

# Hvordan har du det? 2010

SUNDHEDSPROFIL FOR REGION OG KOMMUNER  
VOKSNE





# HVORDAN HAR DU DET? 2010

Sundhedsprofil for region og kommuner | voksne

Udarbejdet af:

Finn Breinholt Larsen

Pia Vedel Ankersen

Stine Poulsen

Dorte Søe

Stinne Møller Christensen

Center for Folkesundhed

Region Midtjylland januar 2011

Titel:

Hvordan har du det? 2010  
Sundhedsprofil for region og kommuner | voksne

Forfattere:

Finn Breinholt Larsen (Finn.Breinholt@stab.rm.dk)  
Pia Vedel Ankersen (Pia.Ankersen@stab.rm.dk)  
Stine Poulsen (Stine.Poulsen@stab.rm.dk)

Copyright:

© Center for Folkesundhed 2011  
Alle rettigheder forbeholdes

Udgiver:

Region Midtjylland  
Center for Folkesundhed  
Olof Palmes Allé 15  
8200 Århus N  
Tlf.: 8728 4700  
Fax.: 8728 4702  
e-mail: hvordanhardudet@rm.dk

Denne rapport citeres således:

Larsen F.B., Ankersen P.V. & Poulsen S. (2011).  
Hvordan har du det? 2010. Sundhedsprofil for region og kommuner. Voksne.  
Århus: Center for Folkesundhed

ISBN-nr.:

978-87-92400-08-6

EAN-nr.:

9788792400086

Udgivelse:

Januar 2011

Oplag:

3.000

Tryk:

GP-Tryk, Grenaa

Layout:

DESIGN CONCERN

Forside:

Hanne Ravn Hermansen





# FORORD

Hermed foreligger Regions Midtjyllands anden sundhedsprofil udarbejdet på baggrund af *Hvordan har du det?* 2010.

Den første sundhedsprofil blev lavet i 2006, da regionen endnu var under dannelse. Sundhedsprofilen opfyldte et behov for viden om befolkningens sundhedstilstand i den nye region.

Sundhedsprofilen er i den mellemliggende periode blevet brugt ved udarbejdelse af sundhedspolitikker i kommunerne, i forbindelse med regionens sundhedsplanlægning, ved udarbejdelse af psykiatriplan, som reference-data ved evaluering af sundhedstilbud til borgerne samt til en række andre formål.

Sundhedsprofilen er desuden skrevet ind i sundhedsaftalerne mellem region og kommuner.

Med den nye undersøgelse foreligger der en opdateret beskrivelse af sundhedstilstanden i Region Midtjylland, der kan bruges ved tilrettelæggelse af det praktiske sundhedsarbejde i sygehusvæsen, praksissektoren og kommunerne.

Den nye undersøgelse giver samtidig mulighed for at beskrive ændringer i sundhedstilstanden fra 2006 til 2010. Hvor meget er andelen af rygere faldet? Er stressniveauet steget? Er der flere med kronisk sygdom? Er fedmekurven knækket?

Disse og mange andre resultater fra undersøgelsen tegner tilsammen et billede af udviklingen i folkesundheden i hele befolkningen og i forhold til køn, alder og forskellige sociale grupperinger.

Desuden kan man se, hvordan udviklingen har været i de enkelte kommuner.

Som noget nyt er der gennemført *Hvordan har du det?*-undersøgelser i landets fem regioner samtidig.

Desuden har Statens Institut for Folkesundhed lavet en landsdækkende undersøgelse.

I de seks undersøgelser er der en fælles kerne af spørgsmål, som muliggør sammenligninger på tværs af

landets 98 kommuner og fem regioner. Baggrunden for dette er, at der i januar 2009 blev indgået en aftale om organisering og finansiering af sammenlignelige sundhedsprofiler for alle regioner og kommuner.

Aftalen blev indgået mellem Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Finansministeriet. De regionale sundhedsprofiler gentages med en frekvens på fire år, dog med den ene undtagelse, at den næste *Hvordan har du det?* - undersøgelse allerede gennemføres i 2013 for at følge sundheds-aftaleprocessen.

Hermed er der etableret et system for monitorering af sundhedstilstanden på landsplan, som er helt unikt. Det samlede datasæt indeholder oplysninger fra mere end 150.000 borgere i alderen fra 16 år og opefter.

De mange oplysninger om borgernes sundhed vil i de kommende år blive brugt såvel i den praktiske tilrettelæggelse af sundhedsarbejdet som til forskning, der kan bidrage til at forbedre folkesundheden.

# INDHOLD

<b>Sammenfatning</b> . . . . .	16
Helbred og sygdom . . . . .	16
Sundhedsvaner . . . . .	17
Motivation og rådgivning . . . . .	17
<b>Summary</b> . . . . .	20
Health and diseases . . . . .	20
Health behavior . . . . .	21
Motivation and counseling . . . . .	21
<b>Indledning</b> . . . . .	24
Indhold . . . . .	24
Metode . . . . .	24
Dataindsamling . . . . .	25
Statistisk analyse . . . . .	26
Beskrivelse af udvalgte variable . . . . .	26
Medarbejdere . . . . .	26
Referencer . . . . .	27
<b>Helbred og sygdom</b> . . . . .	28
<b>Tre vinkler på befolkningens sundhed</b> . . . . .	28
<b>Oplevelsen af eget helbred</b> . . . . .	28
<b>Selvurderet helbred</b> . . . . .	28
Selvurderet helbred i hele befolkningen . . . . .	28
Selvurderet helbred - køn, alder og sociale forhold . . . . .	31
Samspejlet mellem køn, alder og uddannelsesniveau . . . . .	33
Dårligt selvurderet helbred i kommunerne . . . . .	34
Sammenfatning . . . . .	34
<b>Smerter i muskler og skelet</b> . . . . .	37
Forekomsten af muskel-skelet smerter i hele befolkningen og hos mænd og kvinder . . . . .	39
Forekomsten af meget generende muskel-skelet smerter - køn, alder og sociale forhold . . . . .	41
Forekomsten i kommunerne af meget generende muskel-skelet smerter . . . . .	42
Forekomsten af meget generende muskel-skelet smerter - forskellige brancher . . . . .	45
Sammenfatning . . . . .	45
<b>Stress</b> . . . . .	46
Stressniveauet i hele befolkningen målt på PSS . . . . .	46
Forekomsten af højt stressniveau - køn alder og sociale forhold . . . . .	49
Forekomsten af højt stressniveau i kommunerne . . . . .	50
Forekomsten af højt stressniveau inden for forskellige brancher . . . . .	52
Sammenfatning . . . . .	53
<b>Fysisk, psykisk og social funktionsevne</b> . . . . .	54
Beskrivelse af befolkningens funktionsevne . . . . .	54
Behandling . . . . .	54
Genoptræning og rehabilitering . . . . .	55

Patientuddannelse . . . . .	55
SF-12 som mål for funktionsevne . . . . .	56
De otte skalaer i SF-12. . . . .	56
Tolkning af SF-12 . . . . .	58
Effektstørrelse . . . . .	58
Funktionsprofiler for den voksne befolkning i Region Midtjylland . . . . .	60
Det generelle mønster. . . . .	62
Profilernes form. . . . .	62
Mest afvigende gruppe . . . . .	62
Aldersforskelle. . . . .	62
Kønsforskelle. . . . .	62
Forskelle mellem uddannelsesniveauerne. . . . .	62
Funktionsprofiler for 18 forskellige befolkningsgrupper . . . . .	66
Funktionsprofiler for mænd med lavt uddannelsesniveau . . . . .	62
Funktionsprofiler for mænd med middelhøjt uddannelsesniveau . . . . .	66
Funktionsprofiler for mænd med højt uddannelsesniveau . . . . .	66
Funktionsprofiler for kvinder med lavt uddannelsesniveau. . . . .	67
Funktionsprofiler for kvinder med middelhøjt uddannelsesniveau. . . . .	67
Funktionsprofiler for kvinder med højt uddannelsesniveau . . . . .	68
Funktionsprofiler for 18 forskellige befolkningsgrupper uden langvarig sygdom . . . . .	68
Funktionsprofiler for 18 forskellige befolkningsgrupper med mindst én langvarig sygdom . . . . .	71
Forskelle i funktionsevne mellem raske og syge . . . . .	74
Sammenfatning. . . . .	75
<b>Kronisk sygdom</b> . . . . .	76
Beskrivelse af forekomsten af kronisk sygdom. . . . .	78
Kronisk sygdom i kommunerne . . . . .	82
Sygdomsprofiler for kommunerne. . . . .	84
Kronisk sygdom i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau. . . . .	103
Hvor mange har en eller flere kroniske sygdomme? . . . . .	111
Multisygdomme og helbredsbelastning . . . . .	115
Sammenfatning. . . . .	118
Referencer . . . . .	120
<b>Sundhedsvaner</b> . . . . .	122
<b>Indledning</b> . . . . .	122
<b>Rygning</b> . . . . .	124
Hvor mange ryger? . . . . .	124
Dagligrygere i forhold til køn, alder og sociale forhold . . . . .	127
Dagligrygere - samspillet mellem køn, alder og uddannelsesniveau . . . . .	128
Dagligrygere i den erhvervsaktive alder . . . . .	129
Dagligrygere i kommunerne . . . . .	130
Dagligrygere i forhold til kroniske sygdomme . . . . .	132
Dagligrygere i forhold til brancher . . . . .	134
Rygning i hjem med børn . . . . .	135
Sammenfatning. . . . .	137
<b>Alkohol</b> . . . . .	138
Hvor mange har et risikabelt alkoholforbrug? . . . . .	141
Risikabelt alkoholforbrug i forhold til køn, alder og sociale forhold. . . . .	143
Risikabelt alkoholforbrug - samspillet mellem køn, alder og uddannelsesniveau. . . . .	149
Risikabelt alkoholforbrug i kommunerne . . . . .	152
Risikabelt alkoholforbrug i forhold til kroniske sygdomme . . . . .	156

Risikabelt alkoholforbrug i forhold til brancher . . . . .	157
Sammenfatning . . . . .	158
<b>Fysisk aktivitet</b> . . . . .	160
Hvor mange er fysisk aktive? . . . . .	160
Fysisk aktivitet i forhold til køn, alder og sociale forhold . . . . .	163
Fysisk aktivitet i kommunerne . . . . .	166
Fysisk aktivitet i forhold til kroniske sygdomme . . . . .	170
Fysisk aktivitet i forhold til brancher . . . . .	172
Sammenfatning . . . . .	175
<b>Kost</b> . . . . .	176
Hvor mange har et sundt kostmønster? . . . . .	176
Kostmønster i forhold til køn, alder og sociale forhold . . . . .	179
Kostmønster - samspillet mellem køn, alder og uddannelsesniveau . . . . .	181
Kostmønster i kommunerne . . . . .	184
Kostmønster i forhold til kroniske sygdomme . . . . .	187
Kostmønster i forhold til brancher . . . . .	189
Sammenfatning . . . . .	189
<b>Overvægt</b> . . . . .	190
Hvor mange er overvægtige? . . . . .	190
Overvægt i forhold til køn, alder og sociale forhold . . . . .	193
Svær overvægt - samspillet mellem køn, alder og uddannelsesniveau . . . . .	195
Overvægt i kommunerne . . . . .	196
Overvægt i forhold til kroniske sygdomme . . . . .	199
Overvægt i forhold til brancher . . . . .	200
Sammenfatning . . . . .	201
Sammenfatning - Sundhedsvaner . . . . .	203
Referencer . . . . .	204
<b>Motivation og rådgivning</b> . . . . .	206
<b>Indledning</b> . . . . .	206
<b>Rygning</b> . . . . .	208
Hvor mange er stoppet med at ryge inden for de seneste fem år? . . . . .	209
Er stoppet med at ryge inden for de seneste fem år - køn alder og sociale forhold . . . . .	211
Er stoppet med at ryge inden for de seneste fem år - kommunerne . . . . .	212
Er stoppet med at ryge inden for de seneste fem år - kroniske sygdomme . . . . .	215
Er stoppet med at ryge inden for de seneste fem år - brancher . . . . .	216
Hvor mange vil stoppe med at ryge? . . . . .	217
Dagligrygere der ønsker at stoppe med at ryge - køn alder og sociale forhold . . . . .	219
Dagligrygere der ønsker at stoppe med at ryge - kommuner . . . . .	220
Dagligrygere der ønsker at stoppe med at ryge - kroniske sygdomme . . . . .	223
Dagligrygere der ønsker at stoppe med at ryge - brancher . . . . .	224
Hvor mange vil gerne have støtte og hjælp til rygestop? . . . . .	225
Ønsker støtte og hjælp til rygestop - køn alder og sociale forhold . . . . .	227
Ønsker støtte og hjælp til rygestop - kommuner . . . . .	228
Råd fra egen læge i forhold til rygning . . . . .	231
Råd fra egen læge i forhold til rygning - kroniske sygdomme . . . . .	233
Rygeregler på arbejdspladsen . . . . .	235
Hvor mange arbejder på en arbejdsplads, hvor rygereglerne efterleves . . . . .	235
Rygeregler i forhold til offentligt og privat ansatte . . . . .	236
Rygeregler - kommuner . . . . .	239
Rygeregler - brancher . . . . .	243
Sammenfatning . . . . .	243
<b>Alkohol</b> . . . . .	244

Hvor mange ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug? . . . . .	244
Ønsker at nedsætte eget alkoholforbrug - køn, alder og sociale forhold . . . . .	247
Ønsker at nedsætte alkoholforbrug - kommuner . . . . .	248
Ønsker at nedsætte alkoholforbrug - kroniske sygdomme . . . . .	251
Ønsker at nedsætte alkoholforbrug - brancher . . . . .	253
Rådgivningen fra egen læge i forhold til alkohol . . . . .	255
Rådgivningen fra egen læge i forhold til alkohol - kroniske sygdomme . . . . .	257
Sammenfatning . . . . .	257
<b>Fysisk aktivitet</b> . . . . .	258
Hvor mange ønsker at være mere fysisk aktive?. . . . .	258
Ønsker at være mere fysisk aktive - køn, alder og sociale forhold . . . . .	261
Ønsker at være mere fysisk aktive - kommuner . . . . .	262
Ønsker at være mere fysisk aktive - kroniske sygdomme . . . . .	265
Ønsker at være mere fysisk aktive - brancher . . . . .	267
Rådgivning fra egen læge i forhold til fysisk aktivitet . . . . .	269
Rådgivning fra egen læge i forhold til fysisk aktivitet - kroniske sygdomme . . . . .	271
Sammenfatning . . . . .	271
<b>Kost</b> . . . . .	272
Hvor mange ønsker at spise mere sundt? . . . . .	272
Ønsker at spise mere sundt - køn, alder og sociale forhold . . . . .	275
Ønsker at spise mere sundt - kommuner . . . . .	276
Ønsker at spise mere sundt - kroniske sygdomme . . . . .	279
Ønsker at spise mere sundt - brancher . . . . .	281
Råd fra egen læge i forhold til kost . . . . .	283
Råd fra egen læge i forhold til kost - kroniske sygdomme . . . . .	285
Sammenfatning . . . . .	285
<b>Overvægt</b> . . . . .	286
Hvor mange ønsker at tabe sig? . . . . .	286
Sammenhæng mellem vægtklasser, vurdering af egen vægt og ønske om vægttab . . . . .	289
Ønsker vægttab - køn, alder og sociale forhold . . . . .	293
Ønsker vægttab - kommuner . . . . .	294
Ønsker vægttab - kroniske sygdomme . . . . .	297
Ønsker vægttab - brancher . . . . .	299
Rådgivningen fra egen læge i forhold til vægttab . . . . .	300
Rådgivningen fra egen læge i forhold til vægttab - kroniske sygdomme . . . . .	303
Sammenfatning . . . . .	303
Sammenfatning - Motivation og rådgivning . . . . .	304
Referencer . . . . .	305
<b>Sammenligninger på tværs</b> . . . . .	306
<b>Social ulighed i sundhed</b> . . . . .	308
Fattigdom og sygdom . . . . .	308
Fornyset fokus på social ulighed i sundhed . . . . .	308
Et indeks for levekårsressourcer . . . . .	308
Helbred og sygdom . . . . .	310
Sundhedsvaner . . . . .	314
Motivation for at ændre sundhedsvaner . . . . .	316
Sammenfatning . . . . .	318
<b>KRAM på tværs</b> . . . . .	320
Ophobning af risikoadfærd . . . . .	320
Lever ikke op til nogen af anbefalingerne - samspillet mellem køn, alder og uddannelsesniveau . . . . .	325

Lever op til samtlige anbefalingerne	
- samspillet mellem køn, alder og uddannelsesniveau . . . . .	327
Sammenligning af grupper, der lever op til alle eller ingen af anbefalingerne . . . . .	327
Lever ikke op til anbefalingerne for kost og fysisk aktivitet	
- samspillet mellem køn, alder og uddannelsesniveau . . . . .	329
Sammenfatning . . . . .	330
<b>Borgernes ønsker til sundhedsfremmende faciliteter i deres lokalområde . . . . .</b>	<b>332</b>
Unge . . . . .	334
Midaldrende . . . . .	335
Ældre . . . . .	337
Sammenfatning . . . . .	337
Referencer . . . . .	338
<b>Demografiske og sociale forhold . . . . .</b>	<b>340</b>
Demografiske forhold . . . . .	340
Indbyggertal og aldersfordeling . . . . .	343
Befolkningstæthed . . . . .	346
Sociale forhold . . . . .	349
Boligpriser . . . . .	355
Økonomiske forhold . . . . .	359
Brug af sundhedsydelser . . . . .	367
Sammenfatning . . . . .	369
Referencer . . . . .	369

# FIGURER OG TABELLER

## Helbred og sygdom

### Selvurderet helbred

Figur 2.1	Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt? . . . . .	29
Figur 2.2	Dårligt selvvurderet helbred – køn, alder og sociale forhold . . . . .	30
Figur 2.3	Dårligt selvvurderet helbred – køn, alder og uddannelsesniveau . . . . .	32
Figur 2.4	Dårligt selvvurderet helbred – kommuner . . . . .	34

### Smerter i muskler og skelet

Tabel 2.1	Risikofaktorer for kroniske smerter i ryg og nakke . . . . .	36
Figur 2.5	Generet af smerter eller ubehag i muskler og skelet inden for de seneste 14 dage . . . . .	38
Figur 2.6	Meget generet af muskel-skeletsmarter inden for de seneste 14 dage – køn, alder og sociale forhold . . . . .	40
Figur 2.7	Meget generet af muskel-skeletsmarter inden for de seneste 14 dage – kommuner . . . . .	42
Figur 2.8	Meget generet af muskel-skeletsmarter inden for de seneste 14 dage – brancher . . . . .	44



Stress	
Figur 2.9	Perceived Stress Scale (PSS)-histogram, der viser fordelingen i hele befolkningen. De lodrette streger inddeler befolkningen i fem tilnærmelsesvis lige store grupper (kvintiler) . . . . . 47
Figur 2.10	Andel med højt stressniveau (PSS>16) – køn, alder og sociale forhold . . . . . 48
Figur 2.11	Andel med højt stressniveau (PSS>16) – kommuner . . . . . 50
Figur 2.12	Andel med højt stressniveau (PSS>16) – brancher . . . . . 52
Funktionsevne	
Tabel 2.2	Beskrivelsen af <i>Short Form 12 Health Survey</i> (SF-12) . . . . . 57
Tabel 2.3	De 18 befolkningsgrupper hvis funktionsevne beskrives ved hjælp af SF-12 . . . . . 60
Tabel 2.4	Gennemsnit og standardafvigelse for de otte SF-12-skalaer for hver af de 18 befolkningsgrupper – normbaserede tal med Region Midtjyllands voksne befolkning som referencebefolkning (norm) . . . . . 61
Figur 2.13	Gennemsnitlig SF-12-score for mænd . . . . . 64
Figur 2.14	Gennemsnitlig SF-12-score for kvinder . . . . . 65
Figur 2.15	Gennemsnitlig SF-12-score for mænd uden langvarige sygdomme . . . . . 69
Figur 2.16	Gennemsnitlig SF-12-score for kvinder uden langvarige sygdomme . . . . . 70
Figur 2.17	Gennemsnitlig SF-12-score for mænd med mindst én langvarig sygdom . . . . . 72
Figur 2.18	Gennemsnitlig SF-12-score for kvinder med mindst én langvarig sygdom . . . . . 73
Tabel 2.5	Undersøgelsens 18 kroniske sygdomme sammenholdt med WHO's fem prioriterede kroniske sygdomme og de otte folkesygdomme i regeringens folkesundhedsprogram <i>Sund hele livet</i> . . . . . 77
Figur 2.19	Forekomsten af kroniske sygdomme i Region Midtjylland (aktuel sygdom og eftervirkninger) . . . . . 78
Tabel 2.6	Forekomsten af 18 kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) i pct. . . . . 80
Tabel 2.7	Forekomsten af 18 kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) – rangordning af kommunerne for hver sygdom og efter den samlede rangsum . . . . . 81
Figur 2.20.A	Forekomsten af kroniske sygdomme Favrskov (aktuel sygdom og eftervirkninger) . . . . . 83
Figur 2.20.B	Forekomsten af kroniske sygdomme Hedensted (aktuel sygdom og eftervirkninger) . . . . . 84
Figur 2.20.C	Forekomsten af kroniske sygdomme Herning (aktuel sygdom og eftervirkninger) . . . . . 85
Figur 2.20.D	Forekomsten af kroniske sygdomme Holstebro (aktuel sygdom og eftervirkninger) . . . . . 86
Figur 2.20.E	Forekomsten af kroniske sygdomme Horsens (aktuel sygdom og eftervirkninger) . . . . . 87
Figur 2.20.F	Forekomsten af kroniske sygdomme Ikast-Brande (aktuel sygdom og eftervirkninger) . . . . . 88
Figur 2.20.G	Forekomsten af kroniske sygdomme Lemvig (aktuel sygdom og eftervirkninger) . . . . . 89
Figur 2.20.H	Forekomsten af kroniske sygdomme Norddjurs (aktuel sygdom og eftervirkninger) . . . . . 90
Figur 2.20.I	Forekomsten af kroniske sygdomme Odder (aktuel sygdom og eftervirkninger) . . . . . 91
Figur 2.20.J	Forekomsten af kroniske sygdomme Randers (aktuel sygdom og eftervirkninger) . . . . . 92

Figur 2.20.K	Forekomsten af kroniske sygdomme Ringkøbing-Skjern (aktuel sygdom og eftervirkninger) . . . . .	93
Figur 2.20.L	Forekomsten af kroniske sygdomme Samsø (aktuel sygdom og eftervirkninger) . . . . .	94
Figur 2.20.M	Forekomsten af kroniske sygdomme Silkeborg (aktuel sygdom og eftervirkninger) . . . . .	95
Figur 2.20.N	Forekomsten af kroniske sygdomme Skanderborg (aktuel sygdom og eftervirkninger) . . . . .	96
Figur 2.20.O	Forekomsten af kroniske sygdomme Skive (aktuel sygdom og eftervirkninger) . . . . .	97
Figur 2.20.P	Forekomsten af kroniske sygdomme Struer (aktuel sygdom og eftervirkninger) . . . . .	98
Figur 2.20.Q	Forekomsten af kroniske sygdomme Syddjurs (aktuel sygdom og eftervirkninger) . . . . .	99
Figur 2.20.R	Forekomsten af kroniske sygdomme Viborg (aktuel sygdom og eftervirkninger) . . . . .	100
Figur 2.20.S	Forekomsten af kroniske sygdomme Århus (aktuel sygdom og eftervirkninger) . . . . .	100
Tabel 2.8	Forekomsten af 18 kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) – hyppigste forekomst i forhold til alder, køn og uddannelsesniveau . . . . .	102
Figur 2.21	Forekomsten af 18 kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) – køn og alder . . . . .	104
Figur 2.22	Forekomsten af 18 kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) – uddannelsesniveau . . . . .	107
Figur 2.23	Hvor mange har en kronisk sygdom? Forekomsten af kronisk sygdom opgjort efter tre forskellige kriterier . . . . .	110
Figur 2.24	Forekomsten af 18 kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) . . . . .	110
Figur 2.25	Forekomsten af kroniske sygdomme i forhold til alder – mænd . . . . .	112
Figur 2.26	Forekomsten af kroniske sygdomme i forhold til alder – kvinder . . . . .	112
Figur 2.27	Forekomsten af kroniske sygdomme i forhold til uddannelsesniveau – mænd . . . . .	113
Figur 2.28	Forekomsten af kroniske sygdomme i forhold til uddannelsesniveau – kvinder . . . . .	113
Figur 2.29	Andel med dårligt selv vurderet helbred i forhold til antallet af kroniske sygdomme . . . . .	114
Figur 2.30	Andel der er hæmmet af sygdom i forhold til antallet af kroniske sygdomme . . . . .	114
Figur 2.31	Andel der er meget hæmmet af sygdom i forhold til antallet af kroniske sygdomme . . . . .	114
Figur 2.32	Andel der har brug for hjælp til deres daglige gøremål i forhold til antallet af kroniske sygdomme . . . . .	114
Figur 2.33	Forekomsten af multisygdom – kommuner . . . . .	116

## Sundhedsvaner

Ryging		
Figur 3.1	Rygevaner . . . . .	125
Figur 3.2	Dagligrygere – køn, alder og sociale forhold . . . . .	126
Figur 3.3	Dagligrygere – køn, alder og uddannelsesniveau . . . . .	128
Figur 3.4	Dagligrygere – personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år) – uden for og på arbejdsmarkedet. . . . .	129
Figur 3.5	Dagligrygere i kommunerne. . . . .	130

Figur 3.6	Dagligrygere – kroniske sygdomme . . . . .	132
Figur 3.7	Dagligrygere – brancher . . . . .	134
Figur 3.8	Rygning i hjem med børn 0-15 år. . . . .	135
Figur 3.9	Personer der bor sammen med børn 0-15 år, hvor der bliver røget indendørs i hjemmet hver dag – kommuner . . . . .	136
Alkohol		
Figur 3.10	Tre former for alkoholforbrug: lavrisikoforbrug, moderat forbrug og højrisikoforbrug. . . . .	140
Figur 3.11	Tre former for risikabelt alkoholforbrug: rusdrikkeri, storforbrug og afhængighed . . . . .	140
Figur 3.12	Udbredelsen af risikabelt alkoholforbrug: rusdrikkeri, storforbrug og afhængighed . . . . .	140
Figur 3.13	Drikker 5+ genstande ved samme lejlighed en gang om ugen eller oftere – køn, alder og sociale forhold . . . . .	142
Figur 3.14	Andelen med et storforbrug af alkohol –køn, alder og sociale forhold . . . . .	144
Figur 3.15	Tegn på alkoholafhængighed (CAGE-C) – køn, alder og sociale forhold . . . . .	146
Figur 3.16	Risikabelt alkoholforbrug – mænd . . . . .	148
Figur 3.17	Risikabelt alkoholforbrug – kvinder . . . . .	150
Figur 3.18	Mænd med mindst én af tre risikable former for alkoholforbrug – kommuner . . . . .	152
Figur 3.19	Kvinder med mindst én af tre risikable former for alkoholforbrug – kommuner . . . . .	154
Figur 3.20	Personer med mindst én af de tre risikable former for alkoholforbrug – kroniske sygdomme . . . . .	156
Figur 3.21	Personer med mindst én af tre risikable former for alkoholforbrug – brancher . . . . .	157
Fysisk aktivitet		
Figur 3.22	Moderat fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen – antal dage pr. uge . . . . .	161
Figur 3.23	Dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden. . . . .	161
Figur 3.24	Andel der dyrker regelmæssig motion i fritiden i forhold til antal dage med 30+ minutters aktivitet. . . . .	161
Figur 3.25	Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv i mindst 30 minutter? Køn, alder og sociale forhold . . . . .	162
Figur 3.26	Dyrker idræt eller anden regelmæssig fysisk aktivitet i fritiden – køn, alder og sociale forhold . . . . .	164
Figur 3.27	Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv i mindst 30 minutter? – kommuner . . . . .	166
Figur 3.28	Dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden – kommuner . . . . .	168
Figur 3.29	Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv i mindst 30 minutter? – kroniske sygdomme . . . . .	170
Figur 3.30	Dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden – kroniske sygdomme . . . . .	171
Figur 3.31	Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv i mindst 30 minutter? – brancher . . . . .	172
Figur 3.32	Dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden – brancher . . . . .	174
Kost		
Figur 3.33	Det samlede kostmønster . . . . .	177
Figur 3.34	Frugt . . . . .	177

Figur 3.35	Grønt. . . . .	177
Figur 3.36	Fisk . . . . .	177
Figur 3.37	Fedt. . . . .	177
Figur 3.38	Kostmønster – køn, alder og sociale forhold . . . . .	178
Figur 3.39	Kostmønster – mænd . . . . .	180
Figur 3.40	Kostmønster – kvinder . . . . .	182
Figur 3.41	Kostmønster – kommuner . . . . .	184
Figur 3.42	Kostmønster – kroniske sygdomme. . . . .	186
Figur 3.43	Kostmønster – brancher . . . . .	188
Overvægt		
Figur 3.44	Befolkningens fordeling på vægtklasser. . . . .	191
Figur 3.45	Overvægt – køn, alder og sociale forhold . . . . .	192
Figur 3.46	Svær overvægt – køn, alder og uddannelsesniveau . . . . .	194
Figur 3.47	Overvægt – kommuner . . . . .	196
Figur 3.48	Overvægt – kroniske sygdomme . . . . .	198
Figur 3.49	Overvægt – brancher . . . . .	200
Figur 3.50	Befolkningen opdelt på antal sunde vaner: kost, rygning, alkohol og fysisk aktivitet . . . . .	202

## Motivation og rådgivning

### Rygning

Figur 4.1	Rygestopraten 2005-2009 . . . . .	209
Figur 4.2	Rygere, der er holdt op med at ryge inden for de seneste fem år – køn, alder og sociale forhold . . . . .	210
Figur 4.3	Rygere, der er holdt op med at ryge inden for de seneste fem år – kommuner . . . . .	212
Figur 4.4	Rygere, der er holdt op med at ryge inden for de seneste fem år – kroniske sygdomme . . . . .	214
Figur 4.5	Rygere, der er holdt op med at ryge inden for de seneste fem år – brancher . . . . .	216
Figur 4.6	Vil du holde op med at ryge? . . . . .	217
Figur 4.7	Ønsker du at stoppe med at ryge? fordelt på tobaksforbrug. . . . .	217
Figur 4.8	Dagligrygere der gerne vil stoppe med at ryge – køn, alder og sociale forhold . . . . .	218
Figur 4.9	Dagligrygere der gerne vil stoppe med at ryge – kommuner. . . . .	220
Figur 4.10	Dagligrygere der gerne vil stoppe med at ryge – kroniske sygdomme . . . . .	222
Figur 4.11	Dagligrygere der gerne vil stoppe med at ryge – brancher . . . . .	224
Figur 4.12	Vil gerne have støtte og hjælp til rygestop . . . . .	225
Figur 4.13	Ønsker støtte og hjælp til rygestop fordelt på tobaksforbrug . . . . .	225
Figur 4.14	Dagligrygere der gerne vil have støtte og hjælp til rygestop – køn, alder og sociale forhold . . . . .	226
Figur 4.15	Dagligrygere der gerne vil have støtte og hjælp til rygestop – kommuner . . . . .	228
Figur 4.16	Har din egen læge rådet dig til rygestop inden for de seneste 12 måneder? . . . . .	230
Figur 4.17	Har modtaget råd fra lægen om rygestop i forhold til tobaksforbrug . . . . .	230
Figur 4.18	Har modtaget råd fra lægen om rygestop i forhold til ønsket om støtte og hjælp til rygestop . . . . .	230
Figur 4.19	Dagligrygere der har fået råd fra lægen om at stoppe med at ryge – kroniske sygdomme . . . . .	232

Figur 4.20	Er det tilladt at ryge på din arbejdsplads? . . . . .	234
Figur 4.21	Er det tilladt at ryge på din arbejdsplads? – offentligt og privat ansat . . . . .	236
Figur 4.22	Personer der i foråret 2010 var på en arbejdsplads, hvor rygning var tilladt overalt . . . . .	237
Figur 4.23	Personer, der i foråret 2010 var ansat på arbejdspladser, som ikke opfyldte minimumskravene til rygeregler – kommuner. . . . .	238
Figur 4.24	Personer der i foråret 2010 var på en arbejdsplads, hvor rygning er tilladt overalt – brancher . . . . .	242
Alkohol		
Figur 4.25	Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug? . . . . .	245
Figur 4.26	Ønsker at nedsætte sit alkoholforbrug i forhold til ugentligt forbrug . . . . .	245
Figur 4.27	Ønsker at nedsætte sit alkoholforbrug i forhold til tre former for risikabelt alkoholforbrug . . . . .	245
Figur 4.28	Personer med et risikabelt alkoholforbrug, der ønsker at nedsætte forbruget – køn, alder og sociale forhold . . . . .	246
Figur 4.29	Personer med et risikabelt alkoholforbrug, der ønsker at nedsætte forbruget – kommuner . . . . .	248
Figur 4.30	Personer med et risikabelt alkoholforbrug, der ønsker at nedsætte forbruget – kroniske sygdomme. . . . .	250
Figur 4.31	Personer med et risikabelt alkoholforbrug, der ønsker at nedsætte forbruget – brancher . . . . .	252
Figur 4.32	Har din egen læge rådet dig til at nedsætte dit alkoholforbrug i løbet af de seneste 12 måneder? . . . . .	254
Figur 4.33	Har modtaget råd fra lægen om nedsættelse af alkoholforbrug i forhold til ugentligt forbrug . . . . .	254
Figur 4.34	Har modtaget råd fra lægen om nedsættelse af alkoholforbrug i forhold til tre former for risikabelt alkoholforbrug . . . . .	254
Figur 4.35	Personer med et risikabelt alkoholforbrug, som har fået råd fra lægen – kroniske sygdomme . . . . .	256
Fysisk aktivitet		
Figur 4.36	Vil du gerne være mere fysisk aktiv? . . . . .	259
Figur 4.37	Hvordan vurderer du din fysiske form? . . . . .	259
Figur 4.38	Ønsker at være mere fysisk aktiv i forhold til antal dage med moderat fysisk aktivitet mindst 30 minutter . . . . .	259
Figur 4.39	Ønsker at være mere fysisk aktiv i forhold til selv vurderet fysisk form . . . . .	259
Figur 4.40	Vil gerne være mere fysisk aktiv – køn, alder og sociale forhold . . . . .	260
Figur 4.41	Vil gerne være mere fysisk aktiv – kommuner . . . . .	262
Figur 4.42	Vil gerne være mere fysisk aktiv – kroniske sygdomme . . . . .	264
Figur 4.43	Vil gerne være mere fysisk aktiv – brancher . . . . .	266
Figur 4.44	Har egen læge rådet dig til at dyrke motion inden for de seneste 12 måneder? . . . . .	268
Figur 4.45	Har modtaget råd om motion i forhold til antal dage med moderat fysisk aktivitet mindst 30 minutter . . . . .	268
Figur 4.46	Har modtaget råd om motion i forhold til selv vurderet fysisk form . . . . .	268
Figur 4.47	Har fået råd fra lægen om at være mere fysisk aktiv – kroniske sygdomme . . . . .	270
Kost		
Figur 4.48	Vil du gerne spise mere sundt? . . . . .	273
Figur 4.49	Hvordan vurderer du dine kostvaner alt i alt? . . . . .	273

Figur 4.50	Ønsker at spise mere sundt i forhold til selvvurderede kostvaner . . . . .	273
Figur 4.51	Ønsker at spise mere sundt i forhold til kostmønster . . . . .	273
Figur 4.52	Vil gerne spise mere sundt – køn, alder og sociale forhold . . . . .	274
Figur 4.53	Vil gerne spise mere sundt – kommuner . . . . .	276
Figur 4.54	Vil gerne spise mere sundt – kroniske sygdomme. . . . .	278
Figur 4.55	Vil gerne spise mere sundt – brancher . . . . .	280
Figur 4.56	Har din egen læge rådet dig til at ændre kostvaner inden for de seneste 12 måneder? . . . . .	282
Figur 4.57	Har modtaget råd om at ændre kostvaner i forhold til kostmønster . . . . .	282
Figur 4.58	Har modtaget råd om at ændre kostvaner i forhold til selvvurderede kostvaner . . . . .	282
Figur 4.59	Har fået råd fra lægen om at ændre kostvaner – kroniske sygdomme . . . . .	284
Overvægt		
Figur 4.60	Vil du gerne tabe dig? . . . . .	287
Figur 4.61	Hvordan vurderer du selv din vægt? . . . . .	287
Figur 4.62	Ønsker 'i høj grad' at tabe sig i forhold til vægtklasse . . . . .	287
Figur 4.63	Ønsker 'i høj grad' at tabe sig i forhold til selvvurderet vægt. . . . .	287
Figur 4.64	Sammenhæng mellem vægtklasse, vurdering af egen vægt og ønske om vægttab – mænd . . . . .	288
Figur 4.65	Sammenhæng mellem vægtklasse, vurdering af egen vægt og ønske om vægttab – kvinder . . . . .	290
Figur 4.66	Overvægtige der 'i høj grad' ønsker at tabe sig – køn, alder og sociale forhold . . . . .	292
Figur 4.67	Overvægtige der 'i høj grad' ønsker at tabe sig – kommuner . . . . .	294
Figur 4.68	Overvægtige der 'i høj grad' ønsker at tabe sig – kroniske sygdomme . . . . .	296
Figur 4.69	Overvægtige der 'i høj grad' ønsker at tabe sig – brancher . . . . .	298
Figur 4.70	Har egen læge rådet dig til vægttab inden for de seneste 12 måneder? . . . . .	300
Figur 4.71	Har modtaget råd fra lægen om vægttab i forhold til vægtklasser . . . . .	300
Figur 4.72	Har modtaget råd om vægttab fra lægen – kroniske sygdomme . . . . .	302

## Sammenligninger på tværs

### Social ulighed i sundhed

Figur 5.1	Fordelingen af levekårsressourcer i den voksne befolkning (25-79 år) i Region Midtjylland i 2010 . . . . .	309
Figur 5.2	(PSS>16) og levekårsressourcer – 2006 og 2010 . . . . .	310
Figur 5.3	(PSS>16) og levekårsressourcer – 2006 og 2010. . . . .	311
Figur 5.4	Andel med højt stressniveau (PSS>16) og levekårsressourcer . . . . .	312
Figur 5.5	Multisygdom (4+ sygdomme) og levekårsressourcer – 2006 og 2010 . . . . .	313
Figur 5.6	Dagligrygere og levekårsressourcer – 2006 og 2010 . . . . .	314
Figur 5.7	Svær overvægt og levekårsressourcer – 2006 og 2010 . . . . .	315
Figur 5.8	Dagligrygere, der gerne vil holde op og levekårsressourcer – 2006 og 2010 . . . . .	316
Figur 5.9	Vil gerne være fysisk mere aktiv og levekårsressourcer – 2006 og 2010 . . . . .	317



## KRAM på tværs

Tabel 5.1	Sammenfald af risikoadfærd blandt mænd . . . . .	321
Tabel 5.2	Sammenfald af risikoadfærd blandt kvinder . . . . .	322
Figur 5.10	Lever ikke op til nogen anbefalinger – køn, alder og uddannelsesniveau . . . . .	324
Figur 5.11	Lever op til samtlige anbefalinger – køn, alder og uddannelsesniveau . . . . .	326
Figur 5.12	Lever ikke op til kost og fysisk aktivitet – køn, alder og uddannelsesniveau . . . . .	328

## Borgernes ønsker til faciliteter i deres lokalområde

Figur 5.13	Er der noget, du personligt savner i det område, du bor i? . . . . .	332
Tabel 5.3	Er der noget, du personligt savner i det område, du bor i? Andelen der har svaret 'Ja, i høj grad' opdelt på kommuner . . . . .	333
Tabel 5.4	Er der noget, du personligt savner i det område, du bor i? Andelen der har svaret 'Ja, i høj grad' opdelt på kommuner – 25-44 år . . . . .	334
Tabel 5.5	Er der noget, du personligt savner i det område, du bor i? Andelen der har svaret 'Ja, i høj grad' opdelt på kommuner – 45-64 år . . . . .	335
Tabel 5.6	Er der noget, du personligt savner i det område, du bor i? Andelen der har svaret 'Ja, i høj grad' opdelt på kommuner – 65-79 år . . . . .	336

## Demografiske og sociale forhold

## Demografiske forhold

Figur 6.1	Indbyggere i kommunerne fordelt på aldersgrupperne under 16 år, fra 16 til 64 år og over 65 år . . . . .	342
Figur 6.2	Befolkningstæthed i kommunerne . . . . .	346

## Sociale forhold

Figur 6.3	Samlivsstatus i kommunerne . . . . .	348
Figur 6.4	Andelen der bor sammen med børn . . . . .	350
Figur 6.5	Beboelse i ejer- eller lejeboliger . . . . .	352
Figur 6.6	Boligpriser i m <sup>2</sup> i kommunerne 2010 . . . . .	354
Figur 6.7	Befolkningens højeste fuldførte uddannelse 2010 . . . . .	356
Figur 6.8	Gennemsnitlig indkomst i kommunerne . . . . .	358
Figur 6.9	Fordeling af beskæftigede, arbejdsløse, uddannelsessøgende, førtidspensionister og andet i kommunerne (2009) . . . . .	360
Figur 6.10	Kortere- og længerevarende helbredsbedingede overførselsindkomster (2009) . . . . .	362
Figur 6.11	Andelen af beskæftigede i de tre største brancher i kommunerne (2009) . . . . .	364
Figur 6.12	Sundhedsudgifter pr. borger fordelt på aktivitetsbestemte udgifter, sundhedsfremme og forebyggelse og øvrige udgifter i kommunerne . . . . .	366
Figur 6.12	Antal lægebesøg pr. borger i kommunen . . . . .	368

# SAMMENFATNING

Sundhedsprofilen for Region Midtjylland bygger på *Hvordan har du det?* 2010, en spørgeskemaundersøgelse om sundhed, sygdom og trivsel blandt borgerne i Region Midtjylland i alderen fra 16 år og op. Der blev udsendt et spørgeskema til 52.400 tilfældigt udvalgte borgere. Dataindsamlingen fandt sted fra februar til maj 2010. Svarprocenten for den samlede undersøgelse er 65 %.

I denne rapport beskrives sundhedstilstanden blandt den voksne del af befolkningen i Region Midtjylland i alderen 25-79 år. Borgere af anden etnisk baggrund end dansk indgår ikke i rapportens resultater.

I Region Midtjylland blev en tilsvarende undersøgelse gennemført i 2006 blandt den voksne del af befolkningen (etniske danskere i alderen 25-79 år). Det giver mulighed for at følge udviklingen i befolkningens sundhedstilstand fra 2006 til 2010. Udviklingen i befolkningens sundhedstilstand fra 2006 til 2010 er beskrevet i sammenligningsbindet.

## Helbred og sygdom

**Selvvrurderet helbred.** Hovedparten af den voksne befolkning i Region Midtjylland oplever, at de har et godt helbred. Der er dog 14 %, som vurderer deres helbred som dårligt, hvilket svarer til godt 100.000 borgere.

Der er en betydelig social ulighed i selvvurderet helbred opgjort i forhold til uddannelsesniveau, om man bor i ejer- eller lejebolig og om man er i arbejde eller ej.

Der har ikke været nogen væsentlig ændring i selvvurderet helbred i befolkningen som helhed fra 2006 til 2010.

**Smerter i muskler og skelet.** Hovedparten af den voksne befolkning havde haft smerter i muskler og skelet inden for de foregående 14 dage, da de besvarede spørgeskemaet, de fleste dog blot i lettere grad. Hver fjerde havde imidlertid været meget generet af muskel-skeletsmerter, hvilket svarer til knap 200.000 personer. Det er en lille stigning fra 2006 til 2010. Flere kvinder end mænd havde været meget generet af muskel-skeletsmerter.

Der er en udtalt social ulighed i forekomsten af muskel-skeletsmerter opgjort i forhold til uddannelsesniveau, om man bor i ejer- eller lejebolig og om man er i arbejde eller ej.

**Stress.** En femtedel af den voksne befolkning har det højeste stressniveau målt ved hjælp af Perceived Stress Scale. Fra 2006 til 2010 er der ikke sket ændringer i andelen med et højt stressniveau i befolkningen som helhed.

Der er en social ulighed i stressniveauet, som kommer til udtryk ved, at stressniveauet er lavest hos personer med flest ressourcer i form af uddannelse, ejerbolig, arbejde og ægtefælle/samlever.

**Funktionsevne.** Det generelle billede for funktionsevnen målt ved SF-12 er, at fysisk funktionsevne aftager med alderen, mens psykisk funktionsevne øges med alderen. Kvinder har generelt en dårligere funktionsprofil end mænd, og der er en tydelig gradient i funktionsevne i forhold til uddannelsesniveau. Personer med et lavt uddannelsesniveau har den dårligste funktionsprofil inden for alle køns-aldersgrupper.

Hos personer med en eller flere langvarige sygdomme varierer funktionsniveauet i betydelig grad i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau.

**Kroniske sygdomme.** Undersøgelsen belyser forekomsten af 18 kroniske sygdomme eller eftervirkninger af disse: syv potentielt livstruende kroniske sygdomme og 11 ikke-livstruende kroniske sygdomme.

I det samlede sygdomsbillede dominerer de ikke-livstruende sygdomme med muskel-skelet-sygdomme som den hyppigste gruppe. 30 % af den voksne befolkning i Region Midtjylland har en muskel-skelet-sygdom. Andre hyppige ikke-livstruende sygdomme er allergi, psykiske lidelser samt migræne/hyppig hovedpine og tinnitus. Blandt de potentielt livstruende sygdomme er hjertekar-sygdomme de hyppigste.

Der er generelt sket en forøgelse af forekomsten af kronisk sygdom fra 2006 til 2010. Forøgelsen er størst ved forhøjet blodtryk, slidgigt/leddegigt og allergi.

Mere end halvdelen af de kronisk syge lider af to eller flere kroniske sygdomme betegnet multisygdom. Der er sket en forøgelse i forekomsten af multisygdom fra 2006 til 2010.

## Sundhedsvaner

**Ryging.** Andelen af rygere blandt den voksne befolkning i Region Midtjylland er 22 %. Der er sket et fald fra 27 % siden 2006. Ryging er særligt udbredt i mindre ressourcestærke grupper som fx blandt personer med lavt uddannelsesniveau og personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke har et arbejde. Det er også i disse grupper, at faldet i andelen af rygere har været mindst.

I hjem med børn ryges der dagligt indendørs hos 9 %. Andelen er mindre end i hjem uden børn. Der er sket en betydelig ændring i perioden fra 2006 til 2010, idet andelen i 2006 var 19 %.

**Alkohol.** I forhold til risikabelt alkoholforbrug har 11 % af befolkningen et ugentligt storforbrug af alkohol, 11 % drikker mere end 5 genstande mindst én gang om ugen og 15 % viser tegn på alkoholafhængighed.

21 % har mindst én af de tre former for risikabelt alkoholforbrug. Flere mænd end kvinder har et risikabelt alkoholforbrug uanset alder og uddannelsesniveau.

På alkoholområdet er der ikke sket mærkbare ændringer i perioden fra 2006 til 2010.

**Fysisk aktivitet.** Andelen af fysisk inaktive blandt voksne midtjyder er 17 %. 32 % lever op til Sundhedsstyrelsens anbefaling om mindst 30 minutters moderat fysisk aktivitet 6-7 dage om ugen.

Der er sket et fald i andelen af fysisk inaktive i perioden 2006 til 2010. Samtidig er der sket et fald i andelen, der er moderat fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen 6-7 dage om ugen.

53 % dyrker regelmæssig motion i fritiden. Dette er en stigning fra 46 % i 2006.

Resultaterne for fysisk aktivitet peger på, at der er forskellige mønstre for fysisk aktivitet i forskellige dele af befolkningen. Fx er det gennemsnitlige antal dage med moderat fysisk aktivitet højest for personer med lavt uddannelsesniveau, mens andelen, der dyrker motion i fritiden, er højest for personer med højt uddannelsesniveau. Forklaringen er sandsynligvis, at arbejdet oftere er forbundet med fysisk aktivitet hos de lavtuddannede end hos de højtuddannede. Mange højtuddannede søger at kompensere for det stillesiddende arbejde ved at dyrke regelmæssig motion i fritiden.

**Kost.** 24 % af befolkningen har et sundt kostmønster og lever dermed op til anbefalingerne på kostområdet. 12 % har et usundt kostmønster. Mænd har i langt højere grad end kvinder et usundt kostmønster. Derudover har unge og personer med lavt uddannelsesniveau oftere end hele befolkningen et usundt kostmønster.

Overordnet set er der sket en udvikling i kostmønsteret fra 2006 til 2010 i retning af, at befolkningen spiser sundere.

**Overvægt.** Andelen af overvægtige blandt den voksne befolkning er 52 % fordelt på 16 % svært overvægtige og 37 % moderat overvægtige.

Andelen af svært overvægtige er større blandt personer, der bor i lejebolig og personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), som ikke er i arbejde.

Fra 2006 til 2010 er andelen af svært overvægtige steget fra 14 % til 16 %. Andelen af overvægtige i alt er steget fra 49 % til 52 %.

## Motivation og rådgivning

**Ryging.** Inden for de seneste fem år er 25 % af dagligrygerne i Region Midtjylland blevet eksrygere. En større andel er stoppet med at ryge sammenlignet med 5-års rygestopraten for 2006.

Flere personer med højt uddannelsesniveau, personer der bor sammen med en partner samt personer der bor sammen med børn er stoppet inden for perioden.

Størstedelen af dagligrygerne vil gerne stoppe med at ryge. 74 % blandt personer, der ryger dagligt, vil gerne stoppe. Andelen af dagligrygere, som ønsker at stoppe med at ryge, er højere blandt højtuddannede og personer, der bor sammen med børn. 46 % af de, som er motiveret for rygestop, ønsker støtte og hjælp hertil.

38 % af dagligrygerne blevet rådet til rygestop af egen læge. Særligt personer med kroniske sygdomme er blevet rådet hertil.

I august 2007 trådte *Lov om røgfri miljøer* i kraft, og det blev forbudt at ryge indendørs på de danske arbejdspladser. 92 % af de erhvervsaktive i Region Midtjylland arbejdede i 2010 på arbejdspladser, der levede op til rygelovens minimumskrav. I 2006, forud for rygelovens ikrafttræden, arbejdede 55 % af alle erhvervsaktive i Region Midtjylland på en arbejdsplads, der levede op til den kommende lovs minimumskrav. Der er således sket en kraftig opstramning af rygereglerne på arbejdspladserne, og færre udsættes i dag for passiv rygning på arbejdspladsen.

**Alkohol.** 26 % blandt personer med et risikabelt alkoholforbrug ønsker at nedsætte forbruget. Særligt midaldrende og personer med højt uddannelsesniveau, som har et risikabelt alkoholforbrug, ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug.

2 % af de personer, som inden for de seneste 12 måneder har været hos lægen, er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug. Dette gælder dog for 14 % blandt personer med et storforbrug (højrisiko-forbrug) af alkohol.

**Fysisk aktivitet.** Størstedelen af befolkningen er motiveret for at være mere fysisk aktiv. Ønsket om at være mere fysisk aktiv har sammenhæng med det fysiske aktivitetsniveau samt den selvvaluerede fysiske form: jo lavere aktivitetsniveau og jo dårligere form, jo større ønske om at blive mere fysisk aktiv.

I alt er 18 % blevet rådet af lægen til at dyrke motion. Blandt personer med en dårlig selvvalueret fysisk form er 40 % blevet rådet hertil. Især personer med kroniske sygdomme er blevet rådet af lægen til at dyrke motion. Fx er 79 % med forbigående psykiske lidelser blevet rådet hertil.

**Kost.** Over halvdelen af den voksne befolkning ønsker at spise sundere. Ønsket om at spise mere sundt er bl.a. større blandt kvinder, unge og personer med højt uddannelsesniveau.

12 % er blevet rådet af lægen til at spise sundere. Blandt personer, der vurderer egne kostvaner som usunde eller meget usunde, er 72 % blevet rådet af lægen til at spise sundere. En større andel blandt personer med kroniske sygdomme er blevet rådet af lægen til at spise sundere.

**Overvægt.** I befolkningen som helhed er 20 % meget motiverede for et vægttab. Blandt svært overvægtige er 58 % meget motiverede. Blandt svært overvægtige er det særligt kvinder, yngre personer, højtuddannede, personer med børn i hjemmet og personer uden arbejde, der er motiverede for at tabe sig.

13 % har fået råd fra lægen om vægttab. Blandt personer med svær overvægt har 48 % modtaget råd om vægttab. Der er flere overvægtige, som har kroniske sygdomme, der er blevet rådet til vægttab.



# SUMMARY

The health profile of Central Denmark Region is based on the *How are you?* 2010 survey concerning health, diseases and wellbeing among the citizens of Central Denmark Region aged 16 and older. A questionnaire was sent to 52,400 randomly chosen citizens. The data collection took place between February and May 2010. The overall response rate was 65 percent.

This report described the health condition of the adult population (aged 25-79) in Central Denmark Region. The answers from citizens with another ethnic background than Danish have not been included in the report's results.

In Central Denmark Region an equivalent survey was carried out in 2006 among the adult part of the population (ethnic Danes aged 25-79). This allows for the opportunity to track the development in the population's health condition from 2006 to 2010. The development of the population's health condition from 2006 to 2010 is described in the comparative report.

## Health and diseases

**Self-rated health.** The main part of Central Denmark Region's adult population finds itself to be in good health. However, 14 percent or about 100,000 citizens assess their health as poor.

There is a distinct social inequality in self-rated health assessed with regard to educational level, housing, and employment.

No significant change between self-rated health in the overall population has been found when comparing the results from 2006 and 2010.

**Muscular or skeletal pain.** The main part of Central Denmark Region's adult population has suffered from muscular or skeletal pain within two weeks of answering the questionnaire. Most of them only experienced a minor degree of pain. However, one in four or nearly 200,000 people were very hampered by muscular or skeletal pain. This number has increased slightly from 2006 to 2010.

More women than men were very hampered by muscular or skeletal pain.

There is a distinct social inequality in the occurrence of muscular or skeletal pain assessed with regard to educational level, housing, and employment.

**Stress.** One fifth of the adult population holds the highest stress level measured on the Perceived Stress Scale. No changes in the share of the overall population that holds a high stress level have been registered between 2006 and 2010.

Social inequality in stress levels is reflected by the fact that people with more resources in the shape of education, owned home, employment, and a spouse or partner has a lower stress level.

**Functional capacity.** The overall picture of functional capacity measured by the SF-12 is that the physical functional capacity decreases with age while the mental functional capacity increases. Women generally have a poorer functional capacity profile than men and there is a clear gradient in functional capacity related to educational level. People with a low educational level have the poorest functional capacity profile within all sex-age groups.

Among people with one or more prolonged diseases the functional capacity level varies to an extent degree with regard to sex, age, and educational level.

**Chronic diseases.** The survey sheds light upon the occurrence of 18 chronic diseases or the after-effects of these: Seven potentially life-threatening chronic diseases and 11 non-life-threatening chronic diseases. In the overall pathological picture the non-life-threatening diseases dominate with muscular and skeletal diseases as the most common group. 30 percent of Central Denmark Region's adult population suffer from a muscular or skeletal disease. Other frequently occurring non-life-threatening diseases are allergy, mental illnesses, tinnitus, and migraine/frequent headaches. Among the potentially life-threatening diseases, cardiovascular diseases occur most frequent.



Generally there has been an increase in the occurrence of chronic diseases from 2006 to 2010. The following diseases have experienced the largest increase: Hypertension, osteoarthritis/chronic polyarthritis, and allergy.

More than half of the chronically ill citizens suffer from two or more chronic diseases. This has been referred to as being multi-diagnosed. There has been an increase in the number of the occurrence of multi-diagnoses from 2006-2010.

## Health behavior

**Smoking.** The rate of smokers among Central Denmark Region's adult population is 22 percent. This number has fallen from 27 percent in 2006. Smoking is particularly widespread among lesser resourceful groups such as citizens with a low educational level and unemployed citizens, except those who are on the national pension scheme. The slightest fall in the rate of smokers has occurred in these groups.

Among smokers, indoor smoking occurs in 9 percent of the households with children (aged 0-15). This share is smaller than the one concerning households without children. There has been a significant fall in the share of households with children in which smoking occurs from 2006-2010, since the 2006 share of households with children where indoor smoking occurred was 19 percent.

**Alcohol.** With regard to a risky alcohol consumption behavior, 11 percent of the adult population are heavy drinkers on a weekly basis, 11 percent drink more than five units at a time at least once a week, and 15 percent show signs of alcohol dependence.

21 percent hold at least one of the three types of risky alcohol consumption behavior. More men than women have a risky alcohol consumption behavior regardless of age and educational level.

In the area of alcohol consumption no significant changes have occurred from 2006 to 2010.

**Physical activity.** The share of physically inactive among adult citizens of Central Denmark Region is 17 percent. 32 percent live up to the recommendations made by the National Board of Health stating that a person should be moderately physically active for at least 30 minutes six to seven days a week.

From 2006 to 2010 there has been a decrease in the number of citizens who are physically inactive. At the same time there has been a decrease in the number of citizens who are moderately physically active for at least 30 minutes six to seven days a week.

53 percent exercise regularly in their spare time. This number has risen from 46 percent in 2006.

The results concerning physical activity point to different patterns for physical activity in different parts of the population. For instance, the average number of days with moderate physical activity is highest for citizens with a low educational level, while the share of citizens who exercise in their spare time is largest for citizens with a high educational level. A plausible explanation is that work is more likely to include physical activity when the educational level is low. As a consequence, those with high educational levels compensate for their sedentary work by exercising regularly in their spare time.

**Diet.** 24 percent of the population eat a healthy diet that lives up to the recommendations in this area. 12 percent eat an unhealthy diet. Men eat by far more unhealthy diets than women do. Furthermore, young people and citizens with a low educational level eat unhealthy diets more often than the population as a whole.

Generally, people eat more healthy diets in 2010 than they did in 2006.

**Overweight.** The share of overweight citizens in the adult population is 52 percent distributed on 16 percent obese and 37 percent moderately overweight.

The share of obese citizens is larger among people in rented homes and unemployed people aged 25-64.

The share of obese citizens has risen from 14 percent in 2006 to 18 percent in 2010. The overall share of overweight citizens has risen from 49 percent to 58 percent.

## Motivation and counseling

**Smoking.** Within the last five years 25 percent of Central Denmark Region's daily smokers have become ex-smokers. Compared with the five-year smoking cessation rate of 2006, more citizens have quit smoking.

More people with high education levels, people who have a spouse or partner and people who live together with children have quit smoking compared to the population as a whole.

The main part of the daily smokers would like to quit smoking. 74 percent of the daily smokers would like to quit. The share of daily smokers who wish to quit smoking is larger among the highly educated and people who live together with children. 46 percent of those who are motivated to quit smoking would like help and support for the purpose.

38 percent of the daily smokers have been advised by their general practitioner to quit smoking. Especially citizens who suffer from chronic diseases have been advised to quit smoking.

In August 2007 the *Law of smoke-free environments* came into force. The law made it illegal to smoke indoors on Danish workplaces. 92 percent of Central Denmark Region's workforce work in workplaces that live up to the minimum requirements of the law in 2010. Prior to the law's coming into force in 2006, 55 percent of the Region's workforce worked in workplaces that lived up to the minimum requirements of the upcoming law. A strong tightening of the smoking rules has thus taken place in the workplaces and fewer people are now exposed to passive smoking in their workplace.

**Alcohol.** 26 percent among those with risky alcohol consumption behavior wish to lower their consumption level. Especially middle aged and people with a high education level who have risky alcohol consumption behavior wish to lower their alcohol consumption level.

2 percent of those who have consulted their general practitioner within the last 12 months have been advised to lower their alcohol consumption level. This applies to 14 percent of those who are heavy drinkers.

**Physical activity.** The main part of the population is motivated for becoming more physically active. The wish for a more active life is connected with the physical activity level and the self-rated physical fitness: The lower the activity level and the worse the physical condition, the greater the wish of becoming more physically active.

All in all, 18 percent have been advised to exercise by their general practitioner. Among citizens with bad self-rated physical conditions 40 percent have been advised to exercise. Especially chronically ill citizens have been advised to exercise by their general practitioner. For example, 79 percent of those who suffer from temporary mental illnesses have been advised to exercise.

**Diet.** More than half of the adult population wishes to eat more healthily. The wish to eat more healthily is strongest among women, younger people, and the highly educated.

12 percent have been advised to eat more healthily by their general practitioner. Among those who rate their own diets as unhealthy or very unhealthy, 72 percent have been advised to eat more healthily by their general practitioner. A fairly large share of those who suffer from chronic diseases have been advised to eat more healthily by their general practitioner.

**Overweight.** In the population as a whole 20 percent are very motivated to lose weight. Among the obese 58 percent are very motivated. Among the obese it is especially

women, younger people, highly educated people, people who live together with children, and unemployed people who are motivated to lose weight.

13 percent have received advice from their general practitioner regarding weight loss. 48 percent of the obese citizens have received advice regarding weight loss. More overweight people with chronic diseases have been advised to lose weight.



# INDLEDNING

## Indhold

Sundhedsprofilen består af to bind, hovedrapporten, der beskriver sundhedstilstanden i Region Midtjyllands voksne befolkning i 2010, samt et sammenligningsbind, der beskriver udviklingen fra 2006 til 2010.

Emnerne i sundhedsprofilen er valgt, fordi de rangerer højt på den sundhedsfaglige og sundhedspolitiske dagsorden. Hovedrapporten indeholder følgende kapitler:

**Helbred og sygdom.** Kapitlet beskriver befolkningens helbred ud fra tre synsvinkler: Oplevelsen af eget helbred i form af *selvvurderet helbred, muskel-skelet smerter og stress*, der har indflydelse på bl.a. livskvalitet, tilknytning til arbejdsmarkedet og brug af sundhedsvæsenet. *Fysisk, psykisk og social funktionsevne* på grundlag af et mål for helbredsrelateret livskvalitet (SF12). *Kronisk sygdom* ud fra udbredelsen af en række enkeltsygdomme samt forekomsten af multisygdom, det vil sige flere sygdomme samtidig. Forebyggelse, behandling og rehabilitering i forhold til kronisk sygdom må betragtes som sundhedsvæsenets hovedudfordring i disse år.

**Sundhedsvaner.** Kapitlet beskriver befolkningens vaner med hensyn til *kost, rygning, alkohol og motion* - de såkaldte KRAM-faktorer. Desuden beskrives forekomsten af overvægt. Indsatsen i forhold til kost, rygning, alkohol, motion samt overvægt spiller en nøglerolle i forhold til fremme af sundhed og trivsel og forebyggelse af kronisk sygdom.

**Motivation og rådgivning.** Den enkeltes motivation for at ændre sine vaner og omgivelsernes støtte til at gennemføre disse ændringer er vigtige forudsætninger for fremme af en sund levevis i befolkningen. Kapitlet beskriver befolkningens motivation for at ændre på sine sundhedsvaner samt i hvilket omfang, borgerne har fået råd hos egen læge om at ændre sundhedsvaner. Det er gjort op hvor mange, der er holdt op med at ryge inden for de seneste fem år. Desuden beskrives i hvilket omfang, arbejdspladsernes rygeregler lever op til rygelovens minimumskrav.

**Sammenligninger på tværs.** I dette kapitel belyses tre tværgående temaer: *Social ulighed i sundhed, "KRAM på*

*tværs"*, hvor hyppigheden af forskellige kombinationer af KRAM-faktorer beskrives, samt *Borgernes ønsker til sundhedsfremmende faciliteter i deres lokalområde* som fx cykelstier og indendørs motionstilbud.

**Demografiske og sociale forhold.** Kapitlet indeholder en beskrivelse af udvalgte *demografiske, sociale og økonomiske forhold* i de 19 kommuner i Region Midtjylland. Formålet er at belyse forskelle og ligheder i kommunernes udfordringer og muligheder i forhold til at levere service- og sundhedsydelse til borgerne.

*Hvordan har du det? 2010* indeholder oplysninger om flere andre emner, bl.a. ulykker, fysisk og psykisk arbejdsmiljø, søvn, genoptræning, lægesøgningstilbøjelighed, holdninger til forebyggelsespolitik, vold samt behov for hjælp til dagligdagens gøremål. Der vil senere blive offentliggjort separate analyser af disse emner.

## Metode

**Analytisk fokus.** Formålet med sundhedsprofilen er at frembringe viden, der kan omsættes til praktisk handling i sygehusvæsen, praksissektor og kommuner. Dette har ligget til grund for valg af analytisk fokus i sundhedsprofilen.

**Den aktuelle sundhedstilstand og ændringer siden 2006.** Det er relevant både at beskrive den aktuelle sundhedstilstand samt udviklingen siden 2006.

Hovedrapporten omhandler sundhedstilstanden i 2010. Desuden omtales de vigtigste ændringer i sundhedstilstanden fra 2006 til 2010. Sammenligningsbindet indeholder en mere detaljeret sammenligning af sundhedstilstanden i 2006 og 2010. I hovedrapporten er der henvisninger til de figurer og sider i sammenligningsbindet, hvor man kan finde de relevante oplysninger.

**Afgrænsning af befolkning.** Der er lagt vægt på sammenlignelighed mellem 2006 til 2010. Derfor omfatter analyserne i nærværende rapport ikke samtlige deltagere i *Hvordan har du det? 2010*, men den del, der svarer til deltagerne i *Hvordan har du det? 2006*. Det vil sige:

- danske statsborgere
- i alderen 25-79 år
- bosiddende i Region Midtjylland
- med mindst én forælder født i Danmark

Ud over denne gruppe omfatter *Hvordan har du det?* 2010 unge (16-24 år), ældre (80 år og opefter) og personer med anden etnisk baggrund end dansk. Der vil blive udarbejdet en særskilt sundhedsprofil for unge, der fokuserer på sundhedsmæssige problemstillinger, der især er relevante for denne aldersgruppe.

Data vedrørende personer med anden etnisk baggrund end dansk samt ældre vil ligeledes blive inddraget i fremtidige analyser, hvor det skønnes relevant. Datagrundlaget for disse grupper er dog svagt, idet det omfatter forholdsvis få personer, og svarprocenten er lav på grund af den benyttede dataindsamlingsmetode (selvudfyldte spørgeskemaer), hvilket kan rejse tvivl om repræsentativiteten.

Ved de enkelte emner er der lavet specifikke analyser i forhold til relevante målgrupper og arenaer. De gennemgående analysedimensioner er:

**Køn, alder og sociale forhold.** Køn, alder og sociale forhold kan på forskellig måde bruges til at afgrænse arenaer og målgrupper ved tilrettelæggelse af lokale sundhedsindsatser. Derfor beskrives variationen i sundhedstilstanden mellem mænd og kvinder og mellem personer i forskellige aldersgrupper.

Det er en vigtig sundhedspolitisk målsætning at arbejde for større social lighed i sundhed. Det er derfor relevant at beskrive eksisterende sociale forskelle i sundhed. Som gennemgående mål for social position er brugt uddannelsesniveau. Se endvidere afsnittet om social ulighed i sundhed i kapitlet *Sammenligninger på tværs*.

Der er medtaget følgende andre sociale kendetegn: samlivssituation, hvorvidt man bor i ejerbolig eller lejebolig, om man bor sammen med børn i alderen 0-15 år eller ej og om man er i arbejde eller ej, hvis man er i den erhvervsaktive alder (25-64 år).

**Kommuner.** En vigtig målgruppe for sundhedsprofilen er kommunerne. Der er derfor foretaget analyser på kommuneniveau. I de fleste tilfælde er resultater på kommuneniveau præsenteret både som tabelgrafer og kort. Kortene muliggør, at man kan se, om der er tydelige geografiske mønstre i fx alkoholvaner eller overvægt.

Det er samtidig vigtigt at understrege, at det ikke kun er oplysninger på kommuneniveau, der er relevante for beslutningstagere og fagfolk i kommunerne. Fx gør de sociale forskelle i sundhed, der beskrives på regionsniveau, sig også gældende i hver enkelt af de 19 kommuner.

**Kronisk syge.** Ved tilrettelæggelsen af det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i forhold til mennesker med en kronisk sygdom er det vigtigt at vide, hvor mange patienter, der ryger, er svært overvægtige mv. Derfor er sundhedsvanerne hos kronisk syge beskrevet i kapitlet *Sundhedsvaner*. Motivationen for at ændre på usunde vaner, og hvorvidt man har modtaget rådgivning hos egen læge om livsstilsændringer, er beskrevet i kapitlet *Motivation og rådgivning*.

**Brancher.** Arbejdspladsen er en vigtig arena i arbejdet for at forbedre befolkningens sundhed. Derfor er der ligeledes i kapitlerne om *Sundhedsvaner* og om *Motivation og rådgivning* foretaget analyser af den erhvervsaktive befolkning opdelt på 19 brancher.

## Dataindsamling

Data til *Hvordan har du det?* 2010 blev indsamlet ved hjælp af to spørgeskemaer, et til unge (16-24 år) og et til voksne (25 år og derover). Nærværende rapport bygger på data fra voksenskemaet.

I begge skemaer indgår 52 nationale spørgsmål, der er benyttet i alle *Hvordan har du det?*-undersøgelserne i 2010. Desuden indgår et antal spørgsmål, der er specifikke for *Hvordan har du det?* i Region Midtjylland.

Der er så vidt muligt brugt spørgsmål, der er afprøvet og valideret. Voksenskemaet er en revideret udgave af spørgeskemaet, der blev benyttet i *Hvordan har du det?* 2006, og en betydelig del af spørgsmålene er benyttet i begge undersøgelser.

Undersøgelsens stikprøve omfattede 52.400 personer udtrukket tilfældigt fra cpr-registeret blandt personer, der var fyldt 16 år, og som var bosiddende i Region Midtjylland.

For at sikre et tilstrækkeligt datamateriale fra alle 19 kommuner er der udtrukket 2.500 personer fra hver kommune, dog 8.200 fra Århus, hvilket muliggør analyser på bydelsniveau, og 1.700 på Samsø. Den mindre stikprøve på Samsø skyldes, at det i den nationale aftale om sundhedsprofiler er besluttet, at der i hver kommune højst må udtrækkes 40 % af den samlede befolkning på 16 år og derover.

Spørgeskemaet blev postomdelt fra den 5. februar 2010, og der blev udsendt op til tre rykkere pr. deltager. Der er modtaget 34.168 udfyldte spørgeskemaer. Svarprocenten er 65 %.

Den del af datamaterialet, der er benyttet i nærværende rapport, jvnf. ovenfor, omfatter 27.911 besvarelser svarende til en svarprocent på 69 %. Det er samme svarprocent, som blev opnået i 2006.

## Statistisk analyse

**Vægtning.** Da der er udtrukket 2.500 personer pr. kommune uanset befolkningsstørrelse (dog 8.200 i Århus og 1.700 på Samsø), er borgerne i nogle kommuner overrepræsenterede i stikprøven, mens andre er underrepræsenterede. Der er korrigeret for forskelle i udtrækssandsynlighed i den statistiske analyse ved hjælp af vægtning.

Der er desuden korrigeret for forskelle i svarprocenter i forhold til en række kendetegn, for på den måde at gøre data mere repræsentative. Til dette formål er benyttet en avanceret vægtningsprocedure (1), hvor der ikke blot er vægtet i forhold til køn, alder og kommune, som tilfældet var i 2006-undersøgelsen, men hvor der desuden er inddraget supplerende information om bortfald i forhold til en række sociale baggrundsvariable.

Vægtningsproceduren er foretaget af Danmarks Statistik ved at koble datasættet ved hjælp af cpr-nummer med en række af Danmarks Statistiks registre. Der er benyttet en samlet vægt pr. svarperson til at korrigere for forskelle i udtrækssandsynlighed.

Af hensyn til sammenligneligheden med data fra *Hvordan har du det? 2006* er disse data vægtet om efter den beskrevne metode. Man vil derfor kunne konstatere små afvigelser mellem tallene for 2006 i sammenligningsbindet og de tilsvarende tal i *Hvordan har du det? Sundhedsprofil for region og kommuner* fra 2006. Forskellene er udtryk for, at der er brugt to forskellige metoder til at korrigere for bortfald. Det må antages, at de omvægtede tal fra *Hvordan har du det? 2006* er tættere på de sande værdier, end de tal, der blev offentliggjort i 2006.

**Signifikansniveau.** Til alle statistiske test er der benyttet et signifikansniveau på  $p \leq 0,05$ . Hvis ikke andet er angivet, er der i alle tabeller og grafer benyttet ujusterede tal. Hvor det ved sammenligning mellem forskellige grupperinger har været relevant, er der korrigeret for forskelle i køn, alder og uddannelsesniveau ved hjælp af statistiske modeller.

De statistiske analyser er foretaget ved hjælp af survey-procedurerne i statistikprogrammet Stata 11.

## Beskrivelse af udvalgte variable

I det følgende beskrives udvalgte variable, der er brugt i undersøgelsen.

**Uddannelsesniveau.** Den anvendte opdeling i uddannelsesniveau bygger på det samlede antal års uddannelse (fuldført eller igangværende), en person har gennemgået fra skolestart til afslutning på en eventuel erhvervsuddannelse.

Der er anvendt Dansk Uddannelsesnomenklatur (DUN), der bygger på International Standard Classification of Education (ISCED) (2).

DUN er en registrering af nuværende og tidligere danske uddannelser af en varighed på mindst 80 timer. Niveauopdelingen går fra 0 til 8. De ni niveauer er her slået sammen til tre: lavt uddannelsesniveau, der svarer til niveau 0-3 i DUN, middelhøjt uddannelsesniveau, der svarer til niveau 4-5, og højt uddannelsesniveau, der svarer til niveau 6-8.

Lavt uddannelsesniveau svarer i store træk til ufaglærte og specialarbejdere. Middelhøjt uddannelsesniveau omfatter i store træk lærlinge/elevuddannelser, andre faglige uddannelser og korte videregående uddannelser. Højt uddannelsesniveau omfatter personer med en mellem-lang og lang videregående boglig uddannelse.

**Branchekode.** Svarpersonerne er ud fra oplysninger om nuværende eller tidligere stilling og erhverv opdelt på brancher.

Til branchekodningen er benyttet Danmarks Statistiks Dansk Branchekode 2007 (DB07) (3). DB07 bygger på EU's fælles branchenomenklatur NACE rev. 2. Branchekoden omfatter 21 branchegrupper.

**Helbredsbetiget overførselsindkomst.** Variablen angiver, om personen har modtaget helbredsbetiget overførselsindkomst i en periode på 12 måneder forud for besvarelsen af spørgeskemaet. Oplysningerne stammer fra DREAM-databasen.

Variablen omfatter både permanente og midlertidige ydelser, der er begrundet i helbredsmæssige forhold.

De permanente ydelser omfatter:

- skånejob
- fleksjob
- førtidspension
- fleksydelse
- invaliditetsydelse
- revalidering

De midlertidige ydelser omfatter:

- sygedagpenge
- ledighedsydelse

## Medarbejdere

Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, har stået for den praktiske gennemførelse af *Hvordan har du det?*

Det daglige arbejde, herunder udformning af spørgeskemaer, indsamling af data, analyser og skrivning af rapport er udført af en projektgruppe bestående af:



Finn Breinholt Larsen (projektansvarlig), Pia Vedel Ankersen, Stine Poulsen, Dorte Søre (til 31.10.2010) og Stinne Møller Christensen (fra 1.10.2010).

