gruppen af 20-24-årige ikke forskelle i andelen, der har haft et højt antal seksualpartnere, alt efter de unges beskæftigelsesforhold.

Sammenlignet med hele ungegruppen er der signifikant flere, der har haft mange seksualpartnere, blandt følgende grupper:

- Unge i alderen 20-24 år
- Unge i sociogeografisk gruppe 1 og 4
- Unge, der bor alene
- Unge, der bor sammen med andre unge/voksne

FIGUR 9.15

Typisk anvendt prævention ved samleje med ny partner (mulighed for flere præventionstyper)



Hvilken type prævention bruger de unge typisk med ny partner?

Med henblik på at belyse de unges præventionspraksis blev de spurgt om, hvilken prævention de typisk anvender ved samleje med en ny partner. Det var som svar muligt at angive flere typer af prævention.

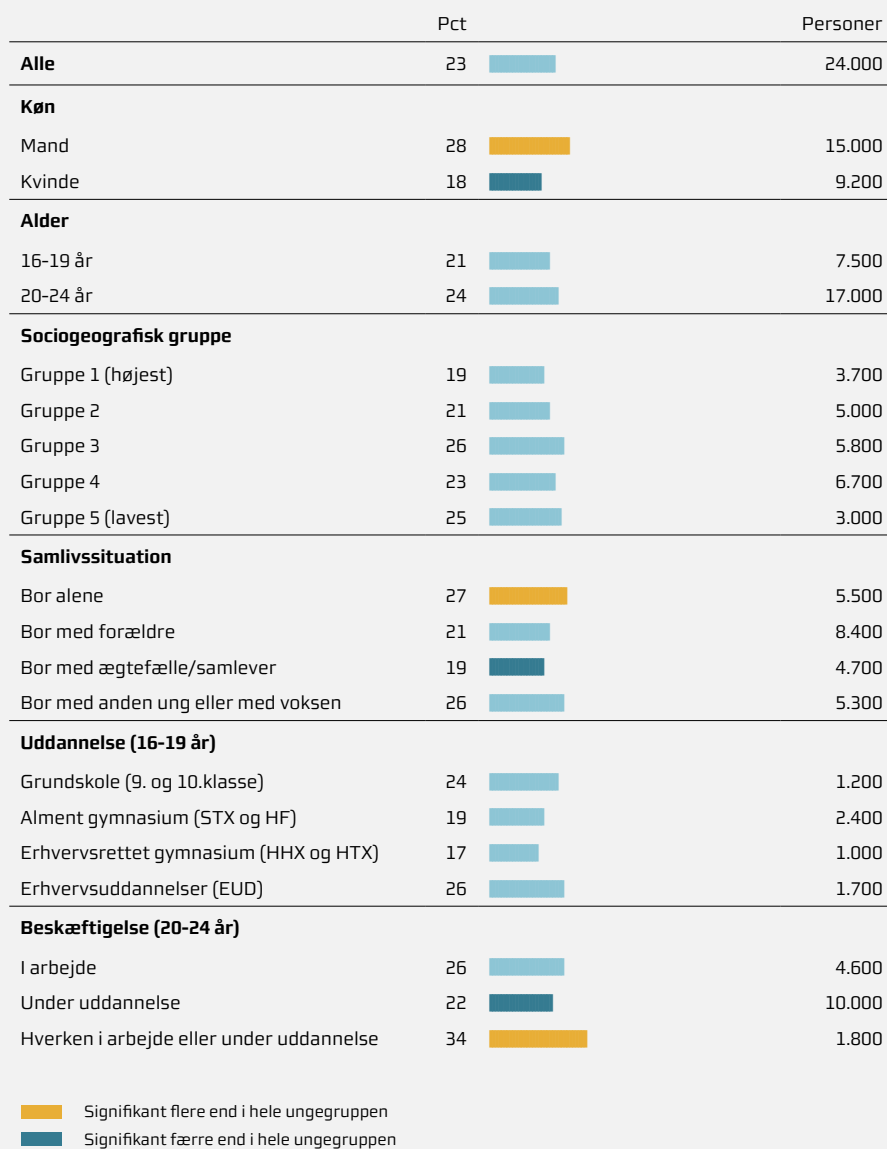
Figur 9.15 angiver hvilken type af prævention, de unge, der har haft samleje, typisk bruger ved samleje med en ny partner. Som det fremgår af figuren, er det almindeligt, at de unge varierer i deres brug af prævention.

Hovedparten af de unge bruger kondom og/eller p-piller ved samleje med ny partner. I alt 81 % angiver, at de eller deres partner typisk bruger kondom ved samleje, mens 71 % angiver, at de eller deres partner typisk bruger p-piller. 17 % angiver, at de typisk ikke bruger prævention, mens 6 % angiver, at de typisk anvender afbrudt samleje. Endelig angiver 5 %, at de bruger sikre perioder, mens 2 % anvender anden form for prævention (eksempelvis spiral).

Ingen brug af prævention, afbrudt samleje og brug af sikre perioder er udtryk for en præventionspraksis, der er forbundet med både risiko for infektion og uønsket graviditet. Disse tre adfærdsformer betegnes i det følgende samlet som usikker sex. Det bemærkes, at brug af p-piller og lignende, som er udeladt fra ovenstående gruppe, ikke beskytter mod seksuelt overførte sygdomme.

I alt 23 % af de unge, der har haft samleje, svarende til 24.000 til unge i Region Midtjylland, angiver, at de typisk dyrker usikker sex ved samleje med en ny partner.

FIGUR 9.16
Usikker sex blandt unge - køn, alder og sociale forhold



Usikker sex – køn, alder og sociale forhold

Af figur 9.16 fremgår det, at der er forskelle i forekomsten af usikker sex i forhold til køn, samlivssituation og beskæftigelsesforhold. Der ses en højere andel, der typisk dyrker usikker sex ved samleje med en ny partner, blandt unge mænd, blandt personer, der bor alene samt blandt 20-24-årige, som hverken er i arbejde eller under uddannelse.

Køn. Betydeligt flere mænd end kvinder angiver, at de typisk dyrker usikker sex ved samleje med ny partner. Kønsforskellen kan afspejle, at en del unge kvinder beskytter sig mod uønsket graviditet ved eksempelvis at bruge p-piller, uden at deres nye mandlige partner er klar over det.

Alder. Der er ingen signifikant forskel på andelen, der typisk dyrker usikker sex, blandt 16-19-årige og 20-24-årige.

Sociogeografisk gruppe. Der ses ingen signifikante forskelle i andelen, der typisk dyrker usikker sex, på tværs af de fem sociogeografiske grupper.

Samlivssituation. Der er en større andel, der dyrker usikker sex blandt unge, der bor alene, sammenlignet med hele ungegruppen. Til gengæld er der en mindre andel, som dyrker usikker sex blandt unge, der bor sammen med en ægtefælle/samlever.

Uddannelse (16-19 år). Der ses blandt de 16-19-årige ingen signifikant forskel på andelen, der dyrker usikker sex, i forhold til uddannelsesmæssig tilknytning.

Beskæftigelse (20-24 år). Der er en markant større andel, der dyrker usikker sex blandt unge, der hverken er under uddannelse eller i arbejde, sammenlignet med hele gruppen af de 20-24-årige. Til gengæld er der en mindre andel, der dyrker usikker sex blandt unge, der er under uddannelse.

Sammenlignet med hele ungegruppen er der signifikant flere, der typisk dyrker usikker sex ved samleje med en ny partner, blandt følgende grupper:

- Unge mænd
- Unge, der bor alene
- Unge, der hverken er under uddannelse eller i arbejde

Hvorfor bruger nogle unge typisk ingen prævention?

Adspurgt om forskellige årsager til manglende brug af prævention ved samleje med en ny partner angiver de unge, der typisk ikke bruger prævention, overvejende følgende årsager:

- Det nedsætter følsomheden (60 %)
- Det ødelægger stemningen (58 %)
- Det er for besværligt (43 %)
- Jeg/vi er påvirket af alkohol/stoffer (43 %)
- Jeg/vi har det ikke med/mangler det (41 %)
- Jeg/vi glemmer at bruge det (40 %)
- Det er for dyrt (6 %)
- Jeg/vi mangler viden om prævention (1 %)

► **Aarhus.** Der er flere, der har haft et højt antal seksualpartnere, blandt de unge i Aarhus (21 %) sammenlignet med hele ungegruppen (17 %). I forhold til usikker sex adskiller de unge i Aarhus sig ikke fra den samlede ungegruppe. ◀

Fysisk aktivitet

Regelmæssig fysisk aktivitet er gavnligt af flere årsager og kan fungere både forebyggende og behandlende. Ved at dyrke motion dagligt fremmes både fysisk og psykisk velvære, ligesom forekomsten af en række kroniske sygdomme og overvægt mindskes (51).

Den danske befolkning dyrker generelt for lidt motion, og der ses en stigning i inaktivitet blandt både børn, unge og voksne (51, 52). Stigningen i fysisk inaktivitet hos børn og unge kan potentielt tilskrives en stigning i stillesiddende aktiviteter, som eksempelvis tv- og computerforbrug. Det er derfor et forebyggelsespolitisk mål, at børn og unge udvikler sunde motionsvaner (51,53).

