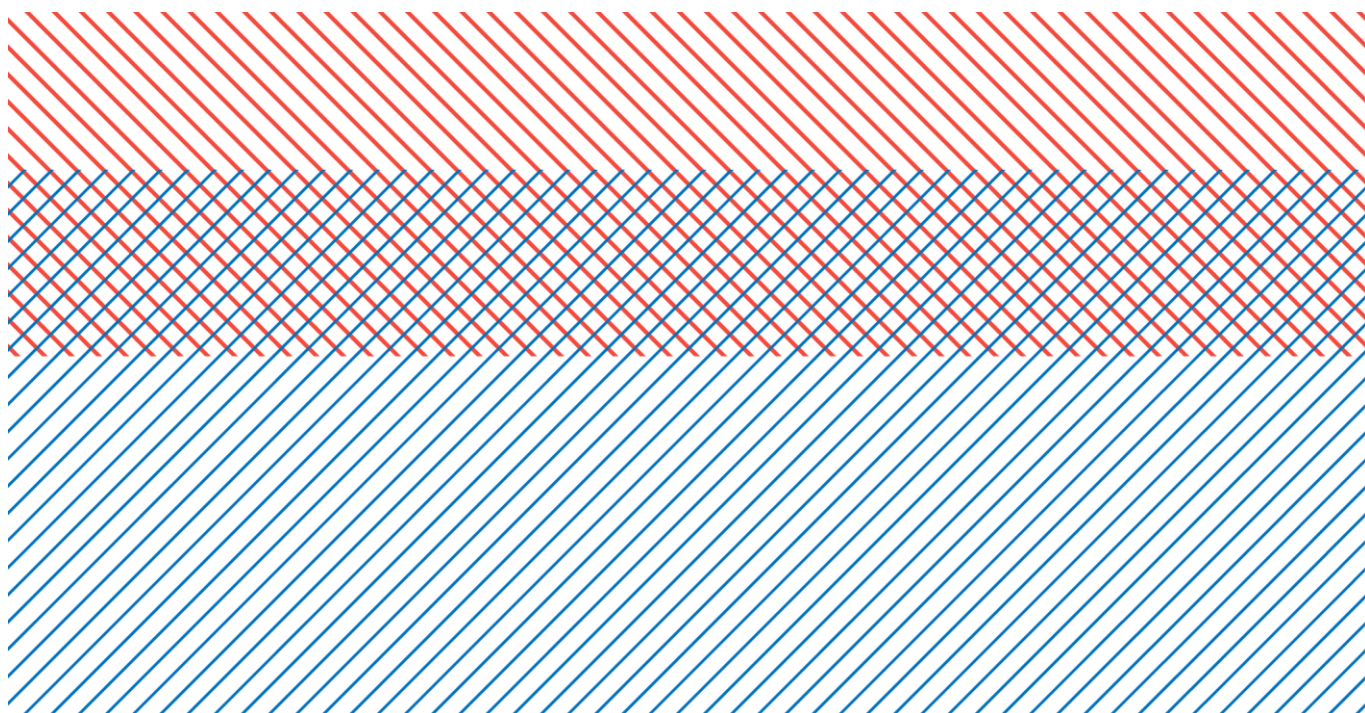


Notat

Kortlægning af seksuel sundhed i kommunerne



Karen Margrethe Dahl, Stine Vernstrøm Østergaard, Jeanette Birch
Lauridsen & Marie Jakobsen

Kortlægning af seksuel sundhed i kommunerne

© VIVE og forfatterne, 2018

e-ISBN: 978-87-7119-499-9

Projekt: 100763

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

VÆLG ADRESSE

www.vive.dk

VIVE blev etableret den 1. juli 2017 efter en fusion mellem KORA og SFI. Centeret er en uafhængig statslig institution, som skal levere viden, der bidrager til at udvikle velfærdssamfundet og den offentlige sektor. VIVE beskæftiger sig med de samme emneområder og typer af opgaver som de to hidtidige organisationer.

Indhold

Sammenfatning	4
Formål med notatet	4
Kortlægning af unges seksuelle sundhed	4
Kortlægning af voksnes seksuelle sundhed.....	5
Data og metoder	6
1 Indledning.....	7
1.1 Seksuel sundhed og trivsel.....	7
1.2 Indhold af notatet	8
2 Data og metode.....	9
2.1 Data.....	9
2.2 Indikatorer	11
2.3 Analyser	16
3 Kortlægningen af unges seksuelle sundhed	19
3.1 Sammenhænge mellem sociale forhold samt seksuel sundhed og psykisk trivsel blandt unge	19
3.2 Den sociale sammensætning af unge i kommunerne	27
3.3 Den seksuelle sundhed blandt unge i kommunerne.....	31
3.4 Den psykiske trivsel blandt unge i kommunerne	45
3.5 Opsamling på unges seksuelle sundhed	48
4 Voksnes seksuelle sundhed.....	50
4.1 Sociale forhold og seksuel sundhed.....	50
4.2 Sociale forhold og psykisk trivsel.....	53
4.3 Kortlægning af kommunernes sociale sammensætning.....	54
4.4 Kommunernes seksuelle sundhed blandt voksne i alderen 20-64 år.....	56
4.5 Trivsel blandt voksne i kommunerne	68
4.1 Opsamling på kortlægningen af voksnes seksuelle sundhed.....	75
5 Klamydia og gonorré i danske kommuner	77
5.1 Klamydia	77
5.2 Gonorré.....	80
5.3 Opsummering på kapitel 5.....	82
Litteratur	83

Sammenfatning

Formål med notatet

Formålet med dette notat er at give kommunerne et redskab til at vurdere den seksuelle sundhed og trivsel i kommunen blandt unge under 20 år og i voksenbefolkningen. Seksuel sundhed handler ifølge WHO om fysisk, mental og social trivsel relateret til seksualitet og dækker således begrebsmæssigt over både tilfredshed med krop, seksualitet og parforhold, selvbestemmelse i forhold til krop, sex og fertilitet, bevidsthed om egne og andres grænser, samt om fravær af seksuelt overførte sygdomme og seksuelle dysfunktioner. I dette notat kortlægger vi kommunernes seksuelle sundhed og trivsel ud fra de indikatorer, der er tilgængelige i data, og som er mulige at vise på kommunalt niveau. Det betyder, at vi afdækker *aspekter* af seksuel sundhed fremfor at give et udtømmende billede. I nogle tilfælde har vi haft mulighed for at lave tværgående analyser, der giver et samlet billede af kommunernes seksuelle sundhed. For størstedelen af kortlægningens vedkommende er den dog tænkt som et opslagsværk, hvor man for hver parameter kan se sin egen kommune og sammenligne sig med andre kommuner.

Vi viser i kortlægningen, hvordan seksuel sundhed hænger sammen med forskellige sociale og demografiske forhold for at kunne diskutere de kommunale forskelle i seksuel sundhed og trivsel. En egentlig forklaring på, hvorfor forskelle mellem kommunerne optræder, ligger uden for dette notats formål, og notatet lægger derfor op til, at kommunerne eller organisationer med interesse i området selv igangsætter undersøgelser, der kan afdække, hvilken rolle fx politiske indsatser eller en bestemt ungdoms- eller familiekultur spiller for den seksuelle sundhed.

Kortlægningen er bestilt af Sex og Samfund.

Kortlægning af unges seksuelle sundhed

Kortlægningen af unges seksuelle sundhed fokuserer på seksuel risikoadfærd, seksuelt overførte sygdomme, abort og HPV-vaccine samt psykisk og kropslig trivsel. De tilgængelige data giver derimod ikke mulighed for at afdække andre aspekter af seksuel sundhed som fx tilfredshed med sex og parforhold eller overgreb.

Kortlægningen viser samlet set et lavere niveau af seksuel sundhed blandt unge i kommuner på Sjælland og øerne og omvendt flere kommuner i Jylland med en højere grad af seksuel sundhed.

Kommunerne på Sjælland og øerne med et lavere niveau af seksuel sundhed blandt unge er ofte sammenfaldende med kommuner med relativt mange skilte, relativt mange udeboende og relativt mange unge uden for uddannelse – faktorer, der alle hænger sammen med et lavere niveau af seksuel sundhed. Den sociale sammensætning af kommunen vil derfor kunne forklare en del af den lave seksuelle sundhed.

Omvendt ser vi dog ikke, at kommuner med et højere niveau af seksuel sundhed blandt unge kan findes blandt kommuner med en lav andel skilte, lav andel udeboende og lav andel uden for uddannelse. Her er de sociale forklaringsfaktorer altså ikke tilstrækkelige, og man må formode, at der er andre grunde som fx en særlig lokalkultur eller politisk indsats i kommunen, der kan forklare niveauet af seksuel sundhed.

Opgørelsesmetoden til vurdering af det samlede niveau af seksuel sundhed blandt unge tager ikke højde for alle aspekter af seksuel sundhed, idet den udelukkende fokuserer på seksuel risikoadfærd, seksuelt overførte sygdomme og aborttilfælde. Havde vi også haft mulighed for at inkludere fx tilfredshed med sex og parforhold, ville vi muligvis have set et mindre tydeligt billede på tværs af kommunerne.

I forhold til psykisk trivsel finder vi et vist sammenfald mellem kommuner med lav grad af seksuel sundhed og kommuner med en større andel af unge, der har haft en psykisk lidelse. Ensomhed og hvorvidt unge er tilfredse med deres kropsstørrelse, følger i mindre grad et tydeligt kommunalt mønster. Dog er der enkelte kommuner, hvor de unge samtidig rapporterer om relativt høje niveauer af psykiske lidelser, ensomhed og utilfredshed med kroppen.

Kortlægning af voksnes seksuelle sundhed

Kortlægningen af voksnes seksuelle sundhed viser et mindre tydeligt kommunalt mønster på tværs af de anvendte indikatorer på seksuel sundhed og trivsel. Det skyldes formentlig både, at vi her anvender en bredere definition af seksuel sundhed, der fx tager højde for tilfredshed med parforhold og sexliv, og at der ikke er så store forskelle i sammensætningen af voksenbefolkningen, som der er, når vi kigger isoleret på de 15-19-årige i kommunerne.

Blandt voksne er der med hensyn til seksuel sundhed tydelige aldersforskelle og tydelige forskelle på personer med og uden kompetencegivende uddannelse samt personer i og uden for beskæftigelse og uddannelse. Der er således færre unge og ældre, der er i et parforhold, men samtidig flere unge end midaldrende, der er tilfredse med parforhold og sexliv. Og personer med kompetencegivende uddannelse og i beskæftigelse har større sandsynlighed for at være i et parforhold end andre personer. I forhold til køn og indvandrerbaggrund finder vi ikke her et tydeligt mønster på tværs af de faktorer, som vi inddrager i analysen.

Da der ikke, når vi bruger dette data og denne opgørelsesmetode, er tydelig forskelle på kommunernes alders-, køns-, og beskæftigelses sammensætning, vil disse sociale forhold i mindre grad kunne forklare variationen mellem kommunerne på seksuel sundhed blandt voksne.

Kortlægningen af kommunernes sociale sammensætning viser, at kommuner med flere uden kompetencegivende uddannelse og lidt flere uden for beskæftigelse i højere grad findes på Lolland-Falster, i kommunerne i Region Sjælland og i det nordvestlige Jylland.

Bortset fra en højere andel, der får abort, og en højere andel, der ikke har et sexliv eller er i et parforhold på Lolland-Falster og Vestsjælland, følger det kommunale mønster for seksuel sundhed ikke forskellene i befolkningens sociale sammensætning. Kommunens befolkningssammensætning er derfor i mindre grad væsentlig for at forstå voksenbefolkningens seksuelle sundhed og psykiske trivsel.

Ligesom det gjaldt de unge, ser vi blandt voksne, at andelen af kvinder, der har ladet sig vaccinere for HPV-virus, er størst i provinsen, mens andelen af mænd, der har ladet sig vaccinere, omvendt er størst omkring hovedstaden.

Data og metoder

Kortlægningen er baseret på to større spørgeskemadatasæt indsamlet af VIVE i årene 2014-2016, registerdata koblet med disse datasæt samt aggregeret registerdata fra Statens Seruminstitut, eSundhed.dk og Danmarks Statistik.

Til at kortlægge de unges seksuelle sundhed har vi brugt data fra forløbsundersøgelsen Årgang-95 indsamlet blandt 18-årige i 2014 (i alt 6.294 i spørgeskemadatasættet og 73.255 i registerdatasættet) samt aggregeret registerdata for de 15-19-årige i kommunerne fra 2015 og 2016.

De voksnes seksuelle sundhed er kortlagt ved hjælp af spørgeskemadatasættet SHILD (Survey of Health, Impairment and Living Conditions in Denmark), der er indsamlet i 2016 (19.057 i spørgeskemadatasættet og 3,3 mio. i registerdatasættet) samt aggregeret registerdata for de 20-29-årige i kommunerne fra 2015 og 2016.

Kortlægningen af kommunerne er lavet ved for hver analyseret faktor at beregne et kommunalt gennemsnit og derefter inddele kommunerne i fire lige store grupper (kvartiler). Tilhørsforholdet til hver af disse kvartiler er derefter illustreret ved hjælp af Danmarkskort, hvor hver kvartil tildeles en farvekode.

1 Indledning

Formålet med dette notat er at kortlægge befolkningen i de danske kommuner med hensyn til seksuel sundhed blandt unge under 20 og blandt voksne i alderen 20-64 år ved hjælp af spørgeskema- og registerstatistik for at give kommunerne et redskab til at vurdere, om der er behov for politiske indsatser og initiativer på området. Notatet er tænkt som et opslagsværk, hvor kommunerne kan sammenligne sig med hinanden på enkelte områder eller få et overblik over den samlede seksuelle sundhed i kommunen.

Notatet er deskriptivt, hvilket betyder, at vi viser, *at* der er forskelle mellem kommunerne uden her at kunne forklare, *hvorfor* nogle kommuner har bedre seksuel sundhed end andre. Vi ved, at seksuel sundhed i nogen grad hænger sammen med sociale og demografiske forhold såsom alder, uddannelse, indvandrerbaggrund og familiestruktur og viser derfor også, hvordan kommunerne adskiller sig fra hinanden på disse forhold. En egentlig forklaring på forskellene i kommunernes seksuelle sundhed vil dog bl.a. kræve en granskning af kommunale indsatser samt familie- og ungdomskultur i kommunen, hvilket ikke er muligt inden for dette notats rammer.

Resultaterne af kortlægningen præsenteres ved hjælp af figurer, der viser, hvordan seksuel sundhed og trivsel hænger sammen med sociale og demografiske forhold og ved hjælp af Danmarkskort, hvor kommunerne er inddelt i farvekoder efter deres gennemsnitlige niveau af seksuel sundhed og psykisk trivsel.

1.1 Seksuel sundhed og trivsel

Seksuel sundhed handler om fysisk, mental og social trivsel relateret til seksualitet og dækker således begrebsmæssigt over både tilfredshed med krop, seksualitet og parforhold, selvbestemmelse i forhold til krop, sex og fertilitet, bevidsthed om egne og andres grænser, samt om fravær af seksuelt overførte sygdomme og seksuelle dysfunktioner (Graugaard, 2015; Leander m.fl., 2013a, 2013b, 2017; xofsamfund.dk; WHO, 2017).

I dette notat tager vi udgangspunkt i denne brede definition af seksuel sundhed, men da de anvendte datakilder ikke indeholder oplysninger om alle disse forhold eller på grund af lille udbredelse ikke giver mulighed for at vise alle disse forhold på kommunalt niveau, vil vi i praksis arbejde med udvalgte elementer, der giver en pejling af den seksuelle sundhed i kommunerne, men som ikke viser det fulde billede. Vi arbejder med forskellige datasæt og datakilder, der dækker henholdsvis unge under 20 og voksne fra 20 år og opefter, og har derfor kun i noget omfang mulighed for at kortlægge de samme elementer af seksuel sundhed blandt unge og voksne.

Blandt unge fokuserer vi på seksuel debutalder, antal sexpartnere, brug af kondom og anden prævention, klamydiatilfælde, HPV-vaccine, aborttilfælde, kropstilfredshed, ensomhed og psykiske lidelser. Afdækningen af disse forhold giver et godt billede af de dele af seksuel sundhed, der vedrører seksuel risikoadfærd, seksuelt overførte sygdomme, ufrivillig graviditet og psykisk trivsel. Derimod kan de dele af seksuel sundhed, der vedrører tilfredshed med sex og parforhold, grænsesætning og seksuelle overgreb, ikke belyses blandt unge ved hjælp af disse data. Blandt de unge bruger vi således *seksuel debut før 15-årsalderen, et relativt højt antal sexpartnere, manglende brug af kondom og anden prævention, klamydiasmitte, fravær af HPV-vaccine* samt tilfælde af *abort* som indikatorer på lavere seksuel sundhed.

Blandt voksne er der fokus på tilfredshed med parforhold og sexliv, klamydiatilfælde, HPV-vaccine, aborttilfælde, tilfredshed med udseende og vægt, ensomhed og psykiske lidelser. Her har vi altså både mulighed for at se på tilfredshed med sex og parforhold, seksuelt overførte sygdomme, ufrivillig graviditet og psykisk trivsel, men har mere begrænsede muligheder for at kortlægge seksuel risikoadfærd som fx brug af prævention, ligesom data heller ikke giver mulighed for at vise omfanget af fertilitetsproblemer eller seksuelle dysfunktioner i de danske kommuner. Blandt de voksne vil mindre tilfredshed med parforhold og sexliv, klamydiasmitte, fravær af HPV-vaccine og abort være indikatorer på lavere seksuel sundhed.

1.2 Indhold af notatet

Notatet består af et metodekapitel, et kapitel om unge, et kapitel om voksne og et kapitel om det samlede omfang af klamydia og gonorré i kommunerne.

I kapitel 2 *Data og metode* beskriver vi karakteristika ved de anvendte datasæt, hvad de enkelte datasæt er blevet brugt til, samt hvilke metoder, vi har anvendt til at analysere data.

I kapitel 3 *Kortlægningen af seksuel sundhed blandt unge* viser vi, hvordan udvalgte elementer af seksuel sundhed og trivsel blandt 18-årige deskriptivt hænger sammen med sociale og demografiske forhold som køn, indvandrerbaggrund, uddannelse, forældres samliv og den unges status som hjemme- eller udeboende. Dernæst kortlægges kommunernes ungebefolkning ved hjælp af kommuneinddelte Danmarkskort med hensyn til demografiske og sociale forhold, hvorefter vi viser en række Danmarkskort for de unges seksuelle sundhed og trivsel.

Tilsvarende viser vi i kapitel 4 *Kortlægning af seksuel sundhed blandt voksne*, hvordan udvalgte elementer af seksuel sundhed og trivsel hænger sammen med sociale og demografiske forhold som alder, køn, indvandrerbaggrund og beskæftigelsessituation. Dernæst kortlægges de voksne i kommunerne – først de demografiske og sociale forhold, dernæst den seksuelle sundhed og psykiske trivsel.

I det sidste kapitel 5 *Klamydia og gonorré i danske kommuner* kortlægger vi de danske kommuners samlede niveau af de seksuelt overførte sygdomme klamydia og gonorré.

2 Data og metode

I undersøgelsen anvender vi to nationalt repræsentative spørgeskemadatasæt indsamlet af VIVE, nemlig forløbsdatasættet, *Årgang 95*, indsamlet i 2014 blandt unge født i 1995 og datasættet SHILD, indsamlet i 2016, der her dækker de 20-64-årige. Begge spørgeskemadatasæt er via CPR-numre koblet med registerdata om befolkningens sociale og demografiske forhold fra Danmarks Statistik. Vi har således registerdata om alle unge, født i 1995, der var bosiddende i Danmark i 2014, og om alle voksne 20-64-årige, der var bosiddende i Danmark i 2016.

Derudover anvender vi aggregeret statistik fra Statens Seruminstitut fra 2016 og eSundhed.dk fra 2015.

I det følgende gennemgår vi for hvert datasæt, "Årgang 95", "SHILD" og "Registerdata fra Statens Seruminstitut og eSundhed.dk", hvordan datasættet er indsamlet, og hvad der i øvrigt kendetegner data. Derefter beskriver vi, hvilke indikatorer, vi har brugt fra hver af datasættene. Og endelig beskriver vi, hvilke statistiske metoder, vi har brugt til at analysere data.

2.1 Data

2.1.1 Årgang 95-data

Årgang 95-datasættet bruges til at kortlægge 18-åriges seksuelle adfærd og trivsel. Dette datasæt er indsamlet blandt 10.738 unge født i 1995 ved hjælp af besøgsinterview i 2014. 6.294 har besvaret spørgeskemaet, hvilket giver en samlet svarprocent på 59 pct. Spørgeskemaet er koblet til registerdata fra Danmarks Statistik for hele årgangen født i 1995 – i alt 73.255 unge.

I spørgeskemaundersøgelsen indgår tre grupper af unge:

1. 18-årige, der er født i Danmark, og hvis mødre havde dansk baggrund, da den unge blev født
2. 18-årige, der opholdt sig i Danmark i 2014, og som enten selv er indvandret eller er børn af indvandrere
3. 18-årige, der på et tidspunkt har været anbragt i løbet af deres opvækst.

Bruttosamplet af respondenter af respondenterne i gruppe 1 og 2 udgør et repræsentativt udvalg af unge med disse karakteristika. For at få et godt analysegrundlag er der dog udvalgt forholdsmæssigt flere unge med indvandrerbaggrund, end deres andel af befolkningen berettiger til. Derudover består bruttosamplet i gruppe 3 af *alle* unge fra årgangen, der på et tidspunkt har været anbragt i deres opvækst, hvorfor også de udgør en større andel af undersøgelsesgruppen, end de gør i den samlede årgang. For at bringe sammensætningen af analyseudvalget i overensstemmelse med befolknings sammensætningen i årgang 1995 har vi derfor anvendt analytiske vægte i analyserne.

Spørgeskemadatasættet indeholder en række oplysninger om de unges familieforhold, venskaber, helbred, risikoadfærd og fritidsliv. I denne undersøgelse bruger vi dog kun oplysninger om de unges seksuelle adfærd og de unges psykiske trivsel og kropstilfredshed fra spørgeskemaet samt oplysninger om køn, indvandrerbaggrund, uddannelse, familiestruktur og bopæl fra registerdata.

2.1.2 SHILD-data

Datasættet SHILD (Survey of Health, Impairment and Living Conditions in Denmark), 2016, bruges til at kortlægge voksnes seksuelle sundhed og trivsel. Denne survey er udsendt til 34.893 20-64-årige voksne, der opholdt sig i Danmark i 2016. Af disse har 19.057 besvaret skemaet, hvilket giver en svarprocent på 55. Surveyen er koblet med registerdata for de personer, der indgår i surveyen samt den øvrige befolkning i aldersgruppen – i alt 3,3 mio. individer.

Spørgeskemadatasættet indeholder en lang række oplysninger om uddannelse, arbejde, helbred, handicap, fritidsliv og sociale relationer. Det er indsamlet ved hjælp af internetspørgeskema kombineret med telefonopfølgning med henblik på at kortlægge funktionsnedsættelser i befolkningen, men da det indeholder en række spørgsmål om seksualitet, parforhold og trivsel, er det også velegnet til at kortlægge seksuel sundhed. Fra spørgeskemaet henter vi oplysninger om tilfredshed med sex og parforhold, kropstilfredshed og psykisk trivsel, mens vi fra det tilkoblede registerdata henter oplysninger om alder, køn, indvandrerbaggrund, uddannelse og beskæftigelse.

Spørgeskemadatasættet er vægtet i forhold til køn, alder, indvandrer- og efterkommerbaggrund, uddannelse og position på arbejdsmarkedet.

2.1.3 Aggregeret registerdata fra Statens Seruminstitut, eSundhed.dk og Danmarks Statistik

Mens det indsamlede spørgeskemadata med tilkoblede individbaserede registerdata for de unge kun hidrører unge, der var 18 år ultimo 2013/primo 2014, dækker det aggregerede registerdata fra Statens Seruminstitut, eSundhed.dk og Danmarks Statistik alle unge under 20 år i 2015/2016.

Forekomsten af sexsygdomme og seksuel sundhed i kommunerne opgøres desuden ved hjælp af aggregeret landsdækkende registerdata fra Statens Seruminstitut, eSundhed.dk og Danmarks Statistik, der er indhentet specifikt til at afdække seksuel sundhed i dette projekt.

Data vedr. klamydia, gonorré og HPV-vaccination er leveret af Statens Seruminstitut. Data for klamydia og gonorré er hentet fra databasen epiMIBA, som fødes af den danske mikrobiologiske database (MIBA). MIBA indeholder alle laboratoriesvar sendt til rekvirenter fra de klinisk mikrobiologiske afdelinger i Danmark. Data for HPV-vaccination er hentet fra databasen epiDDV, som igen er hentet fra Det Danske Vaccinationsregister (DDV).

Antallet af klamydiatilfælde er opgjort som antal positive prøvesvar blandt personer, som blev testet for klamydia i 2016. Opgørelsen præsenteres for forskellige aldersgrupper (under 20 år, 20-29 år og alle borgere) fordelt på bopælskommune ved prøvedato eller første prøvedato, hvis flere prøver er blevet udført. Antallet af negative prøver er valideret og inkluderet i udtrækket, og antal test for klamydia præsenteres i rapporten fordelt på bopælskommune.

Antallet af tilfælde af gonorré er tilsvarende opgjort som antal positive prøvesvar blandt personer, som blev testet for gonorré i 2016. Opgørelsen præsenteres for alle borgere fordelt efter bopælskommune ved prøvedato eller første prøvedato, hvis flere prøver er blevet udført. Ved opgørelse af gonorré er antallet af negative prøver ikke valideret, og antal test for gonorré præsenteres derfor ikke i rapporten.

Forekomsten af HPV-vaccination er opgjort som personer, der havde modtaget deres første HPV-vaccination inden 1. januar 2016, og som personer, der var færdigvaccinerede inden 1. januar 2016. Opgørelsen præsenteres fordelt på køn og aldersgruppe (under 20 år og 20-29 år) fordelt på bopælskommune. Alder og bopælskommune er opgjort pr. 1. januar 2016.

Data vedr. legalt provokerede aborter er indhentet ved udtræk fra eSundhed.dk (Sundhedsdatastyrelsen) baseret på data fra Abortregisteret. Antallet af legalt provokerede aborter er opgjort for 2015 for forskellige aldersgrupper (under 20 år og 20-29 år) fordelt efter bopælskommune.

Forekomsten af sexsygdomme og seksuel sundhed sættes i forhold til antallet af indbyggere i kommunerne. Data vedr. antal indbyggere i kommunerne fordelt på køn og aldersgrupper er opgjort pr. 1. januar i det pågældende år og indhentet ved udtræk fra statistikbanken.dk (Danmarks Statistik).

2.2 Indikatorer

Som beskrevet har vi brugt forskellige datakilder til kortlægningen. Her følger en oversigt over, hvilke indikatorer vi har hentet fra de forskellige datasæt, og hvordan vi har omkodet de oprindelige data og arbejdet med dem til dette projekts formål. Udvælgelsen og omkodningen af de anvendte variable er foretaget ud fra teoretiske såvel som metodiske hensyn. For at kunne vise de kommunale niveauer af seksuel sundhed uden at kompromittere enkeltindviders krav på anonymitet har vi således været nødt til at have forholdsvis brede analysekategorier, der viser relative forskelle frem for at udtrykke et absolut niveau af seksuel sundhed. Vi har derudover måttet undlade at vise forholdsvis sjældent forekommende hændelser som fx seksuelle overgreb eller teenagefødsler.

2.2.1 Indikatorer brugt i kortlægningen af unges seksuelle sundhed

De unges seksuelle sundhed, trivsel samt sociale og demografiske forhold kortlægges som beskrevet ved at kombinere spørgeskemadata, registerdata på individniveau og aggregeret registerdata.

Fra spørgeskemaet "Årgang 95" henter vi oplysninger om:

- Andelen af 18-årige, der er debuteret seksuelt, før de er fyldt 15 år
- Andelen af 18-årige, der *ikke* er debuteret seksuelt som 18-årige
- Andelen af 18-årige, der har haft mere end seks seksualpartnere
- Andelen af 18-årige, der altid anvender kondom
- Andelen af 18-årige, der altid anvender anden prævention end kondom
- Andelen af 18-årige, der synes, de er for tynde eller for tykke
- Andelen af 18-årige, der af og til eller ofte oplever ensomhed
- Andelen af 18-årige, der nogensinde har haft en psykisk lidelse (fx angst eller depression).

Når vi analyserer de 18-åriges seksuelle sundhed, kigger vi i nogle tilfælde på den samlede gruppe af unge i kommunen og i andre tilfælde kun på de, der er seksuelt aktive. Baggrunden er, at kommunerne har brug for at kende det samlede niveau af seksuel sundhed, men også kan have brug for at kende niveauet af seksuel sundhed blandt dem, der er seksuelt aktive.

Fra Danmarks Statistiks registerdata på årgang 1995 henter vi oplysninger om:

- Køn
- Andelen af 18-årige, der hverken er i gang med eller har færdiggjort en uddannelse ud over grundskoleniveau

- Andelen af 18-årige med indvandrerbaggrund (er selv indvandrede eller er børn af indvandrere)¹
- Andelen af 18-årige, hvis forældre er skilt
- Andelen af 18-årige, der bor sammen med forældre eller er udeboende.

Og fra aggregeret registerdata fra Statens Seruminstitut og eSundhed.dk henter vi oplysninger om:

- Antal klamydiatilfælde pr. 1.000 15-19-årige i kommunerne
- Antal test for klamydia pr. 1.000 15-19-årige i kommunerne
- Antal positive klamydiatest pr. 1.000 15-19-årige i kommunerne
- Antal kvinder, der er vaccineret mod klamydia (HPV) pr. 1.000 15-19-årige i kommunerne
- Antal mænd, der er vaccineret mod klamydia (HPV) pr. 1.000 15-19-årige i kommunerne
- Antal aborter pr. 1.000 15-19-årige i kommunerne
- Antal levendefødte blandt kvinder under 20 år pr. 1.000 15-19-årige i kommunerne.

Detaljer vedrørende det aggregerede registerdata er beskrevet i afsnit 2.1.3. De øvrige detaljer vedrørende spørgeskemadata og individbaseret registerdata kan ses i tabel 2.1 og tabel 2.2.

Tabel 2.1 Indikatorer anvendt i kortlægning af unges seksuelle sundhed. Spørgeskemadata for årgang 1995

	Oprindelige spørgsmål/ registeroplysning	Oprindelige svarkategorier	Anvendte kategorier
Seksuel debut	Har du nogensinde haft samleje?	Ja Nej	Er debuteret seksuelt (73 pct.) Er ikke debuteret seksuelt (27 pct.)
Seksuel debut før 15 år	Hvor gammel var du, første gang du havde samleje?	Under 10 10 år 11 år 12 år 13 år 14 år 15 år 16 år 17 år 18 år Ved ikke	<15 år (<10-14 år) (20 pct.) Over 15 år (80 pct.)
Mere end seks seksualpartnere	Hvor mange personer har du haft samleje med i hele dit liv?	1 person 2 personer 3 personer 4 personer 5 personer 6 personer 7 personer 8 personer 9 personer 10-14 personer 15-19 personer 20 eller flere	0-6 personer (72 pct.) 7 eller flere personer (18 pct.)
Brug af prævention	Har du nogensinde haft samleje uden at bruge kondom?	Ja, flere gange Ja, en enkelt gang Nej Ved ikke	Ikke debuteret seksuelt (27 pct.) Anvender altid kondom ved samleje (12 pct.)
	Har du nogensinde haft samleje uden at bruge		Anvender altid anden prævention end kondom

¹ Der skelnes ikke her mellem vestlig og ikke-vestlig baggrund.

	Oprindelige spørgsmål/ registeroplysning	Oprindelige svarkategorier	Anvendte kategorier
	nogen form for prævention?		ved samleje (30 pct.) Har haft samleje uden prævention (31 pct.)
Ensomhed	Føler du dig ofte ensom?	Ja, meget ofte Ja, ofte Ja, af og til Nej Ved ikke	Oplever ikke ensomhed (68 pct.) Oplever af og til eller ofte ensomhed (32 pct.)
Psykisk trivsel	Er noget af følgende nogensinde sket for dig: Du har (haft) en psykisk lidelse (depression, angst eller lign.)?	Ja, flere gange Ja, en enkelt gang Nej Ved ikke	Har ikke haft en psykisk lidelse (78 pct.) Har haft en psykisk lidelse (22 pct.)
Krops- tilfredshed	Hvordan synes du, din krop er?	Alt for tynd Lidt for tynd Passende Lidt for tyk Alt for tyk Ved ikke	Synes kroppen er for tynd (13 pct.) Synes kroppen er passende (58 pct.) Synes kroppen er for tyk (29 pct.)

Kilde: VIVE – Årgang 95-data.

Tabel 2.2 Indikatorer anvendt i kortlægning af 18-åriges seksuelle sundhed. Individbaseret registerdata knyttet til årgang 1995. Grunddata

	Registerdata	Anvendte kategorier
Køn		Piger (49 pct.) Drenge (51 pct.)
Uddannelses- status i 2013	Oplysninger om højeste uddannelsesniveau i 2013 (ingen, grundskole, gymnasial, EUD, videregående uddannelse) Samt oplysninger om, hvorvidt den unge er i gang med uddannelse i 2013	Er i gang med uddannelse eller har færdiggjort uddannelse over grundskoleniveau (74 pct.) Er <i>ikke</i> i gang med uddannelse eller har færdiggjort uddannelse over grundskoleniveau (26 pct.)
Indvandrer- baggrund	Oplysninger om den unges og forældrenes statsborgerskab og fødested	Dansk baggrund: Har mindst en forælder med dansk statsborgerskab, der er født i DK (87 pct.) Indvandrerbaggrund: ingen forældre har dansk statsborgerskab og er født i DK (13 pct.)
Forældres samlivsstatus i 2013	Oplysninger om mors, fars og den unges adresse samt øvrige personer i husstanden: Skelner ikke mellem gifte og ikke gifte samlevende forældre	Forældre er samboende (55 pct.) Forældre er skilt, dvs. ikke samboende (45 pct.)
Hjemme- eller udeboende i 2013	Oplysninger om mors, fars og den unges adresse:	Hjemmeboende (Den unge bor sammen med mindst en af sine forældre) (85 pct.) Udeboende (Den unge bor ikke sammen med sine forældre) (15 pct.)

Kilde: Danmarks statistik – Grunddata.

2.2.2 Indikatorer anvendt i kortlægningen af voksnes seksuelle sundhed

Også de voksnes seksuelle sundhed, trivsel samt sociale og demografiske forhold kortlægges som beskrevet ved at kombinere spørgeskemadata, registerdata på individniveau og aggregeret registerdata.

Fra spørgeskemaet "SHILD 2016" henter vi oplysninger om:

- Andel voksne, der ikke har en kæreste, partner eller ægtefælle
- Andel voksne, der er i forhold og i nogen grad er utilfredse med deres parforhold
- Andel voksne, der ikke har noget sexliv
- Andel voksne, der har et sexliv og i mindre grad er tilfredse med deres sexliv
- Andel voksne, der vurderer, at de ser gennemsnitligt eller mindre godt ud
- Andel voksne, der gerne vil tabe sig eller tage på
- Andel voksne, der i nogen grad er utilfredse med deres liv
- Andel voksne, der rapporterer, at de har en psykisk lidelse
- Andel voksne, der oplever ensomhed.

Og fra aggregeret registerdata fra Statens Seruminstitut og eSundhed.dk henter vi oplysninger om:

- Antal klamydiatilfælde pr. 1.000 20-29-årige i kommunerne
- Antal test for klamydia pr. 1.000 20-29-årige i kommunerne
- Antal positive klamydiatest pr. 1.000 20-29-årige i kommunerne
- Antal kvinder, der er vaccineret mod klamydia (HPV) pr. 1.000 20-29-årige i kommunerne
- Antal mænd, der er vaccineret mod klamydia (HPV) pr. 1.000 20-29-årige i kommunerne
- Antal aborter pr. 1.000 20-29-årige i kommunerne.

Derudover inddrager vi oplysninger fra registerdata, koblet til SHILD-data om:

- De voksnes køn (50 pct. er mænd, og 50 pct. er kvinder)
- De voksnes alder (de er i alderen 20-64 år, med et gennemsnit på 42 år og en standardafvigelse på 13 år)
- De voksnes evt. indvandrerbaggrund (indvandrer eller efterkommer) (15 pct.)
- De voksnes højeste uddannelse er grundskole eller en gymnasial uddannelse (altså en ikke kompetencegivende uddannelse) (28 pct.)
- De voksnes jobsituation, ikke i arbejde eller under uddannelse (21 pct.)

De oprindelige spørgsmål, svarkategorier og omkodninger af SHILD-data er beskrevet i Tabel 2.3. For nærmere beskrivelse af det aggregerede registerdata, se Tabel 2.4 og afsnit 2.1.3.

Tabel 2.3 Indikatorer anvendt i kortlægning af seksuelle sundhed blandt 20-64-årige. Spørgeskemadata for undersøgelsen SHILD 2016

	Oprindelige spørgsmål/ registeroplysning	Oprindelige svarkategorier	Anvendte kategorier
Parforhold	Har du en kæreste, partner eller ægtefælle?	Ja Nej, ikke for tiden Nej, har aldrig haft det	Er i et parforhold (77 pct.) Er ikke i et parforhold (23 pct.)
Tilfredshed med parforhold	Hvor tilfreds er du med dit parforhold?	Meget tilfreds Noget tilfreds Lidt tilfreds Ikke tilfreds	Meget tilfreds (72 pct.) I nogen eller mindre grad tilfreds (28 pct.)
Aktivt sexliv	I hvilken grad er du tilfreds med dit sexliv?	I høj grad I nogen grad	Har ikke et sexliv (16 pct.) Har et sexliv (84 pct.)