Endvidere har redaktionssekretær Gerd Nielsen medvirket ved grafisk tilrettelæggelse af spørgeskemaer. Projektleder Søren Sønderup Beck har deltaget i udformningen af spørgeskemaer og i forbindelse med dataindsamlingen.

En følgegruppe bestående af følgende personer har givet input og sparring til arbejdsprocessen:

- Anne Marie Thulstrup, ledende overlæge, Arbejdsmedicinsk Klinik, Århus Universitetshospital, Region Midtjylland
- Anna Glavind, kommunikationskonsulent, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland
- Claus Lassen Graversen, chefsygeplejerske, psykiatrien, Region Midtjylland
- Diana Vig Lehmann, forebyggelseskonsulent, Viborg Kommune
- Dorte Søre, AC-sekretær, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland
- Falka Skovgaard Frøslev, stabskonsulent, Horsens Kommune
- Finn Breinholt Larsen, programleder, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland
- Henriette Haase Fischer, funktionsleder, Struer Kommune
- Henrik Juul-Madsen, AC-fuldmægtig, Psykiatri og Social, Region Midtjylland
- Inger Kruse Andersen, sundhedskordinator, Randers Kommune
- Jens Krogh, Centerchef, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland
- Jes Bak Sørensen, sundhedskonsulent, Århus kommune
- Jørgen Nørskov, kontorchef, Primær Sundhed, Region Midtjylland
- Katrine Svane Jørgensen, fuldmægtig, Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland
- Kirsten Vinther Jensen, kontorchef, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland
- Kristine Lindeneg Drejød, fuldmægtig, Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland
- Lars Foged, praksiskonsulent, praktiserende læge, Skjern
- Mette Just Kjølby, souschef, Center for Folkesundhed
- Pia Vedel Ankersen, sundhedskonsulent, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland
- Sine Møller Sørensen, fuldmægtig, Favrskov Kommune
- Stine Poulsen, sundhedskonsulent, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland
- Stinne Møller Christensen, AC-sekretær, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland
- Troels Paulsen, fuldmægtig, Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland

Gruppen har holdt 5 møder.

Kommunikationskonsulenterne Anna Glavind og Søren Sander Rasmussen har forestået kontakten til pressen.

Læge Tenna Juel har kodet de åbne spørgsmål vedrørende langvarig sygdom i henhold til ICD10-klassifikation.

Datamanagerne Titina Vinther, Anne Marie Schak Jensen, Louise Haltou Christensen og Jakob Hjort har stået for datamanagement, herunder databaseadministration, fejlretning og efterkodning.

Endvidere har en række studentermedhjælpere passet borgertelefonen under dataindsamlingen, modtaget de indkomne spørgeskemaer mv.

Spørgeskemaerne er tekstscannet hos Sønderby Konsulenter.

Grafisk tilrettelæggelse af spørgeskemaer er lavet af Weitemeyer Design & Communication.

Grafisk tilrettelæggelse af rapporter er lavet af DESIGN CONCERN.

## Referencer

1. Fangel S., Linde P. C. & Thorsted B. L. (2007). Nye problemer med repræsentativitet i surveys, som opregning med registre kan reducere. *Metode & Data* nr. 93.
2. Danmarks Statistik (2006). *DUN 2006. Dansk Uddannelses-Nomenklatur*. Danmarks Statistik og Undervisningsministeriet.
3. Danmarks Statistik (2007). *Dansk Branchekode 2007 – DB07*. Danmarks Statistik.

# HELBRED OG SYGDOM

## Tre vinkler på befolkningens sundhed

Formålet med dette kapitel er at give en beskrivelse af den voksne befolknings sundhed i Region Midtjylland. Begrebet sundhed tillægges mange forskellige betydninger, og befolkningens sundhed kan derfor beskrives på mange måder. Der er her valgt tre vinkler på sundhed, som hver især siger noget væsentligt om sundhedstilstanden:

- Oplevelsen af eget helbred
- Fysisk, psykisk og social funktionsevne
- Forekomsten af langvarige sygdomme

Borgernes oplevelse af egen helbredstilstand er vigtig, fordi det er et mål i sig selv, at så mange mennesker som muligt har det godt og trives i dagligdagen. Men også fordi talrige undersøgelser har vist, at der er en sammenhæng mellem oplevelsen af eget helbred og risikoen for sygdom, død og andre helbredsrelaterede hændelser.

Fysisk, psykisk og social funktionsevne er vigtig, fordi det giver viden om, i hvilket omfang borgerne kan klare sig selv og deltage i samfundslivet. Helbredet kan begrænse et menneskes fysiske, psykiske og sociale funktionsevne. Det kan for den enkelte og den nærmeste familie opleves som en belastning. For samfundet udløser nedsat funktionsevne behov for hjælp og reducerer arbejdsstyrken.

Forekomsten af langvarige sygdomme er den del af beskrivelsen, der mest direkte vedrører det offentlige sundhedsvæsen. Langvarig sygdom påvirker i forskellig grad menneskers trivsel og funktionsevne og skaber behov for undersøgelse, behandling, rehabilitering og andre offentlige serviceydelser.

## Oplevelsen af eget helbred

Formålet med dette afsnit er at beskrive, hvordan borgerne selv oplever deres helbred. Der benyttes et generelt mål: selvvurderet helbred. Desuden beskrives forekomsten af to almindelige helbredsgener: smerter i muskler og skelet og stress.

## Selvvurderet helbred

Selvvurderet helbred er en persons egen vurdering af sin helbredstilstand. Selvvurderet helbred kan betragtes som personens opsummering af en række helbredsforhold, der ikke beskrives udtømmende ved en opstilling af symptomer, sygdomme og risikofaktorer (1). Vurderingen indeholder vigtig information om helbredet og er ikke blot en erstatning for en lægelig vurdering, når en sådan af praktiske eller økonomiske grunde ikke kan gennemføres. Undersøgelser har dokumenteret, at personer med dårligt selvvurderet helbred har en øget risiko for bl.a. tidlig død, kræft, hjertesygdomme, brug af sundhedsvæsenet, sygefravær, medicinforbrug, forringet funktionsevne, arbejdsløshed og førtidspension (2, 3). Selvvurderet helbred har vist sig at være en selvstændig faktor til forudsigelse af lægebesøg, hospitalsindlæggelser og død selv efter, at der er korrigeret for sygdom, livsstil og demografiske forhold (4, 5, 6).

Menneskers egen vurdering af deres helbred er derfor et værdifuldt redskab, når man skal beskrive befolkningens sundhedstilstand. En styrke ved selvvurderet helbred som helbredsmål er, at det både omfatter den positive og negative ende af sundhedsspekteret og ikke blot fravær/forekomst af sygdom.

Selvvurderet helbred er i undersøgelsen belyst ved hjælp af spørgsmålet "Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?" med svarmulighederne: 'fremragende', 'vældig godt', 'godt', 'mindre godt' og 'dårligt'.

De tre første svarmuligheder betegnes i det følgende som 'godt helbred', mens de to sidste svarmuligheder betegnes som 'dårligt helbred'.

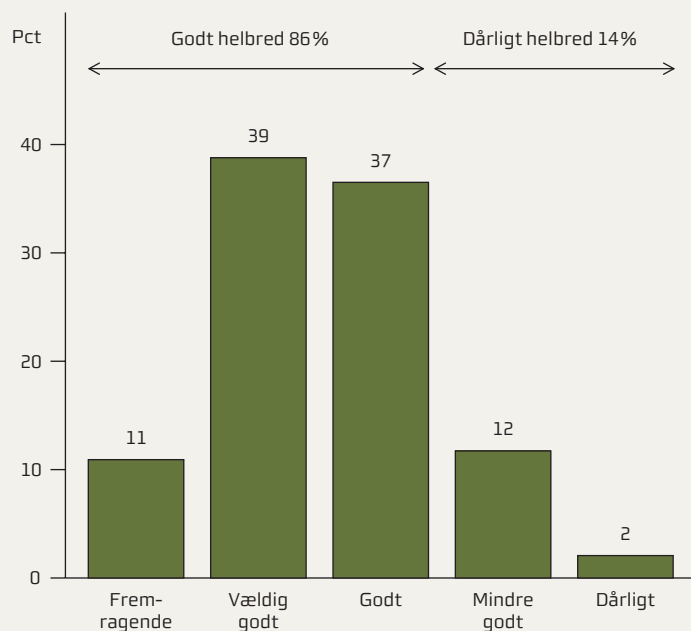
## Selvvurderet helbred i hele befolkningen

Figur 2.1 viser, hvordan svarene fordeler sig på det generelle spørgsmål om selvvurderet helbred.

- 86 % af befolkningen vurderer, at de har et godt helbred
- 14 % vurderer, at de har et dårligt helbred

**FIGUR 2.1**

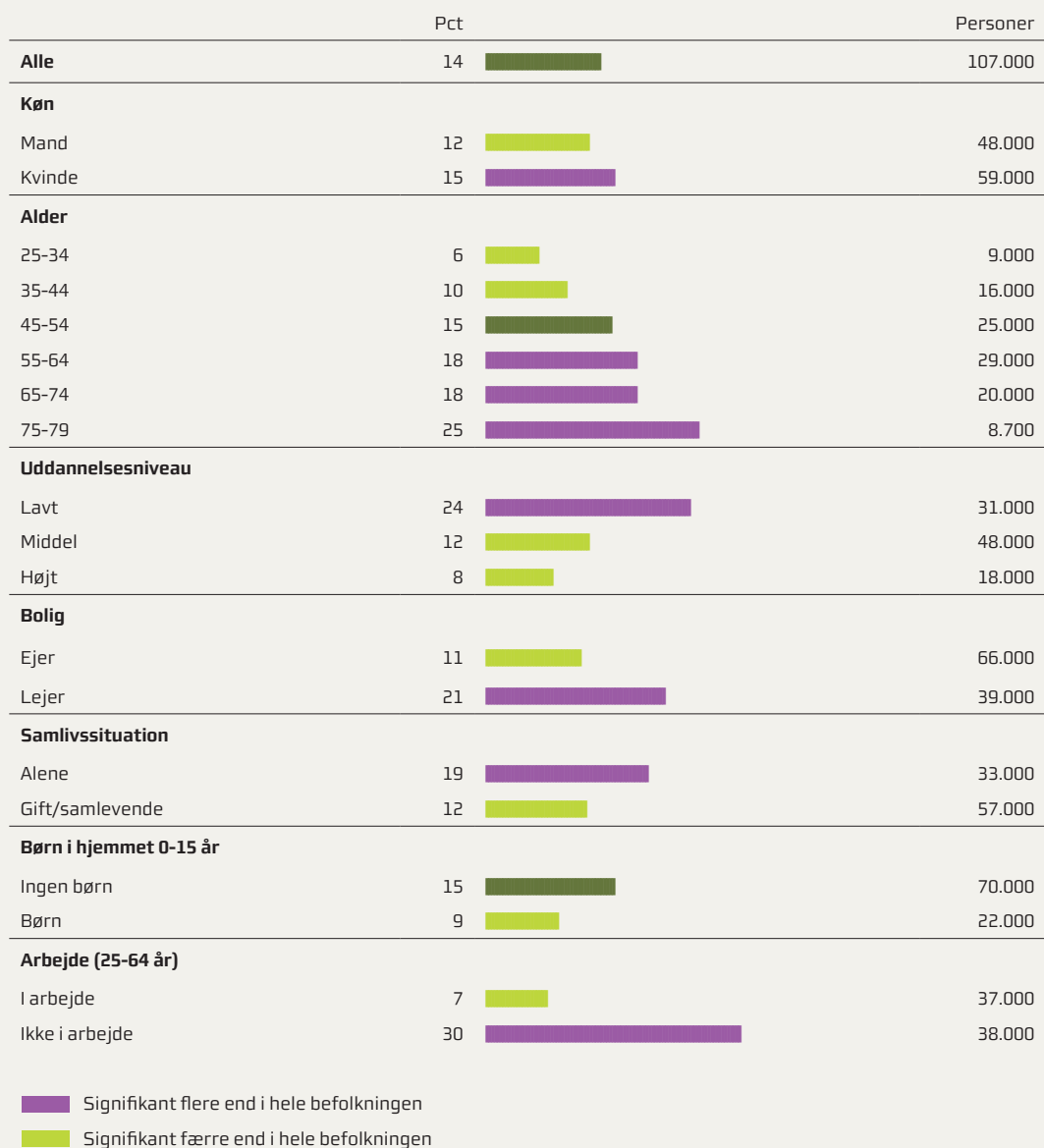
Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?



Hovedparten af den voksne befolkning i Region Midtjylland oplever således, at de har et godt helbred. Omtrent 100.000 personer vurderer, at de har et dårligt helbred.

► 2006-2010. Der er ikke sket nogen væsentlig ændring i selvvurderet helbred i befolkningen som helhed. Se figur 2.1.5 i bind 2. ◀

**FIGUR 2.2**  
Dårligt selvrådet helbred - køn, alder og sociale forhold



## Selvurderet helbred — køn, alder og sociale forhold

Der er store forskelle i selvvurderet helbred i forhold til køn, alder og sociale forhold. Figur 2.2 tegner følgende billede:

**Køn.** Flere kvinder end mænd vurderer deres helbred som dårligt.

**Alder.** Andelen med dårligt selvvurderet helbred øges stærkt med alderen og er fire gange højere blandt personer på 75-79 år i forhold til personer på 25-34 år.

**Uddannelsesniveau.** Dårligt selvvurderet helbred er tre gange så hyppigt hos personer med lavt uddannelsesniveau i forhold til personer med højt uddannelsesniveau.

**Bolig.** Mens hver femte, der bor i lejebolig, vurderer sit helbred som dårligt, er det kun hver tiende af dem, der bor i ejerbolig.

**Samlivssituation.** Der er en markant større andel med dårligt selvvurderet helbred blandt personer, der lever alene, i forhold til personer, der er gift/samlevende.

**Børn i hjemmet.** Der er en lavere andel med dårligt selvvurderet helbred blandt personer, der bor sammen med børn, i forhold til personer, hvor der ikke er børn i hjemmet.

**Arbejde.** Der er en særdeles stærk sammenhæng mellem arbejde og selvvurderet helbred blandt personer i den erhvervsaktive alder. Fire gange så mange blandt personer uden arbejde vurderer deres helbred som dårligt i forhold til personer i arbejde.

Der er en signifikant større andel med dårligt selvvurderet helbred end i befolkningen som helhed blandt:

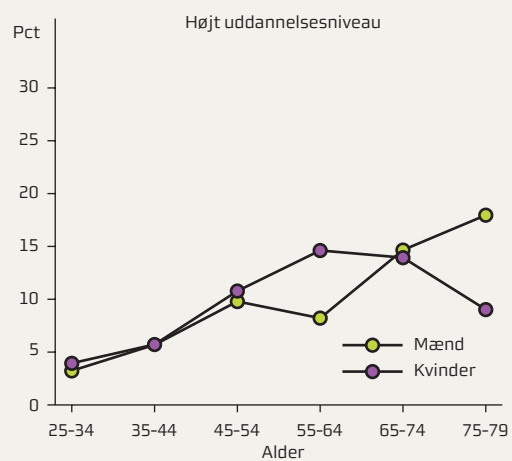
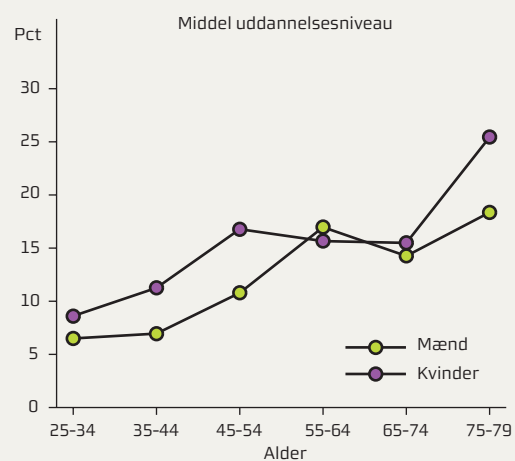
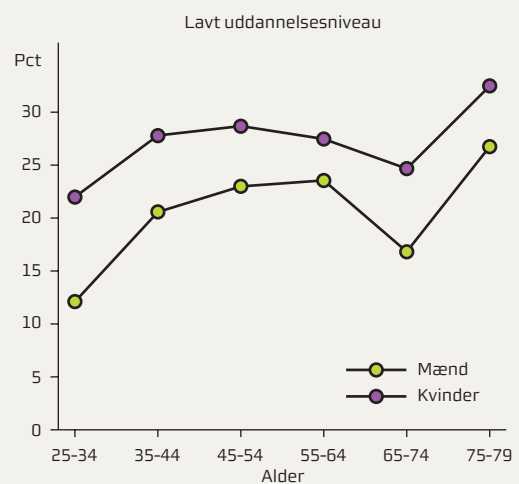
- Kvinder
- Aldersgrupperne 55-64 år, 65-74 år og 65-79 år
- Personer med et lavt uddannelsesniveau
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der lever alene
- Personer, der ikke bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-65 år), der ikke har et arbejde

Der er en signifikant mindre andel med dårligt selvvurderet helbred end i befolkningen som helhed blandt:

- Mænd
- Aldersgrupperne 25-34 år og 35-44 år
- Personer med middel og højt uddannelsesniveau
- Personer, der bor i ejerbolig
- Personer, der er gift/samlevende
- Personer, der bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-65 år), der har et arbejde

► 2006- 2010. Andelen med dårligt selvvurderet helbred er faldet lidt i to aldersgrupper, 35-44 år og 65-74 år, samt blandt personer med et lavt uddannelsesniveau. Se figur 2.2.S i bind 2. ◀

**FIGUR 2.3**  
Dårligt selvvalueret helbred - køn, alder og uddannelsesniveau



## Samspelet mellem køn, alder og uddannelsesniveau

Der er et betydeligt samspil mellem de forskellige demografiske og sociale faktorer med hensyn til selv-vurderet helbred. Figur 2.3 viser det komplekse samspil imellem køn, alder og uddannelsesniveau.

**Lavt uddannelsesniveau.** Andelen med dårligt selv-vurderet helbred er generelt høj blandt lavtuddannede.

Forskellen mellem mænd og kvinder er desuden større end i de to andre uddannelsesgrupper, idet en betydelig større andel af kvinder end mænd har dårligt selv-vurderet helbred.

Sammenhængen mellem alder og selv-vurderet helbred er desuden svagere end i de to andre uddannelsesgrupper, idet andelen med dårligt selv-vurderet helbred er høj i alle aldersgrupper. Der er et karakteristisk dyk i andelen med dårligt selv-vurderet helbred i aldersgruppen 65-74 år i forhold til gruppen på 55-64 år. Det hænger muligvis sammen med, at mange i denne gruppe har et job, der belaster dem fysisk, hvorfor en del i de første år efter pensionen oplever en forbedring af deres helbred.

**Middelhøjt uddannelsesniveau.** I denne gruppe stiger andelen med dårligt selv-vurderet helbred med alderen.

Også i denne gruppe er der en større andel af kvinder med dårligt selv-vurderet helbred. Det gælder dog kun blandt de yngre og blandt de ældste, hvorimod der ikke er nogen forskel i aldersgruppen 55-74 år.

**Højt uddannelsesniveau.** De højtuddannede har den laveste andel med dårligt selv-vurderet helbred. Især blandt de yngre aldersgrupper er der en markant lavere andel med dårligt selv-vurderet helbred end på de to lavere uddannelsesniveauer.

Hos mændene øges andelen med dårligt selv-vurderet helbred betydeligt med alderen, mens der hos kvinderne er flest med dårligt selv-vurderet helbred i aldersgruppen 55-64 år.

De højtuddannede er den gruppe, hvori der er mindst forskel i selv-vurderet helbred mellem mænd og kvinder. I fire ud af seks aldersgrupper er der ingen forskel. I aldersgruppen 55-64 år har flere kvinder end mænd et dårligt selv-vurderet helbred. I aldersgruppen 75-79 år er der flere mænd end kvinder med dårligt selv-vurderet helbred.

**FIGUR 2.4**  
Dårligt selvvurderet helbred - kommuner



## Dårligt selvvurderet helbred i kommunerne

Figur 2.4 viser andelen med dårligt selvvurderet helbred i de 19 kommuner i Region Midtjylland.

Andelen med dårligt selvvurderet helbred varierer fra 12 % i Århus til 17 % på Samsø. Forskellen mellem kommunerne er ringe sammenlignet med forskellene i forhold til køn, alder og sociale forhold.

Ingen af kommunerne har en statistisk signifikant højere andel med dårligt selvvurderet helbred end befolkningen som helhed.

► **2006-2010.** Der har været et fald i andelen med dårligt selvvurderet helbred i Holstebro og Struer. Se [figur 2.3.S](#) i bind 2. ◀

## Sammenfatning

Hovedparten af den voksne befolkning i Region Midtjylland oplever at have et godt helbred. Der er dog 14 %, som vurderer deres eget helbred som dårligt, hvilket svarer til godt 100.000 borgere.

Der har ikke været nogen væsentlig ændring i selvvurderet helbred i befolkningen som helhed fra 2006 til 2010.

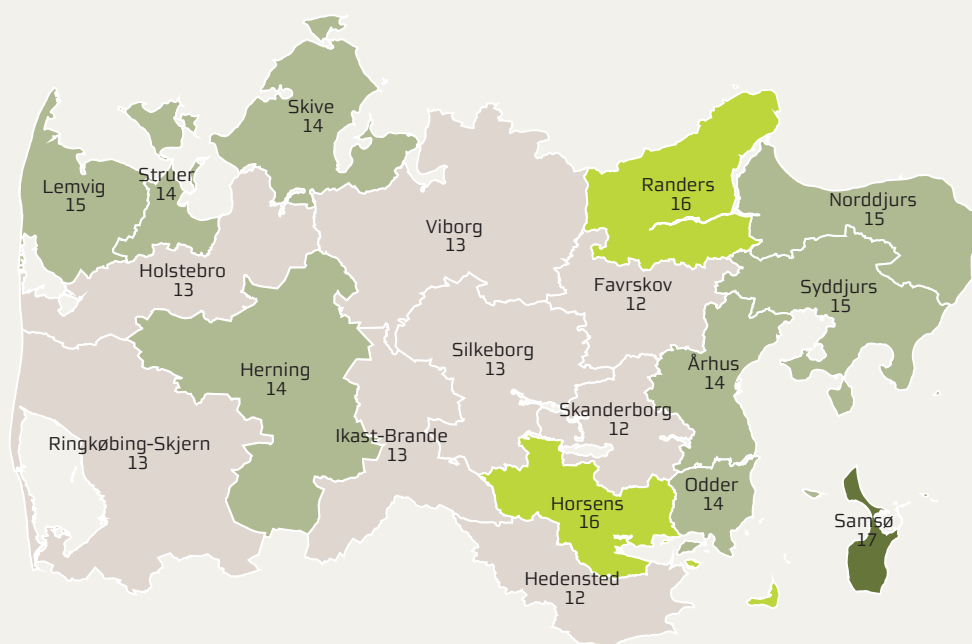
Der er store forskelle i selvvurderet helbred, når befolkningen opdeles på køn, alder og sociale forhold. Der er en betydelig social ulighed i selvvurderet helbred opgjort i forhold til uddannelsesniveau, om man bor i ejerbolig eller lejebolig og om man er i arbejde eller ej.

Der er dog sket et fald i andelen med dårligt selvvurderet helbred blandt de lavtuddannede fra 2006 til 2010.



**FIGUR 2.4 FORTSAT**

Dårligt selvvurderet helbred - kommuner (i pct)



Flere kvinder end mænd oplever, at deres helbred er dårligt. Det gælder mest udpræget i gruppen af lavtuddannede. Andelen med dårligt selvvurderet helbred stiger desuden med alderen.

Alder gør sig imidlertid gældende på forskellig måde alt efter køn og uddannelsesniveau. Hos de lavtuddannede er der en høj andel med dårligt selvvurderet helbred i alle aldersgrupper. Hos de højtuddannede er der ikke stor forskel på mænds og kvinders selvvurderede helbred.

Forskellen i selvvurderet helbred mellem kommunerne er lille i forhold til de markante sociale forskelle i selvvurderet helbred.

**TABEL 2.1**  
Risikofaktorer for kroniske smerter i ryg og nakke

	Nakkesmerter	Rygsmertter	Modificerbar
Alder	✓	✓	Nej
Andre kroniske smerter	✓	✓	Måske
Begrænset bevægelighed i ryggen	Sandsynligvis	✓	Måske
Dårligt selv vurderet helbred	Sandsynligvis	✓	Måske
Ensidigt gentaget eller tungt arbejde	Måske	✓	Ja
Fedme	Sandsynligvis	✓	Ja
Fysisk inaktivitet	✓	✓	Ja
Genetik	Sandsynligvis	Sandsynligvis	Nej
Høje jobkrav	✓	✓	Ja
Køn	✓	✓	Nej
Passiv rygning	✓	✓	Ja
Psykisk lidelse	✓	✓	Ja
Ringe social støtte	✓	Sandsynligvis	Ja
Rygning	✓	✓	Ja
Stillesiddende arbejde	✓	✓	Ja
Utilfredshed med arbejde	Måske	✓	Ja

Kilde: Michael T. Haneline & William C. Meeker: Introduction to public health for chiropractors. Jones & Bartlett Learning, 2009

## Smerter i muskler og skelet

Smerter i muskler og skelet forekommer hyppigt hos både børn og voksne (7). Det kan være tegn på sygdom eller kroniske skader, men er det ikke i de fleste tilfælde, og akutte smerter går som regel hurtigt over, også uden behandling (8). Ikke desto mindre medfører muskel-skeletsmerter store personlige og samfundsmæssige omkostninger.

Ondt i ryggen og andre former for muskel-skeletbesvær udgør en af de hyppigste årsager til kontakt med sundhedsvæsenet. Det anslås på baggrund af en auditundersøgelse, at muskel-skeletsygdomme på landsplan er årsag til mere end 2 mio. konsultationer årligt hos de praktiserende læger (9).

Muskel-skeletlidelser er desuden årsag til cirka 25 % af sygefraværet hos personer på sygedagpenge, 20 % af de tilkendte førtidspensioner (10) og over 40 % af de anmeldte arbejdsskader (11).

Muskel-skeletsmerter kan begrænse de daglige aktiviteter og forringe livskvaliteten. Ofte er der tale om enkeltstående, kortvarige episoder, men for en del af befolkningen er det et tilbagevendende problem. For en mindre del bliver smerterne kroniske og kan true arbejdsevnen, være en belastning for familielivet og vanskeliggøre deltagelse i sociale aktiviteter.

Der er således stor variation i forløbet og sværhedsgraden af muskel-skeletsmerter. En engelsk undersøgelse af patienter, der henvendte sig til deres praktiserende læge med rygsmerter og som blev fulgt over et halvt år, viste, at godt en tredjedel havde konstante lette smerter, knap en tredjedel blev hurtigt smertefri, en femtedel havde alvorlige vedvarende smerter, mens den resterende ottendedel svingende mellem at have lette og alvorlige smerter (12).

Man kender et stort antal risikofaktorer for udvikling af muskel-skeletsmerter. Haneline og Meeker (2009) har sammenstillet en række risikofaktorer for nakkesmerter og rygsmerter i tabel 2.1 (13).

Man skelner ofte mellem individuelle og arbejdsrelaterede risikofaktorer. Endvidere skelnes der mellem fysiske, psykiske og sociale risikofaktorer. Ny forskning udbygger jævnlige den eksisterende viden om risikofaktorer, men generelt er forståelsen af de mekanismer, der kæder risikofaktorerne sammen med muskel-skeletbesvær, mangelfuld. Det vanskeliggør effektiv forebyggelse og behandling (14).

Der er dog en udbredt enighed om, at psykiske og sociale faktorer er væsentlige medvirkende årsager både til udvikling af muskel-skeletbesvær og især til, om der bliver tale om langvarige sygdomsforløb og kroniske tilstande med tab af arbejdsevne osv. (15).

Forebyggelse af muskel-skeletbesvær har hidtil først og fremmest rettet sig mod arbejdsmiljøet. Der er gjort en indsats for at reducere omfanget af tunge løft, belastende arbejdsstillinger og ensidigt, gentaget arbejde. Nogle af de mest belastende jobs er desuden forsvundet som følge af omstillingen fra industri til serviceerhverv.

Der findes imidlertid stadig mange jobs med belastende muskel-skeletpåvirkninger. Regeringen har derfor i sin strategi for arbejdsmiljøet i 2005 og igen i 2010 i *Nye veje til et bedre arbejdsmiljø* prioriteret indsatsen mod muskel-skeletpåvirkninger (16).

Ny forskning viser, at fysisk træning kan reducere forekomsten af muskel-skeletsmerter på arbejdspladsen. Fx kan fysisk træning være en måde at komme smerter i skulder og nakke til livs på ved kontorarbejde (17). Det peger frem mod nye typer af forebyggende indsatser på arbejdspladsen, hvor man kombinerer ergonomiske tiltag med motion (11).

Forebyggelse af muskel-skeletbesvær uden for arbejdspladsen retter sig først og fremmest mod personer, der allerede har problemet. Det er med andre ord sekundær og tertiær forebyggelse, mens primær forebyggelse indtil videre ikke har været mulig, fordi der mangler viden om, hvad der virker.

Nogle af de elementer, der indgår i andre forebyggelsesindsatser, har sandsynligvis en vis forebyggende virkning på muskel-skeletsmerter. Det gælder regelmæssig motion, der styrker muskler, sener, knogler og led. Indsatsen mod rygning og svær overvægt vil sandsynligvis også på længere sigt mindske forekomsten af muskel-skelet-smerter.

Sekundær og tertiær forebyggelse har til formål at sikre funktionsniveau og arbejdsevne hos personer, der har udviklet muskel-skeletbesvær, og forhindre tilbagefald. Kun en mindre del af de borgere, der har muskel-skeletbesvær, søger læge, resten klarer problemerne på anden måde. Muskel-skeletbesvær behandles først og fremmest af de praktiserende læger (18). I størstedelen af tilfældene er det ikke muligt at give en effektiv behandling, der retter sig mod årsagen til tilstanden, da denne ikke kendes.

Der er sket et generelt skift i behandlingsstrategi i de senere år ved almindeligt forekommende muskel-skeletbesvær som fx uspecifikke lænderygsmarter. Der lægges i modsætning til tidligere vægt på fysisk aktivering af patienterne, og at de i så vid udstrækning som muligt fortsætter med deres normale, daglige gøremål (19, 20).

Langvarig sygemelding øger risikoen for permanent at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet. Derfor er der i stigende grad fokus på en hurtig tværdisciplinær og tværsektoriel indsats i forhold til personer, der er sygemeldt med ondt i ryggen (21, 22).

**FIGUR 2.5**  
Generet af smerter eller ubehag i muskler og skelet inden for de seneste 14 dage



## Forekomsten af muskel-skeletssmerter i hele befolkningen og hos mænd og kvinder

I *Hvordan har du det?* er der spurgt om, man har været generet af smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage i:

- Ryg og lænd
- Skulder og nakke
- Arme, hænder, ben, knæ hofte og led

Figur 2.5 viser forekomsten af smerter og ubehag i de tre områder samt hvor mange, der har været generet af smerter i mindst et af de tre områder.

I løbet af en periode på 14 dage mærker hovedparten af befolkningen til smerter i muskler og skelet. Muskel-skeletssmerter må derfor siges mere at være reglen end undtagelsen. Kun 22 % har ikke været generet af smerter, mens 54 % har været lidt generet og 24 % har været meget generet af smerter.

Smerter forekommer stort set lige hyppigt i hvert af de tre områder, der er spurgt til.

Muskel-skeletssmerter forekommer hyppigere hos kvinder end hos mænd. 29 % af kvinderne har været meget generet af smerter i et af de tre områder i de foregående 14 dage mod 20 % af mændene. Især er der flere kvinder end mænd, der har haft smerter i nakke og skulder.

► **2006-2010.** Der har været en mindre stigning i andelen, der har følt sig generet af muskel-skeletssmerter. For mændene er andelen, der har følt sig lidt generet, steget, mens der hos kvinderne er en større andel, der har følt sig meget generet. Se [figur 2.4.5 i bind 2](#). ◀

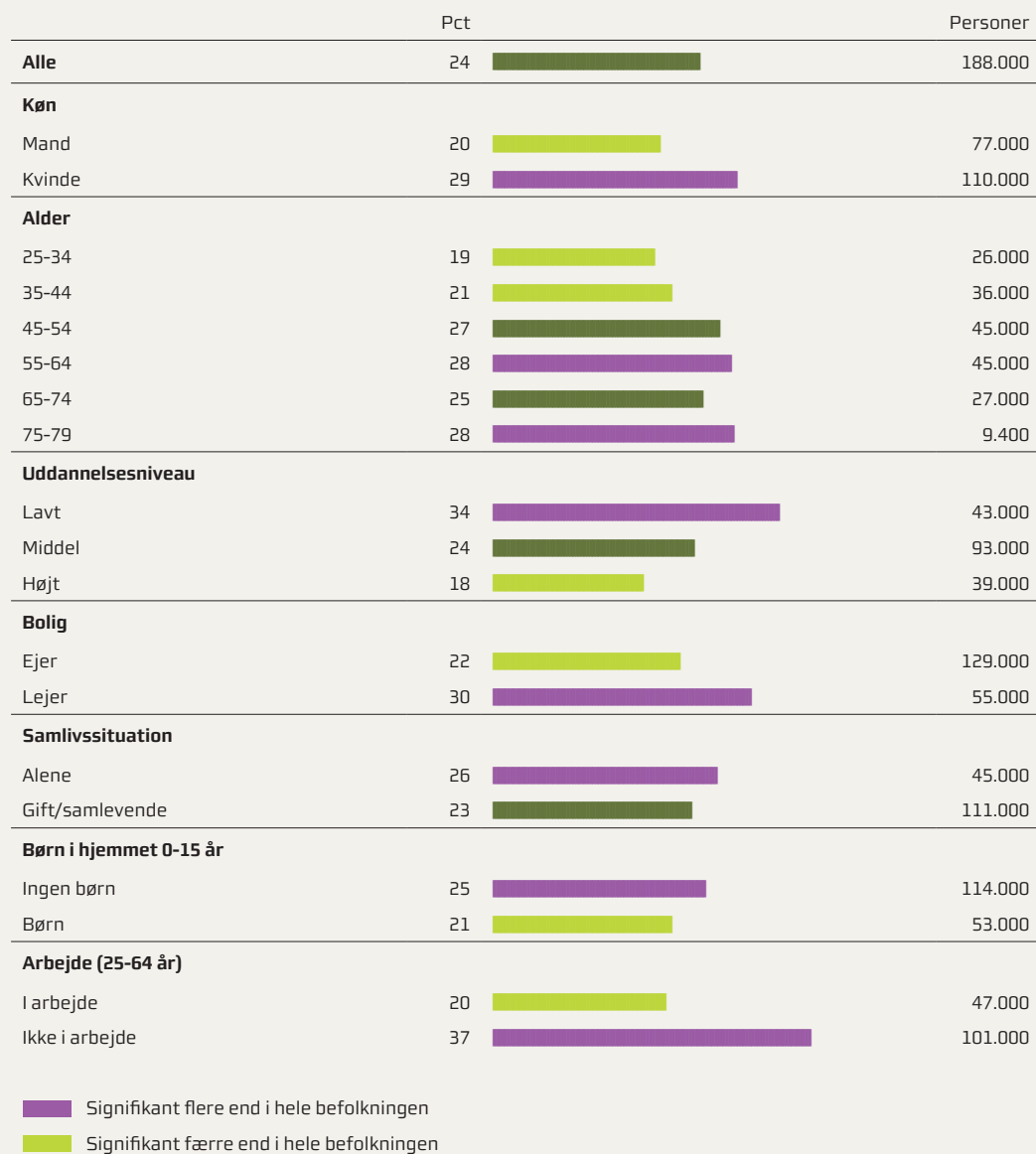
Der er en stærk sammenhæng mellem graden af smerter og påvirkningen af de daglige gøremål. På spørgsmålet "Hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort dit daglige arbejde?" svarede 57 % af dem, der havde været meget generet af muskel-skeletssmerter, 'noget af tiden', 'en del af tiden' eller 'hele tiden'.

For personer, der havde været lidt generet af muskel-skeletssmerter, var det tilsvarende tal kun 7 %, og blandt personer, der ikke havde haft muskel-skeletssmerter, 2 %.

Der er ligeledes en stærk sammenhæng mellem graden af smerter og forekomsten af muskel-skeletssygdomme. 61 % af dem, der har været meget generet af muskel-skeletssmerter, oplyser, at de har en muskel-skeletssygdom (slidgigt, leddegigt, knogleskørhed, diskusprolaps eller anden rygssygdom) mod 27 % blandt dem, der har været lidt generet af muskel-skeletssmerter og 6 % blandt dem, der ikke har været generet af muskel-skeletssmerter.

I det følgende fokuseres derfor kun på forekomsten af meget generende muskel-skeletssmerter. Det er de meget generende muskel-skeletssmerter, der har konsekvenser i dagligdagen og som ofte er forbundet med en egentlig muskel-skeletssygdom, mens det at have lettere muskel-skeletssmerter nu og da nærmest må betragtes som et livsvilkår for størstedelen af den voksne befolkning.

**FIGUR 2.6**  
Meget generet af muskel-skeletmerter inden for de seneste 14 dage - køn, alder og sociale forhold



## Forekomsten af meget generende muskel-skelet smerter — køn, alder og sociale forhold

Figur 2.6 viser hvor mange, der har været meget generet af smerter i muskler og skelet i de foregående 14 dage opdelt på køn, alder og sociale forhold.

24 % af hele befolkningen svarer, at de har været meget generet af muskel-skelet smerter i de foregåede 14 dage, hvilket svarer til knap 200.000 personer.

**Køn.** Som nævnt har flere kvinder end mænd været meget generet af muskel-skelet smerter.

**Alder.** Flere ældre end yngre har været meget generet af smerter i muskler og skelet. I aldersgruppen 65-74 år er forekomsten dog mindre end i aldersgruppen 55-64 år, hvilket muligvis skyldes ophøret af arbejdsmæssige belastninger i forbindelse med pensionering.

**Uddannelsesniveau.** Meget generende smerter i muskler og skelet var næsten dobbelt så hyppigt forekommende hos personer med lavt uddannelsesniveau i forhold til personer med højt uddannelsesniveau.

**Bolig.** Tre ud af ti beboere i lejebolig har været meget generet af smerter i muskler og skelet mod to ud af ti beboere i ejerbolig.

**Samlivssituation.** Personer, der lever alene, har i lidt større udstrækning været meget generet af muskel-skelet smerter i forhold til personer, der er gift/samlevende.

**Børn i hjemmet.** En lidt højere andel blandt personer, der bor sammen med børn, har været meget generet af muskel-skelet smerter i forhold til personer, der ikke har børn i hjemmet.

**Arbejde.** Der er en særdeles stærk sammenhæng mellem arbejde og muskel-skelet smerter blandt personer i den erhvervsaktive alder. 37 % blandt personer uden arbejde har været meget generet af muskel-skelet smerter mod 20 % blandt personer i arbejde.

Signifikant flere har været meget generet af muskel-skelet smerter i de foregående 14 dage blandt:

- Kvinder
- Aldersgrupperne 55-64 år og 75-79 år
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der lever alene
- Personer, der ikke bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke har et arbejde

Signifikant færre har været meget generet af muskel-skelet smerter i de foregående 14 dage blandt:

- Mænd
- Aldersgruppen 25-44 år
- Personer med højt uddannelsesniveau
- Personer, der bor i ejerbolig
- Personer, der bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der har et arbejde

► **2006-2010.** Der har været en mindre stigning i andelen, der har følt sig meget generet af muskel-skelet smerter, i bl.a. følgende grupper: kvinder, unge og midaldrende, personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau, gifte/samlevende og personer i den erhvervsaktive alder (25-54 år), der ikke har arbejde. Se figur 2.5 i bind 2. ◀

**FIGUR 2.7**  
Meget generet af muskel-skelet smerter inden for de seneste 14 dage - kommuner



## Forekomsten i kommunerne af meget generende muskel-skelet smerter

Figur 2.7 viser, hvor mange i kommunerne der har været meget generet af smerter i muskler og skelet i de foregående 14 dage.

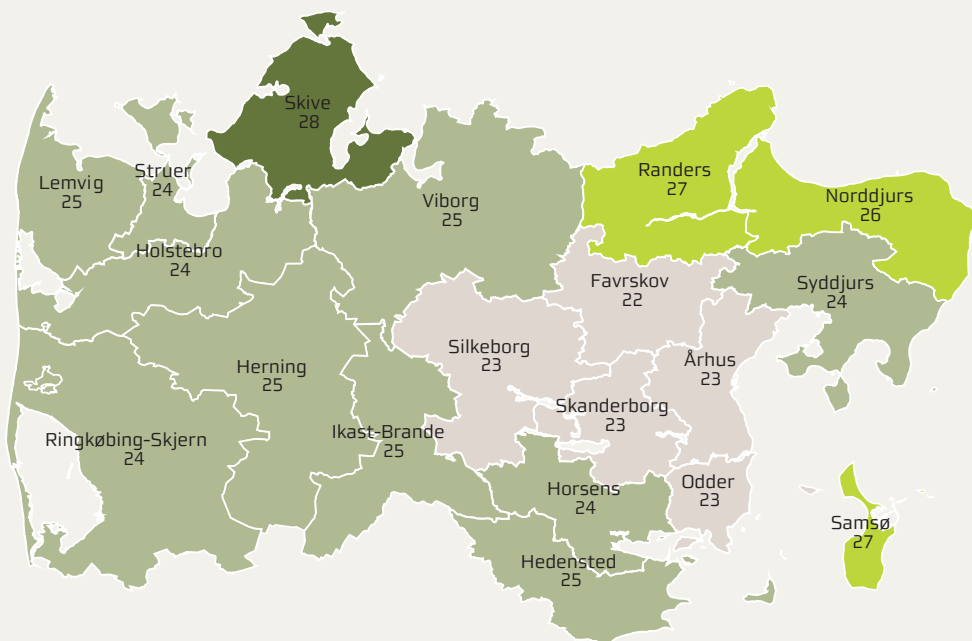
Variationen imellem kommunerne er forholdsvis lille. Forekomsten af muskel-skelet smerter var mindst i Favrskov med 22 % og størst i Skive med 28 %. Skive er den eneste kommune, hvori andelen er signifikant højere end i Region Midtjylland som helhed.

► **2006-2010.** Der er ikke sket statistisk signifikante ændringer i andelen, der har været meget generet af muskel-skelet smerter i kommunerne. Se figur 2.6.5 i bind 2. ◀



**FIGUR 2.7 FORTSAT**

Meget generet af muskel-skelet smerter inden for de seneste 14 dage - kommuner (i pct)



**FIGUR 2.8**  
Meget generet af muskel-skeletmerter inden for de seneste 14 dage - brancher



## Forekomsten af meget generende muskel-skelet smerter – brancher

Figur 2.8 viser, hvor mange af de erhvervsaktive fordelt på brancher der har været meget generet af smerter i muskler og skelet i de foregående 14 dage.

Der er stor variation brancherne imellem. Dobbelt så mange inden for hotel og restaurant har været generet af muskel-skelet smerter i forhold til ansatte inden for vidensservice, der bl.a. omfatter forskning og liberale erhverv (29 % og 14 %).

I følgende brancher har en signifikant større andel af de beskæftigede været meget generet af muskel-skelet smerter i de foregående 14 dage sammenholdt med alle erhvervsaktive:

- Hotel og restaurant
- Rejsebureau, rengøring og anden operationel service
- Sundhed og socialvæsen

I følgende brancher har en signifikant mindre andel af de beskæftigede været meget generet af muskel-skelet smerter i de foregående 14 dage sammenholdt med alle erhvervsaktive:

- Landbrug, skovbrug og fiskeri
- Information og kommunikation
- Vidensservice

## Sammenfatning

Hovedparten af den voksne befolkning har haft smerter i muskler og skelet inden for de foregående 14 dage, de fleste dog blot i lettere grad.

Hver fjerde, hvilket svarer til knap 200.000 personer, har imidlertid været meget generet af muskel-skelet smerter. Det er en lille stigning fra 2006 til 2010.

Flere kvinder end mænd har været meget generet af muskel-skelet smerter. Desuden er der en udtalt social ulighed i forekomsten af muskel-skelet smerter opgjort i forhold til uddannelsesniveau, om man bor i ejer- eller lejebolig og om man er i arbejde eller ej.

Der er en beskedent forskel i forekomsten af muskel-skelet smerter kommunerne imellem. Kun i en enkelt kommune var forekomsten signifikant større end i regionen som helhed.

Til gengæld er der store forskelle i forekomsten af muskel-skelet smerter i den erhvervsaktive befolkning, når den opdeles på brancher. De tre brancher med den højeste 14-dagesforekomst af muskel-skelet smerter var hotel og restaurant, rejsebureau, rengøring og anden operationel service og sundhed og socialvæsen.

## Stress

Stress er både et ord, der bruges i dagligsproget, og et videnskabeligt begreb. Det er ikke altid klart, hvad der menes, når der tales om stress, og der er ikke en alment accepteret definition af stress i stressforskningen. Der er dog udbredt enighed om, at stress er et vigtigt sundhedsmæssigt problem, der ligesom muskel-skeletmerter har store personlige og samfundsmæssige omkostninger og er en vigtig årsag til bl.a. sygefravær (23).

Stress kan beskrives som en tilstand af kropslig og psykisk ubalance. Jo højere stressniveau, jo dårligere trivsel. Stress er ikke nogen sygdom, men stress øger risikoen for fysisk og psykisk sygdom og forringet livskvalitet, især hvis det er en tilstand, der strækker sig over en længere periode. Stressniveauet er derfor et vigtigt barometer for psykisk sundhed.

Der er forskningsmæssig dokumentation for, at stress øger risikoen for:

- Forkølelse og influenza (24)
- Hjertekarsygdomme og hjerneblødning/blodprop i hjernen (25)
- Depression (25)
- Død (25)

Stress er både et socialt, psykologisk og fysiologisk fænomen. Man kan skelne mellem stresspåvirkninger i form af belastende hændelser og belastende levevilkår, den enkeltes oplevelse af stress og stress som en tilstand i organismen, der kan måles i form af koncentrationen af stresshormoner i blodet, hjertefrekvens mv. (26).

I *Hvordan har du det?* anvendes et mål for oplevet stress: Perceived Stress Scale, PSS (27, 28). PSS omfatter 10 spørgsmål, der handler om, i hvilket omfang svarpersonen oplever sit liv som uforudsigeligt, ukontrollabelt og belastende, og om han eller hun føler sig nervøs og stresset.

Personer, der scorer højt på PSS, har blandt andet vist sig at have svært ved at holde op med at ryge, at have sværere ved at kontrollere blodsukkeret, hvis de er diabetikere, at have en større sårbarhed over for alvorlige livsbegivenheder og at være mere modtagelige for forkølelse (29).

PSS bygger på Richard S. Lazarus' kognitive stressmodel, der ligger til grund for meget af den nyere psykologiske stressforskning (30). Stress opstår ifølge Lazarus i et samspil mellem omgivelserne og personen. Stress udløses af stresspåvirkninger, men personens egen vurdering af, om en begivenhed eller en tilstand er stressende, er et vigtigt mellemlid mellem stresspåvirkning og stressreaktion. Stress og mestring er derfor koblet sammen i Lazarus' stressmodel.

Lazarus definerer stress som "en særlig relation mellem personen og omgivelserne, som personen vurderer udfordrer eller overskrider hans eller hendes ressourcer og truer hans eller hendes velbefindende" (29).

Ligesom smerter i muskler og skelet forbindes stress ofte med belastninger i arbejdsmiljøet. Der er ingen tvivl om, at arbejdslivet er en vigtig kilde til stress. Det er imidlertid vigtigt at være opmærksom på, at stress kan opstå som følge af alle slags belastninger, ikke blot arbejdsmæssige.

En undersøgelse af sammenhængen mellem stress og belastende livsomstændigheder blandt voksne i Region Midtjylland viste, at en belastende arbejdssituation var den vigtigste stressfaktor hos personer med arbejde. Sygdom var den vigtigste stressfaktor hos personer uden arbejde. Undersøgelsen viste desuden, at mere end halvdelen af de personer, der var belastet af deres arbejdssituation, samtidig havde andre typer af belastninger, fx sygdom i den nærmeste familie. Flere slags belastninger samtidigt øger stressniveauet betydeligt (31). Det lægger op til et mere helhedspræget syn på forebyggelse af stress, der omfatter både arbejds- og privatsfæren.

Forebyggelse af stress kan ske både på individ-, gruppe- og samfundsniveau. Interventionsforsøg viser, at mennesker med et højt stressniveau kan blive bedre til at mestre stress og undgå stresspåvirkninger (32). På arbejdspladser og i andre sociale fællesskaber kan man gøre en indsats for at mindske stresspåvirkningerne og støtte personer, der lider under et højt stressniveau. Mange arbejdspladser har indført en stresspolitik. På samfundsplan kan man gøre en indsats for at mindske belastningerne i særligt udsatte grupper, skabe gode betingelser for børnefamilier, så man opnår en bedre balance mellem arbejds- og familieliv osv.

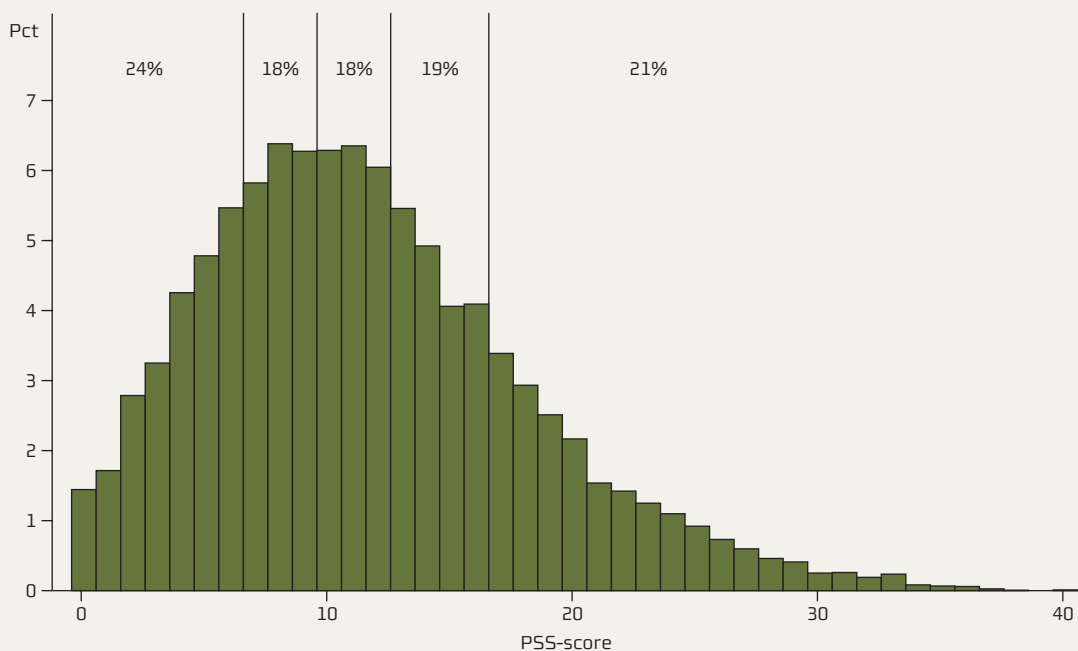
Det er vigtigt at være opmærksom på, at stress ikke blot er et individuelt problem, men også et socialt fænomen. Sociologer påpeger, at stress er et resultat af sociale processer (33). De grupper, der har det højeste stressniveau, er samtidig ofte dem, der har sværest ved at ændre på deres egen livssituation. Fx viser en undersøgelse fra Region Midtjylland, at blandt de erhvervsaktive er stressniveauet højest hos personer nederst i jobhierarkiet (34).

## Stressniveauet i hele befolkningen målt på PSS

Man kan score fra 0 til 40 point på PSS. Jo højere score, jo højere grad af oplevet stress. Figur 2.9 viser, hvordan scoren fordeler sig i hele den voksne befolkning. Den gennemsnitlige score er 11,5 point. Som det fremgår af figuren, har mange en værdi omkring gennemsnittet. Der er samtidig en betydelig spredning i den høje ende af skalaen; det vil sige hos dem, der oplever mest stress.

**FIGUR 2.9**

Perceived Stress Scale (PSS) - histogram, der viser fordelingen i hele befolkningen. De lodrette streger inddeler befolkningen i fem tilnærmelsesvis lige store grupper (kvintiler)



Man kan opleve en større eller mindre grad af stress, men PSS har ikke en indbygget definition af, hvor mange point der skal til for at have et højt stressniveau, altså at være "stresset".

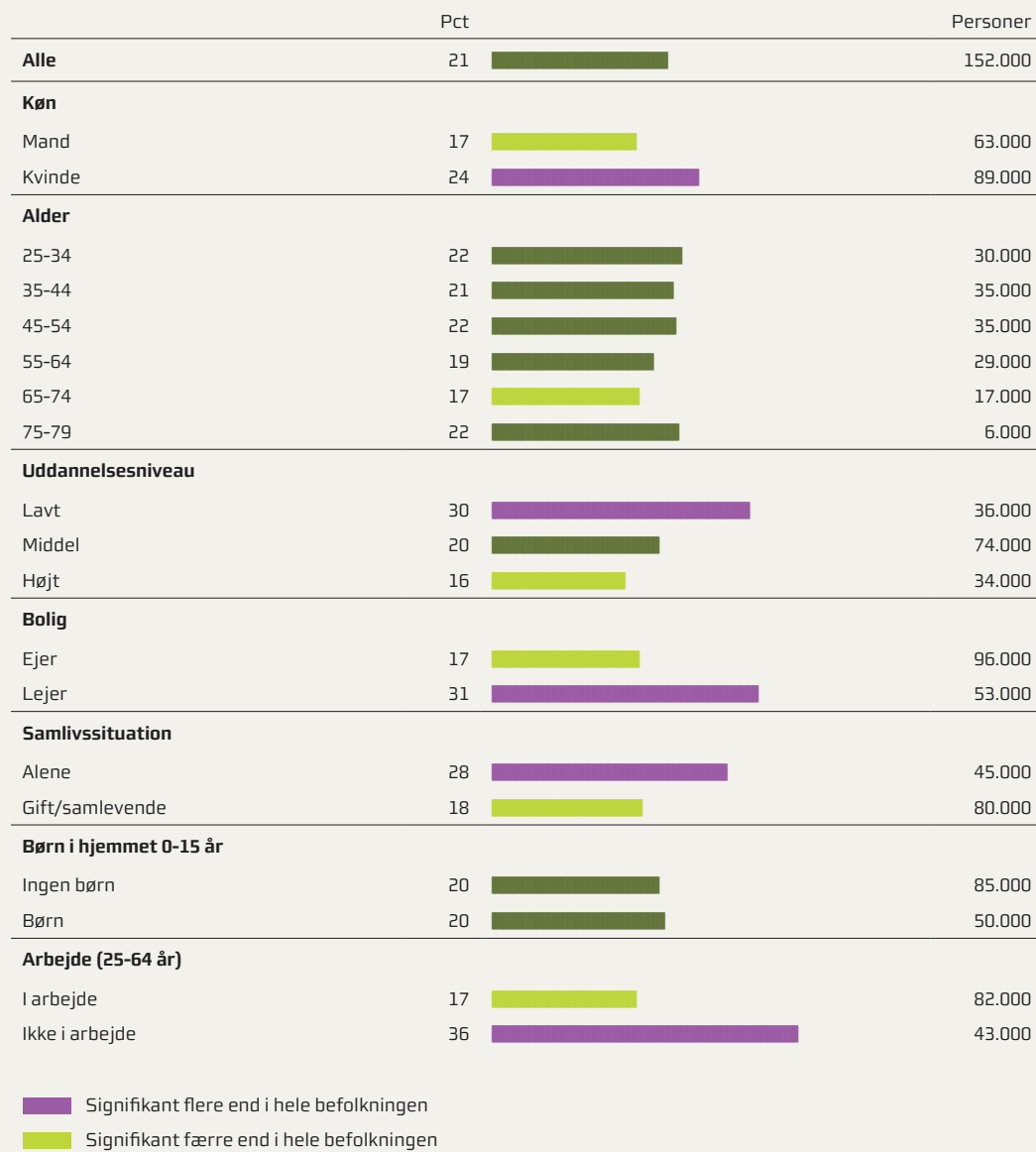
Derfor er der foretaget en opdeling af befolkningen i fem tilnærmelsesvis lige store grupper (kvintiler). De fem intervaller er: 0-6 point, 7-9 point, 10-12 point, 13-16 point og 17-40 point.

En undersøgelse af sammenhængen mellem stress og risikoen for langtidssygemelding viser, at risikoen stiger stejlt ved en PSS-score på 16 point og opefter (35). Dette kan tages som en indikation på, at stress især udgør en risiko for helbredet hos den femtedel af befolkningen, der har det højeste stressniveau.

I det følgende fokuseres der på denne femtedel, dvs. personer med en PSS-score på 17-40 point, hvilket svarer til godt 150.000 personer.

► 2006-2010. I befolkningen som helhed er der ingen ændring i andelen med et højt stressniveau. Se figur 2.7.S i bind 2. ◀

**FIGUR 2.10**  
Andel med højt stressniveau (PSS>16) - køn, alder og sociale forhold



## Forekomsten af højt stressniveau — køn, alder og sociale forhold

Figur 2.10 viser andelen med et højt stressniveau i forhold til køn, alder og sociale forhold.

**Køn.** Flere kvinder end mænd har et højt stressniveau.

**Alder.** Der er ikke nogen entydig sammenhæng mellem alder og stressniveau. Dog er der en signifikant lavere andel med et højt stressniveau i aldersgruppen 65-74 år. Ligesom ved selv vurderet helbred og smerter i muskler og skelet afspejler dette muligvis effekten af overgangen fra arbejdsliv til tilværelsen som pensionist.

**Uddannelsesniveau.** Der er en stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og stress, idet der er næsten dobbelt så mange med et højt stressniveau hos de lavtuddannede i forhold til personer med et højt uddannelsesniveau.

**Bolig.** Der er markant flere med et højt stressniveau hos personer, der bor til leje, i forhold til personer, der bor i ejerbolig.

**Samlivssituation.** Der er betydeligt flere med et højt stressniveau hos personer, der lever alene, end hos personer, der er gift eller samlevende.

**Børn i hjemmet.** Der er lige mange med højt stressniveau hos voksne, der bor sammen med børn på 0-15 år som hos personer uden børn i hjemmet.

**Arbejde.** Dobbelt så mange personer uden arbejde har et højt stressniveau sammenholdt med personer i arbejde blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år).

Der er en signifikant højere andel end i hele befolkningen med et højt stressniveau blandt:

- Kvinder
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Personer der bor i lejebolig
- Personer der lever alene
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år) der ikke har et arbejde

Der er en signifikant lavere andel end i hele befolkningen med et højt stressniveau blandt:

- Mænd
- Aldersgruppen 65-74 år
- Personer med et højt uddannelsesniveau
- Personer der bor i ejerbolig
- Personer der er gift/samlevende
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år) der har arbejde

► **2006-2010.** Der er ingen statistisk signifikante ændringer i andelen med et højt stressniveau i forhold til køn, alder og sociale forhold. Se figur 2.8.5 i bind 2. ◀

**FIGUR 2.11**  
Andel med højt stressniveau (PSS>16) - kommuner



## Forekomsten af højt stressniveau i kommunerne

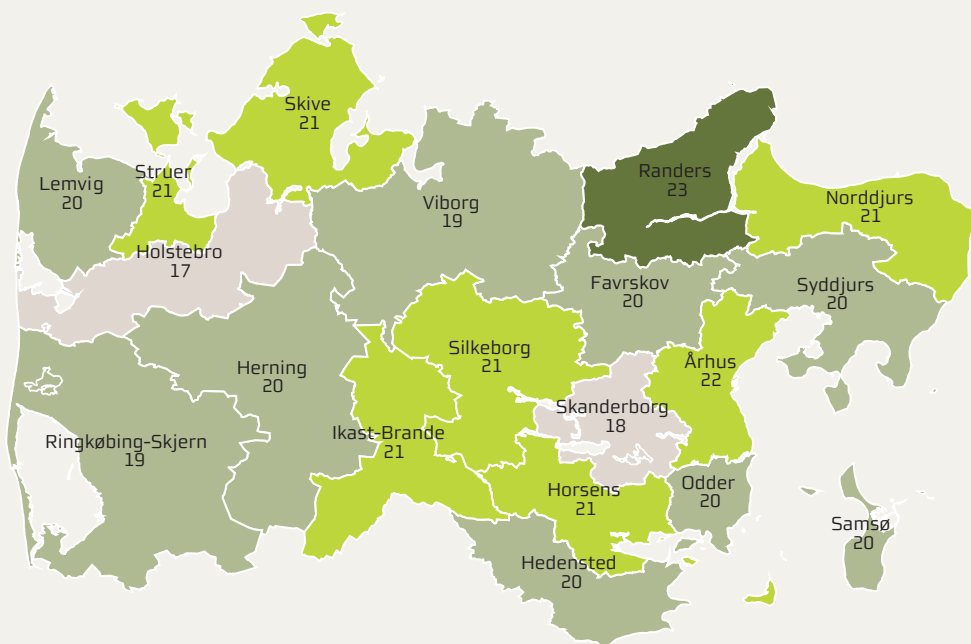
Andelen med et højt stressniveau varierer forholdsvis lidt kommunerne imellem. Den højeste andel finder man i Randers og den laveste i Holstebro.

Holstebro er den eneste kommune, hvori stressniveauet ligger signifikant lavere end i regionen som helhed.

► 2006-2010. Der er ingen statistisk signifikante ændringer i andelen med et højt stressniveau i kommunerne. Se figur 2.9.5 i bind 2. ◀



**FIGUR 2.11 FORTSAT**  
 Andel med højt stressniveau (PSS > 16) - kommuner (i pct)



**FIGUR 2.12**  
Andel med højt stressniveau (PSS >16) - brancher



## Forekomsten af højt stressniveau inden for forskellige brancher

Der er en meget stor variation i andelen med et højt stressniveau imellem de forskellige brancher. Blandt alle erhvervsaktive scorer 17 % højt på PSS, svarende til godt 80.000 personer.

Den højeste andel finder man i *hotel og restaurant* med 27 %, *andre serviceydelser* med 23 % og *rejsebureau, rengøring og anden operationel service* også med 23 %. Den laveste andel har *råstofindvinding* med 3 %. Sidstnævnte er dog en lille branche, hvorfor resultatet er behæftet med stor statistisk usikkerhed. Man bemærker, at de tre brancher med det højeste stressniveau er serviceerhverv med mange lavstatusjobs.

Følgende to brancher har en signifikant højere andel med et højt stressniveau end alle erhvervsaktive:

- Hotel og restaurant
- Rejsebureau, rengøring og anden operationel service

Gruppen af erhvervsaktive uden brancheangivelse ligger også signifikant højere end gennemsnittet.

Tre brancher har en lavere andel med et højt stressniveau end gennemsnittet:

- Bygge og anlæg
- Finansiering og forsikring
- Landbrug, skovbrug og fiskeri

## Sammenfatning

Der er i dette afsnit fokuseret på den femtedel af befolkningen, de har det højeste stressniveau målt på Perceived Stress Scale.

I befolkningen som helhed var der ingen ændring i andelen med højt stressniveau fra 2006-2010.

Det laveste stressniveau finder man generelt hos personer med flest ressourcer i form af uddannelse, ejerbolig, arbejde og ægtefælle/samlever.

Flere kvinder end mænd har et højt stressniveau.

Der er især et højt stressniveau i flere serviceerhverv.

## Fysisk, psykisk og social funktionsevne

Funktionsevne er en persons evne til at udføre dagligdagens forskellige gøremål og deltage i det sociale liv.

Man kan skelne mellem fysisk, psykisk og social funktionsevne. Der er store individuelle variationer i funktionsevne, ligesom funktionsevne varierer i forhold til alder, køn, forekomsten af sygdom mv.

Nedsat funktionsevne kan føre til forringet livskvalitet, udstødelse fra arbejdsmarkedet, social isolation og afhængighed af hjælp fra andre.

Det er derfor vigtigt, at den enkelte:

- Udvikler en god funktionsevne i løbet af fostertilstand, barndom og ungdom
- Bevarer sin funktionsevne gennem voksenlivet i så vidt omfang som muligt
- Genvinder tabt funktionsevne helt eller delvist – og helst hurtigt – efter sygdom, ulykker og andre belastende livsbegivenheder

Funktionsevnen påvirkes af sygdom. Men ikke alle sygdomme påvirker funktionsevnen lige meget. Og der er forskel på, hvor meget den enkelte påvirkes af en given sygdom. Nogle sygdomme som fx gigt udvikler sig over tid og nedsætter gradvist funktionsevnen, mens andre sygdomme som fx en blodprop i hjernen indtræder pludseligt og medfører et øjeblikkeligt funktionstab.

Funktionsevnen påvirkes også af andre faktorer. Funktionstab kan være et resultat af en fysiologisk aldringsproces, hvor kroppens ydeevne lidt efter lidt mindskes. Der kan også ske funktionstab i forbindelse med vedvarende psykisk belastning og psykiske traumer.

En persons funktionsevne på et givet tidspunkt afspejler de påvirkninger, sygdomme og aldersmæssige forandringer, som personen har været ude for i sit liv, men påvirkes også af personens ressourcer og handlekompetence og de fysiske rammer.

Konsekvenserne af sygdom, aldring og psykisk belastning kan i et vist omfang afbødes af støtte fra omgivelserne. Social støtte er derfor et vigtigt element i forebyggelse af funktionstab og genvinding af tabt funktionsevne.

## Beskrivelse af befolkningens funktionsevne

*Hvordan har du det?* indeholder oplysninger, som gør det muligt at beskrive befolkningens funktionsevne. En sådan beskrivelse har flere formål.

For det *første* har befolkningens funktionsevne en generel interesse, idet den påvirker mange sider af sam-

fundslivet: arbejdsmarkedet, det sociale system, transport, fritidslivet osv.

Relevante spørgsmål i denne sammenhæng er bl.a.: Hvor meget varierer funktionsevnen i forhold til alder, køn og en række andre faktorer? Hvor stor en del af befolkningen er forhindret i at deltage i det almindelige hverdagsliv på grund af fysisk, psykisk eller social funktionsnedsættelse? Hvor mange mennesker har brug for særlige foranstaltninger, der øger tilgængeligheden til boliger, butikker, fritidstilbud og arbejdspladser?

For det *andet* har befolkningens funktionsevne interesse i forhold til sundhedstilbuddene i region og kommuner, idet funktionsevne er en målestok for udfordringer og resultater i forbindelse med:

- Behandling
- Genoptræning
- Rehabilitering
- Patientuddannelse

## Behandling

Sygdom er ofte en årsag til funktionsnedsættelse. Et vigtigt formål med behandling, ud over at gøre patienten rask eller hæmme sygdommens fortsatte udvikling, er at stoppe yderligere funktionstab og genoprette tabt funktionsevne. Det gælder både funktionstab på grund af akut sygdom og funktionstab som følge af de langsigtede virkninger af en sygdom.

Tabt funktionsevne kan i sig selv være en indikation for behandling, jævnfør hofte- og knæledsudskeftninger ved smerter og gangbesvær hos personer med slidgigt i hofter og knæ eller operation for grå stær hos personer med nedsat syn som følge af uklarhed i øjets linse.

Ved mange behandlinger er det en del af proceduren, at patientens funktionsniveau forud for behandlingen beskrives, og at der foretages en vurdering af, hvilket funktionsniveau patienten kan forvente at opnå gennem behandlingen. Desuden vurderes patientens funktionsniveau ved udskrivningen eller i forbindelse med opfølgning og kontrol.

Det er relevant at undersøge, om patienter, der modtager en bestemt behandling, opnår en funktionsevne, der er på højde med den del af befolkningen, der er sammenlignelig med hensyn til alder mv. Til dette formål er der brug for repræsentative befolkningsdata.

Det er forskelligt fra område til område, hvilke sider af funktionsevnen, det især er relevant at belyse. Fx indeholder socialmedicinske udredninger af langvarigt sygemeldte et samlet skøn over patientens funktionsevne, der både omfatter fysiske, psykiske og sociale aspekter.

## Genoptræning og rehabilitering

Behandling følges ofte op af genoptræning og rehabilitering. Også her registreres deltagernes funktionsevne som regel ved start, slut og eventuel opfølgning, og der er ligesom ved behandling et behov for at kunne sammenholde funktionsniveauet før og efter indsatsen med det gennemsnitlige funktionsniveau i en sammenlignelig del af befolkningen. Der er derfor brug for viden om, hvilket funktionsniveau man kan forvente hos forskellige grupper af borgere.

Ved genoptræning er der især fokus på genvinding af fysisk funktionsevne, mens der ved rehabilitering anlægges et bredere perspektiv, der også omfatter psykisk og social funktionsevne. Der har dog været en udvikling i retning af, at genoptræning defineres bredere end træning af fysiske funktioner, og genoptræning og rehabilitering bruges ofte synonymt.

Det primære ansvar for ambulans genoptræning påhviler ifølge sundhedsloven og serviceloven kommunerne.

Regionen har ansvaret for genoptræning, der foregår i forbindelse med indlæggelse, og varetager desuden specialiseret, ambulans genoptræning.

Regionen skal udarbejde en genoptræningsplan, hvis der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra hospital. Genoptræningsplanen sendes til bopælskommunen, der har ansvaret for den praktiske udførelse, eller, hvis der er behov for specialiseret, ambulans genoptræning, til det hospital, der skal varetage opgaven.

Der er endnu ikke en lov for rehabilitering i Danmark, men både region og kommuner tilbyder rehabilitering til forskellige grupper af patienter.

Funktionsevne er derfor et centralt fokuspunkt i samarbejdet mellem region og kommuner om genoptræning og rehabilitering.

I *Vejledning om træning i regioner og kommuner* fra 2009 præciseres betydningen af genoptræning:

Genoptræning defineres efter sundhedsloven og serviceloven som en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en patient/borger, eventuelt pårørende og personale.

Formålet med genoptræning er, at patienten/borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne: bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt.

Genoptræningen skal rettes imod patientens funktionsnedsættelser, dvs. problemer i kroppens funktioner eller

anatomi samt aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger.

Genoptræningsindsatsen kan omfatte såvel somatiske patienter som psykiatriske patienter med et somatisk genoptræningsbehov.

Vedligeholdelsestræning defineres efter serviceloven som målrettet træning for at forhindre funktionstab og for at fastholde det hidtidige funktionsniveau. Vedligeholdelsestræning omfatter vedligeholdelse af såvel fysiske som psykiske færdigheder (36).

I *Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet* fra 2004 beskrives rehabilitering som en aktivitet, der skal sikre, at borgere, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i deres fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats (37).

Rehabilitering omfatter efterbehandling, genoptræning, forebyggelse og forskellige former for støtte til patienten. Rehabilitering forudsætter som regel et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde.

## Patientuddannelse

Der er i de senere år udviklet en række tilbud til patienter med kroniske sygdomme under betegnelser som patientuddannelse, patientskoler og patientundervisning.

I Region Midtjylland var der i 2009 omkring 100 patientuddannelses tilbud. Hertil kommer en række kommunale tilbud. Der er en vis overlappning mellem de aktiviteter, der indgår i patientuddannelse, rehabilitering og genoptræning (38).

Patientuddannelse er strukturerede undervisningsforløb for patienter med en diagnosticeret sygdom og eventuelt deres pårørende. Undervisningen foregår individuelt eller i grupper og har til formål at sætte deltagerne i stand til bedre at kunne tage vare på egen sygdom og eget helbred. Hensigten er at forhindre, at sygdommen udvikles, at forbedre sygdomsforløbet samt at lære deltagerne at håndtere psykologiske og sociale aspekter af tilværelsen med en kronisk sygdom.

Nogle patientuddannelser sigter mod at lære borgere med en bestemt sygdom at følge behandlingen og at kunne håndtere sygdommen og dens følgevirkninger bedre. Andre patientuddannelser henvender sig til blandede patientgrupper. For begge typer af patientuddannelser gælder, at de ofte indeholder emner som mestring, rygestop, motion og kostvejledning.

I alle tilfælde er funktionsevne centralt. For at styrke

indsatsen over for de kroniske patienter har Region Midtjylland taget initiativ til udvikling og implementering af et webbaseret evaluerings- og monitoreringsredskab til brug ved patientuddannelse.

Et vigtigt element i evaluerings- og monitoreringsredskabet er spørgsmål vedrørende deltagernes funktionsevne. Da de samme spørgsmål indgår i *Hvordan har du det?*, kan undersøgelsen bruges som referencedata.

## SF-12 som mål for funktionsevne

*Hvordan har du det?* indeholder flere mål for funktionsevne. Der er bl.a. en række spørgsmål, der beskriver behovet for hjælp til at udføre dagligdagens gøremål så som at vaske sig, klæde sig på og gøre rent (*Activities of Daily Living*). De er især relevante ved beskrivelse af funktionsevne i den ældre del af befolkningen og ved genoptræning efter visse typer af behandling, fx behandling for hoftebrud. Der er desuden et spørgsmål, der beskriver arbejdsevne, som er relevant i forhold til personer i den erhvervsaktive alder.

Når man skal beskrive funktionsevne i en befolkning, der omfatter både unge, midaldrende og ældre, er der brug for et mere generelt mål. Til dette formål benyttes her *Short Form 12 Health Survey version 2* (SF-12) (39).

SF-12 er et generisk, det vil sige et ikke sygdomsspecifikt mål, der beskriver helbredsrelateret livskvalitet og funktionsevne. SF-12 er udviklet i USA og efterfølgende valideret i en række lande.

SF-12 består af 12 spørgsmål, der sammenfattes i otte skalaer. De otte skalaer beskriver fysiske, psykiske og sociale sider af livskvalitet og funktionsevne. Tilsammen tegner de en funktionsprofil af en person eller en gruppe.

Der kan desuden beregnes en samlet score for to generelle helbreds-skalaer, en fysisk og en psykisk. Disse skalaer omtales ikke nærmere i det følgende. I stedet henvises til manualen for SF-12 (5).

SF-12 er en kortere version af SF-36, der formentlig er det mest udbredte redskab på verdensplan til vurdering af helbreds-betinget livskvalitet og funktionsevne. SF-12 indeholder grundlæggende de samme informationer som SF-36, blot målt med en mindre grad af præcision.

De otte skalaer i SF-12 kan gøres op på to måder. Dels som såkaldte rå skalaer, hvor hver skala går fra 0 til 100, dels som normbaserede skalaer. For begge opgørelsesmåder gælder, at jo højere score, jo bedre livskvalitet og funktionsevne.

Ved de normbaserede skalaer vælger man en befolkning, der bruges som reference (norm). Skalaen er kalibreret

således, at referencebefolkningen har et gennemsnit på 50 og en standardafvigelse på 10 på hver skala.

Fordelen ved de normbaserede skalaer er, at man kan sammenligne på tværs af skalaerne – samme forskel betyder det samme – hvilket ikke er tilfældet ved de rå skalaer. Der er desuden den praktiske fordel ved de normbaserede skalaer, at det er let at huske, at gennemsnitsværdien for referencebefolkningen er 50 uanset skala.