Fysisk inaktivitet hos unge er associeret med øget tristhed, træthed og ensomhed samt udvikling af knogleskørhed (osteoporose) senere i livet (51, 53). Hos voksne øger fysisk inaktivitet ydermere risikoen for hjerte-kar-sygdomme, type 2-diabetes samt visse kræftformer såsom kræft i tyktarmen og brystkræft (53).

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at børn og unge under 18 år dagligt er fysisk aktive i mindst 60 minutter ved moderat til høj intensitet samt i mindst 30 minutter ved høj intensitet mindst 3 gange ugentligt (54).

I spørgeskemaet er der spurgt til, hvor mange dage om ugen man er fysisk aktiv 30 minutter om dagen. Det fremgår således ikke, i hvor høj grad unge under 18 år lever op til anbefalingen om fysisk aktivitet 60 minutter om dagen. Se kapitel 4 for yderligere beskrivelse af de anvendte spørgsmål.

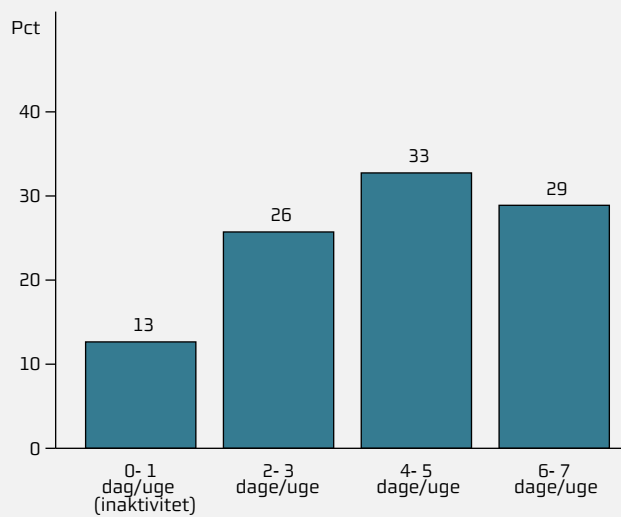
I det følgende belyses det fysiske aktivitetsniveau blandt unge. Det angives, hvor stor en andel af de unge, der er inaktive (moderat fysisk aktiv højst en gang ugentligt). Endvidere beskrives andelen af inaktive unge i forhold til køn, alder og sociale forhold og hvor mange unge, der gerne vil være mere fysisk aktive.

Hvor mange af de unge er fysisk inaktive?

I figur 9.17 fremgår det, hvor ofte de unge er fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen. 13 % er fysisk inaktive, hvilket er karakteriseret ved, at man højst en gang ugentligt er moderat fysisk aktiv minimum 30 minutter. Andelen af fysisk inaktive er stabil på tværs af alder. 26 % er fysisk aktive 2-3 gange ugentligt, mens 33 % er moderat fysisk aktive 4-5 gange ugentligt. 29 % er moderat fysisk aktive i mindst 30 minutter om dagen 6-7 dage om ugen. I alt 71 % af regionens unge er ikke moderat fysisk aktive dagligt. Der er signifikant flere unge mænd (35 %) end kvinder (23 %), som er moderat fysisk aktive 6-7 gange om ugen.






















FIGUR 9.17


Moderat fysisk aktivitet blandt unge - antal dage per uge



FIGUR 9.18

Fysisk inaktivitet blandt unge - køn, alder og sociale forhold

	Pct		Personer
Alle	13		18.000
Køn			
Mand	12		8.900
Kvinde	13		8.700
Alder			
16-19 år	12		7.300
20-24 år	13		10.000
Sociogeografisk gruppe			
Gruppe 1 (højest)	12		2.900
Gruppe 2	11		3.900
Gruppe 3	11		3.300
Gruppe 4	15		5.700
Gruppe 5 (lavest)	13		1.800
Samlivssituation			
Bor alene	15		3.500
Bor med forældre	12		7.700
Bor med ægtefælle/samlever	13		3.300
Bor med anden ung eller med voksen	10		2.700
Uddannelse (16-19 år)			
Grundskole (9. og 10.klasse)	9		1.100
Alment gymnasium (STX og HF)	10		2.200
Erhvervsrettet gymnasium (HHX og HTX)	14		1.400
Erhvervsuddannelser (EUD)	18		1.600
Beskæftigelse (20-24 år)			
I arbejde	11		2.100
Under uddannelse	13		6.700
Hverken i arbejde eller under uddannelse	23		1.500

 Signifikant flere end i hele ungegruppen

Fysisk inaktivitet blandt unge – køn, alder og sociale forhold

Af figur 9.18 fremgår det, at der er forskel i fysisk inaktivitet (fysisk aktiv højst en gang ugentligt) i forhold til sociale forhold. Der er således en større andel af fysisk inaktive blandt unge i sociogeografisk gruppe 4, blandt unge der er tilknyttet en erhvervsuddannelse samt blandt 20-24-årige, der hverken er i arbejde eller under uddannelse.

Køn. Der ses ingen kønsforskelle i andelen af fysisk inaktive.

Alder. Der ses ingen forskel i andelen af fysisk inaktive i de to aldersgrupper.

Sociogeografisk gruppe. Der er en signifikant større andel af fysisk inaktive blandt personer i sociogeografisk gruppe 4, end det er tilfældet i hele ungegruppen.

Samlivssituation. Der ses ingen forskelle i andelen af fysisk inaktive blandt henholdsvis unge, der bor alene, bor med forældre, bor med ægtefælle/samlever eller bor med andre unge/eller voksne.

Uddannelse (16-19 år). Der er en signifikant større andel af fysisk inaktive blandt unge, der går på en erhvervsuddannelse, end i gruppen af de 16-19-årige som helhed.

Beskæftigelse (20-24 år). Der er en signifikant større andel af fysisk inaktive i gruppen af unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse, end det er tilfældet i hele gruppen af de 20-24-årige.

Sammenlignet med hele ungegruppen er der signifikant flere fysisk inaktive i følgende grupper:

- Unge i sociogeografisk gruppe 4
- Unge, der går på en erhvervsuddannelse
- Unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse

Idræt eller andre motionsgivende aktiviteter

32 % af de unge dyrker ikke idræt eller andre aktiviteter, der giver motion i hverdagen, mens 68 % af de unge dyrker idræt eller lignende. 13 % af de unge har generelt en stillesiddende adfærd i fritiden. 36 % af de unge dyrker lettere motion i form af spadsereture, cykling og lignede mindst 4 timer ugentligt, hvor 31 % af de unge dyrker motionsidræt eller udfører hårdt havearbejde mindst fire timer ugentligt. 20 % af de unge træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen.

Hvor mange unge vil gerne være mere fysisk aktive?

Med henblik på at belyse motivation for øget fysisk aktivitet er der i spørgeskemaet spurgt til, hvorvidt de unge ønsker at være mere fysisk aktive. Flertallet af de unge ønsker generelt at være mere fysisk aktive, svarende til 74 %. Hele 83 % af de unge fysisk inaktive angiver, at de ønsker at være mere fysisk aktive.

► **Aarhus.** Andelen af fysisk inaktive i Aarhus er ikke signifikant forskellig fra den samlede ungegruppe. ◀

► **Unge versus voksne.** Der er signifikant færre, som er fysisk inaktive blandt de unge end i den voksne befolkning. 18 % af den voksne befolkning er inaktiv sammenlignet med 13 % af den unge. I forlængelse heraf er andelen af unge (74 %), der gerne vil være mere fysisk aktive, lidt større end andelen af voksne (66 %). Endvidere er andelen af unge (68 %), der dyrker idræt eller andre aktiviteter, der giver motion i fritiden, signifikant større end andelen blandt den voksne (54 %) befolkning. Der er dog en lidt større andel af de voksne (31 %) end blandt de unge (29 %), der er fysisk aktive i minimum 30 minutter 6-7 dage ugentligt. ◀

► **2010-2013.** Der er sket en stigning i andelen af fysisk inaktive fra 11 % til 13 %. Se figur 9.5.5 i bind 2. Denne generelle stigning afspejler en stigning blandt både unge mænd og 16-19-årige i andelen af fysisk inaktive fra 9 % til 12 %. Se figur 9.6.5 i bind 2. Der har ikke været nogen ændring i andelen af unge, der ønsker at være mere fysisk aktive (74 %). ◀

Kost

Der er en veldokumenteret sammenhæng mellem kostvaner og forekomsten af livsstilssygdomme, tidlig død og overvægt. Et sundt kostmønster, der tilgodeser kroppens næringsbehov, er eksempelvis centralt for et godt helbred og god funktionsevne. Dårlig ernæring er derimod forbundet med hjerte-kar-sygdomme, kræft og overvægt (55, 56).

Der er aktuelt stort fokus på at fremme gode kostvaner blandt unge, og det har i en årrække affødt forskellige strukturelle tiltag på skoler og arbejdspladser, som har til formål at øge indtaget af blandt andet frugt og grønt samt informere om sund kost (55). En balanceret og næringsrig kost i ungdomsårene er nødvendig for normal vækst og udvikling og mindsker ydermere umiddelbare helbredsproblemer som blodmangel (anæmi) og caries (2, 56, 58). På længere sigt kan uhensigtsmæssige sundhedsvaner medføre vægtstigning med heraf følgende overvægt og øget risiko for blandt andet type 2-diabetes (56, 57).