Tilfredshed med sexliv (blandt de der har et sexliv)		I mindre grad Slet ikke Har ikke noget sexliv i øjeblikket Ønsker ikke at svare	I høj grad tilfreds (35 pct.) I nogen eller mindre grad tilfredse med sexliv (65 pct.)
Vurdering af udseende	Hvis du selv skulle vurdere dit udseende, vil du så sige at du ...	ser usædvanligt godt ud ser ret godt ud ser gennemsnitligt ud ser mindre godt ud ikke ser godt ud	Ser godt ud (35 pct.) Ser gennemsnitlig eller mindre godt ud (65 pct.)
Tilfredshed med vægt	Vil du gerne tabe dig?	Ja, i høj grad Ja, i nogen grad Nej, er tilfreds med vægten Nej, vil gerne tage på i vægt	Er tilfreds med vægt (34 pct.) Vil gerne tabe sig eller tage på (66 pct.)
Livstilfredshed	Alt taget i betragtning – hvor tilfreds eller utilfreds er du for tiden med dit liv?	Meget tilfreds Tilfreds Hverken tilfreds eller utilfreds Utilfreds Meget utilfreds	Tilfreds eller meget tilfreds (81 pct.) Lavere livstilfredshed (19 pct.)
Psykisk lidelse	Har du en psykisk lidelse?	Ja Nej	Har psykisk lidelse (10 pct.) Har ikke psykisk lidelse (90 pct.)
Ensomhed	Sker det, at du er alene, selv om du hellere ville være sammen med andre?	Meget ofte Ofte En gang imellem Sjældent eller aldrig	Oplever en gang imellem ensomhed (40 pct.) Oplever sjældent eller aldrig ensomhed (60 pct.)
Uddannelse	Hvad er din højeste fuldførte uddannelse?	Folkeskole Realeksamen Studentereksamen Faglært Kort videregående uddannelse Mellemlang videregående uddannelse Lang videregående uddannelse	Ikke kompetencegivende uddannelse (28 pct.) En kompetencegivende uddannelse (72 pct.)

Kilde: SHILD (Survey of Health, Impairment and Living Conditions in Denmark) 2016, vægtede tal.

Table 2.4 Indikatorer anvendt i kortlægning af seksuelle sundhed blandt 20-64-årige. Spørgeskemadata for undersøgelsen SHILD 2016

Registerdata		Anvendte kategorier
Køn		Kvinder (50 pct.) Mænd (50 pct.)
Alder	20-64 år	Gennemsnitsalder 42 år Standardafvigelse 13 år
Indvandrer-baggrund	Oplysninger statsborgerskab og fødested	Dansk baggrund: Har mindst en forælder med dansk statsborgerskab, der er født i DK (85 pct.) Indvandrer eller efterkommer baggrund (15 pct.)
Beskæftigelse	Socioøkonomisk gruppe	Er i arbejde eller under uddannelse (79 pct.) Ikke i beskæftigelse (21 pct.)

Kilde: Egne beregninger på registeroplysninger fra Danmarks Statistik for aldersgruppen 20-64 år (3,3 mio. personer), tilknyttet undersøgelsen SHILD (Survey of Health, Impairment and Living Conditions in Denmark) 2016.

2.2.3 Indikatorer anvendt i kapitel 5 – klamydia og gonorré i danske kommuner

I det sidste kapitel 5 viser vi kommunernes samlede tilfælde af klamydia og gonorré pr. 1.000 indbyggere. Opgørelsesmetoden er beskrevet under afsnit 2.1.3.

2.3 Analyser

Kortlægningen er opdelt i tre dele: 1) en kortlægning af unges seksuelle sundhed, 2) en kortlægning af voksnes seksuelle sundhed og 3) en kortlægning af det samlede niveau af klamydia og gonorré i kommunerne.

2.3.1 Analyser af unges seksuelle sundhed

I analyserne af de unges seksuelle sundhed anvender vi først det kombinerede spørgeskema- og registerdata for årgang 1995 til at vise, hvordan seksuel sundhed og psykisk trivsel hænger sammen med sociale og demografiske karakteristika ved de unge. Formålet med denne del af analysen er at få en indikation på, om et højt eller lavt niveau af seksuel sundhed i en kommune er sammenhængende med den sociale og demografiske sammensætning af kommunens ungebefolkning.

Vi har undersøgt alle partielle sammenhænge mellem spørgeskemadatasættets indikatorer på seksuel sundhed og de unges demografiske og sociale forhold hentet fra registerdata, men da sammenhængen mellem de enkelte sociale og demografiske forhold og seksuel sundhed går igen på tværs af de forskellige indikatorer på seksuel sundhed, viser vi kun udvalgte resultater i figurer, mens de øvrige resultater beskrives i den tilhørende tekst.

Da formålet med disse analyser af sammenhænge mellem demografik/sociale forhold og seksuel sundhed er at kunne diskutere forskelle på kommunernes seksuelle sundhed ud fra kommunernes sociale sammensætning, er vi kun interesseret i forholdsvis markante forskelle. Derfor viser vi kun statistiske forskelle, hvor der er mindst 10 procentpoint forskel på mindst en udfaldskategori.

Efter denne analyse af sammenhænge på nationalt niveau kortlægges kommunernes sociale sammensætning blandt unge ud fra de fire indikatorer: uddannelse, indvandrerbaggrund, forældres samliv og den unges bopæl. For hver indikator beregnes et kommunegennemsnit, fx andelen af 18-årige, der ikke er i uddannelse, hvorefter kommunerne inddeles i fire lige store grupper (kvartiler) ud fra deres kommunegennemsnit. Kommunernes placering i 1., 2., 3. eller 4. kvartil er derefter illustreret ved hjælp af Danmarkskort, hvor hver kvartil har en tilhørende farvekode.

Denne øvelse gentages i den følgende kortlægning af 18-åriges seksuelle sundhed, kropstilfredshed og psykiske trivsel på baggrund af spørgeskemadata. Da vi her har et væsentligt mindre datagrundlag er der dog flere kommuner, der ikke kan vises særskilt af anonymitetshensyn, og vi har derfor valgt at slå enkelte kommuner sammen. Det drejer sig om følgende kommuner:

- Tårnby og Dragør
- Rødovre og Hvidovre
- Glostrup og Vallensbæk
- Hørsholm og Rudersdal
- Svendborg, Ærø og Langeland

- Esbjerg og Fanø
- Odder og Samsø
- Frederikshavn og Læsø.

For hver af de sammenlagte kommuner er der udregnet en gennemsnitlig score, og det er denne, der er brugt til at placere kommunerne i et givent kvartil. I de tilfælde, hvor en relativt stor kommune er slået sammen med en meget lille (ø)kommune, skal man regne med, at kommunernes samlede score er mest præget af den store kommunes sammensætning. I de tilfælde, hvor kommunerne er næsten lige store, må man regne med, at kommunernes score er udtryk for et gennemsnit mellem de to kommuner.

I den sidste kortlægning af unges seksuelle sundhed anvender vi som beskrevet aggregerede registerdata, hvor vi opgør antal af hver indikator pr. 1.000 i aldersgruppen. Igen er der kommuner, der må undlades af anonymitetshensyn, men da det ikke er de samme kommuner i alle analyser, er det for hver analyse angivet, hvilke kommuner der er udeladt. Generelt er der i disse analyser tale om små forskelle og lavfrekvente fænomener, der gør, at vi på kortene kun angiver, hvilket kvartil kommunen tilhører, og hvor medianen (skillelinjen mellem 2. og 3. kvartil) befinder sig.

Da der er 98 kommuner i Danmark, vil hver kvartil repræsentere 24-25 kommuner eller færre, alt efter hvor mange kommuner der inddrages i analyserne.

Til sidst i dette afsnit samler vi op på kortlægningen af unges seksuelle sundhed ved at give kommunerne en samlet score for deres kvartilplacering på følgende fem indikatorer på seksuel sundhed: "andel 18-årige, der er debuteret seksuelt, før de blev 15 år", "andel 18-årige, der har haft mere end seks seksuelle partnere", "andel unge, der ikke altid bruger prævention ved samleje", "antal positive klamydiatest pr. 1.000 i aldersgruppen" og "antal legale aborter pr. 1.000 i aldersgruppen". Herved fremkommer en skala, der går fra 5-20 (fra laveste kvartil på alle fem parametre til højeste kvartil på alle fem parametre).

2.3.2 Analyser af voksnes seksuelle sundhed

Analyserne af de voksnes seksuelle sundhed følger samme struktur som analyserne af de unge. Her starter vi ligeledes med at vise, hvordan voksnes seksuelle sundhed, ud fra de tilgængelige indikatorer, hænger sammen med sociale og demografiske forhold på nationalt niveau. Dernæst kortlægges den sociale sammensætning af voksenbefolkningen ved hjælp af individbaseret registerdata. Her beregner vi ligesom ved de unge et gennemsnit for hver kommune og tildeler dernæst hver kommune en kvartilscore (1-4), der bruges til at illustrere de sociale og demografiske forskelle mellem kommunerne i Danmarkskort. Herefter følger kortlægningen af de voksnes seksuelle sundhed og psykiske trivsel ved hjælp af spørgeskemadata og endelig følger kortlægningen af seksuelt overførte sygdomme, HPV og aborter, der er lavet på baggrund af aggregeret registerdata.

Oplysninger om alder, indvandrerbaggrund og beskæftigelse er hentet fra Danmarks Statistiks registre for alle i aldersgruppen 20-64 år i 2016 (3,3 mio. danskere), mens oplysningerne om uddannelse er hentet fra SHILD-spørgeskemaet (N = 19.030).

Når vi kortlægger kommunernes sociale forhold, seksuelle sundhed og trivsel, beregner vi for hver indikator først et gennemsnit af alle de borgere i kommunen, derefter sorterer vi kommunerne og inddeler dem i fire lige store grupper efter deres kvartiler. Disse fire grupper illustreres på kortene via forskellige farvekoder samt angivelse af, hvilket spænd i procentandele, kommunerne i denne gruppe falder inden for.

Ligesom i Årgang 95-undersøgelsen er enkelte kommuner i SHILD undersøgelsen slået sammen med nærmeste kommune for at sikre anonymitet. Det drejer sig om følgende kommuner:

- Svendborg, Ærø og Langeland
- Esbjerg og Fanø
- Odder og Samsø
- Frederikshavn og Læsø.

For hver af de sammenlagte kommuner er der udregnet en gennemsnitlig score, og det er denne, der er brugt til at placere kommunerne i en given kvartil. Når vi således slår en relativt stor kommune sammen med en meget lille (ø)kommune, skal man regne med, at kommunernes samlede score er mest præget af den store kommunes sammensætning.

3 Kortlægningen af unges seksuelle sundhed

Dette kapitel viser resultaterne af kortlægningen af de unges seksuelle sundhed. Som beskrevet viser vi først sammenhænge mellem unges seksuelle sundhed, kropstilfredshed og psykiske trivsel på den ene side og udvalgte sociale og demografiske forhold på den anden. Dernæst viser vi resultaterne af kortlægningen af kommunernes sociale og demografiske sammensætning blandt 18-årige i 2014, hvorefter vi kortlægger de 18-åriges seksuelle adfærd og de 15-19-åriges seksuelt overførte sygdomme, HPV-vacciner og aborter. Til sidst i dette kapitel viser vi kommunale forskelle i 18-åriges kropstilfredshed og psykiske trivsel. Analyserne er baseret på Årgang 95-datasættet og på registerdata fra Serum instituttet (se kapitel 2 for mere information om data og metoder).

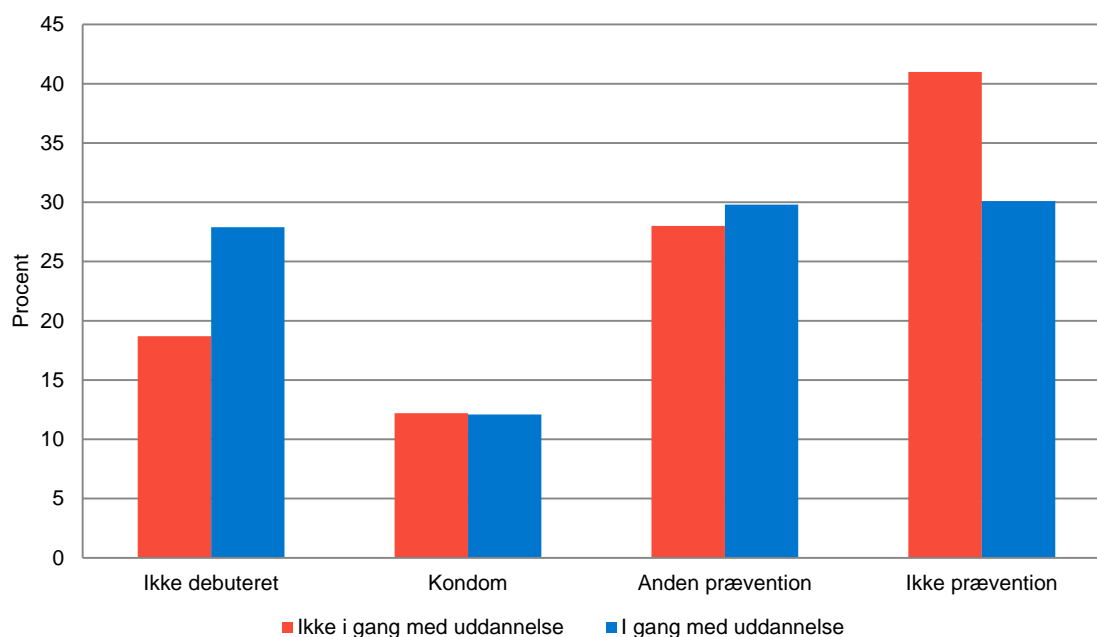
3.1 Sammenhænge mellem sociale forhold samt seksuel sundhed og psykisk trivsel blandt unge

Seksuel sundhed hænger statistisk sammen med en række sociale og økonomiske forhold, og disse forhold vil derfor ofte kunne forklare en del af forskellen mellem kommunerne, når vi ser på seksuel sundhed. I de følgende afsnit illustrerer vi, hvordan seksuel sundhed varierer blandt unge i og uden for uddannelse, blandt unge med dansk baggrund og indvandrerbaggrund, blandt unge med samboende og skilte forældre, og blandt unge, der bor med en eller begge forældre eller er udeboende. Vi har valgt kun at illustrere enkelte af resultaterne ved hjælp af figurer, mens de øvrige resultater er refereret under figurene.

3.1.1 Forskel på seksuel sundhed blandt unge i og uden for uddannelse

På tværs af de forskellige indikatorer på seksuel sundhed finder vi en forskel mellem unge, der er i gang med en uddannelse, og unge, der ikke er. Blandt unge, der er i gang med en uddannelse, er der således, som Figur 3.1 viser, 30 pct., der ikke altid bruger prævention, når de har sex, mens 28 pct. ikke er debuteret seksuelt. Blandt unge, der *ikke* er i gang med en uddannelse, har 41 pct. mindst en gang dyrket sex uden at bruge prævention, mens 19 pct. ikke er debuteret seksuelt. I begge grupper er der 12 pct., der altid bruger kondom ved samleje, og 28-30 pct., der altid bruger anden prævention end kondom.

Figur 3.1 Anvendelse af prævention blandt 18-årige i og uden for uddannelse. Procent



Anm.: Unge i gang med uddannelse (N = 5.017) og unge, der ikke er i gang med uddannelse (N = 1.004). Kategorien *ikke kondom* omfatter unge, der anvender anden form for prævention end kondom. Kategorien *ikke prævention* omfatter unge, der ikke anvender nogen form for prævention.

Kilde: Årgang 95 – Spørgeskemadata og registerdata (2014). N = 6.294.

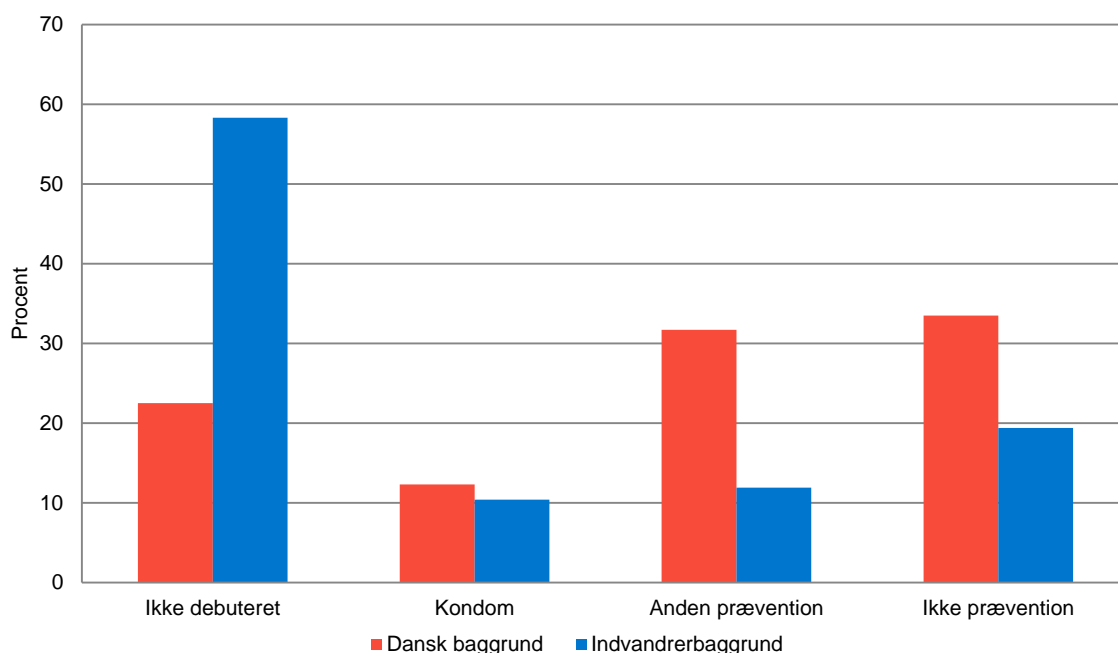
For de unges seksuelle debutalder tegner der sig et lignende billede, idet 31 pct. af unge, der *ikke* er i gang med en uddannelse, er debuteret, før de fyldte 15 år mod 18 pct. blandt unge, der *er* i gang med en uddannelse. Andelen af unge, der debuterer tidligt, er altså næsten dobbelt så stor blandt unge, der ikke er i gang med en uddannelse (ikke vist i figur).

Også når det gælder antallet af seksualpartnere, ser vi igen samme tendens: Blandt unge, der *ikke* er i gang med en uddannelse, har 27 pct. haft syv eller flere seksualpartnere mod kun 16 pct. af unge, der *er* i gang med en uddannelse (ikke vist i figur).

3.1.2 Forskel på seksuel sundhed blandt unge med og uden indvandrerbaggrund

Unge med indvandrerbaggrund er i mindre grad end unge med dansk baggrund debuteret seksuelt som 18-årige og findes af den grund også sjældnere i gruppen, der er debuteret tidligt eller ikke bruger prævention. Figur 3.2 viser, at 58 pct. af unge med indvandrerbaggrund ikke er debuteret seksuelt som 18-årige, mens 19 pct. mindst en gang har undladt at bruge prævention ved samleje. Blandt unge med dansk baggrund er 23 pct. ikke debuteret seksuelt, mens 34 pct. har undladt at bruge prævention mindst en gang.

Figur 3.2 Anvendelse af prævention blandt 18-årige unge med dansk baggrund og med indvandrerbaggrund. Procent



Anm.: Unge med dansk baggrund (N = 5.370) og unge med indvandrerbaggrund (N = 65).

Kilde: Årgang 95 – Spørgeskemadata og registerdata (2014). N = 6.294.

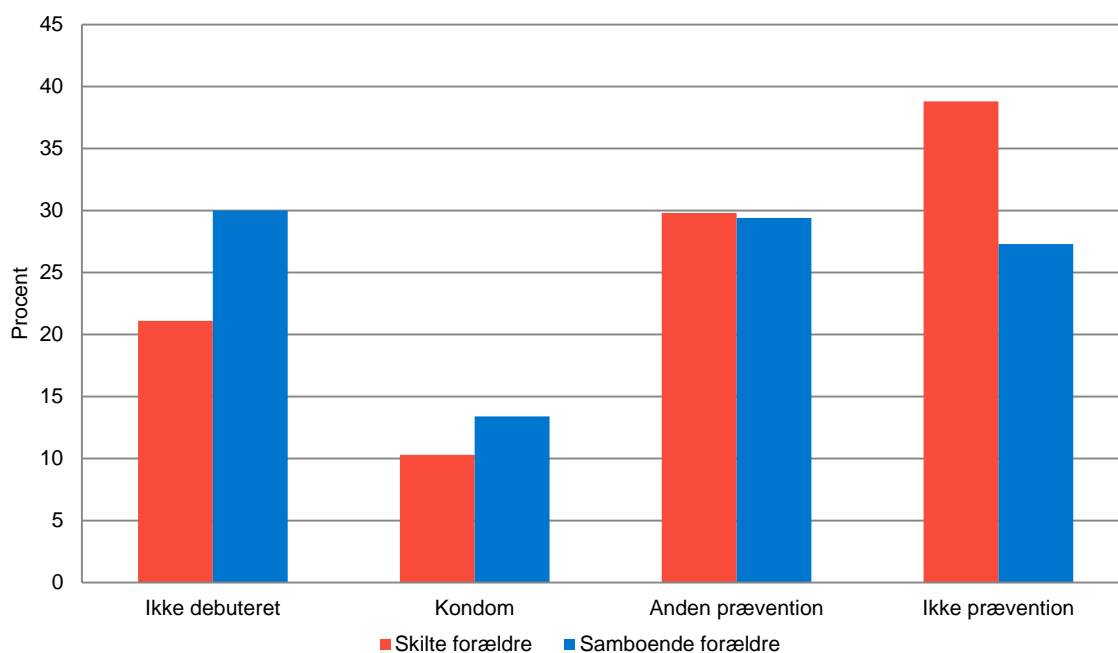
Blandt danske unge er 21 pct. debuteret seksuelt, før de er fyldt 15, mens det samme kun gælder 8 pct. af unge med indvandrerbaggrund. Lidt mindre forskel ser vi, når vi kigger på antallet af seksuelle partnere: blandt unge med dansk baggrund har 18 pct. haft mindst syv seksuelle partnere, mens det samme gælder for 11 pct. af unge med indvandrerbaggrund (ikke vist i figur).

3.1.3 Forskel på seksuel sundhed blandt unge med samboende og skilte forældre

Unge med samboende forældre har gennemsnitligt en lidt mindre risikobetonet seksualitet end unge, hvis forældre er skilte eller af andre grunde ikke bor sammen. Som vi kan se i Figur 3.3, er der således en større andel, der en eller flere gange har undladt at bruge prævention ved samleje blandt unge med skilte forældre (39 pct.) end blandt unge med samboende forældre (27 pct.). Omvendt er der 21 pct., der ikke er debuteret seksuelt blandt unge med skilte forældre mod 30 pct. af unge med samboende forældre.

Ud over, at unge med skilte forældre i mindre grad anvender prævention ved samleje, er de også overrepræsenterede blandt unge, der er debuteret seksuelt, før de fyldte 15, (27 pct. mod 15 pct. blandt unge med samboende forældre) og blandt unge, der har haft mindst syv seksuelle partnere (24 pct. mod 13 pct. af unge med samboende forældre) (ikke vist i figur).

Figur 3.3 Anvendelse af prævention blandt 18-årige med skilte og samboende forældre.
Procent



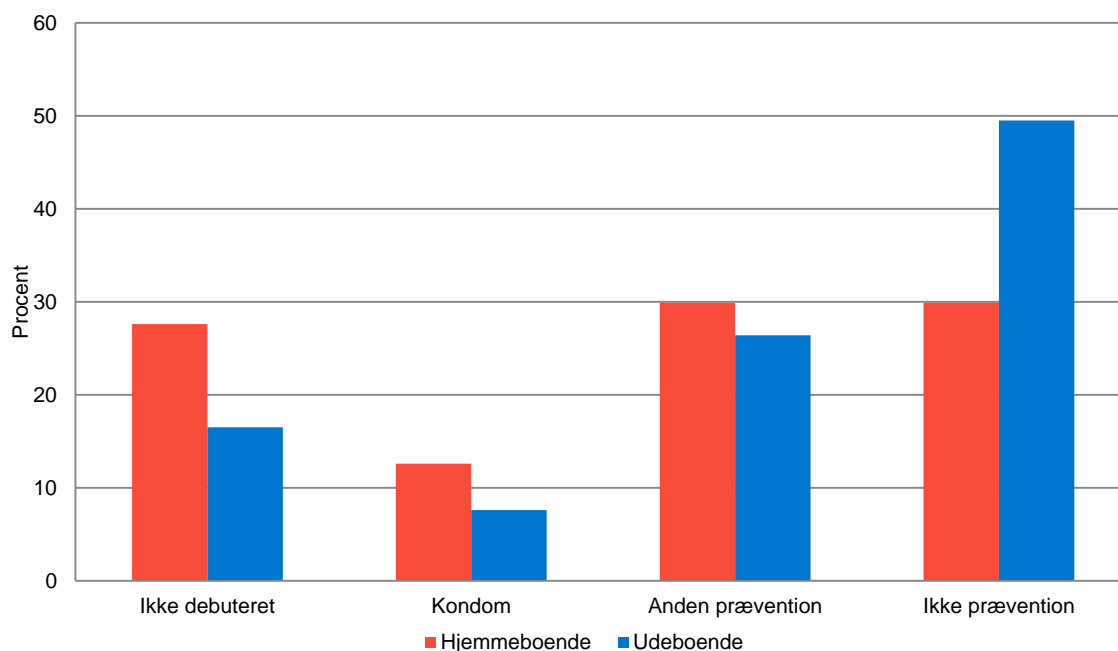
Anm.: Skilte forældre (N = 2.444) og samboende forældre (N = 3.577).

Kilde: Årgang 95 – Spørgeskemadata og registerdata (2014). N = 6.294.

3.1.4 Forskel på seksuel sundhed blandt ude- og hjemmeboende unge

Udeboende unge har en mere risikobetonet seksualitet end unge, der bor sammen med en eller begge forældre. Ser vi således i Figur 3.4 igen på andelen, der bruger kondom eller anden prævention ved samleje, finder vi, at næsten halvdelen af unge udeboende har dyrket sex uden at bruge prævention, mens det samme gælder for 30 pct. af unge, der fortsat bor hjemme.

Figur 3.4 Anvendelse af prævention blandt 18-årige ude- og hjemmeboende unge. Procent



Anm.: Hjemmeboende (N = 5.383) og udeboende (N = 638).

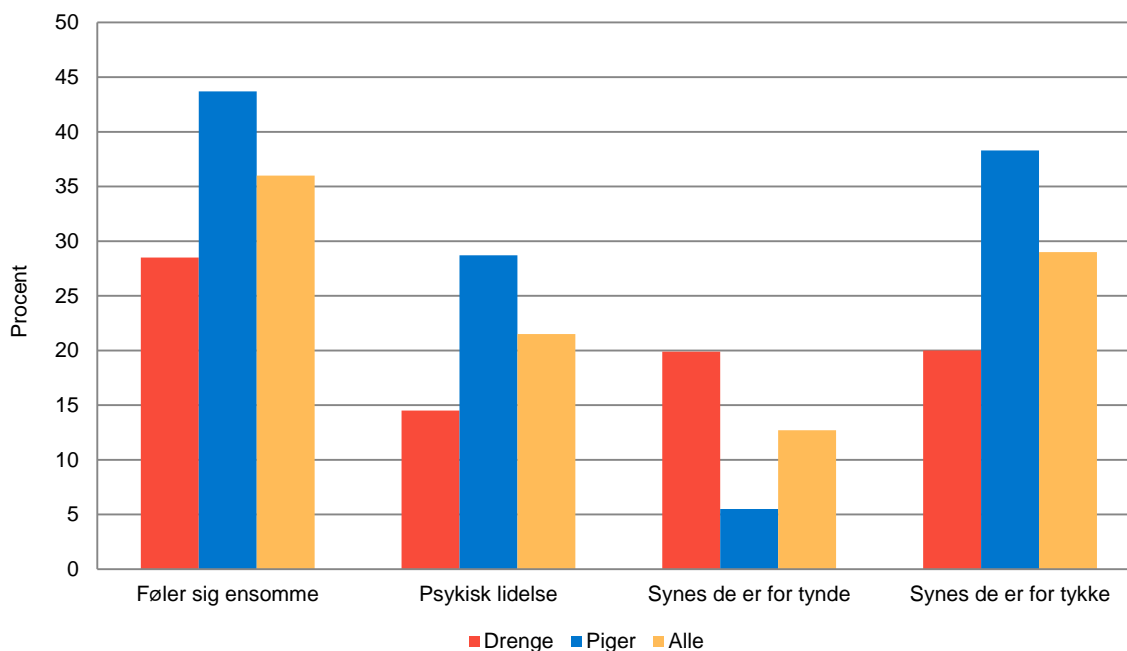
Kilde: Årgang 95 – Spørgeskemadata og registerdata (2014). N = 6.294.

Unge, der er flyttet tidligt hjemmefra, er derudover oftere end hjemmeboende debuteret, før de fyldte 15 år, idet 40 pct. af de udeboende mod kun 17 pct. af hjemmeboende har oplevet dette. De har oftere end hjemmeboende haft mindst syv seksuelle partnere (33 pct. mod 16 pct.), og de har oftere fået en abort (15 pct. mod 3 pct.) (ikke vist i figur).

3.1.5 Sammenhænge mellem sociale forhold, kropstilfredshed og psykisk trivsel

Når vi ser på unges psykiske trivsel og kropsopfattelse, spiller køn en væsentlig rolle, idet unge kvinder i noget højere grad end unge mænd oplever ensomhed og hyppigere angiver, at de på et tidspunkt har haft en psykisk lidelse som fx angst eller depression. Figur 3.5 viser således, at 44 pct. af unge kvinder mod 29 pct. af unge mænd af og til eller ofte føler sig ensomme, og at 29 pct. af unge kvinder mod 15 pct. af unge mænd selv angiver, at de på et tidspunkt i deres liv har haft en psykisk lidelse. I forhold til kropsopfattelse er der ikke markant forskel på andelen af unge mænd og kvinder, der oplever, at kroppen er passende; Men hvor unge kvinder i højere grad synes, at de er for tykke (38 pct. blandt kvinder mod 20 pct. blandt mænd), gælder det omvendt, at flere unge mænd synes, de er for tynde (20 pct. blandt mænd mod 5 pct. blandt kvinder).

Figur 3.5 Andel 18-årige, der oplever ensomhed eller psykisk lidelse, fordelt på køn. Procent



Anm.: Drenge (N = 3.128). Piger (N = 3.073).

Ensomhed og kropsoptagelse dækker en nutidig tilstand, mens psykisk lidelse refererer til et livsperspektiv.

Kilde: Årgang 95 – Spørgeskemadata og registerdata (2014). N = 6.294.

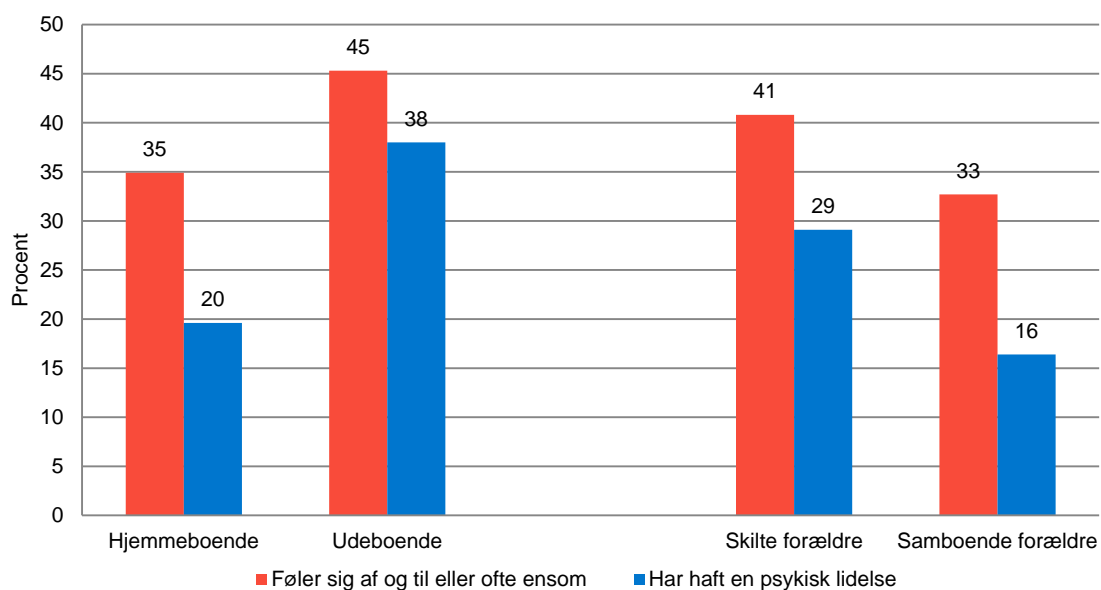
Derudover finder vi, at andelen, der har haft en psykisk lidelse eller føler sig ensomme, er forskellig blandt unge med samboende eller skilte forældre samt blandt unge, der er flyttet hjemmefra eller stadig bor sammen med deres forældre.

Figur 3.6 viser således, at 45 pct. af udeboende unge af og til eller ofte føler sig ensomme, og at 38 pct. af denne gruppe angiver at have haft en psykisk lidelse. Blandt hjemmeboende er det tilsvarende 35 pct., der føler sig ensomme, og 20 pct., der har haft en psykisk lidelse.

I gruppen med skilte forældre oplever 41 pct. af og til eller ofte ensomhed, mens 29 pct. angiver, at de har haft en psykisk lidelse. Blandt unge med samboende forældre føler 33 pct. sig af og til ensomme, mens 16 pct. har haft en psykisk lidelse.

Ude- og hjemmeboende adskiller sig derudover med hensyn til kropstilfredshed, idet udeboende i mindre grad end hjemmeboende oplever, at deres vægt er passende (49 pct. blandt udeboende mod 59 pct. blandt hjemmeboende).

Figur 3.6 Andel 18-årige, der oplever ensomhed eller psykisk lidelse fordelt på ude- og hjemmeboende samt forældres samlivsstatus. Procent



Anm.: Hjemmeboende (N = 5.383) og udeboende (N = 638). Skilte forældre (N = 2.444) og samboende forældre (N = 3.577). Ensomhed dækker en nutidig tilstand mens psykisk lidelse refererer til et livsperspektiv.

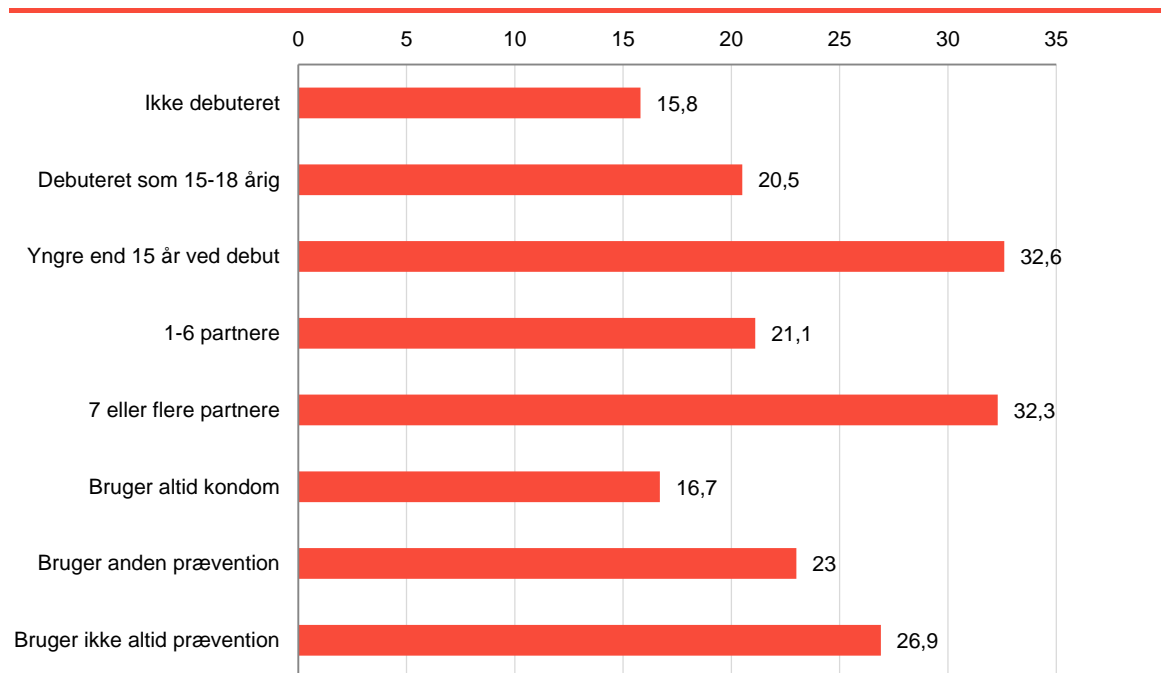
Kilde: Årgang 95 – Spørgeskemadata og registerdata (2014). N = 6.294.

Uddannelsesaktivitet og hvorvidt den unge har indvandrer- eller dansk baggrund hænger kun i begrænset grad sammen med psykisk trivsel, og sammenhængene er derfor ikke vist i figurer.

3.1.6 Sammenhæng mellem seksuel adfærd og psykisk trivsel

Ud over at psykisk trivsel hænger sammen med de viste demografiske og sociale forhold, har vi også undersøgt, hvordan psykisk trivsel og seksuel adfærd hænger sammen. I forhold til ensomhed er der ikke væsentlige forskelle på unge med forskellig seksuel adfærd, men når det gælder psykisk trivsel, finder vi, som vist i Figur 3.7, at unge, der er debuteret tidligt, har haft mere end seks seksuelle partnere eller ikke altid bruger prævention, i højere grad end andre unge angiver, at de har haft en psykisk lidelse som fx angst eller depression.

Figur 3.7 Andel, der har haft en psykisk lidelse, fordelt på de unges seksuelle adfærd. Procent



Anm.: Psykisk lidelse refererer til, om de unge nogensinde har haft en psykisk lidelse. N = 5.961.

Kilde: Årgang 95 – Spørgeskemadata og registerdata (2014). N = 6.294.

3.1.7 Opsamling på analyser af sammenhænge mellem sociale forhold, seksuel sundhed og psykisk trivsel

Unge seksuelle adfærd og psykiske trivsel varierer blandt unge med forskellige demografiske og sociale karakteristika og hænger også indbyrdes sammen. Således viser afsnittet, at unge, der ikke er i gang med en uddannelse, er udeboende eller har skilte forældre, har en mere risikobetonet seksualitet, idet de i mindre grad bruger prævention, i højere grad er debuteret, før de er fyldt 15 samt oftere har haft mere end seks seksuelle partnere, end unge, der er i uddannelse, bor hjemme eller har samboende forældre. Blandt udeboende unge og unge med skilte forældre ser vi derudover også en større andel, der oplever ensomhed eller angiver at have haft en psykisk lidelse. Unge med indvandrerbaggrund har gennemsnitligt deres seksuelle debut senere end unge med dansk baggrund og har derfor også i mindre grad end unge med dansk baggrund en risikabel seksuel adfærd.

I forhold til køn ser vi ikke væsentlige forskelle i seksuel adfærd, men til gengæld klare forskelle i psykisk trivsel og kropsopfattelse. Her er der flere unge kvinder, der rapporterer om ensomhed, angiver at have haft en psykisk lidelse og synes, de er for tykke, mens flere unge mænd omvendt synes, de er for tynde.