Det er de normerede skalaer, der er benyttet her. Befolkningen i Region Midtjylland i alderen 25-79 år bruges som referencebefolkning.

## De otte skalaer i SF-12

Fem af de otte skalaer i SF-12 beskriver funktionsevne, mens tre beskriver helbredsrelaterede tilstande, der påvirker funktionsevnen og livskvaliteten.

Skalaerne, der vedrører funktionsevne, indfanger forskellige aspekter af funktionsbegrænsning:

- Begrænsninger i arten og omfanget af aktiviteter og måden, de udføres på
- Hvorvidt begrænsningerne skyldes fysiske helbredsproblemer herunder smerter, psykiske helbredsproblemer eller begge dele
- Hvorvidt det fysiske eller psykiske helbred begrænser kontakten med andre mennesker

Fire skalaer beskriver fysisk funktionsevne og den generelle helbredstilstand. Det er skalaerne *Fysisk funktion*, *Fysisk betingede begrænsninger*, *Fysisk smerte* og *Alment helbred*.

Skalaen *Fysisk funktion* beskriver, hvorvidt helbredet begrænser evnen til at udføre fysiske aktiviteter.

Skalaen *Fysisk betingede begrænsninger* beskriver, hvorvidt det fysiske helbred begrænser arten eller omfanget af de aktiviteter, der kan udføres.

Skalaen *Fysisk smerte* beskriver, hvorvidt smerter vanskeliggør udførelse af dagligdags aktiviteter.

Skalaen *Alment helbred* beskriver personens selvvaluerede helbred. Skalaen bygger på samme spørgsmål om selvvalueret helbred, som er benyttet i afsnittet *Selvvalueret helbred*.

Fire skalaer beskriver psykisk og social funktionsevne og den psykiske helbredstilstand. Det er skalaerne *Energi*, *Social funktion*, *Psykisk betingede begrænsninger* og *Psykisk trivsel*.

**TABEL 2.2**  
Beskrivelsen af *Short Form 12 Health Survey (SF-12)*

Skalaer	Lavest mulige score	Højest mulige score
Fysisk funktion	Er meget begrænset i udførelsen af almindelige fysiske aktiviteter, så som at støvsuge, cykle og gå op ad trapper	Udfører almindelige fysiske aktiviteter, så som at støvsuge, cykle og gå op ad trapper
Fysisk betingede begrænsninger	Har problemer med at udføre sit arbejde eller andre daglige gøremål pga. det fysiske helbred	Har ingen problemer med at udføre sit arbejde eller daglige gøremål pga. det fysiske helbred
Fysisk smerte	Har smerter som vanskeliggør daglige gøremål virkelig meget	Er ikke begrænset af smerter
Alment helbred	Vurderer sit eget helbred som dårligt	Vurderer sit eget helbred som fremragende
Energi	Har ingen energi	Er fuld af energi
Social funktion	Har svært ved at se andre mennesker pga. fysiske eller følelsesmæssige helbredsproblemer	Har ingen problemer med at se andre mennesker pga. fysiske eller følelsesmæssige helbredsproblemer
Psykisk betingede begrænsninger	Har svært ved at udføre sit arbejde eller daglige gøremål pga. følelsesmæssige problemer	Har ingen problemer med at udføre sit arbejde eller daglige gøremål pga. følelsesmæssige problemer
Psykisk trivsel	Føler sig trist til mode og anspændt hele tiden	Føler sig rolig, afslappet og glad hele tiden

Skalaen *Energi* beskriver, hvorvidt personen har meget eller lidt energi.

Skalaen *Social funktion* beskriver, hvorvidt det fysiske eller psykiske helbred begrænser den sociale funktionsevne. Skalaen *Psykisk betingede begrænsninger* beskriver, hvorvidt følelsesmæssige problemer begrænser funktionsevnen.

Skalaen *Psykisk trivsel* beskriver personens humør.

Skalaerne er nærmere beskrevet i tabel 2.2.

## Tolkningen af SF-12

Nytten af SF-12 og lignende funktionsmål bygger på, at værdierne på skalaerne kan gives en meningsfuld tolkning.

Tolkningen af de enkelte skalaer må derfor grundlæggende være erfaringsbaseret.

Der er to metoder til at give skalaværdierne mening: *sammenligning* af undersøgelsesgruppen med en anden gruppe, der tjener som referencegruppe, og vurdering af betydningen af *forskellen* mellem undersøgelsesgruppen og referencegruppen. Er forskellene betydningsløse, har de en vis betydning, eller har de stor betydning?

Ved at vælge en relevant referencegruppe at sammenligne med, kan man konstatere, om en person eller gruppe afviger fra referencegruppen. I nogle tilfælde kan det være relevant at sammenligne med hele den voksne befolkning i Region Midtjylland, i andre tilfælde er det mere relevant at sammenligne med en undergruppe, der ligner undersøgelsesgruppen. Man kan eventuelt gøre begge dele.

Eksempel: I en kommune, hvor man tilbyder rehabilitering til borgere med kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), registrerer man deltagerens funktionsevne ved starten af forløbet.

Det giver et billede af, hvor meget deltagerne afviger fra befolkningen generelt med hensyn til funktionsevne og på hvilke dimensioner, der især er afvigelser.

Desuden får man et billede af, hvor meget deltagerne afviger fra en typisk gruppe borgere, der har samme sammensætning med hensyn til køn, alder og uddannelsesniveau.

Endelig får man at vide, om deltagerne har bedre eller dårligere funktionsevne end tidligere kursister. Gentager man målingen ved afslutningen af forløbet og evt. efter et år, kan man se, hvor meget deltagerens funktionsevne har ændret sig.

Man kan konstatere, hvor meget kursisterne har nærmet sig funktionsniveauet i 1) befolkningen som helhed og 2) den befolkningsgruppe de ligner med hensyn til køn, alder og uddannelsesniveau. Endvidere kan man konstatere, om funktionsevnen er blevet forbedret mere eller mindre end hos deltagerne på tidligere kursusforløb.

Den anden del af tolkningen handler om den betydning, man skal tillægge forskelle i funktionsevne, herunder ændringer i funktionsevne hos de samme personer over tid.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at en forskel mellem to skalaværdier, der er statistisk signifikant, ikke nødvendigvis har klinisk eller social betydning. Statis-

tisk signifikans siger heller ikke noget om størrelsen af forskellen, blot at forskellen næppe skyldes tilfældig variation.

## Effektstørrelse

Et almindeligt brugt mål til at angive betydningen af forskellen mellem to skalaværdier er effektstørrelse. Effektstørrelse siger noget om, hvorvidt forskellen mellem to grupper er stor eller lille.

Den mest almindelige måde at beregne effektstørrelse på er at dividere forskellen mellem undersøgelses- og referencebefolkningens gennemsnit på en skala med standardafvigelsen for den pågældende skala i referencebefolkningen.

Eksempel: Hvis forskellen mellem undersøgelses- og referencebefolkning er 15 og standardafvigelsen i referencebefolkningen er 10, er effektstørrelsen 1,5.

Ved vurderingen af effektstørrelsen kan man anvende Jakob Cohens tommelfingerregel (Cohens d), der anvendes i mange sammenhænge (40):

- En effektstørrelse på 0,2-0,49 er lille
- En effektstørrelse på 0,5-0,79 er moderat
- En effektstørrelse på 0,8 eller derover er stor

Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at Cohens d netop kun er en tommelfingerregel, og at den derfor kun skal anvendes som vejledende.

Anvendt på SF-12's normbaserede skalaer med et gennemsnit på 50 og en standardafvigelse på 10 for referencebefolkningen er en forskel på 2-4,9 point lille, på 5-7,9 point moderat og på 8 eller flere point stor.

Det svarer til følgende skalaværdier:

- Lille forskel - 45,1-48 eller 52-54,9 point
- Moderat forskel - 42,1-45 eller 55-57,9 point
- Stor forskel - 42 point eller færre eller 58 point eller flere

Det er endvidere blevet foreslået, at en forskel på 5 point mellem et gruppegennemsnit og en referencebefolkning er "klinisk og socialt relevant" (41).

I den følgende beskrivelse af funktionsevne i Region Midtjylland bruges Cohens tommelfingerregel ved tolkningen af forskelle i skalaværdier mellem undergrupper af befolkningen og befolkningen som helhed suppleret med 5-point-reglen.





TABEL 2.3

De 18 befolkningsgrupper hvis funktionsevne beskrives ved hjælp af SF-12

	Pct af den voksne befolkning	Antal personer	Pct med mindst én langvarig sygdom
<b>Mænd med lavt uddannelsesniveau</b>			
Unge (25-44 år)	2	15.000	60
Midaldrende (45-64 år)	4	28.000	71
Ældre (65-79 år)	2	16.000	84
<b>Kvinder med lavt uddannelsesniveau</b>			
Unge (25-44 år)	1,3	9.600	73
Midaldrende (45-64 år)	4	31.000	80
Ældre (65-79 år)	4	30.000	84
<b>Mænd med middel uddannelsesniveau</b>			
Unge (25-44 år)	12	90.000	51
Midaldrende (45-64 år)	13	93.000	69
Ældre (65-79 år)	5	35.000	82
<b>Kvinder med middel uddannelsesniveau</b>			
Unge (25-44 år)	10	71.000	61
Midaldrende (45-64 år)	10	78.000	73
Ældre (65-79 år)	3	25.000	84
<b>Mænd med højt uddannelsesniveau</b>			
Unge (25-44 år)	6	47.000	50
Midaldrende (45-64 år)	5	38.000	63
Ældre (65-79 år)	1,7	12.000	78
<b>Kvinder med højt uddannelsesniveau</b>			
Unge (25-44 år)	9	65.000	54
Midaldrende (45-64 år)	6	47.000	72
Ældre (65-79 år)	1,5	11.000	85
<b>Hele den voksne befolkning</b>	<b>100</b>	<b>740.000</b>	<b>67</b>

## Funktionsprofiler for den voksne befolkning i Region Midtjylland

Nogle af de faktorer, vi normalt tillægger betydning ved bedømmelse af funktionsevne, er alder, køn, uddannelsesniveau og sygdom.

- Hvor meget ændrer den fysiske, psykiske og sociale funktionsevne sig med alderen?
- Er der forskelle i funktionsevne i forhold til køn?
- Er der forskelle i funktionsevne i forhold til uddannelsesniveau?
- Hvor stor er forskellen i funktionsevne mellem personer med og uden sygdom?

For at give indtryk af variationen i funktionsevne i forhold til de nævnte faktorer tegnes funktionsprofiler for 18 befolkningsgrupper i den voksne befolkning i Region Midtjylland.

Befolkningen er delt op efter følgende kriterier:

- Køn: Mænd, kvinder
- Alder: 25-44 år, 45-64 år, 65-79 år
- Uddannelsesniveau: Lavt, middel, højt

I første omgang skelnes der ikke mellem personer med og uden sygdom. Efterfølgende deles hver af de 18 køns-alders-uddannelsesgrupper op i to: personer uden langvarig sygdom og personer med mindst én langvarig sygdom.

TABEL 2.4

Gennemsnit og standardafvigelse for de otte SF-12-skalaer for hver af de 18 befolkningsgrupper – normbaserede tal med Region Midtjyllands voksne befolkning som referencebefolkning (norm)

	Fysisk funktion	Begrænsninger – fysisk	Fysisk smerte	Alment helbred	Energi	Social funktion	Begrænsninger – psykisk	Psykisk trivsel
<b>Hele befolkningen</b>								
25-79 år	50 (10)	50 (10)	50 (10)	50 (10)	50 (10)	50 (10)	50 (10)	50 (10)
<b>Mænd med lavt uddannelsesniveau</b>								
25-44 år	50 (9)	50 (9)	49 (9)	48 (9)	48 (9)	49 (10)	49 (10)	49 (9)
45-64 år	47 (12)	48 (11)	48 (11)	46 (11)	49 (11)	49 (11)	49 (12)	50 (11)
65-79 år	44 (14)	46 (13)	48 (12)	46 (11)	51 (12)	51 (11)	48 (13)	54 (11)
<b>Kvinder med lavt uddannelsesniveau</b>								
25-44 år	46 (11)	46 (12)	45 (12)	46 (10)	45 (10)	44 (13)	45 (13)	44 (11)
45-64 år	44 (13)	46 (13)	45 (13)	45 (12)	47 (12)	48 (13)	47 (13)	48 (12)
65-79 år	41 (15)	45 (12)	46 (12)	45 (11)	49 (12)	49 (13)	47 (13)	51 (12)
<b>Mænd med middel uddannelsesniveau</b>								
25-44 år	53 (5)	53 (7)	52 (7)	53 (8)	51 (8)	51 (8)	51 (8)	50 (8)
45-64 år	50 (10)	50 (10)	50 (11)	49 (10)	51 (10)	51 (10)	51 (10)	52 (10)
65-79 år	46 (13)	47 (12)	49 (11)	48 (11)	51 (12)	51 (10)	50 (12)	54 (11)
<b>Kvinder med middel uddannelsesniveau</b>								
25-44 år	52 (7)	51 (9)	50 (10)	52 (9)	48 (10)	49 (10)	49 (10)	47 (10)
45-64 år	49 (12)	49 (12)	49 (12)	49 (11)	50 (12)	49 (12)	50 (11)	50 (11)
65-79 år	44 (14)	47 (12)	48 (11)	47 (11)	51 (12)	50 (11)	49 (11)	53 (10)
<b>Mænd med højt uddannelsesniveau</b>								
25-44 år	54 (4)	53 (6)	54 (5)	54 (6)	51 (7)	52 (6)	51 (7)	50 (7)
45-64 år	53 (7)	52 (9)	52 (8)	51 (9)	52 (9)	51 (9)	51 (9)	51 (9)
65-79 år	49 (13)	49 (11)	51 (10)	49 (12)	53 (11)	51 (10)	51 (11)	55 (11)
<b>Kvinder med højt uddannelsesniveau</b>								
25-44 år	53 (5)	52 (7)	52 (7)	53 (7)	50 (8)	50 (8)	50 (8)	48 (8)
45-64 år	51 (9)	50 (10)	50 (11)	50 (11)	50 (10)	50 (11)	51 (10)	50 (10)
65-79 år	47 (12)	49 (10)	50 (10)	49 (10)	52 (10)	50 (10)	51 (8)	53 (10)

Tabel 2.3 viser, hvor mange procent, hver af de 18 befolkningsgrupper udgør af den voksne befolkning, og hvor mange personer, der indgår i den pågældende gruppe. Desuden er det angivet, hvor mange i hver befolkningsgruppe, der har mindst én langvarig sygdom.

Tabel 2.4 viser gennemsnit og standardafvigelse for de otte SF-12-skalaer for hver af de 18 befolkningsgrupper.

De enkelte gruppers funktionsprofil er visualiseret i figur 2.13 og 2.14.

Hver graf viser den gennemsnitlige score på SF-12-skalaerne for en køns-uddannelsesgruppe, fx mænd med lavt uddannelsesniveau.

For at vise variationen i funktionsprofilen i forhold til alder, vises gennemsnittet for hver af de tre aldersgrupper side om side for hver skala.

Befolkningsgennemsnittet på 50 er angivet som en vandret linje, så man umiddelbart kan se, om den pågældende gruppe ligger over eller under gennemsnittet på en given skala inden for hver køns-alders-uddannelsesgruppe.

Statistisk signifikante afvigelser fra befolkningsgennemsnittet er markeret med en violet prik.

## Det generelle mønster

Først skal der fremhæves nogle generelle træk ved funktionsprofilerne. Tolkningen er lavet på baggrund af en multivariat analyse (principal coordinate analysis og biplots) (8) af de 18 funktionsprofiler, der fremhæver ligheder og forskelle imellem profilerne i deres helhed, samt ved visuel inspektion af graferne i figur 2.13 og 2.14 (42, 43).

## Profilernes form

Det er et generelt træk, at funktionsprofilernes form ændrer sig, når man bevæger sig fra den yngste til den ældste aldersgruppe. Profilen vipper så at sige, idet de unges fysiske funktionsevne og livskvalitet er bedre end deres psykiske funktionsevne og trivsel, mens det omvendte gør sig gældende for de ældre.

## Mest afvigende grupper

Unge kvinder med lavt uddannelsesniveau er den gruppe, der samlet set har den dårligste funktionsprofil, mens unge mænd med højt uddannelsesniveau er den gruppe, der samlet set har den bedste funktionsprofil.

## Aldersforskelle

Det generelle billede er, at den fysiske funktionsevne forringes, når man bevæger sig fra yngste til ældste gruppe inden for hver køns- og uddannelsesgruppe, mens den psykiske funktionsevne forbedres.

Kvinder med lavt uddannelsesniveau afviger markant fra dette mønster. Her sker der, ligesom ved de øvrige grupper, en forbedring af den psykiske funktionsevne fra de yngste til de ældste, men der er betydeligt mindre aldersforskelle i funktionsniveau på de fire skalaer, der beskriver fysisk funktionsniveau, end hos resten af befolkningen.

## Kønsforskelle

Kvinder har generelt en dårligere funktionsprofil end mænd. Forskellen mellem kønnene varierer dog meget, når man sammenligner mænd og kvinder inden for hvert enkelt uddannelses- og aldersgruppe.

Den største kønsforskelle finder man blandt unge med lavt uddannelsesniveau. Den mindste kønsforskelle finder man blandt ældre med højt uddannelsesniveau.

## Forskelle mellem uddannelsesniveauerne

Personer med lavt uddannelsesniveau har den dårligste funktionsprofil inden for alle køns- og aldersgrupper. Der er dog betydelig forskel på, hvor stor afvigelsen er mellem laveste og højeste uddannelsesniveau, og hvor gruppen med middelhøjt uddannelsesniveau ligger i forhold til de to ydergrupper.

Der er større forskelle mellem kvinders funktionsprofil fra laveste til højeste uddannelsesniveau end mellem mænds. Dette gælder på alle alderstrin.

Den største forskel mellem uddannelsesniveauerne finder man hos unge kvinder, idet kvinder med lavt uddannelsesniveau har en betydeligt dårligere funktionsprofil end kvinder med middelhøjt og højt uddannelsesniveau.

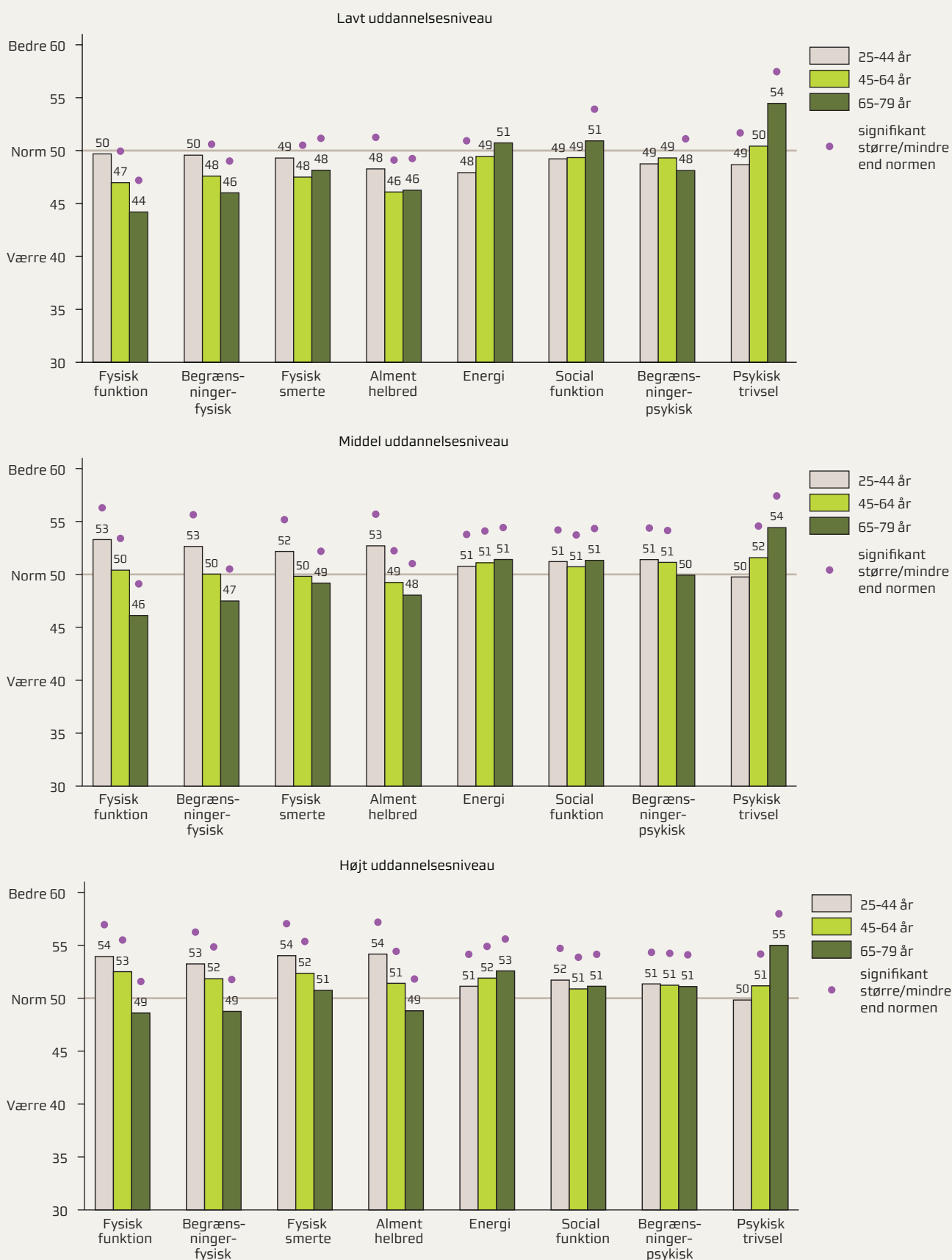
Den mindste forskel mellem uddannelsesniveauerne finder man hos de ældre mænd.

Unge og midaldrende med middelhøjt uddannelsesniveau har funktionsprofiler, der ligger tæt på funktionsprofilen for de højtuddannede. Det gælder både mænd og kvinder.

Ældre med middelhøjt uddannelsesniveau har en funktionsprofil, der ligger midt imellem de lavt- og højtuddannedes.



**FIGUR 2.13**  
Gennemsnitlig SF-12-score for mænd



**FIGUR 2.14**  
Gennemsnitlig SF-12-score for kvinder



## Funktionsprofiler for 18 befolkningsgrupper

I den efterfølgende gennemgang af de enkelte funktionsprofiler benyttes som nævnt Cohens tommelfingerregel til tolkning af forskelle.

### Funktionsprofiler for mænd med lavt uddannelsesniveau (figur 2.13 øverst)

**Unge (25-44 år):** Funktionsprofilen ligger som helhed tæt ved befolkningsgennemsnittet.

Der er ingen væsentlige afvigelser fra befolkningsgennemsnittet ved syv af de otte skalaer. Ved *Energi* er scoren lidt lavere end befolkningsgennemsnittet.

**Midaldrende (45-64 år):** Funktionsprofilen ligger som helhed under befolkningsgennemsnittet for fysisk funktionsevne og i underkanten af befolkningsgennemsnittet for psykisk funktionsevne.

Der er en lidt lavere score end befolkningsgennemsnittet på *Fysisk funktion*, *Fysisk betingede begrænsninger*, *Fysisk smerte* og *Alment helbred*.

Der er ingen væsentlige afvigelser i forhold til befolkningsgennemsnittet på *Energi*, *Social funktion*, *Psykisk betingede begrænsninger* og *Psykisk trivsel*.

**Ældre (65-79 år):** Funktionsprofilen ligger som helhed en del under befolkningsgennemsnittet for fysisk funktionsevne og på eller over befolkningsgennemsnittet for psykisk funktionsevne.

Der er en moderat lavere score end befolkningsgennemsnittet på *Fysisk funktion* og en lidt lavere score på *Fysisk betingede begrænsninger*, *Fysisk smerte* og *Alment helbred*.

Der er ingen væsentlige afvigelser i forhold til befolkningsgennemsnittet på *Energi*, *Social funktion* og *Psykisk betingede begrænsninger*.

Der er en lidt højere score end befolkningsgennemsnittet på *Psykisk trivsel*.

**Aldersforskelle:** Fra unge til ældre er der et fald på 5 point på *Fysisk funktion* og en stigning på 5 point på *Psykisk trivsel* blandt mænd med et lavt uddannelsesniveau.

Der er en nedadgående tendens for *Fysisk betingede begrænsninger* og *Alment helbred* fra unge til ældre og en opadgående tendens for *Energi*.

*Fysisk smerte*, *Social funktion* og *Psykisk betingede begrænsninger* er stort set konstante i forhold til aldersgrupperne.

### Funktionsprofiler for mænd med middelhøjt uddannelsesniveau (figur 2.13 midterst)

**Unge (25-44 år):** Funktionsprofilen ligger som helhed over befolkningsgennemsnittet for fysisk funktionsevne og omkring gennemsnittet for psykisk funktionsevne.

Der er en lidt højere score end befolkningsgennemsnittet på *Fysisk funktion*, *Fysisk betingede begrænsninger*, *Fysisk smerte* og *Alment helbred*.

Der er ingen væsentlige afvigelser i forhold til befolkningsgennemsnittet på *Energi*, *Social funktion*, *Psykisk betingede begrænsninger* og *Psykisk trivsel*.

**Midaldrende (45-64 år):** Funktionsprofilen ligger som helhed tæt ved befolkningsgennemsnittet.

Der er ingen væsentlige afvigelser i forhold til befolkningsgennemsnittet på samtlige otte skalaer.

**Ældre (65-79 år):** Funktionsprofilen ligger som helhed under befolkningsgennemsnittet for fysisk funktionsevne og omkring eller over gennemsnittet for psykisk funktionsevne.

Der er en lidt lavere score end befolkningsgennemsnittet på *Fysisk funktion* og *Fysisk betingede begrænsninger*.

Der er ingen væsentlig forskel på *Fysisk smerte*, *Alment helbred*, *Energi*, *Social funktion* og *Psykisk betingede begrænsninger* i forhold til befolkningsgennemsnittet.

Der er en moderat højere score på *Psykisk trivsel* end i befolkningen som helhed.

**Aldersforskelle:** Fra unge til ældre er der et fald på 5 point eller mere på *Fysisk funktion* og *Fysisk betingede begrænsninger* blandt mænd med middelhøjt uddannelsesniveau.

Der er en nedadgående tendens for *Fysisk smerte* og *Alment helbred* fra unge til ældre.

*Energi*, *Social funktion* og *Psykisk betingede begrænsninger* er stort set konstante i forhold til aldersgrupperne, og der er en opadgående tendens for *Psykisk trivsel*.

### Funktionsprofiler for mænd med højt uddannelsesniveau (figur 2.13 nederst)

**Unge (25-44 år):** Funktionsprofilen ligger som helhed lidt over befolkningsgennemsnittet. Det gælder især fysisk funktionsevne.

Der er en lidt højere score end befolkningsgennemsnittet på *Fysisk funktion*, *Fysisk betingede begrænsninger*,



*Fysisk smerte og Alment helbred.*

Der er ingen væsentlige afvigelser i forhold til befolkningsgennemsnittet på *Energi, Social funktion, Psykisk betingede begrænsninger* og *Psykisk trivsel*.

**Midaldrende (45-64 år):** Funktionsprofilen ligger som helhed over befolkningsgennemsnittet for fysisk funktionsevne og en smule over gennemsnittet for psykisk funktionsevne.

Der er lidt højere score end befolkningsgennemsnittet på *Fysisk funktion* og *Fysisk smerte*.

Der er kun ubetydelige afvigelser i forhold til befolkningsgennemsnittet på de øvrige seks skalaer.

**Ældre (65-79 år):** Funktionsprofilen ligger som helhed i underkanten af befolkningsgennemsnittet for fysisk funktionsevne og lidt over gennemsnittet for psykisk funktionsevne.

Der er en lidt højere score end befolkningsgennemsnittet på *Energi* og *Psykisk trivsel*.

Der er kun ubetydelige afvigelser i forhold til befolkningsgennemsnittet på de øvrige seks skalaer.

**Aldersforskelle:** Fra unge til ældre sker der et fald på 5 point på *Fysisk funktion* og *Alment helbred* blandt mænd med et højt uddannelsesniveau.

Der er en nedadgående tendens for *Fysisk betingede begrænsninger* og *Fysisk smerte*.

*Energi, Social funktion* og *Psykisk betingede begrænsninger* er stort set konstante over aldersgrupperne.

Der er en stigende tendens for *Psykisk trivsel* fra unge til ældre.

## Funktionsprofiler for kvinder med lavt uddannelsesniveau (figur 2.14 øverst)

**Unge (25-44 år):** Funktionsprofilen ligger som helhed under befolkningsgennemsnittet for både fysisk og psykisk funktionsevne.

Der er en moderat lavere score på *Energi, Social funktion* og *Psykisk trivsel* end befolkningsgennemsnittet.

Der er en lidt lavere score end befolkningsgennemsnittet på *Fysisk funktion, Fysisk betingede begrænsninger, Fysisk smerte, Alment helbred* og *Psykisk betingede begrænsninger*.

**Midaldrende (45-64 år):** Funktionsprofilen ligger som helhed under befolkningsgennemsnittet for fysisk og psykisk funktionsevne.

Der er en moderat lavere score end befolkningsgennemsnittet på *Fysisk funktion*.

Der er en lidt lavere score på *Fysisk betingede begrænsninger, Fysisk smerte, Alment helbred, Energi, Psykisk betingede begrænsninger, Social funktion* og *Psykisk trivsel*.

**Ældre (65-79 år):** Funktionsprofilen ligger markant under befolkningsgennemsnittet for fysisk funktionsevne og lidt under befolkningsgennemsnittet for psykisk funktionsevne.

Der er en væsentligt lavere score end befolkningsgennemsnittet på *Fysisk funktion*.

Desuden er der en lidt lavere score på *Fysisk betingede begrænsninger, Fysisk smerte, Alment helbred* og *Psykisk betingede begrænsninger*.

Der er ingen væsentlige afvigelser i forhold til befolkningsgennemsnittet på *Energi, Social funktion* og *Psykisk trivsel*.

**Aldersforskelle:** Fra unge til ældre er der en stigning på 5 point eller mere på *Psykisk trivsel* og *Social Funktion* blandt kvinder med et lavt uddannelsesniveau.

Der er en nedadgående tendens for *Fysisk funktion* og en opadgående tendens for *Energi* fra unge til ældre.

*Fysisk betingede begrænsninger, Fysisk smerte, Alment helbred* og *Psykisk betingede begrænsninger* er stort set konstante i forhold til aldersgrupperne.

## Funktionsprofiler for kvinder med middelhøjt uddannelsesniveau (figur 2.14 midterst)

**Unge (25-44 år):** Funktionsprofilen ligger som helhed lidt over befolkningsgennemsnittet for fysisk funktionsevne og lidt under gennemsnittet for psykisk funktionsevne.

Der er en lidt lavere score på *Psykisk trivsel* end i befolkningen som helhed. Der er ingen væsentlige afvigelser i forhold til befolkningsgennemsnittet på de syv øvrige skalaer.

**Midaldrende (45-64 år):** Funktionsprofilen ligger som helhed tæt på befolkningsgennemsnittet.

Der er ingen væsentlige afvigelser i forhold til befolkningsgennemsnittet på nogen af de otte skalaer.

**Ældre (65-79 år):** Funktionsprofilen ligger som helhed markant under befolkningsgennemsnittet for fysisk funktionsevne og på eller over gennemsnittet for psykisk funktionsevne.

Der er en betydelig lavere score end befolkningsgennemsnittet på *Fysisk funktion* og en lidt lavere score på *Fysisk betingede begrænsninger*, *Fysisk smerte* og *Alment helbred*.

*Energi*, *Social funktion* og *Psykisk betingede begrænsninger* afviger ikke væsentligt fra befolkningsgennemsnittet.

Der er en lidt højere score end befolkningsgennemsnittet på *Psykisk trivsel*.

**Aldersforskelle:** Fra unge til ældre er der et fald på mere end 5 point på *Fysisk funktion* og en stigning på mere end 5 point på *Psykisk trivsel* blandt kvinder med middel-højt uddannelsesniveau.

Der er en nedadgående tendens for *Fysisk betingede begrænsninger*, *Fysisk smerte* og *Alment helbred* fra unge til ældre.

*Energi*, *Social funktion* og *Psykisk betingede begrænsninger* er stort set konstante i forhold til aldersgrupperne.

## Funktionsprofiler for kvinder med højt uddannelsesniveau ( figur 2.14 nederst)

**Unge (25-44 år):** Funktionsprofilen ligger som helhed lidt over befolkningsgennemsnittet for fysisk funktionsevne og lidt i underkanten af gennemsnittet for psykisk funktionsevne.

Der er en lidt højere score end befolkningsgennemsnittet på *Fysisk funktion*, *Fysisk betingede begrænsninger*, *Fysiske smerter* og *Alment helbred*.

Der er ingen væsentlige afvigelser i forhold til befolkningsgennemsnittet på *Energi*, *Social funktion*, *Psykisk betingede begrænsninger* og *Psykisk trivsel*.

**Midaldrende (45-64 år):** Funktionsprofilen ligger som helhed tæt på befolkningsgennemsnittet, både for fysisk og psykisk funktionsevne.

Der er ingen væsentlige afvigelser i forhold til befolkningsgennemsnittet på nogen af de otte skalaer.

**Ældre (65-79 år):** Funktionsprofilen ligger som helhed lidt under befolkningsgennemsnittet for fysisk funktionsevne og lidt over befolkningsgennemsnittet for psykisk funktionsevne.

Der er en lidt lavere score på *Fysisk funktion* og en lidt højere score på *Psykisk trivsel* end befolkningsgennemsnittet.

På de øvrige seks skalaer er der ingen væsentlige afvigelser i forhold til befolkningsgennemsnittet.

**Aldersforskelle:** Fra unge til ældre er der et fald på mere end 5 point på *Fysisk funktion* og en stigning på 5 point på *Psykisk trivsel* blandt kvinder med et højt uddannelsesniveau.

Der er en nedadgående tendens for *Fysisk betingede begrænsninger*, *Fysisk smerte* og *Alment helbred* fra unge til ældre.

*Energi*, *Social funktion* og *Psykisk betingede begrænsninger* er stort set konstante i forhold til aldersgrupperne.

## Funktionsprofiler for 18 befolkningsgrupper uden langvarig sygdom

Den hidtidige beskrivelse har både omfattet personer med og uden langvarig sygdom. Som det fremgår af tabel 2.3, har en betydelig del af den voksne befolkning en eller flere langvarige sygdomme (se afsnittet *Kronisk sygdom* for en uddybning). Figur 2.15 og 2.16 viser funktionsprofiler for henholdsvis mænd og kvinder uden langvarig sygdom opdelt på de 18 befolkningsgrupper.

Det generelle billede er, at alle 18 befolkningsgrupper ligger over befolkningsgennemsnittet på 50 på samtlige skalaer på nær to: *Fysisk funktion* for ældre mænd og kvinder med lavt uddannelsesniveau, som begge ligger en smule under gennemsnittet.

En nærmere inspektion af data viser, at forskellen mellem funktionsprofilerne er betydeligt mindre, når man sammenligner personer uden kronisk sygdom.

I modsætning til figur 2.13 og 2.14 er der i figur 2.15 og 2.16 kun en svag tendens til et fald i funktionsniveau fra unge til ældre på de fire skalaer vedrørende fysisk funktionsevne: *Fysisk funktion*, *Fysisk betingede begrænsninger*, *Fysisk smerte* og *Alment helbred*.

På de fire skalaer vedrørende psykisk funktionsevne - *Energi*, *Social funktion*, *Psykisk betingede begrænsninger* og *Psykisk trivsel* - ses samme mønster som i figur 2.13 og 2.14, nemlig at den psykiske funktionsevne øges fra unge til ældre.

Forskellene mellem uddannelsesgrupperne er også små, og det samme gælder forskellen mellem mænd og kvinder.

Personer uden langvarig sygdom har således generelt en god funktionsevne uanset alder, køn og uddannelsesniveau.

**FIGUR 2.15**  
Gennemsnitlig SF-12-score for mænd uden langvarige sygdomme



**FIGUR 2.16**  
Gennemsnitlig SF-12-score for kvinder uden langvarige sygdomme



## Funktionsprofiler for 18 befolkningsgrupper med mindst én langvarig sygdom

Figur 2.17 og 2.18 viser funktionsprofiler for henholdsvis mænd og kvinder med mindst én langvarig sygdom opdelt på de 18 befolkningsgrupper.

Når man sammenligner med funktionsprofilerne hos personer uden langvarig sygdom, tegner der sig et radikalt andet billede.

Hos mændene ligger 47 af 72 skalaværdier under 50, og hos kvinderne er det tilsvarende 57 af 72 skalaværdier.

Der ses en markant sammenhæng mellem alder og funktionsniveau. Funktionsevnen falder fra unge til ældre på de fire skalaer vedrørende fysisk funktionsevne i de fleste grupper, mens den psykiske funktionsevne øges.

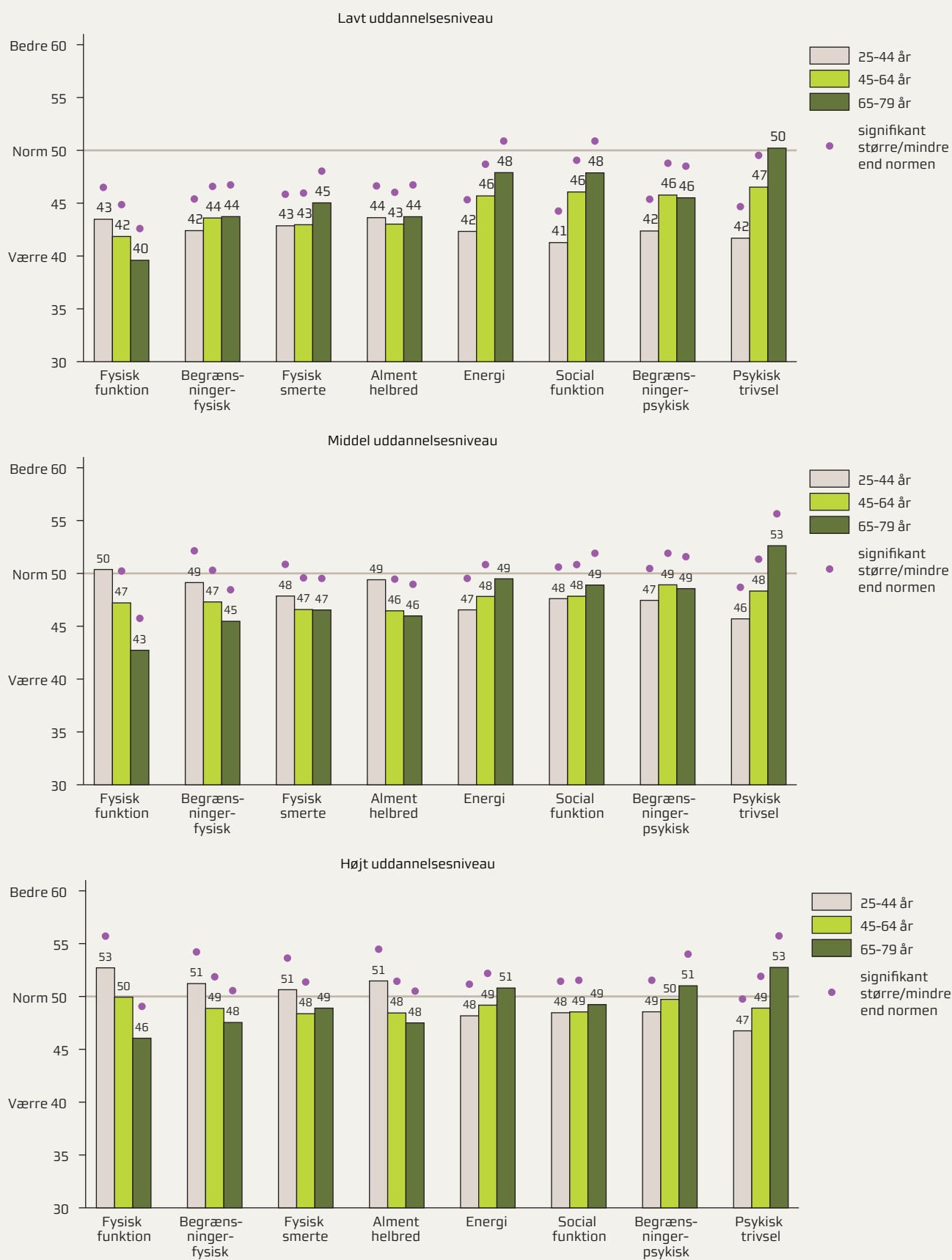
Sammenligner man funktionsprofilen for personer med og uden sygdom gruppe for gruppe – mænd i henholdsvis figur 2.15 og 2.17 og kvinder i figur 2.16 og 2.18 - vil man se, at der er endog meget stor forskel på, hvor meget lavere funktionsniveauet er hos syge i forhold til raske mellem de forskellige grupper.

Det kan umiddelbart tolkes som om, sygdom har forskellig indvirkning på funktionsniveauet afhængigt af køn, alder og uddannelsesniveau. Mere herom senere.

**FIGUR 2.17**  
Gennemsnitlig SF-12-score for mænd med mindst én langvarig sygdom



**FIGUR 2.18**  
Gennemsnitlig SF-12-score for kvinder med mindst én langvarig sygdom



**Mænd med lavt uddannelsesniveau (figur 2.15 og 2.17 øverst).** Der er betydelig forskel på funktionsprofilen mellem raske og syge i alle tre aldersgrupper. Set under et er forskellen den næststørste efter lavtuddannede kvinder.

Forskellen er størst ved de midaldrende. Ved de fire skalaer for fysisk funktionsevne er forskellen 8 point eller mere mellem raske og syge og må således betegnes som store efter Cohens tommelfingerregel. Ved de fire skalaer for psykisk funktionsevne er forskellen mellem 5 og 8 point, dvs. moderat.

Ved de unge og ældre er forskellen moderat for syv ud af otte skalaer.

**Mænd med middelhøjt uddannelsesniveau (figur 2.15 og 2.17 midterst).** Hos unge afviger funktionsprofilen kun lidt mellem raske og syge. Ved en enkelt skala, *Alment helbred*, ligger funktionsniveauet moderat lavere hos de syge i forhold til de raske. Ved de øvrige skalaer er forskellen lille.

Ved de midaldrende og ældre er forskellen i funktionsniveau større mellem raske og syge.

Ved de midaldrende er funktionsniveauet moderat lavere ved de fire skalaer for fysisk funktionsniveau samt ved en af skalaerne for psykisk funktionsevne.

Ved de ældre er funktionsniveauet meget lavere ved de syge end ved de raske ved én skala og moderat lavere ved tre af de fire skalaer for fysisk funktion. Ved to ud af de fire skalaer for psykisk funktionsevne er gennemsnittet moderat lavere.

**Mænd med højt uddannelsesniveau (figur 2.15 og 2.17 nederst).** Unge højtuddannede mænd er sammen med unge højtuddannede kvinder den gruppe, hvori forskellen i funktionsniveau mellem raske og syge er mindst. Her er der små afvigelser ved syv ud af otte skalaer og en ubetydelig afvigelse på den ottende.

Ved de midaldrende er forskellen i funktionsniveau mellem raske og syge også beskeden. Kun ved en enkelt skala, *Alment helbred*, er afvigelsen moderat, mens den for de resterende syv skalaer er lille.

Ved de ældre er forskellen noget større, idet der ved en enkelt skala, *Alment helbred*, er en stor forskel, og ved seks skalaer er en moderat forskel, mens der ved den ottende, *Energi*, kun er ringe forskel.

**Kvinder med lavt uddannelsesniveau (figur 2.16 og 2.18 øverst).** De lavtuddannede kvinder er den gruppe, hvori forskellen i funktionsniveau mellem raske og syge er størst. Det gælder alle tre aldersgrupper.

Ved de unge kvinder er forskellen på 8 point eller mere ved samtlige otte skalaer. Ved de midaldrende og ældre kvinder er forskellen 8 point eller mere ved fem ud af otte skalaer og mellem 5 og 8 point ved de resterende tre skalaer.

**Kvinder med middelhøjt uddannelsesniveau (figur 2.16 og 2.18 midterst).** Her tegner det samme mønster sig som ved mænd med middelhøjt uddannelsesniveau, blot er aldersforskellen endnu mere udpræget.

Ved de unge er der et moderat lavere funktionsniveau ved en enkelt skala, *Alment helbred*, mens der kun er små forskelle mellem raske og syge ved de øvrige syv skalaer. Ved de midaldrende er der en meget lavere funktionsniveau ved én skala, *Alment helbred*, og moderat lavere funktionsniveau ved de tre øvrige skalaer for fysisk funktionsevne og for to af de fire skalaer for psykisk funktionsevne.

Ved de ældre er der en stor forskel mellem raske og syge ved samtlige fire skalaer for fysisk funktionsevne. Der er en moderat forskel mellem tre ud af fire skalaer for psykisk funktionsevne.

**Kvinder med højt uddannelsesniveau (figur 2.16 og 2.18 nederst).** Ved unge højtuddannede kvinder er der som nævnt kun en ringe forskel i funktionsprofil mellem raske og syge. Ved syv ud af otte skalaer er der små afvigelser og en ubetydelig afvigelse på den ottende.

Ved de midaldrende er der et lavere funktionsniveau hos de syge sammenholdt med de raske på tre af de fire skalaer for fysisk funktionsevne og én af de fire skalaer for psykisk funktionsevne. Ved de resterende tre skalaer er der kun små forskelle.

Ved de ældre er der et moderat lavere funktionsniveau på samtlige fire skalaer for fysisk funktionsevne hos de syge sammenholdt med de raske og tilsvarende ved to ud af de fire skalaer for psykisk funktionsevne.

## Forskelle i funktionsevne mellem raske og syge

På baggrund af ovenstående kan man konkludere, at forskellen mellem raske og syges funktionsniveau i høj grad afhænger af køn, alder og uddannelsesniveau.

- Ved personer med lavt uddannelsesniveau er funktionsniveauet hos syge betydeligt lavere end hos raske i alle aldersgrupper
- Den største funktionsnedsættelse ved sygdom ses hos de lavtuddannede kvinder i alle aldersgrupper
- Ved personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau er funktionsnedsættelsen i gruppen af syge sammenholdt med raske stærkt aldersafhængig



- Den laveste funktionsnedsættelse ved sygdom ses blandt unge mænd og kvinder med middelhøjt og højt uddannelsesniveau
- En noget højere funktionsnedsættelse ses hos syge sammenholdt med raske blandt midaldrende og ældre med middelhøjt og højt uddannelsesniveau

Selv om sygdom generelt har en negativ indvirkning på især det fysiske funktionsniveau, indgår sygdom i et komplekst samspil med køn, alder og uddannelsesniveau.

Det er fx tankevækkende, at funktionsprofilen for unge med et højt uddannelsesniveau, der har en langvarig sygdom, ligner funktionsprofilen for unge med et lavt uddannelsesniveau uden sygdom.

De foreliggende analyser giver ikke svaret på, hvorfor det er sådan. Formålet med analysen har været at beskrive forskellene i funktionsevne, ikke at forklare dem. Det er imidlertid nærliggende at antage, at forskellen mellem funktionsnedsættelse blandt unge med forskelligt uddannelsesniveau skyldes et forskelligt sygdomsmønster i de to grupper samt en mindre sårbarhed og en bedre mestringssevne hos de højtuddannede.

Der kan imidlertid være andet, der adskiller de raske og syge inden for den enkelte gruppe end sygdom, som ikke fremgår af nærværende analyse, og som det vil kræve yderligere analyser at afdække.

## Sammenfatning

Afsnittet indledes med en gennemgang af funktionsevne som begreb og betydningen af funktionsevne ved beskrivelse af befolkningens sundhedstilstand generelt og som arbejdsredskab for sundhedsprofessionelle i forbindelse med behandling, genoptræning, rehabilitering og patientuddannelse.

Dernæst beskrives den voksne befolknings funktionsevne med *Short Form Health Survey version 2* (SF-12). SF-12 er et generelt mål for helbredsrelateret livskvalitet og funktionsevne, som omfatter otte skalaer, der tilsammen tegner en profil af den fysiske og psykiske funktionsevne hos en person eller en gruppe.

Et vigtigt formål med analysen er at beskrive variationen i funktionsevne i befolkningen. Hermed får man et sammenligningsgrundlag i det praktiske sundhedsarbejde i de sammenhænge, hvor SF-12 bruges som mål for funktionsevne.

Analysen er opdelt på 18 befolkningsgrupper på baggrund af køn, alder og uddannelsesniveau.

Der benyttes såkaldt normbaserede skalaer, hvor Region Midtjyllands voksne befolkning tjener som reference-

befolkning (norm). I referencebefolkningen har hver af de otte skalaer et gennemsnit på 50 med en standardafvigelse på 10.

Funktionsprofilen for hver af de 18 befolkningsgrupper sammenlignes med befolkningen som helhed.

Det generelle billede er, at fysisk funktionsevne aftager med alderen, mens psykisk funktionsevne øges med alderen.

Kvinder har generelt en dårligere funktionsprofil end mænd, og der er en tydelig gradient i funktionsevne i forhold til uddannelsesniveau. Personer med et lavt uddannelsesniveau har den dårligste funktionsprofil inden for alle køns-aldersgrupper.

Afslutningsvis beskrives funktionsprofilen for de 18 befolkningsgrupper opdelt på henholdsvis personer uden og med langvarig sygdom.

Personer uden langvarig sygdom har generelt en god funktionsevne uanset alder, køn og uddannelsesniveau med et gennemsnit på over 50 på alle skalaer. De indbyrdes forskelle mellem funktionsprofilerne er desuden små.

Hos personer med en eller flere langvarige sygdomme varierer funktionsniveauet i betydelig grad i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau.

Det samme gælder forskellen mellem raske og syges funktionsniveau.

Den største funktionsnedsættelse ved sygdom ses hos de lavtuddannede kvinder i alle aldersgrupper.

De store forskelle i konsekvenser af sygdom i form af funktionstab kan umiddelbart tolkes som et resultat af, at der er forskelle i sygdomsmønster, sårbarhed og mestringssevne mellem de 18 befolkningsgrupper. Der kan imidlertid være andet end sygdom, der adskiller de raske og de syge inden for den enkelte gruppe, som det vil kræve yderligere analyser at afdække.

Der er ikke i afsnittet vist funktionsprofiler for kommunerne. Det skyldes, at der kun er ubetydelige afvigelser i funktionsprofilerne for de enkelte kommuner i forhold til befolkningsgennemsnittet. Som hovedregel vil man derfor kunne benytte funktionsprofilerne for hele regionen som sammenligningsgrundlag i kommunerne.

## Kronisk sygdom

Forekomsten af langvarige eller kroniske sygdomme er som nævnt i indledningen af kapitlet den side af befolkningens helbredstilstand, der mest direkte vedrører det offentlige sundhedsvæsen. Sygdom udløser et behov for sundhedsydelse. Omvendt kan sundhedsvæsenet gennem tidlig opsporing og behandling forøge den kendte forekomst af visse sygdomme og tilstande i befolkningen, før de giver symptomer, som fx type 2-diabetes og forhøjet blodtryk.

Der er i stigende grad kommet fokus på kronisk sygdom. I Danmark har de kroniske sygdomme for længst afløst infektionssygdommene som dem, der dominerer sygdomsmønstret. Det gælder både som dødsårsager og i forhold til sundhedsvæsnets aktiviteter. Det skønnes, at 70-80 % af ressourcerne i sundhedsvæsenet bruges på kroniske sygdomme (44).

De fleste mennesker må i dag regne med at komme til at leve en del af deres liv med en eller flere kroniske sygdomme.

Væksten i antallet af kronisk syge sætter en række temaer på den sundhedspolitiske dagsorden i region og kommuner:

- Forebyggelse af kronisk sygdom
- Forebyggelse og sundhedsfremme blandt mennesker med kronisk sygdom
- Behandlingsstrategier for kronisk sygdom
- Genoptræning/rehabilitering af mennesker med kronisk sygdom
- Patientuddannelse
- Tilbud om hjælp og støtte i dagligdagen til kronisk syge

Det er derfor vigtigt at kende udbredelsen af kronisk sygdom i befolkningen og de ændringer, der sker i sygdomsmønstret.

Det er også vigtigt at vide, hvordan mennesker, der er kronisk syge, har det. *Hvordan har du det?* giver mulighed for at belyse, hvordan kronisk sygdom påvirker den enkeltes dagligdag. Et stigende antal borgere lider af mere end én kronisk sygdom. Hvordan påvirker forekomsten af en eller flere sygdomme det selvvalgte helbred? Hvor mange føler sig hæmmet af sygdom? Og hvor mange skal have hjælp til at udføre dagligdagens gøremål?

## Beskrivelse af forekomsten af kronisk sygdom

*Hvordan har du det?* indeholder oplysninger om forekomsten af 18 kroniske sygdomme, der hver især antages at bidrage væsentligt til sygdomsbyrden i befolkningen se tabel 2.5

I WHO's globale strategi for forebyggelse og behandling af kroniske sygdomme prioriteres forebyggelse af fem kroniske sygdomme: hjertesygdom, blodprop i hjernen/hjerneblødning, sukkersyge, kræft og kroniske luftvejssygdomme (45, 46). WHO's strategi sigter mod forebyggelse af de kroniske sygdomme, der forårsager mange dødsfald. De fem sygdomme skønnes at være årsag til over halvdelen af alle dødsfald på verdensplan. I Danmark er de årsag til mere end 60 % af alle dødsfald (47).

I regeringens folkesundhedsprogram *Sund hele livet* prioriteres forebyggelse af otte såkaldte folkesygdomme (48). Man har valgt også at medtage ikke-livstruende sygdomme, der medfører store begrænsninger i livsudfoldelse og risiko for varig funktionsnedsættelse: overfølsomhedssygdomme (astma og allergi), muskelskelet-lidelser, knogleskørhed og psykiske lidelser. Målet er både at forebygge kroniske sygdomme, der forkorter livet, og at forebygge ikke-livstruende kroniske sygdomme, der forringer livskvaliteten.

WHO's fem kroniske sygdomme og *Sund hele livet's* otte folkesygdomme er med blandt undersøgelsens 18 sygdomme. Desuden er tre sygdomme i nervesystemet og sanseapparatet medtaget, nemlig migræne/hyp-pig hovedpine, tinnitus og grå stær, der ligeledes må betegnes som ikke-livstruende, men som kan forringe livskvaliteten.

Undersøgelsens 18 kroniske sygdomme kan ud fra ovenstående opdeles i *syv potentielt livstruende kroniske sygdomme* og *11 ikke-livstruende kroniske sygdomme*.

Det skal understreges, at *potentielt livstruende sygdom* ikke nødvendigvis er lig med *aktuelt livstruende sygdom*. Dødelighedsrisikoen hos velbehandlede patienter med forhøjet blodtryk eller sukkersyge er fx næppe meget højere end hos raske.

Opdelingen i potentielt livstruende kroniske sygdomme og ikke-livstruende kroniske sygdomme er en grov opdeling. Fx er kræft den hyppigste dødsårsag i Danmark, men den mest udbredte kræftform er godartet hudkræft, som kun forårsager få dødsfald. Omvendt er psykiske lidelser i sig selv ikke nogen væsentlig dødsårsag, men de er forbundet med en stærkt forøget selvmordsrisiko. Der forekommer ligeledes dødsfald forårsaget af astma.

Opdelingen er imidlertid relevant, når man skal prioritere indsatsen i forhold til kronisk sygdom. Lavere dødelighed og flere år med god livskvalitet kan til dels opnås med de samme midler. Det gælder især på forebyggelsesområdet, hvor risikofaktorer som rygning, risikabelt alkoholforbrug, usund kost, fysisk inaktivitet, svær overvægt, ulykker og belastninger i arbejdsmiljøet og det ydre miljø øger risikoen hver især og i kombination for flere forskellige kroniske sygdomme. Flere af de kroniske sygdomme har med andre ord fælles risikofaktorer, og en indsats i















**TABEL 2.5**

Undersøgelsens 18 kroniske sygdomme sammenholdt med WHO's fem prioriterede kroniske sygdomme og de otte folkesygdomme i regeringens folkesundhedsprogram *Sund hele livet*

	<b>De 18 kroniske sygdomme i Hvordan har du det?</b>	<b>De 5 kroniske sygdomme i WHO's globale strategi for forebyggelse af kronisk sygdom</b>	<b>De 8 folkesygdomme i regeringens Sund hele livet</b>
<b>Potentielt livstruende kroniske sygdomme</b>			
Kredsløbssygdomme	Forhøjet blodtryk Hjertekrampe Blodprop i hjertet Hjerneblødning, blodprop i hjernen	Hjertesygdom Hjerneblødning, blodprop i hjernen	Iskæmisk hjertesygdom
Stofskiftesygdomme	Sukkersyge	Sukkersyge	Aldersdiabetes
Svulster	Kræft	Kræft	Forebyggelige kræftsygdomme
Luftvejssygdomme	Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	Kroniske luftvejssygdomme	Rygerlunger
<b>Ikke-livstruende kroniske sygdomme</b>			
	Astma		
Overfølsomhedssygdomme	Allergi (ikke astma)		Overfølsomhedssygdomme (astma og allergiske sygdomme)
Muskel-skeletsygdomme	Slidgigt Leddegigt Knogleskørhed Diskusprolaps og andre rygsygdomme		Muskel-skeletlidelser Knogleskørhed
Psykiske lidelser	Forbigående psykiske lidelser (fx let depression eller angst) Vedvarende psykisk sygdom eller mentale forstyrrelser		Psykiske lidelser
Sygdomme i nervesystem og sanseorganer	Migræne eller hyppig hovedpine Tinnitus Grå stær		

FIGUR 2.19

Forekomsten af kroniske sygdomme i Region Midtjylland (aktuel sygdom og eftervirkninger)

	Pct		Personer
<b>Hjerte-kar</b>			
Forhøjet blodtryk	19		143.000
Hjertekrampe	1,9		14.000
Blodprop i hjertet	1,3		10.000
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,5		11.000
<b>Sukkersyge</b>			
	5		37.000
<b>Kræft</b>			
	2		18.000
<b>Luftveje</b>			
Bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4		33.000
Astma	7		51.000
<b>Allergi</b>			
	18		139.000
<b>Muskel-skelet</b>			
Slidgigt	20		155.000
Leddegigt	5		40.000
Knogleskørhed	3		23.000
Diskusprolaps, ryg sygdom	13		100.000
<b>Psykiske lidelser</b>			
Forbigående psykiske lidelser	12		91.000
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	3		24.000
<b>Nervesystem og sanseorganer</b>			
Migræne, hyppig hovedpine	14		109.000
Tinnitus	11		86.000
Grå stær	3		24.000

forhold til fx rygning vil derfor have en gavnlig effekt på forekomsten af flere kroniske sygdomme.

Den konkrete vægtning af forebyggelse, behandling og rehabilitering i forhold til bestemte risikofaktorer og sygdomme vil imidlertid påvirke, hvilke af de to mål - flere leveår og god livskvalitet - der fremmes mest. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på, at nogle kroniske sygdomme først og fremmest forringer befolkningens livskvalitet, mens andre reducerer livslængde og livskvalitet.

Rapporteringen af de 18 sygdomme bygger på svar-

personernes egne oplysninger. Besvarelserne afspejler derfor deltagernes egen sygdomsopfattelse. Denne er ikke nødvendigvis sammenfaldende med en lægelig vurdering.

Ved hver af de 18 sygdomme er der spurgt, om man har sygdommen nu, eller om man har haft den tidligere. Hvis man har haft den tidligere, er der spurgt til, om man fortsat har eftervirkninger af sygdommen. I det følgende er aktuel sygdom og eftervirkninger slået

sammen. Der skelnes således mellem personer, der ikke har sygdommen, og personer, der har sygdommen/eftervirkninger af sygdommen.

Det skyldes, at det ved nogle sygdomme kan være vanskeligt at skelne præcist mellem selve sygdommen og eftervirkninger heraf (det gælder fx muskel-skeletlidelser).

Desuden er det relevant at vide, hvor mange der er præget af en bestemt sygdom, hvad enten det drejer sig om aktuel sygdom eller eftervirkninger af sygdommen.

Som noget nyt blev der i 2010 stillet separate spørgsmål om forekomsten af slidgigt og leddegigt. I 2006 blev der spurgt om slidgigt og leddegigt i ét spørgsmål. Derfor omfattede *Hvordan har du det?* i 2006 17 kroniske sygdomme mod 18 i 2010.

Figur 2.19 viser forekomsten af de 18 kroniske sygdomme i Region Midtjylland. Forekomsten er både angivet i pct og i antal borgere, der har sygdommen/eftervirkninger af sygdommen. Antallet af borgere med kronisk sygdom skal sammenholdes med, at Region Midtjylland har et befolkningsantal på 750.000 i alderen 25-79 år eksklusiv personer af anden etnisk herkomst end dansk.

I det samlede sygdomsbillede dominerer de ikke-livstruende sygdomme. Muskel-skelet-sygdomme fylder meget i dette sygdomsbillede.

- 20 % har slidgigt, svarende til 155.000 personer
- 5 % har leddegigt, svarende til 40.000 personer
- 13 % har diskusprolaps eller anden ryggsygdom, svarende til 100.000 personer
- 3 % har knogleskørhed, svarende til 23.000 personer

En del har mere end én muskel-skelet-sygdom, så i alt har 30 % af den voksne befolkning en muskel-skelet-sygdom, svarende til 234.000 personer.

Allergi er den næst-hyppigste af de ikke-livstruende sygdomme.

- 18 %, svarende til 139.000 personer lider af allergi

Ved psykiske lidelser udgør de forbigående psykiske lidelser (angst, depression m.v.) den største gruppe.

- 12 % lider af forbigående psykiske lidelser, svarende til 91.000 personer
- 3 % lider af vedvarende psykisk sygdom eller mentale forstyrrelser, svarende til 24.000 personer

Sygdomme i nervesystem og sanseorganer er ligeledes hyppige.

- 14 % lider af migræne eller hyppig hovedpine, svarende til 109.000 personer
- 11 % lider af tinnitus, svarende til 86.000 personer
- 3 % lider af grå stær, svarende til 24.000 personer

Blandt de potentielt livstruende kroniske sygdomme er forhøjet blodtryk den hyppigste. Forhøjet blodtryk er i sig selv ikke en vigtig dødsårsag, men det er den største risikofaktor for hjerneblødning/blodprop i hjernen og en væsentlig risikofaktor for blodprop i hjertet.

- 19 % lider af forhøjet blodtryk, svarende til 143.000 personer

Blandt de andre hjertekarsygdomme er hjertekrampe den hyppigste.

- 1,9 % lider af hjertekrampe, svarende til 14.000 personer
- 1,5 % lider af hjerneblødning eller blodprop i hjernen, svarende til 11.000 personer
- 1,3 % lider af blodprop i hjertet, svarende til 10.000 personer

I alt 20 % lider af en eller flere af de fire hjerte-kar-sygdomme, svarende til 157.000 personer. Heraf har 8 ud af 10 udelukkende forhøjet blodtryk.

Der er en forholdsvis stor gruppe, der lever med luftvejssygdomme.

- 4 % lider af bronkitis, for store lunger eller rygerlunger, svarende til 33.000 personer
- 7 % lider af astma, svarende til 51.000 personer

Der er også mange, der har sukkersyge.

- 5 % har sukkersyge, svarende til 37.000 personer

Der er ikke sondret mellem type 1- og type 2-sukkersyge ('gammelmandssukkersyge'). Det vides fra andre undersøgelser, at op mod 90 % af sukkersygepatienterne har type 2-sukkersyge (49).

- 2 % lever med kræft, svarende til 18.000 personer

► **2006-2010.** Der er generelt sket en forøgelse i forekomsten af kronisk sygdom. Otte ud af de 17 sygdomme, der var med i undersøgelsen i 2006, forekommer hyppigere i 2010, mens der ikke er sket nogen ændring i forekomsten af de øvrige sygdomme. Størst er forøgelsen ved forhøjet blodtryk, slidgigt/leddegigt og allergi. Se figur 2.10.5 i bind 2. ◀

**TABEL 2.6**

Forekomsten af 18 kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) i pct. **Grøn** markerer de 9 kommuner med den laveste forekomst, **lilla** de 9 kommuner med den højeste forekomst, mens den **hvide** farve markerer den midterst placerede kommune ved hver sygdom.

	Potentielt livstruende sygdomme							Ikke-livstruende sygdomme										
	Forhøjet blodtryk	Hjertekrampe	Blodprop i hjertet	Hjernerblødning	Sukkersyge	Kræft	Bronkitis, for store lunger, rygerlunger	Astma	Allergi	Slidgigt	Leddegigt	Knogleskørhed	Diskusprolaps, rygsygdom	Forbigående psykiske lidelser	Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	Migræne, hyppig hovedpine	Tinnitus	Grå stær
Hedensted	19	2,9	0,6	0,8	4	1,8	1	6	16	20	5	3	12	10	2,0	16	11	3
Skanderborg	18	1,0	0,8	1,3	4	2,7	4	6	20	18	5	4	14	10	3,1	15	11	3
Favrskov	17	1,3	1,0	1,7	5	2,1	5	6	17	20	7	3	13	10	1,8	14	11	2
Viborg	16	1,2	1,0	1,2	4	2,5	3	7	17	22	5	3	13	13	2,4	14	13	4
Århus	16	1,6	1,0	1,2	4	1,9	3	7	21	18	5	3	14	10	3,4	15	13	4
Silkeborg	16	1,8	1,3	1,6	4	3,3	5	5	17	22	5	3	13	9	2,1	15	12	3
Ikast-Brande	18	1,2	1,2	1,2	5	2,2	5	7	17	20	5	3	12	11	2,3	15	12	3
Holstebro	20	2,3	1,7	1,3	4	1,7	4	7	17	21	5	3	13	10	3,5	14	11	3
Odder	18	2,3	1,1	1,7	5	3,1	4	5	16	19	6	2	13	11	3,5	13	12	3
Samsø	20	0,9	2,3	2,1	5	2,9	5	5	13	27	5	3	13	12	3,0	13	12	3
Ringkøbing-Skjern	18	2,1	1,7	2,3	7	2,3	4	6	15	21	4	3	13	13	3,0	15	10	4
Norddjurs	19	2,3	1,8	2,3	6	2,0	3	8	16	20	4	2	14	11	3,5	15	10	3
Herning	20	1,9	1,5	1,6	5	2,4	5	7	18	20	5	2	12	12	3,5	15	12	4
Struer	22	1,7	1,4	1,8	6	2,8	5	7	16	21	7	3	12	14	3,5	13	10	2
Skive	23	1,9	1,0	1,8	5	1,9	6	7	17	24	4	2	15	16	3,2	12	14	3
Randers	20	2,1	1,8	1,4	6	2,4	4	7	19	20	5	3	12	11	3,1	15	11	4
Horsens	21	3,0	1,6	1,7	6	2,4	5	7	18	20	6	4	13	11	2,6	16	11	3
Syddjurs	23	2,1	2,0	1,8	6	3,4	5	7	17	21	6	3	14	12	3,4	15	11	2
Lemvig	23	2,3	2,1	1,7	6	1,9	5	7	15	24	6	4	16	13	4,0	14	12	5

## Kroniske sygdomme i kommunerne

Tabel 2.6 viser forekomsten af de 18 kroniske sygdomme i de 19 kommuner i Region Midtjylland. For at give et indtryk af forskelle i sygdomsmønstre er kommunerne rangordnet efter følgende metode:

Først er der foretaget en rangordning af kommunerne for hver sygdom fra laveste forekomst (rang nr. 1) til højeste forekomst (rang nr. 19). Dernæst er den enkelte kommunes placering på rangstigen for de 18 sygdomme lagt sammen, og kommunerne er sorteret efter stigende rangsum.

**TABEL 2.7**

Forekomsten af 18 kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) - rangordning af kommunerne for hver sygdom (1 = laveste forekomst, 19 = højeste forekomst) og efter den samlede rangsum. **Grøn** markerer de 9 kommuner med den laveste forekomst, **lilla** de 9 kommuner med den højeste forekomst, mens den **hvide** farve markerer den midterst placerede kommune ved hver sygdom.

	Potentielt livstruende sygdomme								Ikke-livstruende sygdomme										
	Placering efter den samlede rangsum	Forhøjet blodtryk	Hjertekrampe	Blodprop i hjertet	Hjerneblødning, blodprop i hjernen	Sukkersyge	Kræft	Bronkitis, for store lunger, rygerlunger	Astma	Allergi	Slidigt	Leddigt	Knogleskørhed	Diskusprolaps, ryggsygdom	Forbigående psykiske lidelser	Psykisk sygdom, mentale lidelser	Migræne, hyppig hovedpine	Tinnitus	Grå stær
Hedensted	1	10	18	1	1	6	2	4	7	5	6	10	15	2	2	2	19	9	9
Skanderborg	2	5	2	2	5	2	14	6	4	18	1	9	18	15	3	10	16	5	4
Favrskov	3	4	5	6	13	11	7	14	6	9	4	18	12	13	6	1	5	4	2
Viborg	4	3	4	5	4	1	13	2	9	12	16	4	5	8	16	5	6	18	16
Århus	5	1	6	3	3	3	3	1	16	19	2	11	6	17	5	12	13	17	18
Silkeborg	6	2	8	9	8	5	18	17	3	14	15	5	13	9	1	3	10	13	6
Ikast-brande	7	8	3	8	2	7	8	18	15	10	7	12	11	1	7	4	17	11	11
Holstebro	8	11	14	14	6	4	1	7	13	13	12	7	9	7	4	17	8	7	13
Odder	9	7	16	7	10	9	17	8	2	7	13	15	1	12	11	18	3	16	12
Samsø	10	14	1	19	17	12	16	16	1	1	19	6	7	6	14	8	4	15	5
Ringkøbing-Skjern	11	6	13	13	18	19	9	5	5	3	13	2	14	10	15	7	11	2	17
Norddjurs	12	9	17	15	19	18	6	3	19	4	9	3	3	14	10	15	9	1	10
Herning	13	12	10	11	9	10	11	11	14	15	5	8	4	5	13	14	14	12	14
Struer	14	16	7	10	15	16	15	15	8	6	11	19	16	3	18	16	2	3	1
Skive	15	18	9	4	14	8	5	19	17	11	18	1	2	18	19	11	1	19	8
Randers	16	13	12	16	7	17	10	9	18	17	10	13	10	4	8	9	15	6	15
Horsens	17	15	19	12	11	13	12	10	11	16	8	14	17	11	9	6	18	8	7
Syddjurs	18	19	11	17	16	14	19	13	10	8	14	16	8	19	12	13	12	10	3
Lemvig	19	17	15	18	12	15	4	12	12	2	17	17	19	17	19	7	14	19	

En placering i toppen af tabellen er ensbetydende med en lavere sygdomsbelastning end i de øvrige kommuner, mens en placering i bunden af tabellen er ensbetydende med en større sygdomsbelastning. Kommunernes placering på rangstigen for de 18 sygdomme hver for sig og under ét fremgår af tabel 2.7.

For yderligere at tydeliggøre forskellen i sygdomsforekomst er rang nr. 1-9 markeret med grøn, mens rang nr. 11-19 er markeret med lilla. Den midterst placerede kommune (rang nr. 10) er markeret med hvid.

De fem bedst placerede kommuner efter denne fremgangsmåde er: Hedensted, Skanderborg, Favrskov, Viborg og Århus.

Herefter følger i den bedste halvdel Silkeborg, Ikast-Brande, Holstebro og Odder.

Samsø ligger midt på rangstigen.

De fem dårligst placerede kommuner er: Skive, Randers, Horsens, Syddjurs og Lemvig.

I den dårligste halvdel ligger desuden Ringkøbing-Skjern, Norddjurs, Herning og Struer.

Det generelle billede er dog kendetegnet ved, at forskellene i forekomsten af kroniske sygdomme kommunerne imellem er små. Det er et meget homogent billede, der tegner sig med hensyn til forekomsten af de 18 kroniske sygdomme på tværs af Region Midtjylland.

Sammenligner man de to kommuner, der ligger henholdsvis øverst og nederst på rangstigen, Hedensted og Lemvig, forekommer 15 af de 18 sygdomme ganske vist hyppigere i Lemvig end i Hedensted. Kun hjertekrampe, allergi og migræne/hyppig hovedpine er hyppigere i Hedensted end i Lemvig. Men det er kun ved én ud af de 18 sygdomme, at der er en statistisk signifikant forskel i forekomsten mellem de to kommuner. Det drejer sig om blodprop i hjertet, der forekommer hyppigere i Lemvig end i Hedensted.

► **2006-2010.** Der er en ret høj grad af overensstemmelse mellem kommunernes placering på rangstigen for sygdomsbelastning i 2006 og 2010. Den største forandring er sket i Ringkøbing-Skjern, som er gået fra en placering som nr. 2 til nr. 11. Se [tabel 2.1.5 i bind 2](#). ◀

Ser man på alle 19 kommuner, er der signifikante afvigelser fra forekomsten i regionen som helhed ved 11 af de 18 sygdomme (figur 2.20a-2.20s).

Der er i alt 24 signifikante afvigelser ud af 342 mulige, hvilket må siges at være få.

- Forhøjet blodtryk: Signifikant højere forekomst i Lemvig, Struer, Syddjurs og Skive, signifikant lavere forekomst i Århus
- Hjertekrampe: Signifikant højere forekomst i Hedensted og Horsens, signifikant lavere forekomst på Samsø
- Sukkersyge: Signifikant højere forekomst i Ringkøbing-Skjern
- Astma: Signifikant lavere forekomst i Odder
- Allergi: Signifikant højere forekomst i Århus, signifikant lavere forekomst i Lemvig, Ringkøbing-Skjern og Samsø

- Slidgigt: Signifikant højere forekomst i Lemvig, Samsø og Skive
- Leddegigt: Signifikant højere forekomst i Skive
- Diskusprolaps/rygsygdom: Signifikant højere forekomst i Randers
- Forbigående psykiske lidelser: Signifikant højere forekomst i Århus, signifikant lavere forekomst i Hedensted
- Vedvarende psykisk sygdom: Signifikant lavere forekomst i Skanderborg
- Grå stær: Signifikant højere forekomst i Randers, signifikant lavere forekomst i Århus

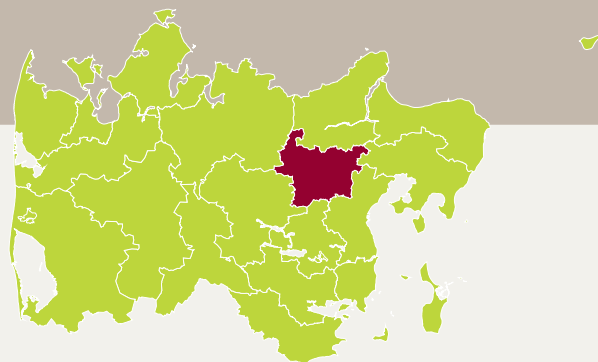
## Sygdomsprofiler for kommunerne

Figur 2.20a-2.20s viser sygdomsprofilen for de enkelte kommuner. For hver af de 18 kroniske sygdomme er forekomsten i pct og antallet af borgere, der har sygdommen/eftervirkninger, angivet. Endvidere er signifikante afvigelser i forhold til befolkningen som helhed markeret, hvis de forekommer.