Snacking er et fænomen, som er blevet tiltagende udbredt og dækker over de mellemmåltider, man indtager i løbet af dagen. Snacking kan have positiv effekt i form af et øget indtag af frugt, såvel som negativ effekt, eksempelvis i form af øget indtag af energitætte og vitaminfattige fødevarer og/eller drikke, som forskubber energibalancen samt øger energiindtaget uhensigtsmæssigt (59, 60, 61). En forskubbet energibalance i unges ernæring betyder ofte et for ringe indtag af nødvendige vitaminer og mineraler. Konsekvensen kan være mangelfuld udvikling af knoglemasse, der kun opbygges frem til 20 års-alderen.

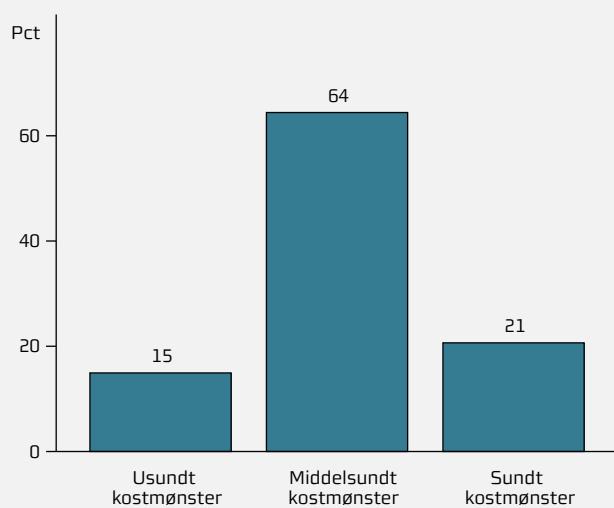
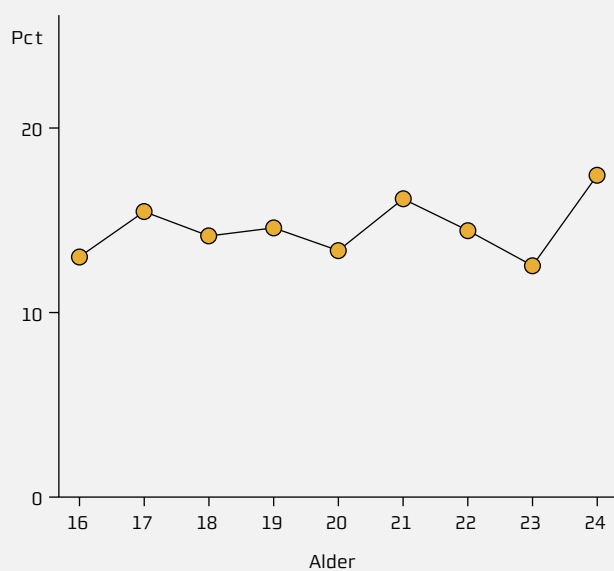
I det følgende belyses kostmønstre og -vaner blandt unge. De unge bør efterleve samme kostråd som voksne. Se kapitel 5 om kost i den voksne befolkning for en beskrivelse af fødearestyrelsens ti officielle kostråd.

I *Hvordan har du det?* benyttes en kostscore udviklet af Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden. Kostscoren består af en række spørgsmål om indtag af frugt, grønt, fisk og fedt, der summeres i fire variable. De fire variable udgør en samlet score for kostens kvalitet, der opdeles i tre kategorier: 1) sund kost, 2) middelsund kost og 3) usund kost (62). Se endvidere kapitel 5 om kost for yderligere beskrivelse af kostscoren.

Hvor mange af de unge har et usundt kostmønster?





















Figur 9.19 viser de unges kostmønstre, når de fire kostkomponenter (frugt, grønt, fisk og fedt) vurderes under ét. 15 % har et usundt kostmønster, 64 % har et middelsundt kostmønster, mens 21 % af de unge har et sundt kostmønster. Andelen, der har et usundt kostmønster, synes at være rimelig stabil på tværs af forskellige alderstrin, som det fremgår af figur 9.20.



I alt 24 % af de unge har et usundt kostmønster i forhold til fisk, mens 23 % af de unge har et usundt kostmønster i forhold til fedt. 17 % af de unge har et usundt kostmønster i forhold til frugt, og 13 % har et usundt kostmønster i forhold til grønt. Der er signifikant færre unge mænd (16 %) end unge kvinder (26%), der har et sundt kostmønster.

FIGUR 9.19 OG 9.20
Kostmønster blandt ungeFigur 9.19
Det samlede kostmønster blandt ungeFigur 9.20
Usundt kostmønster blandt unge - alder

FIGUR 9.21

Usundt kostmønster blandt unge - køn, alder og sociale forhold

	Pct		Personer
Alle	15		20.000
Køn			
Mand	18		12.000
Kvinde	12		7.300
Alder			
16-19 år	14		8.100
20-24 år	15		12.000
Sociogeografisk gruppe			
Gruppe 1 (højest)	9		2.000
Gruppe 2	13		4.200
Gruppe 3	18		5.200
Gruppe 4	17		6.200
Gruppe 5 (lavest)	17		2.200
Samlivssituation			
Bor alene	16		3.700
Bor med forældre	15		8.800
Bor med ægtefælle/samlever	17		4.200
Bor med anden ung eller med voksen	11		2.700
Uddannelse (16-19 år)			
Grundskole (9. og 10.klasse)	15		1.600
Alment gymnasium (STX og HF)	8		1.600
Erhvervsrettet gymnasium (HHX og HTX)	19		1.800
Erhvervsuddannelser (EUD)	21		1.800
Beskæftigelse (20-24 år)			
I arbejde	17		3.200
Under uddannelse	13		6.500
Hverken i arbejde eller under uddannelse	31		1.800

 Signifikant flere end i hele ungegruppen
 Signifikant færre end i hele ungegruppen

Usundt kostmønster blandt unge – køn, alder og sociale forhold

Af figur 9.21 fremgår det, at der er forskel i usunde kostvaner i forhold til køn og sociale forhold. Således er der en større andel med usundt kostmønster blandt unge mænd, blandt unge der tilhører sociogeografisk gruppe 3 og 4, samt blandt unge, der går på en erhvervsrettet gymnasial uddannelse eller en erhvervsuddannelse. Endvidere er der en større andel af unge, der hverken er under uddannelse eller i arbejde, der har et usundt kostmønster.

Køn. Der er en større andel af unge mænd, der har et usundt kostmønster.

Alder. Der ses ingen forskelle i andelen, der har et usundt kostmønster, i de to aldersgrupper (16-19 år og 20-24 år).

Sociogeografisk gruppe. Der er en signifikant større andel af unge med et usundt kostmønster blandt personer i sociogeografisk gruppe 3 og 4, end i hele ungegruppen. Endvidere er der en betydeligt mindre andel af unge med usundt kostmønster blandt personer i sociogeografisk gruppe 1.

Samlivssituation. Der er en signifikant mindre andel af unge, der bor med andre unge/eller voksne, der har et usundt kostmønster, end i ungegruppen som helhed.

Uddannelse (16-19 år). Der er en signifikant større andel med usundt kostmønster blandt unge, der går på en erhvervsrettet gymnasial uddannelse samt unge, der går på en erhvervsuddannelse, end i hele ungegruppen. Der er desuden en signifikant mindre andel med usundt kostmønster blandt unge, der går på en almen gymnasial uddannelse end i gruppen af de 16-19-årige som helhed.

Beskæftigelse (20-24 år). Næsten en tredjedel af de unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse, har et usundt kostmønster. Dette er en signifikant større andel end i hele gruppen af 20-24-årige. Der er samtidig en mindre andel af unge med usundt kostmønster i gruppen af unge, der er under uddannelse.

Sammenlignet med hele ungegruppen er der signifikant flere med usundt kostmønster i følgende grupper:

- Unge mænd
- Unge i sociogeografisk gruppe 3 og 4
- Unge, der går på en erhvervsrettet gymnasial uddannelse
- Unge, der går på en erhvervsuddannelse
- Unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse

Unge forbrug af slik, fastfood, sodavand og lignende

15 % af de unge spiser enten slik, fastfood eller andre snacks fem eller flere gange ugentligt. Ligeledes drikker 19 % af de unge enten sodavand, læskedrik eller saftvand fem eller flere gange ugentligt. Der er signifikant flere unge mænd (21 %) end unge kvinder (16 %), der drikker enten sodavand, læskedrik eller saftvand fem eller flere gange ugentligt. Der ses derimod ingen kønsforskelle i andelen, der enten spiser slik, fastfood eller snacks.

Hvordan vurderer de unge deres egne kostvaner?

Adspurgt om deres vurdering af egne kostvaner, angiver 12 % af de unge, at deres kostvaner er usunde eller meget usunde. Halvdelen af ungegruppen angiver, at deres kostvaner alt i alt er nogenlunde sunde, mens 38 % angiver, at deres kostvaner er sunde eller meget sunde. Der er dog en væsentlig uoverensstemmelse mellem det reelle kostmønster og de unges vurdering af egne kostvaner. Omtrent 13 % af de unge med usundt kostmønster vurderer således, at deres sundhedsvaner er sunde eller meget sunde, mens hele 56 % af de unge med usundt kostmønster angiver, at deres kostvaner er nogenlunde sunde. Blot 31 % af de unge med usundt kostmønster angiver, at deres kostvaner er usunde eller meget usunde.

Hvor mange unge vil gerne spise mere sundt?