Endelig har vi vist, at seksuel adfærd hænger sammen med, hvorvidt de unge har haft en psykisk lidelse, men ikke er sammenhængende med, hvorvidt de unge oplever ensomhed.

Da data om seksuelt overførte sygdomme (primært klamydia), abort og HPV-vacciner ikke stammer fra samme datasæt som data om sociale og demografiske forhold, er det ikke muligt at vise den indbyrdes sammenhæng mellem disse faktorer. En høj andel af seksuelt overførte sygdomme eller abort er normalt tæt forbundet med manglende brug af prævention, og vi formoder derfor, at der er en højere forekomst af seksuelt overførte sygdomme blandt unge, der

ikke er i gang med en uddannelse, blandt udeboende og blandt unge med skilte forældre, ligesom vi forventer, at unge med dansk baggrund i højere grad end unge med indvandrerbaggrund har haft en seksuelt overført sygdom.

I forhold til HPV-vacciner har vi ikke grundlag for at antage, at andelen, der har ladet sig vaccinere, er højere i nogen befolkningsgrupper fremfor andre.

Sammenhængene mellem sociale forhold, seksuel sundhed og psykisk trivsel bruges, som før angivet, til at fortolke forskelle mellem kommunernes seksuelle sundhed. Har en kommune et lavt niveau af seksuel sundhed og samtidig en høj andel af unge, der bor ude, har skilte forældre eller ikke er i uddannelse, kan sammensætningen af ungebefolkningen således være med til at forklare den seksuelle sundhed. For at kunne lave denne tolkning kortlægger vi derfor i det følgende den sociale sammensætning blandt 18-årige i kommunerne i 2013.

3.2 Den sociale sammensætning af unge i kommunerne

I dette afsnit kortlægges kommunernes sociale sammensætning blandt 18-årige i forhold til uddannelsesaktivitet, indvandrerbaggrund, om de unge har skilte forældre og om de selv er udeboende². Oplysninger om disse faktorer er som før beskrevet hentet fra Danmarks statistiks registre og dækker derfor hele årgang 1995 i 2013.

Som beskrevet i afsnit 2.3 beregner vi for hver indikator først et gennemsnit blandt kommunens borgere og inddeler derefter kommunerne i fire lige store grupper eller kvartiler. Disse fire grupper illustreres på kortene via forskellige farvekoder samt angivelse af, hvilket spænd i procentandele, kommunerne i denne gruppe falder inden for.

3.2.1 Andelen af unge, der ikke er i gang med en uddannelse

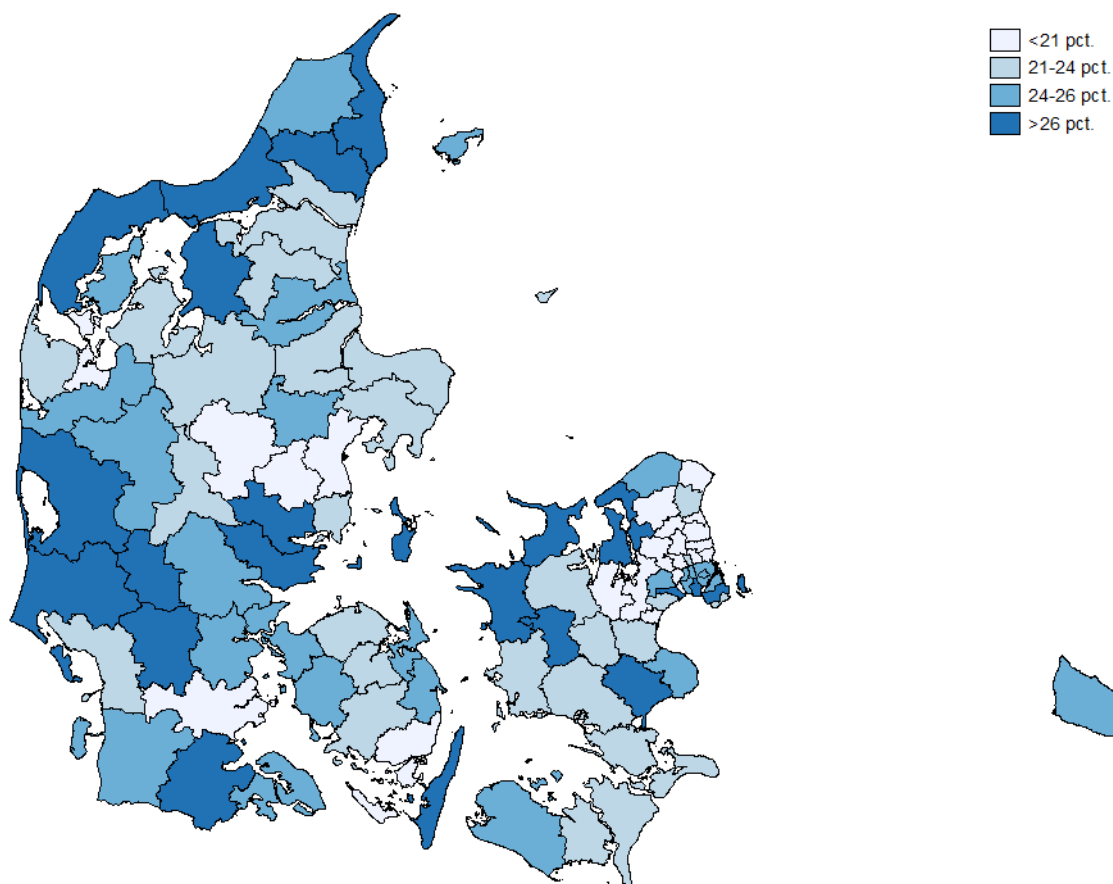
Som beskrevet i afsnit 3.1 har unge, der ikke er i gang med eller har færdiggjort en uddannelse, gennemsnitligt en højere grad af seksuel risikoadfærd, som fx manglende brug af prævention. Andelen af unge, der er i gang med en uddannelse i en given kommune, kan derfor være en medvirkende forklaring på, at vi ser et højere eller lavere niveau af seksuel sundhed blandt unge i kommunen.

Figur 3.8 viser, at der ikke er store forskelle på den gennemsnitlige andel af unge, der ikke har færdiggjort eller er i gang med en uddannelse i de fire kvartiler. De yderste kvartiler dækker dog et relativt stort spænd, og derfor er den egentlige variation mellem kommunerne større, end billedet viser. De kommuner, der har den mørkeste blå farve, er de kommuner, hvor andelen af unge, der ikke er i gang med en uddannelse eller har færdiggjort en uddannelse ud over grundskolen, er størst. Her er det mere end 26 pct. af de 18-årige, der ikke er i gang med en uddannelse. Modsat gælder for den lyse farve, som angiver de kommuner, hvor andelen, der ikke er i gang med uddannelse, er lavest. Her er der mindre end 21 pct., der ikke er i gang med en uddannelse.

Kommuner med en relativt lav uddannelsesdeltagelse blandt unge ligger spredt rundt om i landet – dog med større andele i Nord- og Vestjylland samt på Vestsjælland.

² Vi har ikke afdækket kønssammensætningen, da der ikke er betydelige forskelle på kommunernes kønssammensætning.

Figur 3.8 Andel 18-årige, der ikke er i gang med en uddannelse. Kvartiler



Anm.: Kommunerne er inddelt i fire lige store grupper (kvartiler). Procentandelene er afrundet og angivet i hele procent, der derfor overlapper.

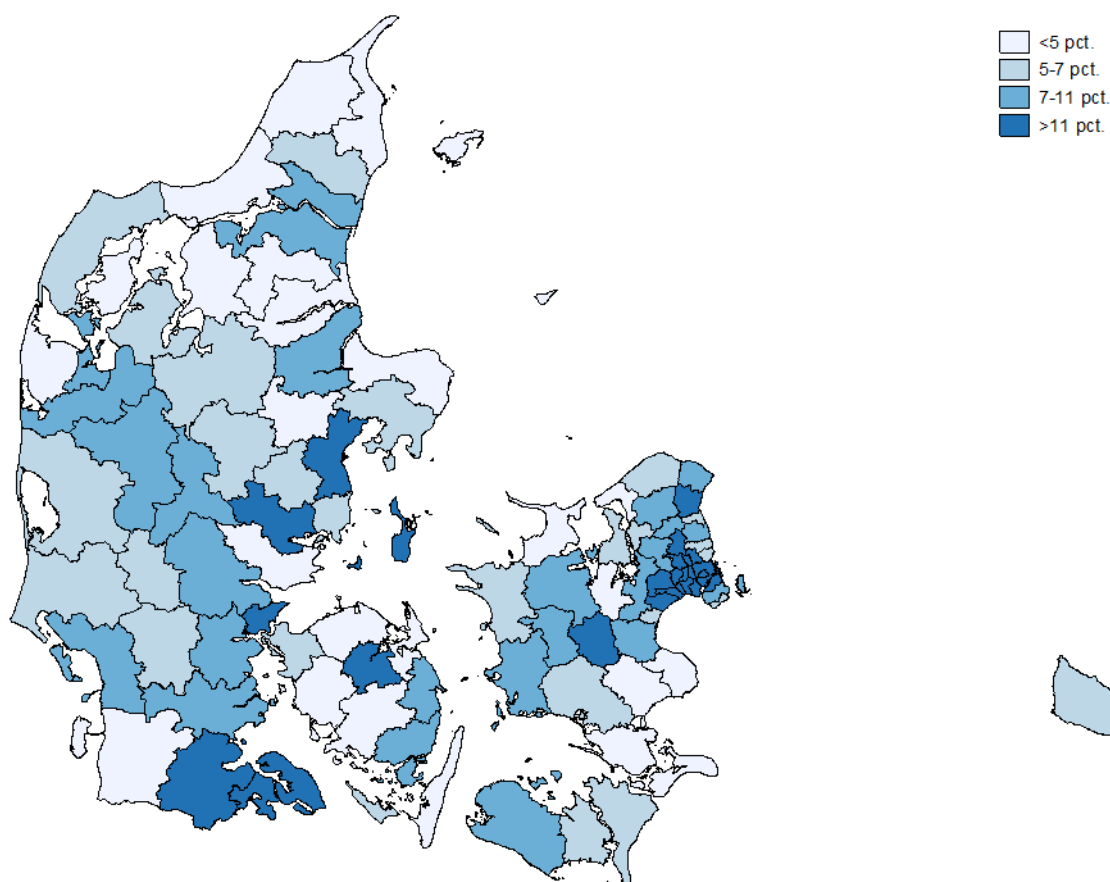
Kilde: Årgang 95 – Registerdata fra 2013. N = 73.255.

3.2.2 Andel unge med indvandrerbaggrund

Som det fremgik i afsnit 3.1.2, hænger unges seksuelle adfærd sammen med, om de eller deres forældre er indvandret fra et andet land, idet unge med indvandrerbaggrund i mindre grad er debuteret seksuelt som 18-årige og derfor også i mindre grad har en seksuel risikoadfærd som fx manglende præventionsbrug.

I Figur 3.9 ses en kommunal kortlægning af andelen af 18-årige med indvandrerbaggrund. Vi skelner ikke her mellem unge med vestlig og ikke-vestlig indvandrerbaggrund, og der kan derfor godt være forskel på sammensætningen af unge med indvandrerbaggrund i de enkelte kommuner.

Figur 3.9 Andel 18-årige med indvandrerbaggrund. Kvartiler



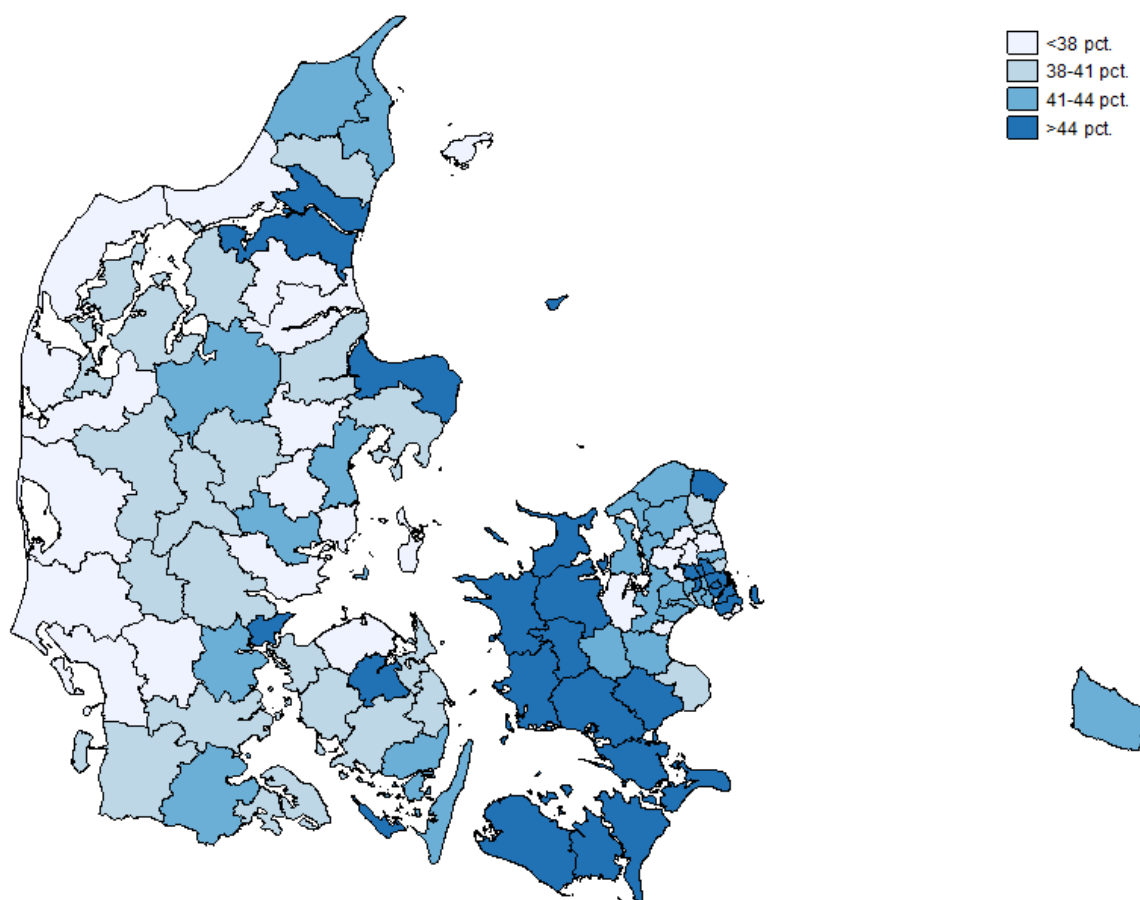
Anm.: Kommunerne er inddelt i fire lige store grupper (kvartiler). Procentandelene er afrundet og angivet i hele procent.
Kilde: Årgang 95 – Registerdata fra 2013. N = 73.255.

Igen ser vi forholdsvis små forskelle på den gennemsnitlige andel af indvandrere i de fire kvartiler, hvilket dog dækker over betydelige forskelle mellem de befolkningsmæssigt største kommuner og resten af landet. De kommuner, der har den mørkeste farve, har den største andel af 18-årige med indvandrerbaggrund (højere end 11 pct. af de unge), mens kommuner med den lyseste blå farve har den laveste andel af unge med indvandrerbaggrund (mindre end 5 pct. af de unge). Overordnet gælder, at andelen af unge med indvandrerbaggrund er størst i større kommuner som København, Aarhus og Odense og i kommuner omkring hovedstadsområdet, men også i enkelte kommuner uden for disse områder. Omvendt er andelen af unge med indvandrerbaggrund relativt lav i nordjyske kommuner og fynske kommuner uden for Odense, i Sydøstsjælland og på Bornholm.

3.2.3 Andel unge med skilte forældre

Afsnit 3.1.3 viste, hvordan unge med skilte forældre i lidt mindre grad anvender prævention og i lidt højere grad er debuteret seksuelt, før de er fyldt 15 år. Vi kortlægger derfor også i Figur 3.10, hvilke kommuner der har de største og mindste andele af unge, hvis forældre er skilte.

Figur 3.10 Andel 18-årige med skilte forældre. Kvartiler



Anm.: Kommunerne er inddelt i fire lige store grupper (kvartiler). Procentandelene er afrundet og angivet i hele procent.
Kilde: Årgang 95 – Registerdata fra 2013. N = 73.255.

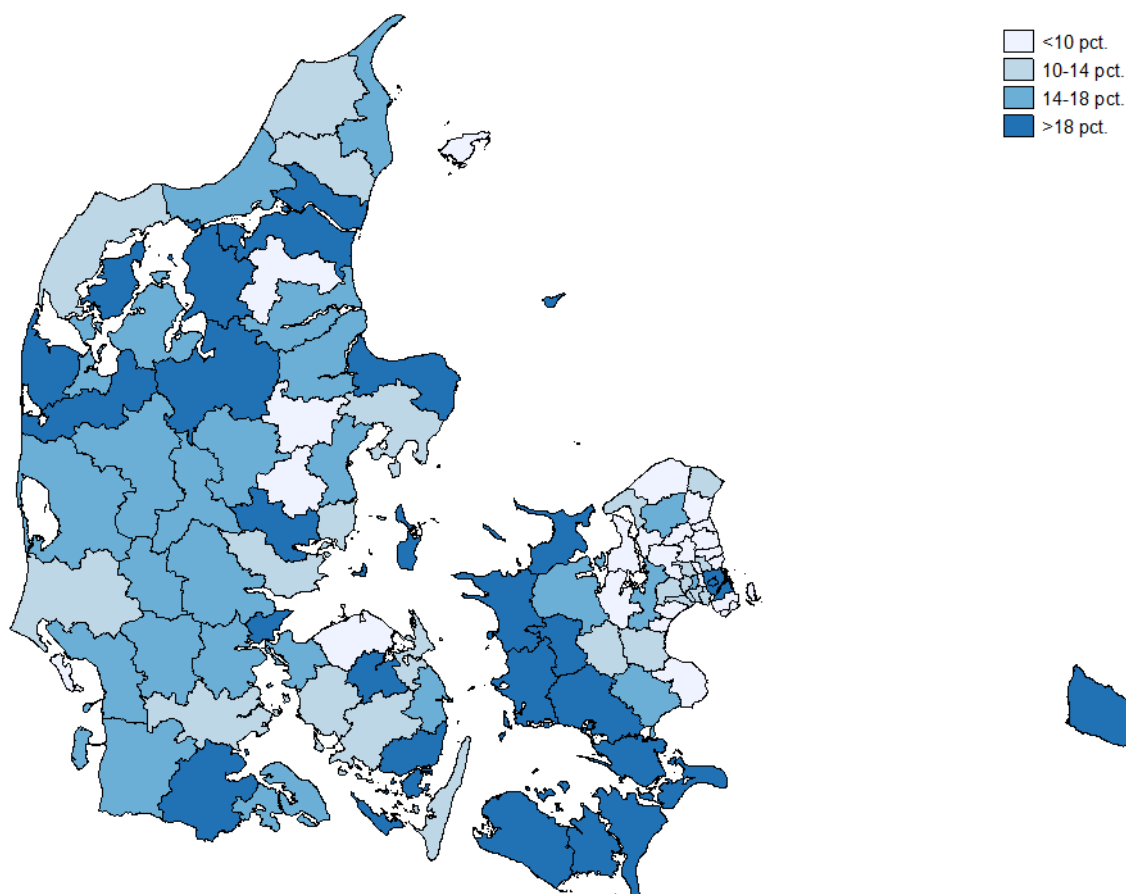
Igen repræsenterer den mørkeste blå farve kommuner med en høj andel af unge med ikke-samboende forældre (mere end 46 pct.), mens den lyseste farve repræsenterer kommuner med en lavere andel af unge med skilte forældre (mindre end 35 pct.)

Vi ser en relativt stærk koncentration af kommuner med en høj andel unge med skilte forældre i de store byer København, Aalborg og Odense samt i Norddjurs Kommune, på Vest- og Sydsjælland og på Lolland-Falster. Omvendt finder vi en koncentration af kommuner med få unge med skilte forældre i Vestjylland.

3.2.4 Andelen af udeboende unge

Som beskrevet i afsnit 3.1.4 har udeboende en mere risikabel seksuel adfærd end hjemmeboende, og vi viser derfor i Figur 3.11, hvordan den geografiske variation i andelen af unge, der er udeboende, varierer mellem kommunerne. Her betyder den mørkeste blå farve, at andelen af udeboende 18-årige er højere end 18 pct., mens den lyseste farve indikerer, at andelen af udeboende 18-årige er mindre end 10 pct. Andelen af udeboende er størst i det nordlige Midtjylland, på Vestsjælland og Bornholm samt i studiebyerne København og Odense. Omvendt er der færre kommuner med udeboende unge i Nordsjælland.

Figur 3.11 Andelen af udeboende 18-årige. Kvartiler



Anm.: Kommunerne er inddelt i fire lige store grupper (kvartiler). Procentandelene er afrundet og angivet i hele procent.
Kilde: Årgang 95 – Registerdata fra 2013. N = 73.255.

3.2.5 Samlet billede af kommunernes sociale sammensætning

Kigger vi på tværs af de fire kort, finder vi, at kommuner på Vest- og Sydsjælland, Lolland-Falster, Bornholm samt enkelte jyske kommuner som Morsø, Norddjurs, Vesthimmerland og Frederikshavn samlet set har en høj andel af unge, der ikke er i uddannelse, har skilte forældre, er udeboende og har dansk baggrund. Forventningen er, at det vil være blandt disse kommuner, vi vil se den laveste seksuelle sundhed.

I den anden ende af skalaen, hvor kommuner med lave andele af såvel unge uden for uddannelse, unge med skilte forældre, udeboende unge som unge med dansk baggrund befinder sig, finder vi en overvægt af kommuner i Nordsjælland og omkring København.

3.3 Den seksuelle sundhed blandt unge i kommunerne

I dette afsnit kortlægger vi den seksuelle sundhed i kommunerne blandt unge 18-årige på baggrund af de indikatorer, der indgik i afsnit 3.1 (brug af prævention, seksuel debut før 15-årsalderen og antal seksuelle partnere) og blandt unge under 20 år på baggrund af registerdata fra Statens Seruminstitut om antal klamydiatilfælde pr. 1.000 unge, antal pr. 1.000, der har fået HPV-vaccine samt antal pr. 1.000, der har fået abort.

Ligesom vi gjorde i forrige afsnit om den sociale sammensætning af kommunerne, inddeles kommunerne i fire lige store grupper (kvartiler) på baggrund af den gennemsnitlige seksuelle sundhed blandt de unge i kommunen.

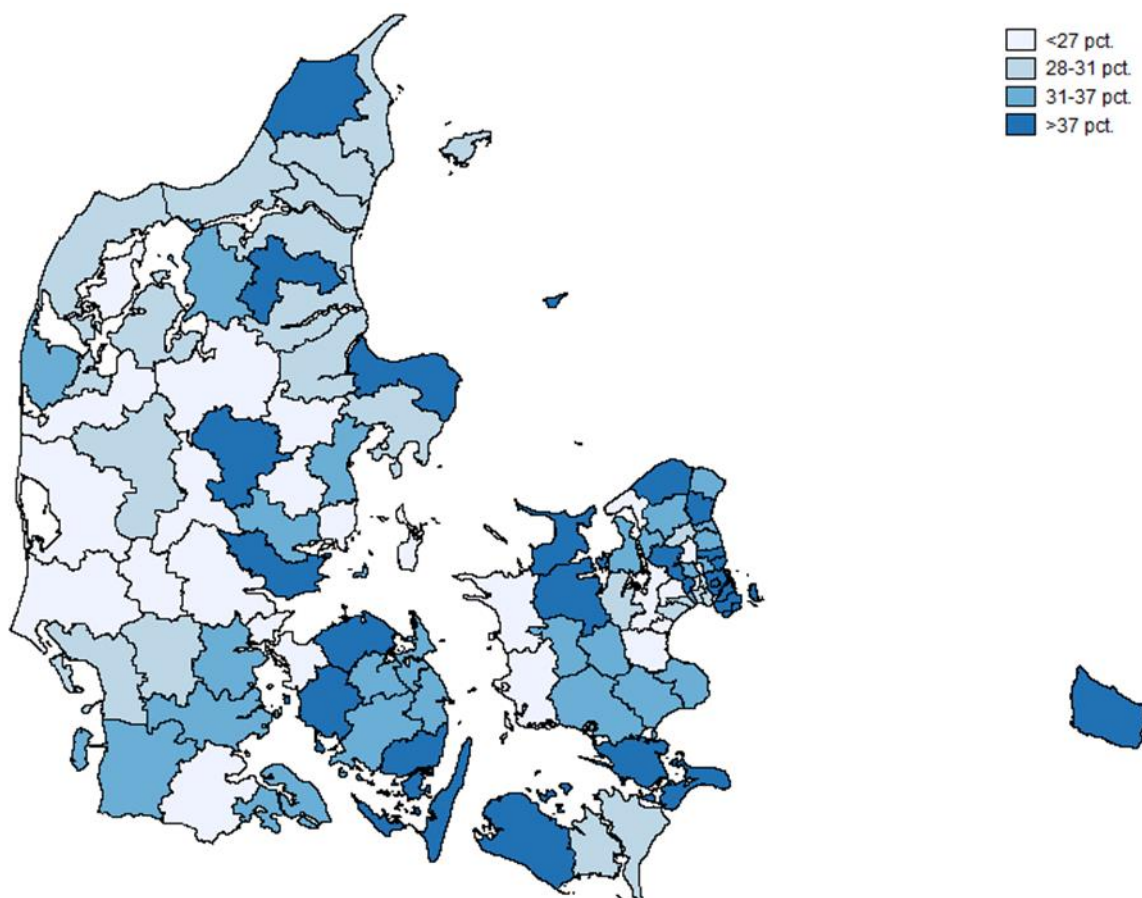
For hver gruppe er der angivet, hvilken procentinterval de ligger inden for, hvilket illustreres via farvekoderne på kortet, der går fra lys til mørk farve. For alle figurene gælder, at de angivne procent er afrundet og angivet i hele procent, hvilket forklarer, at der nogle steder er et overlap mellem kvartilerne.

3.3.1 Brug af prævention

3.3.1.1 Andelen af unge, der dyrker ubeskyttet sex

Figur 3.12 viser den kommunale variation i andelen af 18-årige, der dyrker ubeskyttet sex blandt alle, der har deltaget i Årgang 95-spørgeskemaundersøgelsen. Det vil sige, at der også indgår respondenter, der endnu ikke har haft seksuel debut. Kigger vi på kortet, ser vi, at den mørkeste blå farve indikerer, at mere end 37 pct. af de unge 18-årige i kommunen har svaret, at de mindst en gang har dyrket sex uden at bruge prævention. Den lyseste farve indikerer omvendt, at mindre end 27 pct. af de unge har svaret, at de mindst en gang ikke har brugt prævention. Vi ser ikke et tydeligt mønster i andelen, der ikke bruger prævention, mellem landsdele. Der er dog lidt flere kommuner med højere andele af unge, der ikke bruger prævention i hovedstadsområdet, Syd- og Nordsjælland, Lolland, dele af Fyn samt Bornholm. De vestjyske kommuner har generelt mindre andele af unge, der dyrker ubeskyttet sex.

Figur 3.12 Andel 18-årige, der dyrker ubeskyttet sex. Kvartiler



Anm.: I denne figur er andelen af unge, der dyrker ubeskyttet sex, opgjort på baggrund af alle respondenter og dermed også dem, der ikke debuteret.

Kommunerne er inddelt i fire lige store grupper (kvartiler). Procentandelene er afrundet og angivet i hele procent. Enkelte mindre kommuner er slået sammen med nærmeste kommune af anonymiseringshensyn.

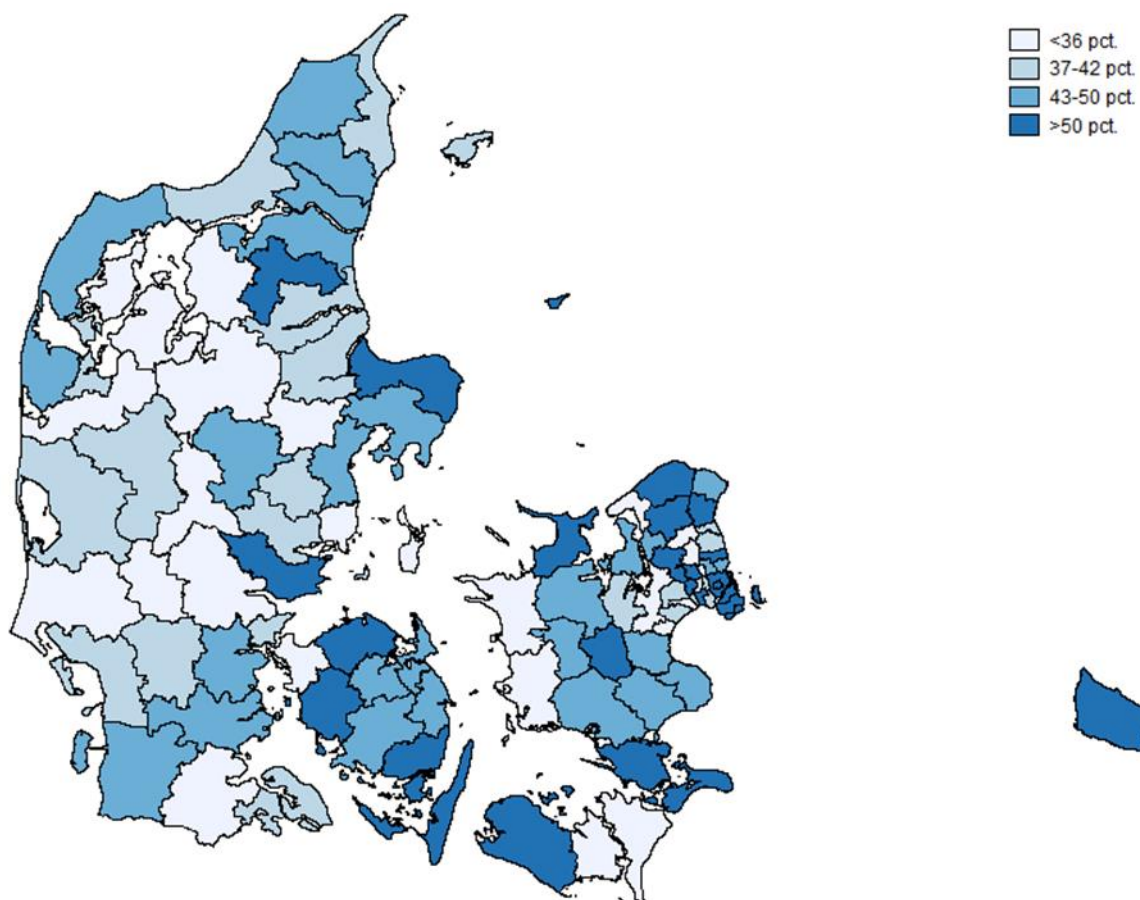
Kilde: Årgang 95 – Spørgeskemadata fra 2014. N = 6.294.

3.3.1.2 Ubeskyttet sex blandt seksuelt aktive

Da det er muligt, at nogle kommuner både har en høj andel af unge, der ikke er debuteret seksuelt og samtidig har en højere grad af seksuel risikoadfærd blandt de unge, der er debuteret, har vi også beregnet andelen, der har haft sex uden prævention blandt seksuelt aktive unge. Blandt seksuelt aktive unge ser vi, at der i den fjerdedel af kommunerne, der ligger højest, hvad angår ubeskyttet sex (den mørkeblå farve), er mere end 50 pct. seksuelt aktive unge, der har dyrket ubeskyttet sex. Omvendt er der mindre end 36 pct., der har dyrket ubeskyttet sex i den fjerdedel af kommunerne, der har færrest, der ikke altid bruger prævention.

Relativt viser Figur 3.13 dog nogenlunde samme billede af præventionsbrug, som vi så i Figur 3.12. Det er fortsat kommunerne i Hovedstadsområdet, Syd- og Nordsjælland, Lolland, dele af Fyn samt Bornholm, der har de største andele af seksuelt aktive 18-årige, der dyrker ubeskyttet sex. Derudover er de fleste jyske kommuner fortsat blandt dem, der har de laveste andele af seksuelt aktive unge, der dyrker ubeskyttet sex.

Figur 3.13 Andele af seksuelt aktive 18-årige, der har ubeskyttet sex. Kvartiler



Anm.: Denne figur omfatter udelukkende unge, der er seksuelt aktive.

Kommunerne er inddelt i fire lige store grupper (kvartiler). Procentandelene er afrundet og angivet i hele procent. Enkelte mindre kommuner er slået sammen med nærmeste kommune af anonymiseringshensyn.

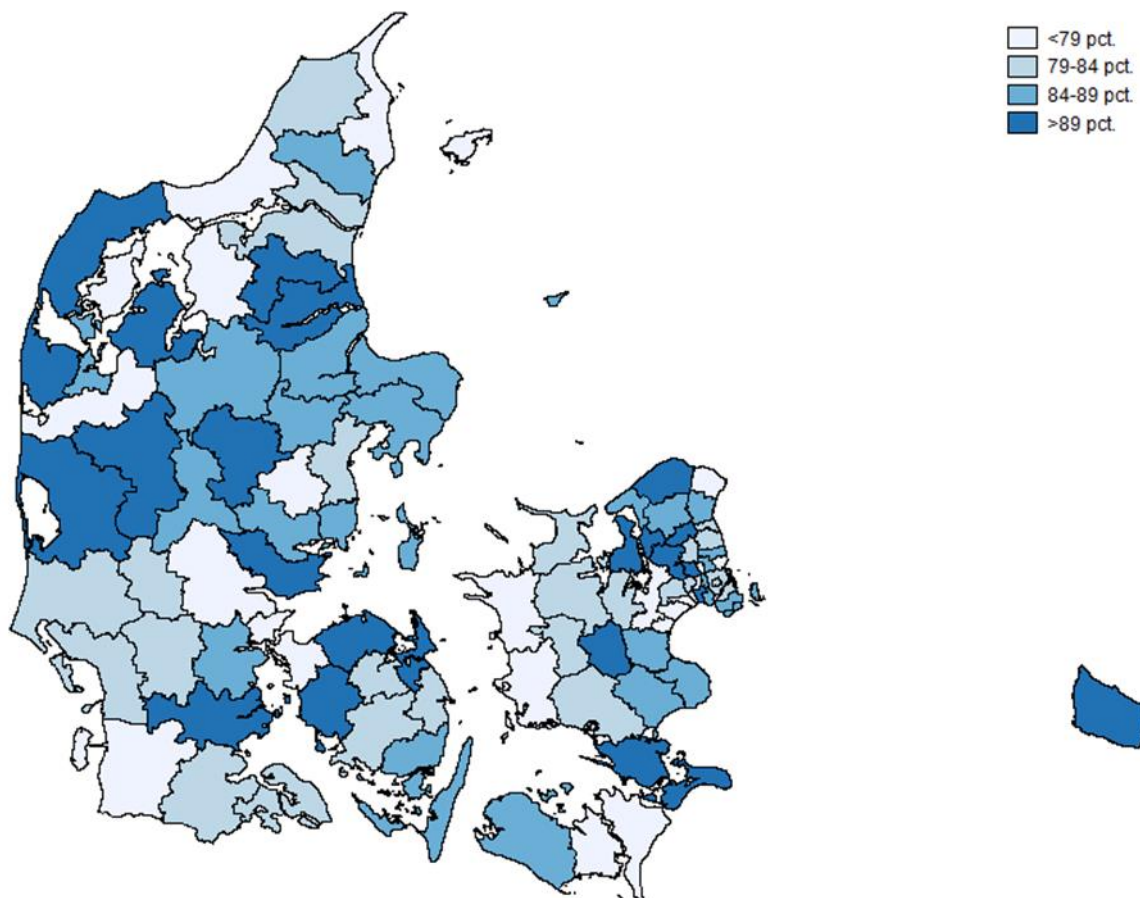
Kilde: Årgang 95 – Spørgeskemadata fra 2014. N = 4.431.

3.3.1.3 Seksuelt aktive, der ikke anvender kondom

Figur 3.14 viser, hvordan kommunerne placerer sig i forhold til hinanden efter, hvor stor en andel af de seksuelt aktive unge i kommunen der *ikke altid bruger kondom*, når de har sex. Den lyseste farve indikerer her en relativt høj brug af kondom (minimum 21 pct. af de unge har svaret, at de altid bruger kondom), mens den mørkeste farve indikerer en relativt lille brug af kondom (maksimum 11 pct. af de unge angiver, at de altid bruger kondom).

Her ser vi et lidt anderledes billede, end vi så i Figur 3.12 og Figur 3.13, idet nogle af de midt- og vestjyske kommuner ligger forholdsvis højt, mens hovedstadsområdet, Lolland og de sydfynske kommuner ikke har så høje andele af unge, der har undladt at bruge kondom.

Figur 3.14 Andele af seksuelt aktive 18-årige, der ikke bruger kondom. Kvartiler



Anm.: Denne figur omfatter udelukkende unge, der er seksuelt aktive.
Kommunerne er inddelt i fire lige store grupper (kvartiler). Procentandelene er afrundet og angivet i hele procent.
Enkelte mindre kommuner er slået sammen med nærmeste kommune af anonymiseringshensyn.
Kilde: Årgang 95 – Spørgeskemadata fra 2014. N = 4.431.