► **2006-2010.** Der er generelt sket en forøgelse af sygdomsbyrden i kommunerne. Der er en statistisk signifikant forøgelse af en eller flere sygdomme i 12 af de 19 kommuner. I ingen af kommunerne er der en signifikant lavere forekomst af enkelte sygdomme i 2010 sammenlignet med 2006. Især er forekomsten af forhøjet blodtryk forøget. Af i alt 19 signifikante forøgelser af sygdomme i kommunerne er ni af dem en forøget forekomst af forhøjet blodtryk. Se [figur 2.11.5.A-S i bind 2](#). ◀

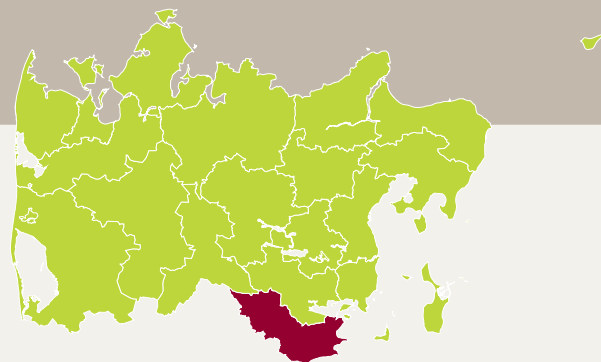


**FIGUR 2.20A**  
Forekomsten af kroniske sygdomme i Favrskov  
(aktuel sygdom og eftervirkninger)



### Favrskov

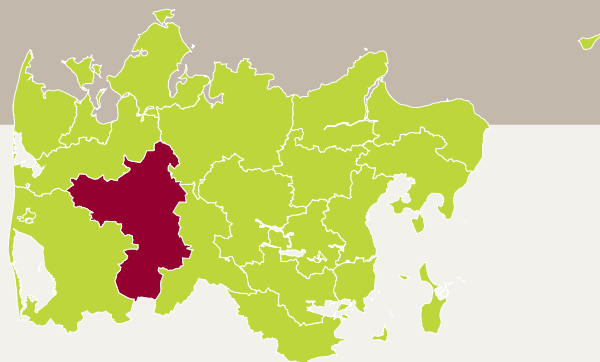
	Pct	Personer
<b>Hjerte-kar</b>		
Forhøjet blodtryk	17	5.000
Hjertekrampe	1,3	400
Blodprop i hjertet	1,0	300
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,7	500
<b>Sukkersyge</b>		
	5	1.500
<b>Kræft</b>		
	2	600
<b>Luftveje</b>		
Bronchitis, for store lunger, rygerlunger	5	1.500
Astma	6	1.800
<b>Allergi</b>		
	17	5.000
<b>Muskel-skelet</b>		
Slidgigt	20	5.800
Leddegigt	4	1.300
Knogleskørhed	4	1.200
Diskusprolaps, rygsygdom	14	4.100
<b>Psykiske lidelser</b>		
Forbigående psykiske lidelser	10	2.900
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	3	900
<b>Nervesystem og sanseorganer</b>		
Migræne, hyppig hovedpine	15	4.400
Tinnitus	11	3.200
Grå stær	3	800

**FIGUR 2.20B**Forekomsten af kroniske sygdomme i Hedensted  
(aktuel sygdom og eftervirkninger)

## Hedensted

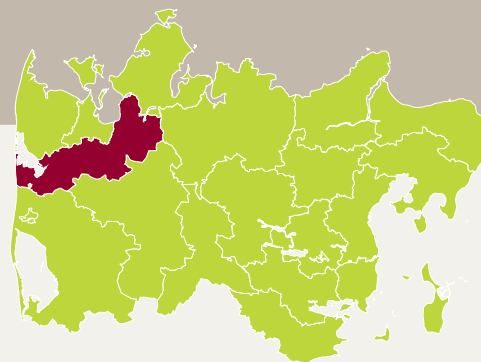
	Pct		Personer
<b>Hjerte-kar</b>			
Forhøjet blodtryk	19		5700
Hjertekrampe	3		900
Blodprop i hjertet	0,6		200
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	0,8		200
<b>Sukkersyge</b>			
	4		1.300
<b>Kræft</b>			
	1,8		500
<b>Luftveje</b>			
Bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4		1.200
Astma	6		1.900
<b>Allergi</b>			
	16		4.600
<b>Muskel-skelet</b>			
Slidgigt	20		5.700
Leddegigt	5		1.500
Knogleskørhed	3		900
Diskusprolaps, rygssygdom	13		3.800
<b>Psykiske lidelser</b>			
Forbigående psykiske lidelser	9		2.700
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	2		600
<b>Nervesystem og sanseorganer</b>			
Migræne, hyppig hovedpine	15		4.300
Tinnitus	12		3.500
Grå stær	3		900

Signifikant flere end i hele befolkningen  
 Signifikant færre end i hele befolkningen

**FIGUR 2.20C**Forekomsten af kroniske sygdomme i Herning  
(aktuel sygdom og eftervirkninger)

## Herning

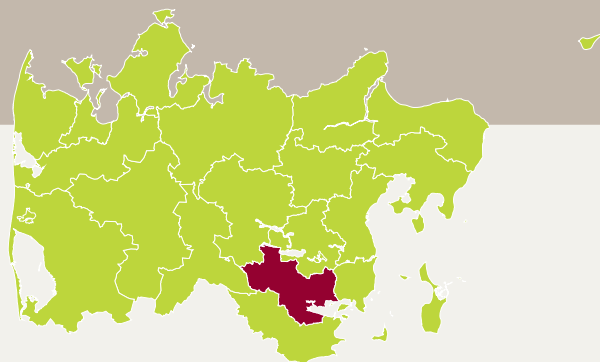
	Pct	Personer
<b>Hjerte-kar</b>		
Forhøjet blodtryk	20	10.000
Hjertekrampe	1,9	1.000
Blodprop i hjertet	1,5	800
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,6	800
<b>Sukkersyge</b>		
	5	2.500
<b>Kræft</b>		
	2	1.200
<b>Luftveje</b>		
Bronchitis, for store lunger, rygerlunger	5	2.400
Astma	7	3.600
<b>Allergi</b>		
	18	9.600
<b>Muskel-skelet</b>		
Slidgigt	20	10.000
Leddegigt	5	2.400
Knogleskørhed	2	1.100
Diskusprolaps, rygsygdom	13	6.900
<b>Psykiske lidelser</b>		
Forbigående psykiske lidelser	11	6.000
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	4	1.800
<b>Nervesystem og sanseorganer</b>		
Migræne, hyppig hovedpine	13	6.800
Tinnitus	12	6.500
Grå stær	3	1.800

**FIGUR 2.20D**Forekomsten af kroniske sygdomme i Holstebro  
(aktuel sygdom og eftervirkninger)

## Holstebro

	Pct	Personer
<b>Hjerte-kar</b>		
Forhøjet blodtryk	20	7.000
Hjertekrampe	2	800
Blodprop i hjertet	1,7	600
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,3	500
<b>Sukkersyge</b>		
	4	1.500
<b>Kræft</b>		
	1,7	600
<b>Luftveje</b>		
Bronchitis, for store lunger, rygerlunger	4	1.600
Astma	7	2.400
<b>Allergi</b>		
	17	6.000
<b>Muskel-skelet</b>		
Slidgigt	21	7.400
Leddegigt	4	1.500
Knogleskørhed	3	1.000
Diskusprolaps, rygsygdom	12	4.300
<b>Psykiske lidelser</b>		
Forbigående psykiske lidelser	11	3.900
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	3	1.100
<b>Nervesystem og sanseorganer</b>		
Migræne, hyppig hovedpine	15	5.300
Tinnitus	11	3.800
Grå stær	4	1.300

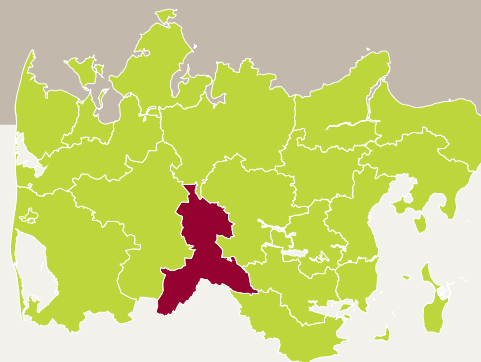
**FIGUR 2.20E**  
Forekomsten af kroniske sygdomme i Horsens  
(aktuel sygdom og eftervirkninger)



## Horsens

	Pct		Personer
<b>Hjerte-kar</b>			
Forhøjet blodtryk	21	<div style="width: 21%;"></div>	5.000
Hjertekrampe	3	<div style="width: 3%;"></div>	400
Blodprop i hjertet	1,6	<div style="width: 1,6%;"></div>	300
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,7	<div style="width: 1,7%;"></div>	500
<b>Sukkersyge</b>			
	6	<div style="width: 6%;"></div>	1.500
<b>Kræft</b>			
	2	<div style="width: 2%;"></div>	600
<b>Luftveje</b>			
Bronchitis, for store lunger, rygerlunger	5	<div style="width: 5%;"></div>	1.500
Astma	7	<div style="width: 7%;"></div>	1.800
<b>Allergi</b>			
	18	<div style="width: 18%;"></div>	5.000
<b>Muskel-skelet</b>			
Slidgigt	20	<div style="width: 20%;"></div>	5.800
Leddegigt	5	<div style="width: 5%;"></div>	1.300
Knogleskørhed	3	<div style="width: 3%;"></div>	1.200
Diskusprolaps, rygsygdom	14	<div style="width: 14%;"></div>	4.100
<b>Psykiske lidelser</b>			
Forbigående psykiske lidelser	12	<div style="width: 12%;"></div>	2.900
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	3	<div style="width: 3%;"></div>	900
<b>Nervesystem og sanseorganer</b>			
Migræne, hyppig hovedpine	15	<div style="width: 15%;"></div>	4.400
Tinnitus	11	<div style="width: 11%;"></div>	3.200
Grå stær	2	<div style="width: 2%;"></div>	800

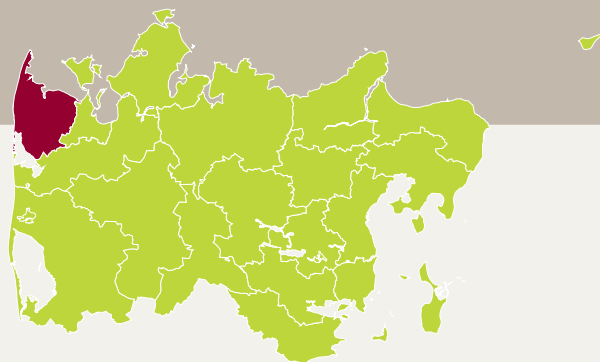
■ Signifikant flere end i hele befolkningen

**FIGUR 2.20F**Forekomsten af kroniske sygdomme i Ikast-Brande  
(aktuel sygdom og eftervirkninger)

## Ikast-Brande

	Pct	Personer
<b>Hjerte-kar</b>		
Forhøjet blodtryk	18	4.700
Hjertekrampe	1,2	300
Blodprop i hjertet	1,2	300
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,2	300
<b>Sukkersyge</b>		
	5	1.200
<b>Kræft</b>		
	2	600
<b>Luftveje</b>		
Bronchitis, for store lunger, rygerlunger	5	1.400
Astma	7	1.800
<b>Allergi</b>		
	17	4.300
<b>Muskel-skelet</b>		
Slidgigt	20	5.000
Leddegigt	5	1.400
Knogleskørhed	3	800
Diskusprolaps, rygsygdom	12	3.000
<b>Psykiske lidelser</b>		
Forbigående psykiske lidelser	10	2.400
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	2	500
<b>Nervesystem og sanseorganer</b>		
Migræne, hyppig hovedpine	16	4.000
Tinnitus	11	2.900
Grå stær	3	800

**FIGUR 2.20G**  
Forekomsten af kroniske sygdomme i Lemvig  
(aktuel sygdom og eftervirkninger)



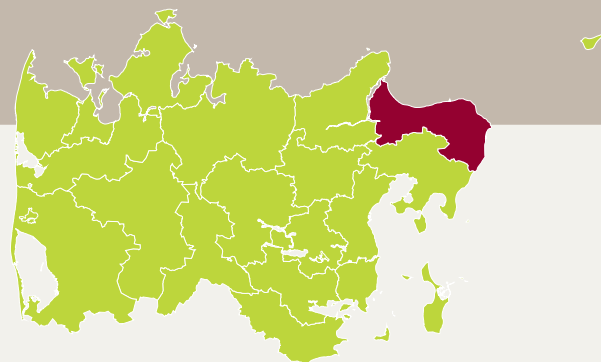
## Lemvig

	Pct		Personer
<b>Hjerte-kar</b>			
Forhøjet blodtryk	23		3.200
Hjertekrampe	2		300
Blodprop i hjertet	2		300
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,7		200
<b>Sukkersyge</b>			
	6		800
<b>Kræft</b>			
	1,9		300
<b>Luftveje</b>			
Bronchitis, for store lunger, rygerlunger	5		700
Astma	7		1.000
<b>Allergi</b>			
	15		2.100
<b>Muskel-skelet</b>			
Slidgigt	24		3.400
Leddegigt	5		800
Knogleskørhed	3		500
Diskusprolaps, rygssygdom	13		1.900
<b>Psykiske lidelser</b>			
Forbigående psykiske lidelser	13		1.800
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	3		400
<b>Nervesystem og sanseorganer</b>			
Migræne, hyppig hovedpine	15		2.100
Tinnitus	10		1.400
Grå stær	4		600

Signifikant flere end i hele befolkningen  
 Signifikant færre end i hele befolkningen

FIGUR 2.20H

Forekomsten af kroniske sygdomme i Norddjurs  
(aktuel sygdom og eftervirkninger)

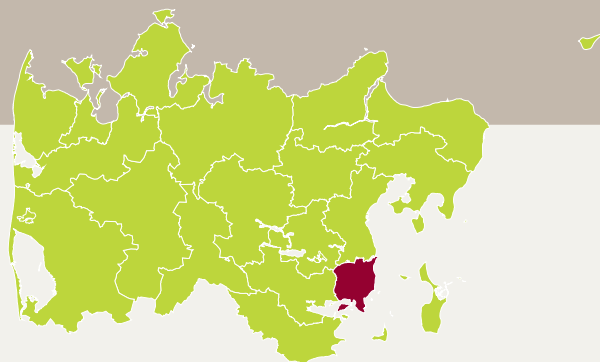


## Norddjurs

	Pct	Personer
<b>Hjerte-kar</b>		
Forhøjet blodtryk	19	4.900
Hjertekrampe	2	600
Blodprop i hjertet	1,8	400
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2	600
<b>Sukkersyge</b>		
	6	1.600
<b>Kræft</b>		
	2	500
<b>Luftveje</b>		
Bronchitis, for store lunger, rygerlunger	3	900
Astma	8	2.100
<b>Allergi</b>		
	16	3.900
<b>Muskel-skelet</b>		
Slidgigt	20	5.000
Leddegigt	7	1.700
Knogleskørhed	3	600
Diskusprolaps, rygsygdom	13	3.200
<b>Psykiske lidelser</b>		
Forbigående psykiske lidelser	13	3.200
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	2	600
<b>Nervesystem og sanseorganer</b>		
Migræne, hyppig hovedpine	14	3.500
Tinnitus	13	3.200
Grå stær	4	1.000



**FIGUR 2.201**  
Forekomsten af kroniske sygdomme i Odder  
(aktuel sygdom og eftervirkninger)



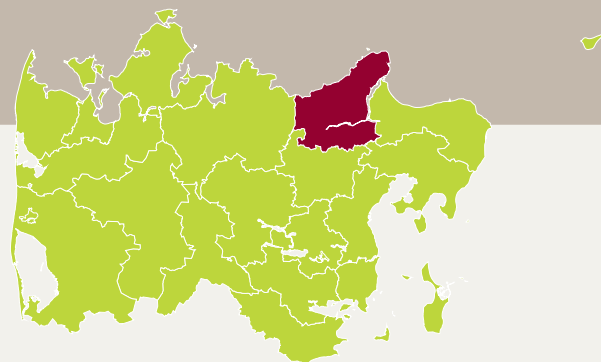
## Odder

	Pct	Personer
<b>Hjerte-kar</b>		
Forhøjet blodtryk	18	2.600
Hjertekrampe	2	300
Blodprop i hjertet	1,1	200
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,7	200
<b>Sukkersyge</b>		
	5	700
<b>Kræft</b>		
	3	400
<b>Luftveje</b>		
Bronchitis, for store lunger, rygerlunger	4	600
Astma	5	700
<b>Allergi</b>		
	16	2.300
<b>Muskel-skelet</b>		
Slidgigt	19	2.700
Leddegigt	5	800
Knogleskørhed	3	400
Diskusprolaps, rygsygdom	13	1.800
<b>Psykiske lidelser</b>		
Forbigående psykiske lidelser	10	1.400
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	4	500
<b>Nervesystem og sanseorganer</b>		
Migræne, hyppig hovedpine	14	2.000
Tinnitus	11	1.600
Grå stær	3	500

 Signifikant færre end i hele befolkningen

FIGUR 2.20J

Forekomsten af kroniske sygdomme i Randers (aktuel sygdom og eftervirkninger)

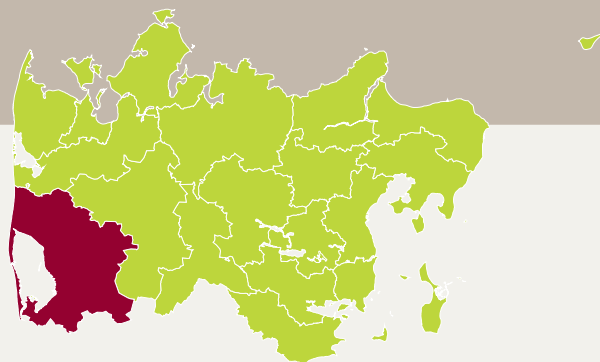


## Randers

	Pct		Personer
<b>Hjerte-kar</b>			
Forhøjet blodtryk	20	<div style="width: 20%;"></div>	12.000
Hjertekrampe	2	<div style="width: 2%;"></div>	1.300
Blodprop i hjertet	1,8	<div style="width: 1,8%;"></div>	1.100
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,4	<div style="width: 1,4%;"></div>	900
<b>Sukkersyge</b>			
	6	<div style="width: 6%;"></div>	3.700
<b>Kræft</b>			
	2	<div style="width: 2%;"></div>	1.400
<b>Luftveje</b>			
Bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4	<div style="width: 4%;"></div>	2.700
Astma	7	<div style="width: 7%;"></div>	4.400
<b>Allergi</b>			
	19	<div style="width: 19%;"></div>	11.000
<b>Muskel-skelet</b>			
Slidgigt	20	<div style="width: 20%;"></div>	12.000
Leddegigt	6	<div style="width: 6%;"></div>	3.900
Knogleskørhed	4	<div style="width: 4%;"></div>	2.400
Diskusprolaps, rygsygdom	16	<div style="width: 16%;"></div>	9.500
<b>Psykiske lidelser</b>			
Forbigående psykiske lidelser	13	<div style="width: 13%;"></div>	8.000
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	4	<div style="width: 4%;"></div>	2.400
<b>Nervesystem og sanseorganer</b>			
Migræne, hyppig hovedpine	14	<div style="width: 14%;"></div>	8.400
Tinnitus	12	<div style="width: 12%;"></div>	7.200
Grå stær	5	<div style="width: 5%;"></div>	3.100

■ Signifikant flere end i hele befolkningen

**FIGUR 2.20K**  
Forekomsten af kroniske sygdomme i Ringkøbing-Skjern  
(aktuel sygdom og eftervirkninger)

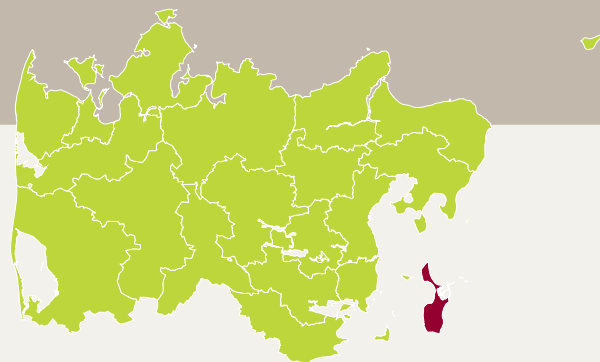


### Ringkøbing-Skjern

	Pct	Personer
<b>Hjerte-kar</b>		
Forhøjet blodtryk	18	6.400
Hjertekrampe	2	800
Blodprop i hjertet	1,7	600
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2	800
<b>Sukkersyge</b>		
	7	2.300
<b>Kræft</b>		
	2	800
<b>Luftveje</b>		
Bronchitis, for store lunger, rygerlunger	4	1.500
Astma	6	2.000
<b>Allergi</b>		
	15	5.400
<b>Muskel-skelet</b>		
Slidgigt	21	7.500
Leddegigt	6	2.100
Knogleskørhed	2	800
Diskusprolaps, rygsygdom	14	4.900
<b>Psykiske lidelser</b>		
Forbigående psykiske lidelser	11	4.000
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	3	1.200
<b>Nervesystem og sanseorganer</b>		
Migræne, hyppig hovedpine	15	5.200
Tinnitus	10	3.500
Grå stær	3	1.200

■ Signifikant flere end i hele befolkningen  
■ Signifikant færre end i hele befolkningen

**FIGUR 2.20L**  
Forekomsten af kroniske sygdomme i Samsø  
(aktuel sygdom og eftervirkninger)

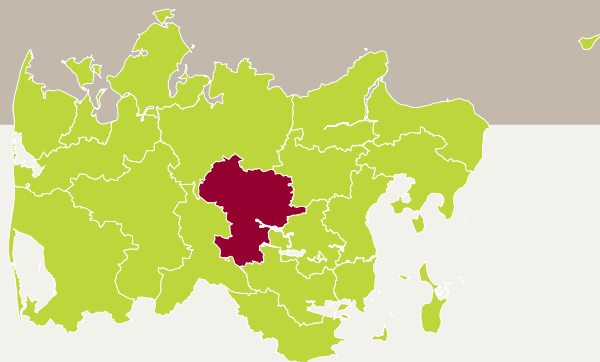


## Samsø

	Pct	Personer
<b>Hjerte-kar</b>		
Forhøjet blodtryk	20	700
Hjertekrampe	0,9	30
Blodprop i hjertet	2	80
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2	70
<b>Sukkersyge</b>		
	5	180
<b>Kræft</b>		
	3	100
<b>Luftveje</b>		
Bronchitis, for store lunger, rygerlunger	5	180
Astma	5	160
<b>Allergi</b>		
	13	400
<b>Muskel-skelet</b>		
Slidgigt	27	900
Leddegigt	5	170
Knogleskørhed	2	80
Diskusprolaps, rygsygdom	15	500
<b>Psykiske lidelser</b>		
Forbigående psykiske lidelser	16	500
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	3	100
<b>Nervesystem og sanseorganer</b>		
Migræne, hyppig hovedpine	12	400
Tinnitus	14	500
Grå stær	3	100

■ Signifikant flere end i hele befolkningen  
■ Signifikant færre end i hele befolkningen

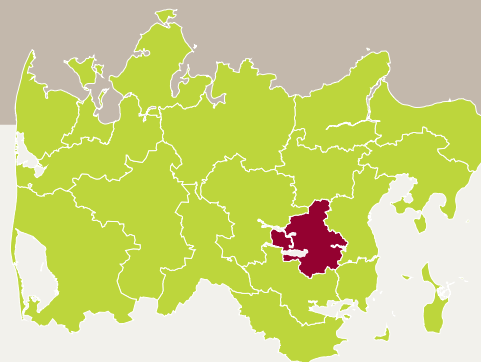
**FIGUR 2.20M**  
Forekomsten af kroniske sygdomme i Silkeborg  
(aktuel sygdom og eftervirkninger)



### Silkeborg

	Pct	Personer
<b>Hjerte-kar</b>		
Forhøjet blodtryk	16	8800
Hjertekrampe	1,8	1000
Blodprop i hjertet	1,3	700
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,6	900
<b>Sukkersyge</b>		
	4	2300
<b>Kræft</b>		
	3	1800
<b>Luftveje</b>		
Bronchitis, for store lunger, rygerlunger	5	2900
Astma	5	2800
<b>Allergi</b>		
	17	9400
<b>Muskel-skelet</b>		
Slidgigt	22	12000
Leddegigt	6	3300
Knogleskørhed	4	1900
Diskusprolaps, rygsygdom	13	7200
<b>Psykiske lidelser</b>		
Forbigående psykiske lidelser	11	6100
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	3	1400
<b>Nervesystem og sanseorganer</b>		
Migræne, hyppig hovedpine	16	8600
Tinnitus	11	6100
Grå stær	3	1700

**FIGUR 2.20N**  
Forekomsten af kroniske sygdomme i Skanderborg  
(aktuel sygdom og eftervirkninger)

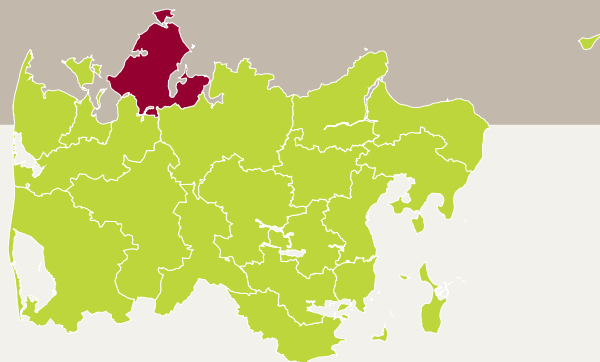


## Skanderborg

	Pct		Personer
<b>Hjerte-kar</b>			
Forhøjet blodtryk	18		6.400
Hjertekrampe	1,0		400
Blodprop i hjertet	0,8		300
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,3		500
<b>Sukkersyge</b>			
	4		1.400
<b>Kræft</b>			
	3		1.000
<b>Luftveje</b>			
Bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4		1.500
Astma	6		2.000
<b>Allergi</b>			
	20		7.000
<b>Muskel-skelet</b>			
Slidgigt	18		6.500
Leddegigt	4		1.500
Knogleskørhed	3		1.100
Diskusprolaps, rygsygdom	13		4.800
<b>Psykiske lidelser</b>			
Forbigående psykiske lidelser	10		3.800
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	2		600
<b>Nervesystem og sansorganer</b>			
Migræne, hyppig hovedpine	14		4.900
Tinnitus	11		3.900
Grå stær	2		800

Signifikant færre end i hele befolkningen

**FIGUR 2.250**  
Forekomsten af kroniske sygdomme i Skive  
(aktuel sygdom og eftervirkninger)



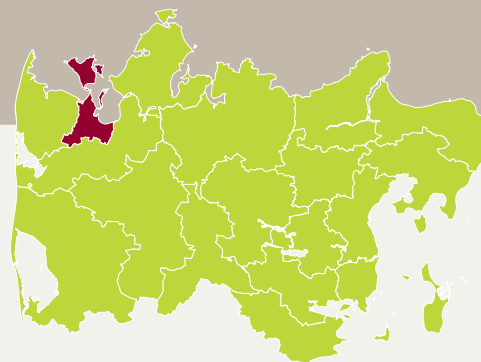
## Skive

	Pct		Personer
<b>Hjerte-kar</b>			
Forhøjet blodtryk	23	<div style="width: 23%;"></div>	7.100
Hjertekrampe	1,9	<div style="width: 1.9%;"></div>	600
Blodprop i hjertet	1,0	<div style="width: 1.0%;"></div>	300
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,8	<div style="width: 1.8%;"></div>	500
<b>Sukkersyge</b>			
	5	<div style="width: 5%;"></div>	1.500
<b>Kræft</b>			
	1,9	<div style="width: 1.9%;"></div>	600
<b>Luftveje</b>			
Bronkitis, for store lunger, rygerlunger	6	<div style="width: 6%;"></div>	1.800
Astma	7	<div style="width: 7%;"></div>	2.200
<b>Allergi</b>			
	17	<div style="width: 17%;"></div>	5.200
<b>Muskel-skelet</b>			
Slidgigt	24	<div style="width: 24%;"></div>	7.500
Leddegigt	7	<div style="width: 7%;"></div>	2.300
Knogleskørhed	3	<div style="width: 3%;"></div>	800
Diskusprolaps, rygsygdom	14	<div style="width: 14%;"></div>	4.500
<b>Psykiske lidelser</b>			
Forbigående psykiske lidelser	10	<div style="width: 10%;"></div>	3.300
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	3	<div style="width: 3%;"></div>	1.100
<b>Nervesystem og sanseorganer</b>			
Migræne, hyppig hovedpine	15	<div style="width: 15%;"></div>	4.600
Tinnitus	13	<div style="width: 13%;"></div>	3.900
Grå stær	4	<div style="width: 4%;"></div>	1.300

Signifikant flere end i hele befolkningen

FIGUR 2.20P

Forekomsten af kroniske sygdomme i Struer  
(aktuel sygdom og eftervirkninger)



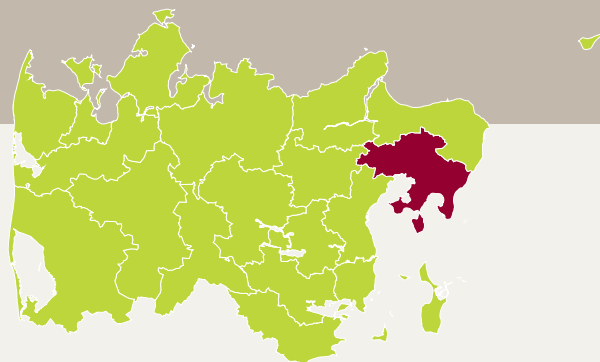
## Struer

	Pct		Personer
<b>Hjerte-kar</b>			
Forhøjet blodtryk	22	<div style="width: 22%;"></div>	3.300
Hjertekrampe	1,7	<div style="width: 1.7%;"></div>	300
Blodprop i hjertet	1,4	<div style="width: 1.4%;"></div>	200
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,8	<div style="width: 1.8%;"></div>	300
<b>Sukkersyge</b>			
	6	<div style="width: 6%;"></div>	1.000
<b>Kræft</b>			
	3	<div style="width: 3%;"></div>	400
<b>Luftveje</b>			
Bronkitis, for store lunger, rygerlunger	5	<div style="width: 5%;"></div>	800
Astma	7	<div style="width: 7%;"></div>	1.000
<b>Allergi</b>			
	16	<div style="width: 16%;"></div>	2.500
<b>Muskel-skelet</b>			
Slidgigt	21	<div style="width: 21%;"></div>	3.200
Leddegigt	5	<div style="width: 5%;"></div>	800
Knogleskørhed	3	<div style="width: 3%;"></div>	400
Diskusprolaps, rygsygdom	13	<div style="width: 13%;"></div>	2.000
<b>Psykiske lidelser</b>			
Forbigående psykiske lidelser	12	<div style="width: 12%;"></div>	1.900
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	3	<div style="width: 3%;"></div>	500
<b>Nervesystem og sansorganer</b>			
Migræne, hyppig hovedpine	13	<div style="width: 13%;"></div>	2.100
Tinnitus	12	<div style="width: 12%;"></div>	1.900
Grå stær	3	<div style="width: 3%;"></div>	500

■ Signifikant flere end i hele befolkningen



**FIGUR 2.20Q**  
Forekomsten af kroniske sygdomme i Syddjurs  
(aktuel sygdom og eftervirkninger)



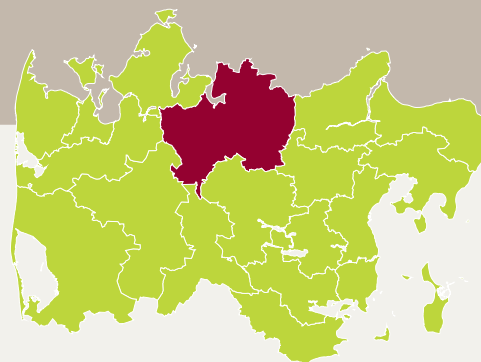
## Syddjurs

	Pct	Personer
<b>Hjerte-kar</b>		
Forhøjet blodtryk	23	6.400
Hjertekrampe	2	600
Blodprop i hjertet	2	600
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,8	500
<b>Sukkersyge</b>		
	6	1.600
<b>Kræft</b>		
	3	900
<b>Luftveje</b>		
Bronkitis, for store lunger, rygerlunger	5	1.300
Astma	7	1.900
<b>Allergi</b>		
	17	4.500
<b>Muskel-skelet</b>		
Slidgigt	21	5.800
Leddegigt	6	1.600
Knogleskørhed	2	700
Diskusprolaps, rygsygdom	12	3.300
<b>Psykiske lidelser</b>		
Forbigående psykiske lidelser	12	3.300
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	3	1.000
<b>Nervesystem og sanseorganer</b>		
Migræne, hyppig hovedpine	15	4.100
Tinnitus	12	3.200
Grå stær	4	1.000

 Signifikant flere end i hele befolkningen

FIGUR 2.20R

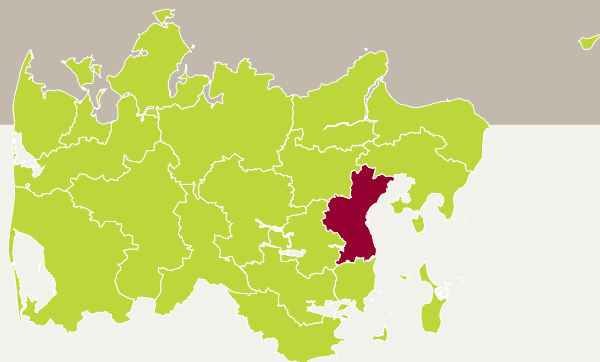
Forekomsten af kroniske sygdomme i Viborg  
(aktuel sygdom og eftervirkninger)



## Viborg

	Pct	Personer
<b>Hjerte-kar</b>		
Forhøjet blodtryk	16	9.400
Hjertekrampe	1,2	700
Blodprop i hjertet	1,0	600
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,2	700
<b>Sukkersyge</b>		
	4	2.100
<b>Kræft</b>		
	3	1.500
<b>Luftveje</b>		
Bronkitis, for store lunger, rygerlunger	3	2.000
Astma	7	3.900
<b>Allergi</b>		
	17	9.900
<b>Muskel-skelet</b>		
Slidgigt	22	12.700
Leddegigt	5	2.900
Knogleskørhed	3	1.700
Diskusprolaps, rygsygdom	12	6.800
<b>Psykiske lidelser</b>		
Forbigående psykiske lidelser	11	6.200
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	2	1.300
<b>Nervesystem og sansorganer</b>		
Migræne, hyppig hovedpine	15	8.900
Tinnitus	12	6.700
Grå stær	3	1900

**FIGUR 2.205**  
Forekomsten af kroniske sygdomme i Århus  
(aktuel sygdom og eftervirkninger)



## Århus

	Pct		Personer
<b>Hjerte-kar</b>			
Forhøjet blodtryk	16		28.000
Hjertekrampe	1,6		2.800
Blodprop i hjertet	1,0		1.700
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,2		2.100
<b>Sukkersyge</b>			
	4		7.100
<b>Kræft</b>			
	1,9		3.200
<b>Luftveje</b>			
Bronkitis, for store lunger, rygerlunger	3		5.900
Astma	7		12.000
<b>Allergi</b>			
	21		37.000
<b>Muskel-skelet</b>			
Slidgigt	18		32.000
Leddegigt	5		8.500
Knogleskørhed	3		5.800
Diskusprolaps, rygsygdom	12		21.000
<b>Psykiske lidelser</b>			
Forbigående psykiske lidelser	14		24.000
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	4		6.100
<b>Nervesystem og sanseorganer</b>			
Migræne, hyppig hovedpine	13		22.000
Tinnitus	10		18.000
Grå stær	2		3.700

Signifikant flere end i hele befolkningen  
 Signifikant færre end i hele befolkningen

**TABEL 2.8**

Forekomsten af 18 kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) - hyppigste forekomst i forhold til alder, køn og uddannelsesniveau

	Alder			Køn		Uddannelsesniveau		
	Ung	Midaldrende	Ældre	Mand	Kvinde	Lavt	Middel	Højt
<b>Potentielt livstruende kroniske sygdomme</b>								
Forhøjet blodtryk			●	○	○	●		
Hjertekrampe			●	●		●		
Blodprop i hjertet			●	●		●		
Hjerneblødning, blodprop i hjernen			●	●		●		
Sukkersyge			●	●		●		
Kræft			●	○	○	○	○	○
Bronkitis, for store lunger, rygerlunger			●	○	○	●		
<b>Ikke-livstruende kroniske sygdomme</b>								
Astma	●		●	○	○	●		
Allergi	●				●			●
Slidgigt			●		●	●		
Leddegigt			●	○	○	●		
Knogleskørhed			●		●	○	○	○
Diskusprolaps		●	●	○	○	●		
Forbigående psykiske lidelser	●	●			●	●		
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	●	●		○	○	●		
Migræne, hyppig hovedpine	●	●			●	●		
Tinnitus			●	●		●	●	
Grå stær			●	○	○	○	○	○

● Hyppigst hos  
○ Ingen forskel

## Kronisk sygdom i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau

Der er betydelige forskelle i forekomsten af de 18 kroniske sygdomme i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau. Der er foretaget en analyse, hvor alle tre variable er inddraget på én gang (1). Det generelle mønster er sammenfattet i tabel 2.8, mens forekomsten hos mænd og kvinder i de forskellige aldersgrupper kan ses i figur 2.21 og i forhold til uddannelsesniveau i figur 2.22.

**Alder.** Forekomsten af kronisk sygdom stiger generelt med alderen, men der er væsentlige undtagelser.

Ved de potentielt livstruende sygdomme er mønsteret entydigt.

- Hjerte-kar-sygdomme, sukkersyge, kræft og luftvejslidelser minus astma er væsentligt hyppigere hos ældre end hos yngre

Ved de ikke-livstruende sygdomme er mønsteret mere komplekst. Visse ikke-livstruende sygdomme er hyppigst hos ældre, mens andre forekommer hyppigst hos midaldrende eller unge.

For muskel-skelet-sygdommene ses en kraftig stigning i knogleskørhed, slidgigt og leddegigt med alderen.

- For gigtsygdommene synes forekomsten at stabilisere sig ved 55-64 år
- For diskusprolaps/anden ryggsygdom er der en stigning for kvinder til og med 45-54 år og for mænd til og med 55-64 år, hvorefter der er et ret betydeligt fald

Psykiske lidelser er generelt mere udbredt hos yngre og midaldrende end hos ældre.

- Både forbigående psykiske lidelser og psykisk sygdom/mentale forstyrrelser forekommer hyppigst alderen 25-54 år. Herefter falder forekomsten markant

Andre ikke-livstruende sygdomme med en afvigende aldersprofil er:

- Astma, der forekommer hyppigere hos de yngste og de ældste aldersgrupper end hos midaldrende, hvilket er et mønster, der også kendes fra andre undersøgelser (50,51)
- Allergi, hvor forekomsten falder markant med alderen
- Migræne/hyppig hovedpine, hvor der indtræder et kraftigt fald efter 45-54 år

Tinnitus og grå stær forekommer begge langt hyppigere hos ældre end hos yngre.

For grå stær er der tale om en kraftig stigning hos personer over 55-64 år

**Køn.** Der er markante forskelle mellem mænds og kvinders sygdomsmønstre.

- De potentielt livstruende kroniske sygdomme er hyppigst hos mænd

Undtagelserne er forhøjet blodtryk, bronkitis/for store lunger/rygerlunger og kræft, som forekommer lige hyppigt hos mænd og kvinder.

De ikke-livstruende kroniske sygdomme er hyppigst hos kvinder

Undtagelserne er astma, leddegigt, diskusprolaps/anden ryggsygdom, psykisk sygdom/mentale forstyrrelser og grå stær, der er lige hyppige hos mænd og kvinder, og tinnitus, der er væsentligt hyppigere hos mænd.

- Ikke-livstruende kroniske sygdomme med en markant større hyppighed blandt kvinder end blandt mænd er allergi, slidgigt, knogleskørhed, forbigående psykiske lidelser og migræne/hyppig hovedpine

Forskellen i mænds og kvinders sygdomsmønstre forklarer formentlig det tilsyneladende paradoks, at danske kvinder i gennemsnit lever fire år længere end danske mænd (52) på trods af, at flere kvinder end mænd har et dårligt selv vurderet helbred, og at kvinder har et større forbrug af sundhedsydelse.

Kvinder er mere belastede end mænd af ikke-livstruende kroniske sygdomme, der forringer livskvaliteten, mens potentielt livstruende kroniske sygdomme forekommer hyppigere hos mænd.

**Uddannelsesniveau.** Ved 14 ud af de 18 kroniske sygdomme er forekomsten størst hos de lavtuddannede.

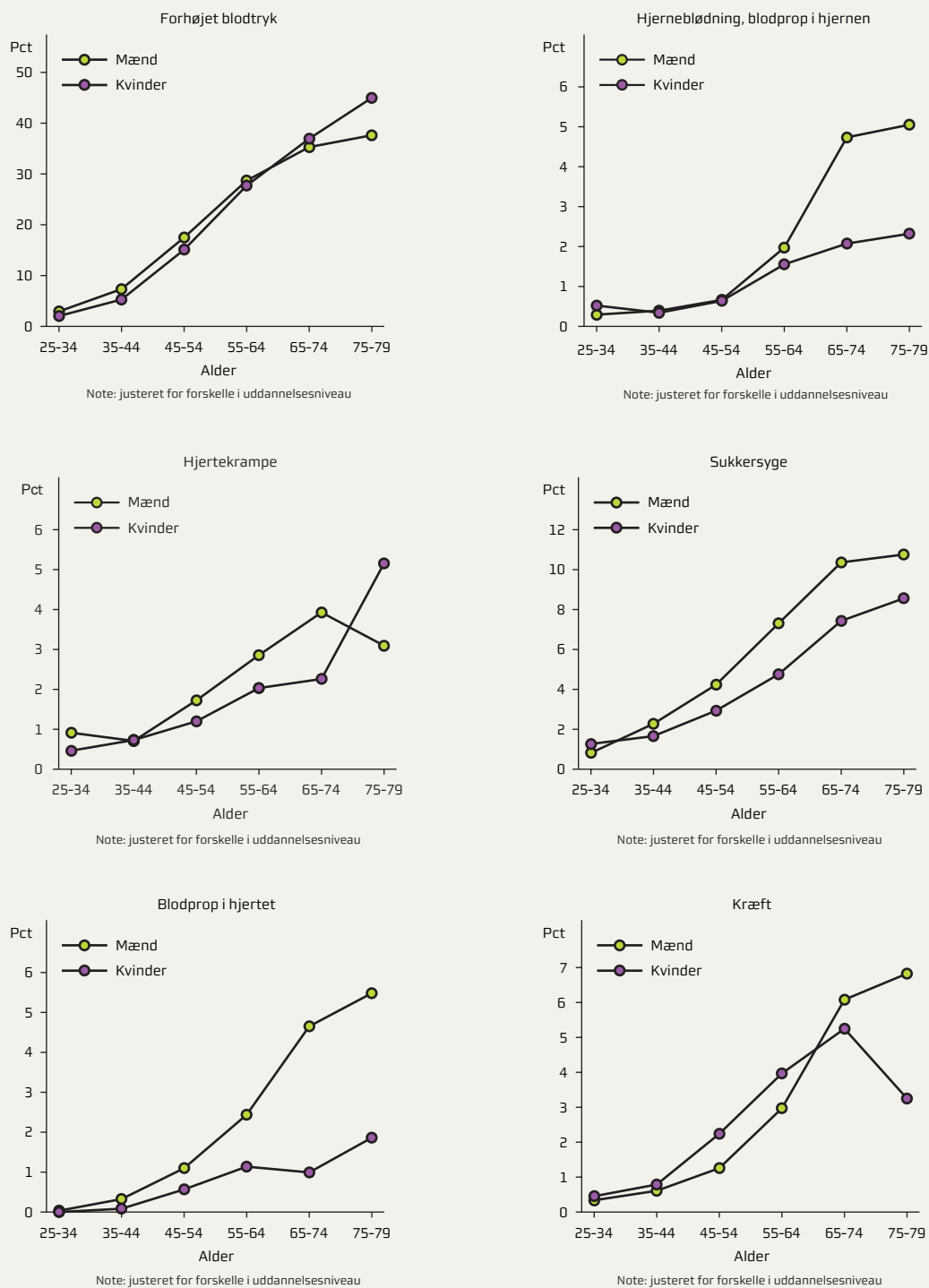
Ved de potentielt livstruende kroniske sygdomme er kræft den eneste undtagelse. Kræft forekommer lige hyppigt på alle tre uddannelsesniveauer.

Blandt de ikke-livstruende kroniske sygdomme stiger forekomsten af allergi markant med uddannelsesniveauet. Knogleskørhed og grå stær forekommer lige hyppigt på alle uddannelsesniveauer.

Forekomsten af de øvrige ikke-livstruende kroniske sygdomme er størst hos de lavtuddannede.

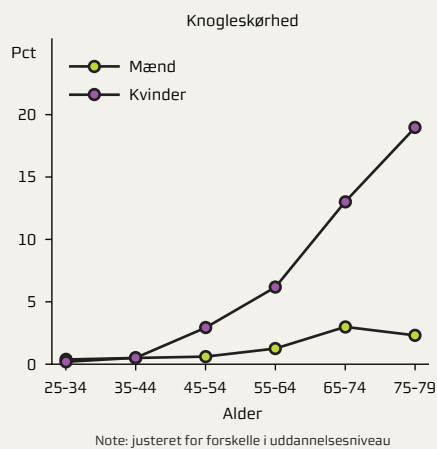
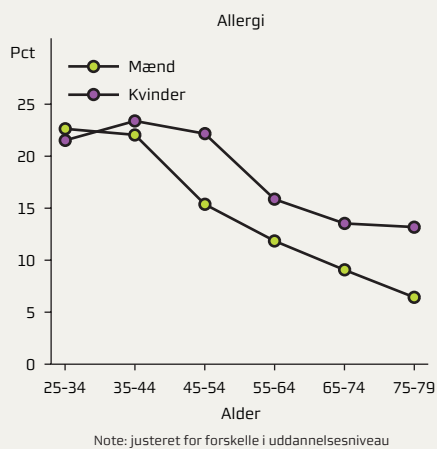
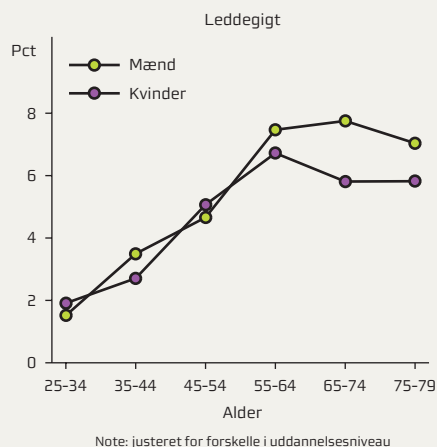
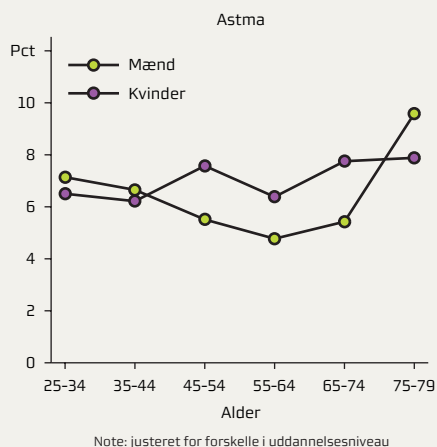
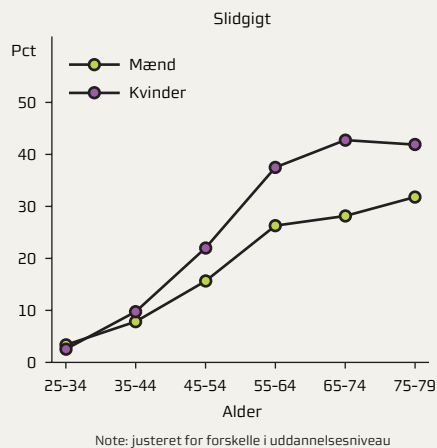
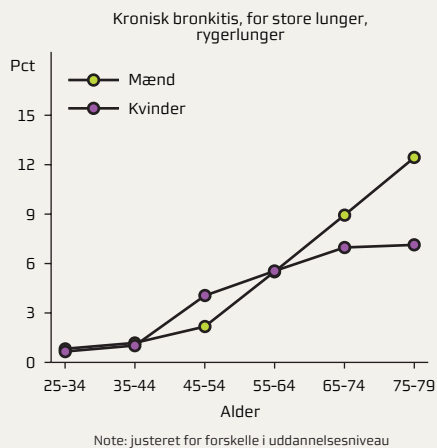
Analyserne dokumenterer således, at der er markant social ulighed i forekomsten af kroniske sygdomme.

**FIGUR 2.21**  
Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) - køn og alder

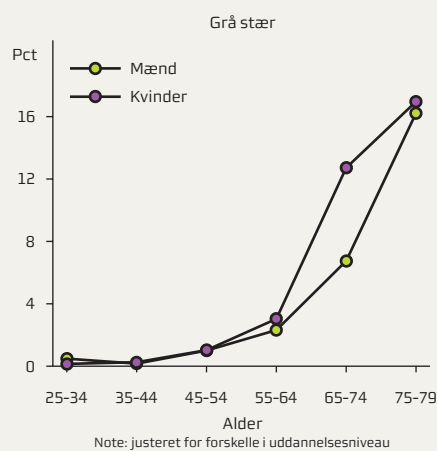
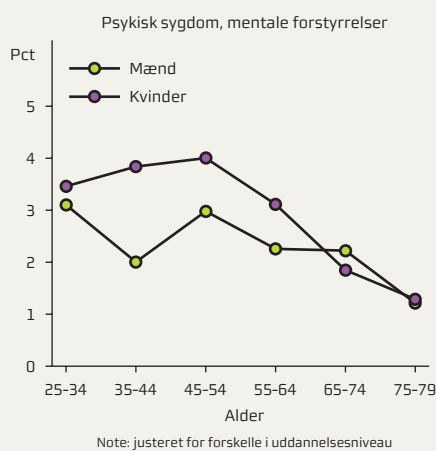
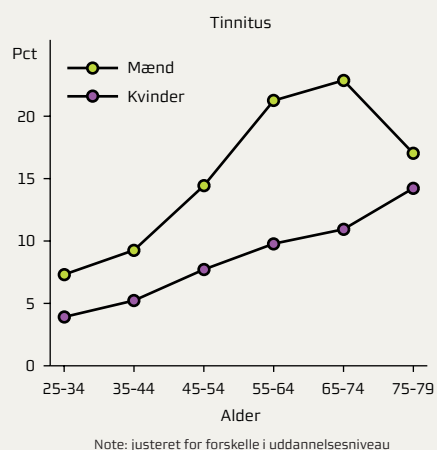
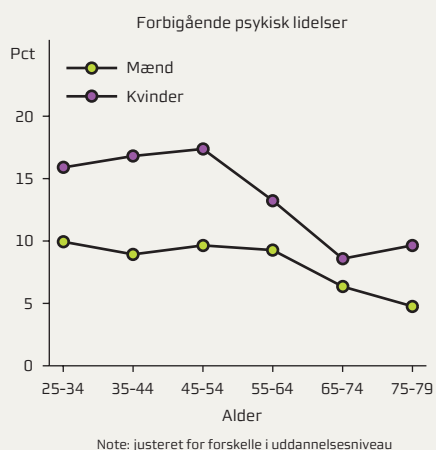
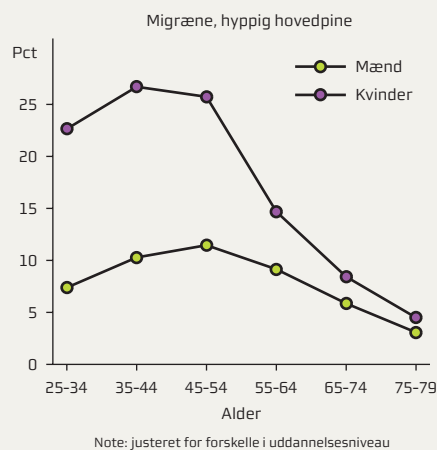
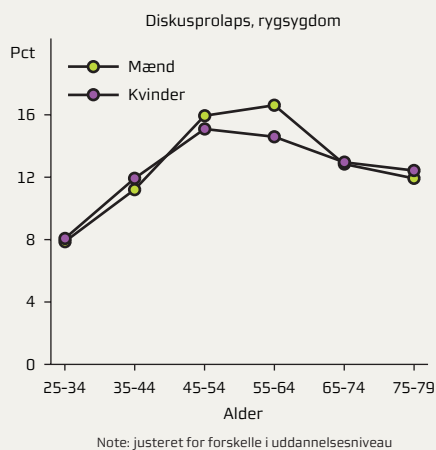


**FIGUR 2.21 FORTSAT**

Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) - køn og alder

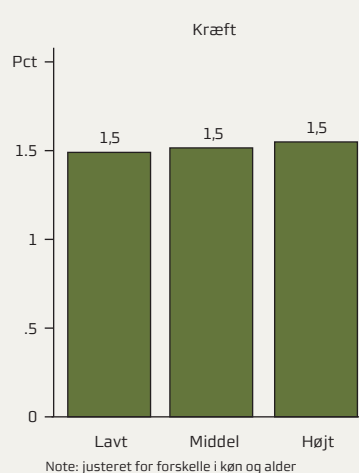
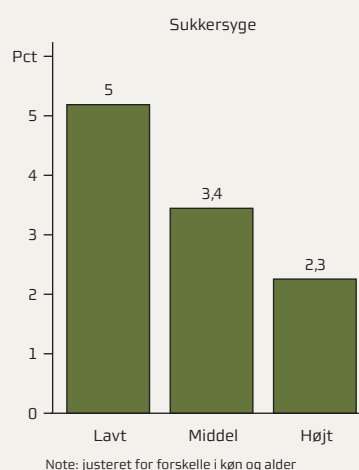
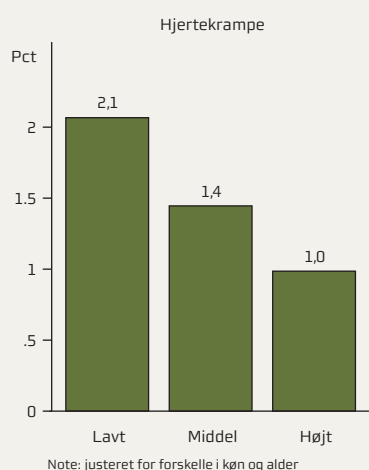
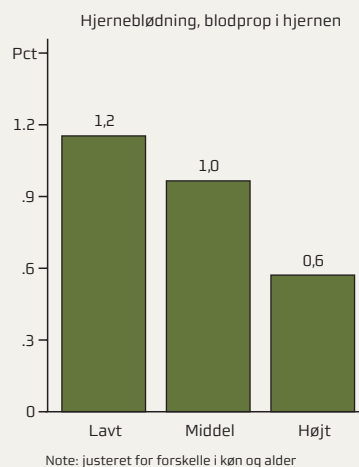
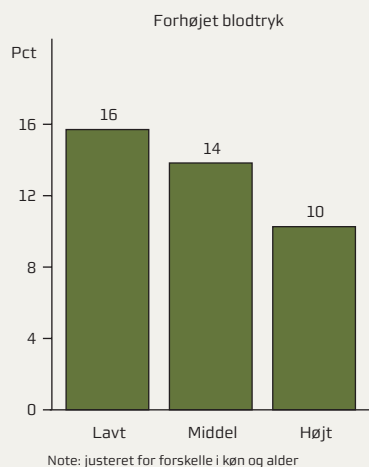


**FIGUR 2.21 FORTSAT**  
Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) - køn og alder



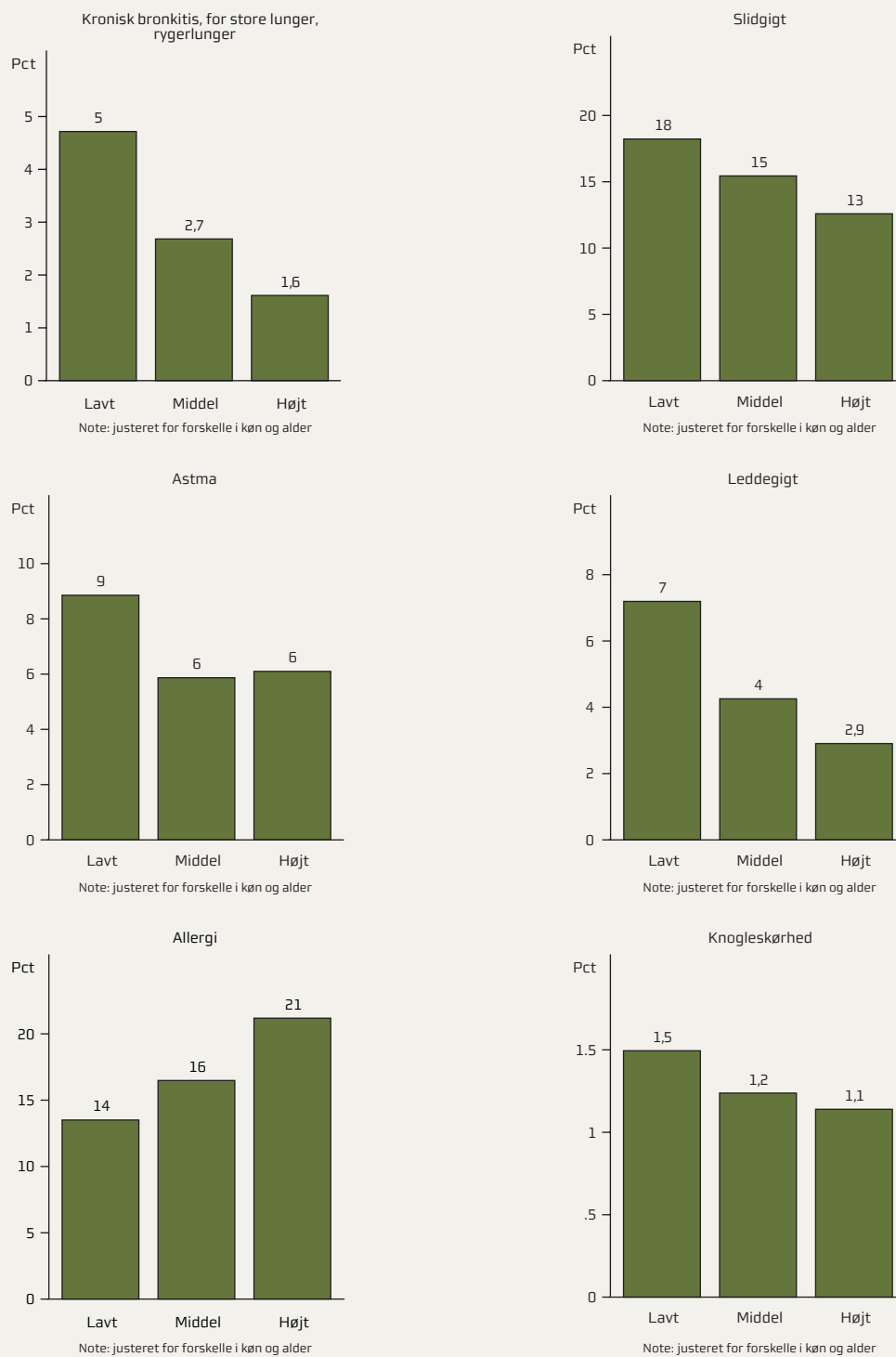


**FIGUR 2.22**  
Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) - uddannelsesniveau



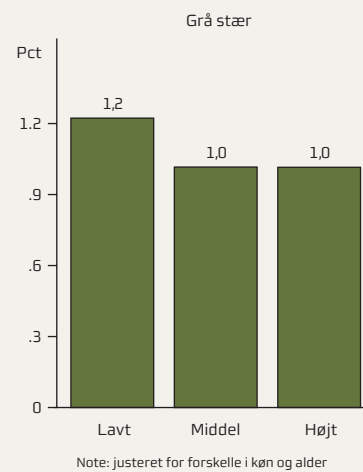
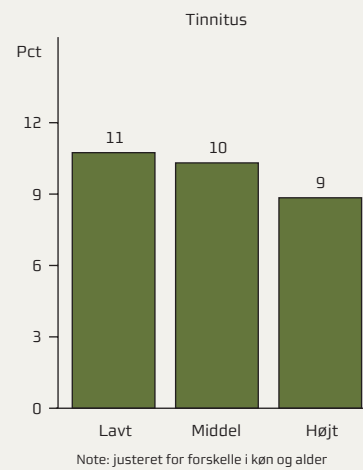
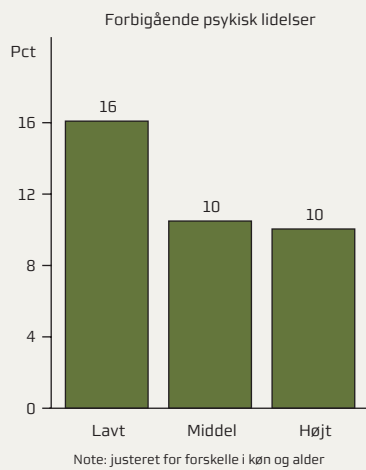
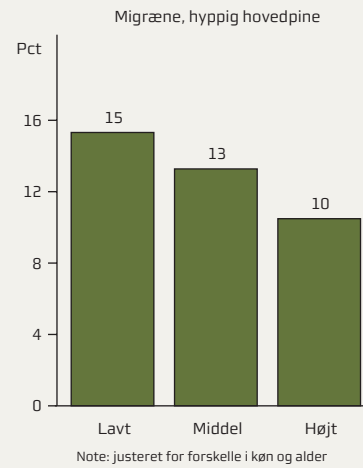
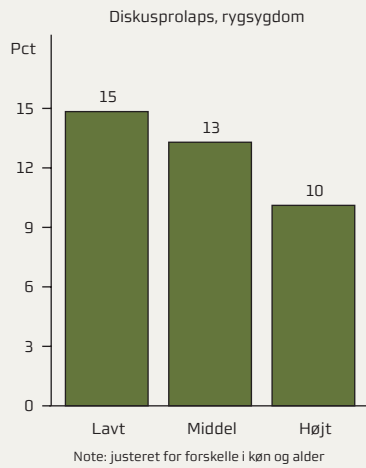
FIGUR 2.22 FORTSAT

Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) - uddannelsesniveau



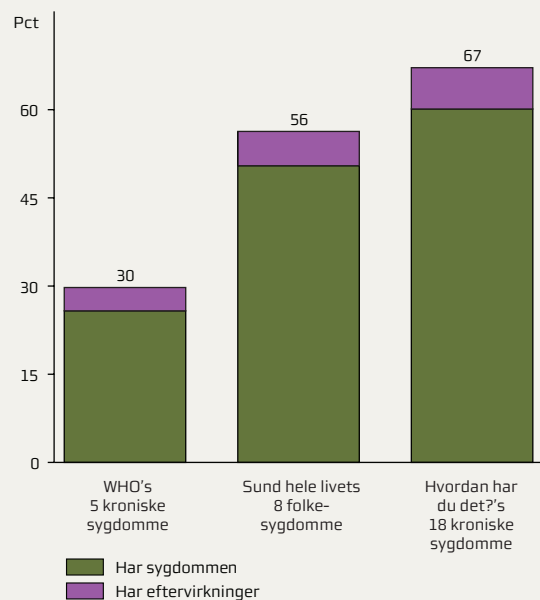
**FIGUR 2.22 FORTSAT**

Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) - uddannelsesniveau

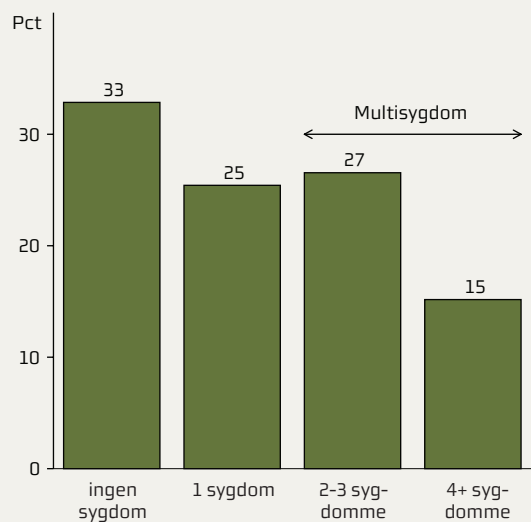


**FIGUR 2.23**

Hvor mange har en kronisk sygdom? Forekomsten af kronisk sygdom opgjort efter tre forskellige kriterier

**FIGUR 2.24**

Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger)



## Hvor mange har en eller flere kroniske sygdomme?

**Multisygdom** er, når en person lider af to eller flere kroniske sygdomme samtidig (53). Mange mennesker med kronisk sygdom er multisyge.

Undersøgelser viser, at personer med multisygdom har forhøjet dødelighed (54), forøget risiko for indlæggelse på hospital (55, 56), og for at indlæggelsen bliver af længere varighed. De har desuden nedsat livskvalitet (57), nedsat fysisk funktionsevne (58) og forøget risiko for at lide af depression.

Multisygdom kan medføre en betydelig behandlingsbyrde for patienten (59). Ved indtagelse af flere lægemidler samtidigt (polyfarmaci) øges risikoen for fejlmedicinering, bivirkninger og lægemiddelinteraktioner. Det kan være tids- og ressourcekrævende at følge et omfattende behandlingsprogram. Hvis behandlingsbyrden er stor, kan det mindske motivationen for at følge behandlingen eller simpelthen overstige patientens muligheder og evner, så efterlevelsen af behandlingen bliver dårlig.

Multisygdom er et nyt forskningsfelt, og der mangler systematisk viden om udbredelse og konsekvenser af multisygdom.

Patienter med flere kroniske sygdomme stiller sundhedsvæsenet over for nye udfordringer:

- Multisygdom kan vanskeliggøre behandlingen af den enkelte sygdom. Bl.a. øges risikoen for generende bivirkninger og utilsigtede hændelser ved indtagelse af flere slags medicin samtidig
- Multisygdom kan være en vigtig hindring for deltagelse i genoptræning/rehabilitering og i forebyggende og sundhedsfremmende tilbud
- Multisygdom øger ofte behovet for hjælp og støtte til dagligdagens gøremål

Det er derfor relevant at belyse forekomsten af multisygdom i befolkningen.

Andelen af personer i befolkningen med en eller flere kroniske sygdomme kan ses som en indikator på den samlede sygdomsbelastning.

Opgørelsen af, hvor mange der har en eller flere kroniske sygdomme, påvirkes af, hvilke og hvor mange sygdomme, der tages med i opgørelsen, og om man kun medregner personer, der aktuelt er syge, eller man også medregner personer med eftervirkninger af sygdom.

Figur 2.23 viser, hvor stor en andel af befolkningen i Region Midtjylland, der har mindst én af:

- De fem kroniske sygdomme, som prioriteres i WHO's globale strategi for forebyggelse og behandling af kroniske sygdomme
- De otte folkesygdomme i regeringens folkesundhed sprogprogram *Sund hele livet*
- De 18 kroniske sygdomme i *Hvordan har du det?*

I alle tre tilfælde er andelen opgjort både for aktuel sygdom og for eftervirkninger af sygdom.

Med de benyttede opgørelsesmetoder svinger andelen, der har mindst én kronisk sygdom, fra 26% for WHO's fem kroniske sygdomme (kun aktuel sygdom), til 67% for *Hvordan har du det?*'s 18 kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger). Andelen med aktuel sygdom udgør langt den største andel uanset opgørelsesmetode.

I figur 2.24 ses, hvor stor en andel der har én eller flere kroniske sygdomme. Opgørelsen bygger på forekomsten af undersøgelsens 18 kroniske sygdomme, aktuel sygdom og eftervirkninger.

- 25 % har én kronisk sygdom

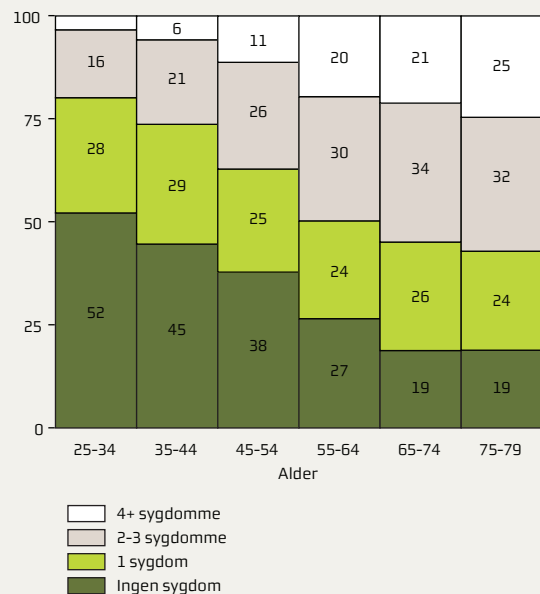
Mere end halvdelen af de kroniske syge er multisyge:

- 27 % har to til tre kroniske sygdomme
- 15 % har fire eller flere kroniske sygdomme

► **2006-2010.** Der er sket en forøgelse i forekomsten af multisygdom. Andelen med multisygdom opgjort ud fra de 17 sygdomme, der var med i 2006-undersøgelsen, er øget fra 33 % til 38 %. Se figur 2.14.S i bind 2. ◀

FIGUR 2.25

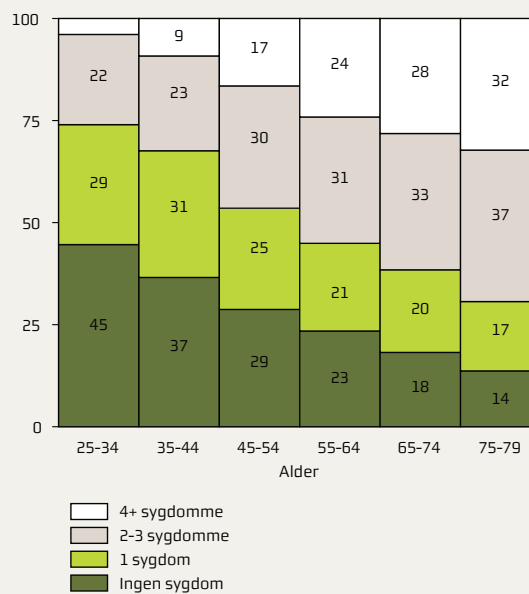
Forekomsten af kroniske sygdomme i forhold til alder - mænd



Note: Justeret for forskelle i uddannelsesniveau

FIGUR 2.26

Forekomsten af kroniske sygdomme i forhold til alder - kvinder



Note: Justeret for forskelle i uddannelsesniveau

I figur 2.25 og 2.26 ser man forekomsten af kronisk sygdom hos henholdsvis mænd og kvinder opdelt på aldersgrupper. Der er kontrolleret for forskelle i uddannelsesniveau.

Der er en stærk sammenhæng mellem alder og forekomsten af kronisk sygdom hos begge køn. Andelen uden kronisk sygdom falder markant med alderen, mens andelen med to eller flere sygdomme stiger tilsvarende. Andelen med én kronisk sygdom viser ligeledes en faldende tendens med alderen, mest udpræget hos kvinder.

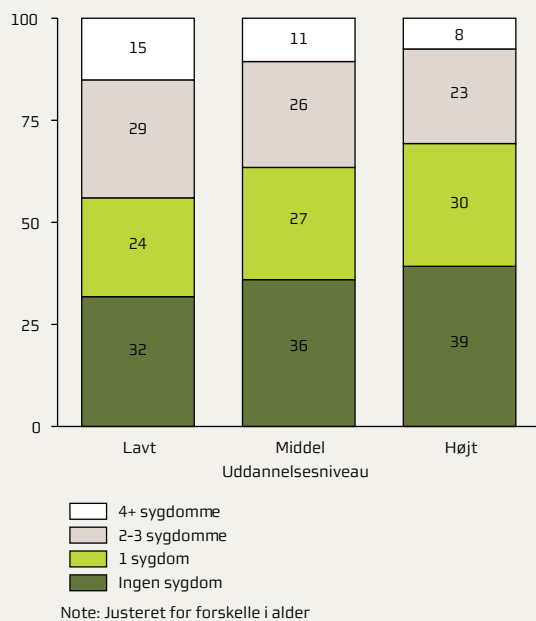
- Hos mænd falder andelen uden en kronisk sygdom fra 52 % til 19 % fra den yngste til den ældste aldersgruppe. Andelen med to eller flere kroniske sygdomme stiger fra 20 % til 57 %
- Hos kvinder falder andelen uden en kronisk sygdom fra 45 % til 14 % fra den yngste til den ældste aldersgruppe. Andelen med to eller flere sygdomme stiger fra 26 % til 69 %

Figur 2.27 og 2.28 viser sammenhængen mellem uddannelsesniveau og forekomsten af kronisk sygdom hos henholdsvis mænd og kvinder. Der er kontrolleret for forskelle i alder. Andelen uden kronisk sygdom stiger fra laveste til højeste uddannelsesniveau hos både mænd og kvinder, mens andelen med multisygdom falder.

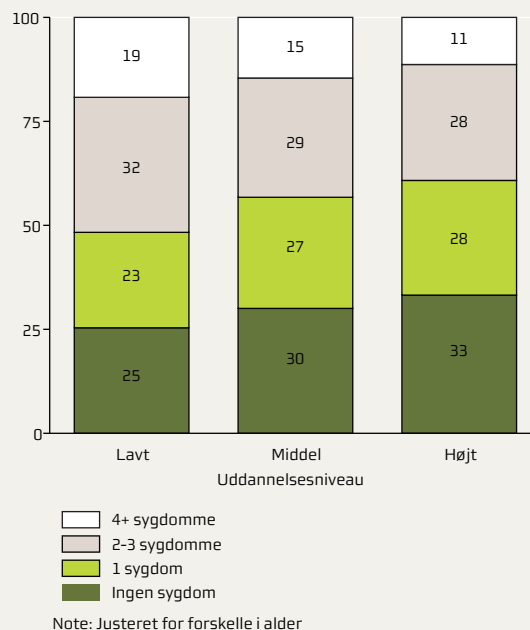
- Hos mænd har 15 % med lavt uddannelsesniveau fire eller flere kroniske sygdomme mod 8 % hos personer med højt uddannelsesniveau
- Hos kvinder har 19 % med lavt uddannelsesniveau fire eller flere kroniske sygdomme mod 11 % hos personer med højt uddannelsesniveau

Der er således en betydelig uddannelsesmæssig skævhed i forekomsten af multisygdom.

**FIGUR 2.27**  
Forekomsten af kroniske sygdomme i forhold til uddannelsesniveau - mænd



**FIGUR 2.28**  
Forekomsten af kroniske sygdomme i forhold til uddannelsesniveau - kvinder



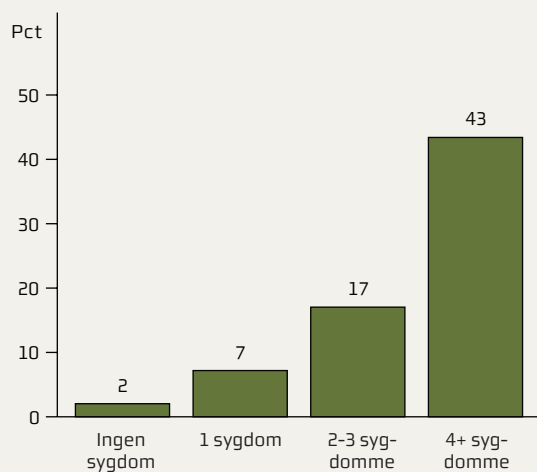
► **2006-2010.** Der er sket et fald i andelen uden kronisk sygdom. Der ses en tendens til en forøget forekomst af multisygdom hos midaldrende og ældre hos begge køn. Se figur 2.14.S i bind 2.