Med henblik på at belyse motivation for at spise sundere er der i spørgeskemaet spurgt til, hvorvidt de unge ønsker at spise mere sundt. 69 % af de unge angiver, at de gerne vil spise mere sundt, 20 % vil ikke spise mere sundt og 12 % angiver, at de ikke ved, om de vil spise mere sundt. Blandt unge med et usundt kostmønster ønsker 62 % at spise mere sundt, mens 70 % af de unge, der ikke har et usundt kostmønster, ønsker at spise mere sundt. Endvidere er der en vis sammenhæng mellem selvvurderede kostvaner og ønsket om at spise mere sundt. Blandt unge, der vurderer deres kostvaner som værende henholdsvis usunde eller meget usunde, er andelen, der gerne vil spise mere sundt, henholdsvis 77 % og 82 %.

► **Aarhus.** Andelen med et usundt kostmønster er betydeligt mindre blandt de unge i Aarhus (9 %) sammenlignet med hele ungegruppen (15 %).

► **Unge versus voksne.** Der er signifikant flere med et usundt kostmønster blandt de unge end blandt de voksne. 15 % af ungegruppen har et usundt kostmønster, mens 12 % af den voksne befolkning har et usundt kostmønster. I forlængelse heraf vurderer signifikant flere voksne (38 %), at de har sunde kostvaner, sammenlignet

med ungegruppen (31 %). Ydermere vurderer signifikant flere unge (12 %), at deres sundhedsvaner er usunde eller meget usunde sammenlignet med andelen blandt den voksne befolkning (4 %). Andelen af unge (69 %), der ønsker at spise sundere, er signifikant større end i den voksne befolkning (53 %).

► **2010-2013.** Der er sket et fald i andelen af unge med et usundt kostmønster fra 17 % til 15 %. Tilsvarende er der sket en lille stigning i andelen med et middelsundt kostmønster. Se figur 9.7.5 i bind 2. Det overordnede fald i unge med et usundt kostmønster afspejler et fald blandt henholdsvis unge mænd (fra 22 % til 18 %) og 16-19-årige (fra 18 % til 14 %). Se figur 9.8.5 i bind 2. Der er desuden sket et mindre fald i andelen af unge, der drikker sodavand, læskedrik eller saftvand 5 eller flere gange ugentligt.

Overvægt

I år 2000 valgte WHO at betegne den stadig stigende forekomst af overvægt som en fedmeepidemi (63). Denne stigning gør sig ikke blot gældende hos den voksne befolkning, men ligeledes blandt børn og unge. I Danmark har stigningen i andelen af overvægtige unge i en lang årrække også været markant (55). Dog tyder nyere undersøgelser på, at udviklingen er ved at stagnere, og at der således hverken bliver flere eller færre overvægtige (64).

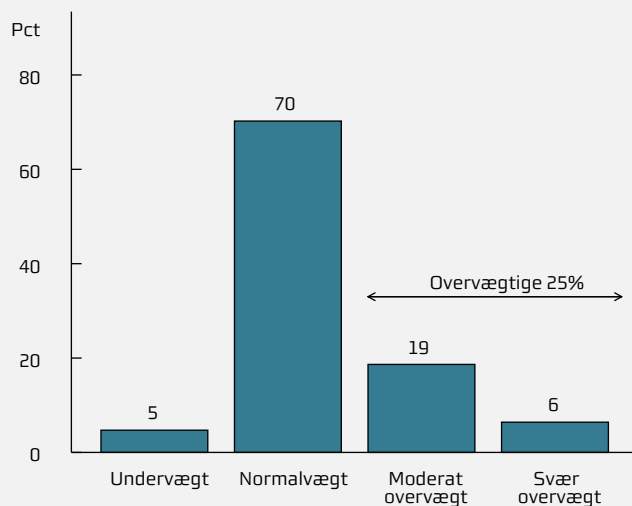
Der er en veldokumenteret sammenhæng mellem moderat og svær overvægt og øget risiko for livsstilssygdomme som type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdomme og visse kræftformer samt tidlig død (2,55). Derudover er overvægt i ungdomsårene prædiktivt for overvægt senere i livet (2,53,65). Overvægt er dog ikke kun forbundet med helbreds-mæssige problemer, men har ligeledes betydning for sociale og personlige forhold. Overvægtige unge oplever oftere diskriminering og mobning end normalvægtige, ligesom overvægt er forbundet med lavt selvværd og mindsket livskvalitet (55,64).

Overvægt skyldes en manglende evne til at regulere energibalancen, således at fedtdepoternes størrelse øges i en grad, der medfører øget risiko for følgesygdomme og for tidlig død (53). Forskning peger dog på, at udvikling af overvægt ikke alene er forbundet med, at man spiser for meget og er for lidt fysisk aktiv. Både biologiske, adfærdsmæssige og samfundsrelaterede faktorer, som eksempelvis genetisk disponering og rygestop, er relateret til udviklingen af overvægt (2,53,55).

Der fokuseres i dette afsnit overvejende på svær overvægt. Moderat overvægt udgør en væsentlig helbredsrisiko, men svær overvægt er forbundet med de største helbredsrisici (55). På baggrund af BMI foretages en inddeling i fire vægtklasser: undervægt, normal

FIGUR 9.22

Unge fordelt på vægtklasser



vægt, moderat overvægt og svær overvægt. Der findes særlige BMI-grænser for børn og unge under 18 år. For de 16-17-årige er vægtklasserne således korrigeret i henhold til køn og alder (66). Grænseværdierne fra det internationale Obesity Task Force er benyttet. Se kapitel 6 for en beskrivelse af BMI-grænserne for voksne (18 år+).






















I det følgende beskrives forekomsten af moderat og svær overvægt blandt unge. Det angives, hvor stor en andel af de unge, der er overvægtige, andelen af unge, der er ønske at tabe sig samt hvorledes de unge selv vurderer deres vægt. Endvidere beskrives andelen af svært overvægtige unge i forhold til køn, alder og sociale forhold.



Hvor mange af de unge er overvægtige?

I figur 9.22 fremgår det, hvordan de unge fordeler sig på de fire vægtklasser. 6 % af de unge er svært overvægtige, mens 19 % er moderat overvægtige. Det vil sige, at hver fjerde af de unge vejer for meget. 5 % af de unge er undervægtige, mens 70 % af ungegruppen er normalvægtige. Blandt unge kvinder er 8 % svært overvægtige, mens 14 % er moderat overvægtige. 5 % af de unge mænd er svært overvægtige, mens 22 % er moderat overvægtige. Der er desuden dobbelt så mange unge kvinder (6 %), der er undervægtige, sammenlignet med unge mænd (3 %).

FIGUR 9.23

Svær overvægt blandt unge - køn, alder og sociale forhold

	Pct		Personer
Alle	6		8.700
Køn			
Mand	5		3.800
Kvinde	8		4.900
Alder			
16-19 år	5		2.800
20-24 år	8		6.000
Sociogeografisk gruppe			
Gruppe 1 (højest)	2		600
Gruppe 2	6		2.100
Gruppe 3	8		2.300
Gruppe 4	7		2.400
Gruppe 5 (lavest)	9		1.300
Samlivssituation			
Bor alene	7		1.600
Bor med forældre	5		3.000
Bor med ægtefælle/samlever	12		2.900
Bor med anden ung eller med voksen	4		1.100
Uddannelse (16-19 år)			
Grundskole (9. og 10.klasse)	2		300
Alment gymnasium (STX og HF)	3		600
Erhvervsrettet gymnasium (HHX og HTX)	2		200
Erhvervsuddannelser (EUD)	13		1.200
Beskæftigelse (20-24 år)			
I arbejde	8		1.500
Under uddannelse	6		3.100
Hverken i arbejde eller under uddannelse	18		1.100

 Signifikant flere end i hele ungegruppen
 Signifikant færre end i hele ungegruppen

Svært overvægt blandt unge – køn, alder og sociale forhold

Af figur 9.23 fremgår det, at der er stor variation i forekomsten af svært overvægt i forhold til køn, alder og sociale forhold. Således er der en større andel af svært overvægtige blandt unge kvinder og unge i alderen 20-24 år. Endvidere er der dobbelt så mange svært overvægtige blandt unge, der bor med en ægtefælle/samlever og blandt unge, der går på en erhvervsuddannelse end i hele ungegruppen. Endelig er det særligt påfaldende, at der er tre gange så mange svært overvægtige blandt unge på 20-24 år, der hverken er under uddannelse eller i arbejde sammenlignet med alle unge.

Køn. Andelen af svært overvægtige unge kvinder er signifikant større end andelen af unge mænd.

Alder. Der ses en signifikant større andel af svært overvægtige blandt unge i alderen 20-24 år end blandt de 16-19-årige.

Sociogeografisk gruppe. Der er en signifikant større andel svært overvægtige unge i sociogeografisk gruppe 3 og 5, end i hele ungegruppen. Der ses endvidere en betydelig mindre andel svært overvægtige unge i sociogeografisk gruppe 1.

Samlivssituation. Andelen af svært overvægtige blandt unge, der bor sammen med en ægtefælle/samlever, er større end i ungegruppen som helhed. Andelen af unge svært overvægtige, der bor sammen med forældre, er mindre end i ungegruppen som helhed.

Uddannelse (16-19 år). Der er en markant større andel, der lider af svært overvægt blandt unge, der går på en erhvervsuddannelse, end i gruppen af de 16-19-årige som helhed.