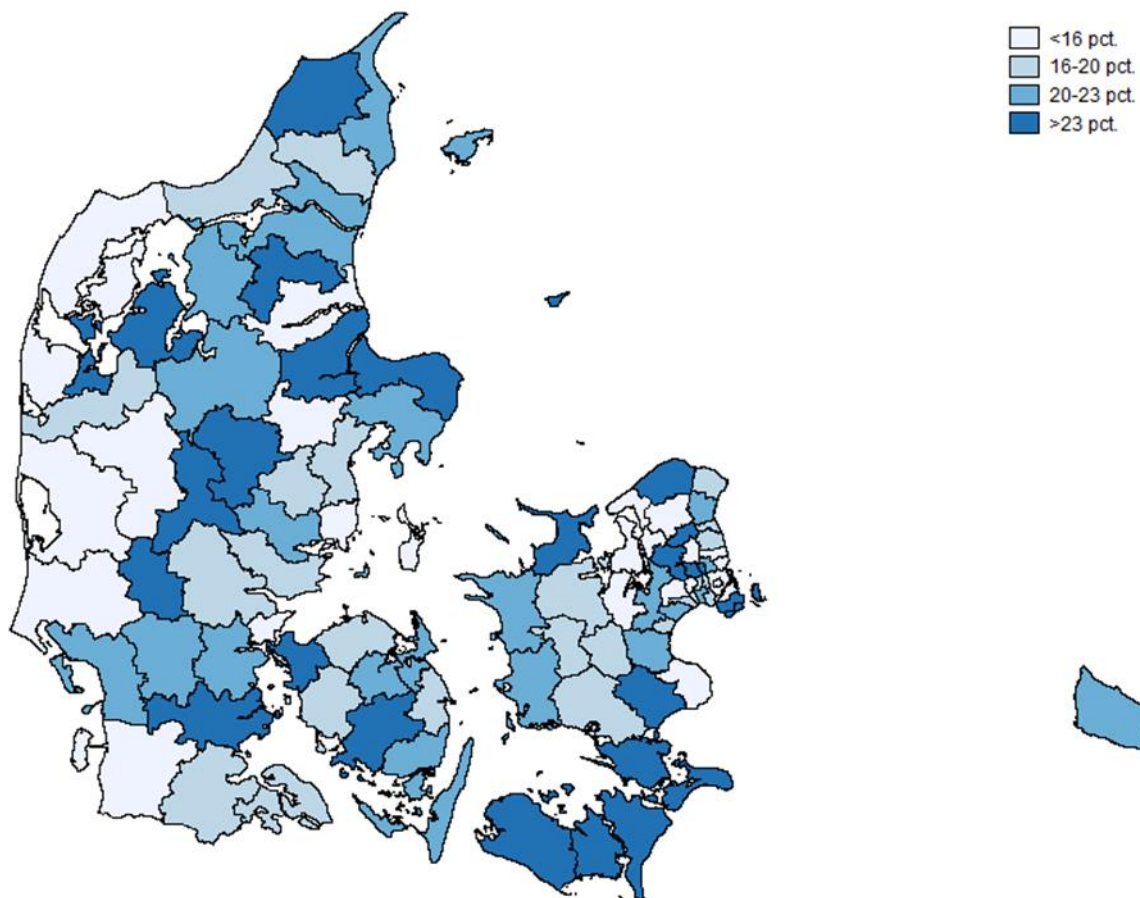
3.3.2 Debuteret seksuelt før 15-årsalderen

En tidlig seksuel debut behøver ikke være problematisk i sig selv, men det kan være et udtryk for, at den unge overskrider en kropslig grænse, før han/hun mentalt er klar til det. En høj andel af unge, der er debuteret før, de er fyldt 15, ses derfor her som en indikator på seksuel risikoadfærd.

Figur 3.15 viser den geografiske variation i andelen af 18-årige, der har haft seksuel debut, før de fyldte 15 år. I den fjerdedel af kommunerne, hvor andelen af unge med tidlig seksuel debut er højest (de mørkeblå), er andelen over 23 pct. Omvendt ser vi mindre end 16 pct., der er debuteret tidligt i de kommuner, der ligger lavest (lyseste). Sammenlignet med brugen af prævention ser vi her således en mindre spredning mellem kommunerne.

Kommunerne med en høj andel af unge, der er debuteret tidligt, ligger spredt rundt i landet. Vi finder både disse unge i midtjyske kommuner, på Fyn, Sydsjælland og Lolland-Falster. Kommunerne i det vestlige Jylland har dog generelt en relativt lav andel af unge, der debuterer tidligt.

Figur 3.15 Andelen af 18-årige, der har haft seksuel debut, før de fyldte 15 år. Kvartiler



Anm.: Kommunerne er inddelt i fire lige store grupper (kvartiler). Procentandelene er afrundet og angivet i hele procent. Enkelte mindre kommuner er slået sammen med nærmeste kommune af anonymiseringshensyn.

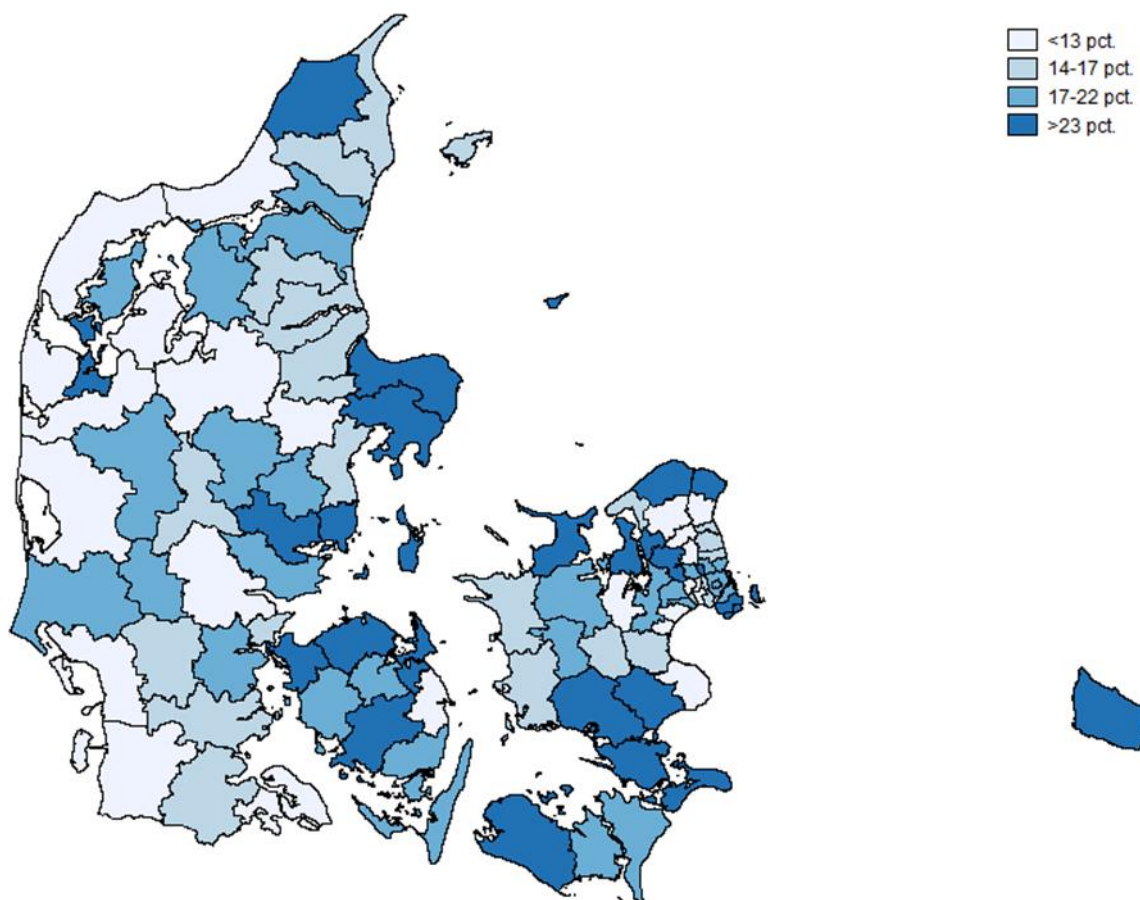
Kilde: Årgang 95 – Spørgeskemadata fra 2014. N = 6.294.

3.3.3 Seksuelle partnere

3.3.3.1 Andel med mere end seks seksuelle partnere blandt alle unge

Figur 3.16 kortlægger kommunerne i forhold til andelen af alle 18-årige i kommunen, der har haft mere end seks sexpartnere. Vi ser, at andelen med mere end seks sexpartnere er over 23 pct. i den fjerdedel af kommunerne, hvor der er flest (de mørkeblå) og mindre end 13 pct. i den fjerdedel af kommunerne, hvor der er færrest (de lyseste). Der er ikke et tydeligt mønster i forhold til landsdele, men vi ser en højere andel af unge med mere end seks sexpartnere på Djursland, dele af Fyn, Syd- og Nordsjælland, Lolland og Bornholm. Derudover er tendensen, at de kommuner, der har den mindste andel af 18-årige med mere end seks sexpartnere, primært befinder sig i Vest- og Midtjylland.

Figur 3.16 Andel af 18-årige, der har haft mere end seks sexpartnere. Kvartiler



Anm.: I denne figur er andelen af unge, der har syv eller flere sexpartnere, opgjort på baggrund af alle respondenter og dermed også dem, der ikke debuteret.

Kommunerne er inddelt i fire lige store grupper (kvartiler). Procentandelene er afrundet og angivet i hele procent. Enkelte mindre kommuner er slået sammen med nærmeste kommune af anonymiseringshensyn.

Kilde: Årgang 95 – Spørgeskemadata fra 2014. N = 6.294.

De resterende opgørelser i afsnit 3.3 vedrørende klamydiatilfælde, HPV-vaccine og aborter er baseret på registerdata. Fænomenerne er opgjort særskilt for hver kommune (kommuner er ikke slået sammen som for spørgeskemadata). De kommuner, der befinder sig i 1. kvartil, er de ca. 25 kommuner med færrest tilfælde pr. 1.000 indbyggere i aldersgruppen, og de, der befinder sig i 4. kvartil, er de ca. 25 kommuner med flest tilfælde pr. 1.000 indbyggere i aldersgruppen.

3.3.4 Klamydiatilfælde

Ifølge Statens Serum Institut blev der diagnosticeret i alt 8.818 klamydiatilfælde blandt personer i alderen 15-19 år i Danmark i 2016³ svarende til 25,1 tilfælde pr. 1.000 personer i aldersgruppen.

³ Der er diagnosticeret i alt 8.961 klamydiatilfælde blandt personer under 20 år i Danmark i 2016 med kendt alder og køn, herunder 56 tilfælde blandt 0-årige, 87 tilfælde blandt 1-14-årige og 8.818 tilfælde blandt 15-19-årige (Statens Serum Institut, 2017a).

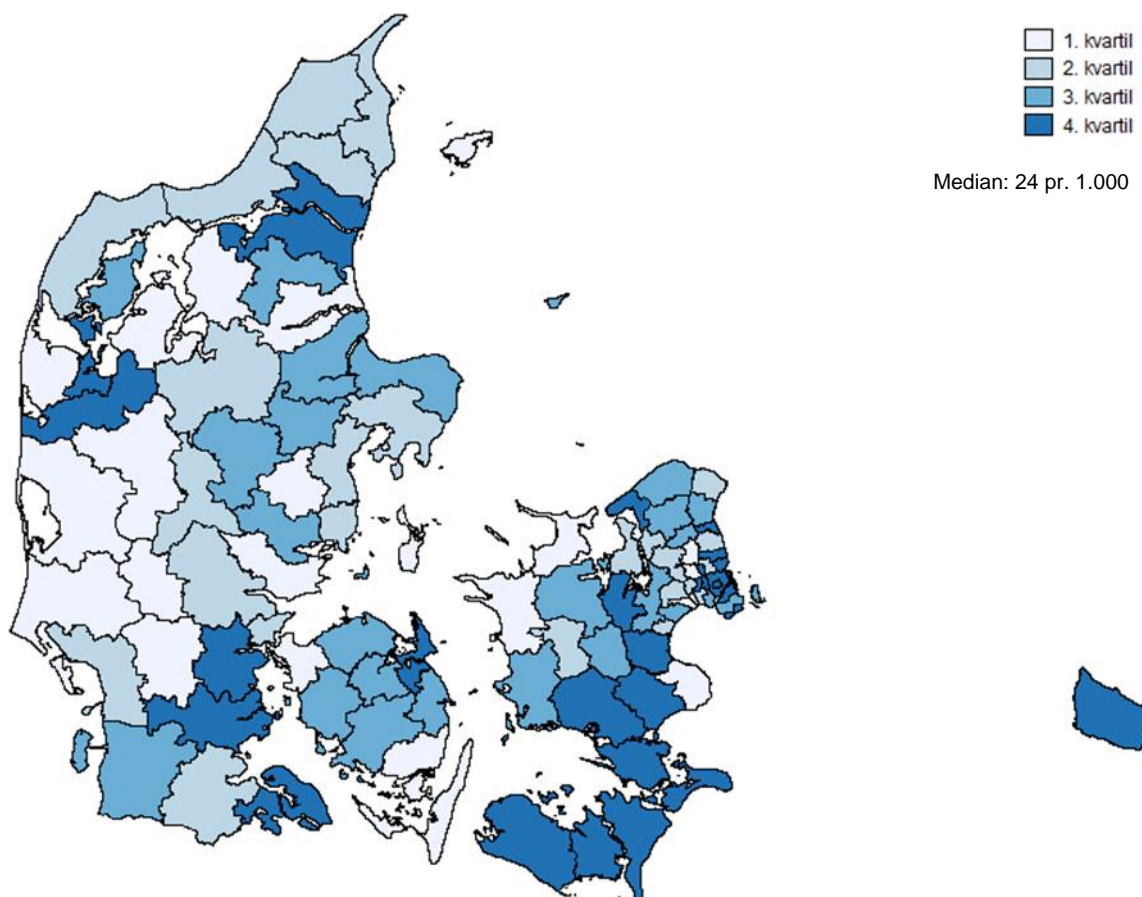
Hvad er klamydia?

Klamydia er en infektion i urinrøret, livmoderhalsen eller endetarmen forårsaget af bakterien *Chlamydia trachomatis*. Bakterien overføres mellem personer, som har ubeskyttet sex. De hyppigste symptomer er svie ved vandladning samt udflåd fra urinrøret og for kvinder også fra livmoderhalsen, men ofte giver klamydia ingen symptomer. Der behandles med antibiotika, hovedsageligt som éngangsdosis. Ved manglende eller sen behandling kan kvinder udvikle betændelse i æggeledderne, hvilket kan medføre øget risiko for sterilitet og graviditet uden for livmoderen.

Kilde: Patienthåndbogen, 2015a.

Figur 3.17 viser antallet af diagnosticerede klamydiatilfælde blandt unge under 20 år pr. 1.000 indbyggere i aldersgruppen 15-19 år fordelt på kommuner. Kun medianen er oplyst, da der er kommuner med mindre end 5 tilfælde.

Figur 3.17 Antal diagnosticerede klamydiatilfælde blandt unge under 20 år pr. 1.000 indbyggere i aldersgruppen 15-19 år. Kvartiler



Anm.: Antallet af klamydiatilfælde er opgjort som antal tilfælde blandt personer i aldersgruppen 1-19 år. Klamydia forekommer blandt personer under 15 år, men der er tale om få tilfælde. Samme person kan optræde flere gange, hvis vedkommende har haft flere episoder af klamydia i 2016. Statens Serum Institut antager, at en episode har en varighed på op til 42 dage, og i tilfælde af flere positive undersøgelsesvar med større tidsintervaller kan en person optræde med flere positive episoder.

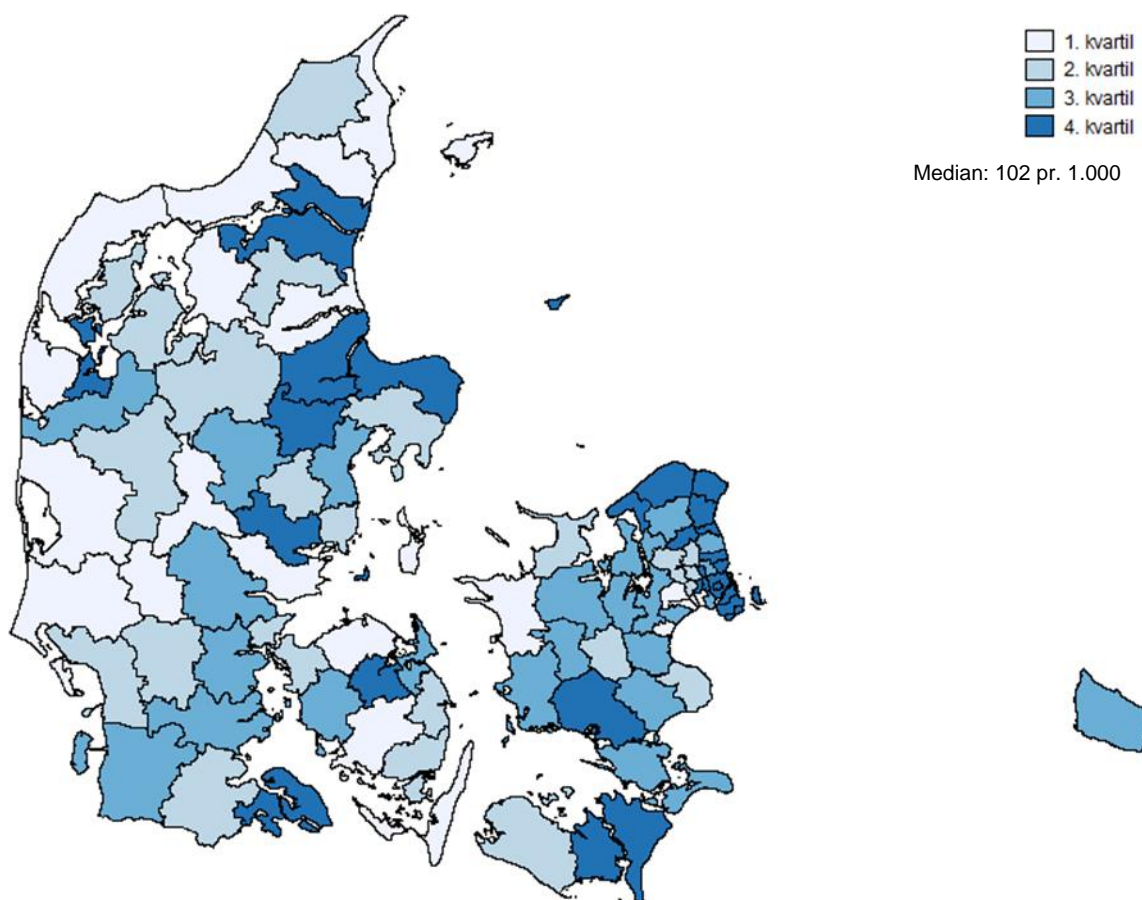
Anm.: De kommuner, der befinder sig i 1. kvartil, er dem med færrest tilfælde pr. 1.000 indbyggere, og de, der befinder sig i 4. kvartil, er dem med flest tilfælde pr. 1.000 indbyggere.

Kilde: Udtræk fra Statens Serum Institut og egne beregninger – 2016.

Der er relativt mange kommuner i 4. kvartil, hvor forekomsten af klamydia blandt unge under 20 år er størst, omkring hovedstadsområdet, på Sydsjælland og Lolland-Falster (de mørkeblå kommuner). Det kan både skyldes, at forekomsten af klamydia rent faktisk er størst i disse kommuner, og at flere bliver testet – det vil sige, at flere tilfælde af klamydia bliver opdaget/diagnosticeret.

Figur 3.18 viser antallet af klamydiatest blandt unge under 20 år pr. 1.000 indbyggere i aldersgruppen 15-19 år fordelt på kommuner.

Figur 3.18 Antal klamydiatest blandt unge under 20 år pr. 1.000 indbyggere i aldersgruppen 15-19 år. Kvartiler



Anm.: Antallet af klamydiatest er opgjort som antal test blandt personer i aldersgruppen 1-19 år. Klamydia forekommer blandt personer under 15 år, men der er tale om få tilfælde. Samme person kan optræde flere gange, hvis vedkommende har fået foretaget flere test.

Anm.: De kommuner, der befinder sig i 1. kvartil, er dem med færrest test pr. 1.000 indbyggere, og de kommuner, der befinder sig i 4. kvartil, er dem med flest test pr. 1.000 indbyggere.

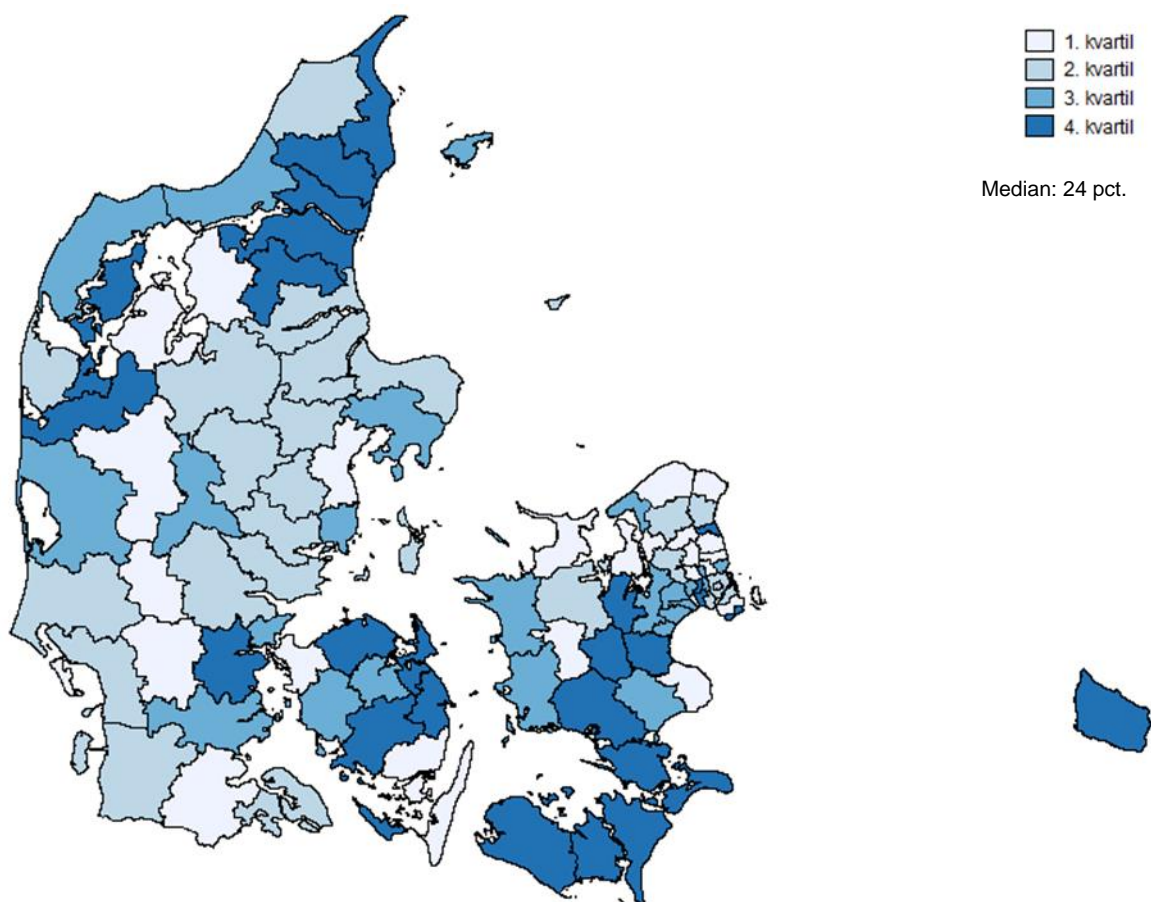
Kilde: Udtræk fra Statens Serum Institut og egne beregninger – 2016.

Figuren viser et vist sammenfald mellem kommuner med flest test for klamydia og flest diagnosticerede tilfælde af klamydia, men det er ikke givet, at de kommuner, hvor der diagnosticeres flest tilfælde af klamydia, også er de kommuner, hvor der foretages flest test. Dette er også illustreret i Figur 3.20, som viser andelen af klamydiatest blandt unge under 20 år, der var positive, fordelt på kommuner. Flere kommuner på Sydsjælland, Lolland-Falster, Fyn og Nordjylland tilhører 4. kvartil (de mørkeblå kommuner). Det antyder, at der er mindre

opmærksomhed på at blive testet for klamydia blandt unge under 20 år i disse kommuner sammenlignet med resten af landet.

Sundhedsstyrelsen har i 2015 udgivet faglige anbefalinger vedr. forebyggelse, diagnose og behandling af seksuelt overførbare infektioner (Sundhedsstyrelsen, 2015a). Her anbefales det bl.a., at unge med en adfærd, der vides at være koblet til en høj prævalens af klamydia, dvs. de med mange eller skiftende partnere, hvor der ikke konsekvent er brugt kondom, bør tilbydes en test for klamydia.

Figur 3.19 Andel af klamydiatest blandt unge under 20 år, der var positive. Kvartiler



Anm.: Antallet af klamydiatest er opgjort som antal test blandt personer i aldersgruppen 1-19 år. Klamydia forekommer blandt personer under 15 år, men der er tale om få tilfælde.

Anm.: De kommuner, der befinder sig i 1. kvartil, er dem med den mindste andel af positive test, og de kommuner, der befinder sig i 4. kvartil, er dem med den største andel af positive test.

Kilde: Udtræk fra Statens Serum Institut og egne beregninger – 2016.

3.3.5 HPV-vaccination

HPV-vaccinen har indgået i børnevaccinationsprogrammet for piger siden 2009, og Sundhedsstyrelsen anbefaler, at alle piger vaccineres i 12-årsalderen før seksuel debut (Sundhedsstyrelsen, 2017).

Kort om HPV-vaccine

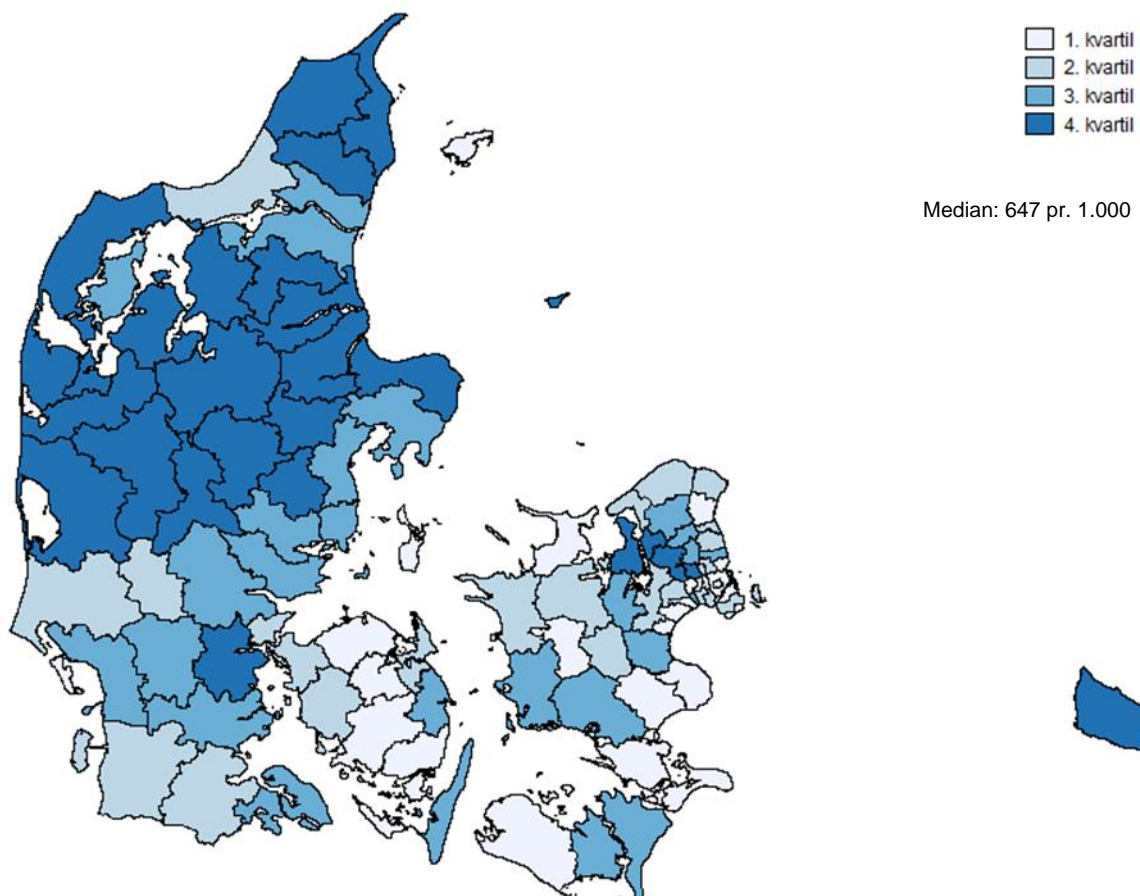
Humant Papillom Virus (HPV) er en hyppig seksuelt overført infektion og kan udvikle kræft i livmoderhals, skede, skamlæber, penis og endetarm. HPV smitter ved seksuel kontakt, og kondom beskytter ikke tilstrækkeligt, da virus også kan sidde på huden omkring kønsorganerne. Siden 2009 har HPV-vaccinen været et gratis tilbud til piger i alderen 12-17 år i Danmark (en del af børnevaccinationsprogrammet). HPV-vaccinen består af 2-3 vaccinationer afhængig af alder ved vaccination samt øvrige faktorer.

Kilde: Statens Serum Institut, 2017b, samt Sundhedsstyrelsen, 2015b og 2017.

Ifølge data fra Statens Serum Institut havde i alt 220.539 piger under 20 år i Danmark fået den første HPV-vaccination pr. 1. januar 2016, og 176.213 piger var HPV-færdigvaccinerede. Det svarer til henholdsvis 816 og 652 piger pr. 1.000 piger i alderen 12-19 år.

Figur 3.20 viser antallet af 12-19-årige piger, der er HPV-færdigvaccineret, pr. 1.000 piger i aldersgruppen. Igen er det især kommuner på Sjælland og Fyn samt de mindre øer, hvor andelen er lavest (de lyseste kommuner).

Figur 3.20 Antal piger i alderen 12-19 år, der er HPV-færdigvaccinerede pr. 1.000 piger i aldersgruppen 12-19 år i kommunen. Kvartiler



Anm.: De kommuner, der befinder sig i 1. kvartil, er de kommuner med den mindste andel af 12-19-årige piger, der er HPV-færdigvaccinerede, og de kommuner, der befinder sig i 4. kvartil, er de kommuner med den største andel af 12-19-årige piger, der er HPV-færdigvaccinerede.

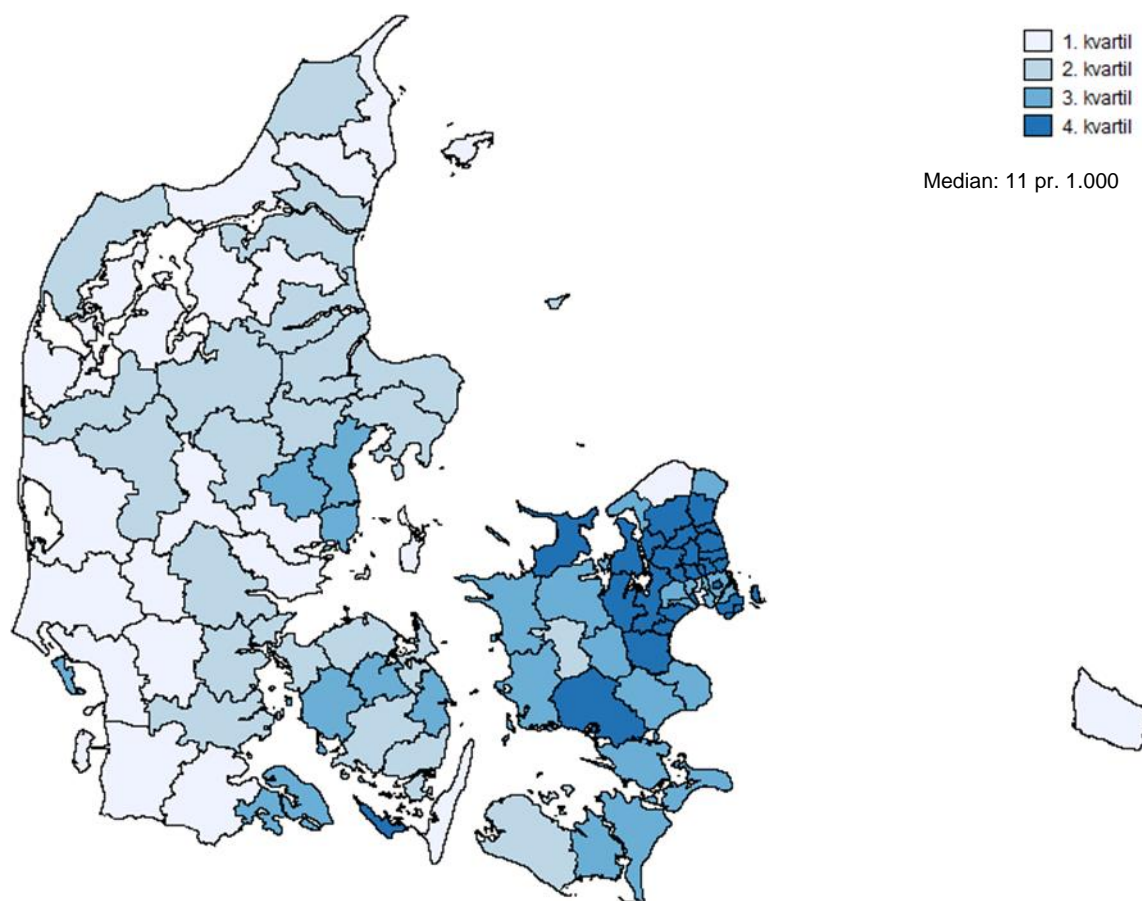
Kilde: Udtræk fra Statens Serum Institut og egne beregninger – 1.1. 2016.

HPV-vaccinen er ikke en del af børnevaccinationsprogrammet for drenge, men alle drenge har fra 9-årsalderen mulighed for at få HPV-vaccinen mod egenbetaling⁴ (blivvaccineret.dk 2018). Fra den 1. februar 2018 og indtil videre frem til udgangen af 2018 kan drenge, der er til drenge, blive gratis HPV-vaccineret, hvis de er mellem 15 og 20 år (Sundhedsstyrelsen, 2018).

Ifølge data fra Statens Serum Institut havde i alt 6.271 drenge under 20 år i Danmark fået den første HPV-vaccination pr. 1. januar 2016, og 3.944 drenge var HPV-færdigvaccinerede. Det svarer til henholdsvis 22 og 14 drenge pr. 1.000 drenge i alderen 12-19 år.

Figur 3.21 viser, hvor mange drenge i alderen 12-19 år der er HPV-færdigvaccinerede pr. 1.000 drenge i aldersgruppen fordelt på kommuner. Her er tendensen, modsat af pigerne, at det er de sjællandske kommuner, der har den største andel (de mørkeblå kommuner). Kun medianen er oplyst, da der er kommuner med mindre end 5 drenge, som er færdigvaccineret.

Figur 3.21 Antal drenge i alderen 12-19 år, der er HPV-færdigvaccinerede pr. 1.000 drenge i aldersgruppen 12-19 år i kommunen. Kvartiler



Anm.: De kommuner, der befinder sig i 1. kvartil, er de kommuner med den mindste andel af 12-19-årige drenge, der er HPV-færdigvaccinerede, og de kommuner, der befinder sig i 4. kvartil, er dem med den største andel af 12-19-årige drenge, der er HPV-færdigvaccinerede.

Kilde: Udtræk fra Statens Serum Institut og egne beregninger – 1.1. 2016.

⁴ HPV-vaccinen kan beskytte mod celleforandringer, der kan lede til kræft i analkanal, og kønsvorter hos drenge/mænd.

3.3.6 Aborter

I 2015 blev der foretaget i alt 1.943 legalt provokerede aborter i Danmark blandt piger under 20 år (eSundhed.dk). Det svarer til 11,3 aborter pr. 1.000 piger i aldersgruppen 15-19 år.

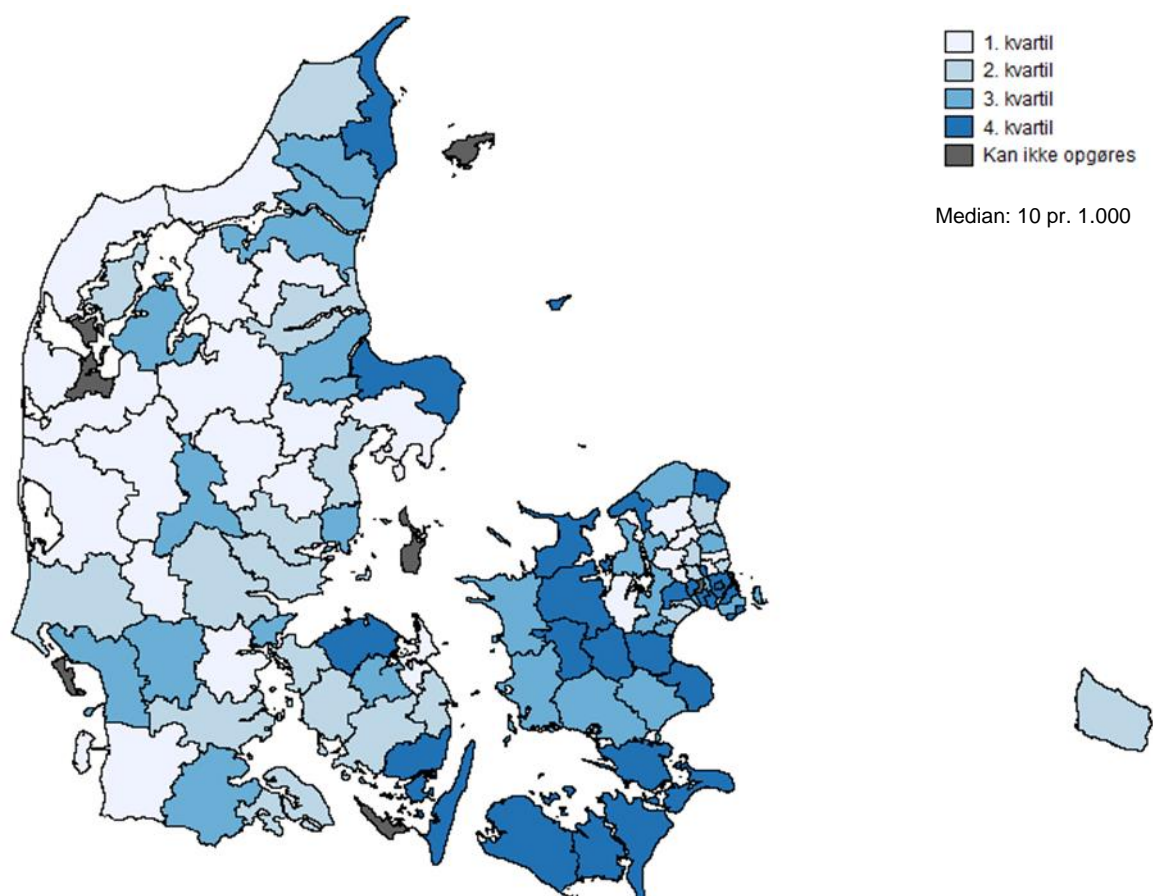
Abortlovgivning i Danmark

Siden 1973 har det været lovligt for kvinder at få foretaget en provokeret abort ved uønsket graviditet. For kvinder over 18 år er det muligt at få foretaget en legalt provokeret abort enten medicinsk eller kirurgisk frem til 12. graviditetsuge. Ugifte kvinder under 18 år skal som udgangspunkt have samtykke fra forældre eller værge for at få foretaget en abort.

Kilde: Patienthåndbogen, 2015c.

Figur 3.22 viser antallet af legalt provokerede aborter i 2015 blandt 15-19-årige piger pr. 1.000 piger i aldersgruppen fordelt på kommuner. Antallet af legalt provokerede aborter blandt unge under 20 år er generelt størst i kommuner på Sjælland og Lolland-Falster (de mørkeblå kommuner).