Der er ikke sket markante ændringer i den skæve forekomst af multisygdom i forhold til uddannelsesniveau. Se figur 2.15.S i bind 2. ◀

FIGUR 2.29 - 2.32

Figur 2.29

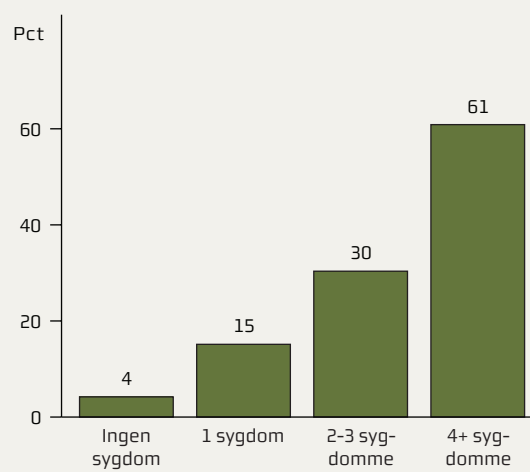
Andel med dårligt selv vurderet helbred i forhold til antallet af kroniske sygdomme



Note: Justeret for forskelle i alder

Figur 2.30

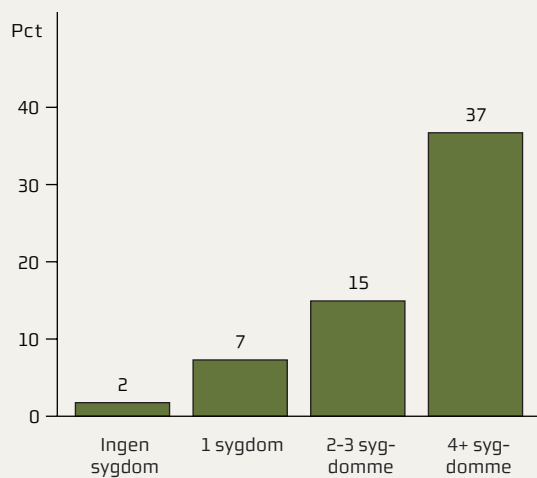
Andel der er hæmmet af sygdom i forhold til antallet af kroniske sygdomme



Note: Justeret for forskelle i alder

Figur 2.31

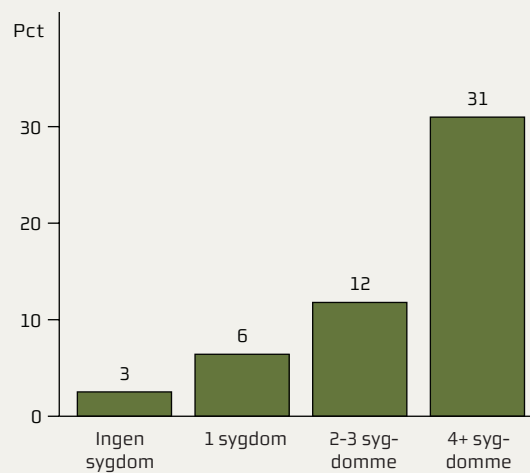
Andel der er meget hæmmet af sygdom i forhold til antallet af kroniske sygdomme



Note: Justeret for forskelle i alder

Figur 2.32

Andel der har brug for hjælp til deres daglige gøremål i forhold til antallet af kroniske sygdomme



Note: Justeret for forskelle i alder



## Multisygdom og helbredsbelastning

I dette afsnit beskrives sammenhængen mellem multi-sygdom og helbredsbelastning.

Ligesom i foregående afsnit opdeles befolkningen i fire grupper efter antallet af kroniske sygdomme (undersøgelses 18 kroniske sygdomme samt eftervirkninger af disse).

Figur 2.29 viser andelen med dårligt selv vurderet helbred hos personer uden kronisk sygdom, med en enkelt kronisk sygdom, med to til tre kroniske sygdomme og med fire eller flere kroniske sygdomme.

- 2 % uden kronisk sygdom har et dårligt selv vurderet helbred
- 7 % med en enkelt kronisk sygdom har et dårligt selv vurderet helbred
- 17 % med to til tre kroniske sygdomme har et dårligt selv vurderet helbred
- 43 % med fire eller flere kroniske sygdomme har et dårligt selv vurderet helbred

For at tage højde for, at andelen med kroniske sygdomme stiger med alderen, er der justeret for aldersforskelle mellem de fire grupper.

En tilsvarende analyse er lavet af sammenhængen mellem antallet af kroniske sygdomme og andelen, der er hæmmet af sygdom og meget hæmmet af sygdom, som har brug for hjælp til at klare dagligdagens gøremål.

Figur 2.30 viser andelen, der er hæmmet af sygdom, i forhold til antallet af kroniske sygdomme.

Figur 2.31 viser andelen, der er meget hæmmet af sygdom, i forhold til antallet af kroniske sygdomme.

Figur 2.32 viser andelen, der har brug for hjælp til dagligdagens gøremål, i forhold til antallet af kroniske sygdomme. Der er i alle tilfælde justeret for aldersforskelle mellem de analyserede undergrupper.

Det generelle billede, der tegner sig, er:

- at der er en meget stærk sammenhæng mellem antallet af kroniske sygdomme og helbredsbelastning, og
- at personer med multisygdom oplever en betydeligt større helbredsbelastning end personer med en enkelt kronisk sygdom

Fx har 31 % med fire eller flere kroniske sygdomme brug for hjælp til deres daglige gøremål mod 3 % blandt personer uden kronisk sygdom og 6 % blandt personer med en enkelt kronisk sygdom.

**FIGUR 2.33**  
Forekomsten af multisygdom - kommuner

	Sygdomme pr. indbygger gennemsnit	Antal sygdomme								Antal syge
		Ingen		En		To-tre		Fire+		
		Pct		Pct		Pct		Pct		
Skive	<b>1,85</b>	28		26		28		18		22.000
Samsø	1,84	30		25		28		18		2.400
Randers	<b>1,82</b>	30		28		26		17		42.000
Lemvig	1,79	31		23		29		16		10.000
Syddjurs	1,77	32		23		27		17		19.000
Horsens	1,72	32		25		27		16		33.000
Norddjurs	1,71	33		23		28		16		17.000
Struer	1,71	33		24		27		16		10.000
Silkeborg	1,68	34		25		25		16		36.000
Herning	1,67	32		25		28		16		36.000
Holstebro	1,66	35		23		27		15		23.000
Ringkøbing-Skjern	1,66	31		26		29		14		24.000
Ikast-Brande	1,62	34		25		27		15		17.000
Viborg	1,61	35		24		27		15		38.000
Odder	1,60	33		27		27		13		9.600
Hedensted	1,59	34		25		28		14		19.000
Favrskov	1,59	33		27		25		14		20.000
Århus	1,58	34		26		25		14		114.000
Skanderborg	<b>1,54</b>	33		27		28		12		24.000

Tal markeret med **fed**: signifikant flere/færre

Figur 2.33 viser forekomsten af kronisk sygdom i kommunerne. Det gennemsnitlige antal sygdomme pr. indbygger varierer fra 1,54 til 1,85.

Det gennemsnitlige antal af kroniske sygdomme pr. indbygger er signifikant højere end i befolkningen som helhed i:

- Skive
- Randers

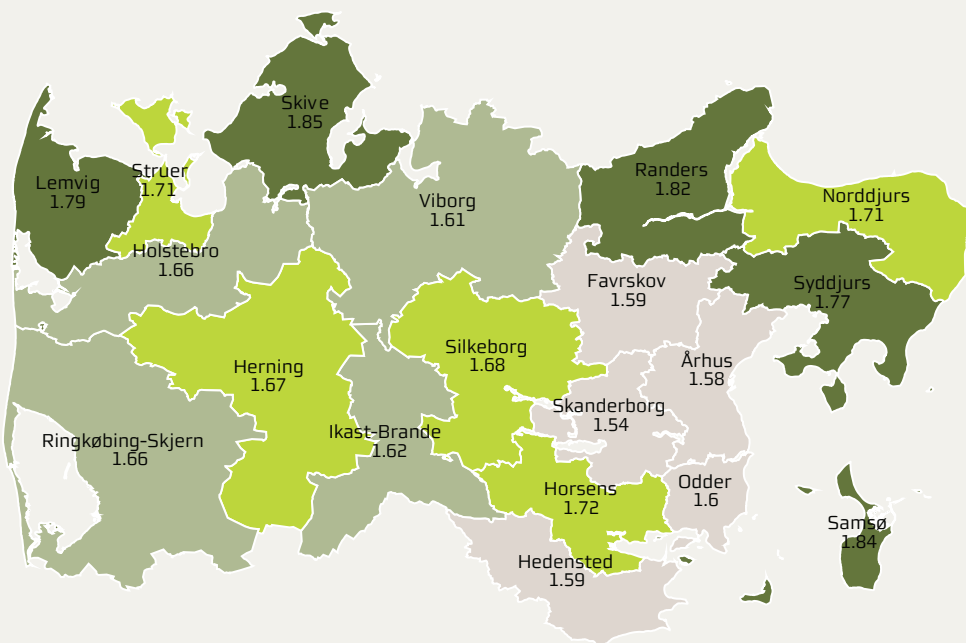
Det gennemsnitlige antal kroniske sygdomme pr. indbygger er signifikant lavere end i hele befolkningen som helhed i:

- Skanderborg

► **2006-2010.** Opgjort ud fra de 17 sygdomme, der var medtaget i 2006-undersøgelsen, er andelen med fire eller flere kroniske sygdomme steget i størstedelen af kommunerne. Stigningen er dog kun statistisk signifikant i Horsens, Randers og Herning. Se figur 2.16.S i bind 2. ◀

**FIGUR 2.33 FORTSAT**

Det gennemsnitlige antal kroniske sygdomme pr. indbygger - kommuner



## Sammenfatning

Der er i stigende grad kommet fokus på kronisk sygdom. Det skønnes, at 70-80 % af ressourcerne i det danske sundhedsvæsen bruges på udredning, behandling mv. af patienter med kroniske sygdomme. Afsnittet belyser forekomsten af 18 kroniske sygdomme eller eftervirkninger af disse: syv potentielt livstruende kroniske sygdomme og 11 ikke-livstruende kroniske sygdomme.

I det samlede sygdomsbillede dominerer de ikke-livstruende sygdomme med muskel-skelet-sygdomme som den hyppigste gruppe. 30 % af den voksne befolkning i Region Midtjylland har en muskel-skeletsygdom.

Andre hyppige ikke-livstruende sygdomme er allergi, psykiske lidelser samt migræne/hyppig hovedpine og tinnitus.

Blandt de potentielt livstruende sygdomme er hjerte-kar-sygdomme de hyppigste.

Der er generelt sket en forøgelse af forekomsten af kronisk sygdom fra 2006 til 2010. Forøgelsen er størst ved forhøjet blodtryk, slidgigt/leddegigt og allergi.

Der er foretaget en rangordning af kommunerne i forhold til forekomsten af de 18 kroniske sygdomme. Hedensted har den mindste sygdomsbelastning, Lemvig den største, men forskellen i forekomsten af kroniske sygdomme imellem kommunerne er små.

Der er markante forskelle i forekomsten af de 18 kroniske sygdomme i forhold til alder, køn og uddannelsesniveau.

De potentielt livstruende sygdomme er hyppigst hos de ældre, mens billedet ved de ikke-livstruende sygdomme er mere komplekst.

De potentielt livstruende sygdomme er hyppigst hos mænd, mens de ikke-livstruende sygdomme er hyppigst hos kvinder.

Ved 14 ud af de 18 kroniske sygdomme er forekomsten størst hos de lavtuddannede. Der er således en udpræget social ulighed i forekomsten af kroniske sygdomme.

Mere end halvdelen af de kronisk syge lider af to eller flere kroniske sygdomme, betegnet multisygdom. Der er sket en forøgelse i forekomsten af multisygdom fra 2006 til 2010.

Multisygdom medfører en betydelig helbredsbelastning. Der er en stærk sammenhæng mellem antallet af kroniske sygdomme og dårligt selv vurderet helbred, hvorvidt man er hæmmet af sygdom samt hvorvidt man har brug for hjælp til at klare dagligdagens gøremål.

Det gennemsnitlige antal kroniske sygdomme pr. indbygger er signifikant højere i Randers og Skive og mindre i Skanderborg end i befolkningen som helhed.



## Referencer

- Jylhä M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med*, Aug;69(3):307-16.
- Kristensen T. S. et al. (1998). *Selvvruderet helbred og arbejdsmiljø – Er selvvruderet helbred et frugt bart og nyttigt begreb i arbejdsmiljø forskning og forebyggelse?* København: Arbejdsmiljøfondet.
- Idler E. L & Benyamini Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty seven community studies. *J Health Soc Beh*, 38: 21-37.
- Dominick K. L. et al. (2002). Relationship of health related quality of life to health care utilization and mortality among older adults. *Aging Clin Exp Res*, 14(6): 499-508.
- DeSalvo K. B. et al. (2009). Health care expenditure prediction with a single item, self-rated health measure. *Med Care*, Apr; 47(4):440-7.
- DeSalvo K. B. (2006). Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. I: *J Gen Intern Med*, Mar; 21(3):267-75.
- McBeth J. & Jones K. (2007). Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, Jun; 21(3): 403-25.
- Waddell G. (2006). Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders. *British Medical Bulletin*, Sep; 77&78: 55-69.
- Hansen D. G, et al. (2004). *Folkesygdomme i almen praksis. Forekomst og forebyggelsesperspektiver vurderet i forbindelse med en auditregistrering.* Audit Projekt Odense, Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense, Syddansk Universitet og Statens Institut for Folkesundhed.
- Mortensen O. B. (2008). *Hvidbog om sygefravær og tilbagevenden til arbejde ved muskel-skeletbesvær.* Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.
- Fagligt grundlag for prioriteringen af arbejdsmiljøindsatsen. (2010). *Fremtidens arbejdsmiljø 2020.* Arbejdstilsynet, marts.
- Dunn K. M. et al. (2006). Characterizing the Course of Low Back Pain: A Latent Class Analysis. *Am J Epidemiol*, Apr 15; 163(8): 754-61.
- Haneline M. T. & Meeker W.C. (2009). *Introduction to public health for chiropractors.* Jones & Bartlett Learning.
- Burton A. K. et al. (2006). Chapter 2. European guidelines for prevention in low back pain. November 2004. *Eur Spine J*, 15 (Suppl 2): S136-S68.
- Andersen J. H. et al. (2007). Risk factors for more severe regional musculoskeletal symptoms: A two-year prospective study of a general working population. *Arthritis Rheum*, 56(4): 1355-64.
- Regeringen (2010). *Nye veje til et bedre arbejdsmiljø. Regeringens strategi for arbejdsmiljøindsats en frem til 2020.* Regeringen, september.
- Andersen L. L. et al. (2009). *Effect of physical exercise interventions on musculoskeletal pain in all body regions among office workers: A one-year randomized controlled trial* [E-pub ahead of print]. Manual Therapy.
- Arbejdstilsynet (2010). *Fagligt grundlag for prioriteringen af arbejdsmiljøindsatsen. Fremtidens arbejdsmiljø 2020.* Arbejdstilsynet, marts.
- Manniche C. et al. (2007). Kapitel 7. Muskel- og skelet-sygdomme. I: Kjølner M., Juel K. & Kamper- Jørgensen F. (red.), *Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007.* Statens Institut for Folkesundhed, Syd dansk Universitet, København, 101-116.
- Momsen A. M. (2010). *Lænderygmerter – litteraturstudie af bedste viden på området.* Marselisborg centeret, maj.
- Christensen B. et al. (2007). *Almen medicin*, 2. udgave. Munksgaard Danmark.
- Løvschall C. et al. (2010). *Sundhedsstyrelsen. Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering. Tværdisciplinær og tværsektoriel indsats over for patienter med ondt i ryggen – en medicinsk teknologivurdering.* København: Sundhedsstyrelsen.
- Pallesen E. et al. (2008). *Hospitalsbaseret rehabilitering af sygemeldte – beskrivelse af den tværfaglige og tværsektorielle indsats.* Århus: Center for Folkesundhed.
- Kalia M. (2002). Assessing the economic impact of stress—the modern day hidden epidemic. *Metabolism*, Jun; 51 (6 Suppl 1): 49-53.
- Pedersen A. et al. (2010). Influence of psychological stress on upper respiratory infection - a meta-analysis of prospective studies. *Psychosom Med*, Oct; 72(8):823-32.
- Nielsen N. R. (2009). Stress – folkesundhed og forebyggelse. I: Kamper-Jørgensen F., Almind G. & Jensen B. B. (red.). *Forebyggende sundhedsarbejde.* 5. udgave. Munksgaard Danmark, (413-419).
- Cohen S. et al. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 24, 385–396.
- Cohen S. & Williamson G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. I: Spacapan S. & Oskamp S. (eds.). *The social psychology of health* (pp. 31–67). Newbury Park, CA: Sage.
- Cohen S. et al. (1993). Negative life events, perceived stress, negative affect, and susceptibility to the common cold. I: *Journal of personality and social psychology*, 64, 131-140.
- Lazarus R. S. & Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping.* New York: Springer Publishing Company.
- Larsen F. B. (2007). Stress og belastende livs-omstændigheder – hvilke belastninger betyder mest? I: *Hvordan har du det? Online*, 1, 4-10

32. Willert M. V. et al. (2009). Changes in stress and coping from a randomized controlled trial of a three-month stress management intervention. *Scand J Work Environ Health*, 35:145-52
33. Avison W. R. et al. (ed.). (2010). The Blackwell companion to medical sociology. Chichester: Wiley-Blackwell, 242-267.
34. Larsen F. B. (2007). Stress og placeringen i jobhierarkiet. I: *Hvordan har du det? Online*, 1, april.
35. Kellenberger S. & Larsen, F. B. (2008). Stress øger risikoen for sygefravær hos raske erhvervsaktive. I: *Hvordan har du det? Online*, 5, december.
36. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Indenrigs- og Socialministeriet (2009). *Vejledning om træning i kommuner og regioner*. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Indenrigs- og Socialministeriet.
37. Rehabiliteringsforum Danmark og Marselisborg Centeret (2004). *Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*. Rehabiliteringsforum Danmark og Marselisborg Centeret.
38. Willaing I., Folmann N. B. & Gisselbæk A. B. (2005). *Patientskoler og gruppebaseret patientundervisning – en litteraturgennemgang med fokus på metoder og effekter*. Sundhedsstyrelsen.
39. Ware J. E., Kosinski M., Turner-Bowker D. M. & Gandek B. (2001). *How to score version 2 of the SF-12 health survey (with a supplement documenting version 1)*. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated.
40. Cohen J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
41. Ware J., Snow K. & Kosinski M. (1993). *SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide*. Lincoln, RI: Quality-Metric Incorporated.
42. Fenty J. (2005). Analyzing distances. *The Stata Journal* vol 4, 1, pp.1-26.
43. Kohler U. & Luniak M. (2005). Data inspection using biplots. *The Stata Journal* vol 5, 2, pp. 208-223.
44. Sundhedsstyrelsen (2005). *Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb*. København: Sundhedsstyrelsen.
45. World Health Organization (2005). *Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment*. Geneva: WHO.
46. World Health Organization (2008). *2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases: prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes*. Geneva: WHO.
47. Danmarks Statistik (2010). *Statistisk Årbog 2010*. København: Danmarks Statistik.
48. Regeringen (2002). *Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*. København: Regeringen, september.
49. Vibe-Petersen J. & Perrild H. J. D. (2000). Type 2-diabetes blandt indvandrere. *Ugeskrift for Læger* 6. november, nr. 45.
50. Ekholm O. et al. (2002). *Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
51. Persson G. et al. (2001). Health in Sweden. The national public health report 2001. *Scand J Public Health*; 29(suppl 58).
52. Danmarks Statistik (2010). *Nyt fra Danmarks Statistik. Emnegruppe: Befolkning og valg. Middellevetid 2008/2009*. København: Danmarks Statistik, Nr. 124.
53. Fortin et al. (2005). Prevalence of multimorbidity among adults in family practice. *Ann Fam Med* 3(3): 2.
54. Lee T. A. et al. (2007). Mortality rate in veterans with multiple chronic conditions. *J Gen Intern Med.*, Dec; 22 Suppl 3:403-7.
55. Condelius A., Edberg A. K., Jakobsson U. & Hallberg I. R. (2007). Hospital admissions among people 65+ related to multimorbidity, municipal and outpatient care. *Arch Gerontol Geriatr*. 2008 Jan-Feb;46(1):41-55. Epub 2007 Apr 2.
56. Librero J., Peiro S. & Ordinana R. (1999). Chronic comorbidity and outcomes of hospital care: length of stay, mortality, and readmission at 30 and 365 days. *J Clin Epidemiol*, 52:171-9.
57. Fortin M., Bravo G., Hudon C., Lapointe L., Dubois M-F. & Almirall J. (2006). Psychological Distress and Multimorbidity in Primary Care. *Ann Fam Med*, 4: 417-22.
58. Verbrugge L.M., Lepkowski J. M. & Imanaka Y. (1989). Comorbidity and its impact on disability. *Milbank Quarterly*, 67: p. 450-84.
59. Wright N., Smeeth L & Heath I. (2003). Moving beyond single and dual diagnosis in general practice. Many patients have multiple morbidities, and their needs have to be addressed. *BMJ*, 326: 512-514.

# SUNDHEDSVANER

## Indledning

Der er solid videnskabelig dokumentation for, at rygning, alkohol, fysisk aktivitet og kost har stor betydning for folkesundheden (1). De fire sundhedsvaner, også kaldet KRAM for Kost, Rygning, Alkohol og Motion, beskrives i det følgende. Derudover beskrives udbredelsen af overvægt i befolkningen. Overvægt kan næppe kaldes en sundhedsvane, men udviklingen af overvægt kan ses som det langsigtede resultat af en ubalance mellem kost og fysisk aktivitet.

I 2009 udgav forebyggelseskommissionen rapporten *Vi kan leve længere og sundere* (2). I rapporten konkluderes, at danskernes uhensigtsmæssige sundhedsvaner er årsag til en middellevetid under det niveau, der kan forventes, udgifterne til sundhedsvæsenet og den relative velstand i Danmark taget i betragtning.

Konsekvenserne af hensigtsmæssige eller uhensigtsmæssige sundhedsvaner opleves først og fremmest af den enkelte borger, men der er også samfundsmæssige konsekvenser af befolkningens sundhedsvaner.

På individniveau er dårlige sundhedsvaner årsag til både et kortere liv og en dårligere livskvalitet. I tillæg hertil har personer med uhensigtsmæssige sundhedsvaner oftere en svagere placering på arbejdsmarkedet i form af højere sygefravær, højere arbejdsløshed og lavere løn (3).

Uhensigtsmæssige sundhedsvaner belaster samfundsøkonomien på flere måder. For det første ved de udgifter, der er forbundet med behandling af kroniske sygdomme mv., der opstår som konsekvens af uhensigtsmæssige sundhedsvaner. For det andet ved udgifterne til sygedagpenge, førtidspension osv., og for

det tredje fordi samfundet mister værdien af det arbejde, der kunne have været udført, hvis befolkningen var sund og rask og levede længe.

På baggrund af Forebyggelseskommissionens rapport, Statens Institut for Folkesundheds *Folkesundhedsrapporten* og rapporten *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*, kan betydningen af risikofaktorer opgøres: (2, 3, 4, 5)

- Rygning er årsag til 27 % af alle dødsfald. Ryger man mere end 15 cigaretter om dagen, kan man forvente at dø 8-10 år for tidligt i forhold til hvis man slet ikke ryger. Derudover kan rygere forvente at leve 8-10 år med én eller flere sygdomme
- Et storforbrug af alkohol er skyld i 5 % af alle dødsfald. Den forventede levetid reduceres med knap fem år for mænd og fire år for kvinder sammenlagt med personer der ikke drikker alkohol. Derudover kan mandlige og kvindelige storforbrugere forvente at leve hhv. fem og tre år med én eller flere sygdomme
- Usund kost er årsag til 7-8 % af alle dødsfald. Den forventede levetid reduceres med 11 år for mænd og ni år for kvinder ved et usundt kostmønster
- Inaktivitet er skyld i 7-8 % af alle dødsfald. Fysisk inaktive kan forvente at dø fem-seks år for tidligt og leve cirka syv år med en eller flere kroniske sygdomme
- Overvægt er skyld i 2 % af alle dødsfald. Svært overvægtige dør i gennemsnit to-tre år for tidligt. Svært overvægtige mænd kan forvente at leve tre år med én eller flere sygdomme. For kvinder er det seks år



Ud over tidlig død og forringet livskvalitet resulterer risikofaktorerne i et betydeligt antal hospitalsindlæggelser, kontakter til alment praktiserende læge, fraværsdage fra arbejde og førtidspension (2, 3, 6).

Sociale forskelle i forekomsten af risikofaktorer bidrager til social ulighed i sundhed, både hvad angår dødelighed, raske leveår og livskvalitet. Derfor lægges der i det følgende vægt på at beskrive sociale såvel som køns-, alders- og geografiske forskelle i sundhedsvaner.

## Rygning

Rygning udgør den væsentligste forebyggelige risikofaktor i forhold til langvarig sygdom og dødelighed. I gennemsnit lever en ryger 10 år kortere end en person, der aldrig har røget. Ifølge WHO er rygning den næststørste dødsårsag i verden, og 10 % af alle dødsfald blandt voksne kan henføres til rygning (2, 7, 8).

Antallet af rygere i Danmark har været faldende over en årrække. Rygning er dog stadig en af de mest belastende risikofaktorer for folkesundheden i Danmark.

Ved at mindske andelen af rygere mindskes risikoen for flere langvarige sygdomme og tidlig død (4, 9). Tobaksforebyggelse er derfor en hel essentiel del af forebyggelsesarbejdet.

Tobaksforebyggelse retter sig mod hele befolkningen.

I forhold til rygerne handler det om at motivere til rygestop og støtte og hjælpe de rygere, der ønsker at holde op.

I forhold til ikkerygerne handler det om at forebygge rygestart hos børn, unge og eksrygere og at sikre, at ingen mod deres vilje udsættes for passiv rygning.

Viden om befolkningens rygevaner kan bruges til at målrette indsatsen mod grupper og miljøer, der har særligt behov.

En væsentlig ændring på rygeområdet siden *Hvordan har du det? 2006 er Lov om røgfri miljøer*, som trådte i kraft pr. 15. august 2007. Formålet med den nye rygelov er at udbrede røgfri miljøer med henblik på at forebygge sundhedsskadelige effekter af passiv rygning og forebygge, at nogen ufrivilligt udsættes for passiv rygning (10). I kapitlet *Motivation og rådgivning* vil rygeloven blive inddraget i forhold til, hvor stor en andel der i 2010 arbejder på en arbejdsplads, hvor rygere reglerne efterleves.

I det følgende belyses befolkningens rygevaner. Der sættes fokus på, hvor stor en andel af den voksne (25-79 år) befolkning i Region Midtjylland som ryger. Andelen af rygere beskrives i forhold til sociale forhold, geografi, kroniske sygdomme og brancher. Derudover sættes der fokus på passiv rygning i hjem, hvor der bor børn under 15 år.

Følgende spørgsmål anvendes til at belyse befolkningens rygevaner:

- Ryger du?
- Hvor meget ryger du i gennemsnit pr. dag?

I forhold til passiv rygning i hjem med børn anvendes følgende spørgsmål:

- Bliver der røget indendørs i dit hjem?

## Hvor mange ryger?

Figur 3.1 viser, at andelen der ryger dagligt, er 22 %. På landsplan er andelen 21 % (11).

Dagligrygerne opdeles i storrygere, som har et dagligt forbrug på 15 cigaretter eller flere, samt moderatrygere, som dagligt ryger færre end 15 cigaretter. 13 % er storrygere og 9 % er moderatrygere.

Derudover er 3 % lejlighedsrygere. En lejlighedsryger ryger højst én gang om ugen.

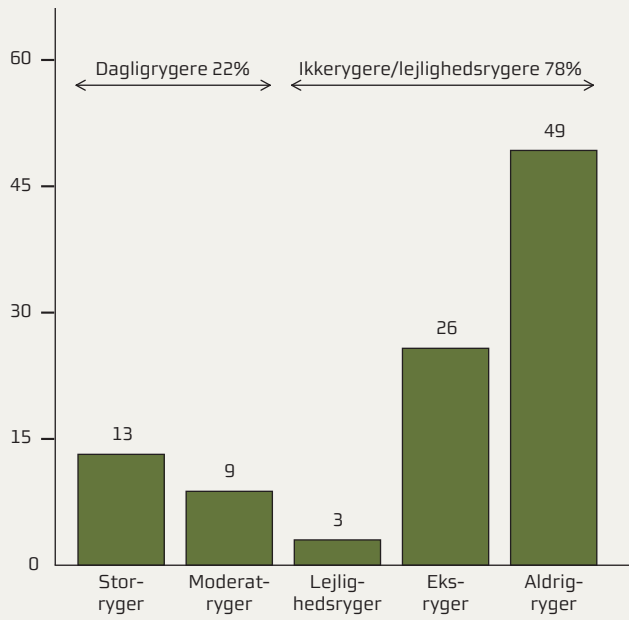
26 % ryger ikke, men har tidligere røget dagligt.

49 % ryger ikke og har aldrig røget dagligt.

Cirka 380.000 personer i Region Midtjylland har aldrig røget dagligt.

Andelen af aldrigrygere fordeler sig forskelligt mellem køn og aldersgrupper. Den største andel af aldrigrygere findes i de yngste aldersgrupper. 58 % blandt mænd og 62 % blandt kvinder i alderen 25-34 år har aldrig røget dagligt. For mænd er andelen, der aldrig har røget dagligt, lavest i aldersgruppen 55-64 år, hvor kun 34 % aldrig har røget dagligt. Blandt kvinder er 46 % i alderen 55-64 år aldrigrygere.

► 2006-2010. Andelen af dagligrygere er fra 2006 til 2010 faldet fra 27 % til 22 %. Andelen af storrygere og lejlighedsrygere er faldet siden 2006, mens andelen af eksrygere og aldrig-rygere er steget. Se figur 3.1.5 og 3.2.5 i bind 2. ◀

**FIGUR 3.1**  
Rygevaner

**FIGUR 3.2**  
Dagligrygere – køn, alder og sociale forhold



## Dagligrygere i forhold til køn, alder og sociale forhold

Af figur 3.2 fremgår det, at i alt cirka 166.000 personer ryger dagligt.

Der er betydelige forskelle i rygevaner i forhold til køn, alder og sociale forhold, hvilket fremgår af figur 3.2.

**Køn.** Der er en større andel af mænd end kvinder, der ryger dagligt.

**Alder.** Andelen af dagligrygere er mindst blandt unge og de ældste. Blandt personer i alderen 45-74 år er andelen af dagligrygere størst.

**Uddannelsesniveau.** Andelen af dagligrygere falder med stigende uddannelsesniveau. Der er 32 % dagligrygere blandt personer med lavt uddannelsesniveau og 13 % blandt personer med højt uddannelsesniveau.

**Bolig.** Der er flere dagligrygere blandt personer, der bor i lejebolig sammenlignet med personer, der bor i ejerbolig.

**Samlivssituation.** Flere personer der lever alene er dagligrygere end personer, der er gift/samlevende.

**Børn i hjemmet.** Flere personer uden børn i hjemmet ryger dagligt.

**Arbejde.** Der er en markant større andel af personer, der ryger dagligt blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke har et arbejde sammenlignet med personer, der har et arbejde.

Sammenlignet med andelen af dagligrygere i hele befolkningen er der signifikant flere rygere blandt følgende grupper:

- Mænd
- Personer i alderen 45-64 år
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Personer der bor i lejebolig
- Personer der lever alene
- Personer der ikke bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke har et arbejde

Blandt følgende grupper er der signifikant færre dagligrygere:

- Kvinder
- Personer i alderen 25-34 år og 75-79 år
- Personer med et højt uddannelsesniveau
- Personer der bor i ejerbolig
- Personer der er gift/samlevende
- Personer der bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der har et arbejde

► **2006-2010.** Der er sket et fald i andelen af dagligrygere i perioden 2006 til 2010 inden for størstedelen af de grupper, som er beskrevet i figur 3.2. Dette fremgår af figur 3.2.5 i bind 2. Der er dog ikke sket et statistisk signifikant fald blandt personer med lavt uddannelsesniveau samt personer i den erhvervsaktive alder, som ikke har et arbejde. ◀

**FIGUR 3.3**  
Dagligrygere - køn, alder og uddannelsesniveau



## Dagligrygere - samspillet mellem køn, alder og uddannelsesniveau

Der er en markant forskel i andelen af dagligrygere imellem uddannelsesniveauerne.

Forskellene i uddannelsesniveau er endnu mere markante, når der opdeles på køn og alder, hvilket fremgår af figur 3.3.

Den største forskel i andelen af dagligrygere findes mellem mænd i alderen 25-34 år på laveste og højeste uddannelsesniveau. For mænd i alderen 25-34 år er 44 % med et lavt uddannelsesniveau dagligrygere sammenlignet med 7 % blandt mænd i samme aldersgruppe med et højt uddannelsesniveau.

De samme forskelle gør sig gældende for kvinder, hvor forskellen dog ikke er lige så stor som hos mænd.











Blandt mænd i alderen 45-65 år og kvinder i alderen 45-54 år med et middelhøjt uddannelsesniveau er der signifikant flere dagligrygere end i hele befolkningen. Der er signifikant færre dagligrygere blandt 25-34-årige og 65-74-årige kvinder med middelhøjt uddannelsesniveau.



Blandt højtuddannede kvinder er der for samtlige aldersgrupper signifikant færre dagligrygere end i hele befolkningen.

Hos mænd med et højt uddannelsesniveau er der signifikant færre dagligrygere end i hele befolkningen i aldersgruppen 25-54 år, mens aldersgruppen 55-79 år ikke adskiller sig fra rygerandelen i hele befolkningen.

**FIGUR 3.4**

Dagligrygere - personer i den erhvervsaktive alder (25 - 64 år) - uden for og på arbejdsmarkedet

	Ikke i arbejde		I arbejde	
	Pct	Personer	Pct	Personer
<b>Alle</b>	31 	39.000	20 	97.000
<b>Alder</b>				
25-34	26 	4.700	16 	19.000
35-44	35 	6.900	18 	27.000
45-54	41 	9.300	22 	32.000
55-64	28 	18.000	22 	21.000

 Signifikant flere end hos alle i den erhvervsaktive alder (25-64 år)  
 Signifikant færre end hos alle i den erhvervsaktive alder (25-64 år)

## Dagligrygere i den erhvervsaktive alder

Som det fremgår af figur 3.4, ryger 20 % af de erhvervsaktive dagligt.

Blandt personer i den erhvervsaktive alder, som ikke har et arbejde, er der 31 % dagligrygere.

Der er betydelige aldersforskelle i andelen der ryger dagligt blandt personer, der har et arbejde og personer, der ikke har et arbejde.

Blandt personer der ikke har et arbejde, er der signifikant flere dagligrygere i aldersgruppen 35-64 år end i hele befolkningen. For personer i den erhvervsaktive alder, der har et arbejde, er der signifikant færre rygere blandt de yngre aldersgrupper end i hele befolkningen.

► **2006-2010.** I perioden fra 2006 til 2010 er andelen af rygere blandt de erhvervsaktive faldet med fem procentpoint. Der er ikke sket et fald i andelen af rygere fra 2006 til 2010 blandt personer, der ikke har et arbejde, jævnfør figur 3.2.5. Dette tyder på, at arbejdspladsen spiller en væsentlig rolle i forhold til holdninger og adfærd på rygeområdet. ◀

**FIGUR 3.5**  
Dagligrygere i kommunerne



## Dagligrygere i kommunerne

Andelen af dagligrygere varierer mellem kommunerne fra 19 % til 27 %, hvilket fremgår af figur 3.5.

Den højeste andel af dagligrygere findes på Samsø.

Den laveste andel af dagligrygere findes i Århus og Herning Kommune.

Der er signifikant flere dagligrygere end i hele befolkningen i:

- Norrdjurs

Der er signifikant færre dagligrygere end i hele befolkningen i:

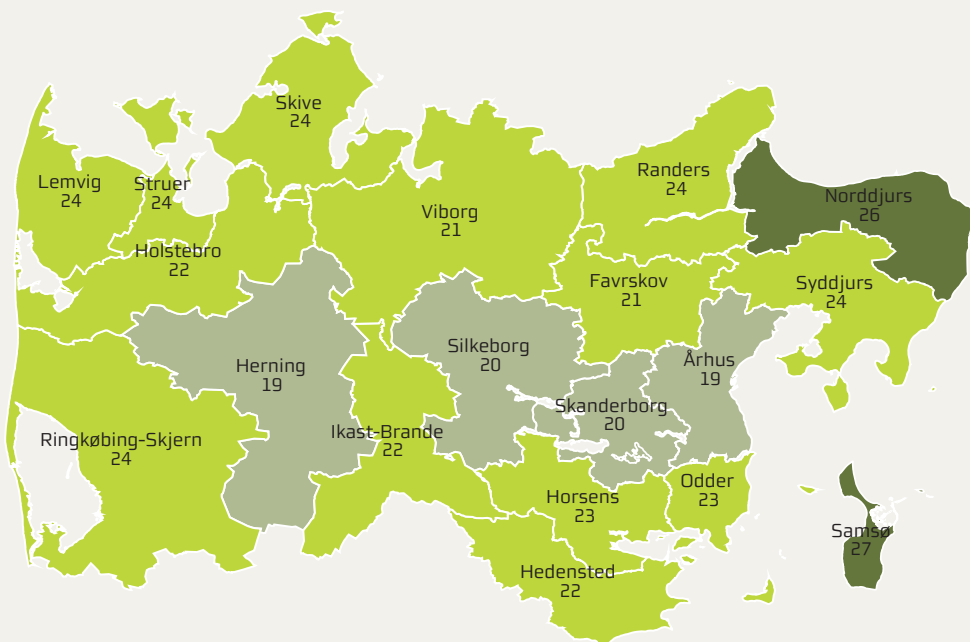
- Århus

► **2006-2010.** Andelen af dagligrygere er faldet i perioden fra 2006 til 2010 i flere af kommunerne i Region Midtjylland, jævnfør figur 3.3.S, i bind 2. ◀

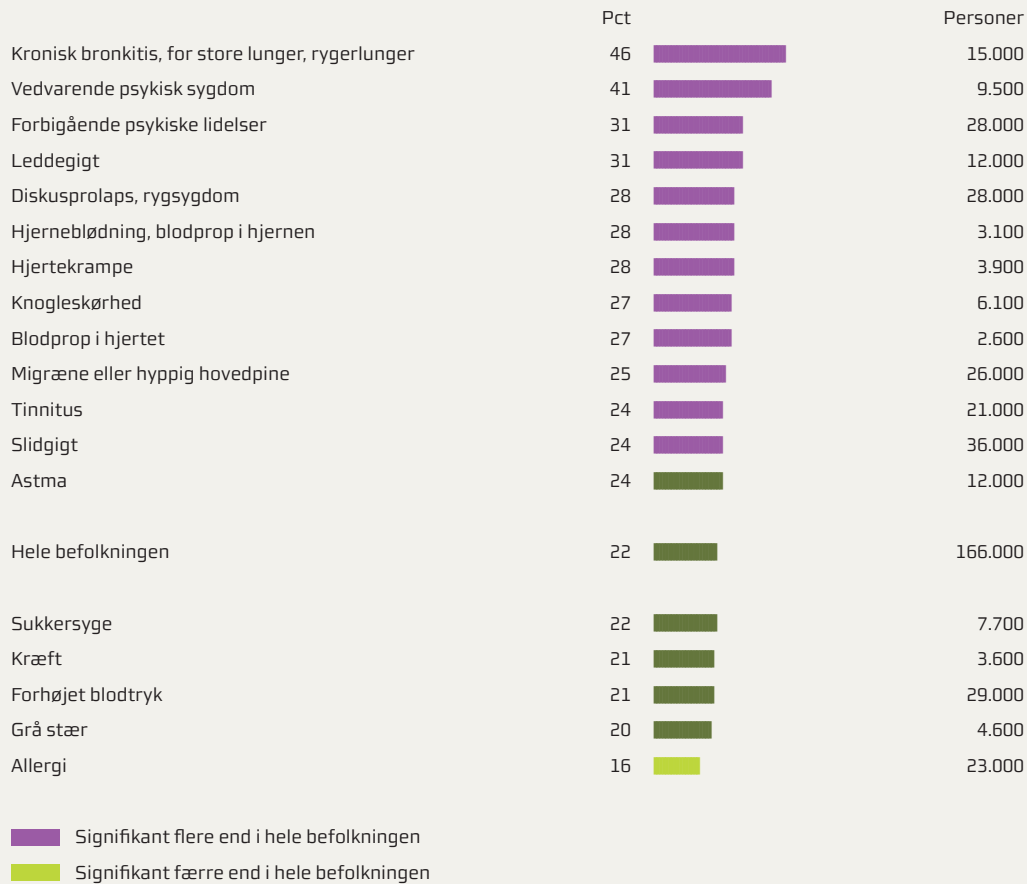


**FIGUR 3.5 FORTSAT**

Andelen af dagligrygere i kommunerne ( i pct )



**FIGUR 3.6**  
Dagligrygere - kroniske sygdomme



## Dagligrygere i forhold til kroniske sygdomme

En særlig interesse knytter sig til rygevaner hos kronisk syge.

Rygning er en medvirkende årsag, og nogle gange hovedårsagen, til flere langvarige sygdomme, herunder blandt andet kræft, hjerte-kar-sygdomme og KOL (4, 5, 12).

Rygning kan mindske virkningen af den lægelige behandling og fremme udviklingen af sygdommen eller eventuelle følgesygdomme (fx hjerte-kar-sygdomme i forbindelse med sukkersyge).

Rygning svækker endvidere den almene sundhedstilstand og medvirker derfor sammen med den kroniske sygdom til at forværre patientens helbred.

Af figur 3.6 fremgår det, at der ved 13 ud af de 18 sygdomme er flere dagligrygere end i hele befolkningen. 12 sygdomme har en signifikant højere andel.

Den største andel af dagligrygere findes blandt personer med kronisk bronkitis/for store lunger/rygerlunger. 46 % med denne sygdom ryger dagligt. Personer med vedvarende og forbigående psykiske lidelser har den næsthøjeste andel af rygere, idet henholdsvis 41 % og 31 % ryger dagligt.

Der er signifikant flere dagligrygere blandt personer med følgende sygdomme:

- Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger
- Vedvarende psykisk sygdom
- Forbigående psykiske lidelser
- Leddegigt
- Diskusprolaps, rygsygdom
- Hjerneblødning, blodprop i hjernen

- Hjertekrampe
- Knogleskørhed
- Blodprop i hjertet
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Tinnitus
- Slidgigt

Der er signifikant færre dagligrygere blandt personer med følgende sygdomme:

- Allergi

► 2006-2010. De samme sygdomsgrupper havde også en større andel af dagligrygere i 2006, jævnfør figur 3.4.5, i bind 2. Der er sket et fald i andelen af dagligrygere ved otte af de kroniske sygdomme. Fx er andelen af dagligrygere blandt personer med kronisk bronkitis/for store lunger/rygerlunger faldet med 10 procentpoint i perioden 2006 til 2010. ◀

**FIGUR 3.7**  
Dagligrygere - brancher



## Dagligrygere i forhold til brancher

Som beskrevet tidligere er arbejdspladsen en vigtig arena for tobaksforebyggelse. Andelen af personer på arbejdsmarkedet, der ryger dagligt, er 20 %.

Andelen af dagligrygere inden for de forskellige brancher varierer meget. Figur 3.7 viser, at de såkaldte manuelle brancher (transport, industri og håndværk) har en større andel af rygere end brancher med et stort indhold af service og administration.

Der er signifikant flere dagligrygere end i den erhvervsaktive befolkning som helhed blandt følgende brancher:

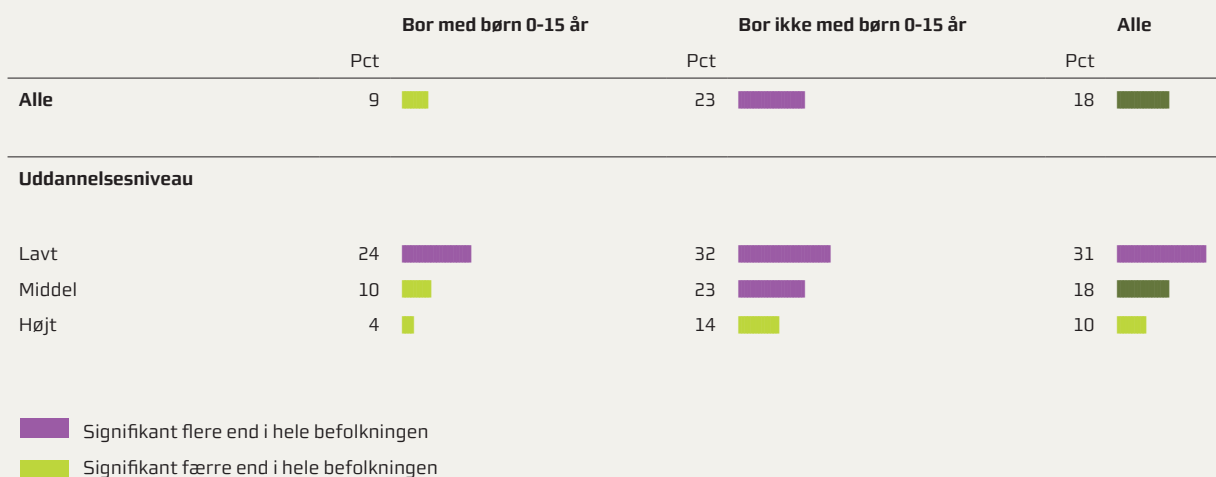
- Transport
- Industri
- Bygge og anlæg

Følgende brancher har en signifikant mindre andel af dagligrygere sammenlignet med den erhvervsaktive befolkning som helhed:

- Undervisning
- Information og kommunikation
- Finansiering og forsikring
- Videnservice

**FIGUR 3.8**  
Rygning i hjem med børn 0 - 15 år

Personer der på spørgsmålet "Bliver der røget indendørs i dit hjem?" har svaret "Ja, hver dag"



## Rygning i hjem med børn

Risikoen for rygestart hos børn og unge øges væsentligt, hvis forældrene ryger (13). Rygning i hjemmet udgør desuden en helbredsrisiko for børnene. 36 % af den voksne befolkning i Region Midtjylland bor sammen med børn under 15 år. Der har i de seneste år været sat fokus på helbredsrisikoen ved passiv rygning fra blandt andre Sundhedsstyrelsen og sundhedsplejen i flere kommuner. Denne fokus har været særligt rettet mod børn og passiv rygning.

Af figur 3.8 fremgår det, at 18 % oplyser, at der bliver røget indendørs i deres hjem hver dag. Der bliver generelt røget mindre i hjem, hvor der bor børn, end i hjem, hvor der ikke bor børn.

9 % af de, der bor sammen med børn, oplyser, at der dagligt bliver røget indendørs i deres hjem. 76 % af de personer, der bor sammen med børn, lever i helt røgfri hjem.

Blandt personer der ikke bor sammen med børn, bliver der dagligt røget indendørs hos 23 %. 60 % lever i røgfri hjem.

Som det fremgår af figur 3.8 er der en stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og rygning i hjemmet, både i hjem med og uden børn. Der ryges generelt mere indendørs blandt personer med lavt uddannelsesniveau. Andelen af personer, der dagligt ryger indendørs, og som har hjemmeboende børn på 0-15 år, er 24 % blandt personer med lavt uddannelsesniveau og 4 % blandt personer med højt uddannelsesniveau. For personer, der ikke bor sammen med børn, er de tilsvarende tal 32 % og 14 %.

Hos personer med middelhøjt uddannelsesniveau ryger signifikant færre med børn i hjemmet dagligt indendørs sammenlignet med hele befolkningen. Signifikant flere personer med middelhøjt uddannelsesniveau, som ikke bor sammen med børn, ryger dagligt indendørs i hjemmet.

► **2006-2010.** Der er sket en særdeles markant ændring i andelen af hjem med børn, hvori der ryges dagligt, i perioden 2006 til 2010. Andelen er faldet fra 19 % til 9 %, jævnfør figur 3.5.5. Andelen der ryger dagligt indendørs blandt personer uden børn i hjemmet er ligeledes faldet. Der er sket et fald fra 33 % til 23 %.

**FIGUR 3.9**

Personer der bor sammen med børn 0 - 15 år, hvor der bliver røget indendørs i hjemmet hver dag - kommuner



Figur 3.9 viser, at andelen af hjem med børn, hvor der dagligt ryges indendørs, svinger fra 7 % til 16 % i kommunerne.

Andelen af hjem med børn, hvori der ryges dagligt er mindst i Århus og Silkeborg Kommune.

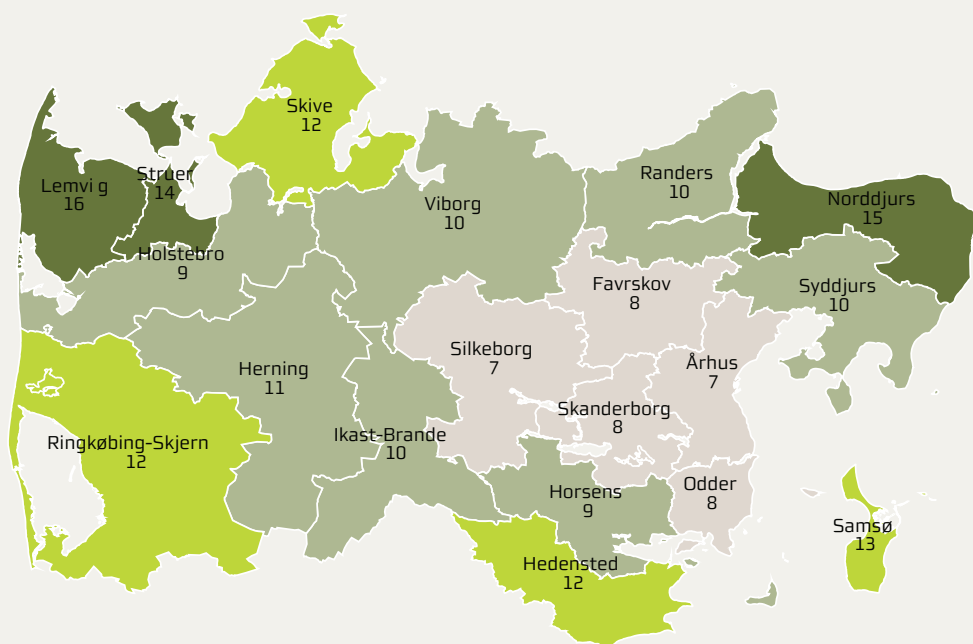
Daglig rygning i hjem med børn er signifikant hyppigere i følgende kommuner:

- Lemvig
- Norrdjurs
- Struer

► 2006-2010. Der er sket et signifikant fald i størstedelen af kommunerne i forhold til rygning i hjem med børn, jævnfør figur 3.5.5. ◀

**FIGUR 3.9 FORTSAT**

Personer der bor sammen med børn 0-15 år, hvor der bliver røget indendørs i hjemmet hver dag - kommuner (i pct)



## Sammenfatning

Andelen af rygere blandt voksne borgere i Region Midtjylland er 22 %. Der er sket et fald fra 27 % siden 2006.

Der er en stærk sammenhæng mellem rygning og sociale forhold. Rygning er særligt udbredt i mindre ressourcerstærke grupper, som fx personer med lavt uddannelsesniveau og personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke har et arbejde.

I hjem med børn ryges der dagligt indendørs hos 9 %. Andelen er mindre end i hjem uden børn. Der er sket en betydelig ændring i perioden fra 2006 til 2010, idet andelen er faldet med 11 procentpoint. Også her er der en stærk sammenhæng med sociale forhold.

## Alkohol

Danskernes gennemsnitlige forbrug af alkohol har været nogenlunde konstant siden 1970'erne. Sammenlignet med andre lande er forbruget højt (14).

Indtagelse af for store mængder alkohol kan have konsekvenser for helbredet. Alkohol øger risikoen for flere kroniske sygdomme, herunder kræft og hjerte-kar-sygdomme (4, 15).

Hvert år sker der alkoholrelaterede dødsfald i trafikken og på arbejdspladsen (2).

Alkoholmisbrug medfører ligeledes en række sociale problemer så som vold og anden kriminalitet, sygefravær, tab af tilknytning til arbejdsmarkedet, skilsmisser og omsorgssvigt af børn.

I august 2010 kom Sundhedsstyrelsen med en ny udmelding om alkohol sammenfattet i syv konkrete anbefalinger (16):

1. Intet alkoholforbrug er risikofrit for dit helbred
2. Drik ikke alkohol for din sundheds skyld
3. Du har en lav risiko for at blive syg på grund af alkohol ved et forbrug på 7 genstande eller mindre om ugen for kvinder og 14 for mænd
4. Du har høj risiko for at blive syg af alkohol, hvis du drikker mere end 14 genstande som kvinde og 21 som mand om ugen
5. Stop før 5 genstande ved samme lejlighed
6. Er du gravid – undgå alkohol. Prøver du at blive gravid – undgå alkohol for en sikkerheds skyld
7. Er du ældre – vær særlig forsigtig med alkohol

Det nye i forhold til tidligere er især udmelding 1, 2 og 3, der drejer sig om den risiko, der er ved selv et lille alkoholforbrug. Sundhedsstyrelsen anfører, at:

- Det er dokumenteret, at der ikke er nogen nedre grænse for alkoholforbruget i forhold til at udvikle kræft. Risikoen for kræft stiger i takt med forbruget
- Der er sat spørgsmålstegn ved omfanget af alkohols hjertebeskyttende effekt og ved størrelsen af den målgruppe, som denne effekt gælder

Sundhedsstyrelsen påpeger, at der er grund til særlig forsigtighed i forhold til kvinders alkoholforbrug.

- Det er veldokumenteret, at kvinder generelt er mere sårbare end mænd over for alkohol, bl.a. i forhold til udvikling af afhængighed
- Ved et forbrugsniveau på 3-4 genstande om dagen ligger kvinders risiko for alkoholrelateret død 20-30 % over mænds
- Risikoen for alkoholrelaterede skader stiger stejletere for kvinder end for mænd

- Brystkræft er den mest udbredte kræftform af de alkoholrelaterede kræftformer, og denne risiko rammer primært kvinder
- Dertil kommer, at de hjerte-kar-forebyggende effekter ikke er påvist for kvinder under 45 år

Gennem oplysning om risikoen ved selv et lille alkoholforbrug ønsker Sundhedsstyrelsen at give den enkelte borger mulighed for at tilrettelægge en sund livsstil med et alkoholforbrug, der kun giver en lille risiko for skader.

Udmelding 4, 5 og 6 er en gentagelse af Sundhedsstyrelsens tidligere anbefalinger, der oplyser borgerne om, hvor grænserne går for et decideret højrisikoforbrug.

Udmelding 7 om ældres alkoholforbrug er ny og sigter til, at ældre er mere følsomme overfor alkohols negative helbredseffekter. Mange ældre indtager desuden medicin, og der kan opstå bivirkninger eller nedsat effekt af medicinen, når der indtages alkohol. Risikoen øges med stigende alder, da optag, fordeling og omsætning i kroppen af medicin og alkohol ændres med alderen.

Sundhedsstyrelsens udmelding fokuserer på sygdomsrisikoen i forbindelse med alkoholindtagelse. Det er herudover vigtigt at være opmærksom på, at alkoholindtagelse for nogen medfører afhængighed.

Alkoholafhængighed kan ud over at øge risikoen for sygdom medføre psykiske og sociale problemer. Samtidig har mennesker, der er afhængige af alkohol, vanskeligt ved at nedsætte deres alkoholforbrug og har derfor sværere ved at følge Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Det er derfor relevant at vide, hvor stor en del af befolkningen, der er afhængig af alkohol.

Sundhedsstyrelsens udmelding og betydningen af alkoholafhængighed kan udmøntes i fire vigtige forebyggelsesmål på alkoholområdet:

- Oplysning af befolkningen om de helbredsmæssige fordele, der er ved at reducere alkoholforbruget til et meget lavt niveau. Herunder oplysning om den særlige risiko, der er for kvinder, gravide og ældre ved indtagelse af alkohol
- Reduktion af omfanget af rusdrikkeri (indtagelse af fem genstande eller mere pr. gang)
- Reduktion af andelen af befolkningen med et stort forbrug (over 14 genstande om ugen for kvinder og 21 genstande om ugen for mænd)
- Reduktion af andelen af befolkningen, der er afhængig af alkohol

I det følgende beskrives forekomsten af følgende former for alkoholforbrug i Region Midtjylland:



**Lavrisikoforbrug.** Et forbrug på mindre end syv genstande om ugen for kvinder og 14 genstande om ugen for mænd.

**Moderat forbrug.** Et forbrug på mellem syv og 14 genstande om ugen for kvinder og mellem 14 og 21 genstande om ugen for mænd.

**Storforbrug.** Et forbrug på mere end 14 genstande om ugen for kvinder og 21 genstande om ugen for mænd.

**Rusdrikkeri.** Indtagelse af fem eller flere genstande pr. gang mindst én gang om ugen.

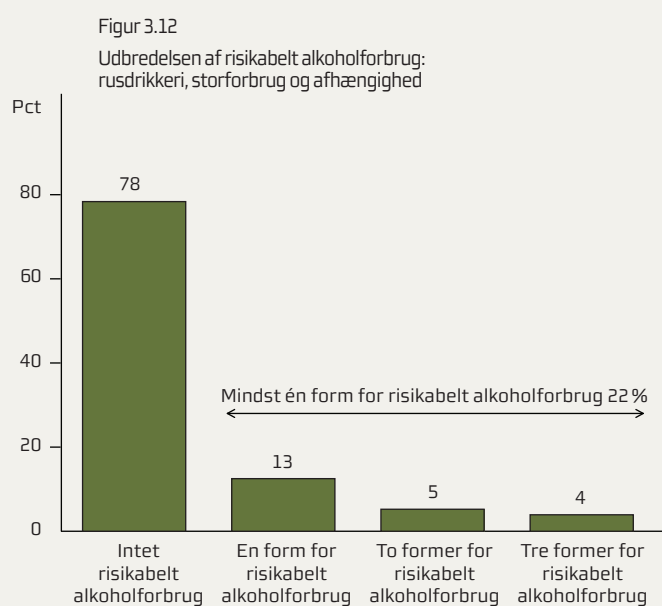
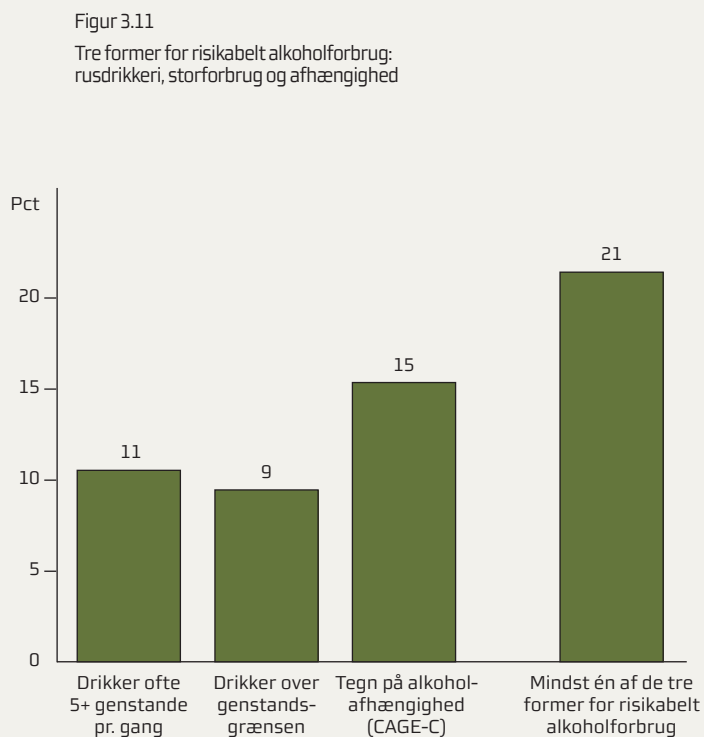
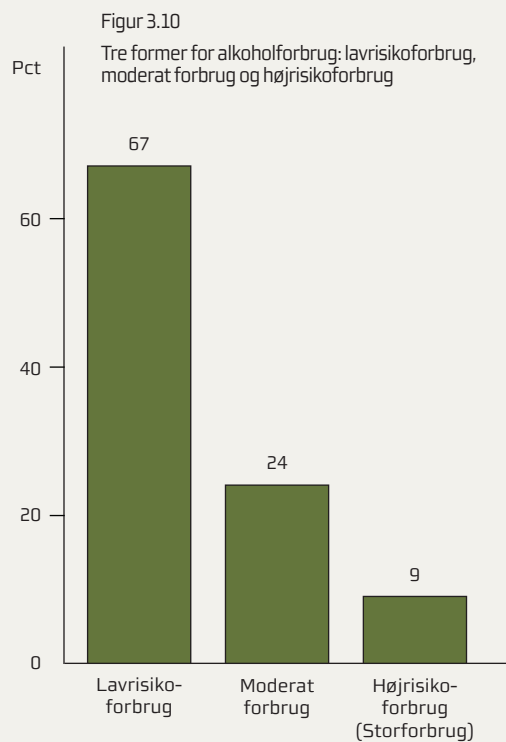
**Alkoholafhængighed.** Tegn på alkoholafhængighed. Afhængighed er målt ved hjælp af CAGE-C, der består af seks spørgsmål om alkoholvaner (17):

1. Har du inden for det sidste år følt, at du burde ned sætte dit alkoholforbrug?
2. Er der nogen, der inden for det sidste år har 'brokket' sig over, at du drikker for meget?
3. Har du inden for det sidste år følt dig skidt tilpas eller skamfuld på grund af dine alkoholvaner?
4. Har du inden for det sidste år jævnligt taget en genstand som det første om morgenen for at 'berolige nerverne' eller blive 'tømmermændene' kvit?
5. Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?
6. Hvor mange dage om ugen drikker du alkohol?

Hvis der i spørgsmål 1-5 svares ja to eller flere gange, eller der svares ja én gang i spørgsmål 1-5, og der i spørgsmål 6 svares, at der drikkes alkohol mere end fire dage om ugen, tolkes det som tegn på alkoholafhængighed.

**Risikabelt alkoholforbrug.** Mindst en af tre former for risikabelt alkoholforbrug: rusdrikkeri, storforbrug eller alkoholafhængighed.

**FIGUR 3.10, 3.11, 3.12**  
Alkoholforbrug



## Hvor mange har et risikabelt alkoholforbrug?

Af figur 3.10 fremgår andelen af personer, der har et lavt, moderat eller højt ugentligt alkoholforbrug. Et højt alkoholforbrug benævnes herefter som storforbrug.

67 % svarende til 506.000 personer har et lavrisikoforbrug af alkohol.

24 % har et moderat alkoholforbrug. Dette svarer til, at 177.000 personer har et alkoholforbrug, der ligger imellem Sundhedsstyrelsens udmelding om lavrisikoforbrug og højrisikoforbrug.

9 % har et storforbrug af alkohol. 71.000 personer har dermed et alkoholforbrug med høj risiko for sygdom.

Det skal nævnes, at 8 % af befolkningen ikke har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder. Det betyder, at 63.000 personer ikke har et alkoholforbrug. Der er en stærk sammenhæng mellem intet alkoholforbrug, køn og uddannelsesniveau. Den største forskel i andelen, der ikke drikker alkohol, finder man mellem mænd med højt uddannelsesniveau og kvinder med lavt uddannelsesniveau. 5 % blandt mænd med højt uddannelsesniveau har ikke drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder, mens det samme gælder for 23 % af kvinder med lavt uddannelsesniveau.

Som tidligere nævnt betegnes storforbrug, rusdrikkeri og tegn på afhængighed som risikable former for alkoholforbrug. Figur 3.11 viser, hvor stor en andel der har et risikabelt alkoholforbrug fordelt på de tre former.

Ud over at 9 % har et storforbrug af alkohol, er der 11 %, der mindst én gang om ugen drikker mere end fem genstande pr. gang.

15 % af befolkningen viser tegn på alkoholafhængighed målt ved CAGE-C.

21 % har mindst én af de tre former for risikabelt alkoholforbrug.

Ser man på forekomsten af de tre former for risikabelt alkoholforbrug under ét, jævnfør figur 3.12, tegner der sig følgende billede:

78 % af den voksne befolkning i Region Midtjylland har

ikke et risikabelt alkoholforbrug. Dette svarer til 610.000 personer.

13 % svarende til 97.000 personer har en af de tre former for risikabelt alkoholforbrug.

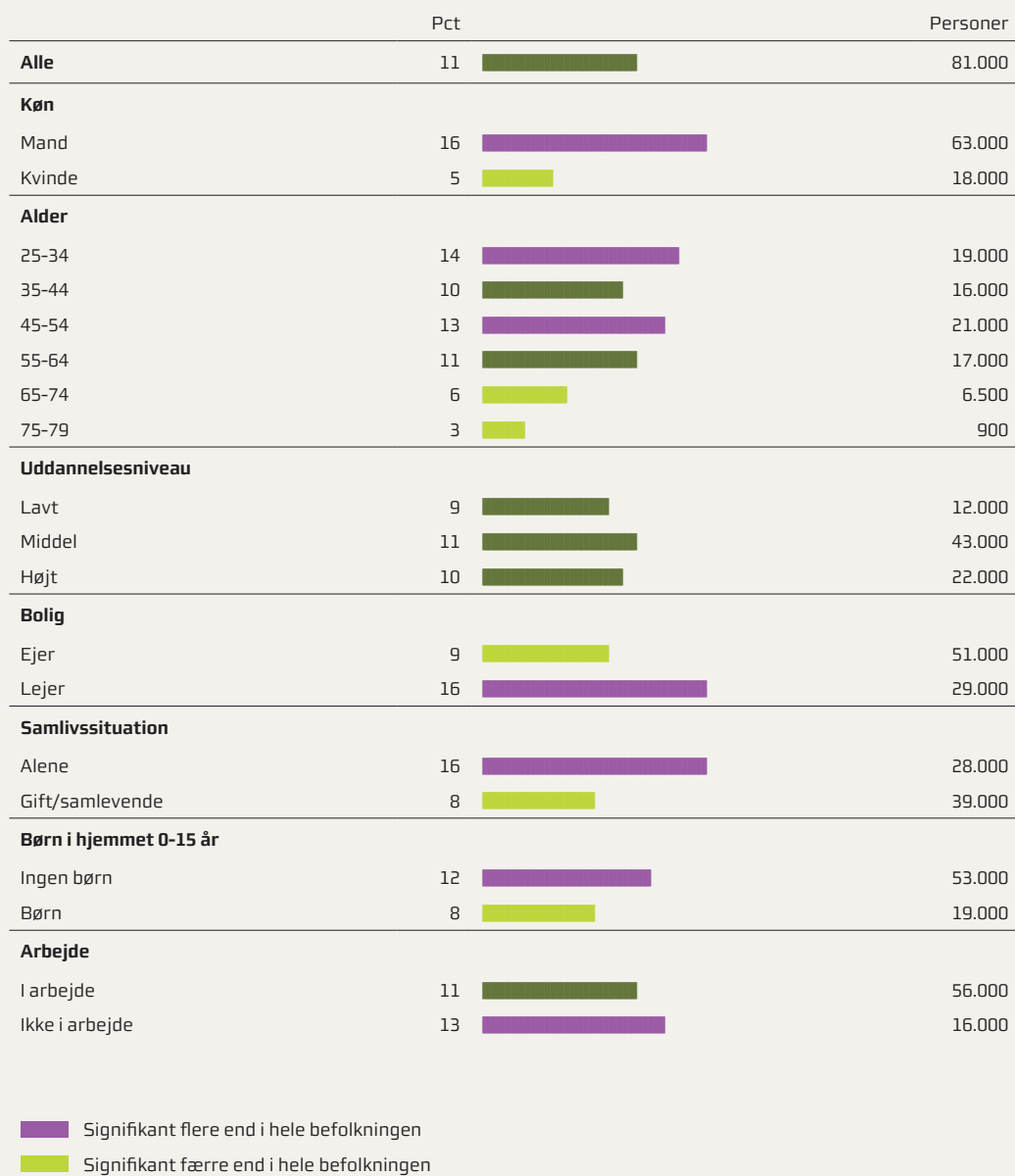
5 % svarende til 40.000 personer har to af de tre former for risikabelt alkoholforbrug.

4 % svarende til 30.000 personer har tre former for risikabelt alkoholforbrug.

► **2006-2010.** Der er sket en mindre stigning i andelen af personer, der har et ugentligt alkoholforbrug, der ligger over den maksimale genstandsgrænse, jævnfør figur 3.6.S, i bind 2. Denne stigning skyldes muligvis, at der er spurgt til alkoholforbrug på en anden måde i 2010 end i 2006. ◀

FIGUR 3.13

Drikker 5+ genstande ved samme lejlighed en gang om ugen eller oftere - køn, alder og sociale forhold



## Risikabelt alkoholforbrug i forhold til køn, alder og sociale forhold

I det følgende beskrives de tre former for risikabelt alkoholforbrug (rusdrikkeri, storforbrug og alkoholfafhængighed) i forhold til køn, alder og sociale forhold.

Af figur 3.13 fremgår det, at der er store forskelle i rusdrikkeri alt efter køn, alder og sociale forhold.

**Køn.** Flere mænd end kvinder drikker ofte mere end fem genstande ved samme lejlighed.

**Alder.** Andelen, der ofte drikker mere end fem genstande pr. gang, er størst blandt unge og midaldrende.

**Uddannelse.** Der er ingen betydningsfulde forskelle i andelen, der ofte drikker mere end fem genstande pr. gang i forhold til uddannelsesniveau.

**Bolig.** Andelen, der ofte drikker fem genstande pr. gang er markant højere hos personer, der bor i lejebolig sammenlignet med personer, der bor i ejerbolig.

**Samlivssituation.** Andelen, der ofte drikker mere end fem genstande pr. gang, er dobbelt så stor blandt personer, der lever alene, sammenlignet med personer, der er gift/samlevende.

**Børn i hjemmet.** Personer, der ikke bor sammen med børn, drikker oftere mere end fem genstande pr. gang end personer, der bor sammen med børn.

**Arbejde.** Der er en lidt større andel, der ofte drikker mere end fem genstande pr. gang blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke er i arbejde sammenlignet med personer, der er i arbejde.

Der er en signifikant større andel, der ofte drikker mere end fem genstande pr. gang end i hele befolkningen blandt:

- Mænd
- Unge (25-34 år) og midaldrende (45-54 år)
- Personer der bor i lejebolig
- Personer der lever alene
- Personer der ikke bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år) der ikke er i arbejde

Der er en signifikant mindre andel, der ofte drikker mere end fem genstande pr. gang end i hele befolkningen blandt:

- Kvinder
- Ældre (65-79 år)
- Personer der bor i ejerbolig
- Personer der er gift/samlevende
- Personer der bor sammen med børn

► **2006-2010.** Der er sket et mindre fald i andelen, der ofte drikker mere end fem genstande pr. gang blandt personer, der bor i ejerbolig, personer der lever alene og personer, der ikke bor sammen med børn, hvilket fremgår af figur 3.8.5 i bind 2. ◀

**FIGUR 3.14**  
Andelen med et storforbrug af alkohol - køn, alder og sociale forhold



Figur 3.14 viser sammenhængen mellem storforbrug (drikker ugentligt over den maksimale genstandsgrænse) og køn, alder og sociale forhold. Det fremgår, at der er en stærk sammenhæng mellem storforbrug og køn, alder og sociale forhold.

**Køn.** Flere mænd end kvinder har et ugentligt storforbrug af alkohol.

**Alder.** Flere ældre end unge har et ugentligt storforbrug af alkohol.

**Uddannelsesniveau.** Der er ikke forskel mellem de tre uddannelsesniveauer i forhold til andelen, der ugentligt drikker over den maksimale genstandsgrænse.

**Bolig.** Andelen, der ugentligt har et storforbrug af alkohol, er større blandt personer, der bor i lejebolig, sammenlignet med personer, der bor i ejerbolig.

**Samlivssituation.** Flere personer der lever alene end personer, som er gift/samlevende, har et ugentligt storforbrug af alkohol.

**Børn i hjemmet.** Personer, der ikke har børn i hjemmet, drikker oftere over den maksimale genstandsgrænse end personer, der bor sammen med børn.

**Arbejde.** Blandt personer i den erhvervsaktive alder er der flere, som ikke har et arbejde, der ugentligt har et storforbrug af alkohol, sammenlignet med personer i arbejde.