Beskæftigelse (20-24 år). Der er en signifikant større andel af svært overvægtige i gruppen af unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse, end i hele gruppen af de 20-24-årige. Der er signifikant færre svært overvægtige i gruppen af unge, der er under uddannelse.

Sammenlignet med hele ungegruppen er der signifikant flere svært overvægtige i følgende grupper:

- Unge kvinder
- Unge i alderen 20-24 år
- Unge i sociogeografisk gruppe 3 og 5
- Unge, der bor sammen en ægtefælle/samlever
- Unge, der går på en erhvervsuddannelse
- Unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse

Hvordan vurderer de unge selv deres vægt?

41 % af de unge vurderer deres vægt som værende tilpas. 10 % vurderer, at deres vægt er alt for høj, mens 35 % vurderer, at deres vægt er lidt for høj. Endvidere vurderer 2 % af de unge, at deres vægt er alt for lav, mens 13 % vurderer, at deres vægt er lidt for lav. Andelen af unge kvinder, der vurderer deres vægt som værende enten lidt eller alt for høj, er meget større end blandt unge mænd. Hele 59 % af de unge kvinder vurderer, at deres vægt er enten lidt eller alt for høj, mens det gælder 31 % af mændene. Til sammenligning er 22 % af de unge kvinder moderat eller svært overvægtige. Endvidere angiver langt flere unge mænd (24 %) end unge kvinder (5 %), at deres vægt er enten lidt eller alt for lav.

Hvor mange unge vil gerne tabe sig?

18 % af de unge vil i høj grad gerne tabe sig, mens 34 % i nogen grad gerne vil tabe sig. 44 % ønsker ikke at tabe sig, mens 4 % ikke ved, om de vil tabe sig eller ej. Andelen af unge kvinder, der i høj grad ønsker at tabe sig, er signifikant større end andelen af unge mænd (27 % versus 10 %).

Næsten alle de svært overvægtige unge (97 %) ønsker at tabe sig: 70 % ønsker i høj grad at tabe sig, mens 27 % af de svært overvægtige unge i nogen grad vil tabe sig. Der er dog stor forskel på kønnene. 85 % af de svært overvægtige unge kvinder vil i høj grad gerne tabe sig sammenlignet med godt halvdelen af de svært overvægtige unge mænd.

Der er ligeledes en stor andel af de moderat overvægtige, der ønsker at tabe sig. 40 % af de moderat overvægtige unge vil i høj grad gerne tabe sig, mens 46 % i nogen grad vil tabe sig. I alt 9 % af de normalvægtige unge ønsker i høj grad at tabe sig, og 33 % ønsker i nogen grad at tabe sig. Endvidere overstiger andelen af unge normalvægtige kvinder, der i høj grad ønsker at tabe sig, langt andelen af unge mænd (16 % versus 2 %).

► **Aarhus.** Der er færre svært overvægtige blandt de unge i Aarhus (4 %) sammenlignet med hele ungegruppen (6 %). ◀

► **Unge versus voksne.** Der er en dobbelt så stor andel af moderat og svært overvægtige blandt de voksne (52 %) end blandt de unge (25 %). Signifikant flere voksne end unge er moderat overvægtige (36 % versus 19 %), ligesom flere er svært overvægtige (16 % versus 6 %). Andelen blandt de unge (18 %), der i høj grad ønsker at tabe sig, adskiller sig imidlertid ikke signifikant fra andelen af voksne (19 %). Derimod angiver væsentlig flere svært overvægtige unge (70 %) end voksne (55 %), at de i høj grad ønsker at tabe sig. ◀

► **2010-2013.** Der er generelt set ikke sket nogen udvikling i andelen af moderat og svært overvægtige unge. Se figur 9.9.S i bind 2. Der er dog sket en stigning i andelen af svært overvægtige kvinder fra 6 % til 8 %. Se figur 9.10.S i bind 2. Der har ikke været nogen ændring i andelen, som i høj grad ønsker at tabe sig. ◀

Søvn

Forskning inden for søvnvaner og søvns betydning for helbredet er et nyere og mindre veletableret felt end forskningsfelterne inden for de velkendte sundhedsvaner som rygning, alkohol, fysisk aktivitet og kost. Ydermere er søvn sjældent et emne ved kontakt med sundhedspersonale, eksempelvis under lægekonsultationer, hvor andre sundhedsvaner og faktorer i langt højere grad er i fokus (67). Der er dog meget, som peger på, at søvn har afgørende betydning for helbredet og dermed er en vigtig helbredsindikator på lige fod med eksempelvis fysisk aktivitet og kost. Det bør derfor være et mål at øge befolkningens viden om søvn samt helbreds-konsekvenser ved dårlig søvn og derudover at udvikle og implementere effektive strategier, der kan forbedre søvnlængde og -kvalitet (67, 68).

Der ses generelt en tendens til, at unges og voksnes søvnmængde bliver mindre (69, 70). Ydermere er unges søvnmønster ofte kendetegnet ved at være meget forskelligt fordelt på de syv ugedage. I hverdagene sover de unge generelt for lidt, mens de i weekenden sover mere, samtidig med at søvnen forskydes (71).

Mangel på søvn og nedsat søvnkvalitet kan have betydelige negative sundhedskonsekvenser, hvilket understøtter, at søvn og søvnproblemer bør anses som et folkesundhedsanliggende. Blandt voksne ses en øget risiko for overvægt, type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdomme, dårligt selv vurderet helbred samt tidlig død (68, 69, 70, 72). Blandt unge med dårligt søvnmønster ses en øget forekomst af mentale helbredsproblemer, trafikuheld og dårlig skoleformåen (68).

Der er store forskelle på, hvor meget søvn man behøver. Den optimale søvnmængde afhænger især af alder. Derudover er søvnbehovet afhængigt af individuelle forhold, herunder livsstil og sundhedstilstand. Ifølge det amerikanske Institute of Medicine bør unge sove omkring 9 timer i døgnet, mens voksne bør sove mellem 7 og 8 timer (67).

De unges søvnvaner er i undersøgelsen belyst med spørgsmålet "I de seneste fire uger: Hvor mange timer og minutter sov du cirka på et almindeligt hverdagsdøgn?". Der er således ikke taget højde for, hvordan de unge sover i weekenden, men blot spurgt til deres søvnvaner i hverdagen.

Ydermere belyses de unges søvnkvalitet ved hjælp af en til formålet konstrueret søvnskala. På baggrund af 10 søvnrelaterede spørgsmål er en skala for søvnkvalitet blevet udarbejdet ved hjælp af Mokken-skalering. De 10 spørgsmål omhandler blandt andet problemer i forhold til at falde i søvn, at vågne for tidligt, urolig søvn, brug af sovemedicin samt afbrudt søvn og søvnighed i løbet af dagen.

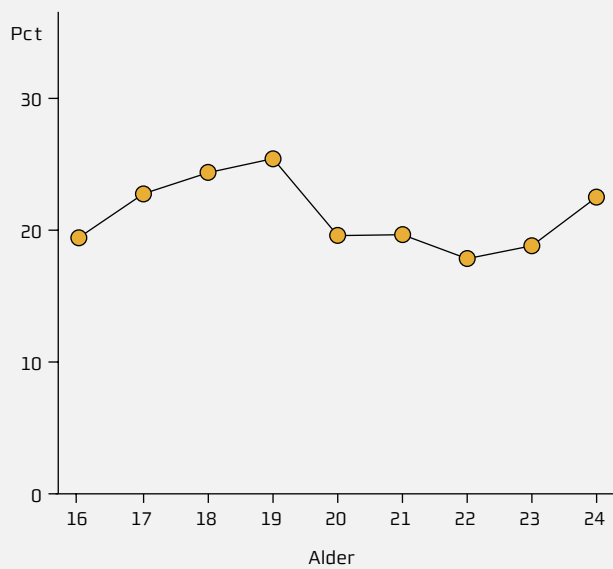
Tilsammen danner spørgsmålene en endimensionel skala af høj kvalitet. Det er muligt at score fra 0 til 10 på søvnskalaen. En høj score indikerer en dårlig søvnkvalitet. Flere internationale studier peger på, at mellem 15-30 % af befolkningen lider af søvnproblemer eller har dårlig søvnkvalitet (73-75). På denne baggrund antages en score på skalaen svarende til den højeste femtedel (20 %) at indikere en dårlig søvnkvalitet.

I det følgende angives, hvor stor en andel af de unge i Region Midtjylland, der har en dårlig søvnkvalitet samt hvor stor en andel af de unge, der sover under 7 timer dagligt. Endvidere beskrives andelen af unge med dårlig søvnkvalitet i forhold til køn, alder og sociale forhold.