Figur 3.22 Antal legalt provokerede aborter blandt 15-19-årige piger pr. 1.000 piger i aldersgruppen 15-19 år. Kvartiler



Anm.: Kommuner markeret med grå farve er kommuner, hvor antallet af legalt provokerede aborter for aldersgruppen er under 5, og hvor det ikke er muligt at opgøre antallet af legalt provokerede aborter pr. 1.000 indbyggere.

Anm.: De kommuner, der befinder sig i 1. kvartil, er de kommuner, der har det laveste antal legalt provokerede aborter pr. 1.000 piger i alderen 15-19 år. De kommuner, der befinder sig i 4. kvartil, er de kommuner, der har det højeste antal legalt provokerede aborter pr. 1.000 piger i alderen 15-19 år.

Kilde: Udtræk fra eSundhed.dk og egne beregninger – 2015.

3.3.7 Opsamling på unges seksuelle sundhed

På baggrund af kortlægningen af kommuner på enkeltfaktorer har vi lavet et indeks, der giver et samlet overblik over den seksuelle sundhed blandt unge i kommunerne. Indekset bygger på tre af de anvendte spørgeskemafaktorer (andel, der dyrker ubeskyttet sex blandt alle unge, andel med mere end seks partnere blandt alle unge og andel, der har haft tidlig debut) samt to af de anvendte faktorer hentet fra aggregeret registerdata (andel, der har fået en abort og andel, der er testet positiv for klamydia).

Kommunernes samlede score på seksuel sundhed, vist i Tabel 3.1, er udregnet ved at sammenlægge kommunernes kvartilscore for disse fem faktorer. Da kommunerne for hver faktor kan få en score fra 1-4, går den samlede score på skalaen fra minimum 5 til maksimum 20. Tabel 3.1 giver en oversigt over alle kommunernes (grupperede) placering på dette indeks. En lav score (fx 5-9) svarer her til en relativt høj grad af seksuel sundhed, mens en høj score (16-20) svarer til en relativt lav grad af seksuel sundhed.

Placeringen på indekset over seksuel sundhed tegner et relativt tydeligt regionalt billede af seksuel sundhed. Vi finder således en tydelig overvægt af jyske kommuner blandt kommuner med en høj grad af seksuel sundhed blandt kommunens unge og en klar overvægt af kommuner på Sjælland og øerne blandt kommuner med lav grad af seksuel sundhed blandt kommunens unge.

Blandt de 18 kommuner, der har en høj grad af seksuel sundhed, ligger 14 således i Jylland, mens 4 ligger på Sjælland. Omvendt finder vi, blandt de 17 kommuner, der har det laveste niveau af seksuel sundhed, 10 kommuner på Sjælland, to på Fyn, tre på Bornholm og Lolland-Falster, mens kun to ligger i Jylland.

Tabel 3.1 Inddeling af kommuner efter samlet niveau af seksuel sundhed blandt unge. Score på baggrund af kvartilscore i figur 3.12, 3.15, 3.16, 3.19 og 3.24. En lav score indikerer høj seksuel sundhed, mens en høj score indikerer en lav seksuel sundhed. Kommunerne er placeret i tilfældig rækkefølge inden for hver gruppe

5-9	10-11	12-13	14-15	16-20
Vejle	Billund	Albertslund	Assens	Gribskov
Viborg	Ishøj	Brøndby	Gentofte	Tårnby/Dragør
Ringkøbing-Skjern	Kalundborg	Gladsaxe	Kolding	Norddjurs
Furesø	Morsø	Halsnæs	Køge	Lolland
Favrskov	Stevns	Hedensted	Randers	Vordingborg
Lemvig	Vallensbæk/ Glostrup	Hørsholm/ Rudersdal	Svendborg /Ærø/Langeland	Næstved
Thisted	Aabenraa	Ikast-Brande	Ringsted	Bornholm
Herning	Allerød	Lyngby-Taarbæk	Sorø	Guldborgsund
Jammerbugt	Brønderslev	Middelfart	Struer	Herlev
Mariagerfjord	Esbjerg/Fanø	Slagelse	Egedal	Nordfyns
Skanderborg	Frederiksberg	Syddjurs	Haderslev	Odsherred
Varde	Greve	Sønderborg	Helsingør	Faxe
Fredericia	Høje-Taastrup	Ballerup	Horsens	Faaborg-Midtfyn
Hillerød	Nyborg	Fredensborg	Kerteminde	Hjørring
Holstebro	Odder/Samsø	Frederikshavn/Læsø	Odense	Holbæk
Lejre	Skive	Frederikssund	Silkeborg	København

5-9	10-11	12-13	14-15	16-20
Solrød	Vejen	Roskilde	Aalborg	
Tønder	Vesthimmerlands	Rødovre/Hvidovre	Rebild	
	Århus			

Anm.: Kommuner med få besvarelser i spørgeskemaet er lagt sammen med nærmeste større kommune, hvorefter en samlet score er beregnet

Kilde: Spørgeskemadata fra Årgang 95 + aggregeret registerdata fra Statens Seruminstitut og eSundhed.dk.

Som beskrevet hænger seksuel sundhed sammen med befolkningssammensætningen, og når vi kigger tilbage på den sociale sammensætning af kommunerne, gennemgået i afsnit 3.2, finder vi da også, at en del af de kommuner, der scorer højt på skalaen over seksuel (u)sundhed (16-20 point) samtidig har en relativ høj andel unge med skilte forældre, unge, der er flyttet tidligt hjemmefra, unge med dansk baggrund, og/eller unge, der ikke er i uddannelse.

Omvendt ser vi et mindre tydeligt mønster blandt kommuner, der scorer lavt på skalaen (4-9 point) over seksuel (u)sundhed, idet kun tre af de kommuner, der har bedst seksuel sundhed, også er at finde på listen over de kommuner, der har færrest unge med skilte forældre, færrest unge, der ikke er i uddannelse, færrest med dansk baggrund og færrest udeboende.

Det tyder på, at kommunens befolkningssammensætning nok kan forklare dele af den seksuelle sundhed i kommunen, men at der også ser ud til at være andre forhold, der gør sig gældende. Det kan fx være en særlig familie- eller ungdomskultur i området eller kommunens indsats på området.

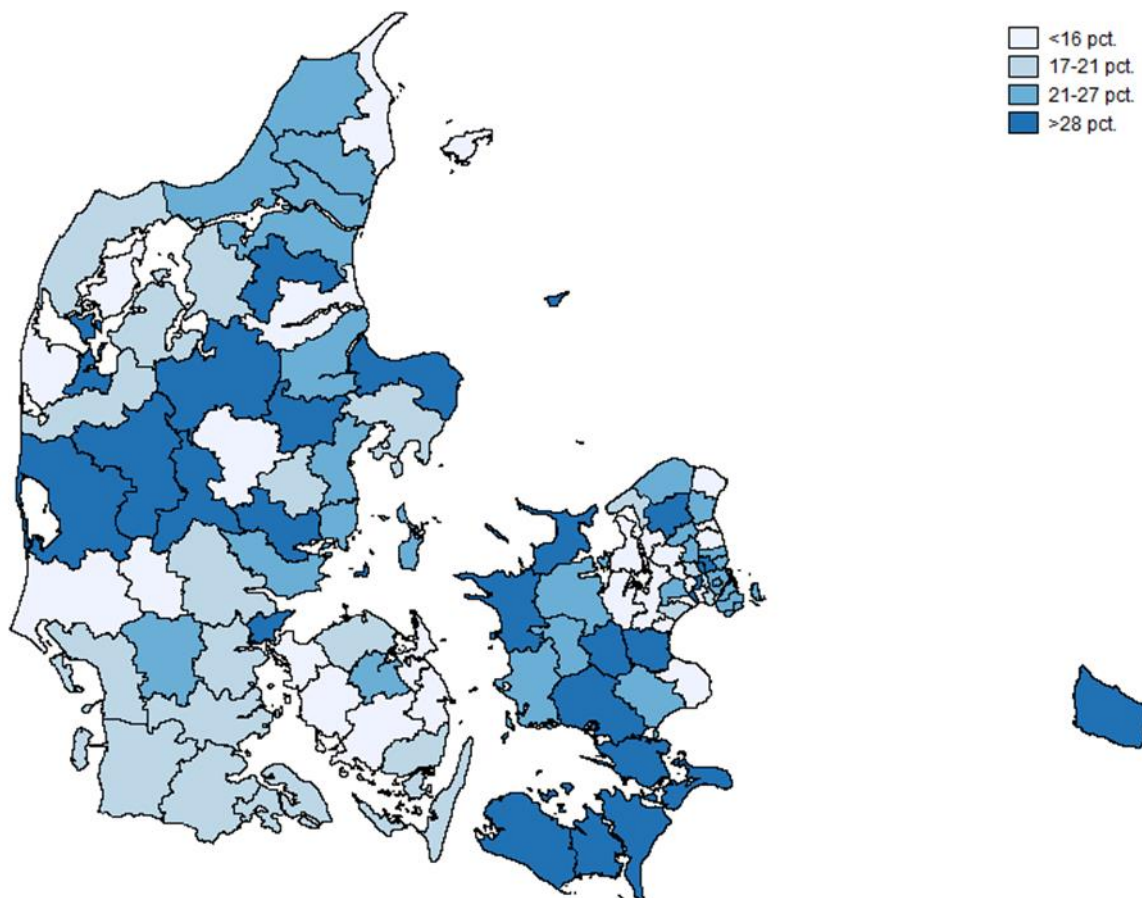
3.4 Den psykiske trivsel blandt unge i kommunerne

Som beskrevet i Indledningen handler seksuel sundhed også om kropslig og psykisk trivsel, der her, ligesom i afsnit 3.1.5, vil blive kortlagt på kommunalt niveau med hensyn til ensomhed, psykiske lidelser og kropstilfredshed.

Figur 3.23 viser kommunerne inddelt i fire kvartiler efter, hvor mange unge der angiver, at de har haft en psykisk lidelse. Vi ser, at andelen af unge, der har angivet, at de har en psykisk lidelse, ligger under 16 pct. i kommunerne med den lyseste farve, mens mere end 28 pct. har angivet at have en psykisk lidelse i kommuner med den mørkeste blå farve.

Geografisk finder vi flere unge med psykiske lidelser i flere af de midtjyske kommuner samt i Vest- og Sydsjælland, Lolland-Falster og på Bornholm. Kommuner med en lav andel af psykiske lidelser ligger spredt rundt i landet – dog med en koncentration blandt kommuner i Region Syddanmark.

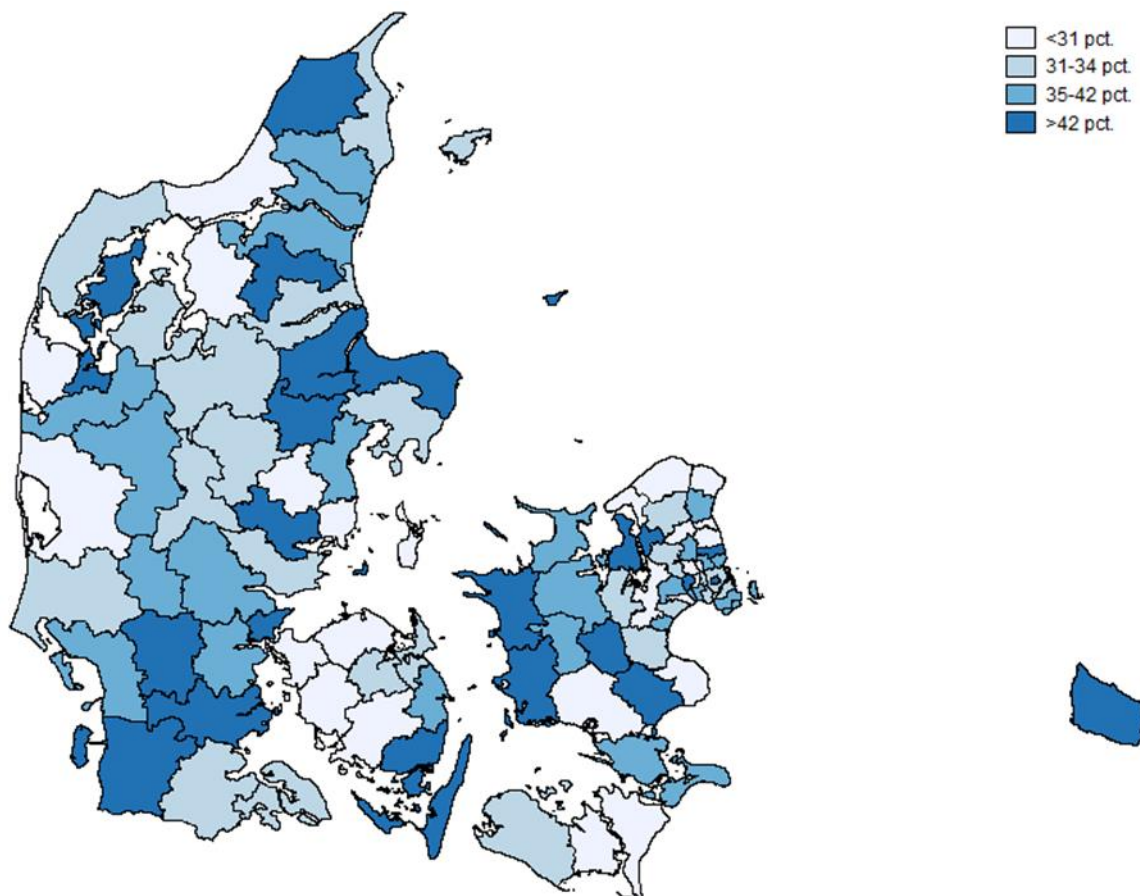
Figur 3.23 Andel af 18-årige, der selv rapporterer, at de har haft en psykisk lidelse. Kvartiler



Kilde: Årgang 95 – spørgeskemadata fra 2014. N = 6.294.

Bortset fra enkelte sammenfald, ser Danmarkskortet anderledes ud, når vi ser på andelen af kommunens unge, der oplever ensomhed. I dette tilfælde angiver den lyseste farve, at mindre end 31 pct. af og til eller ofte oplever ensomhed, mens den mørkeste blå farve angiver, at mere end 42 pct. oplever ensomhed. I forhold til ensomhed ligger flere kommuner i det sydlige Jylland højt, mens Lolland-Falster omvendt ligger relativt lavt.

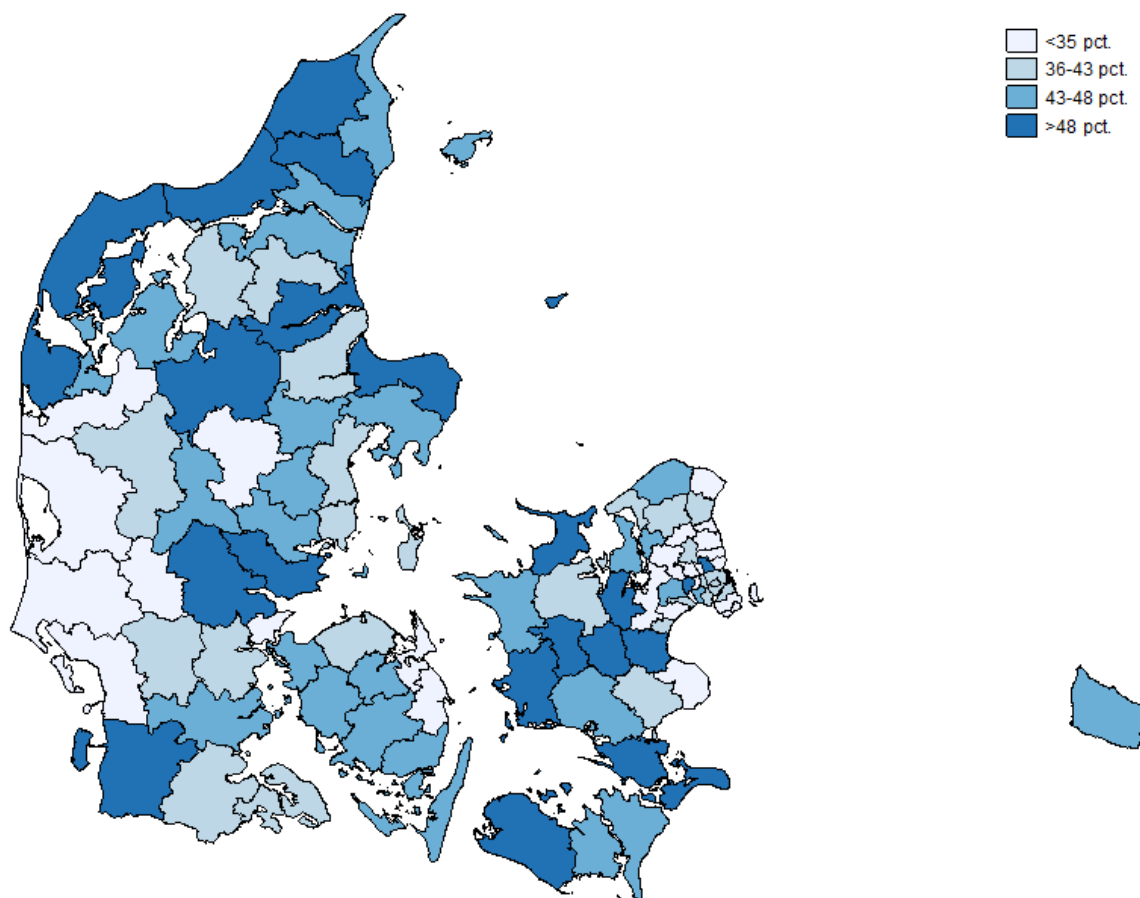
Figur 3.24 Andel af 18-årige, der er af og til eller ofte oplever ensomhed. Kvartiler



Kilde: Årgang 95 – spørgeskemadata fra 2014. N = 6.294.

Det sidste kort, som vi viser for de unge, illustrerer andelen af unge i kommunerne, der synes, deres krop er for tynd eller for tyk – i modsætning til passende. I denne Figur 3.25 indikerer den mørkeste farve, at mere end 48 pct. af de 18-årige i kommunen har angivet, at de synes, deres krop er for tynd eller for tyk, mens den lyseste farve angiver, at mindre end 35 pct. synes dette. Vi ser en koncentration af kommuner med lavere kropstilfredshed blandt de unge i det nordvestlige Jylland og på Midsjælland og omvendt en koncentration af kommuner med relativt høj kropstilfredshed i Vestjylland og i hovedstadsområdet.

Figur 3.25 Andel af 18-årige, der synes, deres krop er for tyk eller for tynd. Kvartiler



Kilde: Årgang 95 – spørgeskemadata fra 2014. N = 6.294.

Som vi beskrev i afsnit 3.1.6, hænger seksuel sundhed blandt unge i nogen grad sammen med, hvorvidt de unge har haft en psykisk lidelse, men i mindre grad sammen med ensomhed og kropstilfredshed. Sammenhængen mellem seksuel sundhed og psykiske lidelser viser sig også ved, at vi i Figur 3.23 ser et sammenfald mellem en del af de kommuner, der har en relativt lav seksuel sundhed, og kommuner, hvor relativt mange unge angiver at have haft en psykisk lidelse som fx angst eller depression. Det gælder Norddjurs, Lolland, Bornholm samt en del af de sjællandske kommuner. Der er dog også kommuner, der scorer lavt på skalaen for seksuel (u)sundhed, og som samtidig har en relativ høj andel unge med psykiske lidelser. Det gælder fx Ringkøbing-Skjern og Favrskov.

3.5 Opsamling på unges seksuelle sundhed

Dette kapitel har vist, hvordan unges seksuelle sundhed og trivsel synes at have en sammenhæng med en række demografiske og sociale forhold, og vi har derefter kortlagt kommunerne med hensyn til den sociale sammensætning, seksuel sundhed og psykisk trivsel blandt unge. Kapitlet bygger på spørgeskemadata indsamlet blandt 18-årige i 2014 samt aggregeret registerdata fra 2015 og 2016, der dækker alle 15-19-årige i de pågældende år.

Analyserne har vist, at seksuel sundhed hænger sammen med unges uddannelsesaktivitet, hvorvidt deres forældre er samlevende eller skilte, hvorvidt den unge er flyttet hjemmefra som 18-

årig, samt hvorvidt den unge har indvandrerbaggrund eller dansk baggrund. Unge med dansk baggrund, unge, der ikke er i uddannelse, unge, hvis forældre er skilt, og unge, der er flyttet hjemmefra har således en højere sandsynlighed for fx at dyrke usikker sex uden prævention og dermed formodentlig også en højere sandsynlighed for at få en seksuelt overført sygdom. Der er ikke tale om et kausalt eller årsagsmæssigt forhold, men blot tale om, at seksuel sundhed korrelerer med disse baggrundsforhold.

Kapitlet har derudover vist, hvordan seksuel sundhed hænger sammen med sandsynligheden for at have haft en psykisk lidelse som fx angst eller depression.

Kortlægningen af kommunernes sociale sammensætning viste ikke systematiske forskelle mellem landsdele eller bestemte områder. Dog finder vi en overrepræsentation af unge, der på samme tid er kendetegnet ved flere af følgende forhold: ikke i uddannelse, har skilte forældre eller er flyttet tidligt hjemmefra i kommuner på Sjælland og øerne.

Når vi samler billedet af seksuel sundhed blandt kommunernes unge ved at lægge kommunernes kvartilscore på udvalgte faktorer sammen, finder vi en overvægt af kommuner på Sjælland og øerne blandt kommuner med mindre grad af seksuel sundhed og en overvægt af kommuner i Jylland blandt kommuner med høj seksuel sundhed.

Kommunerne på Sjælland og øerne med lav seksuel sundhed (høj score) er ofte sammenfaldende med kommuner med relativt mange skilte, relativt mange udeboende og relativt mange uden for uddannelse. Den sociale sammensætning af kommunen vil derfor formentlig kunne forklare en del af den lave seksuelle sundhed.

Omvendt ser vi dog ikke, at kommuner med høj seksuel sundhed (lav score) kan findes blandt kommuner med en lav andel skilte, lav andel udeboende og lav andel uden for uddannelse. Her er de sociale forklaringsfaktorer altså ikke tilstrækkelige, og man må formode, at der er andre grunde som fx en særlig lokalkultur eller politisk indsats i kommunen, der kan forklare niveauet af seksuel sundhed.

I forhold til psykisk trivsel finder vi et vist sammenfald mellem kommuner med lav grad af seksuel sundhed og kommuner med en større andel af unge, der har haft en psykisk lidelse. Ensomhed og hvorvidt unge er tilfredse med deres kropsstørrelse følger i mindre grad et tydeligt kommunalt mønster. Dog er der enkelte kommuner, hvor de unge samtidig rapporterer om relativt høje niveauer af psykiske lidelser, ensomhed og utilfredshed med kroppen.

4 Voksnes seksuelle sundhed

I dette kapitel viser vi resultaterne af kortlægningen af voksne 20-64-åriges seksuelle sundhed på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen SHILD (Survey of Health, Impairment and Living Conditions in Denmark) 2016, samt registerdata fra Danmarks Statistik og Statens Serum Institut, samt udtræk fra eSundhed.dk (se kapitel 2 for mere information om data og metoder).

Som beskrevet viser vi først sammenhænge mellem de voksnes seksuelle sundhed, kropstilfredshed og psykiske trivsel på den ene side og udvalgte sociale og demografiske forhold på den anden (afsnit 4.1 og 4.2). Dernæst viser vi resultaterne af kortlægningen af kommunernes sociale og demografiske sammensætning blandt 20-64-årige (afsnit 4.3) og endelig kortlægningen af seksuel sundhed (afsnit 4.4) samt kropslig og psykisk trivsel (afsnit 4.5).

4.1 Sociale forhold og seksuel sundhed

I dette afsnit beskrives sammenhængen mellem sociale karakteristika og voksnes seksuelle sundhed, nærmere bestemt indikatorer vedrørende parforhold og sexliv. Analyserne omhandler, hvorvidt man er i et parforhold, og hvis man er, om man er tilfreds med sit parforhold, samt hvorvidt man har et sexliv, og om man er tilfreds med sit sexliv. For hver af de fire nævnte faktorer for seksuel sundhed er der lavet deskriptive analyser med henblik på at belyse eventuelle sammenhænge med følgende sociale faktorer: køn, alder, indvandrerbaggrund, uddannelsesniveau og beskæftigelse.

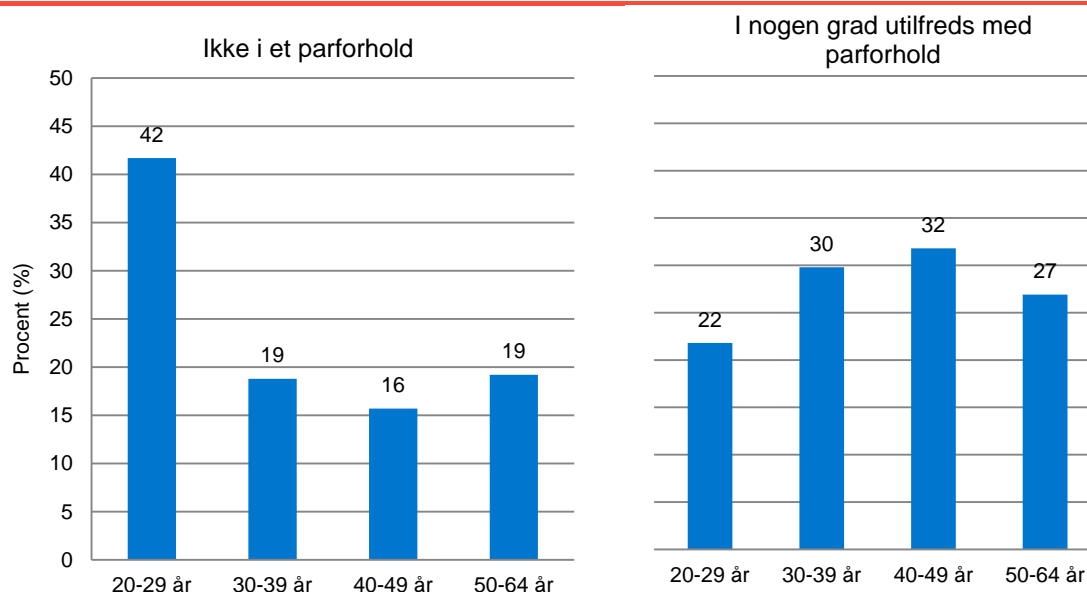
Analyserne viser, at køn og indvandrerbaggrund kun spiller en begrænset rolle for parforhold og sexliv (derfor præsenterer vi ikke resultater for dette), mens alder, uddannelse og beskæftigelse, som vist i de følgende afsnit, spiller en større rolle.

4.1.1 Alder og seksuel sundhed

Vi finder, at der er signifikante sammenhænge mellem alder og de fire udvalgte indikatorer for parforhold og sexliv: hvorvidt man er i et parforhold; om man er tilfreds med sit parforhold; om man har et sexliv; og om man er tilfreds med sit sexliv.

Som man kan se i Figur 4.1, hænger alder og parforholdsstatus ikke overraskende signifikant sammen, idet andelen af voksne, der ikke er i et parforhold, er højere blandt de 20-29-årige end blandt 30-64-årige (42 pct. mod 16-19 pct.). De unge, der er i et parforhold, er til gengæld mere tilfredse med deres forhold end de øvrige aldersgrupper, idet kun 22 pct. af de 20-29-årige, der er i et parforhold, er utilfredse med dette mod 30-32 pct. af de 30-49-årige.

Figur 4.1 Andel af voksne i forskellige aldersgrupper, der ikke i øjeblikket er i et parforhold, samt andel, der i nogen grad er utilfredse med deres parforhold (kun for de, der er i parforhold). Procent



Anm.: Sammenhængene er χ^2 -testet, begge er signifikante ($p < 0,001$).

N (Er ikke i et parforhold) = 19.046, N (Er i nogen grad utilfreds med parforhold) = 15.270.

Vi har sammenlagt de tre svarkategorier noget, lidt og ikke tilfreds med parforhold til kategorien i nogen grad utilfreds..

Kilde: SHILD (Survey of Health, Impairment and Living Conditions in Denmark) 2016, vægtede tal.

Andelen, der *ikke* har et sexliv, er størst blandt de yngste og ældste. Blandt de 20-29-årige og 50-64-årige er det således 20-21 pct., der ikke har et aktivt sexliv mod 11-12 pct. blandt 30-49-årige. Til gengæld er de unge, ligesom det gjaldt parforhold, mere tilfredse med deres sexliv, når de har et, idet 43 pct. af de 20-29-årige udtrykker relativt høj tilfredshed med deres sexliv mod kun 31-34 pct. af de øvrige aldersgrupper.

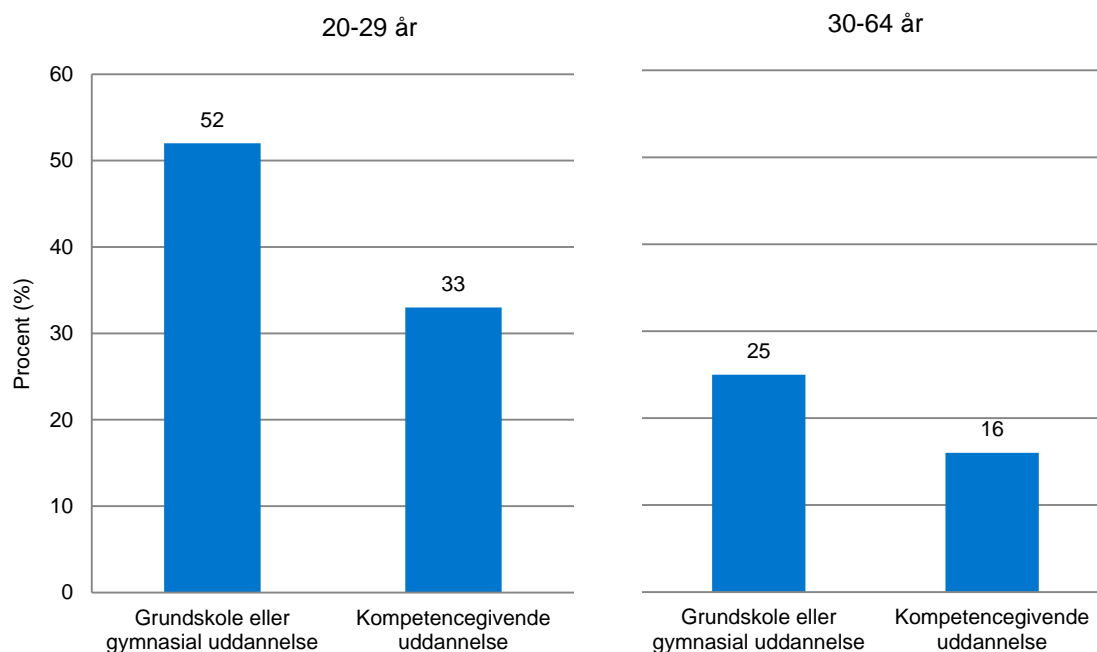
4.1.2 Uddannelse og seksuel sundhed

Personer med en kompetencegivende uddannelse har en større sandsynlighed for at være i et parforhold og har større sandsynlighed for at have et aktivt sexliv end personer uden kompetencegivende uddannelse. I forhold til at være i et parforhold viser Figur 4.2 således, at der både blandt 20-29-årige og blandt 30-64-årige er større sandsynlighed for at være i et parforhold, hvis man har en kompetencegivende uddannelse, end hvis man ikke har en (hhv. 52 pct. af 20-29-årige og 25 pct. af 30-64-årige uden kompetencegivende uddannelse er *ikke* i et parforhold mod 33 pct. og 16 pct. af personer med uddannelse).

I forhold til at have et aktivt sexliv er tendensen den samme, idet vi blandt personer med en ikke-kompetencegivende uddannelse finder flere, der ikke har et sexliv i øjeblikket (22 pct.), end blandt dem med en kompetencegivende uddannelse (14 pct.).

Er man allerede i et parforhold eller har et aktivt sexliv, spiller uddannelse dog en mindre betydning for tilfredsheden med parforholdet/sexlivet, idet personer med og uden kompetencegivende uddannelse er stort set lige tilfredse med deres parforhold og sexliv.

Figur 4.2 Andel af voksne i alderen 20-29 og 30-64 år, der ikke er i et parforhold fordelt på uddannelsesniveau. Procent



Anm.: Sammenhængen er χ^2 -testet for begge aldersgrupper, begge sammenhænge er signifikante ($p < 0,001$).
N (20-29 år) = 2.828, N (30-64 år) = 16.197.

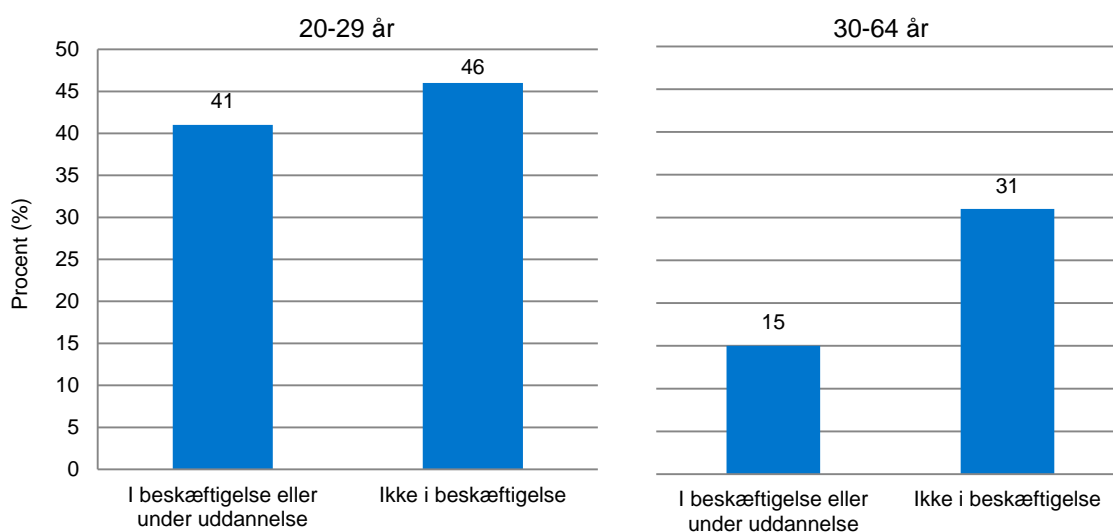
Kilde: SHILD (Survey of Health, Impairment and Living Conditions in Denmark) 2016, vægtede tal.

4.1.3 Beskæftigelse og seksuel sundhed

Blandt 30-64-årige finder vi, som Figur 4.3 viser, en højere andel i parforhold blandt beskæftigede end blandt folk, der ikke er i beskæftigelse, idet der i aldersgruppen 30-64-årige er 31 pct., der ikke er i et parforhold blandt ikke-beskæftigede mod 15 pct. blandt dem, der er i beskæftigelse eller under uddannelse. Tilsvarende finder vi også flere med et aktivt sexliv blandt de beskæftigede sammenlignet med de ikke-beskæftigede, idet 29 pct. af de ikke-beskæftigede ikke har et aktivt sexliv mod kun 13 pct. af personer, der er i uddannelse eller beskæftigelse.

Er man allerede i et parforhold eller har et aktivt sexliv, spiller beskæftigelsessituationen dog en mindre rolle, idet vi ikke finder signifikante sammenhænge mellem beskæftigelse på den ene side og tilfredshed med ens parforhold og sexliv på den anden.

Figur 4.3 Andel af voksne i alderen 20-29 og 30-64 år, der ikke er i et parforhold fordelt på beskæftigelse. Procent



Anm.: Sammenhængene er χ^2 -testet og er begge signifikante, 20-29 år ($p < 0,05$) og 30-64 år ($p < 0,001$).
N (20-29 år) = 2.831, N (30-64 år) = 16.203.

Kilde: SHILD (Survey of Health, Impairment and Living Conditions in Denmark) 2016, vægtede tal.

4.2 Sociale forhold og psykisk trivsel

Psykisk og kropslig trivsel hænger signifikant sammen med sociale og demografiske forhold, hvilket vi i det følgende beskriver uden at vise resultaterne i figurer.

Yngre vurderer deres udseende mere positivt end ældre. Blandt de 20-29-årige, er det således 54 pct., der vurderer, at de ser gennemsnitligt eller mindre godt ud, mens det blandt de 50-64-årige gør sig gældende for 73 pct.

Den overordnede livstilfredshed hænger ikke signifikant sammen med hverken køn eller alder og kun i begrænset omfang sammen med indvandrerbaggrund, uddannelse og beskæftigelse.

Selvrapporteret psykisk lidelse hænger signifikant sammen med uddannelses- og beskæftigelsesforhold. Således rapporterer signifikant flere personer uden kompetencegivende uddannelse (15 pct.), at de har en psykisk lidelse, sammenlignet med personer med en kompetencegivende uddannelse (8 pct.). Blandt personer, der er i arbejde eller uddannelse, har 6 pct. en psykisk lidelse, mens det samme gør sig gældende for 24 pct. blandt personer, der ikke er i beskæftigelse.

Endelig hænger ensomhed især sammen med alder, uddannelse og beskæftigelse. Blandt de 20-29-årige oplever 51 pct. således af og til ensomhed, mens dette kun gælder 36 pct. af de 50-64-årige. Blandt personer i uddannelse eller arbejde er 36 pct. af og til ensomme, mens det samme gælder 56 pct. af personer, der ikke er i beskæftigelse eller uddannelse.

4.3 Kortlægning af kommunernes sociale sammensætning

Analyserne i dette afsnit er baseret på en kortlægning af kommunernes sociale sammensætning blandt 20-64-årige ud fra de sociale og demografiske faktorer, der også indgår i afsnit 4.1. Tanken er, ligesom i kapitel 3 om de unge, at forskelle i kommunernes sociale sammensætning vil kunne medvirke til at forklare eventuelle forskelle i seksuel sundhed mellem kommunerne.

Vi viser dog kun kort i de tilfælde, hvor vi har fundet en tydelig sammenhæng mellem den pågældende sociale faktor og seksuel sundhed, og hvor der er en tydelig forskel mellem kommunerne på den pågældende faktor. Selvom der er kommuner med en overrepræsentation af mænd eller en overrepræsentation af ældre, træder disse forskelle ikke frem i disse analyser, hvor vi kun har data for de 20-64-årige. Der er således ikke kort over alders- og kønsfordelingen i kommunerne. Da vi ikke i de foregående analyser har fundet, at indvandrerbaggrund spiller en væsentlig rolle for de voksnes seksuelle sundhed, har vi også undladt at konstruere et kort over fordelingen af indvandrere i den voksne befolkning. I forhold til beskæftigelse og uddannelse viser kvartilinddelingerne af kommunerne heller ikke store forskelle. I de yderste kvartiler er der dog en større variation, der berettiger, at vi kortlægger de kommunale forskelle i uddannelsesniveau og beskæftigelse i gruppen af 20-64-årige.