Der er signifikant flere end i hele befolkningen, der ugentligt har et storforbrug af alkohol blandt:

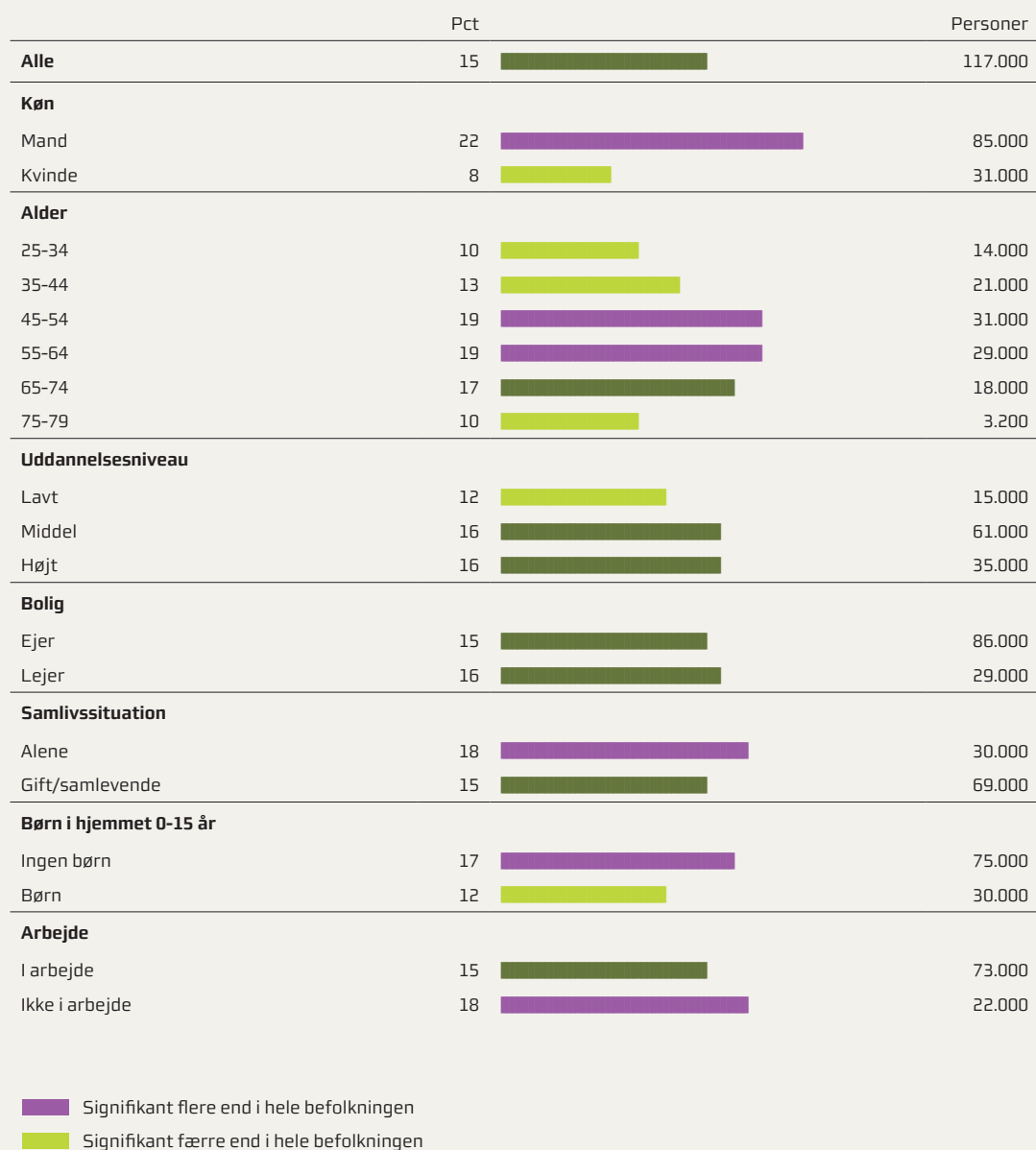
- Mænd
- Personer i alderen 55-74 år
- Personer der bor i lejebolig
- Personer der lever alene
- Personer der ikke bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år) der ikke har et arbejde

Der er signifikant færre end i hele befolkningen, der ugentligt har et storforbrug af alkohol blandt:

- Kvinder
- Personer i alderen 35-44 år
- Personer der bor i ejerbolig
- Personer der er gift/samlevende
- Personer der bor sammen med børn

► **2006-2010.** Andelen der ugentligt har et storforbrug af alkohol er steget inden for stort set samtlige af de demografiske og sociale forhold, jævnfør figur 3.9.5, i bind 2. Denne stigning skyldes muligvis, at der er spurgt til alkoholforbrug på en anden måde i 2010 end i 2006. ◀

**FIGUR 3.15**  
Tegn på alkoholafhængighed (CAGE-C) - køn, alder og sociale forhold





Sammenhængen mellem tegn på alkoholafhængighed (målt ved CAGE) og køn, alder og sociale forhold fremgår af figur 3.15. Ligesom ved rusdrikkeri og storforbrug er der en stærk sammenhæng mellem alkoholafhængighed og køn, alder og sociale forhold.

**Køn.** Mens lidt over hver fjerde mand har tegn på alkoholafhængighed gælder det samme for mindre end 10 % af kvinderne.

**Alder.** Flere i alderen 45-74 år viser tegn på alkoholafhængighed end blandt unge og ældre (75-79 år).

**Uddannelsesniveau.** Flere personer med middelhøjt eller højt uddannelsesniveau har tegn på alkoholafhængighed sammenlignet med personer med lavt uddannelsesniveau.

**Bolig.** Der er ikke forskel på andelen, der har tegn på alkoholafhængighed, alt efter om man bor i ejer- eller lejebolig.

**Samlivssituation.** En lidt større andel blandt personer, der lever alene, har tegn på alkoholafhængighed sammenlignet med personer, der er gift/samlevende.

**Børn i hjemmet.** Der er flere, der ikke bor sammen med børn, der har tegn på alkoholafhængighed, end blandt personer, der bor sammen med børn.

**Arbejde.** Blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år) er der flere, der ikke er i arbejde, som har tegn på alkoholafhængighed end blandt personer, der er i arbejde.

Blandt følgende grupper er der signifikant flere end i hele befolkningen, der har tegn på alkoholafhængighed:

- Mænd
- Personer i alderen 45-64 år
- Personer der lever alene
- Personer der ikke bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år) der ikke har et arbejde

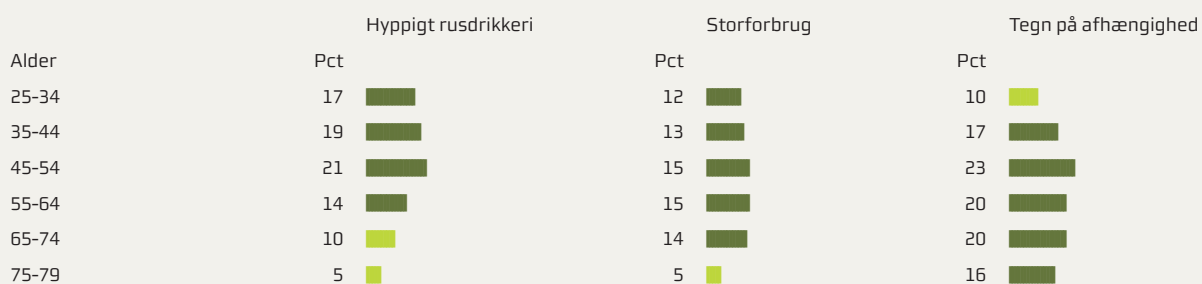
Blandt følgende grupper er der signifikant færre end i hele befolkningen, der har tegn på alkoholafhængighed:

- Kvinder
- Personer i alderen 25-44 år samt 75-79 år
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Personer der bor sammen med børn

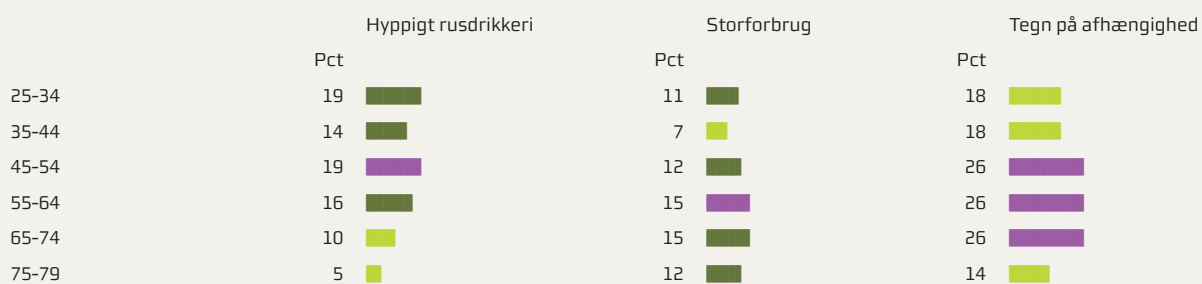
► **2006-2010.** Der er flere der viser tegn på alkoholafhængighed i 2010 end i 2006 blandt personer i alderen 65-74 år. Derudover er der ikke sket statistisk signifikante ændringer i forhold til køn, alder og sociale forhold i perioden fra 2006 til 2010, jævnfør figur 3.14.S, i bind 2. ◀

**FIGUR 3.16**  
Risikabelt alkoholforbrug - mænd

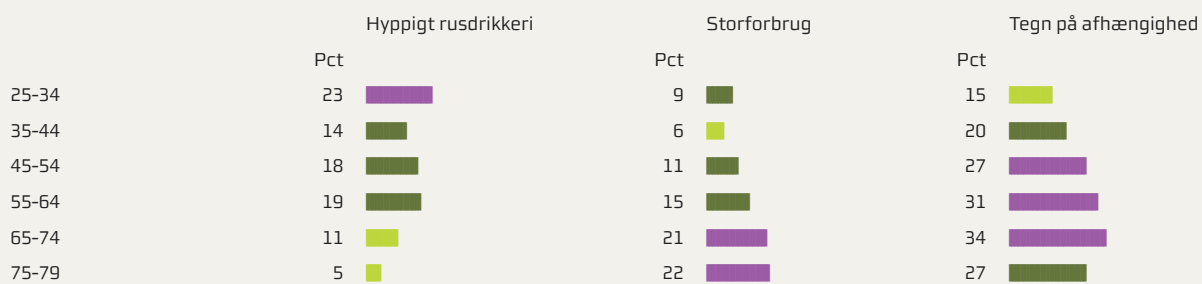
#### Lavt uddannelsesniveau



#### Middel uddannelsesniveau



#### Højt uddannelsesniveau



■ Signifikant flere end hos alle mænd  
■ Signifikant færre end hos alle mænd

## Risikabelt alkoholforbrug – samspillet mellem køn, alder og uddannelsesniveau

Det forrige afsnit viste store kønsforskelle i alkoholforbruget. Der er derfor foretaget separate analyser for hvert køn i forhold til sammenhængen mellem risikabelt alkoholforbrug og alder og uddannelsesniveau, jævnfør figur 3.16 og 3.17.

**Mænd.** Rusdrikkeri er udbredt hos unge mænd uafhængigt af uddannelsesniveau, men forekommer hyppigst blandt unge mænd med højt uddannelsesniveau.

Hos mænd med middelhøjt og højt uddannelsesniveau findes den største andel, der drikker mere end fem genstande pr. gang mindst én gang om ugen blandt unge og midaldrende. Rusdrikkeri forekommer for de to uddannelsesgrupper mindre i aldersgruppen 35-44 år. Dette kan forklares med, at det ofte er denne aldersgruppe, som har børn i hjemmet. Personer med børn i hjemmet drikker sjældnere alkohol end personer, der ikke har børn i hjemmet.

Dette mønster forekommer ikke blandt mænd med lavt uddannelsesniveau.

Andelen af ældre mænd, der drikker mere end 21 genstande pr. uge (storforbrug), er højere blandt mænd med middel eller højt uddannelsesniveau. Dette fremgår af figurens midterkolonne, hvor det kan ses, at toppunktet forskydes opad fra lavt til højt uddannelsesniveau.

Ældre mænd med et højt uddannelsesniveau viser i højere grad tegn på alkoholafhængighed sammenlignet med ældre mænd med lavt uddannelsesniveau. Blandt mænd med lavt uddannelsesniveau i aldersgruppen 65-74 år udviser 20 % tegn på alkoholafhængighed. Dette er tilfældet for henholdsvis 26 % og 34 % blandt mænd med middelhøjt og højt uddannelsesniveau.

**FIGUR 3.17**  
Risikabelt alkoholforbrug - kvinder

#### Lavt uddannelsesniveau

Alder	Pct		
	Hyppigt rusdrikkeri	Storforbrug	Tegn på afhængighed
25-34	8	6	3
35-44	5	7	9
45-54	8	10	9
55-64	5	7	7
65-74	2	5	6
75-79	1	4	3

#### Middel uddannelsesniveau

Alder	Pct		
	Hyppigt rusdrikkeri	Storforbrug	Tegn på afhængighed
25-34	6	6	4
35-44	5	4	6
45-54	6	7	10
55-64	5	11	11
65-74	2	10	10
75-79	1	10	10

#### Højt uddannelsesniveau

Alder	Pct		
	Hyppigt rusdrikkeri	Storforbrug	Tegn på afhængighed
25-34	7	5	4
35-44	3	3	8
45-54	5	7	15
55-64	3	11	15
65-74	2	9	11
75-79	1	14	7

- Signifikant flere end hos alle kvinder
- Signifikant færre end hos alle kvinder

**Kvinder.** Rusdrikkeri forekommer i langt mindre grad blandt kvinder end blandt mænd uanset alder og uddannelsesniveau.

Der er kun beskedne forskelle i forekomsten af rusdrikkeri blandt kvinder i forhold til alder og uddannelsesniveau. Der er dog samme tendens som hos mændene, hvor der hos unge kvinder er en hyppigere forekomst af rusdrikkeri end hos ældre kvinder.

Færre kvinder end mænd, uanset alder og uddannelsesniveau, har et storforbrug af alkohol.

Andelen af ældre kvinder, der har et ugentligt storforbrug af alkohol, øges med uddannelsesniveauet. Ligesom hos mændene forskydes toppunktet opad fra kvinder med lavt uddannelsesniveau til kvinder med højt uddannelsesniveau.

Afhængighed af alkohol er ligeledes mindre udbredt blandt kvinder end blandt mænd uanset alder og uddannelsesniveau.

Andelen af kvinder i alderen 45-74 år, der viser tegn på alkoholafhængighed, er mindst blandt kvinder med lavt uddannelsesniveau og størst blandt kvinder med højt uddannelsesniveau.

FIGUR 3.18

Mænd med mindst én af tre risikable former for alkoholforbrug - kommuner



## Risikabelt alkoholforbrug i kommunerne

Eftersom der er store kønsforskelle i alkoholforbruget, deles andelen med et risikabelt alkoholforbrug (rusdrikkeri, storforbrug, afhængighed) i kommunerne op på mænd og kvinder.

Figur 3.18 viser andelen af mænd i de enkelte kommuner, der har mindst én af de tre former for risikabelt alkoholforbrug.

Andelen varierer fra 24 % i Hedensted til 36 % i Århus.

Der er signifikant flere mænd med et risikabelt alkoholforbrug end i hele befolkningen i:

- Århus

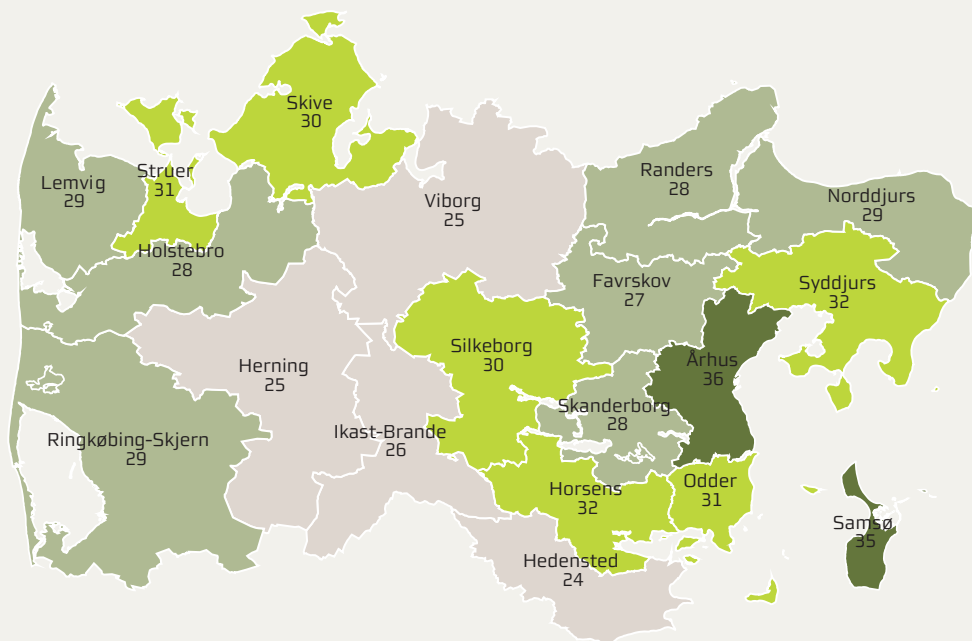
Der er signifikant færre mænd med et risikabelt alkoholforbrug end i hele befolkningen i:

- Viborg
- Hedensted

► **2006-2010.** Der er ikke sket nogen statistisk signifikant udvikling i kommunerne fra 2006 til 2010 blandt mænd med et risikabelt alkoholforbrug, hvilket fremgår af figur 3.11.S i bind 2. ◀

**FIGUR 3.18 FORTSAT**

Mænd med mindst én af tre risikable former for alkoholforbrug - kommuner (i pct)



FIGUR 3.19

Kvinder med mindst én af de tre risikable former for alkoholforbrug - kommuner



Figur 3.19 viser andelen af kvinder med et risikabelt alkoholforbrug i kommunerne.

For kvinder varierer andelen fra 9 % i Lemvig til 18 % i Århus.

Der er signifikant flere kvinder med et risikabelt alkoholforbrug end i hele befolkningen i:

- Århus

Der er signifikant færre kvinder med et risikabelt alkoholforbrug end i hele befolkningen i:

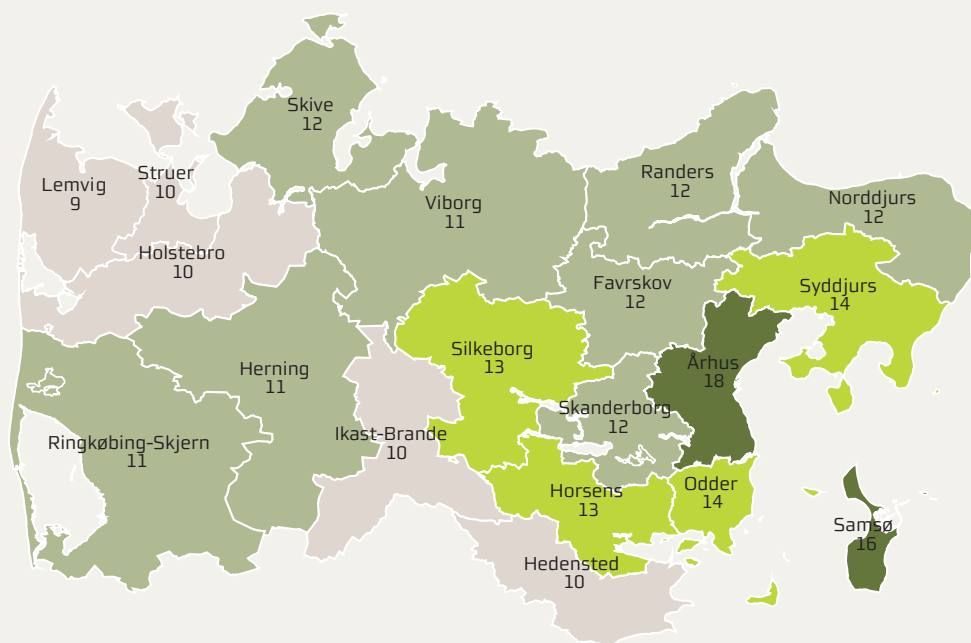
- Lemvig

► 2006-2010. Der er ikke sket statistisk signifikante ændringer i kommunerne i andelen af kvinder, der har et risikabelt alkoholforbrug, jævnfør figur 3.12.S i bind 2. ◀



**FIGUR 3.19 FORTSAT**

Kvinder med mindst én af tre risikable former for alkoholforbrug - kommuner (i pct)



FIGUR 3.20

Personer med mindst en af de tre former for risikabelt alkohol-forbrug - kroniske sygdomme



## Risikabelt alkoholforbrug i forhold til kroniske sygdomme

Af figur 3.20 fremgår andelen af personer med kroniske sygdomme, som har et risikabelt alkoholforbrug.

Andelen med et risikabelt alkoholforbrug varierer fra 16 % blandt personer med migræne eller hyppig hovedpine til 30 % blandt personer med kronisk bronkitis/for store lunger/rygerlunger.

Der er signifikant flere med et risikabelt alkoholforbrug end i hele befolkningen blandt personer med følgende sygdomme:

- Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger
- Vedvarende psykisk sygdom
- Forbigående psykisk sygdom
- Leddegigt
- Tinnitus
- Forhøjet blodtryk

Der er signifikant færre med et risikabelt alkoholforbrug end i hele befolkningen blandt personer med følgende sygdomme:

- Migræne eller hyppig hovedpine

► **2006-2010.** Der er sket et fald i andelen med et risikabelt alkoholforbrug blandt personer med allergi, jævnfør figur 3.13.5 i bind 2. Derudover er der ikke sket statistisk signifikante ændringer i andelen af personer med kroniske sygdomme, der har et risikabelt alkoholforbrug. ◀

FIGUR 3.21

Personer med mindst én af tre former for risikabelt alkoholforbrug - brancher



## Risikabelt alkoholforbrug i forhold til brancher

Der er 22 % blandt samtlige erhvervsaktive, der har et risikabelt alkoholforbrug, hvilket fremgår af figur 3.21.

Andelen varierer fra 14 % i *sundhed og socialvæsen* til 48 % i *råstofindvinding*.

I følgende brancher er der signifikant flere personer end i hele befolkningen, med et risikabelt alkoholforbrug:

- Råstofindvinding
- Bygge og anlæg
- Industri

I følgende brancher er der signifikant færre personer end i hele befolkningen der har et risikabelt alkoholforbrug:

- Landbrug, skovbrug og fiskeri
- Sundhed og socialvæsen

## Sammenfatning

67 % af befolkningen har et ugentligt alkoholforbrug, hvor der er lav risiko for sygdom (under syv genstande om ugen for kvinder og under 14 genstande om ugen for mænd).

I forhold til risikabelt alkoholforbrug har 9 % et ugentligt storforbrug af alkohol, 11 % drikker mere end fem genstande mindst én gang om ugen og 15 % viser tegn på alkoholafhængighed.

21 % har mindst én af de tre former for risikabelt alkoholforbrug.

Der er stor sammenhæng mellem risikabelt alkoholforbrug og demografiske og sociale forhold.

Særligt er der stor forskel mellem mænds og kvinders alkoholforbrug. Flere mænd end kvinder har et risikabelt alkoholforbrug uanset alder og uddannelsesniveau.

Storforbrug og alkoholafhængighed blandt ældre stiger med uddannelsesniveauet hos både mænd og kvinder.



## Fysisk aktivitet

Regelmæssig fysisk aktivitet fremmer fysisk og psykisk velvære og mindsker risikoen for en række sygdomme, herunder hjerte-kar-sygdomme, type 2-diabetes, knogleskørhed, muskel-skeletsygdomme og visse former for kræft som kræft i tyktarmen og brystkræft (18, 19).

Den gavnlige virkning af fysisk aktivitet på dødelighed og sygelighed skyldes både, at fysisk aktivitet forebygger fedme, og at fysisk aktivitet uafhængig af vægt har en positiv effekt på en række biologiske processer i kroppen (20).

Den danske befolkning dyrker generelt for lidt motion. Sammenlignet med 1980'erne har færre personer et fysisk krævende job, og mange har i dag stillesiddende arbejde (14). Der er dog sket en stigning i andelen, der er fysisk aktive i fritiden, men fysisk inaktivitet er stadig en af de væsentligste årsager til, at mange danskere dør for tidligt og har nedsat livskvalitet (2).

Den viden, man har om sammenhængen mellem fysisk aktivitet og sundhed, peger i retning af, at daglig fysisk aktivitet af moderat intensitet er vigtig for bevarelsen af et godt helbred.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at alle voksne er fysisk aktive mindst 30 minutter ved moderat intensitet, helst alle ugens dage.

Moderat fysisk aktivitet dækker alle former for ustruktureret aktivitet/motion, hvor pulsen går op, og hvor man kan tale med andre imens. Eksempler på fysisk aktivitet af moderat intensitet er cykling og gang til og fra arbejde, forskellige former for manuelt arbejde, havearbejde, gang på trapper, en løbetur og motionsidræt.

Sundhedsstyrelsen anbefaler ydermere, at alle voksne mindst to gange om ugen fremmer og vedligeholder deres kondition, muskelstyrke, bevægelighed og knoglesundhed. Træningen skal være af høj intensitet af 20-30 minutters varighed.

Høj intensitet betyder, at pulsen stiger, så man føler sig forpustet og har svært ved at føre en samtale. Eksempler på fysisk aktivitet af høj intensitet kan være svømning, løb, spinning, styrketræning og boldspil.

Det skal understreges, at der er tale om minimumsanbefalinger. Fysisk aktivitet af længere varighed og højere intensitet øger den forebyggende effekt. Den største helbredseffekt synes imidlertid at indtræde ved overgangen fra fysisk inaktivitet til blot moderat fysisk aktivitet (21).

Vigtige forebyggelsesmål for fysisk aktivitet i den voksne befolkning er at:

- Fysisk inaktive motiveres til og støttes i at blive fysisk aktive
- Så mange som muligt er fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen hver dag
- Så mange som muligt får regelmæssig motion i fritiden

I det følgende belyses det fysiske aktivitetsniveau blandt den voksne befolkning i Region Midtjylland. Det fysiske aktivitetsniveau beskrives i forhold til køn, alder og sociale forhold, geografi, kroniske sygdomme og brancher.

Følgende spørgsmål anvendes til at belyse befolkningens fysiske aktivitetsniveau:

- Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen?
- Dyrker du idræt i din fritid, eller deltager du regelmæssigt i andre aktiviteter, der giver motion?

Fysisk aktivitet er i spørgeskemaet præciseret således: "Medregn moderat eller hård fysisk aktivitet, hvor du trækker vejret hurtigere, får rørt dine muskler og bruger dine kræfter – fx motions- og konkurrenceidræt, tungt havearbejde, rask gang, cykling i moderat eller hurtigt tempo eller fysisk anstrengende arbejde. Medregn både arbejde og fritid."

På den måde belyses befolkningens fysiske aktivitetsniveau ud fra to mål. Ét der relaterer sig til Sundhedsstyrelsens anbefaling om mindst 30 minutters moderat fysisk aktivitet dagligt, samt ét der relaterer sig til anbefalingen om at få pulsen op mindst to gange om ugen.

## Hvor mange er fysisk aktive?

Befolkningen kan opdeles i fire grupper, alt efter hvor mange dage om ugen man er moderat fysisk aktiv i mindst 30 minutter: 0-1 dag, 2-3 dage, 4-5 dage og 6-7 dage.

Figur 3.22 viser, at 32 % er moderat fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen 6-7 dage om ugen. Det vil sige hver dag eller næsten hver dag.

17 % er fysisk inaktive, hvilket er defineret ved at man højst én dag i ugen er fysisk aktiv i 30 minutter eller mere.

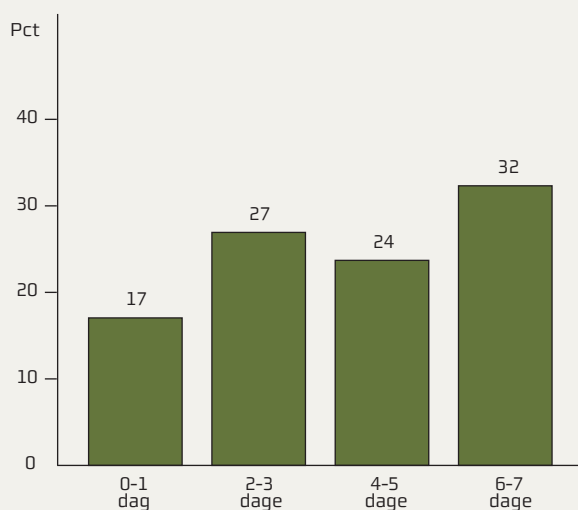
Det gennemsnitlige antal dage med mindst 30 minutters moderat fysisk aktivitet er 4, hvilket fremgår af figur 3.25.

53 % dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, jævnfør figur 3.23.

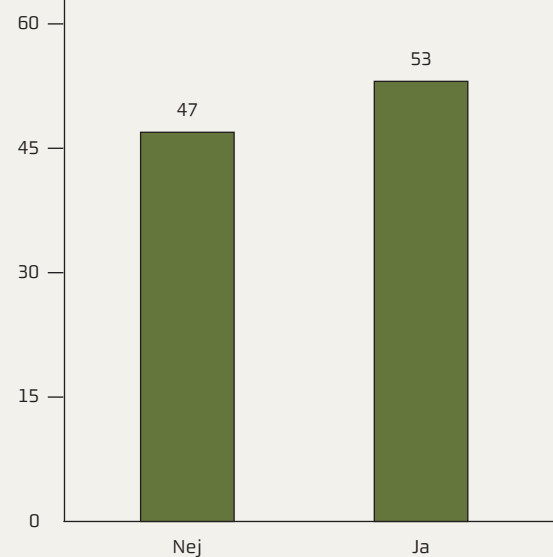
Figur 3.24 viser sammenhængen mellem antal dage med moderat fysisk aktivitet og regelmæssig motion i fritiden.

**FIGUR 3.22, 3.23, 3.24**  
Fysisk aktivitet

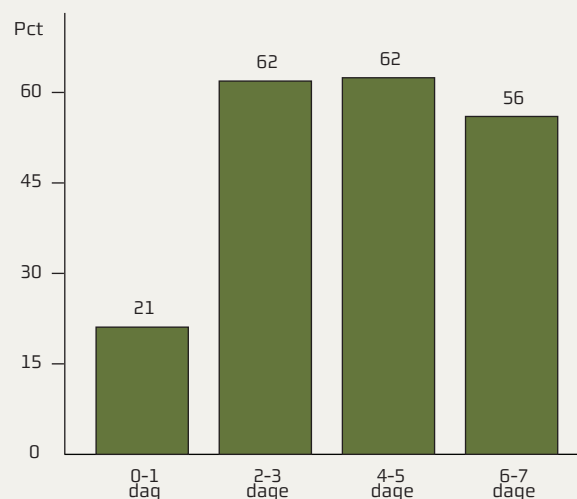
Figur 3.22  
Moderat fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen - antal dage pr. uge



Figur 3.23  
Dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden



Figur 3.24  
Andel der dyrker regelmæssig motion i fritiden i forhold til antal dage med 30+ minutters aktivitet



Der er en tæt sammenhæng mellem fysisk inaktivitet (30+ minutters fysisk aktivitet højst en dag om ugen) og regelmæssig motion i fritiden. Kun 21 % i denne gruppe får motion i fritiden.

De personer, der oftest dyrker regelmæssig motion, findes blandt dem, der er moderat fysisk aktive mindst 30 minutter 2-3 dage samt 4-5 dage om ugen. 62 % af


disse dyrker regelmæssig motion i fritiden. Blandt personer, der er moderat fysisk aktive hver dag eller næsten hver dag, dyrker 56 % regelmæssig motion i fritiden.

Blandt de, som er moderat fysisk aktive hver dag eller næsten hver dag, er der altså en mindre andel, der dyrker regelmæssig motion i fritiden sammenlignet med

FIGUR 3.25

Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv mindst 30 minutter? - køn, alder og sociale forhold

	Dage pr. uge i gennemsnit	0-1 dag		2-3 dage		4-5 dage		6-7 dage		Personer 0-1 dag
		Pct		Pct		Pct		Pct		
<b>Alle</b>	4,0	17		27		24		32		132.000
<b>Køn</b>										
Mand	4,0	17		27		23		33		68.000
Kvinde	4,0	17		27		24		32		64.000
<b>Alder</b>										
25-34	<b>3,7</b>	19		31		27		24		26.000
35-44	<b>3,7</b>	20		32		24		25		33.000
45-54	4,1	16		27		25		31		27.000
55-64	<b>4,3</b>	15		24		24		37		25.000
65-74	<b>4,6</b>	14		21		20		45		15.000
75-79	<b>4,4</b>	20		18		15		47		6.300
<b>Uddannelsesniveau</b>										
Lavt	<b>4,3</b>	19		20		21		40		25.000
Middel	4,1	16		27		24		33		64.000
Højt	<b>3,8</b>	17		32		25		26		37.000
<b>Bolig</b>										
Ejer	4,1	16		28		24		32		94.000
Lejer	3,9	20		24		24		32		36.000
<b>Samlivssituation</b>										
Alene	4,1	18		23		24		35		31.000
Gift/samlevende	4,0	17		28		23		32		79.000
<b>Børn i hjemmet 0-15 år</b>										
Ingen børn	<b>4,2</b>	15		25		24		35		70.000
Børn	<b>3,6</b>	20		32		23		25		50.000
<b>Arbejde (25-64 år)</b>										
I arbejde	3,9	17		30		25		28		83.000
Ikke i arbejde	4,0	20		23		23		35		24.000

 Signifikant flere end i hele befolkningen

 Signifikant færre end i hele befolkningen

Tal markeret med **fed**: signifikant flere/færre



personer, der er moderat fysisk aktive 2-3 dage eller 4-5 dage om ugen.

Det kan umiddelbart virke paradoksalt, at personer, der er fysisk aktive hver dag eller næsten hver dag, sjældnere dyrker motion i fritiden end personer, der er fysisk aktive 2-3 dage samt 4-5 dage om ugen. En nærliggende tolkning er, at en del mennesker, der ikke er fysisk aktive i dagligdagen – fx fordi de har et stillesiddende arbejde, kører i bil til og fra arbejde osv. – kompenserer for den manglende fysiske aktivitet ved at dyrke motion i fritiden. Denne motion er typisk koncentreret til en eller to aktivitetsgange (løbeture, træningsaftener i badmintonklubben o. lign.).

► **2006-2010.** Der er sket et fald i andelen af fysisk inaktive fra 23 % i 2006 til 17 % i 2010, jævnfør [figur 3.14.S i bind 2](#). Der er ligeledes sket et lille fald i andelen, der er moderat fysisk aktive mindst 30 minutter hver dag eller næsten hver dag, idet andelen i 2006 var 34 % mod 32 % i 2010.

Ydermere er der sket en stigning i andelen, der dyrker regelmæssig motion i fritiden fra 2006 til 2010, [figur 3.15.S i bind 2](#). ◀

## Fysisk aktivitet i forhold til køn, alder og sociale forhold

Figur 3.25 viser sammenhængen mellem antal dages moderat fysisk aktivitet og køn, alder og sociale forhold.

**Køn.** Det fremgår, at der ikke er forskel på mænd og kvinder i forhold til antal dage med mindst 30 minutters moderat fysisk aktivitet.

**Alder.** Ældre har i gennemsnit flere dage med mere end 30 minutters moderat fysisk aktivitet end unge. Den største andel, der er moderat fysisk aktiv mindst 30 minutter 6-7 dage om ugen, finder man blandt personer i alderen 75-79 år.

**Uddannelsesniveau.** Personer med et lavt uddannelsesniveau har i gennemsnit flere dage med moderat fysisk aktivitet sammenlignet med personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau.

**Bolig.** Der er ikke forskel i antal dage med moderat fysisk aktivitet mellem personer, der bor i ejerbolig og personer, der bor i lejebolig.

**Samlivssituation.** Flere enlige end gifte/samlevende er moderat fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen.

**Børn i hjemmet.** Flere uden end med børn i hjemmet er moderat fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen.

**Arbejde.** Andelen, der er moderat fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen 6-7 dage om ugen er større blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke har et arbejde end blandt personer, der har et arbejde.

Der er signifikant flere end i hele befolkningen, der lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om mindst 30 minutters moderat fysisk aktivitet om dagen blandt:

- Personer i alderen 55-79 år
- Personer med et lavt uddannelsesniveau
- Personer der lever alene
- Personer der ikke bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke har et arbejde

Der er signifikant færre end i hele befolkningen, der lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om mindst 30 minutters moderat fysisk aktivitet om dagen blandt:

- Personer på 25-54 år
- Personer med et højt uddannelsesniveau
- Personer der bor sammen med børn

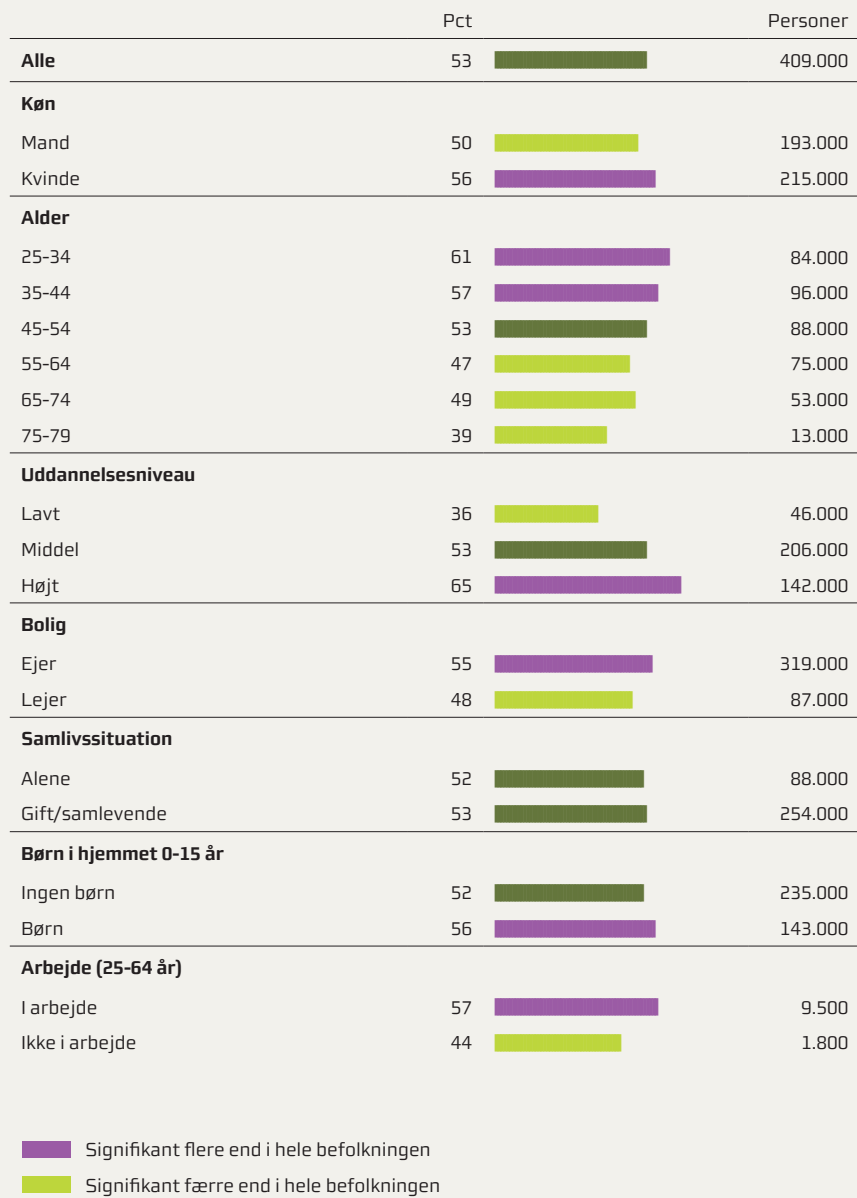
► **2006-2010.** Der er sket en stigning i det gennemsnitlige antal dage om ugen med mindst 30 minutters fysisk aktivitet fra 3,9 til 4,0 fra 2006 til 2010.

Der er sket et fald i andelen af inaktive inden for samtlige demografiske og sociale undergrupper med undtagelse af personer i alderen 25-34 år, jævnfør [figur 3.17.S i bind 2](#). Den største udvikling er sket blandt ældre (75-79 år), hvor andelen af fysisk inaktive er faldet med 11 procentpoint.

Andelen af personer, der er moderat fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen 6-7 dage om ugen, er, som tidligere nævnt, faldet. Der er sket et fald inden for størstedelen af de demografiske og sociale undergrupper, hvilket fremgår af [figur 3.18.S i bind 2](#). Der er imidlertid sket en stigning i andelen, der er moderat fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen 6-7 dage om ugen blandt personer i alderen 75-79 år. ◀

FIGUR 3.26

Dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden – køn, alder og sociale forhold



I figur 3.26 finder man et andet mønster end i figur 3.25. Fx er der flere unge end ældre, der dyrker regelmæssig motion i fritiden. Og der er flere personer med højt end med et lavt uddannelsesniveau, der dyrker regelmæssig motion i fritiden.

Som nævnt er det tilsyneladende paradoksale mønster formentlig et udtryk for, at fysisk aktivitet hos nogle i højere grad er en integreret del af de daglige gøremål, mens fysisk aktivitet hos andre er noget, man foretager sig i form af idræt og anden fritidsmotion koncentreret på en enkelt eller nogle få dage i ugen.

Den sidste gruppe har gennemgående sværere ved at leve op til Sundhedsstyrelsens anbefaling om daglig fysisk aktivitet i mindst 30 minutter. Til gengæld er der flere i denne gruppe, der et par gange om ugen laver fysisk aktivitet af høj intensitet, således som det også anbefales af Sundhedsstyrelsen.

Cirka 410.000 personer dyrker regelmæssig motion i fritiden, jævnfør figur 3.26.

**Køn.** Flere kvinder end mænd dyrker regelmæssig motion i fritiden.

**Alder.** Andelen der dyrker regelmæssig motion i fritiden er størst blandt unge mennesker. 61 % blandt de yngste dyrker regelmæssig motion i fritiden, hvilket er tilfældet for 39 % blandt de ældste.

**Uddannelsesniveau.** Over halvdelen af befolkningen med middel eller højt uddannelsesniveau dyrker regelmæssig motion i fritiden mod en tredjedel blandt personer med lavt uddannelsesniveau.

**Bolig.** Flere personer, der bor i ejerbolig, dyrker regelmæssig motion i fritiden sammenlignet med personer, der bor i lejebolig.

**Samlivssituation.** Der er ikke forskel mellem personer, der lever alene og personer, der er gift/samlevende i forhold til andelen, der dyrker regelmæssig motion i fritiden.

**Børn i hjemmet.** Der er flere, der dyrker motion i fritiden blandt personer, der bor sammen med børn, end blandt personer, der ikke bor sammen med børn.

**Arbejde.** Blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år) er der flere personer, der er i arbejde, der dyrker regelmæssig motion, sammenlignet med personer, der ikke er i arbejde.

Der er signifikant flere end i hele befolkningen, der dyrker regelmæssig motion i fritiden blandt:

- Kvinder
- Personer i alderen 25-44 år
- Personer med højt uddannelsesniveau
- Personer der bor i ejerbolig
- Personer der bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der har et arbejde
















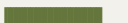



























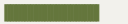



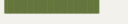



















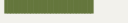











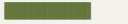



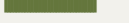
Der er signifikant færre end i hele befolkningen, der dyrker regelmæssig motion i fritiden blandt:


- Mænd
- Personer i alderen 55-79 år
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Personer der bor i lejebolig
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke har et arbejde

► **2006-2010.** Andelen, der dyrker regelmæssig motion i fritiden, er steget i perioden fra 2006 til 2010. Der er sket en stigning inden for samtlige demografiske og sociale grupper med undtagelse af personer i den erhvervsaktive alder uden arbejde, jævnfør figur 3.19.S bind 2. ◀

FIGUR 3.27

Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv i mindst 30 minutter? - kommuner

	Dage pr. uge i gennemsnit	0-1 dag		2-3 dage		4-5 dage		6-7 dage		Personer 0-1 dag
		Pct		Pct		Pct		Pct		
Samsø	<b>4,5</b>	13		23		21		42		500
Norrdjurs	<b>4,2</b>	17		24		24		35		4.200
Odder	4,2	16		25		25		34		2.200
Struer	4,2	17		25		23		35		2.600
Syddjurs	4,1	16		27		22		35		4.400
Ringkøbing-Skjern	4,1	17		25		23		34		6.100
Ikast-Brande	4,1	18		25		22		34		4.600
Skive	4,1	18		24		23		35		5.700
Randers	4,1	17		26		24		33		10.000
Viborg	4,1	17		28		23		33		9.700
Horsens	4,1	18		26		24		33		8.600
Holstebro	4,1	18		25		24		33		6.400
Hedensted	4,1	18		27		22		34		5.200
Silkeborg	4,0	17		28		25		30		9.100
Lemvig	4,0	20		25		21		34		2.800
Århus	4,0	17		28		25		31		29.000
Herning	4,0	17		27		25		31		8.800
Skanderborg	3,9	17		30		23		30		6.300
Favrskov	<b>3,9</b>	18		31		21		30		5.300
Region Midtjylland	4,0	17		27		24		32		132.000

 Signifikant flere end i hele befolkningen  
 Tal markeret med **fed**: Signifikant flere/færre

## Fysisk aktivitet i kommunerne

Det gennemsnitlige antal dage pr. uge med mindst 30 minutters moderat fysisk aktivitet varierer fra 3,9 i Favrskov og Skanderborg Kommune til 4,5 på Samsø, jævnfør figur 3.27.

Det gennemsnitlige antal dage pr. uge med mindst 30 minutters moderat fysisk aktivitet er signifikant højere i:

- Samsø
- Norrdjurs

Det gennemsnitlige antal dage pr. uge med mindst 30 minutters moderat fysisk aktivitet er signifikant lavere i:

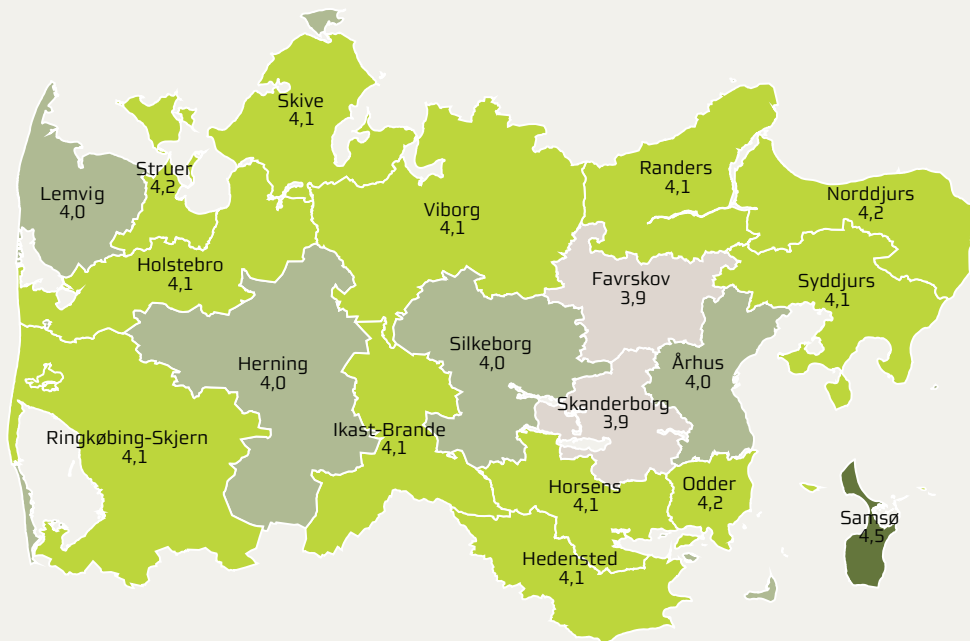
- Favrskov

► **2006-2010.** I 11 ud af de 19 kommuner er der sket et statistisk signifikant fald i andelen af fysisk inaktive i perioden fra 2006 til 2010, jævnfør figur 3.20.S i bind 2.

Der er ikke sket statistisk signifikante ændringer i nogen af kommunerne i forhold til moderat fysisk aktivitet 6-7 dage om ugen, jævnfør figur 3.21.S i bind 2. ◀

**FIGUR 3.27 FORTSAT**

Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv i mindst 30 minutter? Dage pr. uge i gennemsnit - kommuner



FIGUR 3.28

Dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden - kommuner



Andelen der dyrker idræt eller regelmæssig motion i fritiden varierer fra 40 % på Samsø til 58 % i Århus, hvilket fremgår af figur 3.28.

Der er signifikant flere, der dyrker regelmæssig motion i fritiden i:

- Århus
- Holstebro
- Skanderborg

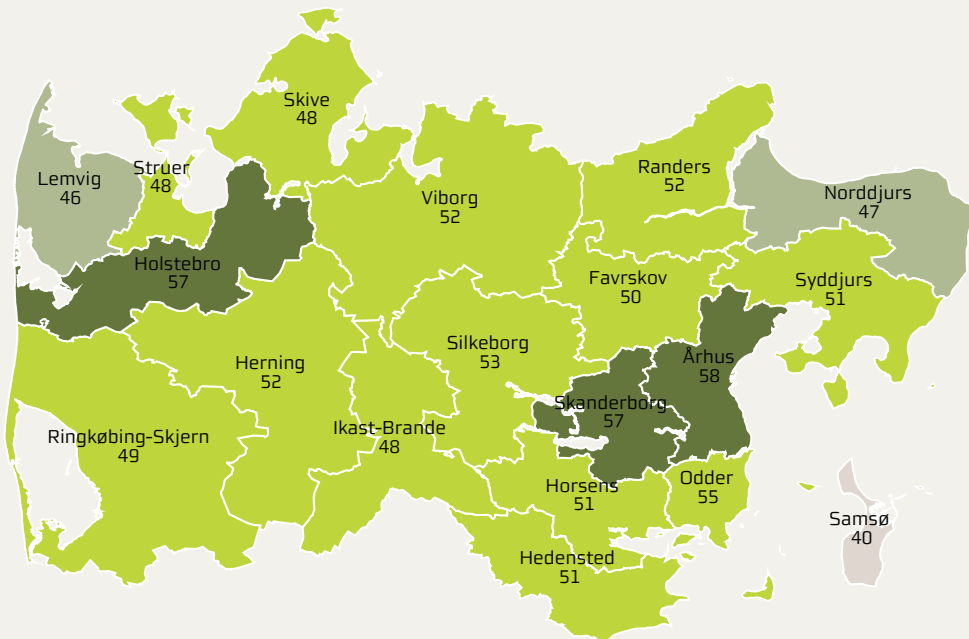
Der er signifikant færre, der dyrker regelmæssig motion i fritiden i:

- Ringkøbing-Skjern
- Struer
- Ikast-Brande
- Skive
- Norddjurs
- Lemvig
- Samsø

► 2006-2010. I 11 af de 19 kommuner er andelen, der dyrker regelmæssig motion i fritiden, steget fra 2006 til 2010, jævnfør figur 3.22.S i bind 2. ◀

**FIGUR 3.28 FORTSAT**


Dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden - kommuner (i pct)



FIGUR 3.29

Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv i mindst 30 minutter? - kroniske sygdomme

	Dage pr. uge i gennemsnit	Dage om ugen				Personer 0-1 dag
		0-1 dag	2-3 dage	4-5 dage	6-7 dage	
		Pct	Pct	Pct	Pct	
Grå stær	4,2	19	22	19	40	4.400
Tinnitus	4,2	16	26	23	35	14.000
Slidgigt	4,2	18	24	22	36	28.000
Knogleskørhed	4,1	21	19	21	38	4.800
Kræft	4,1	18	26	21	36	3.100
Hele befolkningen	4,0	17	27	24	32	130.000
Forhøjet blodtryk	4,0	19	25	22	34	27.000
Leddegigt	3,9	22	23	20	34	8.900
Diskusprolaps, rygsygdom	<b>3,9</b>	21	25	23	31	21.000
Allergi	<b>3,9</b>	18	29	25	29	25.000
Blodprop i hjertet	3,9	25	24	17	35	2.400
Sukkersyge	<b>3,8</b>	24	24	19	33	8.600
Migræne eller hyppig hovedpine	<b>3,8</b>	20	28	23	29	22.000
Astma	<b>3,8</b>	22	26	21	30	11.000
Forbigående psykiske lidelser	<b>3,7</b>	23	26	23	28	21.000
Hjertekrampe	<b>3,7</b>	28	22	17	33	3.900
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	<b>3,7</b>	27	23	17	33	8.700
Vedvarende psykisk sygdom	<b>3,6</b>	29	21	21	30	6.700
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	<b>3,4</b>	31	23	20	26	3.400

 Signifikant flere end i hele befolkningen

 Signifikant færre end i hele befolkningen

Tal markeret med **fed**: Signifikant flere/færre

## Fysisk aktivitet i forhold til kroniske sygdomme

Mennesker med kronisk sygdom er generelt mindre fysisk aktive end befolkningen som helhed, se figur 3.29.

Ved 10 ud af de 18 kroniske sygdomme er det gennemsnitlige antal dage med mindst 30 minutters moderat fysisk aktivitet lavere end i hele befolkningen.

Ved 13 ud af de 18 kroniske sygdomme er der en signifikant større andel af fysisk inaktive.

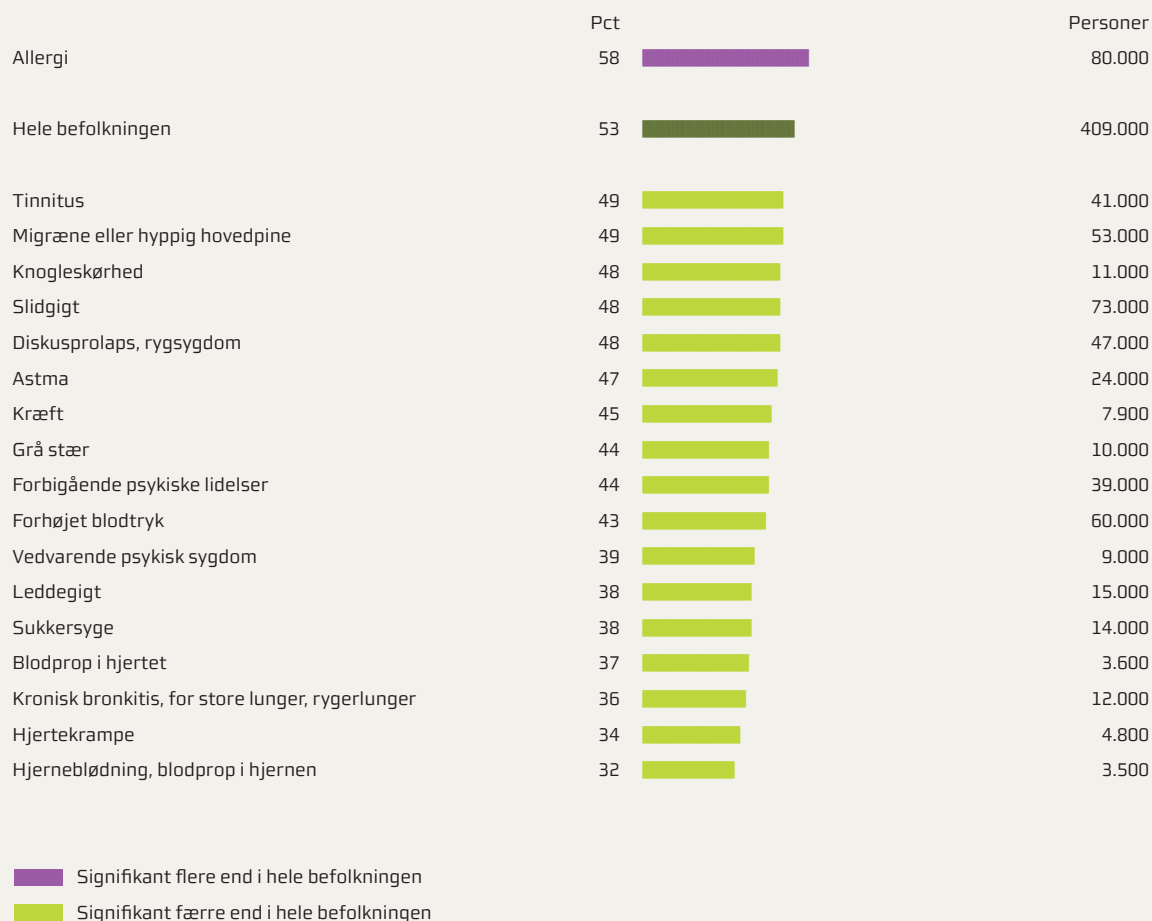
Hos personer med følgende kroniske sygdomme er det gennemsnitlige antal dage pr. uge med mindst 30 minutters moderat fysisk aktivitet signifikant lavere end i befolkningen som helhed:

- Hjerneblødning, blodprop i hjernen
- Vedvarende psykisk sygdom
- Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger
- Hjertekrampe
- Forbigående psykiske lidelser
- Astma
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Sukkersyge
- Allergi
- Diskusprolaps, rygsygdom



**FIGUR 3.30**

Dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden - kroniske sygdomme



Ved ingen sygdomme er gennemsnittet signifikant højere end i hele befolkningen.

► 2006-2010. Der er sket et statistisk signifikant fald i andelen af fysisk inaktive ved 12 af de 18 sygdomme, jævnfør figur 3.23.S i bind 2.

I forhold til andelen, der er moderat fysisk aktiv 6-7 dage, er der ikke sket en statistisk signifikant udvikling blandt personer med kroniske sygdomme, hvilket fremgår af figur 3.24.S i bind 2. ◀

Af figur 3.30 fremgår det, at kronisk syge sjældnere dyrker motion i fritiden sammenlignet med hele befolkningen.

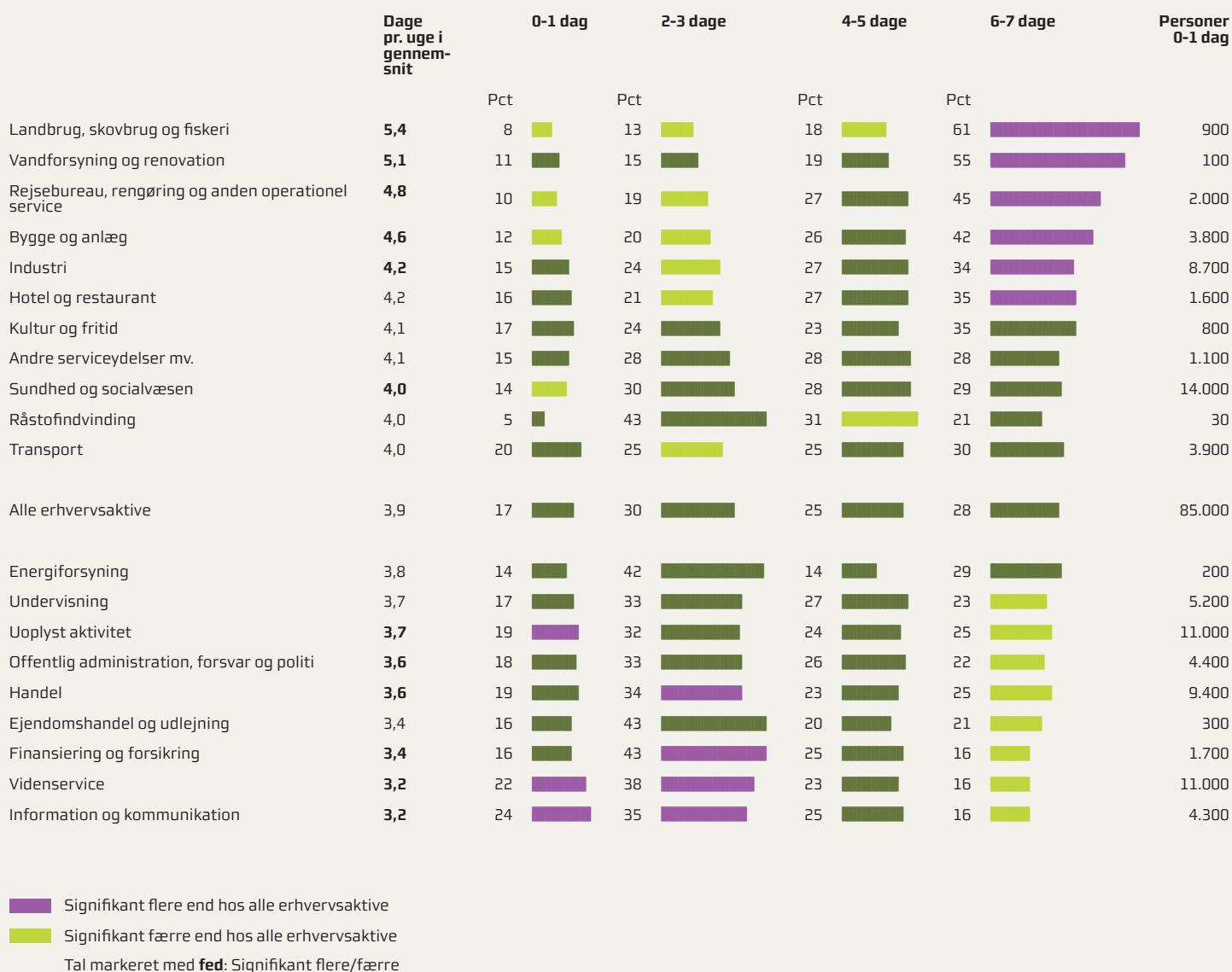
gen. Ved 17 ud af de 18 sygdomme er andelen signifikant mindre end i hele befolkningen.

Blandt personer med allergi er der signifikant flere, der dyrker regelmæssig motion i fritiden sammenlignet med hele befolkningen.

► 2006-2010. Blandt otte af de kroniske sygdomme er andelen, der dyrker motion i fritiden steget. Den største stigning findes hos personer med blodprop i hjertet, hvor andelen er steget med 18 procentpoint. Dette fremgår af figur 3.25.S i bind 2. ◀

FIGUR 3.31

Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv i mindst 30 minutter? - brancher



## Fysisk aktivitet i forhold til brancher

For alle erhvervsaktive er det gennemsnitlige antal dage med mindst 30 minutters moderat fysisk aktivitet 3,9.

Der er stor variation i fysisk aktivitet mellem de forskellige brancher, hvilket fremgår af figur 3.31. Det skal understreges, at opgørelsen bygger på fysisk aktivitet generelt og ikke specifikt i forhold til arbejde. Alligevel er det tydeligt, at personer der arbejder i brancher præget af tungt manuelt arbejde, i gennemsnit har flere dage med mindst 30 minutters moderat fysisk aktivitet sammenlignet med personer, der arbejder i brancher, der er kendetegnet ved mere stillesiddende arbejde.

*Landbrug, skovbrug og fiskeri* er den branche, hvor det gennemsnitlige antal dage med mindst 30 minutters moderat fysisk aktivitet er højest. Det gennemsnitlige antal dage er 5,4 for personer i denne branche.

Det laveste gennemsnitlige antal dage med mindst 30 minutters moderat fysisk aktivitet er 3,2 blandt personer, der arbejder i *information og kommunikation*.

Det gennemsnitlige antal dage med mindst 30 minutters moderat fysisk aktivitet er signifikant højere end gennemsnittet for alle erhvervsaktive i følgende brancher:

- Landbrug, skovbrug og fiskeri
- Vandforsyning og renovation
- Rejsebureau, rengøring og anden operationel service
- Bygge og anlæg
- Industri
- Sundhed og socialvæsen

Det gennemsnitlige antal dage med mindst 30 minutters moderat fysisk aktivitet er signifikant lavere end gennemsnittet for alle erhvervsaktive i følgende brancher:

- Uoplyst aktivitet
- Offentlig administration, forsvar og politi
- Handel
- Finansiering og forsikring
- Vidensservice
- Information og kommunikation

**FIGUR 3.32**  
Dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden - brancher



57 % af de erhvervsaktive dyrker idræt eller regelmæssig motion i fritiden.

Andelen, der dyrker regelmæssig motion i fritiden, varierer mellem de forskellige brancher fra 42 % i *landbrug, skovbrug og fiskeri* til 72 % i *finansiering og forsikring*, jævnfør figur 3.32.

Modsat figur 3.31 er det brancher præget af ikke-manuelt arbejde, der har en højere andel af personer, der regelmæssigt dyrker motion i fritiden, end de erhvervsaktive som helhed.

Omvendt er de brancher, hvor en lavere andel dyrker regelmæssig motion i fritiden, for en stor dels vedkommende brancher med udbredt manuelt arbejde.

Signifikant flere end blandt alle erhvervsaktive dyrker

regelmæssig motion i fritiden i følgende brancher:

- Finansiering og forsikring
- Videnservice
- Offentlig administration, forsvar og politi
- Undervisning
- Sundhed og socialvæsen

Signifikant færre end blandt alle erhvervsaktive dyrker regelmæssig motion i fritiden i følgende brancher:

- Hotel og restaurant
- Industri
- Rejsebureau, rengøring og anden operationel service
- Bygge og anlæg
- Transport
- Landbrug, skovbrug og fiskeri

## Sammenfatning

Andelen af fysisk inaktive blandt voksne midtjyder er 17 %. Andelen, der er moderat fysisk aktiv mindst 30 minutter 6-7 dage om ugen, er 32 %.

Der er en stærk sammenhæng mellem antal dage pr. uge med moderat fysisk aktivitet og køn, alder og sociale forhold. Sammenhængen viser blandt andet, at flere personer med lavt uddannelsesniveau samt personer der ikke har et arbejde, lever op til Sundhedsstyrelsens anbefaling om mindst 30 minutters moderat fysisk aktivitet dagligt.

Der er sket et fald i andelen af fysisk inaktive i perioden 2006 til 2010. Samtidig er der sket et fald i andelen, der er moderat fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen 6-7 dagen om ugen.

Udviklingen betyder, at færre personer er fysisk inaktive samtidig med, at færre personer er moderat fysisk aktive hver dag. Dette kan eventuelt være et udtryk for, at det fysiske aktivitetsniveau i forbindelse med arbejde er reduceret yderligere fra 2006 til 2010, mens der fortsat sker en stigning i andelen, der dyrker motion i fritiden.

Den største stigning i andelen, der dyrker moderat fysisk aktivitet dagligt, er sket blandt de ældste. Dette kan være et udtryk for, at funktionsevnen blandt ældre er blevet bedre. Men det afspejler muligvis også, at flere ældre end tidligere lægger vægt på at være fysisk aktive.

53 % dyrker regelmæssig motion i fritiden. Dette er en stigning fra 46 % i 2006. Også her er der en stærk sammenhæng med sociale forhold.

Undersøgelsens resultater peger på, at der er forskellige mønstre for fysisk aktivitet i forskellige dele af befolkningen. Fx er det gennemsnitlige antal dage med moderat fysisk aktivitet højest for personer med lavt uddannelsesniveau, mens andelen der dyrker motion i fritiden, er højest for personer med højt uddannelsesniveau. Forklaringen er sandsynligvis, at arbejdet oftere er forbundet med fysisk aktivitet hos personer med lavt uddannelsesniveau end blandt personer med højt uddannelsesniveau. Mange højtuddannede søger at kompensere for det stillesiddende arbejde ved at dyrke regelmæssig motion i fritiden.

## Kost

Kosten har stor betydning for befolkningens sundhedstilstand (4, 22). Kost med et stort indhold af frugt og grønt reducerer fx risikoen for kræft i fordøjelsessystem og lunger. Kostens indhold af fedtstoffer påvirker risikoen for at udvikle kredsløbssygdomme. Type 2-diabetes og overvægt er andre sundhedsproblemer, hvor kost og spisevaner spiller en central rolle, ligesom spisevaner og tandsundhed er tæt forbundne.

Ernæringsrådet reviderede i 2005 de syv officielle kostråd og fjede et ottende til om motion. I 2008 blev kostråd nr. 3 opdateret, idet groft brød blev erstattet med fuldkornsbrød.

### Kostrådene 2008 (23, 24)

- Spis frugt og grønt – 6 om dagen
- Spis fisk og fiskepålæg – flere gange om ugen
- Spis kartofler, ris eller pasta og fuldkornsbrød – hver dag
- Spar på sukker – især fra sodavand, kager og slik
- Spar på fedtet – især fra mejeriprodukter og kød
- Spis varieret – og bevar normalvægten
- Sluk tørsten i vand
- Vær fysisk aktiv – mindst 30 minutter om dagen

Kostrådene hviler på forskningsbaseret viden om sammenhængen mellem kost og helbred (25). Kostrådene er suppleret med en anbefaling om, at voksne bør spise mindst 600 gram frugt og grønt om dagen og 200-300 gram fisk om ugen veksle mellem magre og fede fiskearter. Endvidere anbefales det, at de fedtstoffer, der indtages, er rige på umættede fedtsyrer og har en lav andel af mættede fedtsyrer (26).

Efterlevelse af kostrådene kan medvirke til at opnå et godt fysisk og psykisk velbefindende og nedsætte risikoen for en lang række livsstilsrelaterede sygdomme.

Spisevanerne er nok den del af befolkningens sundhedsvaner, der er vanskeligst at kortlægge i detaljer. Hvis man skal beskrive befolkningens samlede kostmønster, kræver det en specialiseret undersøgelse, hvor man fx beder et repræsentativt udsnit af befolkningen føre dagbog over alt, hvad de spiser i en periode.

I en generel folkesundhedsundersøgelse som *Hvordan har du det?* må spørgsmålene vedrørende kost begrænses til udvalgte fødevarer.

I undersøgelsen fokuseres der på, i hvilket omfang befolkningen efterlever kostrådene vedrørende indtag af frugt, grønt, fisk og fedt.

Der er benyttet en kostscore udviklet ved Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden (7). Kostscoren består af en række kostspørgsmål om-

handlende indtag af frugt, grønt, fisk og fedt, der summeres i fire variable, en for hver af de ovennævnte kostkomponenter. De fire variable lægges sammen til en samlet score for kostens kvalitet, der herefter opdeles i tre kategorier: 1) sund kost, 2) middelsund kost og 3) usund kost.

I *Hvordan har du det?* 2006 indgik denne kostscore også i undersøgelsen. Der er imidlertid foretaget en mindre ændring i ét af spørgsmålene i mellemtiden. Det drejer sig om, at *flydende margarine* er erstattet med *fedt/palmin*. Ændringen formodes ikke at have stor indflydelse på udviklingen i kostmønsteret fra 2006 til 2010, eftersom meget få (knap 2 %) anvender fedt/palmin i madlavningen.

I det følgende afsnit beskrives befolkningens kostmønster i forhold til køn, alder og sociale forhold samt i forhold til geografi, sygdomme og brancher.

## Hvor mange har et sundt kostmønster?

Når de fire kostkomponenter, frugt, grønt, fisk og fedt, vurderes under ét, er der 24 %, der har et sundt kostmønster, 64 % der har et middelsundt kostmønster og 12 %, der har et usundt kostmønster, jævnfør figur 3.33.

Det generelle billede viser således, at kun en fjerdedel af befolkningen lever op til anbefalingerne på kostområdet.

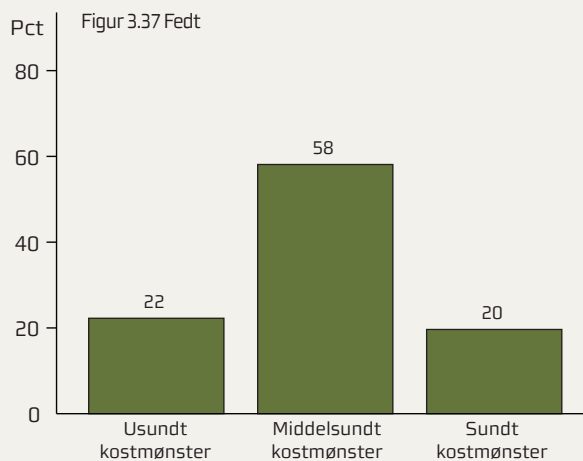
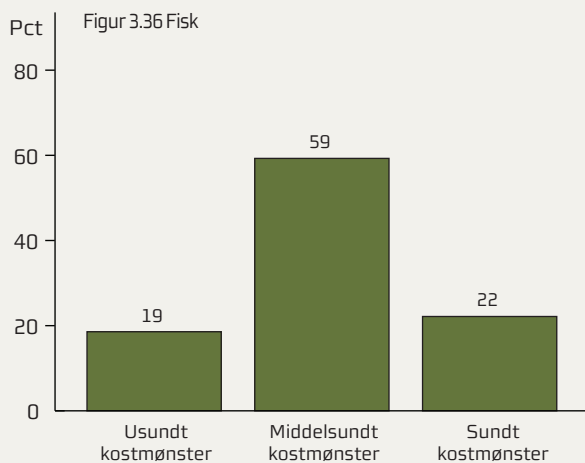
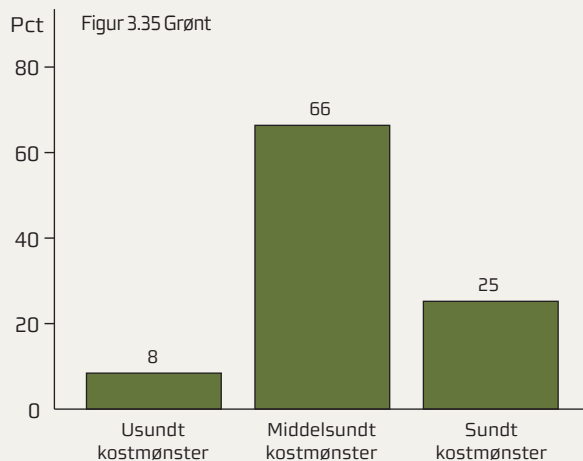
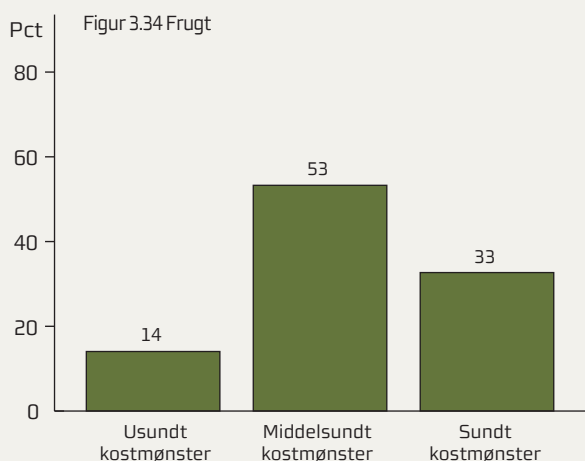
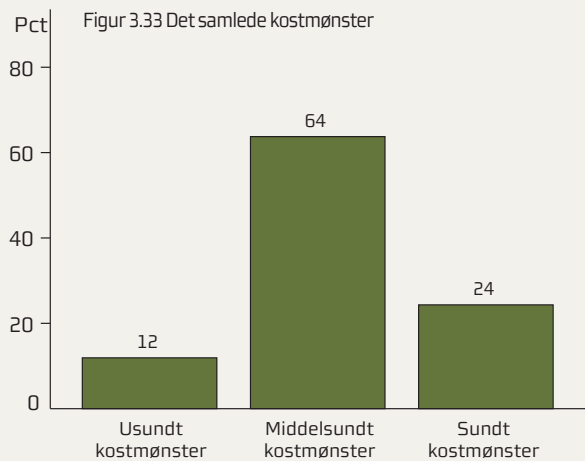
Figur 3.34-3.37 viser kostmønsteret for de enkelte kostkomponenter: frugt, grønt, fisk og fedt.

Mellem 20 % og 33 % har et dagligt indtag af de enkelte kostkomponenter, som lever op til gældende anbefalinger. Færrest ved fedt og flest ved frugt.









































Mellem 14 % og 22 % har usunde kostvaner med hensyn til indtag af frugt, grønt, fisk og fedt. Færrest ved grøntsager og flest ved fedt.



► **2006-2010.** I det samlede kostmønster er der færre i 2010 end i 2006, som har et usundt kostmønster og flere, der har et sundt kostmønster, jævnfør [figur 3.26.S, i bind 2](#). Der er færre, der har et usundt kostmønster i forhold til frugt, grønt og fisk, mens andelen med et usundt kostmønster i forhold til fedt er steget, jævnfør [figur 3.27.S - 3.30.S, i bind 2](#).

Udviklingen i kostmønsteret i forhold til fedt kan skyldes ændringen i spørgsmålsformuleringen i 2010. Der er dog en generel tendens til, at fedtindholdet i danskernes mad er stagneret/steget i de senere år. Der har i en årrække været et fald i danskernes fedtindtag, men undersøgelsen *Danskernes kostvaner 2003-2008* foretaget af Fødevarer-instituttet viser, at denne tendens ser ud til at være vendt (26, 28). ◀

**FIGUR 3.33 - 3.37**  
Kostmønstre

**FIGUR 3.38**  
Kostmønstre - køn, alder og sociale forhold

	Usundt kostmønster		Sundt kostmønster		Personer med et usundt kostmønster
	Pct		Pct		
<b>Alle</b>	12 		24 		91.000
<b>Køn</b>					
Mand	17 		17 		65.000
Kvinde	7 		32 		26.000
<b>Alder</b>					
25-34	14 		21 		19.000
35-44	13 		21 		22.000
45-54	11 		26 		18.000
55-64	10 		28 		16.000
65-74	11 		27 		12.000
75-79	12 		21 		4.000
<b>Uddannelsesniveau</b>					
Lavt	18 		18 		23.000
Middel	14 		21 		55.000
Højt	4 		33 		10.000
<b>Bolig</b>					
Ejer	11 		25 		63.000
Lejer	15 		21 		27.000
<b>Samlivssituation</b>					
Alene	16 		22 		27.000
Gift/samlevende	10 		26 		47.000
<b>Børn i hjemmet 0-15 år</b>					
Ingen børn	12 		25 		52.000
Børn	12 		22 		30.000
<b>Arbejde (25-64 år)</b>					
I arbejde	11 		24 		55.000
Ikke i arbejde	16 		24 		20.000

 Signifikant flere end i hele befolkningen  
 Signifikant færre end i hele befolkningen



I det følgende fokuseres der på de to ydergrupper i kostscoren: personer med et usundt kostmønster og personer med et sundt kostmønster.