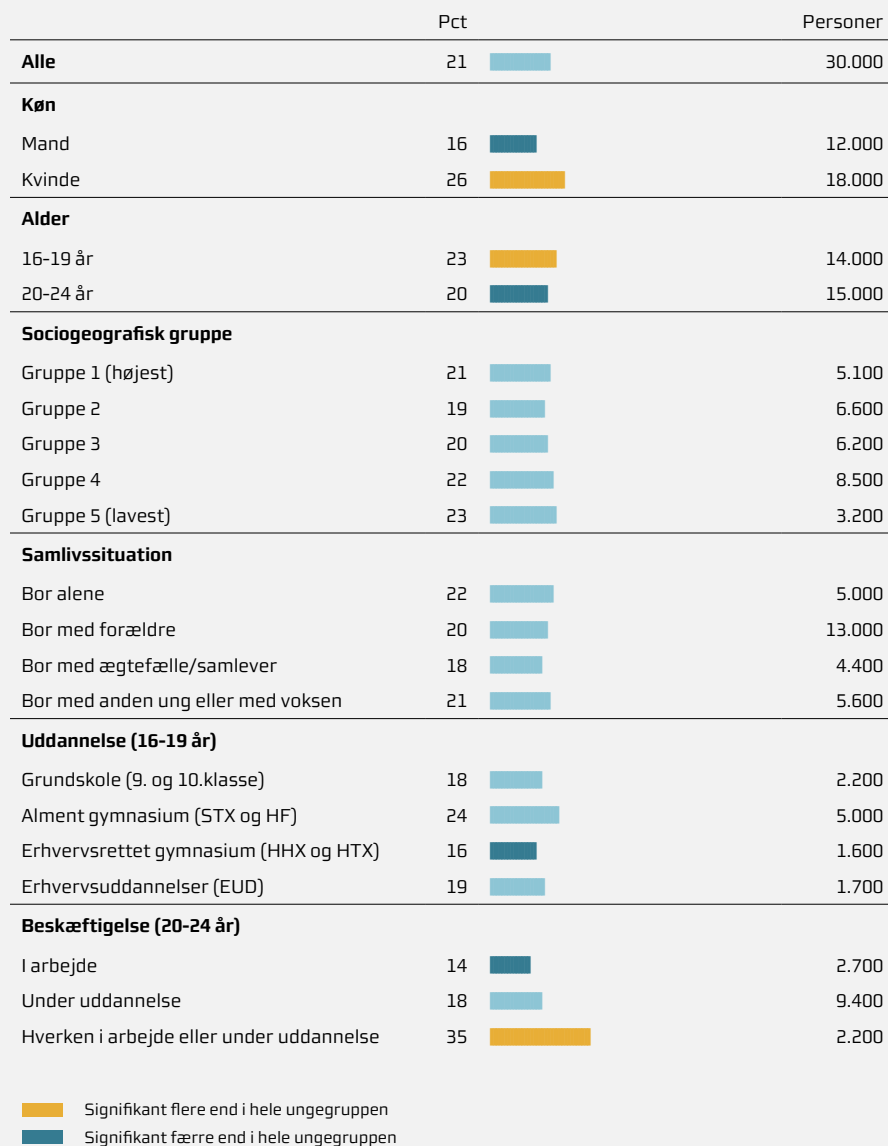
De unges søvnkvalitet

De unge scorer gennemsnitligt 2,3 på søvnskalaen (rækkevidde: 0-10). 21 % af de unge scorer over 4 på søvnskalaen, svarende til den højeste femtedel. De udgør dermed gruppen af unge med dårligst søvnkvalitet. Som det fremgår af tabel 9.24 er andelen af unge med dårlig søvnkvalitet størst blandt de 18-19-årige. Andelen med dårlig søvnkvalitet er støt stigende til og med 19-årsalderen, hvor andelen med dårlig søvnkvalitet når 25 %. Fra 20 til 23 år synes andelen at være stabil, hvorefter den igen stiger.

FIGUR 9.24
Andel med dårlig søvnkvalitet blandt unge - alder



FIGUR 9.25
Dårlig søvnkvalitet blandt unge - køn, alder og sociale forhold



Dårlig søvnkvalitet blandt unge – køn, alder og sociale forhold

Af figur 9.25 fremgår det, at der er en mindre forskel i søvnkvalitet i forhold til køn og beskæftigelse. Således er andelen af unge, der sover dårligt, større blandt unge kvinder og blandt unge, der hverken er under uddannelse eller i arbejde i gruppen af de ældste unge.

Køn. Der er en signifikant større andel af unge kvinder, der har dårlig søvnkvalitet end blandt unge mænd.

Alder. Der er en signifikant større andel af unge mellem 16-19 år, der har dårlig søvnkvalitet, end blandt unge i 20-24 års-alderen.

Sociogeografisk gruppe. Der er ingen forskel på andelen af unge, der har dårlig søvnkvalitet, i de fem sociogeografiske grupper.

Samlivssituation. Der er ingen signifikant forskel på andelen af unge med dårlig søvnkvalitet på tværs af de fire samlivsformer.

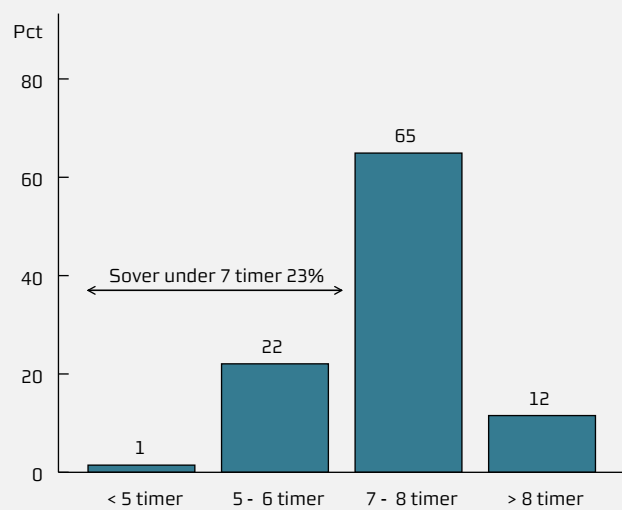
Uddannelse (16-19 år). Der er signifikant færre unge på erhvervsrettede gymnasiale uddannelser, der har dårlig søvnkvalitet, end i gruppen af de 16-19-årige som helhed.

Beskæftigelse (20-24 år). Der er en væsentligt større andel af unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse, som har dårlig søvnkvalitet. Der er en mindre andel af de unge i arbejde, der har dårlig søvnkvalitet, end i gruppen af de 20-24-årige som helhed.

Sammenlignet med hele ungegruppen er der signifikant flere, der har dårlig søvnkvalitet, blandt følgende grupper:

- Unge kvinder
- Unge mellem 16 og 19 år
- Unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (20-24 år)

FIGUR 9.26
De unges søvnlængde



Hvor mange af de unge sover under 7 timer dagligt?

Af figur 9.26 fremgår det, at ca. 1 % af de unge sover under 5 timer på et almindeligt hverdagsdøgn, og 22 % sover mellem 5 og 6 timer dagligt. Endvidere sover 65 % mellem 7 og 8 timer på et almindeligt hverdagsdøgn, mens 12 % sover mere end 8 hele timer. Således sover 23 % af de unge mindre end 7 timer, mens 77 % sover 7 timer eller mere. Sammenlignet med hele ungegruppen er der en større andel af unge mænd og unge, der bor alene, der sover under 7 timer på et almindeligt hverdagsdøgn. Endvidere er der flere unge i arbejde (20-24 år), der sover under 7 timer på et almindeligt hverdagsdøgn.

► **Aarhus.** I forhold til andelen med lav søvnkvalitet adskiller unge i Aarhus sig ikke fra den samlede ungegruppe. Andelen, der sover under 7 timer dagligt, er dog lidt lavere blandt de unge i Aarhus (19 %) sammenlignet med hele ungegruppen (21 %). ◀

► **Unge versus voksne.** 27 % af de voksne scorer over 4 på søvnskalaen, hvilket indikerer, at flere voksne end unge har en dårlig søvnkvalitet. Der er en signifikant større andel af de voksne (31 %) end de unge (23 %), der sover under 7 timer dagligt. Der er signifikant færre unge mænd (16 %), der lider af dårlig søvnkvalitet, sammenlignet med voksne mænd (22 %). Der er ligeledes flere voksne kvinder (31 %) end unge kvinder (26 %), der lider af dårlig søvnkvalitet. ◀

► **2010-2013.** Der er ikke sket nogen udvikling i andelen af unge med dårlig søvnkvalitet. Se figur 9.11.S i bind 2. Tilsvarende er der ikke sket nogen udvikling i andelen af unge, som sover under 7 timer dagligt. ◀

Sammenfatning

I dette kapitel har vi præsenteret sundhedsprofilen for unge. Profilen beskriver sundhedsvaner blandt etnisk danske personer i aldersgruppen 16-24 år i Region Midtjylland. For hele gruppen af unge i Region Midtjylland gælder følgende:

- 14 % er dagligrygere
- 28 % er ugentligt rusdrikkere
- 18 % har et højrisikoforbrug af alkohol
- 12 % viser tegn på alkoholproblemer
- 19 % har røget hash inden for det seneste år
- 5 % har røget hash 10 eller flere gange inden for det seneste år
- 4 % har brugt andre stoffer end hash inden for det seneste år
- 17 % har haft flere end ti seksualpartnere
- 23 % dyrker typisk usikker sex ved samleje med ny partner
- 13 % er fysisk inaktive
- 15 % har et usundt kostmønster
- 6 % er svært overvægtige
- 19 % er moderat overvægtige
- 23 % sover mindre end 7 timer dagligt

Der ses endvidere en række kønsforskelle. I særdeleshed udviser flere unge mænd end kvinder uhensigtsmæssig sundhedsadfærd på tværs af en række parametre: rusdrikkeri, tegn på alkoholproblemer, højt forbrug af hash, brug af andre stoffer end hash, usikker sex og usundt kostmønster. Der ses således en generel tendens til mere risikovillig og potentielt sundhedsskadelig adfærd blandt unge mænd.