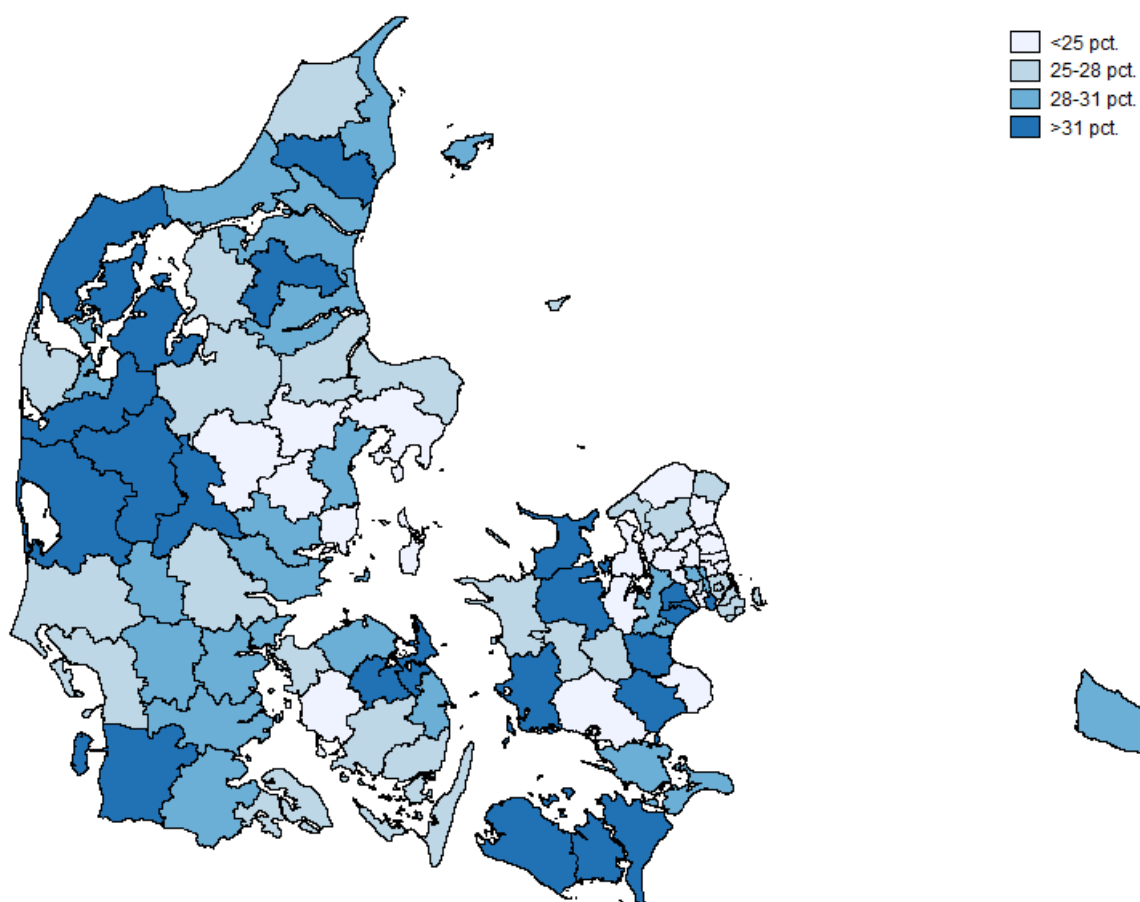
Oplysningerne om uddannelse er hentet fra SHILD-spørgeskemaet (N = 19.030), mens oplysningerne om beskæftigelse er hentet fra registerdata fra Danmarks Statistik (N = 3,3 mio.).

4.3.1 Uddannelse

Som beskrevet i afsnit 4.1.2 hænger uddannelsesniveau signifikant sammen med indikatorer vedrørende parford og sexliv blandt voksne i alderen 20-64 år. Personer, der ikke har en kompetencegivende uddannelse, er sjældnere i et parforhold, mens vi ingen sammenhæng ser mellem uddannelse og tilfredshed med ens parforhold. En større andel blandt de, der har en kompetencegivende uddannelse, har et sexliv, mens vi ikke finder nogen entydig sammenhæng med vurderingen af ens sexliv. Andelen, der ikke har en kompetencegivende uddannelse i en given kommune, kan derfor være en medvirkende forklaring på, at vi ser et højere eller lavere niveau af seksuel sundhed i kommunen.

Figur 4.4 viser andelen, der ikke har en kompetencegivende uddannelse (altså er deres højst fuldførte uddannelse grundskole eller en gymnasial uddannelse) i kommunerne. De kommuner, der har den mørkeste blå farve, er de kommuner, hvor andelen der ikke har en kompetencegivende uddannelse, er størst. Her er det 31 pct. eller flere, der ikke har en kompetencegivende uddannelse. Modsat gælder for den lyse farve, som angiver de kommuner, hvor andelen der ikke har en kompetencegivende uddannelse, er lavest. Her er der 25 pct. eller færre, der ikke har en kompetencegivende uddannelse.

Figur 4.4 Andel af voksne i alderen 20-64 år, hvis højeste uddannelse er grundskole eller en gymnasial uddannelse (en ikke-kompetencegivende uddannelse). Kvartiler



Anm.: Landsgennemsnittet er 28 pct.

Kilde: SHILD (Survey of Health, Impairment and Living Conditions in Denmark) 2016. Surveyoplysninger, vægtede tal. N = 19.030.

Kommuner med en relativt lav uddannelsesgrad ligger spredt rundt om i landet. Der er en tendens til, at færre har en kompetencegivende uddannelse i Vestjylland og på Lolland og Falster.

4.3.2 Beskæftigelse

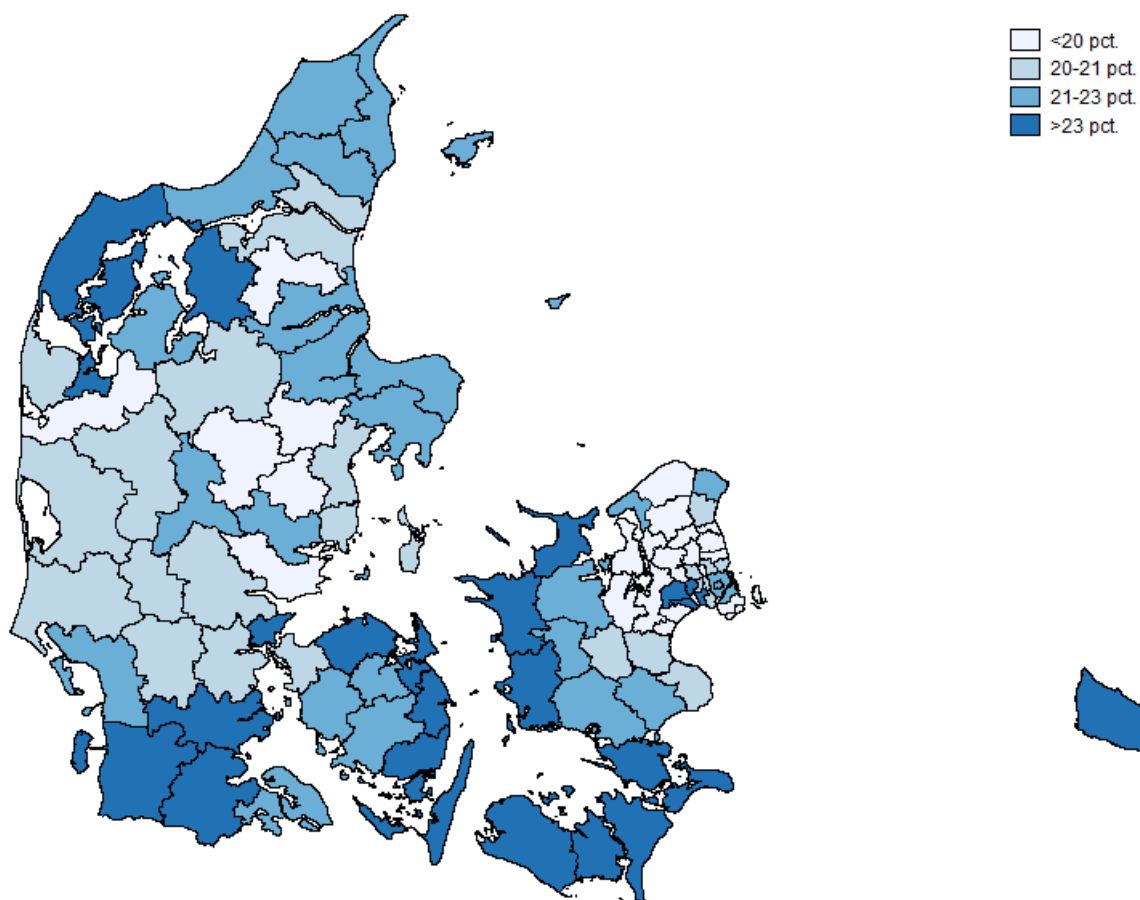
Som beskrevet i afsnit 4.1.3 er der en signifikant sammenhæng mellem beskæftigelsesstatus og parforholds- og sexlivsstatus, hvorimod beskæftigelsesstatus ikke hænger sammen med tilfredshed med parforhold og sexliv. Blandt dem, der ikke er i beskæftigelse, finder vi flest, der ikke er i et parforhold, mens vi ikke finder en signifikant sammenhæng mellem beskæftigelse og tilfredshed med parforhold. Samt at det er blandt dem, der ikke er i beskæftigelse, der er flest, der ikke har et sexliv, mens der ingen signifikant sammenhæng er mellem beskæftigelse og tilfredshed med ens sexliv. Andelen, der ikke er i beskæftigelse eller under uddannelse i en given kommune, kan derfor være en medvirkende forklaring på, at vi ser et højere eller lavere niveau af seksuel sundhed i kommunen.

Figur 4.5 viser andelen, der ikke er i beskæftigelse eller under uddannelse i de forskellige kommuner. De kommuner, der har den mørkeste blå farve, er de kommuner, hvor andelen der ikke er i beskæftigelse eller under uddannelse, er størst, her gælder det for 23 pct. eller flere. Modsat gælder for den lyse farve, som angiver de kommuner, hvor andelen der ikke er i

beskæftigelse eller under uddannelse, er lavest. Her er der 20 pct. eller færre, der ikke er i beskæftigelse eller under uddannelse.

Kommuner med en relativt lav beskæftigelsesgrad ligger spredt rundt om i landet. Der er en tendens til, at en større andel ikke er i beskæftigelse eller under uddannelse i Syd- og Nordjylland samt på Fyn og i Syd- og Vestsjælland. Mens flest er i beskæftigelse eller under uddannelse i Nordsjælland og Midt- og Vestjylland.

Figur 4.5 Andel af voksne i alderen 20-64 år, der ikke er i beskæftigelse eller under uddannelse. Kvartiler



Anm.: Landsgennemsnittet er 21 pct.

Kilde: SHILD (Survey of Health, Impairment and Living Conditions in Denmark) 2016. Kortet er baseret på registeroplysninger for hele populationen. N = 3,3 mio.

Samlet set finder vi ikke et tydeligt mønster i den sociale sammensætning i kommunerne blandt voksne og dermed heller ikke grundlag for at forvente, at der vil være et tydeligt regionalt eller kommunalt mønster i den seksuelle sundhed.

4.4 Kommunernes seksuelle sundhed blandt voksne i alderen 20-64 år

I dette afsnit kortlægger vi den seksuelle sundhed i kommunerne blandt unge 20-64-årige på baggrund af de indikatorer, der indgik i afsnit 4.1. Fra spørgeskemaundersøgelsen SHILD inddrager vi for aldersgruppen 20-64 år således: andel voksne i parforhold, andel med aktivt

sexliv, tilfredshed med sexliv og tilfredshed med parforhold (se afsnit 2.2.2 for mere information om oprindelige spørgsmål, svarkategorier og rekodning).

For aldersgruppen 20-29 år inddrager vi fra registerdata fra Statens Serum Institut og udtræk fra eSundhed.dk på følgende indikatorer: andel, der er diagnosticeret, testet og testet positiv for klamydia, andel, der har modtaget det fulde HPV-vaccineprogram, og andel, der har fået en legalt provokeret abort.

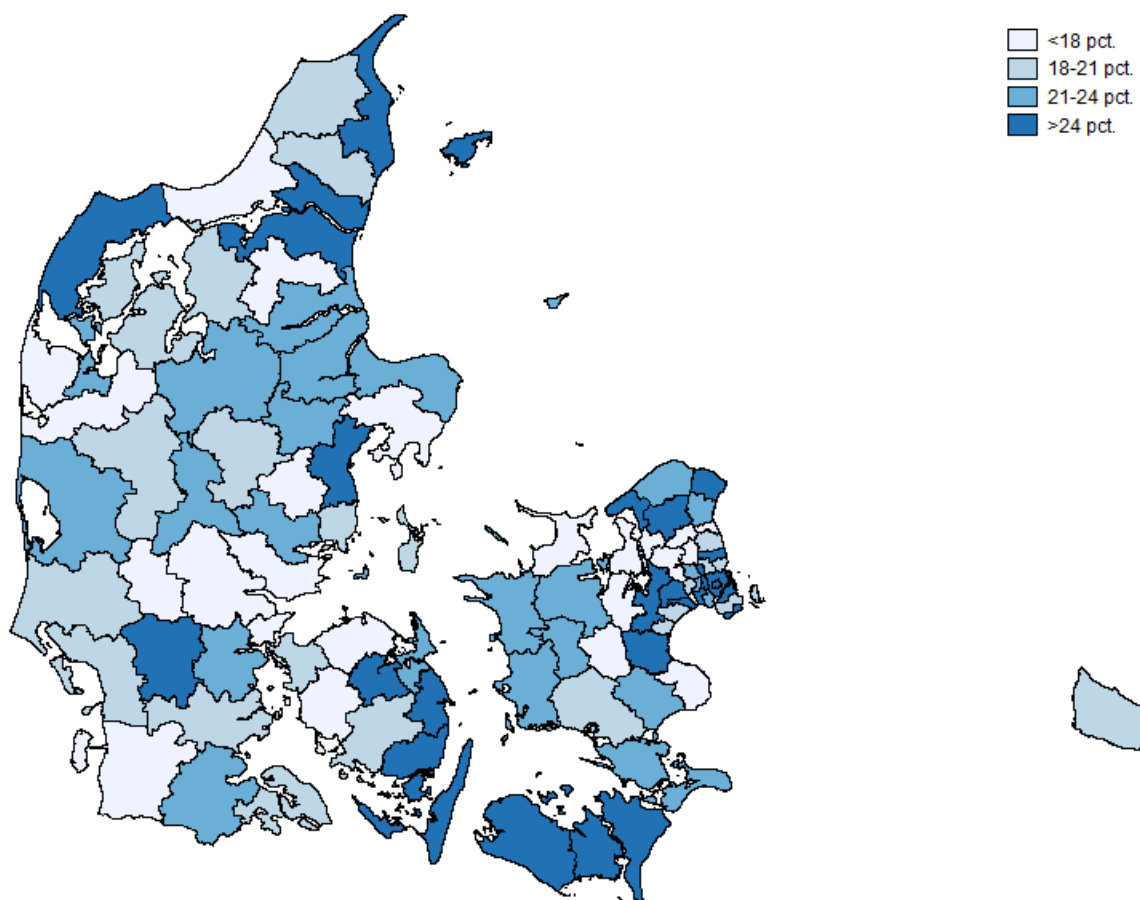
For hver af de ovenstående faktorer beregner vi et gennemsnit for hver kommune, hvorefter vi inddeler kommuner i kvartiler, dvs. fire lige store grupper. Kvartilerne illustreres via farvekoderne på kortet, der går fra lys til mørk farve. Som beskrevet i afsnit 4.3 har vi af hensyn til anonymisering slået fem mindre ø-kommuner sammen med nærmeste kommune, hvorefter vi har udregnet en samlet gennemsnitlig score for de sammenlagte kommuner.

4.4.1 Parforhold

Figur 4.6 viser den kommunale variation i andelen, der ikke er i et parforhold (altså har de ikke en kæreste, partner eller ægtefælle) i øjeblikket, blandt 20-64-årige i spørgeskemaundersøgelsen SHILD. Kommuner med den mørkeste blå farve har den største andel borgere, som ikke er i et parforhold. Her er 24 pct. eller flere *ikke* i et parforhold. Modsat angiver den lyseste farve kommuner, hvor andelen i parforhold er lavest. Her er der 18 pct. eller færre, der ikke er i et parforhold.

Forskellene mellem kommunerne er samlet set relativt små, og vi ser ikke et tydeligt mønster i andelen, der ikke er i et parforhold, på tværs af landsdele. Der er dog lidt flere kommuner med en høj andel, der ikke er i et parforhold, i hovedstadsområdet, Sydsjælland og øerne, det østlige Fyn samt i Nordjylland.

Figur 4.6 Andel af voksne i alderen 20-64 år, der ikke har en kæreste, partner eller ægtefælle. Kvartiler



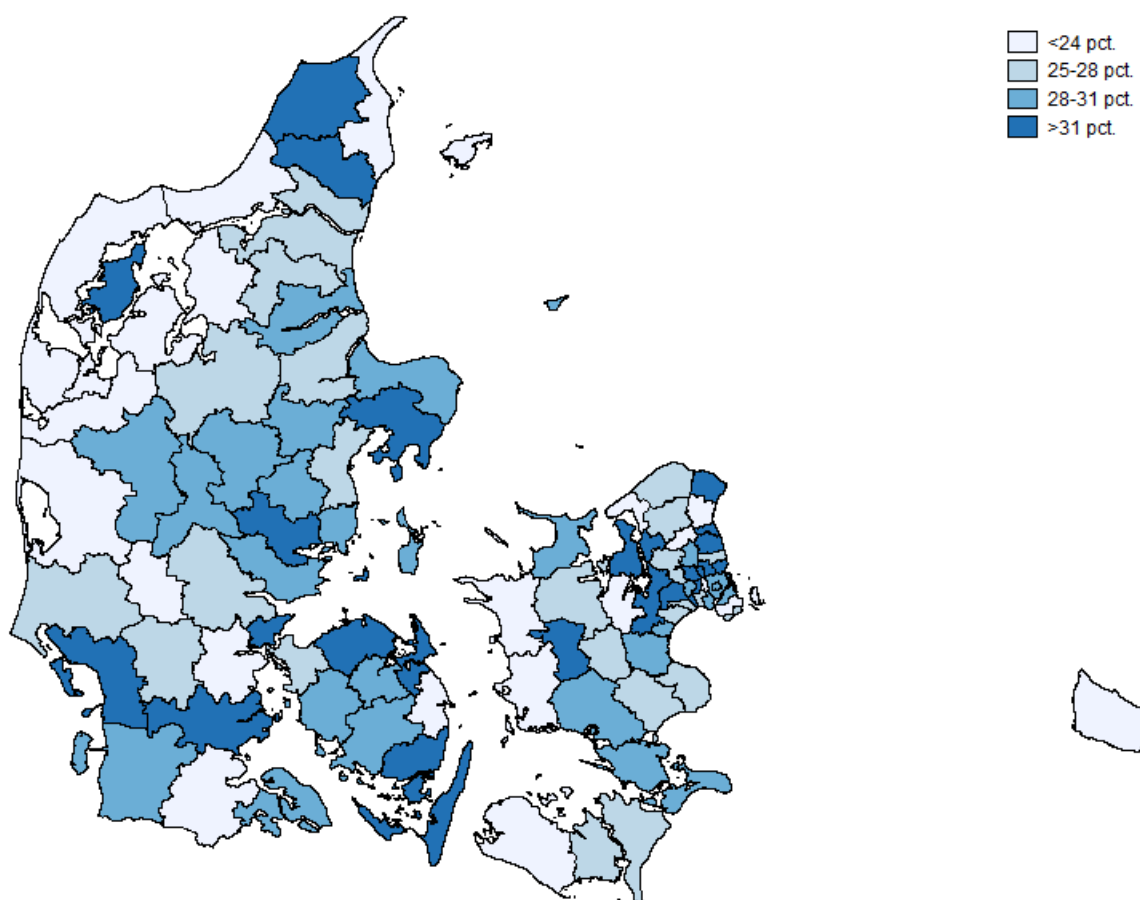
Anm.: Landsgennemsnittet er 23 pct.

Kilde: SHILD (Survey of Health, Impairment and Living Conditions in Denmark) 2016, vægtede tal. N = 19.030.

I Figur 4.7 viser vi andelen i kommunen, der i nogen grad er utilfredse med deres parforhold. Kommunerne med den mørkeste blå farve har den største andel, der i nogen grad er utilfredse med deres parforhold. Her angiver 31 pct. eller flere, at de i mindre grad er tilfredse med deres parforhold. Modsat gælder for den lyse farve, som angiver de kommuner, hvor andelen, der i mindre grad er tilfredse med deres parforhold, er lavest. Her er der 24 pct. eller færre, der i nogen grad er utilfredse med deres parforhold.

Også her ser vi relativt små forskelle mellem kommunerne i de fire kvartiler, og vi finder ikke et klart regionalt mønster i, hvor befolkningen er mest tilfreds med deres parforhold. Dog ser vi lidt flere kommuner med en relativt høj andel, der er tilfreds med deres parforhold i Vestjylland og på Vestsjælland.

Figur 4.7 Andel af voksne i alderen 20-64 år, der er i forhold, som i nogen eller mindre grad er tilfredse med deres parforhold. Kvartiler



Anm.: Landsgennemsnittet er 28 pct.

Vi har sammenlagt de tre svarkategorier noget, lidt og ikke tilfreds med parforhold til kategorien i nogen grad utilfreds.

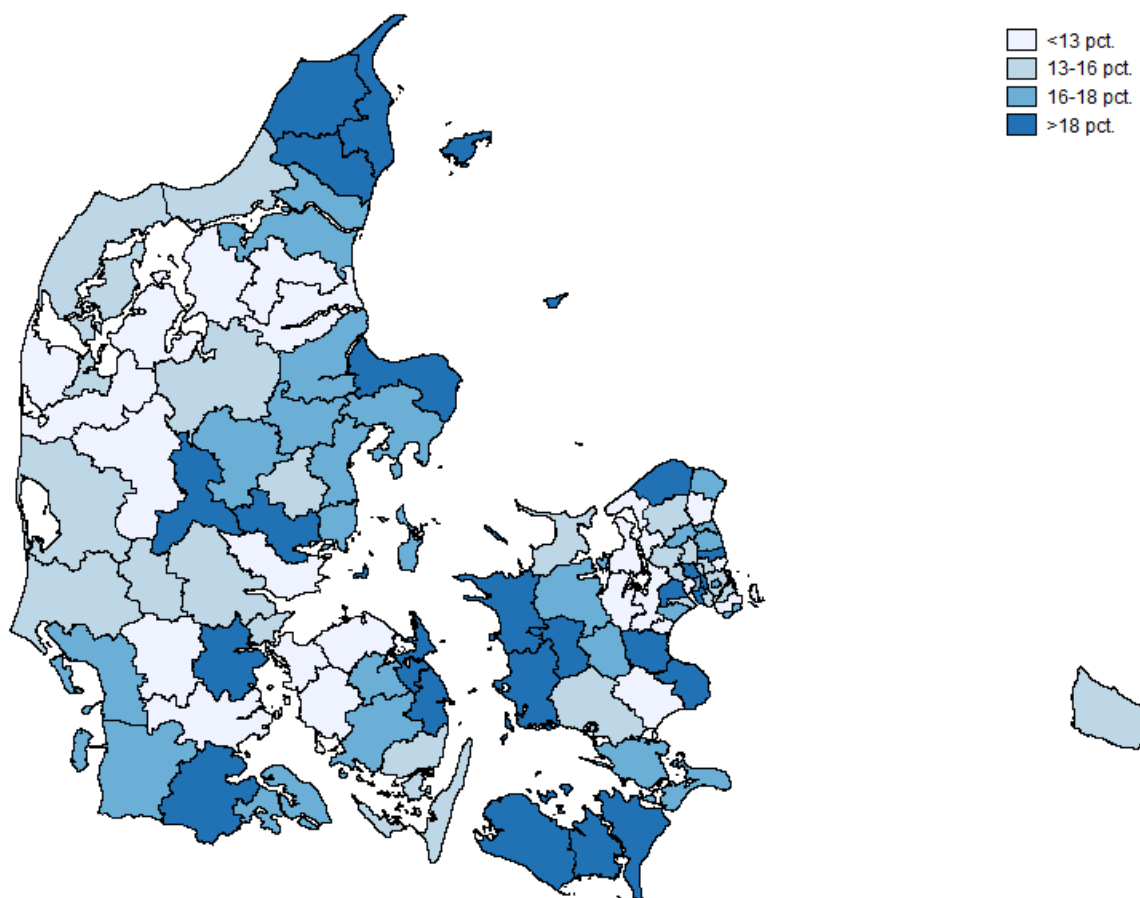
Kilde: SHILD (Survey of Health, Impairment and Living Conditions in Denmark) 2016, vægtede tal. N = 19.030.

4.4.2 Sexliv

Figur 4.8 viser den geografiske variation i andelen af voksne, der ikke har et sexliv i øjeblikket. I den fjerdedel af kommunerne, hvor andelen uden aktivt sexliv er størst (de mørkeblå), er andelen 18 pct. eller højere. Omvendt ser vi 13 pct. eller færre, der ikke har et sexliv i de kommuner, der ligger lavest (de lyseste).

Heller ikke her ser vi hverken store kommunale forskelle eller et klart regionalt mønster. Vi finder således kommuner med en høj andel uden et aktivt sexliv både i Nordjylland, Vestsjælland og Lolland-Falster. Kommunerne i det vestlige Jylland har dog generelt en relativt lavere andel af voksne, der ikke har et sexliv.

Figur 4.8 Andel af voksne i alderen 20-64 år, der ikke har et sexliv i øjeblikket. Kvartiler



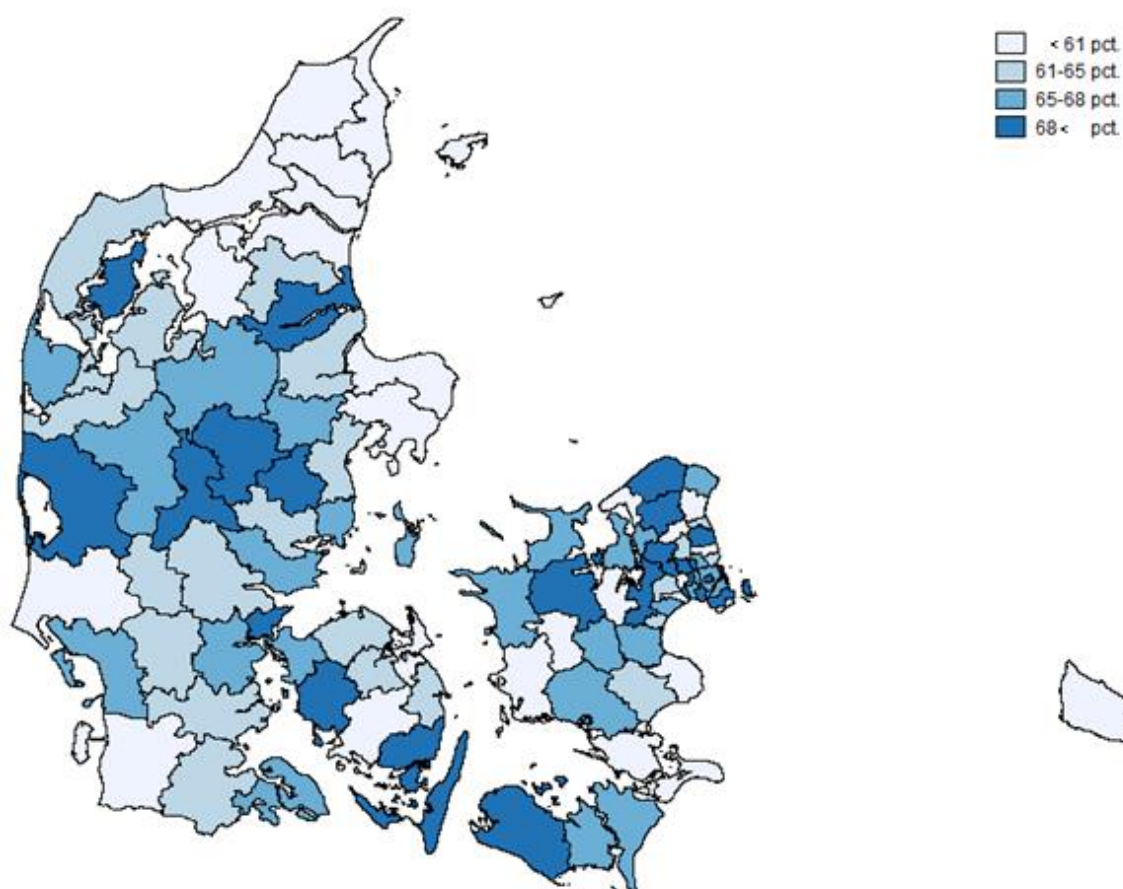
Anm.: Landsgennemsnittet er 16 pct.

Kilde: SHILD (Survey of Health, Impairment and Living Conditions in Denmark) 2016, vægtede tal. N = 19.030.

Figur 4.9 kortlægger kommunerne i forhold til andelen af voksne, der *har* et aktivt sexliv, men som kun i nogen eller mindre grad er tilfredse med deres sexliv. I den fjerdedel af kommunerne, hvor tilfredsheden med sexlivet er mindst (de mørkeblå kommuner), udtrykker 68 pct. eller flere, at de i nogen eller mindre grad er tilfredse. Omvendt er der i den fjerdedel af kommunerne, hvor andelen er lavest (de lyseste), 61 pct. eller færre, der udtrykker mindre tilfredshed med deres sexliv.

Kommunerne, der har den største andel, som i mindre grad er tilfredse med deres sexliv, ligger spredt over hele landet (de mørkeblå kommuner). Der er ikke et entydigt mønster i forhold til landsdele, men vi ser en del kommuner i Vest- og Midtjylland samt i hovedstadsområdet, der har en højere andel af voksne, der i mindre grad er tilfredse med deres sexliv. Derudover er tendensen, at der er en lavere andel, der i mindre grad er tilfredse med deres sexliv i Nord- og Syddjylland.

Figur 4.9 Andel af voksne, der har et sexliv, i alderen 20-64 år som i nogen eller mindre grad er tilfredse med deres sexliv. Kvartiler



Anm.: Landsgennemsnittet er 65 pct.

Vi har sammenlagt de tre svarkategorier i nogen grad, i mindre grad og slet ikke tilfreds med sexliv til kategorien "i nogen eller mindre grad tilfreds med sexliv". Omtrent 60 pct. har svaret, at de i nogen grad er tilfredse.

Kilde: SHILD (Survey of Health, Impairment and Living Conditions in Denmark) 2016, vægtede tal N = 19.030.

I analyserne inddrager vi, som tidligere beskrevet, også registerdata fra Statens Serum Institut og udtræk fra eSundhed.dk for aldersgruppen 20-29 år. Følgende opgørelser vedrører klamydiatilfælde, HPV-vaccine og aborter. Fænomenerne er opgjort særskilt for hver kommune (kommuner er ikke slået sammen som for spørgeskemadata). De kommuner, der befinder sig i 1. kvartil, er de ca. 25 kommuner med færrest tilfælde pr. 1.000 indbyggere i aldersgruppen, og de, der befinder sig i 4. kvartil, er de ca. 25 kommuner med flest tilfælde pr. 1.000 indbyggere i aldersgruppen.

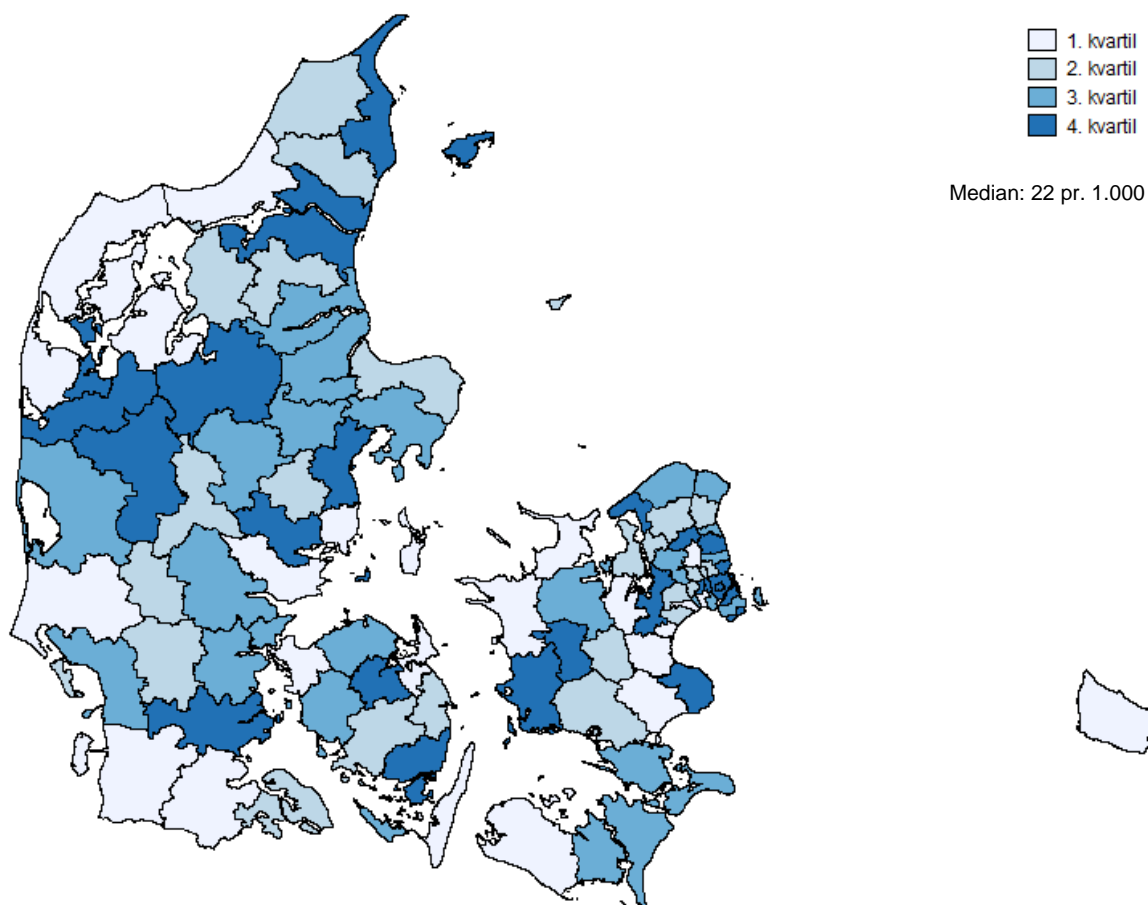
4.4.3 Klamydiatilfælde

Ifølge Statens Serum Institut blev der diagnosticeret i alt 20.079 klamydiatilfælde blandt personer i alderen 20-29 år i Danmark i 2016.⁵ Det svarer til 26,8 tilfælde pr. 1.000 personer i aldersgruppen. For en kort beskrivelse af klamydia henvises til afsnit 3.3.4.

Figur 4.10 viser antallet af diagnosticerede klamydiatilfælde blandt personer i alderen 20-29 år pr. 1.000 indbyggere i aldersgruppen fordelt på kommuner. Kun medianen er oplyst, da der er kommuner med mindre end 5 tilfælde.

⁵ Der blev diagnosticeret i alt 14.404 klamydiatilfælde blandt personer i alderen 20-24 år og 5.675 tilfælde blandt personer i alderen 25-29 år (Statens Serum Institut, 2017a).

Figur 4.10 Antal diagnosticerede klamydiatilfælde blandt 20-29-årige pr. 1.000 indbyggere i aldersgruppen. Kvartiler



Anm.: Samme person kan optræde flere gange, hvis vedkommende har haft flere episoder af klamydia i 2016. Statens Serum Institut antager, at en episode har en varighed på op til 42 dage, og i tilfælde af flere positive undersøgelsesvar med større tidsintervaller kan en person optræde med flere positive episoder.

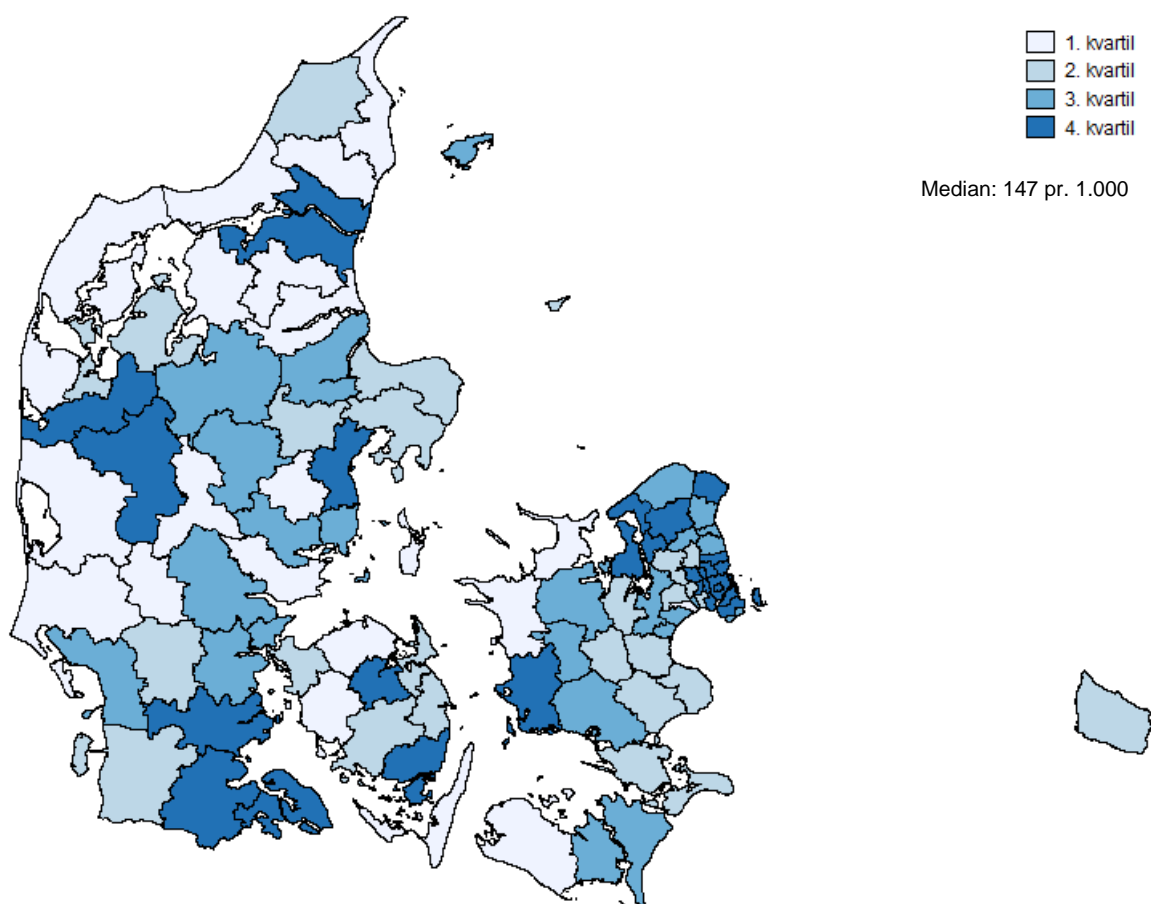
De kommuner, der befinder sig i 1. kvartil, er dem med færrest tilfælde pr. 1.000 indbyggere, og de, der befinder sig i 4. kvartil, er dem med flest tilfælde pr. 1.000 indbyggere.