## Kostmønster i forhold til køn, alder og sociale forhold

Figur 3.38 viser sammenhængen mellem kostmønster og køn, alder og sociale forhold.

**Køn.** Der er stor forskel på mænd og kvinders kostmønstre. Omkring en femtedel af mændene har et usundt kostmønster mod knap en tiendedel af kvinderne. Samtidig har markant flere kvinder end mænd et sundt kostmønster.

**Alder.** Der er sammenhæng mellem alder og kostmønster. Andelen med et usundt kostmønster er størst blandt de unge, mens andelen med et sundt kostmønster er størst blandt midaldrende og ældre.

**Uddannelsesniveau.** Markant flere personer med lavt eller middel uddannelsesniveau har et usundt kostmønster sammenlignet med personer med højt uddannelsesniveau. Hver femte med lavt uddannelsesniveau har et usundt kostmønster, mens det samme gælder for hver femogtyvende med højt uddannelsesniveau.

Personer med højt uddannelsesniveau har i langt højere grad end personer med lavt eller middel uddannelsesniveau et sundt kostmønster.

**Bolig.** Flere personer, der bor i lejebolig, har et usundt kostmønster, mens flere personer, der bor i ejerbolig, har et sundt kostmønster.

**Samlivssituation.** Personer, der lever alene har oftere et usundt kostmønster og sjældnere et sundt end personer, der er gift/samlevende.

**Børn i hjemmet.** Et sundt kostmønster forekommer sjældnere hos personer med børn i hjemmet end hos personer, der ikke bor sammen med børn. I forhold til et usundt kostmønster er der ikke forskel blandt personer, der bor sammen med børn og personer, der ikke bor sammen med børn.

**Arbejde.** Flere personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke har et arbejde, har et usundt kostmønster. Der er ikke forskel blandt personer i arbejde og personer der ikke er i arbejde i forhold til sundt kostmønster.

Der er signifikant flere med et usundt kostmønster end i hele befolkningen blandt:

- Mænd
- Personer i alderen 25-34 år
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Personer der bor i lejebolig
- Personer der lever alene
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke har et arbejde

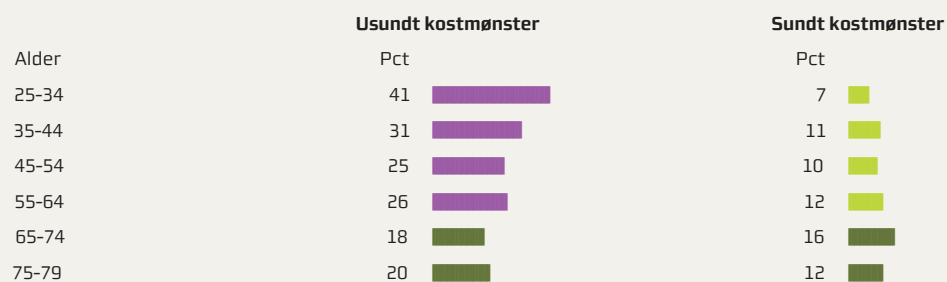
Der er signifikant flere med et sundt kostmønster end i hele befolkningen blandt:

- Kvinder
- Personer i alderen 55-74 år
- Personer med højt uddannelsesniveau

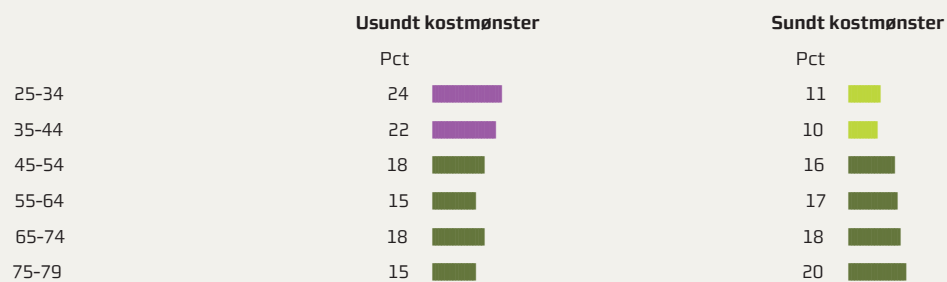
► **2006-2010.** Der er sket et fald i andelen med et usundt kostmønster inden for de fleste grupper, når befolkningen opdeles i forhold til køn, alder og sociale forhold, jævnfør figur 3.31.S i bind 2. Andelen med et sundt kostmønster er tilsvarende steget i de fleste af disse grupper, hvilket fremgår af figur 3.32.S i bind 2. ◀

**FIGUR 3.39**  
Kostmønstre - mænd

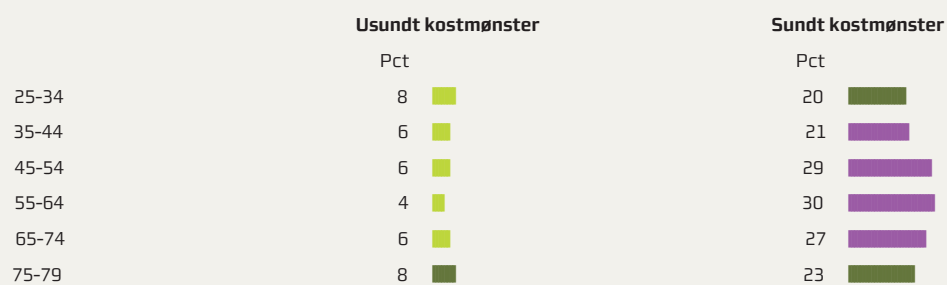
#### Lavt uddannelsesniveau





#### Middel uddannelsesniveau



#### Højt uddannelsesniveau



-  Signifikant flere end hos alle mænd
-  Signifikant færre end hos alle mænd

## Kostmønster – samspillet mellem køn, alder og uddannelsesniveau

Der er markante forskelle i køn, alder og uddannelsesniveau i forhold til kostmønster. Der er foretaget separate analyser af mænd og kvinders kostmønster opdelt på alder og uddannelsesniveau.

**Mænd.** Figur 3.39 viser mænds kostmønster fordelt på alder og uddannelsesniveau.

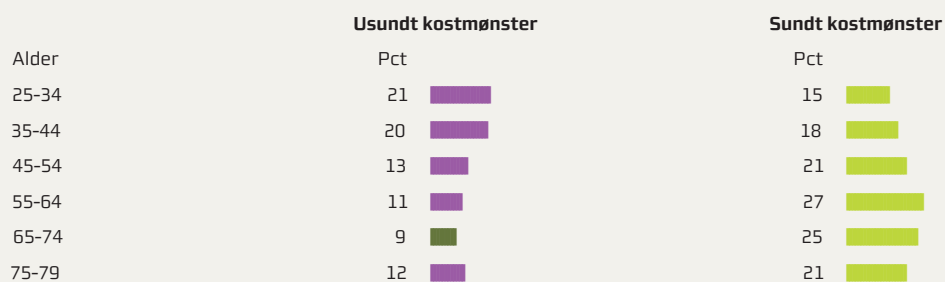
De største forskelle i mænds kostmønstre er at finde mellem mænd med lavt og højt uddannelsesniveau. Andelen med et usundt kostmønster varierer fra 18 % til 41 % mellem de seks aldersgrupper blandt mænd med lavt uddannelsesniveau. Blandt mænd med højt uddannelsesniveau svinger andelen fra 4 % til 8 %.

Samtidig er der en tendens til, at kostmønsteret bliver sundere med alderen. Tendensen vender dog igen ved de ældste (75-79 år).

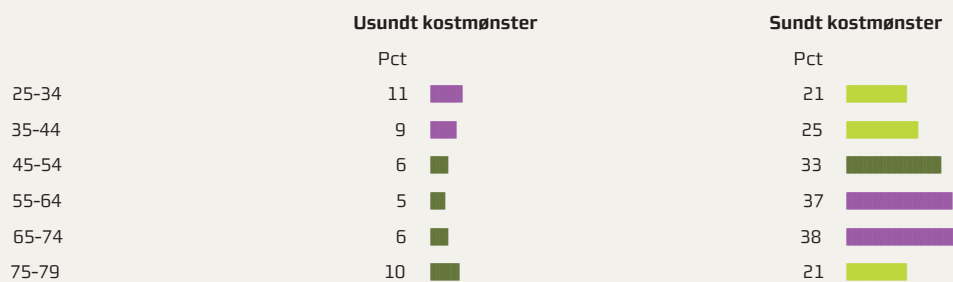
Yderpunkterne er at finde blandt unge mænd med lavt uddannelsesniveau, hvor 41 % har et usundt kostmønster og 7 % har et sundt kostmønster, og blandt de midaldrende og ældre mænd med højt uddannelsesniveau, hvor få har et usundt kostmønster mens cirka hver tredje har et sundt kostmønster.

**FIGUR 3.40**  
Kostmønstre - kvinder

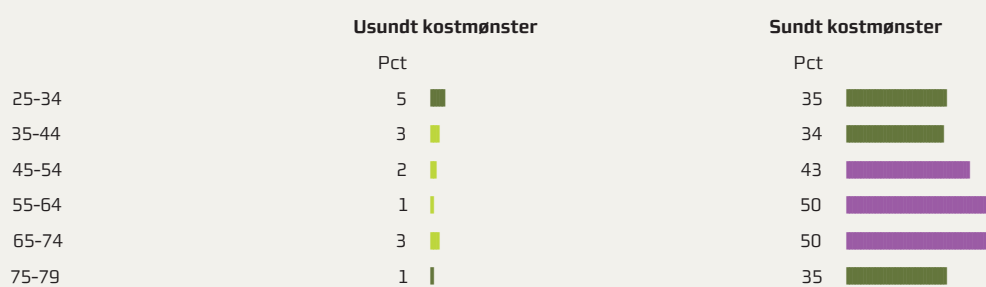
#### Lavt uddannelsesniveau





#### Middel uddannelsesniveau



#### Højt uddannelsesniveau



 Signifikant flere end hos alle kvinder

 Signifikant færre end hos alle kvinder

**Kvinder.** Kvinder har generelt set bedre kostvaner end mænd. Men også blandt kvinder er der store forskelle i forhold til alder og uddannelsesniveau, hvilket fremgår af figur 3.40.

Ligesom hos mænd finder man hos kvinder de største forskelle i kostmønster mellem de unge med lavt uddannelsesniveau og midaldrende og ældre med højt uddannelsesniveau.

Den højeste andel med et sundt kostmønster findes blandt kvinder i alderen 55-74 år med højt uddannelsesniveau, hvor 50 % har et sundt kostmønster. I aldersgruppen 55-64 år har kun 1 % et usundt kostmønster.

Der er en væsentlig forskel imellem mænds og kvinders kostmønstre i forhold til uddannelsesniveau. Hos mænd er der ikke så stor forskel mellem personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau i forhold til kostmønster. Hos kvinder er der større lighed mellem middel og højt uddannelsesniveau.

Dette betyder, at det blandt mændene først og fremmest er mænd med højt uddannelsesniveau, der efterlever kost anbefalingerne. Blandt kvinderne er det både personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau.

**FIGUR 3.41**  
Kostmønster - kommuner



## Kostmønster i kommunerne

Figur 3.41 viser kostmønsteret i kommunerne. Andelen med et sundt kostmønster varierer fra 19 % i Skive til 29 % i Syddjurs, Skanderborg og Århus. Tilsvarende varierer andelen med et usundt kostmønster fra 8 % i Århus til 19 % i Struer.

**Sundt kostmønster.** Der er signifikant flere med et sundt kostmønster end i hele befolkningen i:

- Syddjurs
- Skanderborg
- Århus

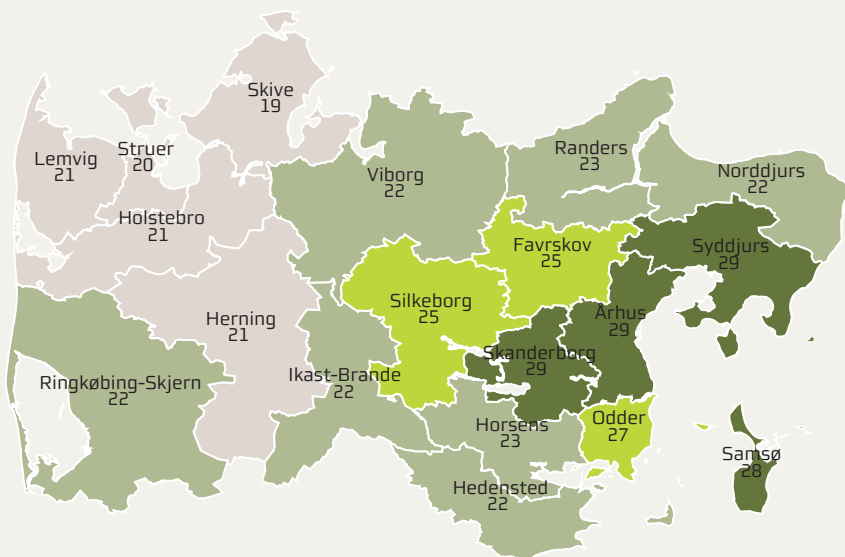
Der er signifikant færre med et sundt kostmønster end i hele befolkningen i:

- Lemvig
- Herning
- Holstebro

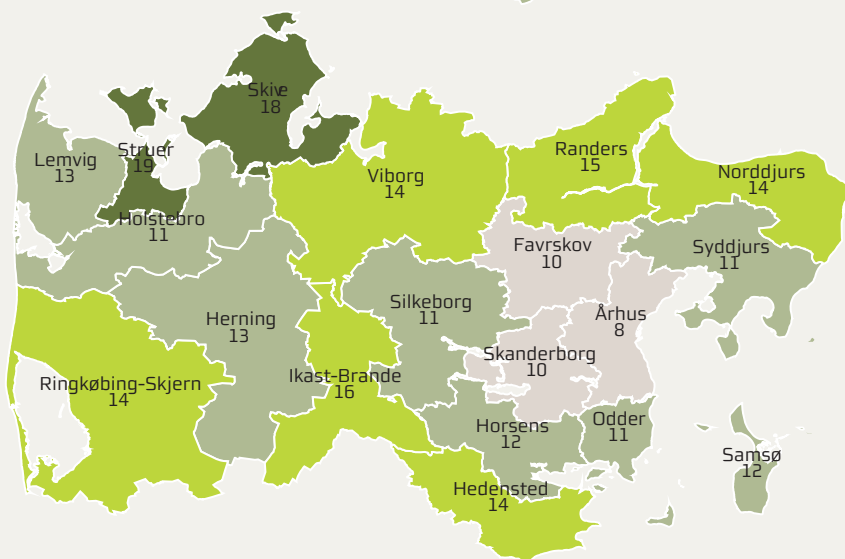
FIGUR 3.41 FORTSAT

Kostmønster - kommuner (i pct)

Sundt kostmønster



Usundt kostmønster



• Skive  
**Usundt kostmønster.** Der er signifikant flere med et usundt kostmønster end i hele befolkningen i:

- Randers
- Ikast-Brande
- Struer
- Skive

Der er signifikant færre med et usundt kostmønster end i hele befolkningen i:

- Århus

► 2006-2010. Der er sket et statistisk signifikant fald i andelen med usundt kostmønster i Horsens, Holstebro og Århus, jævnfør figur 3.33.S i bind 2. Samtidig er der sket en statistisk signifikant stigning i andelen med sundt kostmønster i Lemvig, Randers, Syddjurs og Århus, hvilket fremgår af figur 3.34.S i bind 2. ◀

**FIGUR 3.42**  
Kostmønstre - kronisk sygdomme





## Kostmønster i forhold til kroniske sygdomme

Af figur 3.42 fremgår sammenhængen mellem kostmønster og de 18 kroniske sygdomme.

Andelen med et sundt kostmønster blandt personer med en kronisk sygdom varierer fra 19 % hos personer med blodprop i hjertet og hjerneblødning/blodprop i hjernen til 30 % blandt personer med knogleskørhed.

Tilsvarende varierer andelen med et usundt kostmønster fra 10 % blandt personer med allergi og sukkersyge til 20 % blandt personer med kronisk bronkitis/før store lunger/rygerlunger og vedvarende psykisk sygdom.

Der er signifikant flere med et sundt kostmønster end i hele befolkningen blandt personer med følgende sygdomme:

- Knogleskørhed
- Slidgigt

Der er signifikant flere med et usundt kostmønster end i hele befolkningen blandt personer med følgende sygdomme:

- Forbigående psykiske lidelser
- Astma
- Leddegigt
- Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger
- Vedvarende psykisk sygdom
- Blodprop i hjertet
- Hjerneblødning, blodprop i hjernen

► **2006-2010.** Andelen med usundt kostmønster er faldet statistisk signifikant ved fire af de kroniske sygdomme, jævnfør figur 3.35.S i bind 2. Ved sundt kostmønster er andelen steget statistisk signifikant ved seks af de kroniske sygdomme, jævnfør figur 3.36.S i bind 2. ◀

**FIGUR 3.43**  
Kostmønstre - brancher



## Kostmønstre i forhold til brancher

Der er store variationer i kostmønstret mellem de forskellige brancher.

Andelen med et sundt kostmønster varierer fra 6 % blandt personer i branchen *råstofindvinding* til 35 % blandt personer i branchen *sundhed og socialvæsen*.

Der er signifikant flere med et sundt kostmønster end blandt alle erhvervsaktive i følgende brancher:

- Sundhed og socialvæsen
- Kultur og fritid
- Hotel og restaurant
- Undervisning

Der er signifikant flere med et usundt kostmønster end blandt alle erhvervsaktive i følgende brancher:

- Handel
- Rejsebureau, rengøring og anden operationel service
- Industri
- Bygge og anlæg
- Transport
- Vandforsyning og renovation

Det skal bemærkes, at størstedelen af de brancher, hvori andelen med et usundt kostmønster er høj, er brancher med en overvægt af mænd.

Andelen af kvinder i de 20 brancher varierer fra 0 % i *råstofindvinding* til 85 % i *sundhed og socialvæsen*. Korrelationen mellem kvindeandel inden for de enkelte brancher og andelen med sunde kostvaner er positiv og høj ( $r = 0,91$ ). Korrelationen mellem kvindeandel og andelen med usunde kostvaner er negativ og ligeledes høj ( $r = -0,67$ ).

## Sammenfatning

24 % af befolkningen har et sundt kostmønster og lever op til anbefalingerne på kostområdet. 12 % har et usundt kostmønster.

Overordnet set er der sket en udvikling i kostmønstret fra 2006 til 2010 i retning af, at befolkningen spiser sundere.

Der er store forskelle i kostmønstre i forhold til de demografiske og sociale forhold.

Særligt er der stor forskel mellem køn, alder og uddannelsesniveau. Mænd har i langt højere grad end kvinder et usundt kostmønster. Derudover har unge og personer med lavt uddannelsesniveau oftere end hele befolkningen et usundt kostmønster.

## Overvægt

I år 2000 valgte WHO at betegne den stadigt stigende forekomst af overvægt som en fedmeepidemi (29).

I Danmark har udviklingen også været dramatisk. På baggrund af sessionsdata, hvor højde og vægt er målt på værnepligtige mænd, kan det dokumenteres, at forekomsten af svær overvægt blandt unge mænd er 50 gange større nu end den var i slutningen af 1960'erne (30, 31).

Inden for de seneste år har det været diskuteret, om fedmekurven er knækket (31, 32, 33). En metaanalyse baseret på undersøgelser fra 25 lande viser en opbremsning i den meget kraftige vækst i andelen af svært overvægtige. Der er dog store forskelle mellem udviklingen i landene samt i udviklingen blandt forskellige befolkningsgrupper inden for landene (31).

Metaanalysen referer tre studier fra Danmark. Et studium viser, at der for børn mellem 5-8 år er sket et fald i andelen af svært overvægtige drenge. For piger er væksten stagneret. For drenge i alderen 14-16 år fortsætter væksten i andelen af svært overvægtige, mens andelen er stagneret for pigerne i samme aldersgruppe. To studier beskriver en fortsat stigning i forekomsten af svær overvægt hos henholdsvis kvinder og mænd (31).

I Region Midtjyllands sundhedsprofil fra 2006 blev andelen af overvægtige opgjort til 49 % fordelt på 35 % moderat overvægtige og 14 % svært overvægtige. Spørgsmålet er, om der er sket en stagnation, et fald eller en stigning i andelen af overvægtige?

Normalt forklares udviklingen af overvægt med en ubalance mellem madindtag og energiforbrug. Landsdækkende kostundersøgelser har dokumenteret et fald i det gennemsnitlige kalorieindtag for den voksne befolkning i løbet af en årrække (30, 34). Når forekomsten af overvægt alligevel er øget, tyder det på, at der er sket en meget kraftig reduktion i den fysiske aktivitet som følge af ændringer i arbejdsliv, transportmønstre og motionsvaner i fritiden.

Derudover peger forskning på genetisk arv, fødselsvægt samt betingelser i fosterstadiet som relevante faktorer i forhold til vægtudvikling (35). Det skønnes at 5 % af forekomsten af svær overvægt skyldes sygdom (36).

Endvidere angives søvn og stress som vigtige faktorer for vægtudvikling (35, 37).

Ud over de ovennævnte faktorer er der veldokumenterede sociale forskelle i forekomsten af overvægt. Svær overvægt forekommer således især i befolkningsgrupper med

de korteste uddannelser, laveste indkomster og ufaglærte jobs samt i højere grad på landet end i byerne (2, 4, 5, 6, 38).

Overvægt indebærer en forøget risiko for tidlig død og kroniske sygdomme som sukkersyge, hjerte-kar-sygdomme, slidgigt og leddegigt, visse former for kræft samt lidelser i bevægeapparatet (2, 3, 4, 5). WHO skønner at 8-15 % af de industrialiserede landes omkostninger ved sygdomme kan henføres til overvægt (6).

Vægtstatus er i undersøgelsen beregnet ved hjælp af Body Mass Index (BMI) på baggrund af svarpersonernes oplysninger om højde og vægt.

BMI beregnes ved at dividere vægten i kg med højden i meter i anden potens ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ).

På baggrund af BMI foretages der en inddeling i fire vægtklasser:

Svær overvægt:	BMI $\geq$ 30
Moderat overvægt:	BMI 25-29,9
Normalvægt:	BMI 18,5-24,9
Undervægt:	BMI < 18,5

Der er en tilbøjelighed blandt overvægtige til at oplyse en lavere vægt end den faktiske (37). Derfor må undersøgelsens opgørelse over overvægtige betragtes som et minimum.

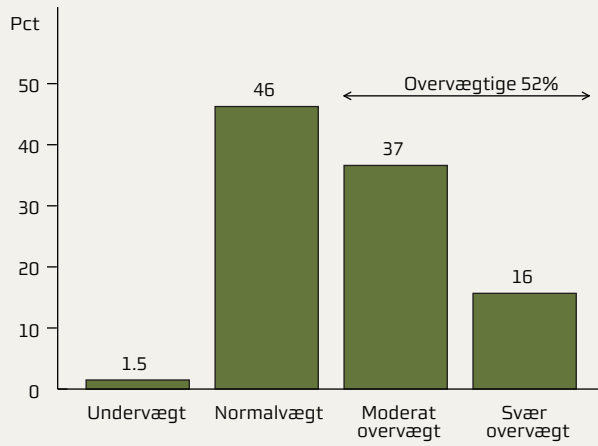
I det følgende beskrives forekomsten af moderat og svær overvægt i forhold køn, alder og til sociale forhold, geografi, kroniske sygdomme og brancher.

## Hvor mange er overvægtige?

Figur 3.44 viser, at mere end halvdelen af befolkningen er overvægtig (52 %). Heraf er 37 % moderat overvægtige og 16 % svært overvægtige. Dette svarer til, at der i regionen er 281.000 moderat overvægtige og 120.000 svært overvægtige (se figur 3.45).

► **2006-2010.** Andelen af svært overvægtige er steget fra 14 % til 16 %. Tilsvarende er andelen af moderat overvægtige steget fra 35% til 37%. Se figur 3.37.5 i bind 2. ◀

**FIGUR 3.44**  
Befolkningens fordeling på vægtklasser



**FIGUR 3.45**  
Overvægt - køn, alder og sociale forhold

	Moderat overvægt		Svær overvægt		Antal overvægtige	
	Pct		Pct		Moderat	Svær
<b>Alle</b>	37		16		281.000	120.000
<b>Køn</b>						
Mand	45		16		174.000	61.000
Kvinde	28		16		107.000	59.000
<b>Alder</b>						
25-34	30		13		42.000	18.000
35-44	34		16		57.000	27.000
45-54	37		16		62.000	26.000
55-64	39		17		62.000	27.000
65-74	43		16		46.000	18.000
75-79	39		15		12.000	5.000
<b>Uddannelsesniveau</b>						
Lavt	39		22		50.000	28.000
Middel	38		17		149.000	64.000
Højt	31		10		68.000	22.000
<b>Bolig</b>						
Ejer	38		15		221.000	87.000
Lejer	32		18		57.000	32.000
<b>Samlivssituation</b>						
Alene	33		17		55.000	29.000
Gift/samlevende	38		15		183.000	73.000
<b>Børn i hjemmet 0-15 år</b>						
Ingen børn	37		16		168.000	72.000
Børn	35		14		88.000	36.000
<b>Arbejde (25-64 år)</b>						
I arbejde	36		14		177.000	71.000
Ikke i arbejde	34		20		42.000	25.000

 Signifikant flere end i hele befolkningen  
 Signifikant færre end i hele befolkningen

## Overvægt i forhold til køn, alder og sociale forhold

Figur 3.45 viser sammenhænge mellem overvægt og køn, alder og sociale forhold.

**Køn.** Der er en større andel af mænd end kvinder, der er moderat overvægtige. Andelen af svært overvægtige er den samme.

Det fremgår af figuren, at næsten halvdelen af alle mænd er moderat overvægtige og 16 % er svært overvægtige. Dette betyder, at 61 % af alle mænd over 25 år er overvægtige. Blandt kvinder er 28 % moderat overvægtige, mens 16 % er svært overvægtige.

**Alder.** Andelen af moderat overvægtige er størst blandt ældre. Blandt de yngste aldersgrupper er andelen af moderat overvægtige mindst.

Andelen af svært overvægtige er mindst blandt personer i alderen 25-34 år.

**Uddannelsesniveau.** Andelen af moderat og svært overvægt er mindst blandt personer med højt uddannelsesniveau.

**Bolig.** Andelen af moderat overvægtige er størst blandt personer, der bor i ejerbolig. Omvendt forholder det sig for andelen af svært overvægtige, som er størst blandt personer, der bor i lejlighed.

**Samlivssituation.** Andelen af moderat overvægtige er størst blandt personer, der er gift/samlevende. Der er næsten ingen forskel i andelen af svært overvægtige mellem personer der er gift/samlevende og personer, der lever alene.

**Børn i hjemmet.** Andelen af overvægtige er stort set ens for personer med og uden børn i hjemmet.

**Arbejde.** Der er en markant større andel af personer, der er svært overvægtige blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke har et arbejde.

Sammenlignet med hele befolkningen er der signifikant flere moderat overvægtige blandt følgende grupper:

- Mænd
- Personer i alderen 55-74 år
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Personer der bor i ejerbolig
- Personer der er gift/samlevende

Sammenlignet med hele befolkningen er der signifikant færre moderat overvægtige blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 25-44 år
- Personer med højt uddannelsesniveau
- Personer der bor i lejlighed
- Personer der lever alene

Sammenlignet med hele befolkningen er der signifikant flere svært overvægtige blandt følgende grupper:

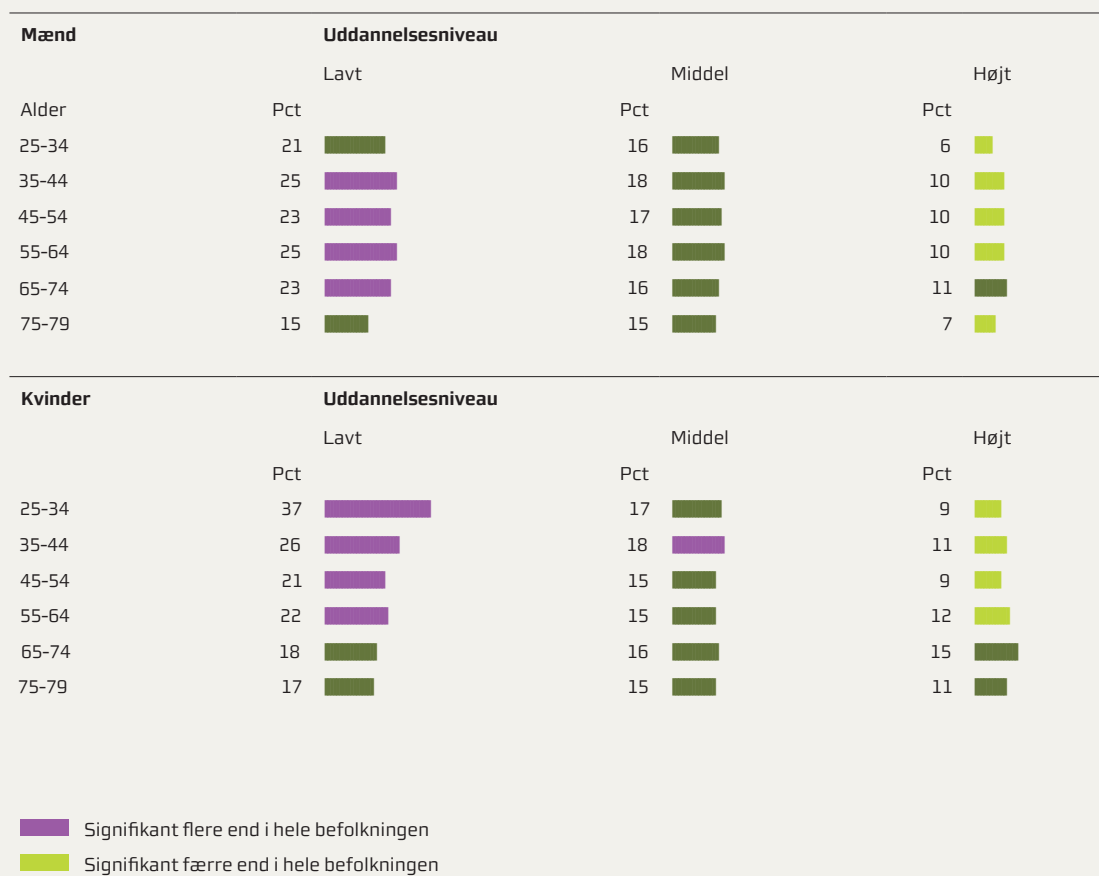
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Personer der bor i lejlighed
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke er i arbejde

Sammenlignet med hele befolkningen er der signifikant færre svært overvægtige blandt følgende grupper:

- Personer i alderen 25-34 år
- Personer med højt uddannelsesniveau
- Personer, der bor sammen med børn

► **2006-2010.** Der er sket en stigning i andelen af overvægtige inden for størstedelen af de nævnte grupperinger i forhold til køn, alder og sociale forhold. Se figur 3.38.S og 3.39.S i bind 2. ◀

**FIGUR 3.46**  
Svær overvægt - køn, alder og uddannelsesniveau





## Svær overvægt – samspillet mellem køn, alder og uddannelsesniveau

Figur 3.46 viser forekomsten af svær overvægt i befolkningen fordelt efter alder, køn og uddannelsesniveau.

Svær overvægt er hyppigst blandt kvinder i alderen 25-34 år med et lavt uddannelsesniveau (37 %).

Forekomsten af svær overvægt er mindst hyppig blandt mænd med et højt uddannelsesniveau i alderen 25-34 år (6 %).

Der ses to forskellige mønstre for henholdsvis mænd og kvinder i forhold til uddannelsesniveau og alder.

Andelen af svært overvægtige mænd uanset uddannelsesniveau er størst blandt mænd i alderen 35-74 år.

For kvinder er mønsteret anderledes og har sammenhæng med såvel alder som uddannelsesniveau.

For kvinder med lavt uddannelsesniveau er andelen af svært overvægtige størst blandt de yngste, mens andelen er mindst blandt de yngste kvinder med et højt uddannelsesniveau.

For kvinder med middelhøjt uddannelsesniveau er andelen med svær overvægt nogenlunde den samme for alle aldersgrupper.

Det skal bemærkes, at figuren og det beskrevne mønster ikke nødvendigvis kan fortolkes således, at unge vil gennemløbe en vægtudvikling svarende til ældre inden for uddannelsesgrupperne, idet mønstret kan være et udtryk for generationseffekter.

**FIGUR 3.47**  
Overvægt - kommuner



## Overvægt i kommunerne

Figur 3.47 er en oversigt over andelen af moderat og svært overvægtige i de 19 kommuner i Region Midtjylland.

Den største andel af svært overvægtige findes på Samsø hvor forekomsten af svær overvægt er 22 %.

I Lemvig og Norrdjurs er andelen af moderat overvægtige størst.

Den laveste andel af overvægtige findes i Århus, hvor andelen er 32 % for moderat overvægtige og 12 % for svært overvægtige.

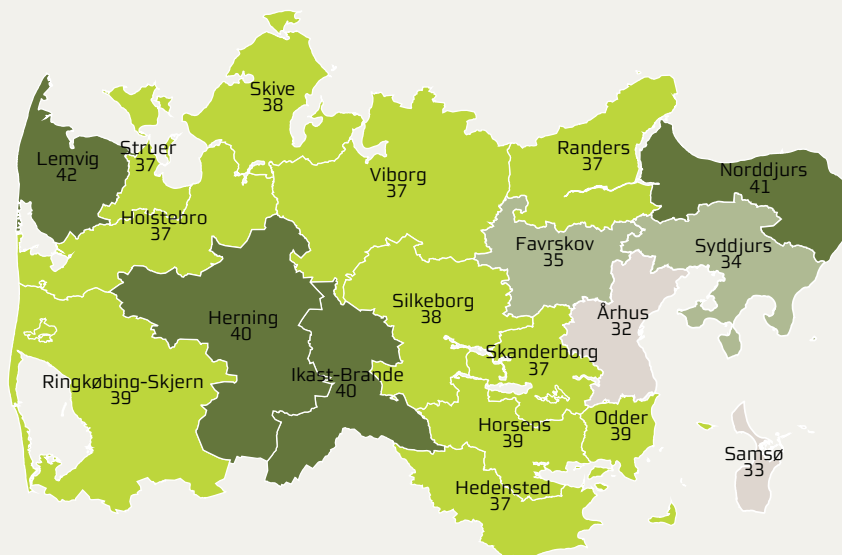
Sammenlignet med hele befolkningen er der signifikant flere svært overvægtige i følgende kommuner:

- Samsø
- Norrdjurs
- Viborg

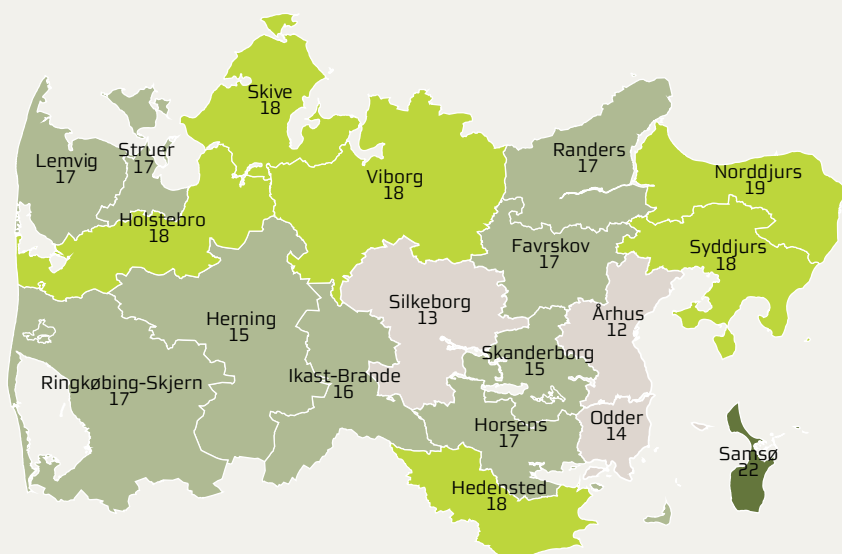
FIGUR 3.47 FORTSAT

Overvægt - kommuner (i pct)

Moderat overvægtig



Svært overvægtig



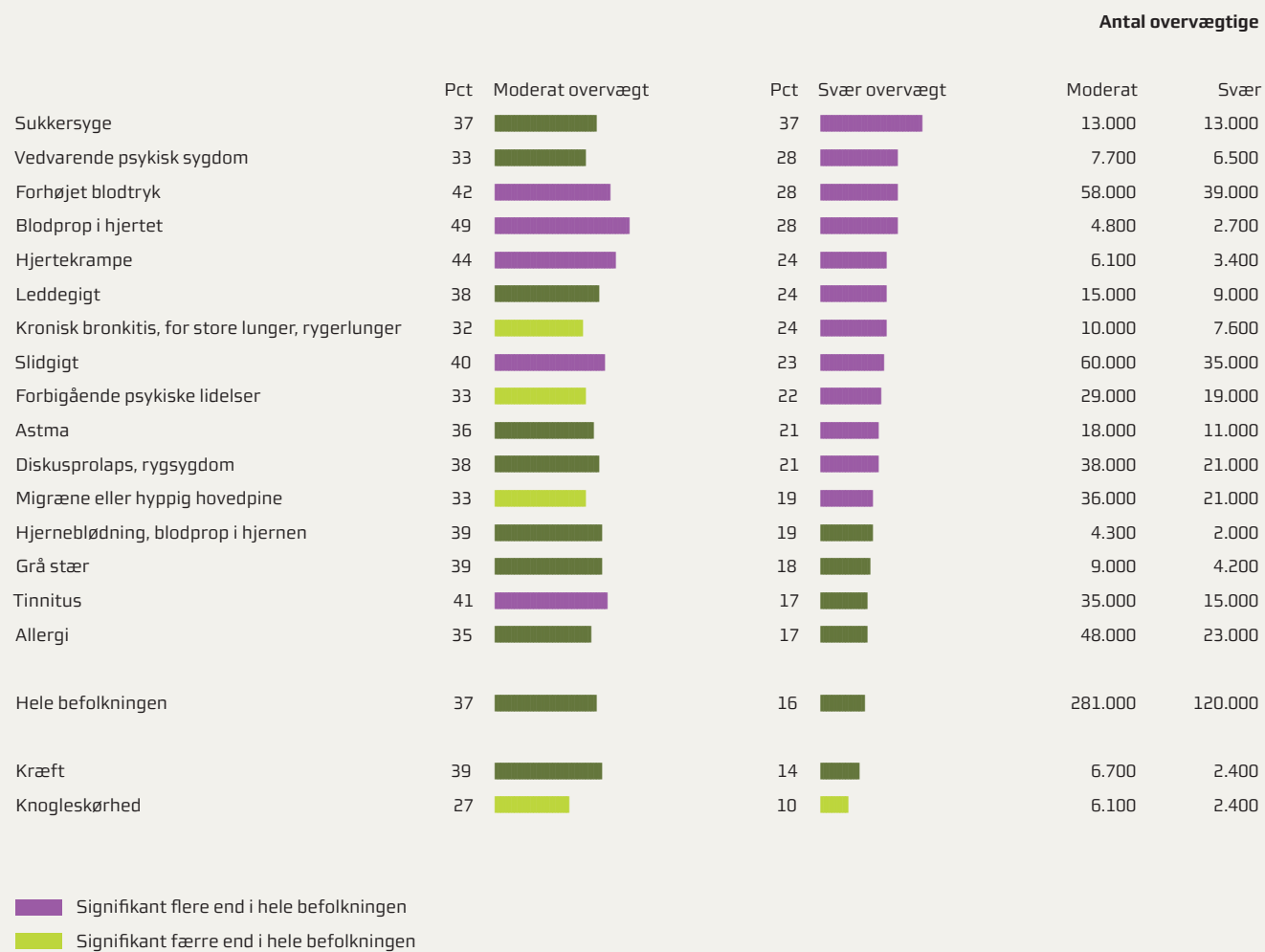
Sammenlignet med hele befolkningen er der signifikant flere moderat overvægtige i følgende kommuner:

- Lemvig
- Norrdjurs
- Herning

Århus er den eneste kommune, hvor andelen af svært og moderat overvægtige er signifikant lavere end i hele befolkningen. I Silkeborg er andelen af svært overvægtige signifikant lavere end i hele befolkningen.

► 2006-2010. Der er sket en signifikant stigning i andelen af svært overvægtige i Holstebro og Favrskov, Se figur 3.40.S og 3.41.S i bind 2. ◀

**FIGUR 3.48**  
Overvægt blandt personer - kroniske sygdomme



## Overvægt i forhold til kroniske sygdomme

Figur 3.48 er en oversigt over overvægt blandt personer med kroniske sygdomme.

Generelt er der flere svært overvægtige blandt personer med kroniske sygdomme end i befolkningen som helhed. Undtagelserne er personer med kræft og knogleskørhed, idet svær overvægt hos disse grupper er mindre udbredt end i hele befolkningen.

Sammenlignet med hele befolkningen er der signifikant flere svært overvægtige i følgende sygdomsgrupper:

- Sukkersyge
- Vedvarende psykisk sygdom
- Forhøjet blodtryk
- Blodprop i hjertet
- Hjertekramper
- Leddegigt
- Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger
- Slidgigt
- Forbigående psykiske lidelser
- Astma
- Diskusprolaps, rygsygdom
- Migræne eller hyppig hovedpine

Svær overvægt kan både være en medvirkende årsag til udvikling af sygdom, som ved type 2 diabetes og slidgigt, og en følge af sygdom (41).

Under alle omstændigheder er svær overvægt en særlig problematisk helbredsbelastning hos personer, der har en kronisk sygdom.

Ved en enkelt sygdom finder man en signifikant lavere forekomst af svær overvægt end i hele befolkningen:

- Knogleskørhed

Sammenlignet med hele befolkningen er der signifikant flere moderat overvægtige blandt følgende sygdomsgrupper:

- Blodprop i hjertet
- Hjertekrampe
- Forhøjet blodtryk
- Tinnitus
- Slidgigt

Sammenlignet med hele befolkningen er der signifikant færre moderat overvægtige blandt følgende sygdomsgrupper:

- Knogleskørhed
- Forbigående psykiske lidelser
- Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger
- Migræne eller hyppig hovedpine

Inden for flere sygdomsgrupper er der signifikant flere såvel moderat som svært overvægtige. Det drejer sig om følgende grupper:

- Blodprop i hjertet
- Forhøjet blodtryk
- Slidgigt
- Hjertekrampe

Samlet set er forekomsten af svær og moderat overvægt 77 % blandt personer med blodprop i hjertet, 70 % blandt personer med forhøjet blodtryk, 68 % blandt personer med hjertekrampe og 63 % for personer med slidgigt. Andelen af overvægtige er således betydeligt højere for disse sygdomsgrupper end for befolkningen som helhed, hvor andelen er 52 %.

Den samlede andel af overvægtige er også betydeligt højere hos flere andre sygdomsgrupper. Ved sygdomsgrupperne sukkersyge, leddegigt, vedvarende psykisk sygdom og diskusprolaps er den samlede andel af overvægtige mere end 60 %, hvilket vil sige mere end 8 % højere end i hele befolkningen. Ingen af disse sygdomsgrupper har dog en højere andel med moderat overvægt. Årsagen hertil skal findes i, at andelen af svært overvægtige er markant højere inden for disse sygdomsgrupper.

Blandt personer med sukkersyge er der eksempelvis samlet set 74 % overvægtige. Andelen af moderat overvægtige er dog ikke større end blandt befolkningen som helhed, men 37 % med sukkersyge er svært overvægtige, hvilket vil sige 21 % flere end i befolkningen som helhed.

► **2006-2010.** Der er sket en signifikant stigning i andelen af svært overvægtige inden for følgende sygdomsgrupper: Slidgigt/leddegigt, forbigående psykiske lidelser, diskusprolaps/rygsygdom og migræne eller hyppig hovedpine. Inden for slidgigt/leddegigt er der ligeledes sket en stigning i andelen af moderat overvægtige. Se figur 3.42.5 og 3.43.5 i bind 2. ◀

**FIGUR 3.49**  
Overvægt - brancher



## Overvægt i forhold til brancher

Figur 3.49 viser en oversigt over andelen af overvægtige inden for forskellige brancher.

Blandt de erhvervsaktive er 14 % svært overvægtige, mens 36 % er moderat overvægtige. Det svarer til, at 73.000 er svært overvægtige og 182.000 er moderat overvægtige blandt de erhvervsaktive.

Der er stor variation i forekomsten af svært overvægt mellem de forskellige brancher. Den laveste andel af svært overvægtige er 3 % inden for *ejendomshandel og udlejning*. Den højeste andel af svært overvægtige findes inden for *råstofindvinding*, hvor andelen er 37 %.

Sammenlignet med hele den erhvervsaktive befolkning er der signifikant flere svært overvægtige i følgende brancher:

- Råstofindvinding
- Transport
- Hotel og restaurant
- Industri

Sammenlignet med hele den erhvervsaktive befolkning er der signifikant færre svært overvægtige i følgende brancher:

- Uoplyst aktivitet
- Finansiering og forsikring
- Vidensservice
- Undervisning

Sammenlignet med hele den erhvervsaktive befolkning er der signifikant flere moderat overvægtige i følgende brancher:

- Industri
- Bygge og anlæg
- Landbrug, skovbrug og fiskeri

Sammenlignet med hele den erhvervsaktive befolkning er der signifikant færre moderat overvægtige i følgende brancher:

- Andre serviceydelser mv.
- Undervisning
- Sundhed og socialvæsen

## Sammenfatning

Andelen af overvægtige er 52% fordelt på 16 % svært overvægtige og 37 % moderat overvægtige.

Andelen af svær overvægt er 16 % for både kvinder og mænd. Andelen af moderat overvægtige er 45 % blandt mænd mod 28 % blandt kvinder.

Der er færre overvægtige blandt yngre mennesker mellem 25 og 34 år. Endvidere er andelen af overvægtige mindre blandt personer med et højt uddannelsesniveau.

Andelen af moderat overvægt er mindre blandt personer, der lever alene, personer, der bor i lejebolig og personer, som ikke er i arbejde. Til gengæld er andelen af svært overvægtige større blandt personer, der bor i lejebolig og personer, som ikke er i arbejde.

Samsø, Norddjurs og Viborg har signifikant større andele med svær overvægt.

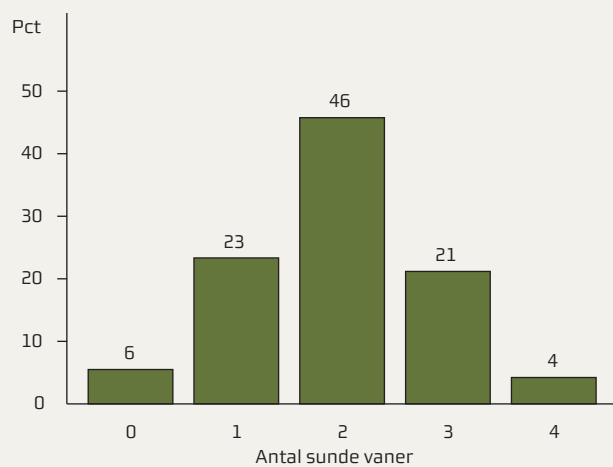
I Lemvig, Norddjurs og Herning er der signifikant flere moderat overvægtige end i hele regionen.

I Århus er der signifikant færre moderat og svært overvægtige.

I 12 ud af 18 sygdomsgrupper er forekomsten af svær overvægt højere end i hele befolkningen. Der er stor variation i forekomsten af overvægt inden for forskellige brancher.

I indledningen stilledes spørgsmålet om, hvorvidt fedmekurven er knækket? På baggrund af ovenstående analyser er der påvist en fortsat stigning i forekomsten af overvægtige blandt borgerne i Region Midtjylland. Fra 2006 til 2010 er andelen af overvægtige steget fra 49 % til 52 %, hvilket vil sige at mere end hver anden er overvægtig.

**FIGUR 3.50**  
Befolkningen opdelt på antal sunde vaner: kost, rygning, alkohol og fysisk aktivitet





## Sammenfatning – Sundhedsvaner

Gennem dette kapitel er befolkningens sundhedsvaner blevet beskrevet. Generelt set er der stærk sammenhæng mellem sundhedsvaner og demografiske og sociale forhold. Sammenhængen kommer fx til udtryk ved, at der ved samtlige forhold er kønsmæssige variationer, der viser, at kvinder lever sundere end mænd. Derudover er der en tendens til, at personer med højt uddannelsesniveau lever sundere end personer med lavt uddannelsesniveau.

Overordnet set er der sket en positiv udvikling fra 2006 til 2010 i forhold til befolkningens sundhedsvaner. Ved samtlige forhold med undtagelse af alkohol er der sket et fald i andelen med usunde vaner. I forhold til alkohol er der ikke sket en statistisk signifikant ændring.

Den positive udvikling i befolkningens sundhedsvaner afspejles ikke i andelen af overvægtige. Andelen af svært overvægtige er steget fra 14 % til 16 %, og andelen af moderat overvægtige er steget fra 35 % til 37 %. I alt er 52 % overvægtige i 2010 mod 49 % i 2006.

Der er altså stadig noget at arbejde med set i et forebyggelsesperspektiv. Blandt den voksne befolkning i Region Midtjylland gælder følgende:

- 22 % ryger dagligt
- 12 % har et usundt kostmønster
- 21 % har et risikabelt alkoholforbrug
- 17 % er fysisk inaktive
- 47 % dyrker ikke regelmæssig motion i fritiden
- 16 % er svært overvægtige
- 37 % er moderat overvægtige

Af figur 3.50 fremgår det, hvor stor en andel af befolkningen, der lever op til sundhedsstyrelsens anbefalinger for en sund livsstil i forhold til faktorerne rygning, kost, alkohol og fysisk aktivitet.

De fire faktorer er målt ved, om man a) har et sundt kostmønster, b) ikke ryger c) er moderat fysisk aktiv hver dag og dyrker motion i fritiden samt d) ikke har et risikabelt alkoholforbrug.

4 % af befolkningen lever sundt i forhold til samtlige faktorer.

21 % lever sundt i forhold til tre ud af de fire faktorer.

46 % lever sundt i forhold til to af de fire faktorer.

23 % lever sundt i forhold til én af de fire faktorer.

6 % af befolkningen lever ikke op til nogen af anbefalingerne for en sund livsstil.

I et forebyggelsesperspektiv er det essentielt at få personer, som har en usund livsstil, til at ændre adfærd.

I det følgende kapitel vil der blive fokuseret på befolkningens motivation i forhold til at ændre adfærd. Samtidig vil det blive belyst, hvor stor en andel af befolkningen, der er blevet rådet til at ændre adfærd hos lægen. Disse forhold vil blive beskrevet i forhold til sundhedsvanerne; rygning, alkohol, fysisk aktivitet, kost og overvægt.

## REFERENCER

1. Iversen L., Kristensen T. S. & Holstein B. E. et al. (2002). *Medicinsk sociologi. Samfund, sundhed og sygdom*. København: Munksgaard.
2. Forebyggelseskommissionen (2009). *Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats*. København: Forebyggelseskommissionen.
3. Sassi F. (2010). *Obesity and the Economics of Prevention. Fit not fat*. OECD.
4. Kjølner M., Juel K. & Kamper-Jørgensen F. (red.) (2007). *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
5. Juel K., Sørensen S. & Brønnum-Hansen H. (2006). *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
6. OECD Health Ministerial Meeting (2010). *Session 2 – Healthy Choices*. Paris: OECD.
7. World Health Organization (2005). *The European Health Report 2005. Public health action for healthier children and populations*. WHO.
8. Edwards R. (2004). The problem of tobacco smoking. *British Medical Journal* 328; 217-219.
9. Prescott E. (2004). *Tobaksrygning og rygestop: Konsekvenser for sundheden*. København: Sundhedsstyrelsen.
10. Folketinget (2007). *Lov om røgfri miljøer*. Nr. 512; 6. juni.
11. Sundhedsstyrelsen (2010). *Monitorering af danskernes rygevaner 2010 – hele stikprøven*. Lokaliseret den 23. november 2010 på [http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Tobak/Tal\\_og\\_undersoegelser/Danskernes\\_rygevaner/Udvikling\\_2010.aspx](http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Tobak/Tal_og_undersoegelser/Danskernes_rygevaner/Udvikling_2010.aspx)
12. Sundhedsstyrelsen (2010). *Rygning og sygdom: Kræft*. Lokaliseret den 23. november 2010 på <http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Tobak/Rygning%20og%20sygdom.aspx#Kraeft>
13. Dalum P. & Dengsøe Jensen P. (2007). *Hvordan forebygges børns og unges rygestart? – Årsager til rygestart og effekten af rygeforebyggelse i grundskolen*. København: Kræftens Bekæmpelse.
14. Sundhedsstyrelsen (2004). *Statistik 2003: Alkohol, narkotika og tobak*. København: Sundhedsstyrelsen.
15. Sundhedsstyrelsen (2008). *Alkohol og helbred*. København: Sundhedsstyrelsen.
16. Sundhedsstyrelsen (2010). *Sundhedsstyrelsens nye udmelding vedrørende alkohol*. København: Sundhedsstyrelsen.
17. Zierau et al. Validation of self-administered modified CAGE test (CAGE-C) in a somatic hospital ward: Comparison with biochemical markers. *Scand J Clin Lab Invest* 2005; 65: 615-622.
18. I-Min Lee (ed.) (2009). *Epidemiologic Methods in Physical Activity Studies*. Oxford: Oxford University Press.
19. U.S. Department of Health and Human Services (2009). *2008 Physical Activity Guidelines for Americans*. U.S. Department of Health and Human Services.
20. Pedersen B. K. & Saltin B. (2003). *Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling*. København: Sundhedsstyrelsen.
21. Andersen L. B., Schnoor P. & Schroll M. et al. (2000). All-cause mortality associated with physical activity during leisure time, work, sports and cycling to work. *Arch Intern Med* 160: 1621-1628.
22. World Health Organization (2004). *Food and health in Europe: A new basis for action. WHO regional publications*. European series: No. 96.
23. Astrup A., Andersen N. L. & Stender S. et al. (2005). *Kostrådene 2005*. København: Ernæringsrådet og Danmarks Fødevarerforsknig.
24. Fødevarestyrelsen (2010). *De 8 kostråd*. Lokaliseret den 26. november 2010 på [http://www.altomkost.dk/Anbefalinger/De\\_8\\_kostraad/forside.htm](http://www.altomkost.dk/Anbefalinger/De_8_kostraad/forside.htm)
25. Becker W., Lyhne N. & Pedersen A. N. et al. (2004). Nordic nutrition recommendations 2004 – Integrating nutrition and physical activity. *Nord* 2004: 13. København: Nordic Council of Ministers.
26. Fødevarestyrelsen (2010). *Fedt i danskernes kost*. Lokaliseret den 26. november 2010 på [http://www.altomkost.dk/Fakta/Fedt/fedt\\_i\\_danskernes\\_kost/forside.htm](http://www.altomkost.dk/Fakta/Fedt/fedt_i_danskernes_kost/forside.htm)
27. Toft U., Kristoffersen L. H., & Lau C. et al. (2006). The dietary quality score: validation and association with cardiovascular risk factors: the Inter99 study. *European Journal of Clinical Nutrition*, Aug.
28. Pedersen A., Fagt S. & Groth M. V. et al. (2010). *Danskernes kostvaner 2003-2008*. Søborg: DTU Fødevarerinstitutionen.
29. World Health Organization (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Geneva: WHO.
30. Matthiesen J., Rasmussen L. B. & Andersen L. B. et al. (2003). *Kost og fysisk aktivitet – fælles aktører i forebyggelsen. Fødevarerapport*. København: Fødevareinspektariatet.
31. Rokholm B., Baker J. L. & Sørensen T. I. A. (2010). The levelling off of the obesity since the year 1999 – a review of evidence and perspectives. *Obesity Reviews* 11; 12: 835-846.
32. Saxena A. K. (2010). Emerging Global Epidemic of Obesity: The Renal Perspective. *Ann Saudi Med* 26(4), July-August.
33. Sekretariatet for Det Nationale Kompetenceregnskab (2002). *Nøglekompetencer – forskerbidrag til Det Nationale Kompetenceregnskab*. København: Undervisningsministeriet.
34. Caballero B. (2007). The Global Epidemic of Obesity: An Overview. *Epidemiol Rev* 29, pp. 1-5.
35. Monasta L., Batty G. D. & Cattaneo A. et al. (2010). Early-life determinants of overweight and obesity: a review of systematic reviews. *Obesity Reviews* 11; 695-708.

36. Ministry of Health, Welfare and Sport (2009). *Memorandum on Obesity. Out of Balance: the Burden of Obesity*. Haag: Ministry of Health, Welfare and Sport.
37. Due P., Heitmann B. L. & Sørensen T. I. A. (2007). Prevalence of obesity in Denmark. *Obesity Reviews* 8: 187-189.
38. Kjølner M. & Rasmussen N. K. (2002). *Sundhed og sygelighed i Danmark 2000*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
39. Yang W., Kelly T. & He J. (2007). Genetic Epidemiology of Obesity. *Epidemiol Rev* 29, pp. 49-61.
40. Sørensen T. I. A., Due P. & Hansen B. et al. (2008). *Monitorering af forekomsten af fedme*. København: Motions- og Ernæringsrådet.
41. Sonne-Holm S. & Jacobsen S. (2006). Osteoartrose og adipositas. *Ugeskrift for læger* 168/2.

# MOTIVATION OG RÅDGIVNING

## Indledning

Det foregående kapitel beskrev befolkningens sundhedsvaner. I dette kapitel beskrives befolkningens motivation for at leve sundere og det belyses, hvor mange der inden for det seneste år har modtaget råd fra lægen om at ændre sundhedsvaner. Desuden beskrives, i hvilket omfang arbejdspladsernes rygeregler lever op til rygelovens minimumskrav.

Dårlige sundhedsvaner øger risikoen for sygdom, funktionsnedsættelse og tidlig død, ligesom dårlige sundhedsvaner fører til forringet livskvalitet. Omvendt mindsker gode sundhedsvaner risikoen for alvorlig sygdom og tidlig død samt fremmer trivsel, udfoldelsesmuligheder og livsglæde (1).

Forebyggelseskommissionen angiver usund livsstil som en af hovedårsagerne til, at danskernes middellevetid er relativt kort, set i forhold til eksempelvis Sverige og Norge (1). Det må derfor forventes, at sundere livsstil i befolkningen vil medføre, at folk lever længere og med færre sygdomme, bedre funktionsevne og større livskvalitet, hvilket igen vil betyde en mindre belastning af sundhedsvæsenet. Desuden kan sundere livsstil resultere i mindre sygefravær blandt den erhvervsaktive del af befolkningen og dermed en større produktivitet.

Der er flere strenge at spille på i forebyggelsesarbejdet. Man kan skelne mellem individrettet, grupperettet og strukturel forbyggelse (2). Individ- og grupperet-

tede forebyggelsesindsatser forudsætter aktive valg fra borgerne og må nødvendigvis bygge på motivation hos den enkelte til at ændre sine vaner (3). Det gælder fx rygeophør og ændring af kost-, motions- og alkoholvaner. Ved tilrettelæggelse af den borgerrettede og patientrettede forebyggelse er det vigtigt at vide, hvor mange med risikable sundhedsvaner, der er motiverede for at ændre disse.

Kapitlet indeholder oplysninger om motivation for at ændre på uhensigtsmæssige vaner, hvilket vil sige borgernes motivation for at leve sundere. Disse oplysninger kan bruges af kommunerne ved tilrettelæggelse af den borgerrettede forebyggelse. Både ved dimensioneringen af tilbuddene og valget af forebyggelsesarenaer og målgrupper.

Det samme gælder motivationen for livsstilsændringer blandt patienter med kroniske sygdomme. Det foregående kapitel dokumenterede, at mange kronisk syge patienter har risikable sundhedsvaner i form af rygning, et højt alkoholforbrug, fysisk inaktivitet og usunde kostvaner. I dette kapitel beskrives, hvor mange patienter, der er motiverede for at ændre deres vaner.

Oplysninger om motivation giver også et fingerpeg om, hvor stor overensstemmelse, der er mellem befolkningens holdninger og de officielle sundhedsråd. Undersøgelsen viser desuden, hvor mange af dem, der set ud fra den officielle rådgivning har et behov for at ændre adfærd, som også selv oplever et behov. Hvor mange over-

vægtige vurderer selv, at deres vægt er for høj? Hvor mange med usunde kostvaner vurderer selv, at deres kostvaner er usunde? Osv.

De praktiserende læger spiller en vigtig rolle, når det drejer sig om at støtte og rådgive patienter til at ændre sundhedsvaner (4,5, 6). Det beskrives, hvor mange der har modtaget råd om livsstilsændringer hos egen læge inden for det seneste år. Der fokuseres især på rådgivning i forhold til patienter med risikable sundhedsvaner.

Strukturel forebyggelse søger at ændre sundhedsvaner gennem en forbedring af betingelserne for at træffe sunde valg (1,3).

Strukturel forebyggelse kan foregå gennem ændringer af lovgivning med henblik på at gøre det sunde valg mere tillokkende. Eksempler på lovgivningsændringer er *lov om røgfri miljøer*, aldersgrænser for salg af alkohol, forbud mod reklamer for cigaretter og alkohol, afgifter på tobak, alkohol, chokolade, sukker og mættet fedt samt nedsættelse af moms på frugt og grønt.

Rygeloven fra 2007 er et vigtigt strukturelt forebyggelsesinitiativ. Det er vigtigt at undersøge, i hvilket omfang rygelovens bestemmelser efterleves i praksis. I kapitlet beskrives, hvor stor en del af arbejdsstyrken, der arbejder på en arbejdsplads, som lever op til minimumskravene til rygeregler i henhold til rygeloven.

Kapitlet er opbygget med en gennemgang af motivationen

for at ændre adfærd i forhold til rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet, kost og overvægt. Hvert af de fem områder gennemgås med henblik på at belyse, om der er demografiske variationer og variationer mellem køn, alder og sociale forhold. Derudover fokuseres der på kronisk syges motivation for at ændre adfærd samt motivationen inden for forskellige brancher. Afslutningsvis behandles inden for hvert afsnit, hvor mange der har modtaget råd og vejledning fra egen læge i forhold til en sundere livsstil.

## Rygning

Forebyggelsesarbejdet på rygeområdet handler om at gøre befolkningen røgfri. Rygning er ikke kun skadeligt for rygere, men også for ikke-rygere pga. risikoen ved passiv rygning.

Tobaksforebyggelse retter sig derfor mod hele befolkningen. I afsnittet *Rygning* i kapitel 3: *Sundhedsvaner* blev følgende forebyggelsesmål formuleret:

- I forhold til rygerne handler det om at motivere til rygestop samt at give støtte og hjælp til de rygere, der ønsker at holde op.
- I forhold til ikke-rygerne handler det om at forebygge rygestart hos børn, unge og eksrygere samt at sikre, at ingen mod deres vilje udsættes for passiv rygning.

I dette afsnit belyses det, hvor mange rygere der gerne vil stoppe og hvor mange der efterspørger forebyggelsestilbud i form af støtte og hjælp til rygeophør (borgerrettet forebyggelse) samt hvor mange, der har modtaget råd fra lægen om rygeophør inden for de seneste 12 måneder (patientrettet forebyggelse). Afslutningsvis belyses det, hvor mange erhvervsaktive, der arbejder på en arbejdsplads, hvor rygeloven efterleves (strukturel forebyggelse).

På rygeområdet er der mulighed for at beskrive forhold, der er relevante i forhold til både borgerrettet, patientrettet og strukturel forebyggelse.

15. august 2007 trådte en ny dansk rygelov i kraft. Formålet med *Lov om røgfri miljøer* er at udbrede røgfri miljøer med henblik på at forebygge sundhedsskadelige effekter af passiv rygning og at forebygge, at nogen ufrivilligt udsættes for passiv rygning (7).

Hovedreglen i rygeloven er, at der ikke må ryges indendørs på arbejdspladsen. Dog er det tilladt at ryge i lokaler, der alene tjener som arbejdsplads for én person. Desuden kan der indrettes særlige rygelokaliteter (rygebokse eller rygerum) på arbejdspladsen.

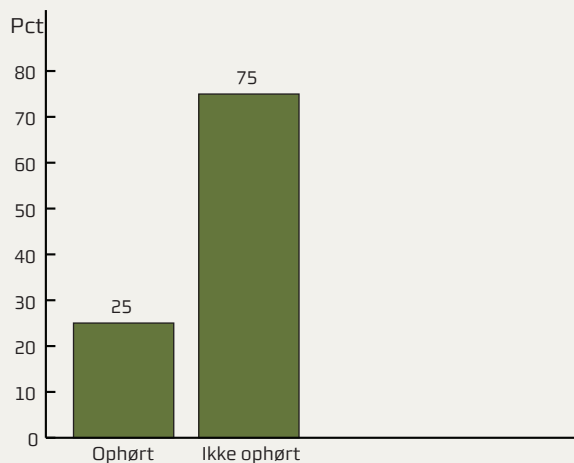
Det er desuden ikke tilladt at ryge indendørs på offentlige steder – dog med undtagelse af serveringssteder på under 40 m<sup>2</sup>.

De nye rygeregler blev iværksat kort tid efter dataindsamlingen til *Hvordan har du det?* 2006. Det er derfor muligt at se, hvordan befolkningens rygevaner har ændret sig godt tre år efter rygelovens ikrafttræden. I afsnittet *Rygning* i kapitel 3: *Sundhedsvaner* fremgik det, at 22 % af befolkningen er dagligrygere – et fald fra 27 % i 2006. I dette afsnit vil det, som nævnt, blive belyst, hvorvidt rygeloven har haft en effekt på rygereglerne på arbejdspladserne.

Afsnittet sætter fokus på følgende emner:

- Dagligrygere, der inden for de seneste fem år er stoppet med at ryge
- Dagligrygere, der ønsker at stoppe med at ryge
- Dagligrygere, der ønsker støtte og hjælp til rygeophør (efterspørgslen efter individorienteret/borgerrettet forebyggelse)
- Dagligrygere, der har fået råd fra lægen om rygestop (patientrettet forebyggelse)
- Rygeregler på arbejdspladsen (strukturel forebyggelse)

**FIGUR 4.1**  
Rygestopraten 2005-2009



### Hvor mange er stoppet med at ryge inden for de seneste fem år?

Der er beregnet en 1-års stoprate for årene 2005-2009. Herudfra er beregnet en kumuleret 5-års rygestoprate. Rygestopraten angiver, hvor stor en andel af dagligrygerne, der er holdt op i denne periode.

Figur 4.1 viser, at hver fjerde ryger (25 %) er stoppet inden for perioden 2005-2009. Det svarer til, at 55.000 dagligrygere er blevet eksrygere i perioden.

► **2006-2010.** Der er flere inden for de seneste fem år (2005-2009), som er stoppet med at ryge sammenlignet med perioden 2001-2005, se [figur 4.1.5 i bind 2](#). ◀

**FIGUR 4.2**

Rygere, der er holdt op med at ryge inden for de seneste fem år - køn, alder og sociale forhold

	Pct		Personer
<b>Alle</b>	25		55.000
<b>Køn</b>			
Mand	25		90.000
Kvinde	26		29.000
<b>Alder</b>			
25-34	33		12.000
35-44	25		12.000
45-54	21		11.000
55-64	24		13.000
65-74	23		7.000
75-79	24		1.700
<b>Uddannelsesniveau</b>			
Lavt	19		10.000
Middel	26		30.000
Højt	31		13.000
<b>Bolig</b>			
Ejer	27		40.000
Lejer	20		14.000
<b>Samlivssituation</b>			
Alene	18		11.000
Gift/samlevende	28		33.000
<b>Børn i hjemmet 0-15 år</b>			
Ingen børn	23		32.000
Børn	31		19.000
<b>Arbejde (25-64 år)</b>			
I arbejde	26		35.000
Ikke i arbejde	23		11.000

Signifikant flere end i hele befolkningen  
 Signifikant færre end i hele befolkningen



## Er stoppet med at ryge inden for de seneste fem år – køn, alder og sociale forhold

Figur 4.2 viser sammenhængen mellem 5-års stopraten og køn, alder og sociale forhold.

**Køn.** Der er ikke forskel mellem mænd og kvinder i forhold til andelen, der er stoppet med at ryge inden for de seneste fem år.

**Alder.** Flest yngre personer er stoppet med at ryge gennem perioden 2005-2009.

**Uddannelsesniveau.** Andelen, der er stoppet med at ryge, stiger med uddannelsesniveauet. 19 % blandt personer med lavt uddannelsesniveau er stoppet, mens det samme gælder for 31 % blandt personer med højt uddannelsesniveau.

**Bolig.** Flere personer der bor i ejerbolig end i lejebolig er stoppet med at ryge inden for de seneste fem år.

**Samlivssituation.** Flere personer, der er gift/samlevende, er stoppet med at ryge sammenlignet med personer, der bor alene.

**Børn i hjemmet.** Blandt personer, der bor sammen med børn, er 31 % stoppet med at ryge inden for de seneste fem år. 23 % blandt personer, der ikke bor sammen med børn, er stoppet med at ryge.

**Arbejde.** Der er ikke statistisk signifikant forskel mellem personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), som ikke har et arbejde i forhold til stopraten.

Der er signifikant flere end blandt alle rygere, der er stoppet med at ryge i perioden 2005-2009, i følgende grupper:

- Personer i alderen 25-34 år
- Personer med højt uddannelsesniveau
- Personer, der bor i ejerbolig
- Personer, der er gift/samlevende
- Personer, der bor sammen med børn

Der er signifikant færre end blandt alle rygere, der er stoppet med at ryge i perioden 2005-2009, i følgende grupper:

- Personer i alderen 45-54 år og 75-79 år
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der lever alene
- Personer, der ikke bor sammen med børn

FIGUR 4.3

Rygere der er holdt op med at ryge inden for de seneste fem år - kommuner

	Pct		Personer
Herning	30		4.200
Skanderborg	27		2.600
Ikast-Brande	27		2.000
Århus	26		12.000
Favrskov	25		2.100
Struer	25		1.200
Lemvig	25		1.200
Horsens	24		3.600
Hedensted	24		2.100
Silkeborg	24		3.400
Randers	24		4.600
Holstebro	24		2.400
Syddjurs	24		2.100
Norrdjurs	24		2.100
Odder	23		1.000
Ringkøbing-Skjern	23		2.500
Skive	23		2.200
Viborg	23		3.600
Samsø	20		200
Region Midtjylland	25		55.000

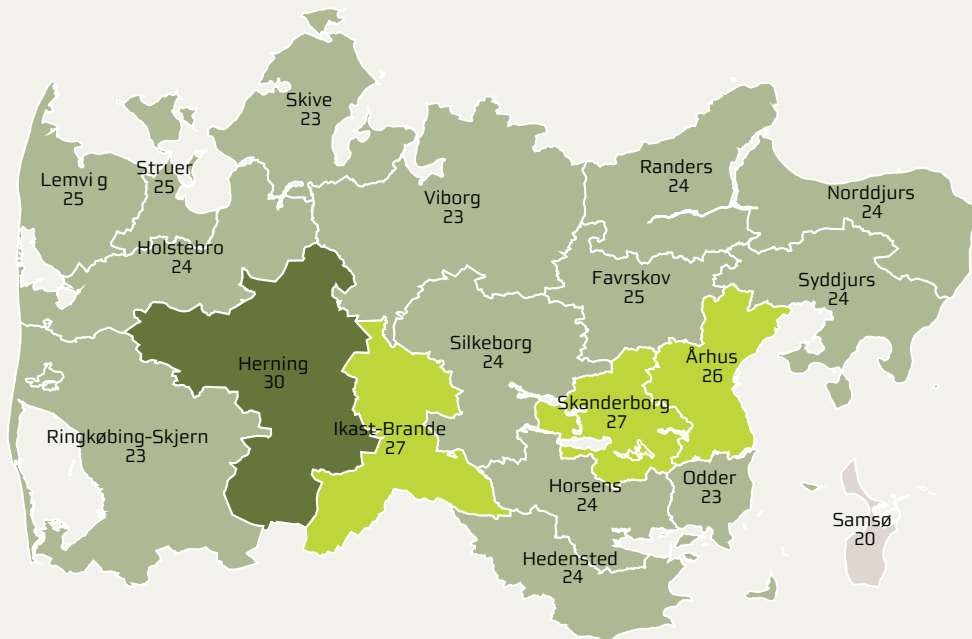
### Er stoppet med at ryge inden for de seneste fem år – kommuner

Andelen, der er stoppet med at ryge inden for de seneste fem år, varierer fra 20 % på Samsø til 30 % i Herning, jævnfør figur 4.3.

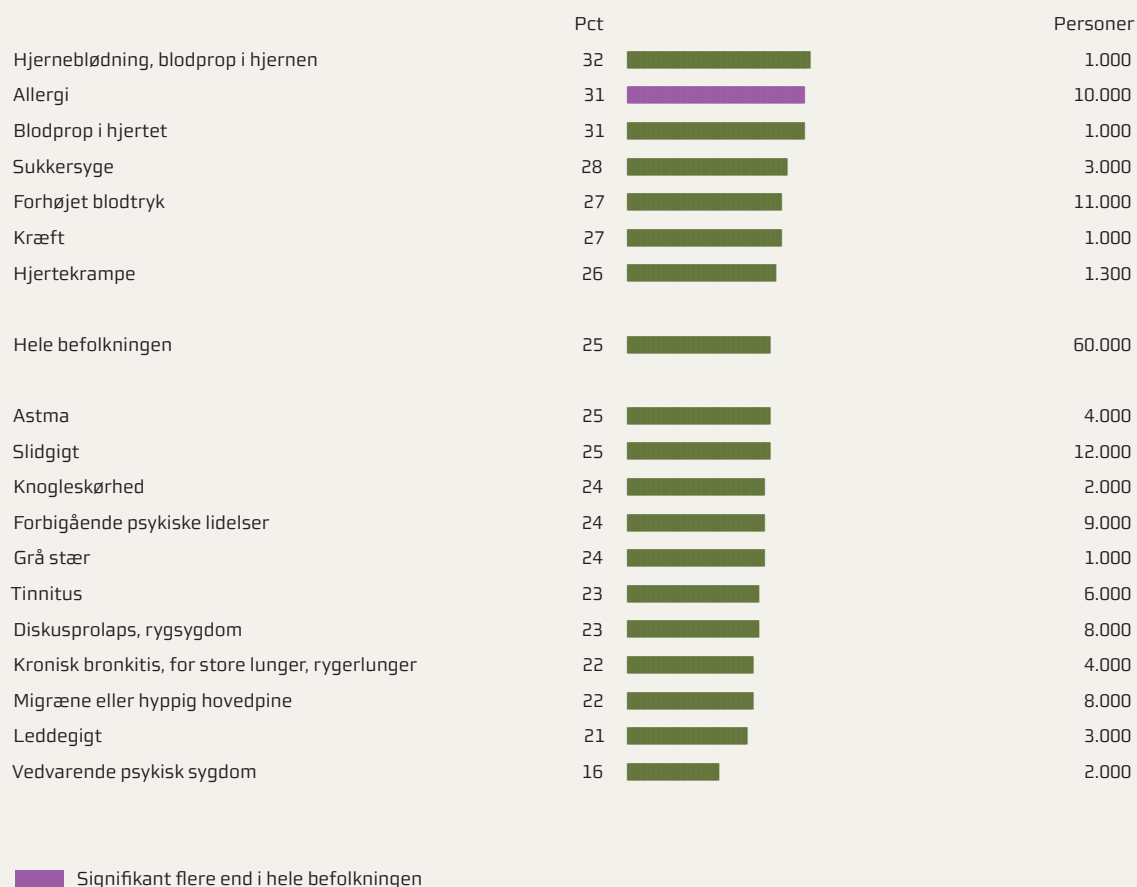
Der er imidlertid ingen af kommunerne, der adskiller sig statistisk signifikant fra gennemsnittet for hele befolkningen.