Analyserne understøtter endvidere studier, der peger på, at risikoadfærd især forekommer i 20-25-års alderen, hvor de fleste unge er flyttet hjemmefra og ofte endnu ikke har stiftet familie (1). Sammenlignet med de 16-19-årige ses der blandt de 20-24-årige en hyppigere forekomst af daglig rygning, rusdrikkeri, tegn på alkoholproblemer, brug af andre stoffer end hash, et højt antal seksualpartnere samt svær overvægt.

Der ses endvidere en variation i de unges sundhedsvaner i forhold til sociogeografi og samlivssituation. Der er imidlertid ikke tale om entydige sammenhænge. Risikabel adfærd optræder ikke konsekvent i større omfang i de dårligst stillede sociogeografiske områder. Mens daglig rygning og svær overvægt er hyppigere forekommende hos unge, der bor i et område, som tilhører sociogeografisk gruppe 5 (laveste sociale position), er rusdrikkeri og et højt antal seksualpartnere hyppigt forekommende hos unge, der bor i et område, som tilhører sociogeografisk gruppe 1 (højeste sociale position). I forhold til samlivssituation ses der en højere forekomst af risikoadfærd med hensyn til alkohol, stoffer og sex blandt unge, der bor sammen med andre

unge/voksne. Tilsvarende er det at bo sammen med sine forældre i en del tilfælde forbundet med mindre risikoadfærd.

Endelig ses der en del variation i forhold til uddannelses- og beskæftigelsesmæssige forhold. Heller ikke i dette tilfælde er der dog tale om entydige sammenhænge. 16-19-årige på erhvervsuddannelserne adskiller sig dog fra den samlede gruppe ved at flere ryger, bruger stoffer, er fysisk inaktive, har et usundt kostmønster og er svært overvægtige. Endvidere har 16-19-årige grundskoleelever generelt en mindre risikobetonet adfærd end øvrige unge i den aldersgruppe, hvilket indikerer, at skiftet fra grundskole til ungdomsuddannelse giver adgang til nye arenaer, der er karakteriseret ved øget eksperimenteren og nye risici. Blandt de 20-24-årige ses en hyppigere forekomst af uhensigtsmæssige sundhedsvaner blandt de unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse i forhold til rygning, fysisk inaktivitet, usundt kostmønster, svær overvægt og søvnkvalitet.

De unge er generelt motiverede for at ændre uhensigtsmæssige sundhedsvaner, især hvad angår rygning, fysisk inaktivitet, usund kost og overvægt. Eksempelvis ønsker fire ud af fem fysisk inaktive at være mere aktive, ligesom knap tre ud af fire rygere ønsker at stoppe. En væsentlig undtagelse i forhold til de unges høje motivation for forandring er dog alkohol, hvor kun ganske få er interesserede i at reducere deres forbrug.

Endvidere er det påfaldende, at kun tre ud af ti unge med et usundt kostmønster vurderer, at deres egne kostvaner er usunde eller meget usunde. Dette tyder på, at der i denne gruppe er en mangel på viden om sund kost.

Unge i Aarhus adskiller sig på flere parametre fra den samlede ungegruppe. Der er betydeligt flere rusdrikkere blandt de unge i Aarhus end i hele ungegruppen, ligesom flere viser tegn på alkoholproblemer og flere har et højt forbrug af hash. Der er ligeledes flere, der har haft et højt antal seksualpartnere. Til gengæld er der færre dagligrygere, færre med et usundt kostmønster og færre svært overvægtige blandt de unge i Aarhus sammenlignet med hele ungegruppen.

Såvel rusdrikkeri som højrisikoforbrug af alkohol er væsentligt hyppigere forekommende blandt unge end blandt voksne i Region Midtjylland. Endvidere er der flere med et usundt kostmønster blandt de unge end blandt de voksne. Til gengæld er der færre dagligrygere, færre fysisk inaktive og færre overvægtige blandt de unge end blandt de voksne.

Fra 2010 til 2013 er der generelt set sket en positiv udvikling i forhold til de unges sundhedsvaner. Der har i perioden været et fald i andelen af dagligrygere, rusdrikkere, personer med et højrisikoforbrug af alkohol samt personer med et usundt kostmønster. Disse fald ses

hovedsageligt hos unge mænd og blandt de 16-19-årige. At der er sket en positiv udvikling blandt unge mænd er særligt interessant, fordi de i højere grad end unge kvinder udviser risikovillig og sundhedsskadelig adfærd. Der er dog sket en stigning i andelen af fysisk inaktive blandt unge mænd og 16-19-årige.

Der er ikke sket nogen generel udvikling i forhold til moderat og svært overvægtige i ungegruppen. Dog er der sket en stigning i forekomsten af svært overvægt hos unge kvinder. Endelig har der ikke været nogen udvikling i andelen af unge, som har en dårlig søvnkvalitet.

Fra 2010 til 2013 har der ikke været nogen ændring i andelen af unge rygere, der ønsker at holde op med at ryge, ligesom der ikke har været nogen udvikling i andelen af unge, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug. Tilsvarende er der ikke sket nogen udvikling i andelen af unge, som ønsker at være mere fysisk aktive, spise mere sundt eller som i høj grad ønsker at tabe sig.

Med henblik på udarbejdelse af forebyggelsesinitiativer henvises til de forskellige forebyggelsespakker, som løbende er omtalt i kapitlet. Derudover skal det fremhæves, at der foreligger en mængde relevante materialer fra Sundhedsstyrelsen og andre instanser, som kan støtte kommunerne og andre aktører i deres indsats over for unge (f.eks. 76-82).

Referencer

1. Poulsen A. Ungdommen i Udviklingspsykologien. Psyke & Logos 2010; 1: 45-63.
2. World Health Organization. Young people's health in context. Copenhagen: WHO Europe, 2004.
3. Arnett JJ. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. American Psychologist 2000; 55: 469-480.
4. Ezzati M, Lopez A. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. Lancet 2003; 362:847-52.
5. Chassin L, Presson CC, Rose JS, Sherman SJ. The natural history of cigarette smoking from adolescence to adulthood: demographic predictors of continuity and change. Health Psychol 1996;15: 478-84.
6. Andersen LB, Hasselstrøm H, Grønfeldt V, Hansen SE, Karsten F. The relationship between physical fitness and clustered risk, and tracking of clustered risk from adolescence to young adulthood: eight years follow-up in the Danish Youth and Sport Study. Int J Behav Nutr Phys Act 2004;1:6.
7. Kristensen PL, Wedderkopp N, Møller NC, Andersen LB, Bai CN, Froberg K. Tracking and prevalence of cardiovascular disease risk factors across socio-economic classes: a longitudinal substudy of the European Youth Heart Study. BMC Public Health 2006; 6: 20.
8. Ankersen PV, Poulsen S, Schnohr C, Nielsen AL, Hjortbak MR, Larsen FB. Hvordan har du det? 2010. Sundhedsprofil for region og kommuner - unge. Aarhus: Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, 2011.
9. Nation M, Crusto C, Wandersman A, Kumpfer K L, Seybolt D, et al. What works in prevention: Principles of effective prevention programs. American Psychologist 2003; 58: 449-456.
10. Alberg AJ. Cigarette smoking: health effects and control strategies. Drugs Today 2008; 44: 895-904.
11. Edwards R. The problem of tobacco smoking. BMJ 2004; 328:217-9.
12. Federico B, Costa G, Kunst AE. Educational inequalities in initiation, cessation, and prevalence of smoking among 3 Italian birth cohorts. Am J Public Health 2007; 97:838-45
13. Falk J, Asserhøj MSL, Pedersen AD. Forebyggelsespakke tobak. København: Sundhedsstyrelsen 2012.