Kilde: Udtræk fra Statens Serum Institut og egne beregninger – 2016.

Der er relativt mange kommuner i 4. kvartil, hvor forekomsten af klamydia blandt personer i alderen 20-29 år er størst, omkring de større byer og i det centrale Jylland (de mørkeblå kommuner). Det kan både skyldes, at forekomsten af klamydia rent faktisk er størst i disse kommuner, og at flere bliver testet – det vil sige, at flere tilfælde af klamydia bliver opdaget/diagnosticeret.

Figur 4.11 viser antallet af klamydiatest blandt personer i alderen 20-29 år pr. 1.000 indbyggere i aldersgruppen fordelt på kommuner. Antallet af test er generelt størst i hovedstadsområdet og omkring de større byer (de mørkeblå kommuner).

Figur 4.11 Antal klamydiatest blandt personer i alderen 20-29 år pr. 1.000 indbyggere i aldersgruppen i 2016. Kvartiler



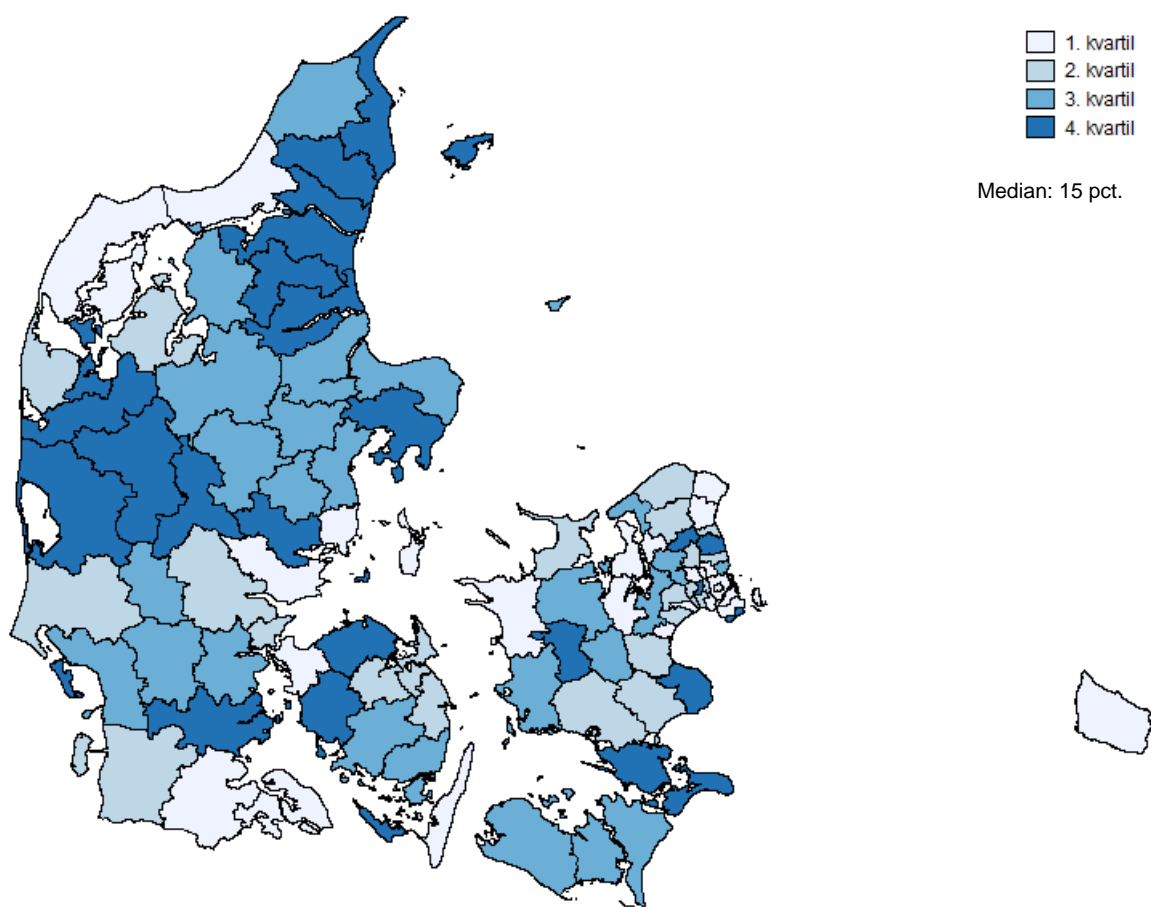
Anm.: Samme person kan optræde flere gange, hvis vedkommende har fået foretaget flere test.

De kommuner, der befinder sig i 1. kvartil, er dem med færrest test pr. 1.000 indbyggere, og de kommuner, der befinder sig i 4. kvartil, er dem med flest test pr. 1.000 indbyggere.

Kilde: Udtræk fra Statens Serum Institut og egne beregninger.

Figur 4.12 viser andelen af klamydiatest blandt personer i alderen 20-29 år, der var positive, fordelt på kommuner. Flere kommuner i det centrale Jylland og i Nordjylland tilhører 4. kvartil, hvor andelen af positive test er størst (de mørkeblå kommuner). Det indikerer, at der er mindre fokus på at blive testet for klamydia blandt personer mellem 20-29 år i disse kommuner sammenlignet med resten af landet.

Figur 4.12 Andel af klamydiatest blandt personer i alderen 20-29 år, der var positive i 2016.
Kvartiler



Anm.: De kommuner, der befinder sig i 1. kvartil, er dem med den mindste andel af positive test, og de kommuner, der befinder sig i 4. kvartil, er dem med den største andel af positive test.

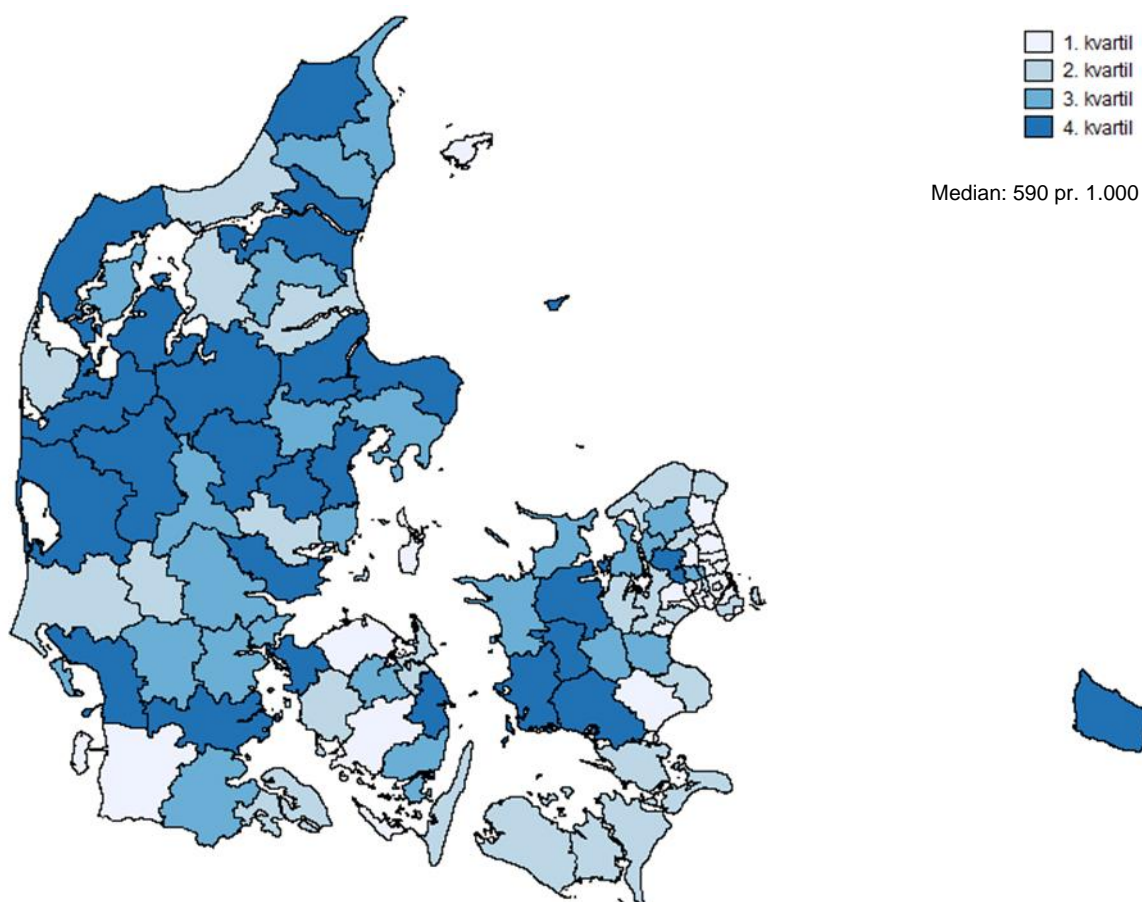
Kilde: Udtræk fra Statens Serum Institut og egne beregninger.

4.4.4 HPV-vaccination

Ifølge data fra Statens Serum Institut havde i alt 283.056 kvinder i alderen 20-29 år i Danmark fået den første HPV-vaccination pr. 1. januar 2016, og 221.179 kvinder i aldersgruppen var færdigvaccinerede. Det svarer til henholdsvis 752 og 590 kvinder pr. 1.000 kvinder i alderen 20-29 år. For en kort beskrivelse af HPV-vaccinen henvises til afsnit 3.3.5.

Figur 4.13 viser antallet af 20-29 årige kvinder, der er HPV-færdigvaccineret pr. 1.000 kvinder i aldersgruppen. Andelen er generelt lavest i kommuner i hovedstadsområdet og de mindre øer (de helt lyseblå kommuner).

Figur 4.13 Antal 20-29-årige kvinder, der er HPV-færdigvaccinerede, pr. 1.000 kvinder i aldersgruppen (kvartiler), opgjort pr. 1. januar 2016. Kvartiler



Anm.: De kommuner, der befinder sig i 1. kvartil, er de kommuner med den mindste andel af 20-29 årige kvinder, der har fået første vaccination, og de kommuner, der befinder sig i 4. kvartil, er de kommuner med den største andel af 20-29 årige kvinder, der har fået første vaccination.

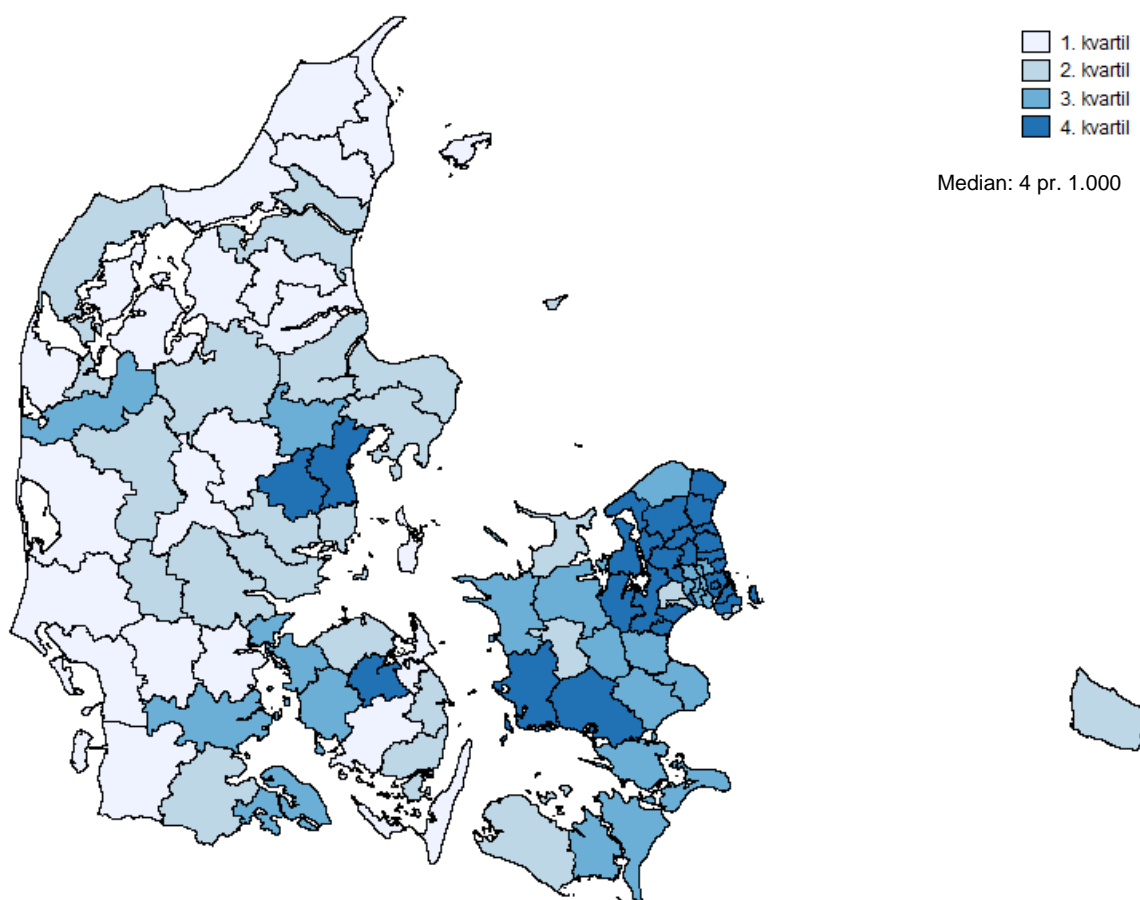
Kilde: Udtræk fra Statens Serum Institut og egne beregninger.

HPV-vaccinen er ikke en del af børnevaccinationsprogrammet for drenge i Danmark, men drenge og mænd har kunnet købe vaccinen mod egenbetaling, jf. afsnit 3.3.5.

Ifølge data fra Statens Serum Institut havde i alt 3.747 mænd i alderen 20-29 år i Danmark fået den første HPV-vaccination pr. 1. januar 2016, og 2.420 mænd var færdigvaccinerede. Det svarer til henholdsvis 10 og 6 mænd pr. 1.000 mænd i alderen 20-29 år.

Figur 4.14 viser, hvor mange mænd i alderen 20-29 år der er færdigvaccinerede mod HPV. Her er det – modsat kvinderne – kommunerne i hovedstadsområdet, som generelt har den største andel (de mørkeblå kommuner). Kun medianen er oplyst, da der er kommuner med mindre end 5 mænd, som er færdigvaccinerede.

Figur 4.14 Antal 20-29-årige mænd, der er HPV-færdigvaccinerede, pr. 1.000 mænd i aldersgruppen (kvartiler), opgjort pr. 1. januar 2016. Kvartiler



Anm.: De kommuner, der befinder sig i 1. kvartil, er de kommuner med den mindste andel af 20-29 årige mænd, der har fået første vaccination, og de kommuner, der befinder sig i 4. kvartil, er de kommuner med den største andel af 20-29 årige mænd, der har fået første vaccination.

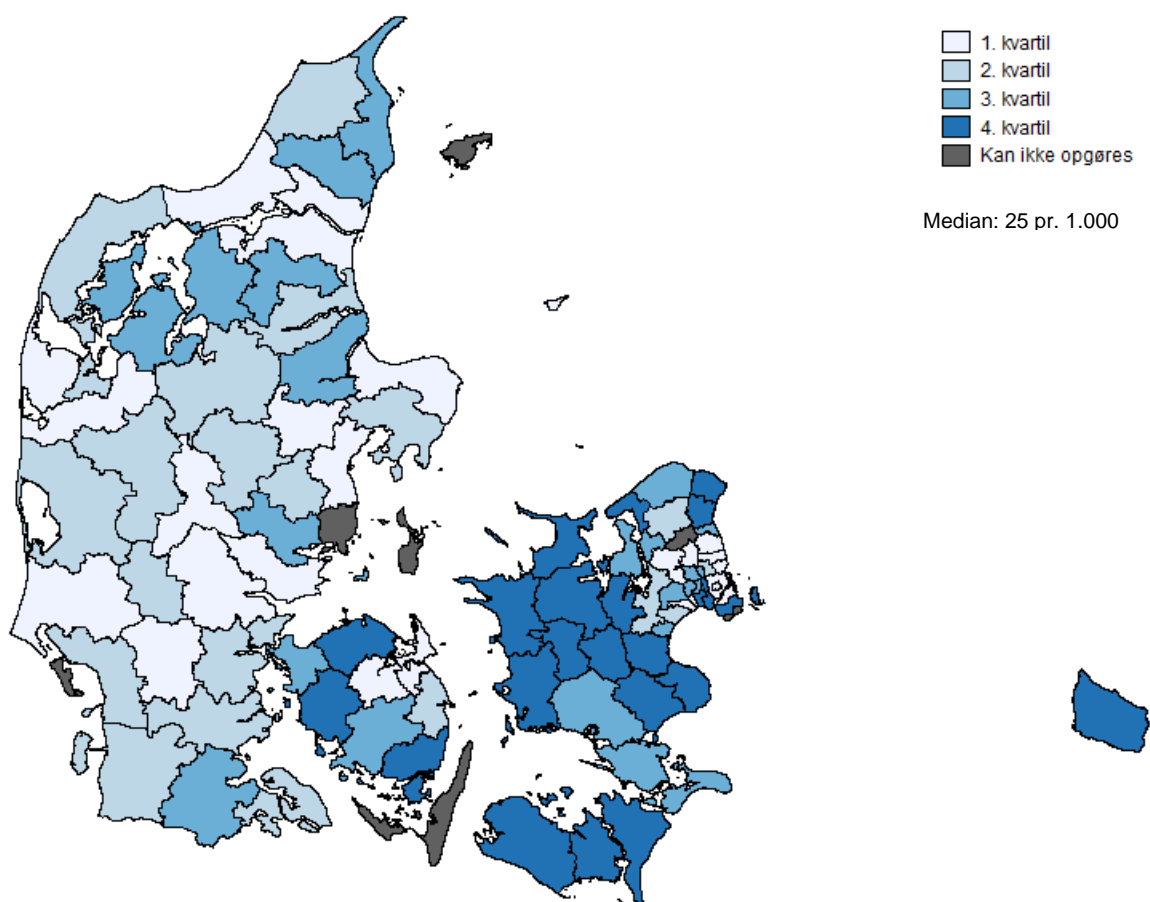
Kilde: Udtræk fra Statens Serum Institut og egne beregninger.

4.4.5 Aborter

I 2015 blev der foretaget i alt 7.747 legalt provokerede aborter i Danmark blandt kvinder i alderen 20-29 år (eSundhed.dk). Det svarer til 21,8 aborter pr. 1.000 kvinder i alderen 20-29 år. For en kort beskrivelse af abortlovgivningen i Danmark henvises til afsnit 3.3.6.

Figur 4.15 viser antallet af legalt provokerede aborter i 2015 blandt kvinder i alderen 20-29 år pr. 1.000 kvinder i aldersgruppen fordelt på kommuner. Antallet af legalt provokerede aborter blandt kvinder i alderen 20-29 år er generelt størst i kommuner på Sjælland og Lolland-Falster (de mørkeblå kommuner).

Figur 4.15 Antal legalt provokerede aborter i 2015 blandt 20-29-årige kvinder pr. 1.000 kvinder i aldersgruppen 20-29-årige. Kvartiler



Anm.: Kommuner markeret med grå farve er kommuner, hvor det ikke er muligt at opgøre antallet af legalt provokerede aborter pr. 1.000 indbyggere, fordi antallet af legalt provokerede aborter for enten aldersgruppen 20-24 årige og/eller 25-29 årige er under 5.

Anm.: De kommuner, der befinder sig i 1. kvartil, er de kommuner, der har det laveste antal legalt provokerede aborter pr. 1.000 kvinder i alderen 20-29 år. De kommuner, der befinder sig i 4. kvartil, er de kommuner, der har det højeste antal legalt provokerede aborter pr. 1.000 kvinder i alderen 20-29 år.

Kilde: Udtræk fra eSundhed.dk og egne beregninger.

4.4.6 Opsamling på voksnes seksuelle sundhed

Samlet set er der ikke noget tydeligt kommunalt mønster i seksuel sundhed blandt voksne. De enkelte kommuner kan have en høj grad af seksuel sundhed blandt 20-64-årige, når vi ser på én indikator på seksuel sundhed, og omvendt en lavere grad af seksuel sundhed, når vi ser på andre indikatorer.

Når vi finder et mere varieret billede blandt voksne, end vi fandt blandt unge, skyldes det formodentlig, at vi her bruger en bredere definition af seksuel sundhed, der også inkluderer tilfredshed med sexliv og parforhold, to forhold, der ikke i samme grad som fx brug af prævention hænger sammen med social baggrund (når man tager højde for, om man er i et parforhold/har et sexliv).

En anden forklaring kan være, at den sociale sammensætning blandt voksne er mere ens kommunerne imellem, end sammensætningen i ungebefolkningen – og at vi derfor ikke i samme grad ser de samme forskelle.

4.5 Trivsel blandt voksne i kommunerne

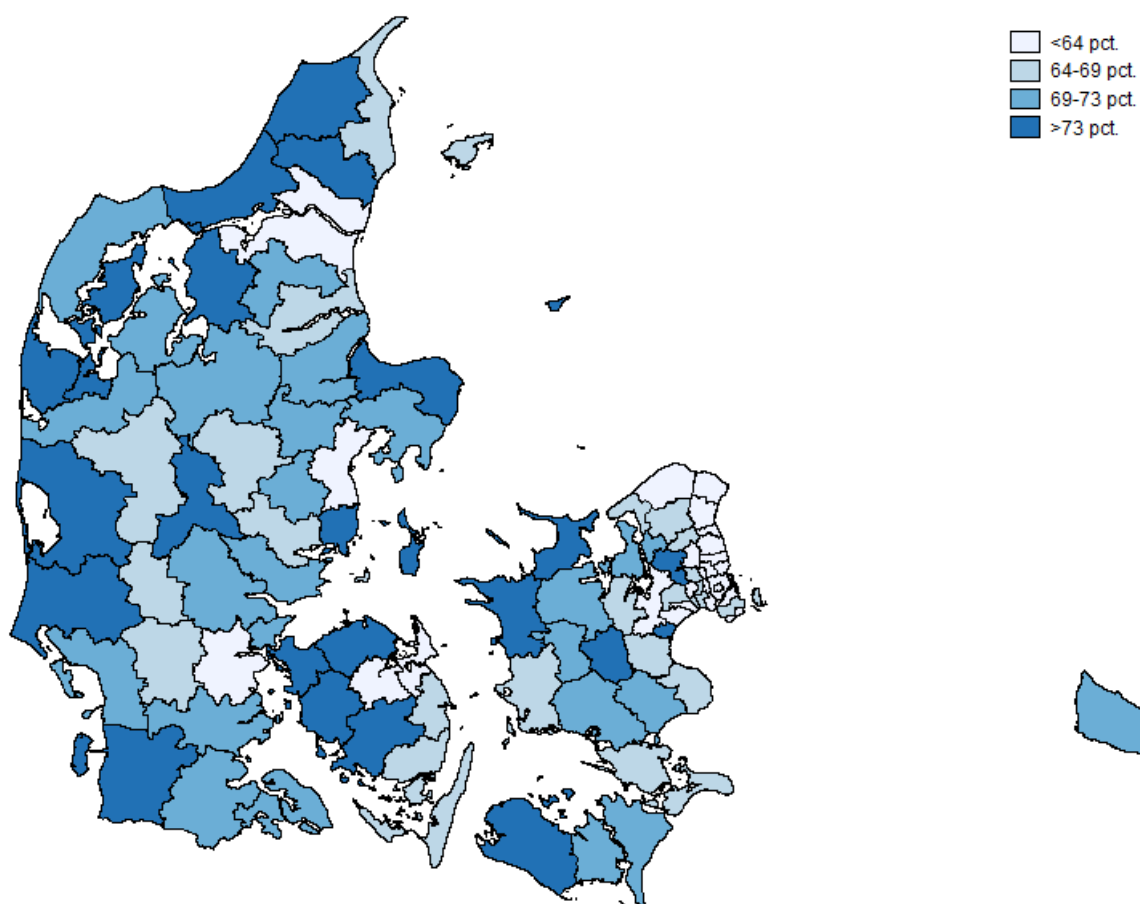
I dette afsnit præsenteres den kommunale kortlægning af voksnes kropslige, psykiske og sociale trivsel.

4.5.1 Kropslig trivsel

I Figur 4.16 ses en kommunal kortlægning af andelen af 20-64-årige, der vurderer, at de ser gennemsnitligt eller mindre godt ud. Da andelen, der vurderer, at de ser gennemsnitligt ud, er meget stor, er den samlede andel, der ligger i den lave ende i forhold til tilfredshed med udseende tilsvarende stor, uden at det skal ses som et udtryk for en generel utilfredshed med udseende blandt danskere. Kommunerne med den mørkeste blå farve har den højeste andel, der vurderer, at de ser gennemsnitligt eller mindre godt ud. Her er det mere end 73 pct., der vurderer, at de ser gennemsnitligt eller mindre godt ud. Modsat gælder det for den lyse farve, som angiver de kommuner, hvor færrest vurderer, at de ser gennemsnitligt eller mindre godt ud. Her er der 64 pct. eller færre, der vurderer, at de ser gennemsnitligt eller mindre godt ud.

Kommuner med en relativ stor andel, der vurderer, at de ser gennemsnitligt eller mindre godt ud ligger spredt rundt om i landet. Der er dog en tendens til, at flere vurderer deres udseende gennemsnitligt eller negativt i Vestjylland og på Fyn, mens færre vurderer deres udseende gennemsnitligt eller negativt i hovedstadsområdet og i Nordsjælland.

Figur 4.16 Andel af voksne i alderen 20-64 år, der vurderer, at de ser gennemsnitligt eller mindre godt ud. Kvartiler



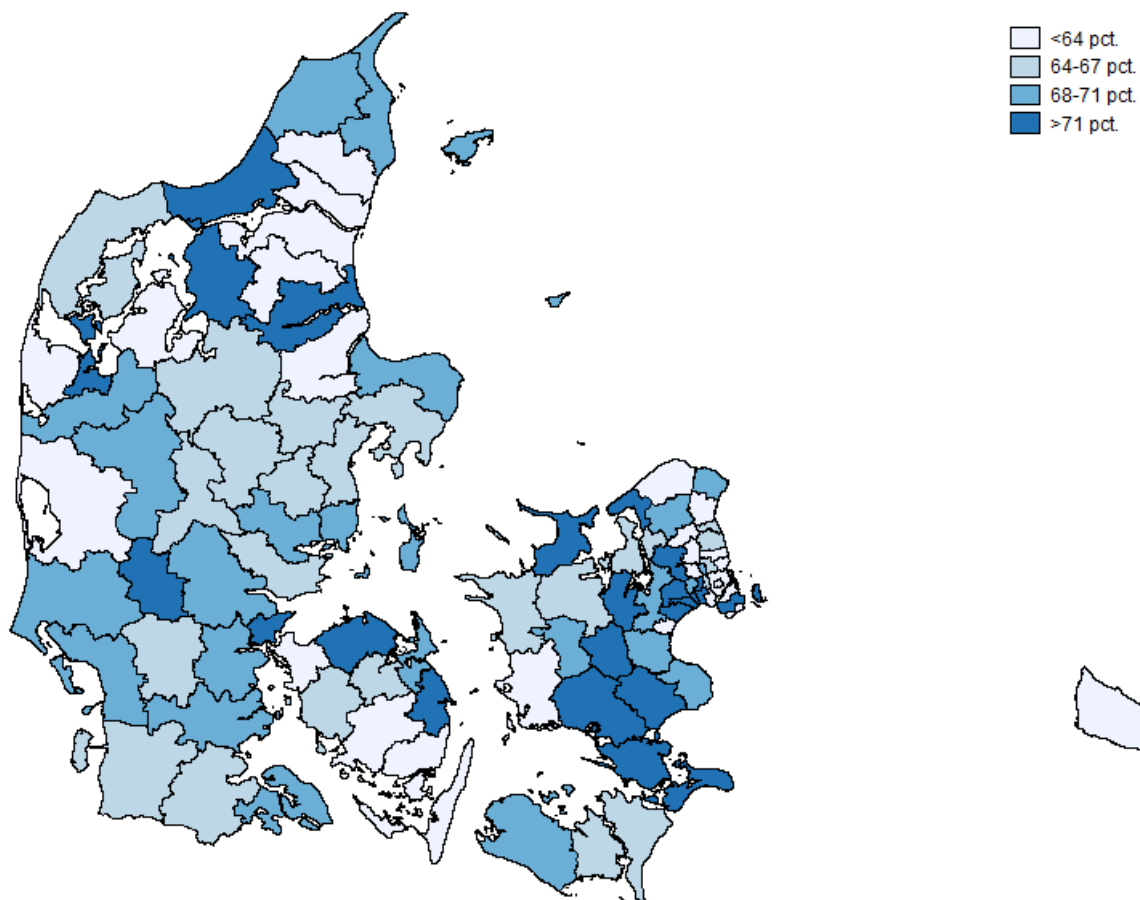
Anm.: Landsgennemsnittet er 65 pct.

Vi har sammenlagt de tre svarkategorier ser gennemsnitlig ud, ser mindre godt ud og ser ikke godt ud til kategorien ser gennemsnitlig eller mindre godt ud. Omtrent 60 pct. vurderer, at de ser gennemsnitligt ud.

Kilde: SHILD (Survey of Health, Impairment and Living Conditions in Denmark) 2016, vægtede tal. N = 19.030.

I Figur 4.17 ses en kommunal kortlægning af andelen af 20-64-årige, der enten gerne vil tabe sig eller tage på. De kommuner, der har den mørkeste blå farve, er de kommuner, hvor andelen der er utilfredse med deres vægt, er størst. Her angiver mere end 71 pct., at de gerne vil ændre på deres vægt. Modsat angiver den lyse farve de kommuner, hvor andelen der ønsker at ændre deres vægt, er lavest. Under 64 pct. ønsker at ændre deres vægt i disse kommuner. Andelen, der ønsker at ændre deres vægt, er generelt størst i kommuner på Sjælland.

Figur 4.17 Andel af voksne i alderen 20-64 år, der gerne vil tabe sig eller tage på. Kvartiler



Anm.: Lands gennemsnittet er 66 pct.

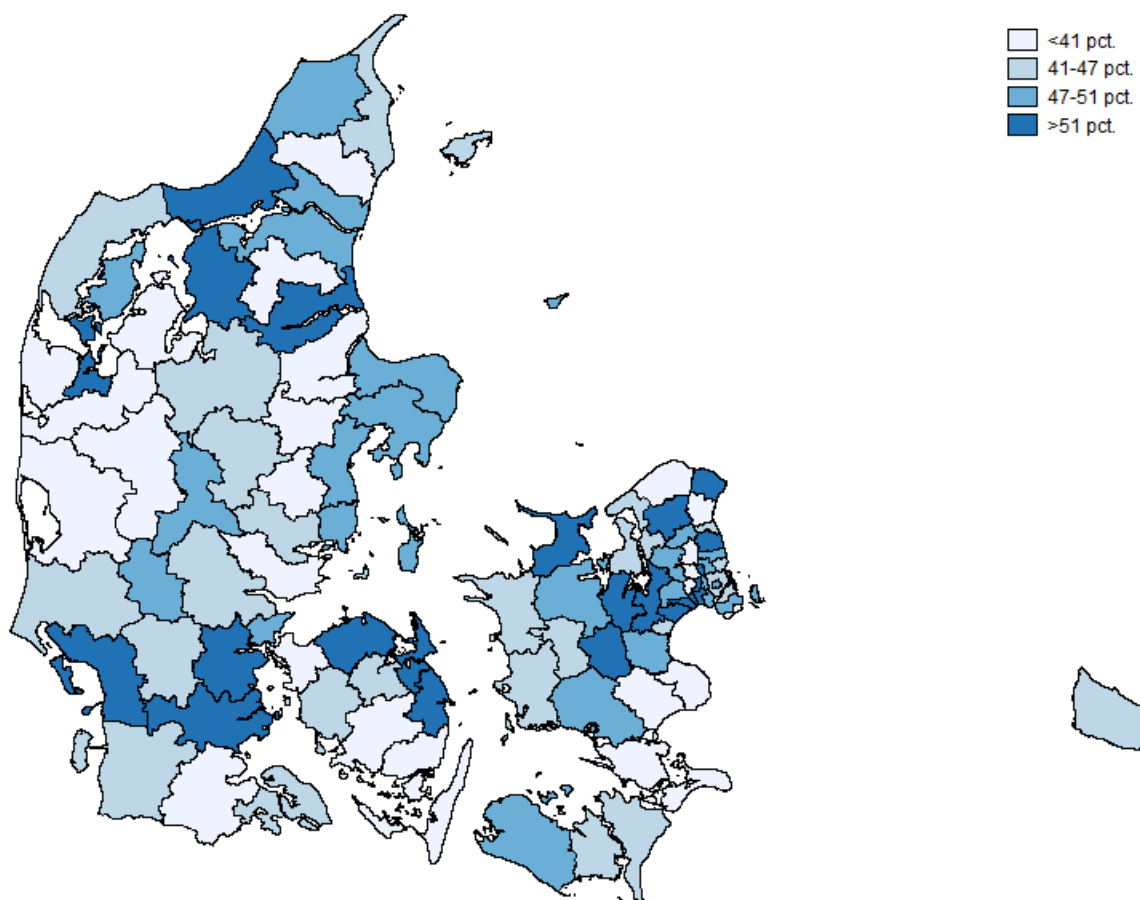
Vi har sammenlagt de tre svarkategorier vil i høj grad tabe sig, vil i nogen grad tabe sig og vil gerne tage på i vægt til kategorien vil gerne tabe sig eller tage på.

Kilde: SHILD (Survey of Health, Impairment and Living Conditions in Denmark) 2016, vægtede tal. N = 19.030.

Utilfredshed med ens vægt hænger i mange tilfælde sammen med, hvor lidt eller meget, man vejer. Selv blandt voksne, der efter BMI (Body Mass Index) bliver kategoriseret som normalvægtige, er der dog 46 pct., der gerne vil tabe sig eller tage på.

Figur 4.18 viser den kommunale variation i andelen af normalvægtige, der gerne vil ændre på deres vægt. Den mørkeste farve indikerer her, at mere end 51 pct. af de normalvægtige i kommunen ønsker at ændre på deres vægt, mens den lyseste farve indikerer, at mindre end 41 pct. ønsker dette. Ved at opgøre ønsket om vægttab udelukkende blandt de normalvægtige finder vi lidt større forskelle mellem kommunerne, end når vi ser på ønsket om vægttab blandt alle. Der er dog ikke noget regionalt mønster i, hvem der er i størst og mindst grad ønsker at ændre på deres vægt. Der er både kommuner i det nordlige og sydlige Jylland samt fynske og sjællandske kommuner, der har en høj andel, der ønsker at ændre på deres vægt. Og der er ligeledes en god fordeling af kommuner henover landsdelene, der er mere tilfredse med deres vægt.

Figur 4.18 Andel af normalvægtige voksne i alderen 20-64 år, der gerne vil tabe sig eller tage på. Kvartiler



Anm.: Normalvægtige opgøres efter BMI (Body Mass Index). I spørgeskemaundersøgelsen er alle bedt om at opgive højde og vægt, derefter beregnes BMI på følgende måde, vægt i kg divideret med højde i meter, kvadreret.

Anm.: Lands gennemsnittet er 46 pct.

Kilde: SHILD (Survey of Health, Impairment and Living Conditions in Denmark) 2016, vægtede tal. N = 19.030.

Sammenhængen mellem vægt og ønsket om at ændre på vægten uddybes i Tabel 4.1. Der er stor forskel på mænds og kvinders utilfredshed med deres vægt i forhold til deres vægtgruppe grupperet efter deres BMI. Tabellen viser, at kvinder i alle vægtgrupper i højere grad end mænd ønsker at tabe sig, mens mænd omvendt i højere grad end kvinder ønsker at tage på i vægt. Kvinder er i højere grad end mænd tilfredse med deres vægt, når de er undervægtige, mens mænd i højere grad end kvinder er tilfredse med deres vægt, når de er normalvægtige eller overvægtige.

Tabel 4.1 Voksne i alderen 20-64 år, fordelt efter deres vægtgruppe (grupperet efter BMI) og deres vurdering af egen vægt. Opdelt på køn. Krydstabelanalyse. Procent.

Vurdering af vægt	Undervægtig (BMI < 18,5)		Normalvægtig (18,5 = < BMI < 25)		Overvægtig (BMI = < 25)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Vil i høj grad tabe sig	1	2	2	7	23	48
Vil i nogen grad tabe sig	6	8	22	41	54	45
Er tilfreds med vægten	21	59	60	49	21	6
Vil gerne tage på i vægt	72	31	16	3	2	0
Total	100	100	100	100	100	100

Anm.: Forskellene på mænd og kvinder er signifikantstestet med en χ^2 -test for hver vægtgruppe og er i alle tre vægtgrupper signifikante ($p < 0,001$).

Anm.: Blandt de 20-64-årige er 2 pct. undervægtige (BMI < 18,5), 49 pct. er normalvægtige (18,5 = < BMI < 25) og 50 pct. er overvægtige (BMI = < 25). N = 18.937.

Kilde: SHILD (Survey of Health, Impairment and Living Conditions in Denmark) 2016, vægtede tal.

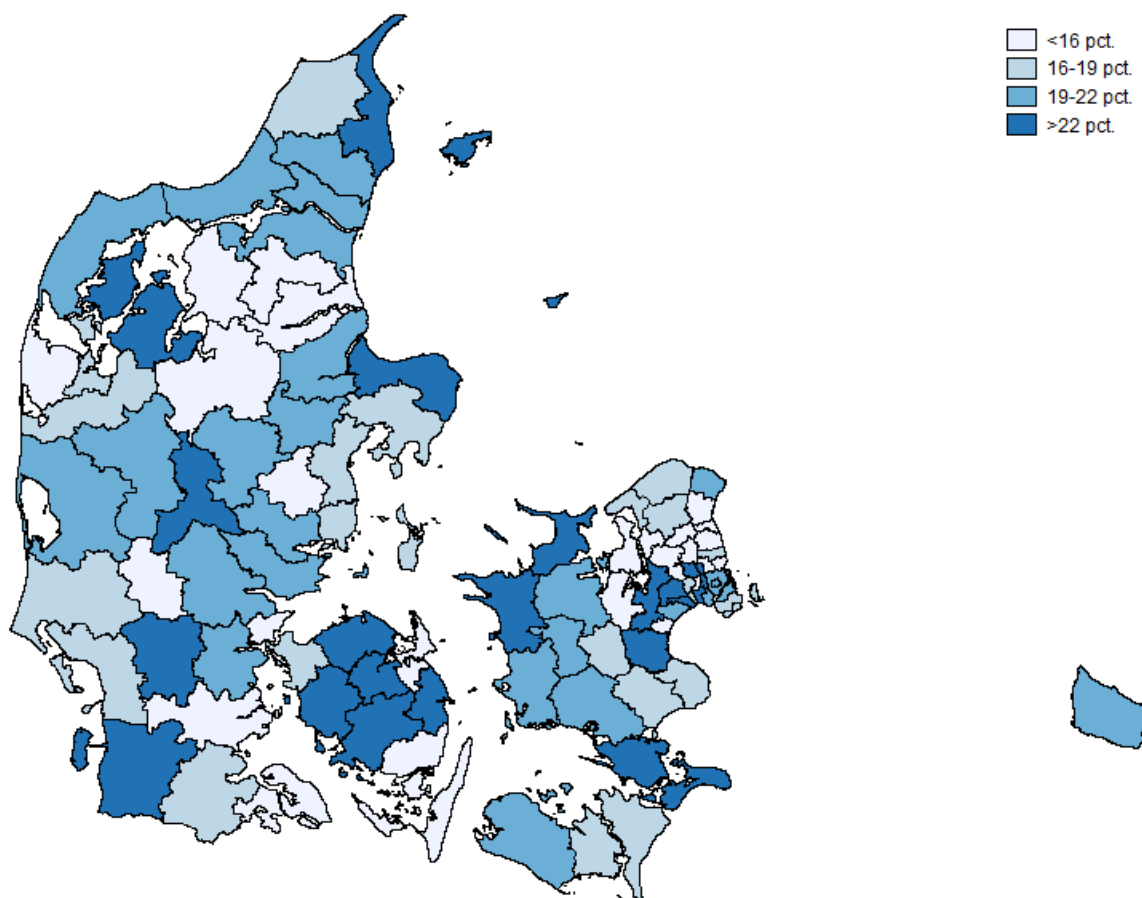
4.5.2 Psykisk trivsel

I dette afsnit præsenteres den kommunale kortlægning af psykisk trivsel blandt voksne målt på livstilfredshed, selvrapporert psykisk lidelse og ensomhed.

I Figur 4.19 ses en kortlægning af livstilfredshed i kommunerne. Igen repræsenterer den mørkeste blå farve kommuner med en høj andel af voksne med relativt lav livstilfredshed (22 pct. eller flere rapporterer om lav livstilfredshed), mens den lyseste farve repræsenterer kommuner med en relativt høj livstilfredshed (16 pct. eller færre rapporterer om lav livstilfredshed).

Vi ser, at kommuner med en høj andel af voksne med relativ livstilfredshed, er geografisk spredt ud over hele landet, hvilket også gælder kommuner, hvor færre rapporterer om lav livstilfredshed. Kommuner i Nordsjælland har dog generelt færre borgere, der rapporterer om lav livstilfredshed.

Figur 4.19 Andel af voksne i alderen 20-64 år med relativ lav livstilfredshed. Kvartiler

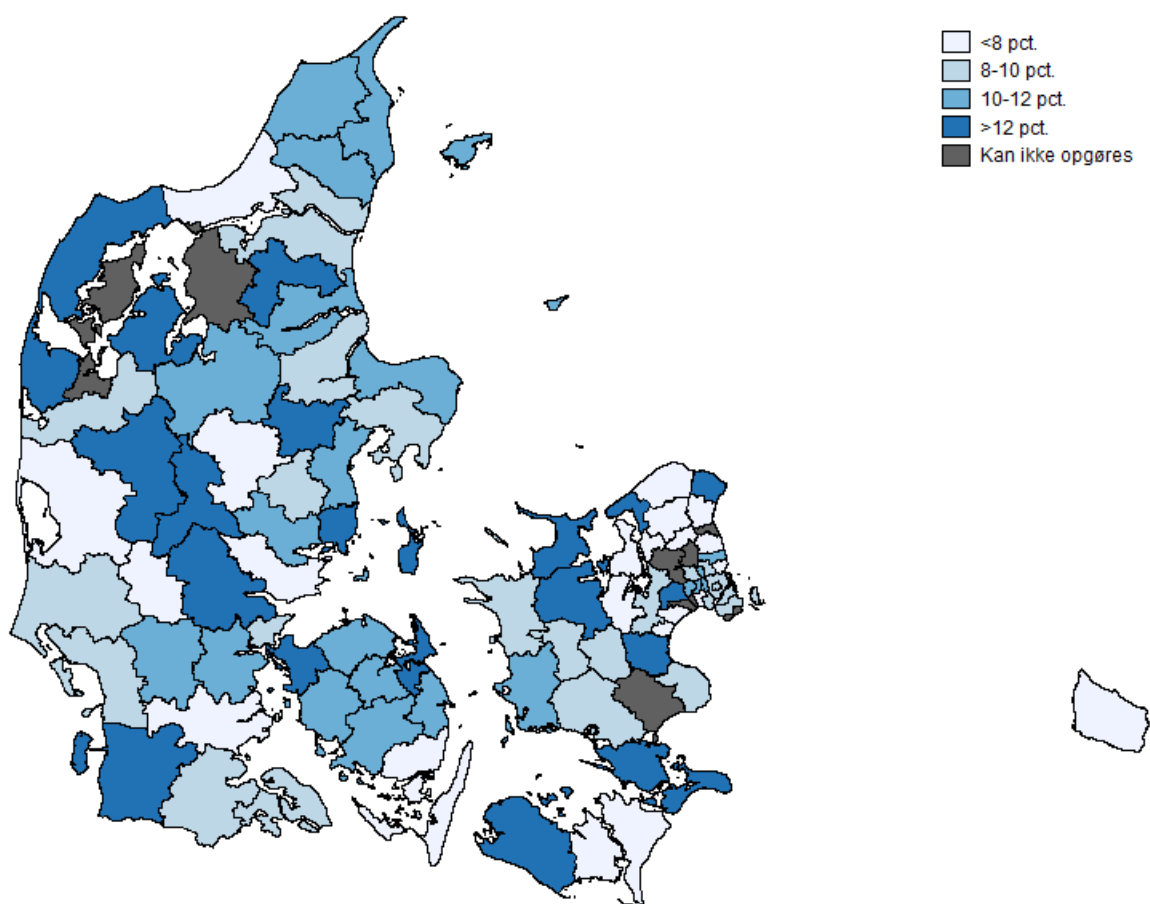


Anm.: Lands gennemsnittet er 19 pct.

Kilde: SHILD (Survey of Health, Impairment and Living Conditions in Denmark) 2016, vægtede tal. N = 19.030.

Figur 4.20 kortlægger kommunerne i forhold til andelen, der rapporterer, at de har en psykisk lidelse. Kommuner med den mørkeste blå farve har den største andel med en psykisk lidelse (mindst 12 pct.). Modsat angiver den lyse farve kommuner, hvor relativt få angiver at have en psykisk lidelse (8 pct. eller færre). Forskellene mellem kommunerne er dog relativt små, og vi finder ikke noget tydeligt mønster i forhold til landsdele.

Figur 4.20 Andel af voksne i alderen 20-64 år, der rapporterer, at de har en psykisk lidelse.
Kvartiler

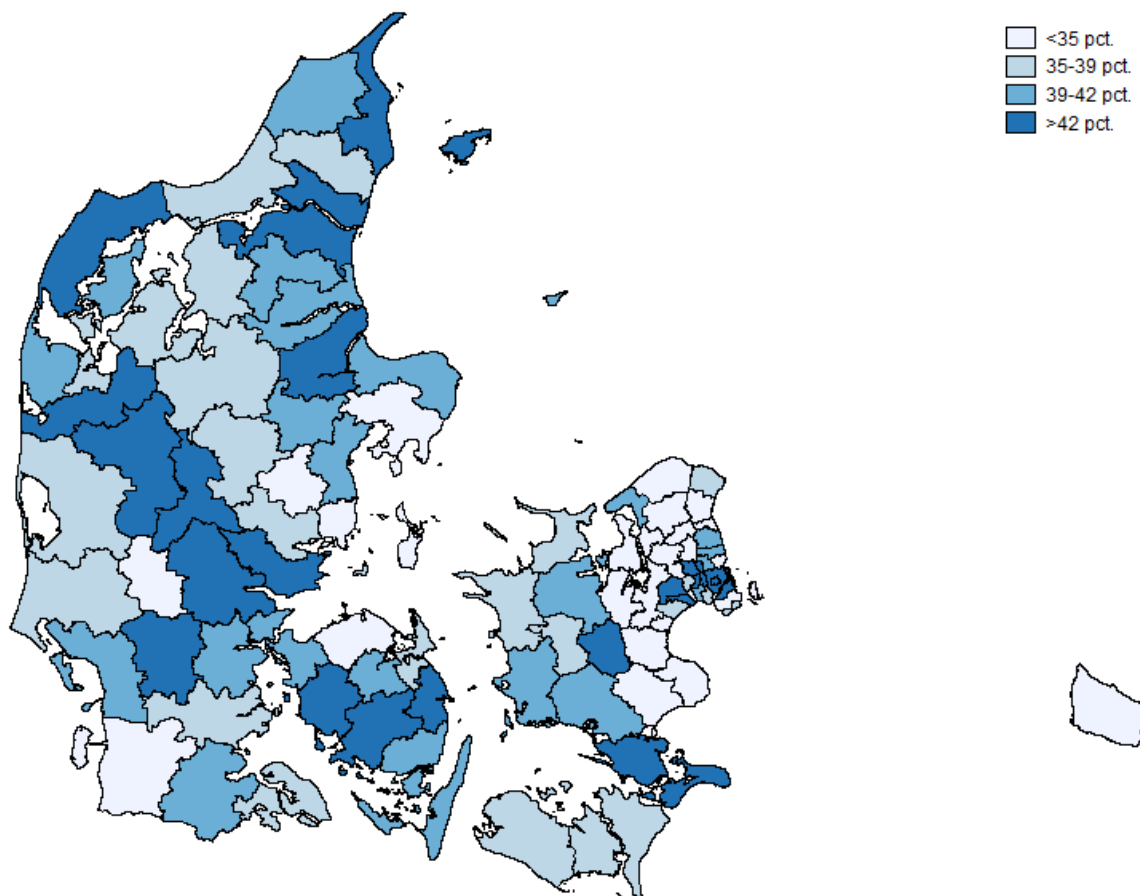


Anm.: Landsgennemsnittet er 10 pct.

Kilde: SHILD (Survey of Health, Impairment and Living Conditions in Denmark) 2016, vægtede tal. N = 19.030.

I Figur 4.21 ses en kommunal kortlægning af andelen, der engang imellem føler sig ensomme. Kommuner med den mørkeste blå farve har den højeste andel ensomhed (42 pct. eller højere), mens kommuner med den lyseste farve har den laveste andel ensomme (35 pct. eller mindre). Overordnet ser vi en tendens til, at lidt flere er ensomme i Midtjylland, på Fyn og i hovedstadsområdet. Omvendt er der færre ensomme i Nordsjælland og det østlige Sjælland.

Figur 4.21 Andel af voksne i alderen 20-64 år, der oplever ensomhed. Kvartiler



Anm.: Lands gennemsnittet er 40 pct.

Kilde: SHILD (Survey of Health, Impairment and Living Conditions in Denmark) 2016, vægtede tal. N = 19.030.

4.1 Opsamling på kortlægningen af voksnes seksuelle sundhed

Kortlægningen af voksnes seksuelle sundhed viser ikke, som hos de unge, et tydeligt kommunalt mønster på tværs af de anvendte indikatorer på seksuel sundhed og trivsel. Det skyldes formodentlig både, at vi her anvender en bredere definition af seksuel sundhed, der fx tager højde for tilfredshed med parforhold og sexliv, og at der ikke er så store forskelle i sammensætningen af voksenbefolkningen, som der er, når vi kigger isoleret på de 15-19-årige i kommunerne.

Blandt voksne er der med hensyn til seksuel sundhed tydelige aldersforskelle og tydelige forskelle på personer med og uden kompetencegivende uddannelse samt personer i og uden for beskæftigelse og uddannelse. Der er således færre unge og ældre, der er i et parforhold, men samtidig flere unge end midaldrende, der er tilfredse med parforhold og sexliv. Og personer med kompetencegivende uddannelse og i beskæftigelse har større sandsynlighed for at være i et parforhold end andre personer. I forhold til køn og indvandrerbaggrund finder vi ikke her et tydeligt mønster på tværs af de analyserede faktorer.

Da der ikke, når vi bruger dette data og denne opgørelsesmetode, er tydelige forskelle på kommunernes alders-, køns-, og beskæftigelses sammensætning, vil disse sociale forhold i mindre grad kunne forklare variationen mellem kommunerne på seksuel sundhed blandt voksne.

Kortlægningen af kommunernes sociale sammensætning viser, at kommuner med flere uden kompetencegivende uddannelse og lidt flere uden for beskæftigelse i højere grad findes på Lolland-Falster, i kommunerne i Region Vestsjælland og i det nordvestlige Jylland.

Bortset fra en højere andel, der får abort, og en højere andel, der ikke har et sexliv eller er i et parforhold på Lolland-Falster og Vestsjælland, følger det kommunale mønster for seksuel sundhed ikke forskellene i befolkningens sociale sammensætning. Kommunens befolkningssammensætning er derfor i mindre grad væsentlig for at forstå befolkningens seksuelle sundhed og psykiske trivsel.

Ligesom det gjaldt de unge, ser vi, at andelen af kvinder, der har ladet sig vaccinere for HPV-virus, er størst i provinsen, mens andelen af mænd, der har ladet sig vaccinere, omvendt er størst omkring hovedstaden.

5 Klamydia og gonorré i danske kommuner

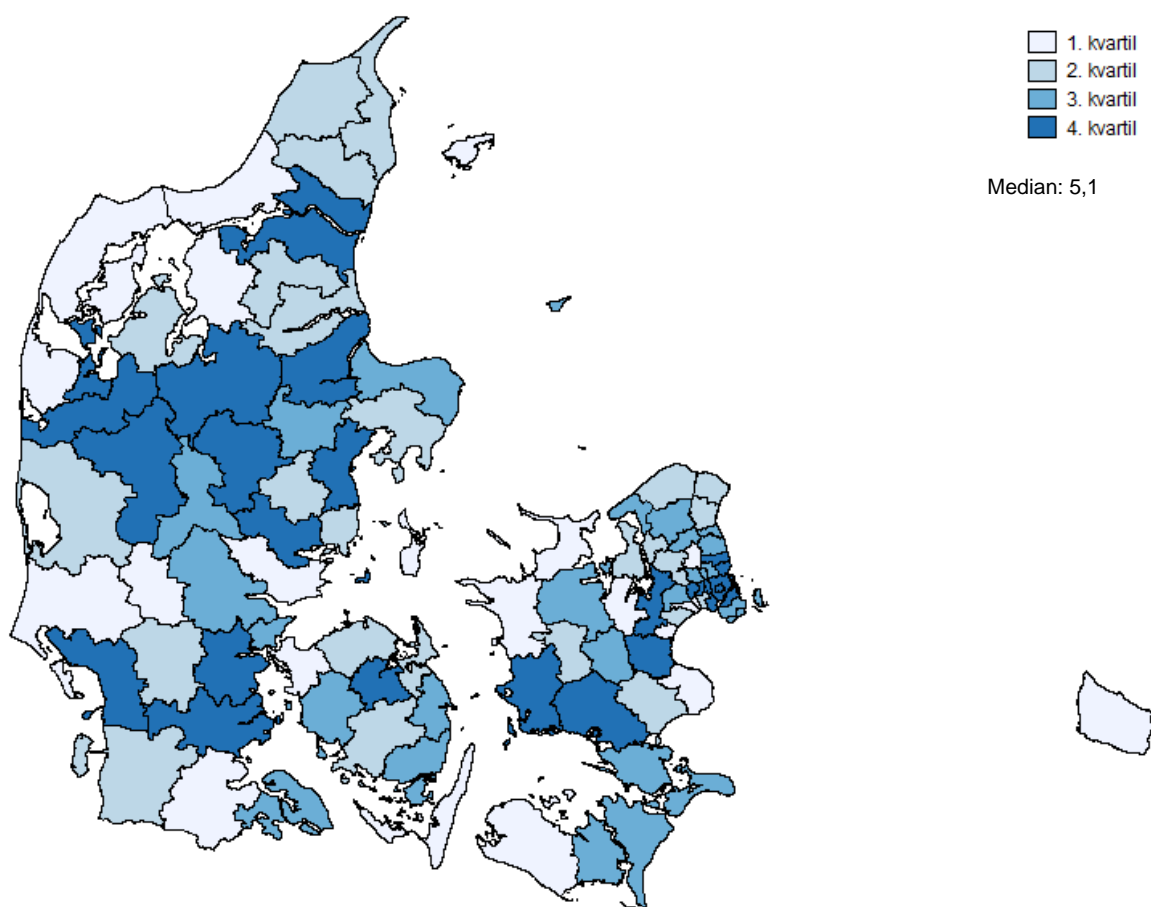
I dette afsnit præsenteres data for forekomsten af klamydia og gonorré blandt alle borgere i kommunerne uanset alder. I de to foregående afsnit er der præsenteret data for forekomsten af klamydia blandt unge under 20 år og voksne i aldersgruppen 20-29 år. Data for gonorré er ikke præsenteret fordelt på aldersgrupper på grund af et forholdsvis lille antal tilfælde.

5.1 Klamydia

Der blev diagnosticeret i alt 33.033 tilfælde af klamydia i Danmark i 2016 med kendt køn og alder, hvor 26 pct. af tilfældene var blandt personer under 20 år, 59 pct. af tilfældene var blandt personer mellem 20 og 29 år, og 15 pct. af tilfældene var blandt personer på 30 år og derover (Statens Serum Institut, 2017a). For en kort beskrivelse af klamydia henvises til afsnit 3.3.4.

Figur 5.1 viser antallet af diagnosticerede klamydiatilfælde i 2016 pr. 1.000 indbyggere i alderen 15 år og opefter fordelt på kommuner. Kun medianen er oplyst, da der i en kommune er mindre end 5 tilfælde.

Figur 5.1 Antal diagnosticerede klamydiatilfælde i 2016 pr. 1.000 indbyggere i alderen 15 år og derover. Kvartiler



Anm.: Antallet af klamydiatilfælde er opgjort som antal tilfælde blandt personer i aldersgruppen fra 1 år og opefter. Klamydia forekommer blandt personer under 15 år, men der er tale om få tilfælde. Samme person kan optræde flere gange, hvis vedkommende har haft flere episoder af klamydia i 2016. Statens Serum Institut antager, at en episode har en varighed på op til 42 dage, og i tilfælde af flere positive undersøgelsesvar med større tidsintervaller kan en person optræde med flere positive episoder.

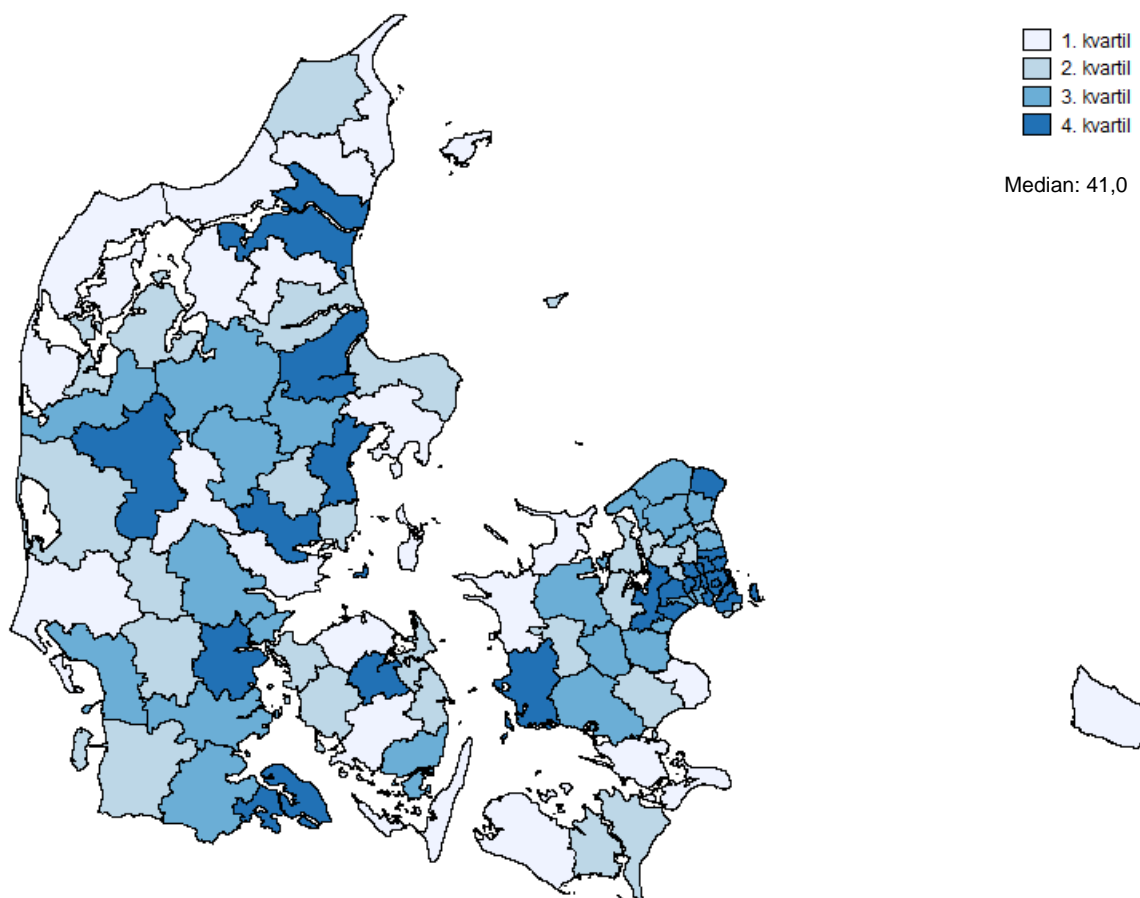
Anm.: De kommuner, der befinder sig i 1. kvartil, er dem med færrest tilfælde pr. 1.000 indbyggere, og de kommuner, der befinder sig i 4. kvartil, er dem med flest tilfælde pr. 1.000 indbyggere.

Kilde: Udtræk fra Statens Serum Institut og egne beregninger.

Forekomsten af diagnosticerede klamydiatilfælde er generelt størst i og omkring de større byer samt i Midtjylland (de mørkeblå kommuner). Det kan både skyldes, at forekomsten af klamydia rent faktisk er størst i disse områder, eller at flere bliver testet – det vil sige, at flere tilfælde af klamydia bliver opdaget/diagnosticeret.

Figur 5.2 viser antallet af klamydiatest i 2016 pr. 1.000 indbyggere på 15 år og opefter fordelt på kommuner.

Figur 5.2 Antal klamydiatest i 2016 pr 1.000 indbyggere på 15 år og opefter. Kvartiler



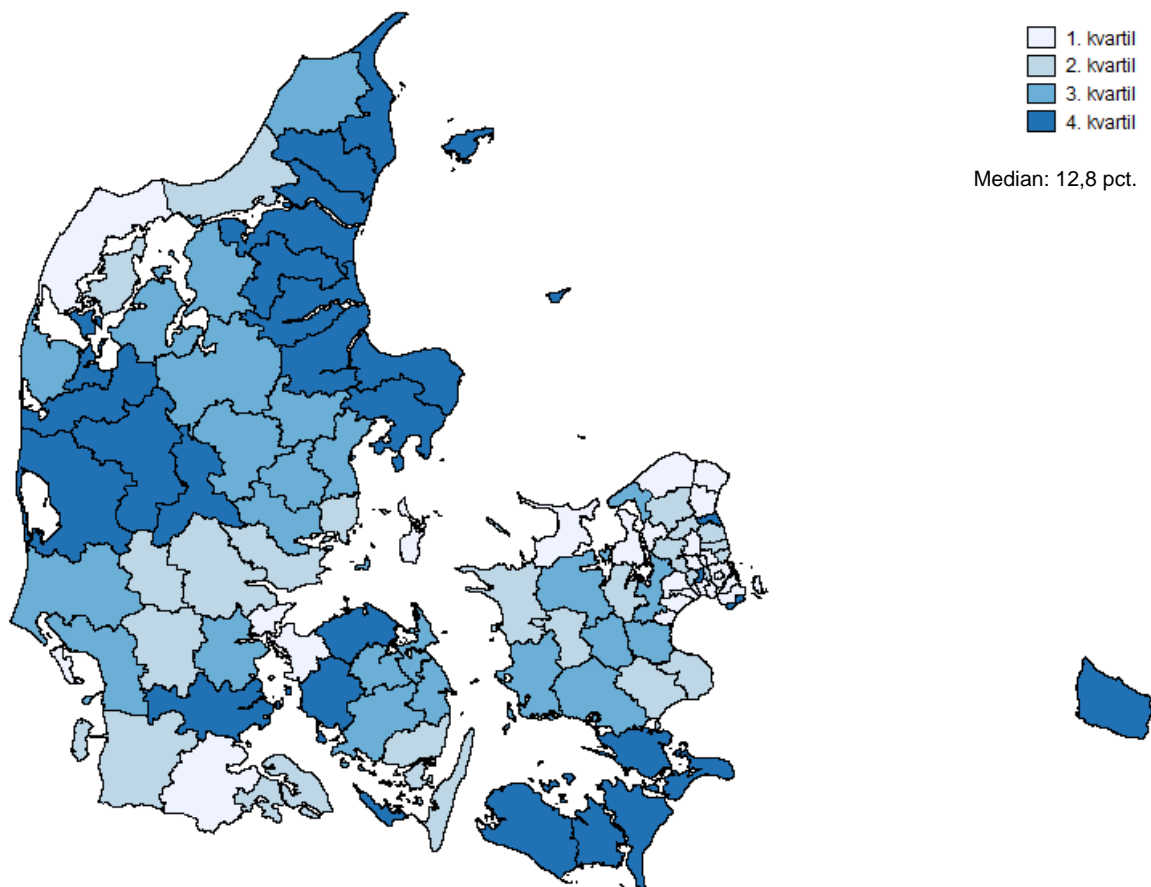
Anm.: Antallet af klamydiatest er opgjort som antal tilfælde blandt personer i aldersgruppen fra 15 år og opefter. Klamydia forekommer blandt personer under 15 år, men der er tale om få tilfælde. Samme person kan optræde flere gange, hvis vedkommende har fået foretaget flere test.

Anm.: De kommuner, der befinder sig i 1. kvartil, er dem med færrest test pr. 1.000 indbyggere, og de kommuner, der befinder sig i 4. kvartil, er dem med flest test pr. 1.000 indbyggere.

Kilde: Udtræk fra Statens Serum Institut og egne beregninger.

Det er generelt også i og omkring de større byer, at der bliver foretaget flest test (de mørkeblå kommuner). Der er dog ikke fuldstændig sammenfald mellem de kommuner, hvor der bliver foretaget flest test, og de kommuner, hvor der diagnosticeres flest tilfælde pr. 1.000 indbyggere. Særligt i kommunerne i hovedstadsområdet bliver der foretaget forholdsvis mange test set i forhold til antallet af diagnosticerede tilfælde. Dette er illustreret i Figur 5.3, som viser andelen af klamydiatest, der var positive, fordelt på kommuner. Her er tendensen, at andelen af klamydiatest, der er positive, er størst uden for de større byer (de mørkeblå kommuner). Særligt i Sydsjælland, Nordjylland og Vestjylland er der relativt mange kommuner, som befinder sig i 4. kvartil. Det indikerer, at der er mindre fokus på at blive testet for klamydia i disse kommuner sammenlignet med resten af landet.

Figur 5.3 Andel af klamydiatest i alt i 2016, der var positive. Kvartiler



Anm.: Antallet af klamydiatilfælde er opgjort som antal tilfælde blandt personer i aldersgruppen fra 1 år og opetter. Klamydia forekommer blandt personer under 15 år, men der er tale om få tilfælde.

Anm.: De kommuner, der befinder sig i 1. kvartil, er dem med den mindste andel af positive test, og de kommuner, der befinder sig i 4. kvartil, er dem med den største andel af positive test.

Kilde: Udtræk fra Statens Serum Institut og egne beregninger.

5.2 Gonorré

Der blev diagnosticeret i alt 3.478 tilfælde af gonorré i Danmark i 2016, hvor 16 pct. af tilfældene var blandt personer under 20 år, 52 pct. af tilfældene var blandt personer mellem 20 og 29 år, og 32 pct. af tilfældene var blandt personer på 30 år og derover (Statens Serum Institut, 2017c).

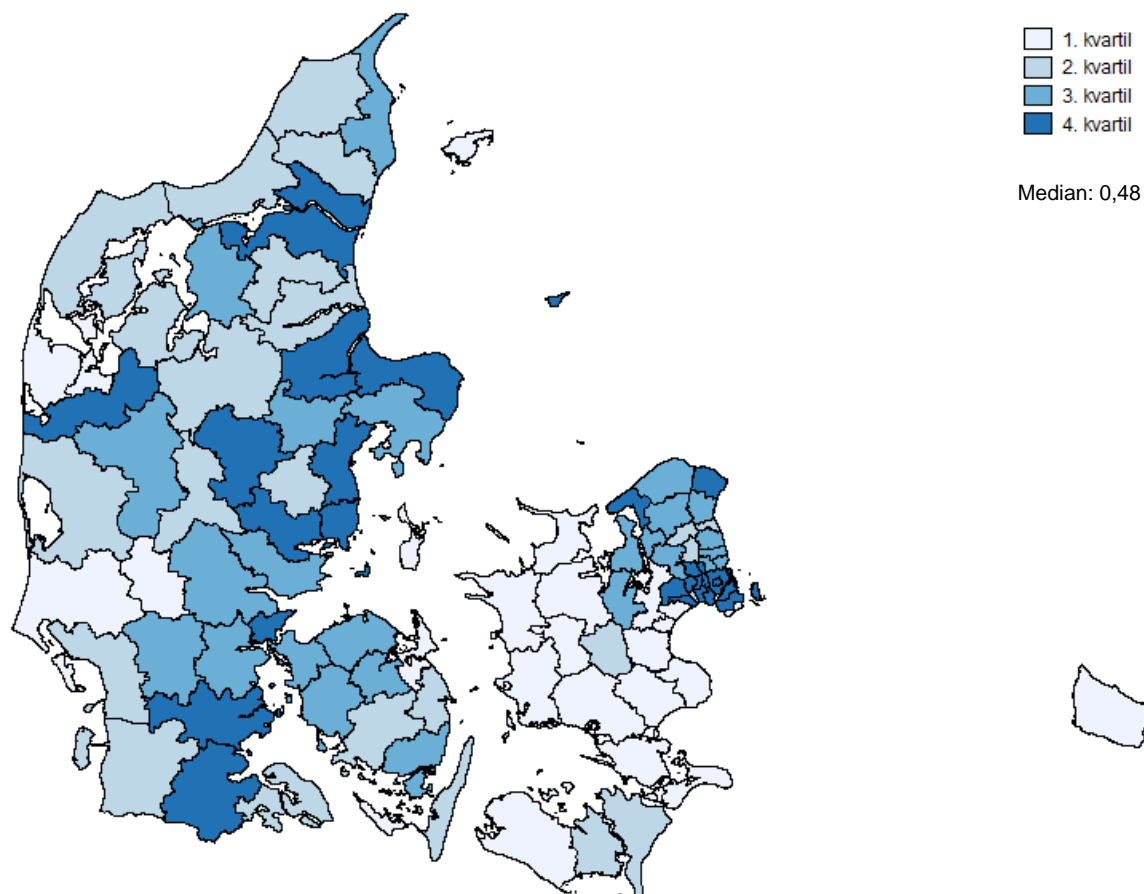
Hvad er gonorré?

Gonorré er en infektion i forskellige slimhinder, hyppigst slimhinden i urinrøret og på livmoderhalsen, forårsaget af bakterien *Neisseria gonorrhoeae* (gonokokbakterien). Ved analsex og oralsex kan bakterien smitte til slimhinden i henholdsvis endetarmen og hals. Bakterien overføres mellem personer, som har ubeskyttet sex. De hyppigste symptomer er gulligt udlåd og svie ved vandladning. Gonorré behandles med antibiotika. Alle bør tilbydes kontrol 1-2 uger efter behandling for at kontrollere behandlingseffekten og se, om bakterien var følsom for den antibiotika, der blev givet. Ved at behandle tidligt kan man reducere risikoen for komplikationer som fx betændelse i kirtler i området, som kan nødvendiggøre et mindre kirurgisk indgreb med udtømmelse af betændelsen, samt betændelse i bitestiklerne og underlivsbetændelse, som kan øge risikoen for senere sterilitet.

Kilde: Patienthåndbogen, 2015b.

I Figur 5.4 viser antallet af diagnosticerede gonorrétilfælde i 2016 pr. 1.000 indbyggere i alderen 15 år og opefter fordelt på kommuner. Kun medianen er oplyst, da der er mindre end 5 tilfælde i nogle kommuner.

Figur 5.4 Antal diagnosticerede gonorrétilfælde i 2016 pr. 1.000 indbyggere i alderen 15 år og derover. Kvartiler



Anm.: Antallet af gonorrétilfælde er opgjort som antal tilfælde blandt personer i aldersgruppen fra 1 år og opefter. Gonorré forekommer blandt personer under 15 år, men der er tale om få tilfælde. Samme person kan optræde flere gange, hvis vedkommende har haft flere episoder af gonorré i 2016. Statens Serum Institut antager, at en episode har en varighed på op til 21 dage, og i tilfælde af flere positive undersøgelses svar med større tidsintervaller kan en person optræde med flere positive episoder.

Anm.: De kommuner, der befinder sig i 1. kvartil, er dem med færrest tilfælde pr. 1.000 indbyggere, og de kommuner, der befinder sig i 4. kvartil, er dem med flest tilfælde pr. 1.000 indbyggere.

Kilde: Udtræk fra Statens Serum Institut og egne beregninger.

Forekomsten er størst omkring hovedstadsområdet og i Østjylland (de mørkeblå kommuner). Det kan skyldes, at forekomsten af gonorré rent faktisk er størst i disse kommuner, og at flere bliver testet – det vil sige, at flere tilfælde af gonorré bliver opdaget/diagnosticeret. Der foreligger ikke validerede data for antal test for gonorré fordelt på kommuner.

Der er øget forekomst af gonorré blandt mænd, som har sex med mænd, samt mænd, der har haft seksuelle kontakter i udlandet (Patienthåndbogen, 2015b). Disse grupper af mænd bør derfor være særlig opmærksomme på at blive testet.

5.3 Opsummering på kapitel 5

Forekomsten af klamydia og gonorré i Danmark er størst omkring de større byer. For gonorré er forekomsten størst i hovedstadsområdet. Det kan skyldes, at forekomsten af klamydia og gonorré rent faktisk er størst i disse områder, og/eller at flere bliver testet – det vil sige, at flere tilfælde bliver opdaget/diagnosticeret. For klamydia antyder data, at der er mindre opmærksomhed på at blive testet uden for de større byer sammenlignet med resten af landet.

Litteratur

- Blivvaccineret.dk (2018): *Bør mænd få HPV vaccination?* (<http://blivvaccineret.dk/vaccination/hpv/hpv-vaccination-drenge/>)
- Graugaard, C., B.K. Pedersen & M. Frisch (2015): *Seksualitet og sundhed*. København: Vidensråd for Forebyggelse.
- Hagelskjær, M., K.E. Zeuthen & C. Graugaard (2017): "Krop, køn og seksualitet", s. 134-148 i D.T. Gravesen (red): *Pædagogik i skole og fritid*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Leander, E.M.B, K. Munk & P.L. Larsen (2017): "Rules and Discourses Concerning Children's Doctor Games and Nudity at Danish Childcare Institutions", *Archives of Sexual Behavior*.
- Leander, E.M.B, K. Munk & P.L. Larsen (2013): ""Doktorlege" forbudt", s. 6-7. i: *Boern & Unge*, Bind 44, Nr. 2.
- Leander, E.M.B, K. Munk & P.L. Larsen (2013): "Slut med børn på skødet", s. 14-15 i: *Boern & Unge*, Bind 44, Nr. 2.
- Patienthåndbogen (2015a): *Klamydia*. (<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/koenssygdomme/sygdomme/bakterieinfektioner/klamydia/>)
- Patienthåndbogen (2015b): *Gonorré* (<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/koenssygdomme/sygdomme/bakterieinfektioner/gonor/>)
- Patienthåndbogen (2015c.): *Generelt om abort* (<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/kvindesygdomme/sygdomme/abort/generelt-om-abort/>)
- Sex og Samfund (2018): sexogsamfund.dk
- Statens Serum Institut (2017a): *EPI-NYT, uge 34* (<https://www.ssi.dk/Aktuelt/Nyhedsbreve/EPI-NYT/2017/Uge%2037%20-%202017.aspx>)
- Statens Serum Institut (2017b): *Humant Papillomavirus (HPV) infektion* (<https://www.ssi.dk/Service/Sygdomsleksikon/H/Human%20Papilloma%20Virus%20infektion.aspx>)
- Statens Serum Institut (2017c) *EPI-NYT, uge 18* (<https://www.ssi.dk/Aktuelt/Nyhedsbreve/EPI-NYT/2017/Uge%2018%20-%202017.aspx>)
- Sundhedsstyrelsen (2012): *Forebyggelsespakke – seksuel sundhed*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2015a): *Anbefalinger om forebyggelse, diagnose og behandling af seksuelt overførbare infektioner* (<https://www.sst.dk/da/nyheder/2015/~-/media/9881BB0E837B41DAAE0954A1A8D798B9.ashx>)
- Sundhedsstyrelsen (2015b): *Risikofaktor for kræft: Infektioner* (<https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kraeft/risikofaktorer/infektioner>)
- Sundhedsstyrelsen (2017): *HPV-vaccination* (<https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/vaccinationer/hpv-vaccination>)

Sundhedsstyrelsen (2018): *HPV-vaccination til drenge, der er til drenge.*

(<https://www.sst.dk/da/nyheder/2018/hpv-vaccination-til-drenge,-der-er-til-drenge>)

WHO (2017): *Last update, Sexual health.* Available: http://who.int/topics/sexual_health/en/