14. Ezzati M, Lopez A. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet*. 2003; 362:847-52.
15. Curry S, Mermelstein R, Sporer A. Therapy for specific problems: youth tobacco cessation. *Annu Rev Psychol*. 2009; 60:229-55.
16. Tyas S, Pederson L. Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tob Control*. 1998; 7:409-20.
17. Lopez A, Collishaw N, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control*. 1994; 3:242-7.
18. Hibell B, Andersson B, Bjarnasson T, Ahlström S et al. The ESPAD report 2003: Alcohol and other drugs among students in 35 European countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs and The Pompidou Group at the Council of Europe; 2004.
19. Currie C, Gabhainn S, Godeau E et al. Inequalities in young people's health. Health behaviour in school-aged children international report from the 2005/2006 survey. København: WHO Regional Office for Europe; 2008.
20. Stock C, Mikolajczyk R, Bloomfield K, Maxwell AE, et al. Alcohol consumption and attitudes towards banning alcohol sales on campus among European university students. *Public Health*. 2009; 123:122-9.
21. Currie C, Nic Gabhainn S, Godeau E, Roberts C, et al. HBSIC international report from the 2005/2006 survey. Copenhagen: World Health Organization; 2008.
22. Sundhedsstyrelsen. Data fra ESPAD 2011 – 15-16årige i 9. klasse. 2012 (Internet). Tilgængelig fra <http://sundhedsstyrelsen.dk/~/media/CCE-40780720348669A13EDF60D81E5D2.ash>,
23. Guo J, Collins LM, Hill KG et al. Developmental pathways to alcohol abuse and dependence in young adulthood. *J Stud Alcohol and Drugs*. 2000; 61:799-808.
24. Cooper ML. Alcohol use and risky sexual behavior among college students and youth: evaluating the evidence. *J Stud Alcohol Suppl*. 2002; 14:101-17.
25. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2006.
26. Højland, M, Malmgren, M, Guttorm M. Alkoholproblemer i børnefamilier. En analyse af alkoholfokus i forvaltningens børnesager, København: CASA; 2011.
27. Forebyggelseskommissionen. Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats. København: Forebyggelseskommissionen; 2009.
28. Wechsler H, Davenport A, Dowdall G et al. Health and behavioural consequences of binge drinking in college: a national survey of students at 140 campuses. *JAMA*. 1994; 272:1672-7.
29. Barron S, White A, Swartzwelder HS, Bell RL, Rodd ZA, Slawewski CJ et al. Adolescent vulnerabilities to chronic alcohol or nicotine exposure: findings from rodent models. *Alcohol Clin Exp Res* 2005; 29; 1720-1725.
30. Carpenter-Hyland EP, Chandler LJ. Adaptive plasticity of NMDA receptors and dendritic spines: implications for enhanced vulnerability of the adolescent brain to alcohol addiction. *Pharmacol Biochem Behav*. 2007;86: 200-8.
31. Sundhedsstyrelsen. (internet). Anbefalinger om alkohol (Internet); 2010. Tilgængelig fra <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/alkohol/anbefalinger>
32. Sundhedsstyrelsen. Narkotikasituationen i Danmark. København: Sundhedsstyrelsen, 2013.
33. Rheinländer T. & Nielsen GA. Unges livsstil og dagligdag 2006. Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen, 2007.
34. Pedersen W. Bittersøtt. Ungdom, socialisering og rusmidler. Oslo: Universitetsforlaget. 2006.
35. Sabroe S, Fonager K. Unges erfaringer med rusmidler i 2003 og udviklingen siden 1995: København: FADL's Forlag; 2004.
36. Järvinen, M., Demant J. Hashens "normalisering". I Stoffer og natteliv. København: Hans Reitzel. 2010: 76-92.
37. KORA. Kortlægning af kommunernes forebyggelsesindsats over for stofmisbrug. KORA, 2013
38. Aabel MK, Broholm, KB, Fischerman, M. Forebyggelsespakke - alkohol. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
39. Fergusson DM, Horwood LJ, Swain-Campbell, NR. Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction*, 2002; 97: 1123-1135.
40. Jørgensen MJ, Andersen B, Maindal HT, Olesen F. Usikker sex blandt unge danskere. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning. 2011; 89: 726-732.
41. Graugaard C. Vokseværker. Et signalement af unge danskeres seksuelle liv. *Psyke & Logos*, 2010, 31, 232-256.

42. Kotchick BA, Shaffer A, Miller KS, Forehand R. Adolescent sexual risk behavior: a multi-system perspective. *Clin psychol review*, 2001; 21: 493-519.
43. Sundhedsstyrelsen. Færre unge for seks sygdomme. 2013 (Internet). Tilgængelig fra <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2013/faerre-unge-faar-seks sygdomme>
44. Hammer-Helmich L, Buhelt LP, Andreasen AH, Robinson KM, Hilding-Nørkjær H, Glümer C. Sundhedsprofil for region og kommuner 2010. Rosendahl-Schultz Grafisk A/S, 2010.
45. Poulsen IH. Hvordan har du det? 2010. Sundhedsprofil for Region Sjælland og kommuner. Region Sjælland. 2010
46. Knudsen LB. Ung2006: 15-24-åriges seksualitet - viden, holdninger og adfærd. København: Sundhedsstyrelsen, 2007.
47. Nikula M, Koponen P, Haavio-Mannila E et al. Sexual health among young adults in Finland: assessing risk and protective behaviour through a general health survey. *Scand J Public Health* 2007;35:298-305.
48. Kuortti M, Kosunen E. Risk-taking behavior is more frequent in teenage girls with multiple sexual partners. *Scand J Prim Health Care*, 2009; 27: 47-52.
49. Santelli JS, Brener ND, Lowry R, Bhatt A, Zabin LS. Multiple sexual partners among US adolescents and young adults. *Fam Plann Perspect*, 1998; 30: 271-275.
50. Sandø N, Hjorthøj AR, Fouchard J. Forebyggelsespakke - seksuel sundhed. København: Sundhedsstyrelsen 2012.
51. Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse. Fysisk aktivitet - Håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, 2011.
52. OECD. Health in a Glance: OECD Indicators. OECD, 2013.
53. Pedersen, BK, Saltin B. Børn og unge - fysisk aktivitet, fitness og sundhed. Del II. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
54. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger om fysisk aktivitet til børn og unge (11-17 år) (internet). København; 2013. Tilgængelig fra: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/fysisk-aktivitet/anbefalinger/boern-og-unge.aspx>
55. Statens Institut for Folkesundhed. Folkesundhedsrapporten Danmark. København, 2007. KRAM rapport 2007.
56. Prevention CF. Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating. *J Sch Health* 1997; 67:9-26.
57. Lytle LA, Kubik MY. Nutritional issues for adolescents. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2003; 17:177-89.
58. Nilsen SM, Krokstad S, Holmen TL, Westin S. Adolescents' health-related dietary patterns by parental socio-economic position, The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *Eur J of Pub Health* 2009; 20: 299-305.
59. Larson N, Story M. A Review of Snacking Patterns among Children and Adolescents: What Are the Implications of Snacking for Weight Status. *Child obesity* 2013; 9: 104-114.
60. Sebastian RS, Cleveland LE, Goldman JD. Effect of snacking frequency on adolescents' dietary intakes and meeting national recommendations. *J Adolesc Health* 2008; 42:503-11.
61. Kerr MA, Rennie KL, McCaffrey TA et al. Snacking patterns among adolescents: a comparison of type, frequency and portion size between Britain in 1997 and Northern Ireland in 2005. *Br J Nutr* 2009;101:122-31.
62. Toft U, Kristoffersen LH, Lau C, Borch-Johnsen K, Jørgensen T. The Dietary Quality Score: validation and association with cardiovascular risk factors: the Inter99 study. *Eur J Clin Nutr*. 2007;6:270-8.
63. WHO. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO, 2000.
64. Hansson LN, Vinther-Larsen M. Unges hverdag. København: Statens Institut for folkesundhed, 2008.
65. Rasmussen M, Holstein BE, Due P. Tracking of overweight from mid-adolescence into adulthood: consistent patterns across socio-economic groups. *Eur J of Pub Health* 2012; 22: 885-887
66. International Obesity Task Force. BMI-grænser for børn (internet). Tilgængelig fra: <http://isobmi.com/>
67. Perry GS, Patil SP, Presley-Cantrell, LR. Raising awareness of sleep as healthy behavior. *Prev Chronic Dis* 2013; 10.
68. Hysing M, Pallesen S, Stormark KM, Lundervold AJ, Sivertsen B. Sleep patterns and insomnia among adolescents: a population-based study. *J sleep res* 2013; 22: 549-556.
69. Alvarez, GG, Ayas NT. The Impact of Daily Sleep Duration on Health: A Review of the Literature. *Prog Cardiovasc Nurs*. 2004 ;19:56-9
70. Cappuccio FP, Cooper D, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration predicts cardiovascular outcomes:

a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Eur Heart J*. 2011;32:1484-92

71. Forquer LM, Camden EA, Gabriau KM, Johnson CM. Sleep patterns of college students at a public university. *Journal of American College Health* 2008; 56: 563-565

72. Gangwisch JE, Malaspina D, Babiss LA, Opler MG, Posner K, Shen S, Turner JB, Zammit GK, Ginsberg HN. Short sleep duration as a risk factor for hypercholesterolemia: analyses of the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Sleep*. 2010;33:956-961.

73. Kirmil-Gray K, Eagleston JR, Gibson E, Thoresen CE. Sleep disturbance in adolescents: Sleep quality, sleep habits, beliefs about sleep, and daytime functioning. *Journal of Youth and Adolesc* 1984; 13:375-384.

74. Roth T. Insomnia: Definition, Prevalence, Etiology, and Consequences. *J Clin Sleep Med* 2007;15: S7-S10.

75. Manni R, Ratti MT, Marchioni E, Castelnovo G, Murelli R, Sartori I, Galimberti A. Poor sleep in adolescents: A study of 869 17-year-old Italian secondary school students. *Journal of Sleep Research*, 1997; 6: 44-49.

76. Broholm K, Falk J, Sindballe, AM. Politik for rusmidler og rygning. København: Sundhedsstyrelsen, 2011.

77. Broholm K, Falk J, Sindballe, AM. Hjælp din teenager – med at skabe rammer for alkohol, tobak og stoffer. København: Sundhedsstyrelsen, 2011.

78. Broholm K, Falk J, Sindballe, AM. Dit barns festkultur – sæt rammer for alkohol, tobak og stoffer. København: Sundhedsstyrelsen, 2011.

79. Broholm K, Falk J, Sindballe, AM. Sæt rammer for alkohol, tobak og stoffer. København: Sundhedsstyrelsen, 2011.

80. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. København: Sundhedsstyrelsen, 2011

81. Brandt CL, Ringgaard LW. Xhale – rådgivning - et rygestopkoncept for unge. København: Kræftens Bekæmpelse, 2013.

82. Sundhedsstyrelsen. Ung & Sund. 10 kommuners sundhedsfremmende initiativer for unge på kanten af uddannelse og arbejde. Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. København: Sundhedsstyrelsen, 2011