**FIGUR 4.3 FORTSAT**

Rygere der er holdt op med at ryge inden for de seneste fem år - kommuner (i pct)



**FIGUR 4.4**  
Rygere der er holdt op med at ryge inden for de seneste fem år - kroniske sygdomme



## Er stoppet med at ryge inden for de seneste fem år – kroniske sygdomme

Stopraten varierer mellem de kroniske sygdomme. 16 % med vedvarende psykisk sygdom er stoppet med at ryge inden for de seneste fem år. Det samme gælder 32 % med hjerneblødning/blodprop i hjernen, hvilket fremgår af figur 4.4.

Der er signifikant flere end blandt alle rygere, som er stoppet med at ryge i perioden 2005-2009, blandt personer med:

- Allergi

**FIGUR 4.5**  
Rygere der er holdt op med at ryge inden for de seneste fem år - brancher



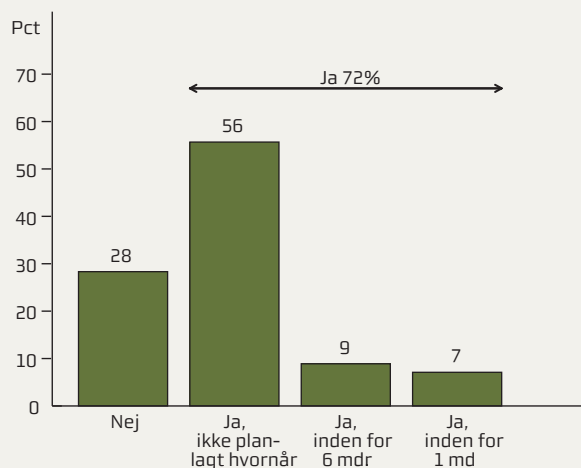
## Er stoppet med at ryge inden for de seneste fem år – brancher

Der er ikke nogen af brancherne, der afviger statistisk signifikant fra alle rygere i forhold til andelen, der er stoppet med at ryge inden for de seneste fem år, jævnfør figur 4.5.

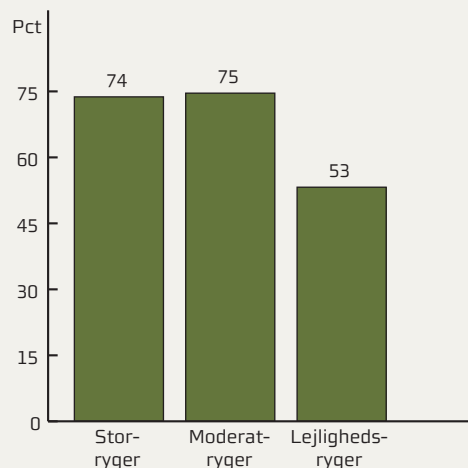
I det følgende belyses andelen af dagligrygere, der ønsker at stoppe med at ryge.

**FIGUR 4.6, 4.7**  
Ønske om rygestop

Figur 4.6  
Vil du holde op med at ryge?



Figur 4.7  
Ønsker du at stoppe med at ryge? Fordelt på tobaksforbrug



## Hvor mange vil gerne stoppe med at ryge?

Størstedelen af befolkningen, som ryger, ønsker at stoppe med at ryge, hvilket fremgår af figur 4.6.

72 % har svaret, at de ønsker at stoppe med at ryge. 56 % har ikke planlagt hvornår, 9 % ønsker at stoppe inden for seks måneder og 7 % ønsker at stoppe inden for en måned.

Flertallet af rygerne vil altså gerne stoppe. Der er dog kun en mindre andel, der har konkrete planer om at stoppe.

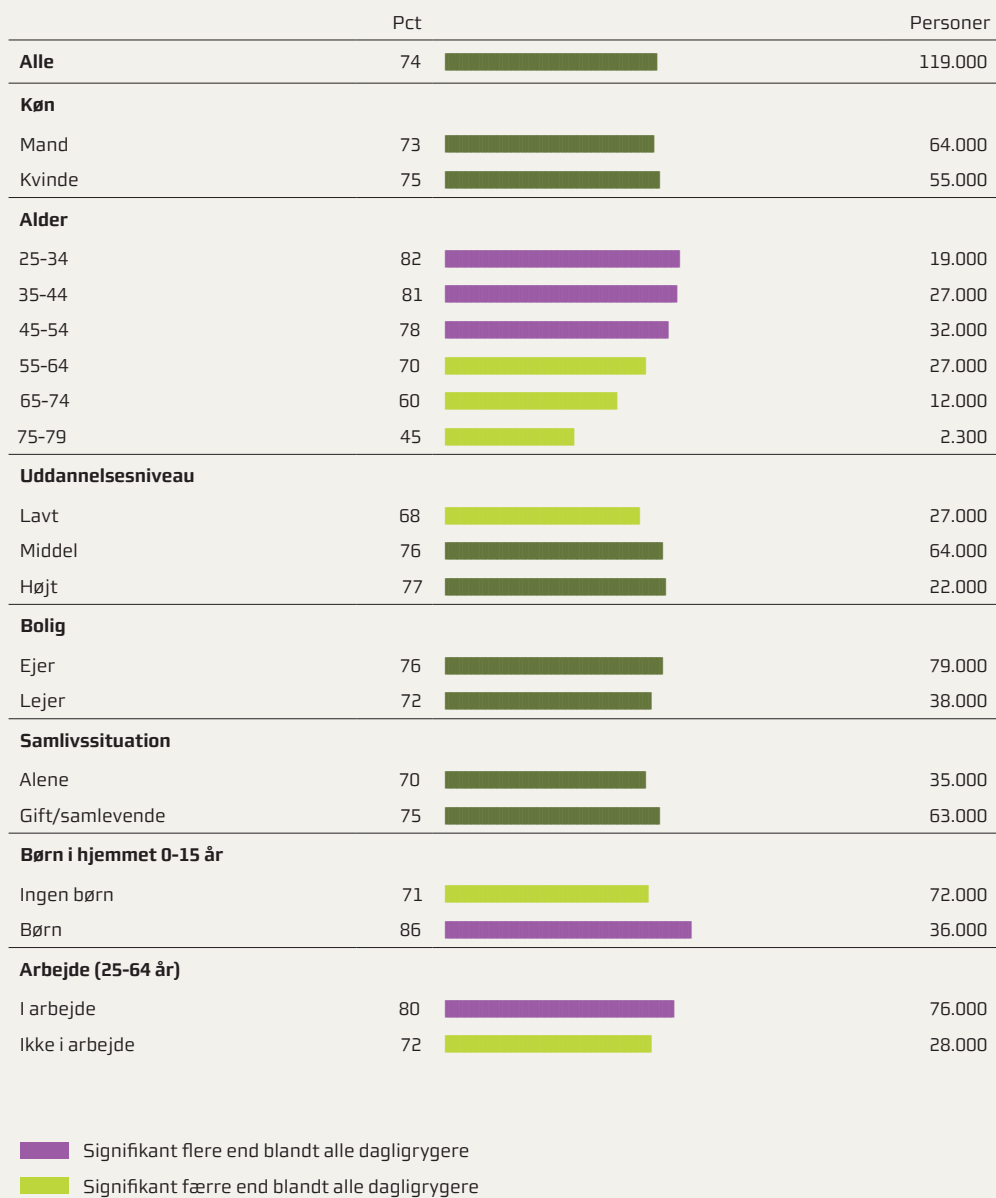
Der er stor sammenhæng mellem ønsket om at stoppe med at ryge og tobaksforbruget, jævnfør figur 4.7.

Blandt storrygere og moderatrygere ønsker henholdsvis 74 % og 75 % at stoppe med at ryge.

53 % blandt lejlighedsrygerne ønsker at stoppe med at ryge.

► **2006-2010.** Der er en større andel, som ønsker at stoppe med at ryge i 2010 sammenlignet med 2006, se figur 4.2.5 og figur 4.3.5 i bind 2. ◀

**FIGUR 4.8**  
Dagligrygere der gerne vil stoppe med at ryge - køn, alder og sociale forhold





## Dagligrygere der ønsker at stoppe med at ryge – køn, alder og sociale forhold

Figur 4.8 viser sammenhængen mellem dagligrygere, der ønsker at stoppe med at ryge og køn, alder og sociale forhold.

74 % dagligrygere ønsker at stoppe med at ryge.

**Køn.** Der er ikke forskel på mænd og kvinder i forhold til motivationen for at stoppe med at ryge.

**Alder.** Flere yngre dagligrygere ønsker at stoppe med at ryge sammenlignet med ældre. 82 % i alderen 25-34 år ønsker at stoppe mod 45 % blandt dagligrygere i alderen 75-79 år.

**Uddannelse.** Andelen af dagligrygere, som ønsker at stoppe med at ryge, stiger med uddannelsesniveaut.

**Bolig.** Der er ikke forskel på boligtype i forhold til ønsket om at stoppe med at ryge.

**Samlivssituation.** Der er ikke forskel mellem dagligrygere, der er gift/samlevende og dagligrygere, der lever alene, med hensyn til motivationen for at stoppe med at ryge.

**Børn i hjemmet.** Der er flere dagligrygere, der bor sammen med børn, som ønsker at stoppe med at ryge (86 %) sammenlignet med dagligrygere, som ikke bor sammen med børn (71 %).

**Arbejde.** Blandt dagligrygere i den erhvervsaktive alder (25-64 år) er der flere, som har et arbejde, der ønsker at stoppe med at ryge.

Der er signifikant flere dagligrygere end i hele befolkningen, som ønsker at stoppe med at ryge blandt følgende grupper:

- Personer i alderen 25-54 år
- Personer, der bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der har et arbejde

Der er signifikant færre dagligrygere end i hele befolkningen, som ønsker at stoppe med at ryge blandt følgende grupper:

- Personer i alderen 55-79 år
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Personer, der ikke bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke har et arbejde

Sammenlignes dette med figur 3.2 i kapitel 3: *Sundhedsvaner* fremgår det, at de grupper der er mest motiverede for rygestop også er de grupper, hvori der er færrest dagligrygere. Omvendt er de grupper, der er mindst motiverede, de grupper, hvori der er flest dagligrygere.

**FIGUR 4.9**  
Dagligrygere der gerne vil stoppe med at ryge - kommuner

	Pct		Personer
Hedensted	78		4.900
Odder	77		2.500
Herning	77		7.500
Viborg	77		9.300
Holstebro	76		5.700
Skanderborg	76		5.200
Ikast-Brande	76		4.000
Norddjurs	75		4.700
Silkeborg	75		7.900
Lemvig	74		2.400
Århus	74		24.000
Randers	73		10.300
Ringkøbing-Skjern	73		5.900
Syddjurs	73		4.600
Struer	72		2.600
Skive	72		5.200
Horsens	71		7.800
Favrskov	69		4.100
Samsø	65		600
Region Midtjylland	74		119.000

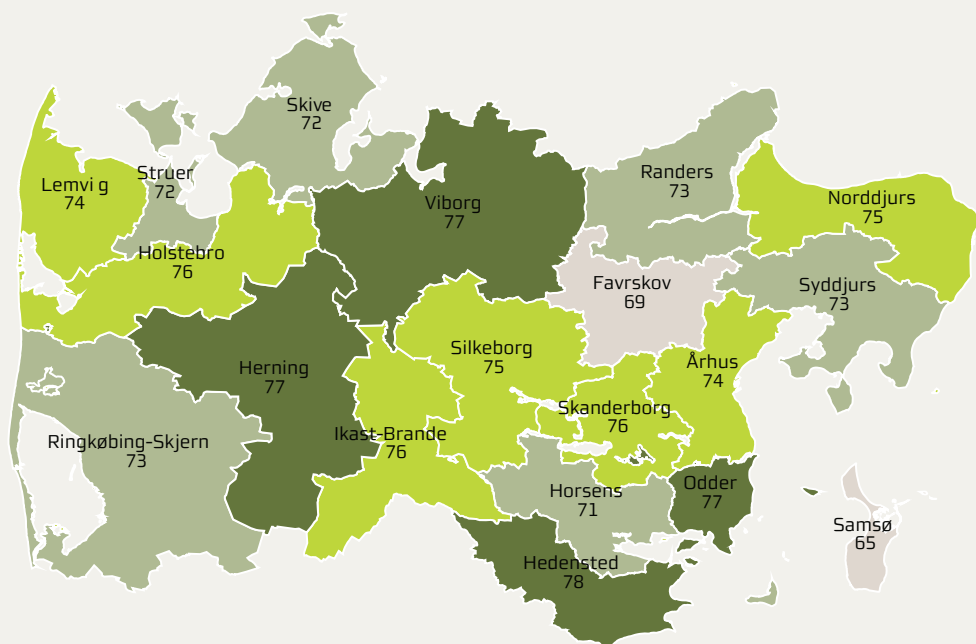
## Dagligrygere der ønsker at stoppe med at ryge – kommuner

Andelen af dagligrygere, som ønsker at stoppe med at ryge, varierer fra 65 % på Samsø til 78 % i Hedensted, jævnfør figur 4.9.

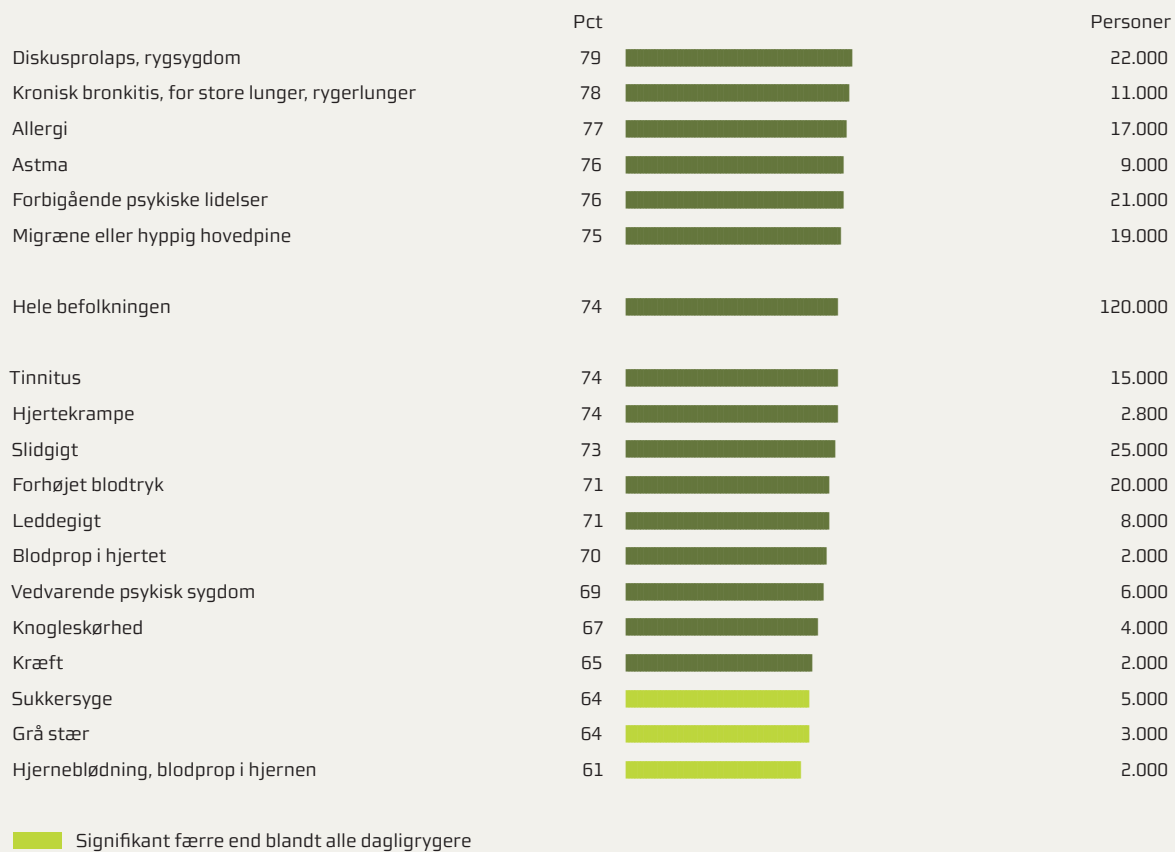
Der er ikke nogen af kommunerne, der adskiller sig statistisk signifikant fra gennemsnittet for hele befolkningen.

**FIGUR 4.9 FORTSAT**

Dagligrygere der gerne vil stoppe med at ryge - kommuner (i pct)



**FIGUR 4.10**  
Dagligrygere der gerne vil stoppe med at ryge - kroniske sygdomme



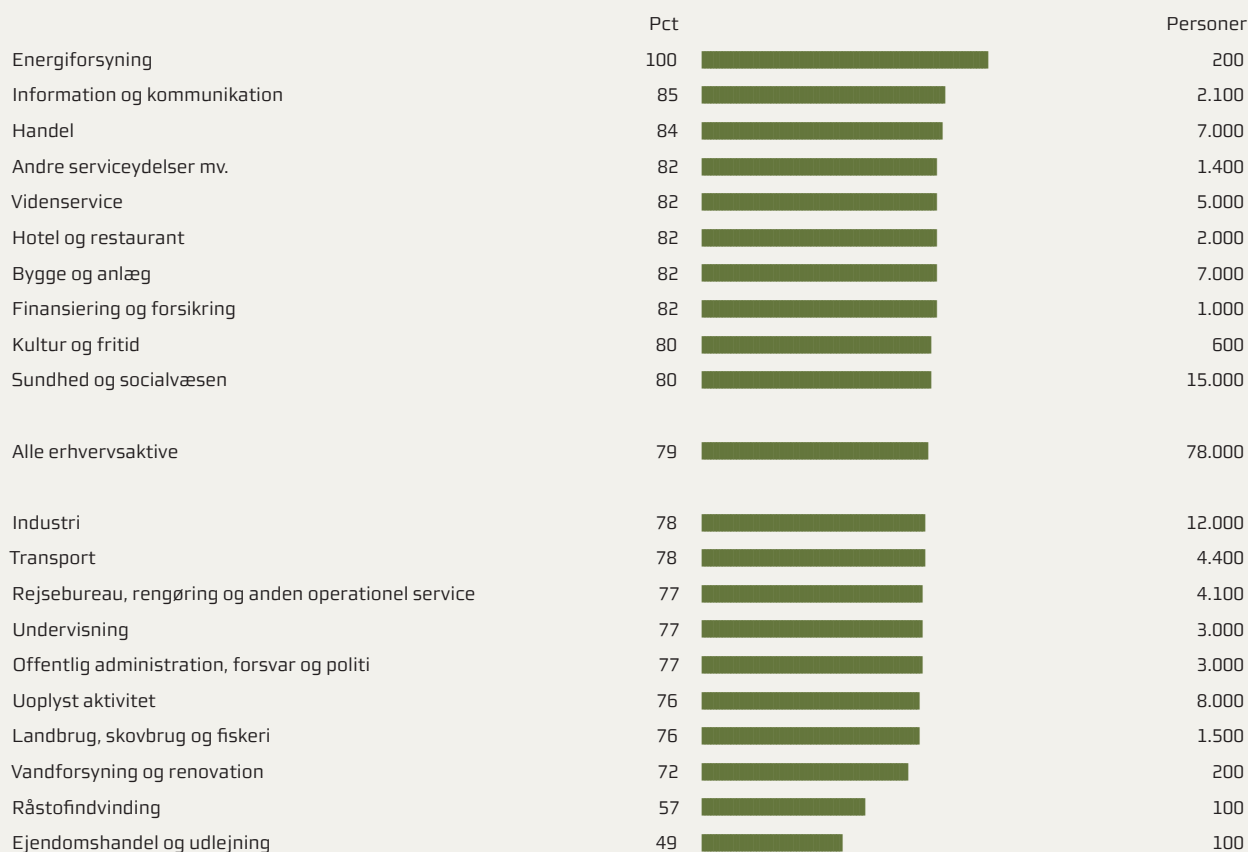
## Dagligrygere der ønsker at stoppe med at ryge – kroniske sygdomme

Blandt dagligrygere med en kronisk sygdom varierer andelen, der gerne vil stoppe med at ryge, fra 61 % blandt personer med hjerneblødning/ blodprop i hjernen til 79 % blandt personer med diskusprolaps/rygsygdom, hvilket fremgår af figur 4.10.

Der er signifikant færre dagligrygere end i hele befolkningen, der ønsker at stoppe med at ryge, blandt personer med følgende sygdomme:

- Sukkersyge
- Grå stær
- Hjerneblødning, blodprop i hjernen

**FIGUR 4.11**  
Dagligrygere der gerne vil stoppe med at ryge - brancher



## Dagligrygere der ønsker at stoppe med at ryge – brancher

Figur 4.11 viser andelen af dagligrygere, som ønsker at stoppe med at ryge fordelt på de 20 brancher.

Andelen varierer fra 49 % i *ejendomshandel og udlejning* til 100 % i *energiforsyning*.

Antallet af motiverede i *energiforsyning* skal tolkes varsomt på grund af få respondenter.

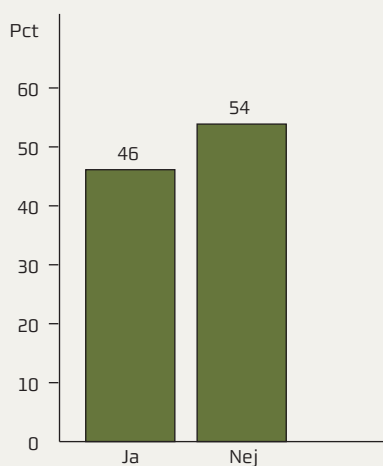
Der er ikke nogen af brancherne, som adskiller sig statis-

tisk signifikant fra alle dagligrygere i forhold til motivationen for at stoppe med at ryge.

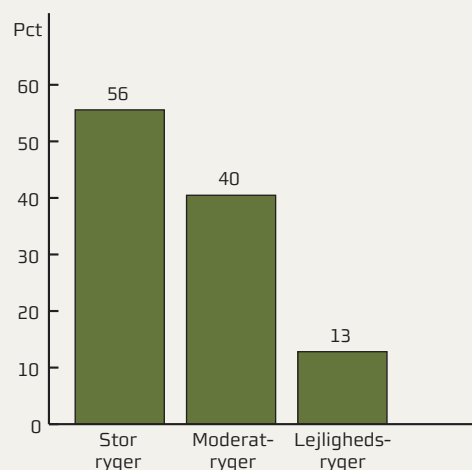
En stor andel af dagligrygerne i Region Midtjylland ønsker at stoppe med at ryge. En mindre andel har konkrete planer om rygestop. I det følgende belyses andelen, som ønsker støtte og hjælp til rygestop samt andelen, som inden for det seneste år har modtaget råd fra lægen om rygestop.

**FIGUR 4.12, 4.13**  
Ønsker støtte og hjælp til rygestop

Figur 4.12  
Vil gerne have støtte og hjælp til rygestop



Figur 4.13  
Ønsker støtte og hjælp til rygestop fordelt på tobaksforbrug



## Hvor mange vil gerne have støtte og hjælp til rygestop?

De, som gerne vil stoppe med at ryge, er blevet spurgt, om de ønsker støtte og hjælp til at gennemføre rygestoppet.

Af figur 4.12 fremgår det, at 46 % af dem, som gerne vil stoppe med at ryge, ønsker støtte og hjælp hertil.

54 % ønsker ikke støtte og hjælp til rygestop.

Der er sammenhæng mellem ønsket om støtte og hjælp til rygeophør og dagligt tobaksforbrug, jævnfør figur 4.13.

Blandt storrygere ønsker 56 % at få støtte og hjælp til at stoppe med at ryge. Det samme gælder 40 % blandt moderatrygere og 13 % blandt lejlighedsrygere.

► **2006-2010.** Der er færre i 2010 sammenlignet med 2006, som ønsker støtte og hjælp til at stoppe med at ryge, jævnfør figur 4.4.5 og figur 4.5.5 i bind 2. ◀

**FIGUR 4.14**  
Dagligrygere der gerne vil have støtte og hjælp til rygestop - køn, alder og sociale forhold

	Pct		Personer
<b>Alle</b>	50		61.000
<b>Køn</b>			
Mand	49		32.000
Kvinde	51		28.000
<b>Alder</b>			
25-34	50		10.000
35-44	52		14.000
45-54	54		17.000
55-64	50		14.000
65-74	42		6.000
75-79	20		600
<b>Uddannelsesniveau</b>			
Lavt	49		14.000
Middel	51		33.000
Højt	49		11.000
<b>Bolig</b>			
Ejer	49		39.000
Lejer	52		20.000
<b>Samlivssituation</b>			
Alene	50		18.000
Gift/samlevende	50		31.000
<b>Børn i hjemmet 0-15 år</b>			
Ingen børn	48		35.000
Børn	54		20.000
<b>Arbejde (25-64 år)</b>			
I arbejde	51		39.000
Ikke i arbejde	53		15.000

Signifikant færre end blandt alle dagligrygere



## Ønsker støtte og hjælp til rygestop – køn, alder og sociale forhold

Figur 4.14 viser andelen af dagligrygere, som ønsker hjælp til rygeophør fordelt på køn, alder og sociale forhold.

Andelen, der ønsker støtte og hjælp til rygeophør, varierer ikke statistisk signifikant mellem de enkelte grupper med undtagelse af personer i alderen 65-79 år, hvor der er signifikant færre end blandt alle dagligrygere, som ønsker støtte og hjælp til rygeophør.

**FIGUR 4.15**  
Dagligrygere der gerne vil have støtte og hjælp til rygestop - kommuner



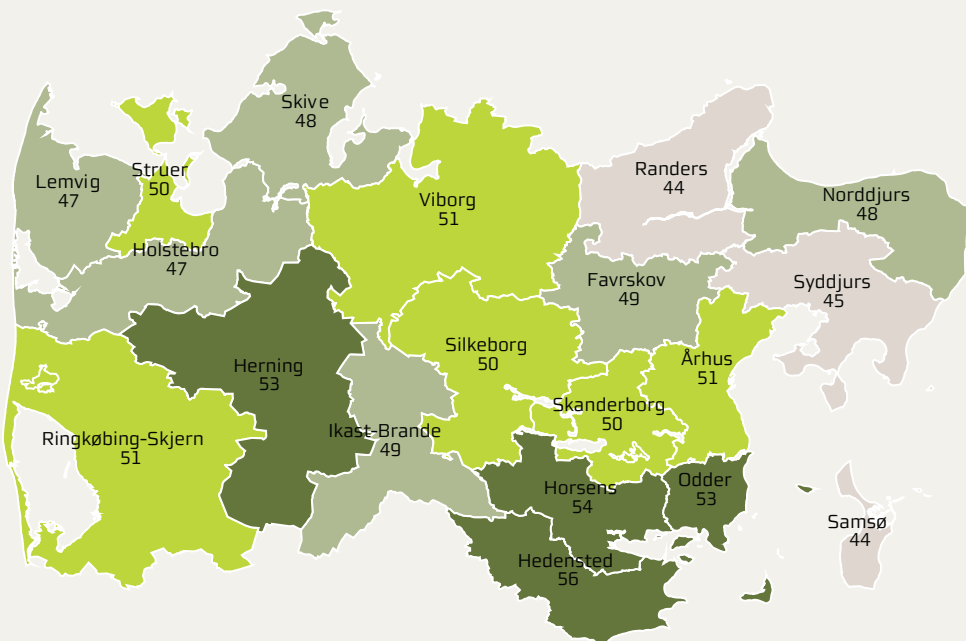
## Ønsker støtte og hjælp til rygestop – kommuner

Andelen af dagligrygere, som ønsker hjælp til at stoppe med at ryge, varierer fra 44 % i Randers Kommune og Samsø Kommune til 56 % i Hedensted Kommune, hvilket fremgår af figur 4.15.

Ingen af kommunerne adskiller sig signifikant fra gennemsnittet i forhold til andelen af dagligrygere, som ønsker støtte og hjælp til rygeophør.

**FIGUR 4.15 - FORTSAT**

Dagligrygere der gerne vil have støtte og hjælp til rygestop - kommuner (i pct)

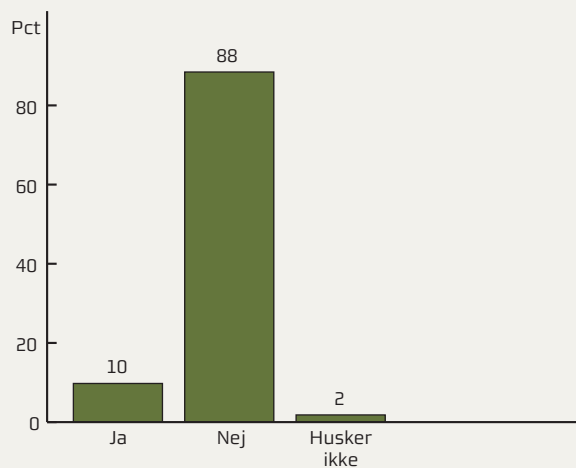


**FIGUR 4.16, 4.17, 4.18**

Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at holde op med at ryge?

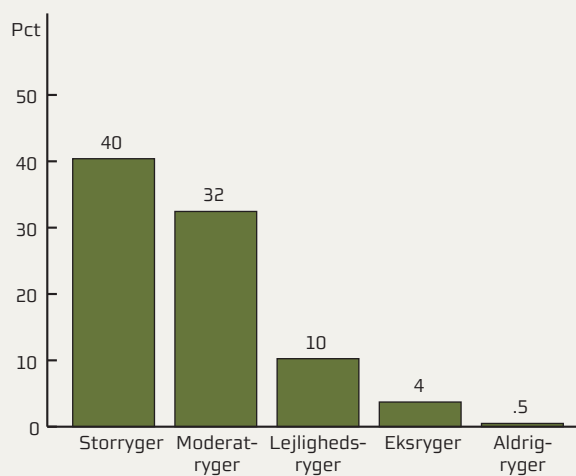
Figur 4.16

Har egen læge rådet dig til rygestop inden for de seneste 12 måneder?



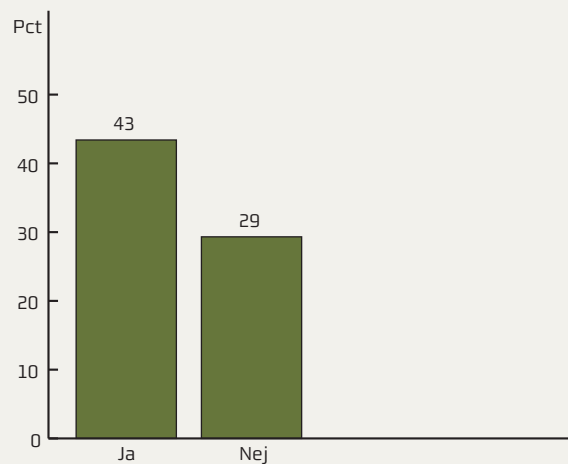
Figur 4.17

Har modtaget råd fra lægen om rygestop i forhold til tobaksforbrug



Figur 4.18

Har modtaget råd fra lægen om rygestop i forhold til ønsket om støtte og hjælp til rygestop



## Rådgivning fra egen læge i forhold til rygning

I alt er 10 % af befolkningen, der har været hos lægen inden for de seneste 12 måneder, blevet rådet til at stoppe med at ryge, jævnfør figur 4.16.

Der er tæt sammenhæng mellem råd fra lægen om rygestop og tobaksforbrug, hvilket fremgår af figur 4.17.

40 % blandt storrygere og 32 % blandt moderatrygere er blevet rådet til at stoppe med at ryge inden for det seneste år. Det samme gælder for 10 % blandt lejlighedsrygere og 4 % blandt eksrygere.

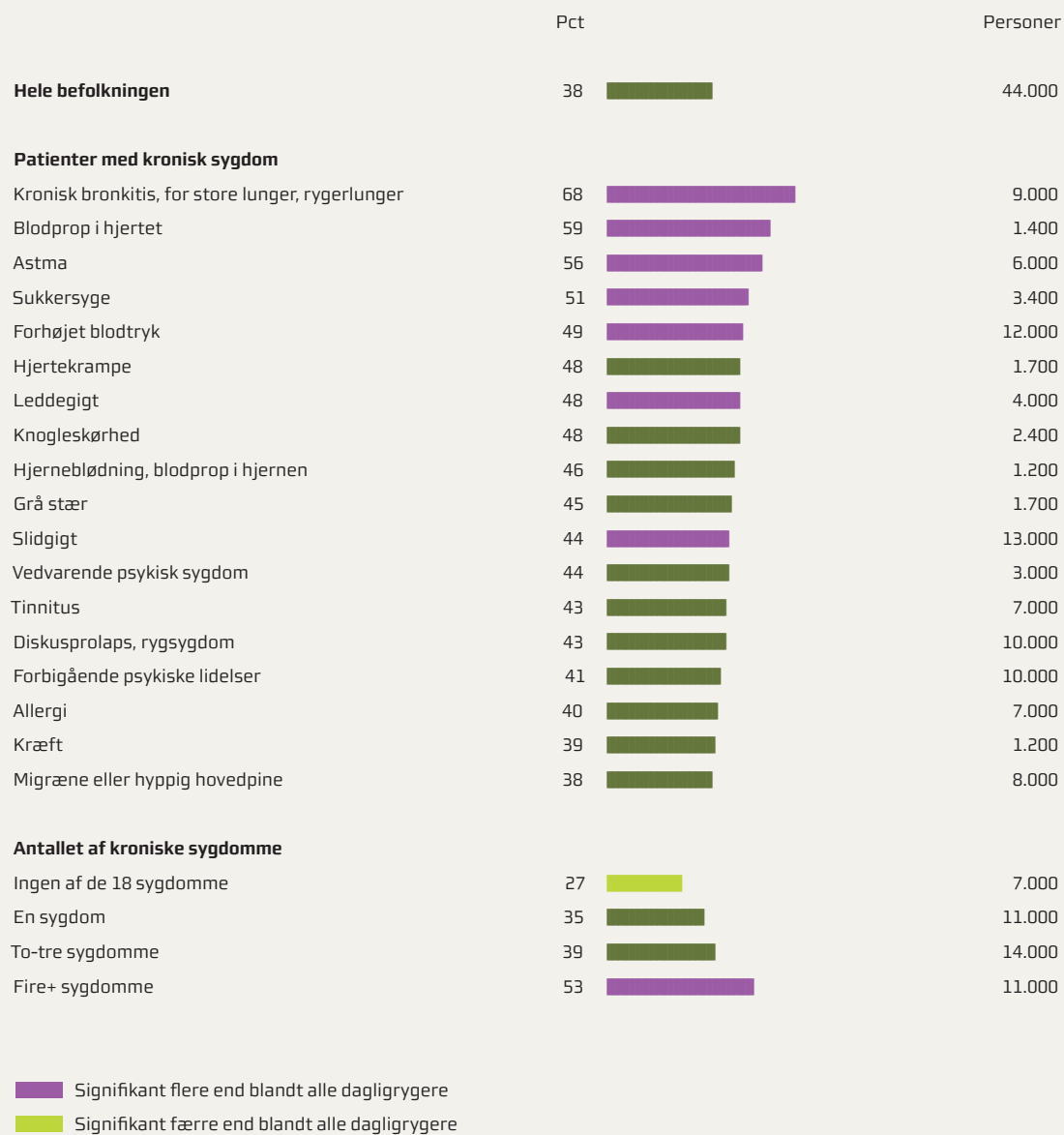
Der er ligeledes tæt sammenhæng mellem råd fra lægen og ønsket om støtte og hjælp til rygeophør.

Af figur 4.18 fremgår det, at 43 % blandt personer, der ønsker støtte og hjælp til at stoppe med at ryge, er blevet rådet til rygeophør af lægen. 29 %, der ikke ønsker støtte og hjælp, er blevet rådet til rygeophør.

► **2006-2010.** Der er ikke sket store ændringer i forhold til, hvor mange, der har fået råd om rygestop fra lægen. Blandt rygere er der ikke sket statistisk signifikante ændringer, hvilket fremgår af [figur 4.6.5](#) og [figur 4.7.5](#) i bind 2. ◀

FIGUR 4.19

Dagligrygere som har fået råd fra lægen om at stoppe med at ryge - kroniske sygdomme



## Rådgivning fra egen læge i forhold til rygning – kroniske sygdomme

38 % af alle dagligrygerne er af egen læge blevet rådet til rygestop.

Blandt personer med kroniske sygdomme varierer andelen fra 38 % blandt personer med migræne eller hyppig hovedpine til 68 % blandt personer med kronisk bronkitis/ for store lunger/rygerlunger, jævnfør figur 4.19.

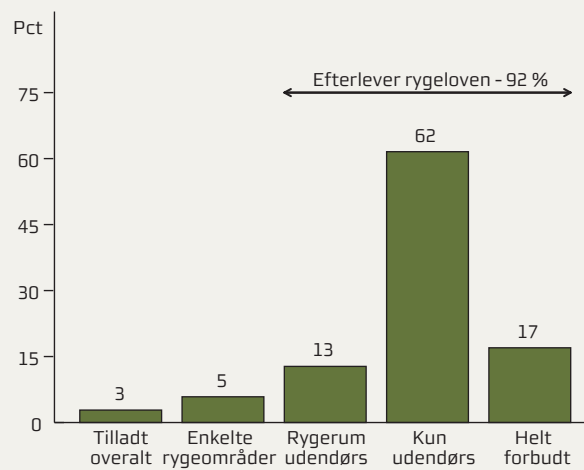
Blandt personer med følgende sygdomme er signifikant flere blevet rådet til rygestop end blandt alle dagligrygere:

- Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger
- Blodprop i hjertet
- Astma
- Sukkersyge
- Forhøjet blodtryk
- Leddegigt
- Slidgigt

Derudover er der sammenhæng mellem råd fra lægen om rygeophør og antallet af kroniske sygdomme. Andelen af dagligrygere, der er blevet rådet til rygestop, stiger med antallet af sygdomme. 27 % dagligrygere uden nogen af de 18 kroniske sygdomme, der indgår i undersøgelsen, er blevet rådet af lægen til at stoppe med at ryge. Det samme gælder for 53 % med fire eller flere kroniske sygdomme.

Der er altså en tydelig tendens til, at dagligrygere med kroniske sygdomme oftere bliver rådet til rygestop af lægen sammenlignet med dagligrygere uden kroniske sygdomme. Dette kan bl.a. forklares med, at kronisk syge har hyppigere kontakt med egen læge, samt at sygdommen kan fungere som anledning til at råde til adfærd ændringer.

**FIGUR 4.20**  
Er det tilladt at ryge på din arbejdsplads?





## Rygeregler på arbejdspladsen

Som nævnt indledningsvis i dette afsnit trådte *Lov om røgfri miljøer* i kraft i august 2007. Siden da har det været forbudt ved lov at ryge indendørs på danske arbejdspladser. Dog er det tilladt at ryge i lokaler, der alene tjener som arbejdsplads for én person. Desuden kan der indrettes særlige rygelokaliteter (rygebokse eller rygerum) på arbejdspladsen.

Regler, der forbyder rygning på arbejdspladsen, beskytter medarbejderne mod passiv rygning. Rygerestriktioner på arbejdspladsen kan desuden øge motivationen for rygestop hos rygere og støtte eksrygere i at forblive røgfri.

Det forventes, at størstedelen af befolkningen i Region Midtjylland arbejder på en arbejdsplads, hvor rygning er forbudt eller afgrænset til rygerum. Med andre ord er det forventeligt, at arbejdspladserne i regionen efterlever rygereglerne.

De erhvervsaktive er blevet spurgt til, hvilke rygeregler der gælder på deres arbejdsplads.

I det følgende beskrives, hvor stor en andel af befolkningen, som arbejder på arbejdspladser, hvor rygereglerne efterleves. Dette belyses i forhold til offentlige og private arbejdspladser samt på kommuneniveau.

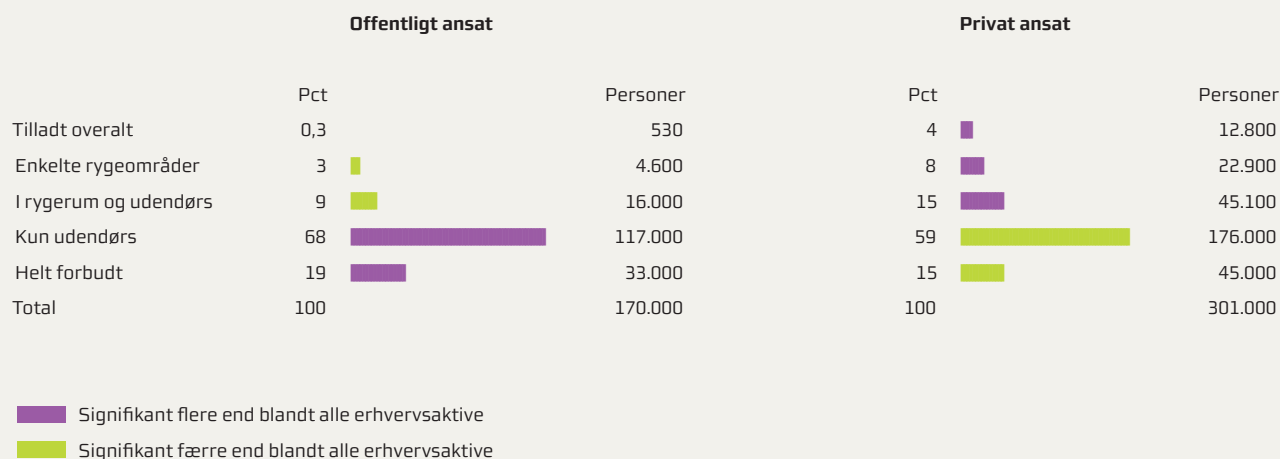
### Hvor mange arbejder på en arbejdsplads, hvor rygereglerne efterleves?

92 % af befolkningen arbejdede i foråret 2010 på en arbejdsplads, hvor rygelovens minimumskrav efterleves. 13 % arbejder på en arbejdsplads, hvor der må ryges i særskilte rygerum eller udendørs, 62 % hvor der kun må ryges udendørs og 17 % hvor rygning er helt forbudt, jævnfør figur 4.20.

8 %, svarende til ca. 30.000 personer, arbejder på en arbejdsplads, hvor rygelovens minimumskrav ikke efterleves.

► 2006-2010. Der er sket et stort fald i andelen, som arbejder på en arbejdsplads, hvor rygeloven ikke efterleves, se figur 4.8.5 i bind 2. ◀

**FIGUR 4.21**  
Er det tilladt at ryge på din arbejdsplads? - offentligt og privat ansat



## Rygeregler i forhold til offentligt og privat ansatte

Lovens minimumskrav til rygeregler på arbejdspladsen er ens for offentlige og private arbejdspladser.

Det fremgår af figur 4.21, at hovedparten af både offentligt og privat ansatte arbejder på en arbejdsplads, hvor rygelovens minimumskrav efterleves.

96 % blandt offentligt ansatte arbejder, hvor rygereglerne efterleves. Det samme gælder for 89 % blandt privat ansatte.

Der er således flere privat ansatte end offentligt ansatte, som arbejder på en arbejdsplads, hvor rygereglerne ikke efterleves, dvs. hvor rygning er tilladt overalt eller på enkelte rygeområder.

Rygning er tilladt overalt for 4 % af de privat ansatte, hvilket gælder for 0,3 % blandt offentligt ansatte.

**FIGUR 4.22**

Personer der i foråret 2010 var på en arbejdsplads, hvor rygning var tilladt overalt

Mænd	Offentligt ansat	Privat ansat
Uddannelsesniveau	Pct	Pct
Lavt	1 	10 
Middel	0,1	6 
Højt	0,4	1 
Kvinder	Offentligt ansat	Privat ansat
Uddannelsesniveau	Pct	Pct
Lavt	0,5	2 
Middel	0,4	1 
Højt	0,1	1 

 Signifikant flere end blandt alle erhvervsaktive  
 Signifikant færre end blandt alle erhvervsaktive

Figur 4.22 viser, at det særligt er privat ansatte mænd med lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau, som arbejder på arbejdspladser, hvor rygning er tilladt overalt. Dette gælder for henholdsvis 10 % og 6 %.

At der fortsat findes arbejdspladser, hvor rygning er tilladt overalt, kan forklares med, at nogle arbejdspladser er udendørs og derfor ikke er underlagt rygeloven.

FIGUR 4.23


Personer der i foråret 2010 var ansat på arbejdspladser, som ikke opfyldte minimumskravene til rygeregler - kommuner


## Offentligt ansatte

	Pct	Personer
Lemvig	6	160
Holstebro	5	370
Viborg	4	670
Herning	4	430
Struer	4	120
Odder	4	110
Norddjurs	3	170
Hedensted	3	170
Favrskov	3	220
Ringkøbing-Skjern	3	210
Syddjurs	3	180
Århus	3	1.190
Skive	3	170
Skanderborg	3	200
Samsø	2	13
Ikast-Brande	2	90
Horsens	2	170
Randers	2	230
Silkeborg	1	150
Region Midtjylland	3	5.000

## Privat ansatte

	Pct	Personer
Lemvig	21	1.100
Samsø	18	220
Hedensted	16	2.300
Norddjurs	15	1.400
Ringkøbing-Skjern	15	2.200
Ikast-Brande	14	1.600
Struer	14	810
Silkeborg	14	3.000
Favrskov	13	1.700
Holstebro	13	1.700
Skive	13	1.400
Syddjurs	12	1.200
Viborg	12	2.500
Herning	12	2.400
Randers	11	2.600
Odder	10	520
Skanderborg	9	1.400
Horsens	8	1.700
Århus	8	4.700
Region Midtjylland	12	34.000

 Signifikant flere end blandt alle erhvervsaktive

 Signifikant færre end blandt alle erhvervsaktive

## Rygeregler – kommuner

Figur 4.23 viser, hvor stor en andel af offentligt og privat ansatte, der i foråret 2010 arbejdede på en arbejdsplads, der ikke opfylder minimumskravene til rygeloven.

Der er stor variation mellem kommunerne:

**Offentligt ansatte.** For offentligt ansatte varierer andelen, der arbejder på en arbejdsplads, hvor rygeloven ikke efterleves, fra 1 % i Silkeborg Kommune til 6 % i Lemvig Kommune.

Andelen af offentligt ansatte, der arbejder på en arbejdsplads, hvor minimumskravene til rygeloven ikke efterleves, er signifikant mindre end blandt alle erhvervsaktive i følgende 18 kommuner:

- Holstebro
- Viborg
- Herning
- Struer
- Odder
- Norddjurs
- Hedensted
- Favrskov
- Ringkøbing-Skjern
- Syddjurs
- Århus
- Skive
- Skanderborg
- Samsø
- Ikast-Brande
- Horsens
- Randers
- Silkeborg

**Privat ansatte.** Blandt privat ansatte varierer andelen, der arbejder på en arbejdsplads, hvor minimumskravene til rygeloven ikke efterleves, fra 8 % i Århus og Horsens til 21 % i Lemvig.

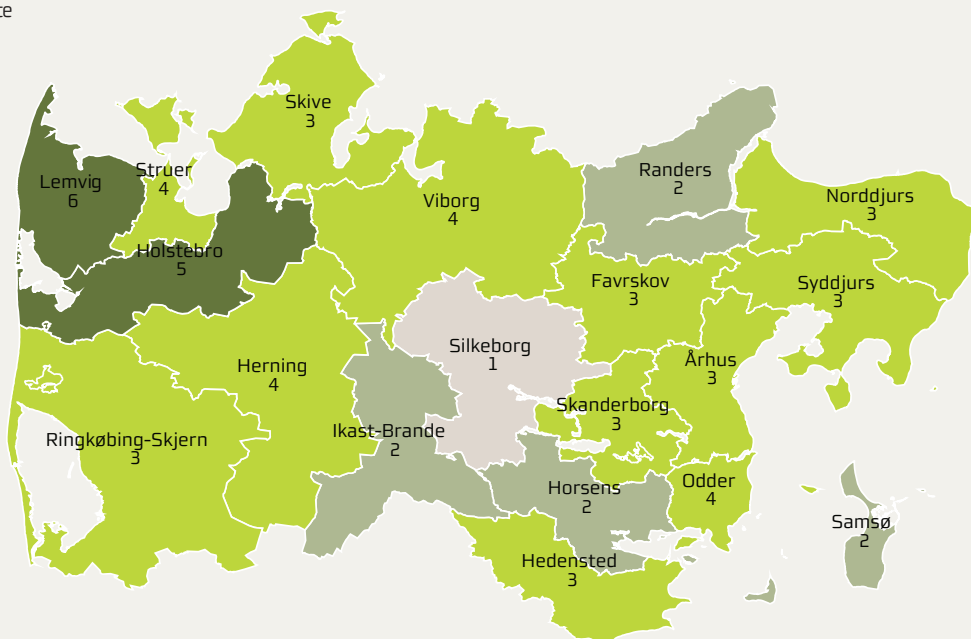
I følgende 13 kommuner er der signifikant flere end blandt alle erhvervsaktive, som arbejder på en privat arbejdsplads, hvor minimumskravene ikke efterleves:

- Lemvig
- Samsø
- Hedensted
- Norddjurs
- Ringkøbing-Skjern
- Ikast-Brande
- Struer
- Silkeborg
- Favrskov
- Holstebro
- Skive
- Syddjurs
- Viborg

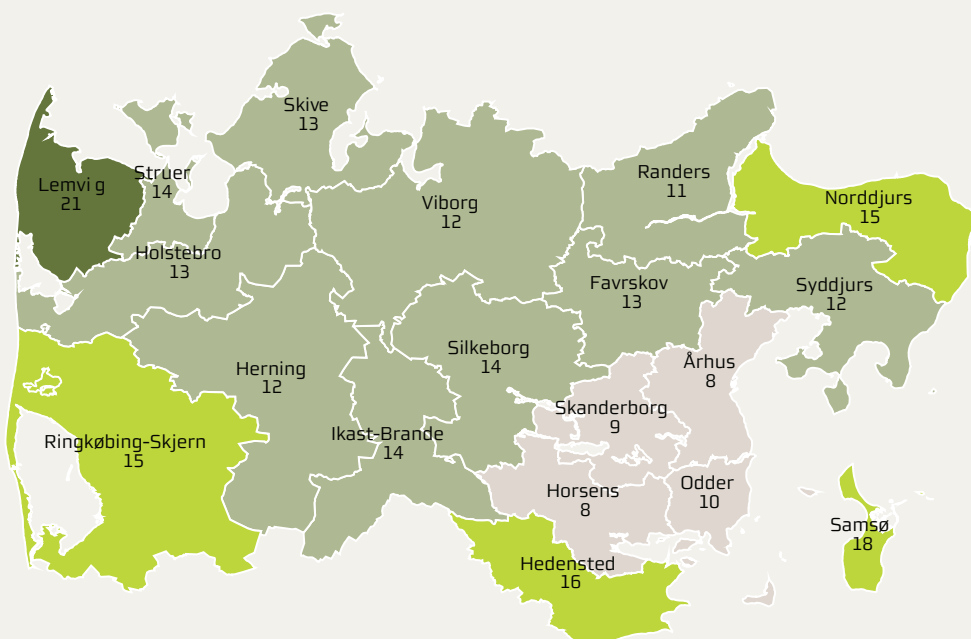
**FIGUR 4.23 FORTSAT**

Personer der i foråret 2010 var ansat på arbejdspladser, som ikke opfyldte minimumskravene til rygeregler - kommuner (i pct)

Offentligt ansatte



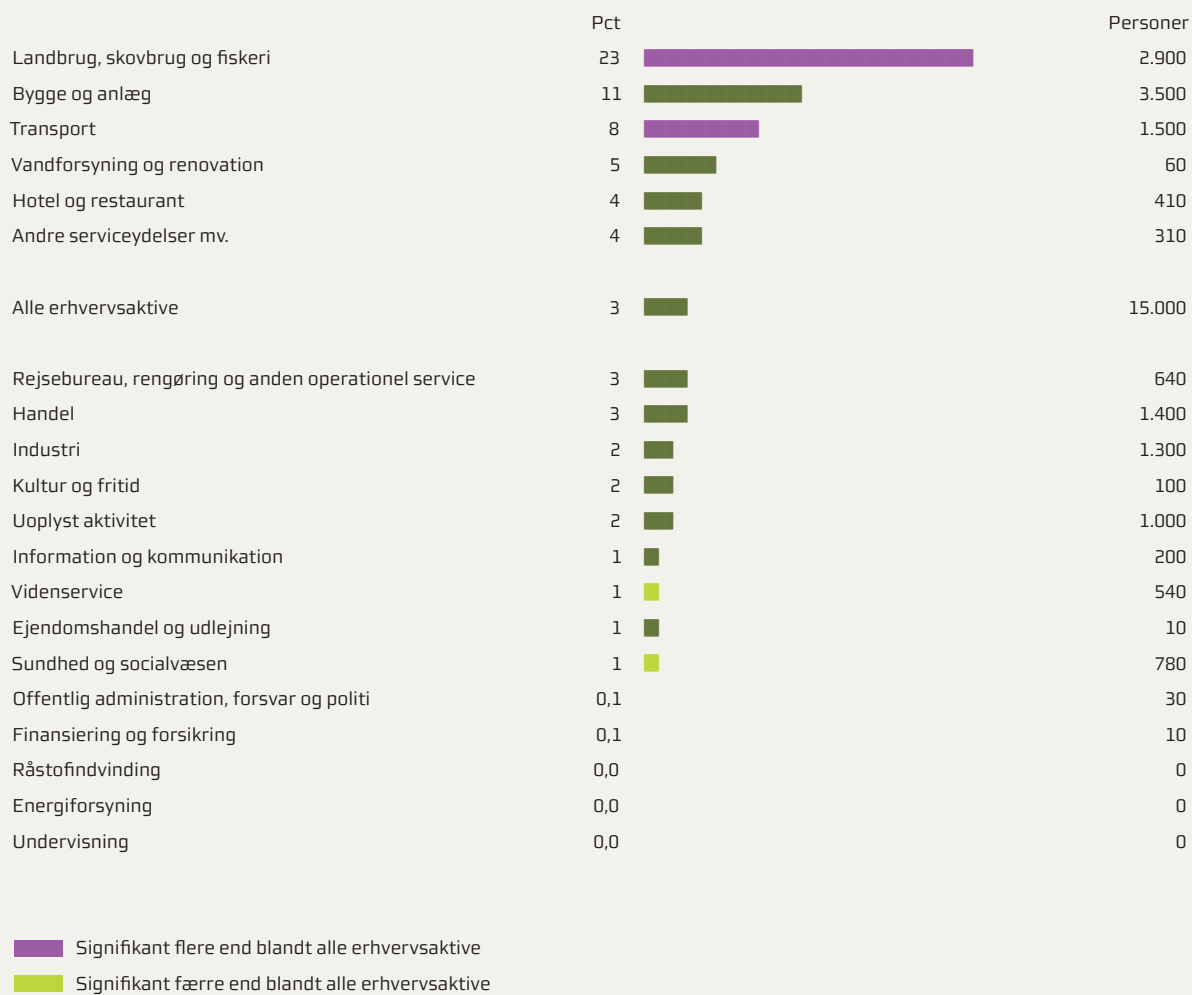
Privat ansatte





FIGUR 4.24

Personer der i foråret 2010 var ansat på en arbejdsplads, hvor rygning er tilladt overalt - brancher





## Rygeregler – brancher

3 % af borgerne i Region Midtjylland arbejdede i foråret 2010 på en arbejdsplads, hvor rygning er tilladt overalt. Andelen varierer mellem brancherne, jævnfør figur 4.24.

Der er signifikant flere end blandt alle erhvervsaktive, der arbejder på en arbejdsplads, hvor rygning er tilladt overalt i følgende brancher:

- Landbrug, skovbrug og fiskeri
- Transport

Det er væsentligt at være opmærksom på, at disse i høj grad er brancher, hvor man færdes meget udendørs, hvor rygning er tilladt overalt.

Der er signifikant færre end blandt alle erhvervsaktive, der arbejder på en arbejdsplads, hvor rygning er tilladt overalt i følgende brancher:

- Vidensservice
- Sundhed og socialvæsen
- Offentlig administration, forsvar og politi
- Finansiering og forsikring

## Sammenfatning

Inden for de seneste fem år er 25 % af rygerne i Region Midtjylland blevet eksrygere. En større andel er stoppet med at ryge sammenlignet med 5 års-perioden 2001-2005.

Der er forskelle i stopraten i forhold til køn, alder og sociale forhold. Flere personer med højt uddannelsesniveau, personer der bor sammen med en partner samt personer der bor sammen med børn er stoppet inden for perioden.

Desuden vil størstedelen af dagligrygerne gerne stoppe med at ryge. 74 % blandt personer, der ryger dagligt, vil gerne stoppe.

Ved ønsket om rygestop er der ligeledes forskel i forhold til køn, alder og sociale forhold. Fx er der flere højtuddannede og flere personer der bor sammen med børn, som ønsker at stoppe med at ryge.

Der er altså en stor motivation for rygestop blandt dagligrygerne i befolkningen. 46 % af dem, som er motiveret for rygestop, ønsker støtte og hjælp hertil. Der er altså en stor andel, som er åbne over for borgerrettede tilbud på rygeområdet.

Samtidig er 38 % af dagligrygerne blevet rådet til rygestop af egen læge. Særligt personer med kroniske sygdomme er blevet rådet hertil, hvilket blandt andet kan forklares med, at personer med kroniske sygdomme oftere konsulterer lægen.

I forhold til rygereglernes indvirkning på arbejdspladserne kan det konkluderes, at størstedelen af borgerne i Region Midtjylland ikke udsættes for passiv rygning på arbejdspladsen.

## Alkohol

I det følgende afsnit beskrives borgernes motivation for at nedsætte deres alkoholforbrug samt hvor stor en andel, der inden for de seneste 12 måneder er blevet rådet af egen læge til at nedsætte alkoholforbruget.

I afsnittet *Alkohol* i kapitel 3: *Sundhedsvaner* blev der formuleret følgende forebyggelsesmål i forhold til alkohol:

- Oplysninger til befolkningen om de helbredsmæssige fordele, der er ved at reducere alkoholforbruget til et meget lavt niveau. Herunder oplysning om den særlige risiko, der er for kvinder, gravide og ældre ved indtagelse af alkohol
- Reduktion af omfanget af rusdrikkeri (indtagelse af fem genstande eller mere pr. gang)
- Reduktion af andelen af befolkningen med et storforbrug af alkohol (over 14 genstande om ugen for kvinder og 21 genstande om ugen for mænd)
- Reduktion af andelen af befolkningen, der er afhængig af alkohol

I forhold til det første mål handler det om at oplyse om de helbredsrisici, der er forbundet med selv et moderat alkoholforbrug, så borgere, der ønsker at minimere risikoen ved alkoholindtagelse, har et informeret grundlag at træffe deres valg på.

De resterende punkter handler om reduktion af forbrug hos personer, der har et decideret risikabelt alkoholforbrug, hvilket i høj grad er afhængigt af, at målgruppen er motiverede for adfærdsændring.

I et forebyggelsesperspektiv er det vigtigt at vide, hvor mange med et risikabelt alkoholforbrug der er motiveret for at ændre deres alkoholforbrug. Disse personer er oplagte som målgrupper for tiltag på alkoholområdet – fx kommunale indsatser. Personer, der har et risikabelt alkoholforbrug, men som ikke er motiveret for at nedsætte deres alkoholforbrug, er i højere grad målgruppe for oplysnings-kampagner eller råd og vejledning fra egen læge med henblik på at skabe motivation for ændring af adfærd.

Motivation og rådgivning på alkoholområdet beskrives ud fra følgende spørgsmål:

- Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?
- Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at nedsætte dit alkoholforbrug?

Først beskrives andelen, der gerne vil nedsætte sit alkoholforbrug. Dette beskrives i forhold til køn, alder og sociale forhold samt i forhold til kommuner, kroniske sygdomme og brancher. Dernæst beskrives andelen, der er blevet rådet af egen læge til at nedsætte sit alkoholforbrug.

## Hvor mange ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug?

Figur 4.25 viser, at 7 % af befolkningen ønsker at nedsætte sit alkoholforbrug.

Der er en stærk sammenhæng mellem alkoholforbrugets størrelse og ønsket om at nedsætte alkoholforbruget.

Blandt personer med et lavrisiko alkoholforbrug (under 7 genstande om ugen for kvinder og under 14 for mænd) har 1 % svaret, at de gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug. Det samme gælder for 11 % med moderat alkoholforbrug og 31 % med storforbrug (over 14 genstande om ugen for kvinder og over 21 for mænd), se figur 4.26.

I afsnittet *Alkohol* i kapitel 3: *Sundhedsvaner* blev det beskrevet, at 21 % af befolkningen har mindst én af de tre former for risikabelt alkoholforbrug: drikker ofte mere end 5 genstande pr. gang (rusdrikkeri), storforbrug/højrisiko forbrug og alkoholafhængighed (CAGE-C). 26 % blandt personer med mindst én af de tre former for risikabelt alkoholforbrug ønsker at reducere deres alkoholforbrug, hvilket fremgår af figur 4.27.

Blandt personer, der mindst én gang om ugen drikker mere end 5 genstande pr. gang (rusdrikkeri), har 30 % svaret ja til, at de gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug. Dette gælder for 31 % blandt personer med et storforbrug af alkohol og for 34 % blandt personer med tegn på alkoholafhængighed.

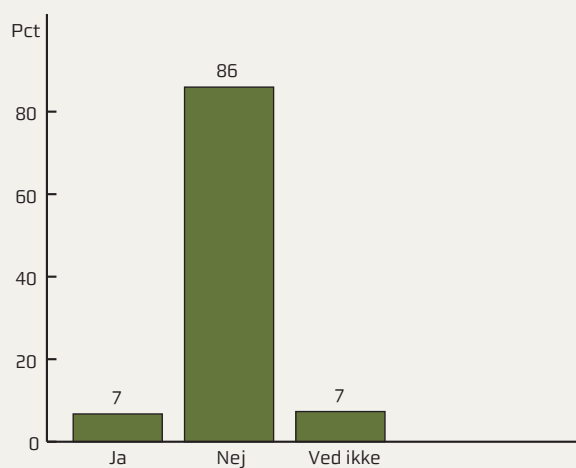
► **2006-2010.** Der er ikke sket statistisk signifikante ændringer i perioden fra 2006 til 2010 i motivationen for at ændre alkoholforbrug. Se figur 4.9.5 i bind 2. ◀

I det følgende fokuseres på personer med et risikabelt alkoholforbrug, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug.

**FIGUR 4.25, 4.26, 4.27**  
Ønske om nedsættelse af alkoholforbrug

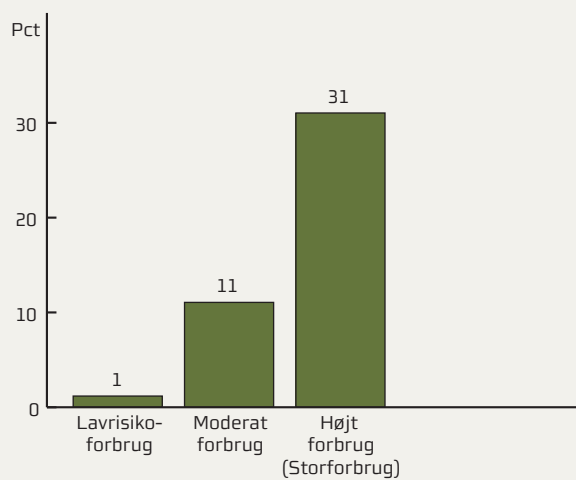
Figur 4.25

Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?



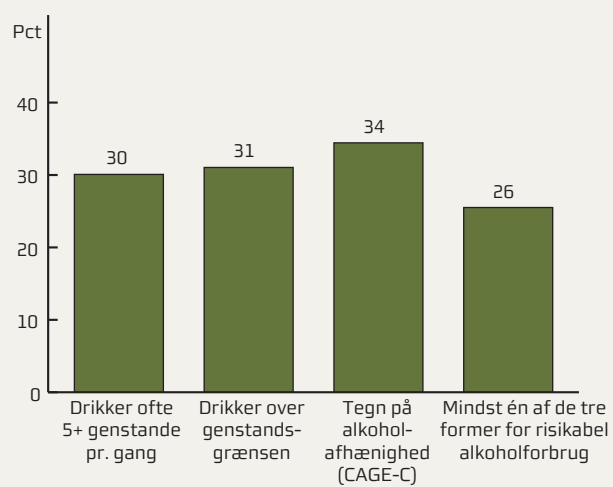
Figur 4.26

Ønsker at nedsætte sit alkoholforbrug i forhold til ugentligt forbrug



Figur 4.27

Ønsker at nedsætte sit alkoholforbrug i forhold til tre former for risikabelt alkoholforbrug



FIGUR 4.28

Personer med et risikabelt alkoholforbrug, der ønsker at nedsætte forbruget - køn, alder og sociale forhold

	Pct		Personer
<b>Alle</b>	26		42.000
<b>Køn</b>			
Mand	25		29.000
Kvinde	28		14.000
<b>Alder</b>			
25-34	16		5.000
35-44	32		10.000
45-54	33		13.000
55-64	28		11.000
65-74	15		4.000
75-79	9		400
<b>Uddannelsesniveau</b>			
Lavt	21		5.000
Middel	24		21.000
Højt	30		15.000
<b>Bølig</b>			
Ejer	25		30.000
Lejer	26		12.000
<b>Samlivssituation</b>			
Alene	28		13.000
Gift/samlevende	25		23.000
<b>Børn i hjemmet 0-15 år</b>			
Ingen børn	25		28.000
Børn	28		11.000
<b>Arbejde (25-64 år)</b>			
I arbejde	27		29.000
Ikke i arbejde	30		9.000

Signifikant flere end blandt alle med et risikabelt alkoholforbrug

Signifikant færre end blandt alle med et risikabelt alkoholforbrug

## Ønsker at nedsætte eget alkoholforbrug –køn, alder og sociale forhold

Figur 4.28 viser sammenhængen mellem andelen med et risikabelt alkoholforbrug, der har svaret 'ja' til at ville sænke sit alkoholforbrug, og køn, alder og sociale forhold.

Som det fremgår, er der kun forskelle i forhold til alder og uddannelsesniveau med hensyn til motivationen for at nedsætte sit alkoholforbrug.

**Alder.** Flere midaldrende med et risikabelt alkoholforbrug er motiverede for at ændre deres alkoholforbrug, mens færre unge og ældre er motiverede.

**Uddannelsesniveau.** Den største andel med et risikabelt alkoholforbrug, som ønsker at reducere forbruget, findes blandt personer med højt uddannelsesniveau.

Der er signifikant flere end blandt alle med et risikabelt alkoholforbrug, der ønsker at nedsætte forbruget, blandt:

- Personer i alderen 35-54 år
- Personer med et højt uddannelsesniveau

Der er signifikant færre end blandt alle med et risikabelt alkoholforbrug, der ønsker at nedsætte forbruget, blandt:

- Personer i alderen 25-34 år samt 65-79 år

FIGUR 4.29

Personer med et risikabelt alkoholforbrug, der ønsker at nedsætte forbruget - kommuner

	Pct		Personer
Odder	32		1.000
Skanderborg	31		2.200
Hedensted	29		1.500
Århus	28		13.000
Holstebro	27		1.800
Samsø	26		200
Horsens	26		2.800
Favrskov	25		1.500
Herning	25		2.400
Struer	25		800
Viborg	25		2.600
Skive	24		1.500
Silkeborg	24		2.800
Syddjurs	23		1.400
Ringkøbing-Skjern	22		1.600
Randers	22		2.600
Norddjurs	21		1.100
Ikast-Brande	20		900
Lemvig	19		500
Region Midtjylland	26		42.000

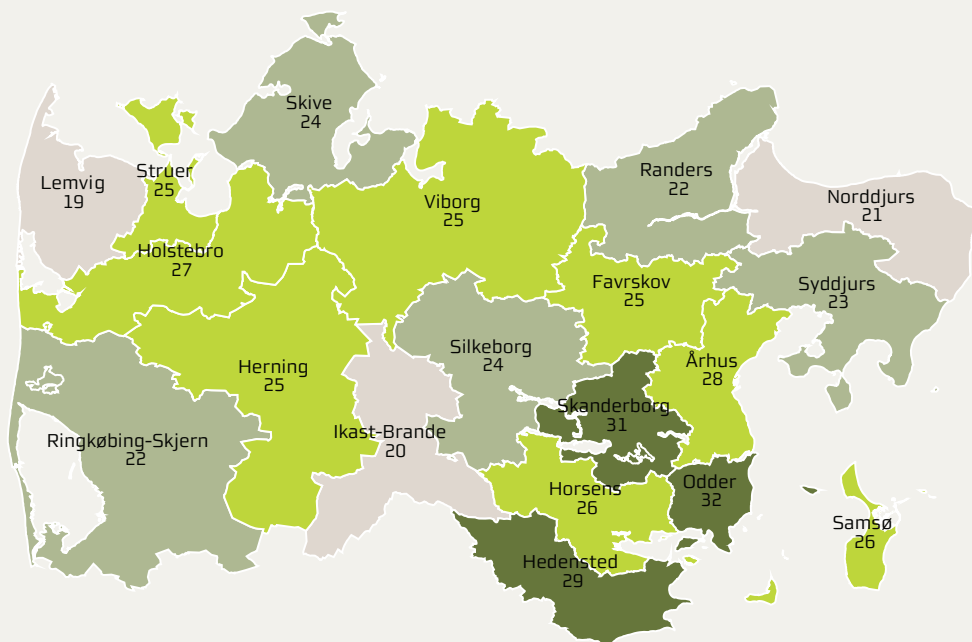
### Ønsker at nedsætte alkoholforbrug – kommuner

Af figur 4.29 fremgår det, at andelen med et risikabelt alkoholforbrug, som ønsker at nedsætte forbruget, varierer fra 19 % i Lemvig til 32 % i Odder.

Ingen af kommunerne adskiller sig statistisk signifikant fra hele befolkningen med et risikabelt alkoholforbrug, når det drejer sig om at nedsætte alkoholforbruget.

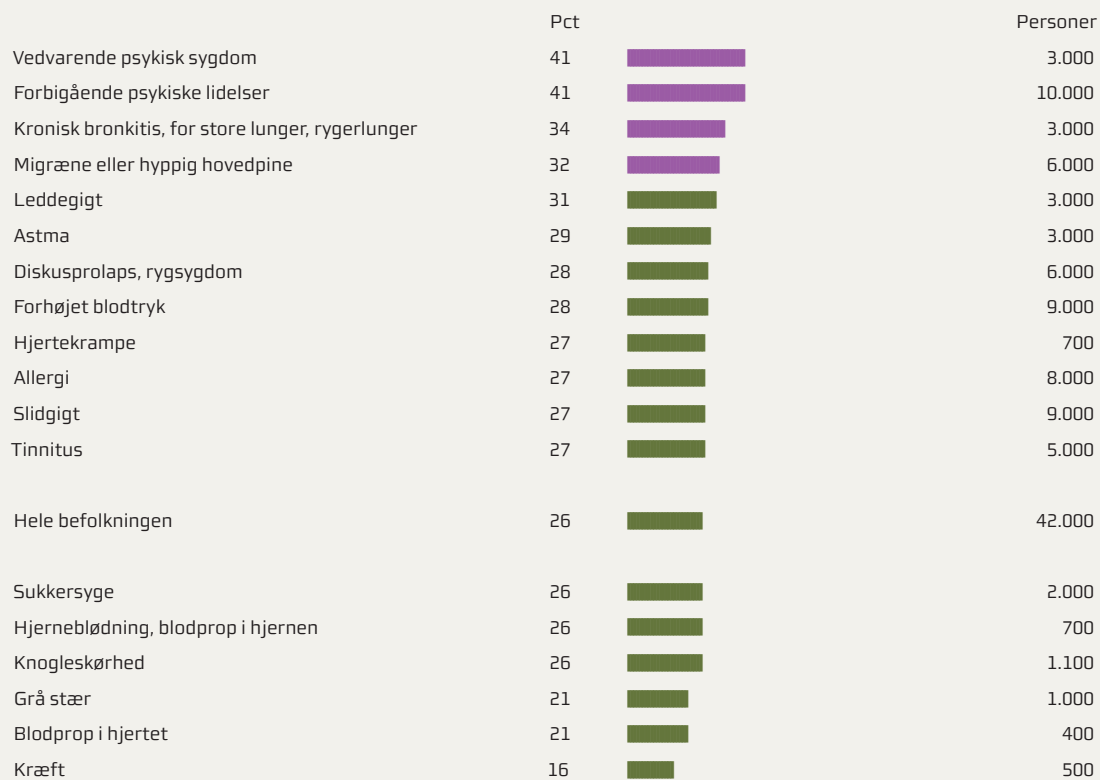
**FIGUR 4.29 FORTSAT**


Personer med et risikabelt alkoholforbrug, der ønsker at nedsætte forbruget - kommuner (i pct)



FIGUR 4.30

Personer med et risikabelt alkoholforbrug, der ønsker at nedsætte forbruget - kroniske sygdomme



 Signifikant flere end blandt alle med et risikabelt alkoholforbrug



## Ønsker at nedsætte eget alkoholforbrug - kroniske sygdomme

Der er stor variation mellem de enkelte sygdomsgrupper i forhold til ønsket om at nedsætte alkoholforbruget.

Figur 4.30 viser, at andelen af personer med et risikabelt alkoholforbrug, som ønsker at nedsætte forbruget, varierer fra 16 % blandt personer med kræft til 41 % blandt personer med vedvarende psykisk sygdom og forbigående psykiske lidelser.

Der er signifikant flere end blandt alle med et risikabelt alkoholforbrug, der ønsker at nedsætte forbruget, blandt følgende sygdomsgrupper:

- Vedvarende psykisk sygdom
- Forbigående psykiske lidelser
- Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger
- Migræne eller hyppig hovedpine

Sammenligner man med figur 3.20 fremgår det, at der ved tre af disse sygdomsgrupper er signifikant flere end i hele befolkningen, som har et risikabelt alkoholforbrug.

FIGUR 4.31

Personer med et risikabelt alkoholforbrug, der ønsker at nedsætte forbruget - brancher



## Ønsker at nedsætte eget alkoholforbrug – brancher

27 % blandt erhvervsaktive med et risikabelt alkoholforbrug ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, jævnfør figur 4.31.

Der er stor variation mellem brancherne i forhold til ønsket om at nedsætte alkoholforbruget. Andelen varierer fra 1 % ved *vandforsyning og renovation* til 40 % ved *kultur og fritid*.

Der er signifikant flere end blandt alle med et risikabelt alkoholforbrug, som ønsker at nedsætte forbruget, i følgende brancher:

- Undervisning

Der er signifikant færre end blandt alle med et risikabelt alkoholforbrug, som ønsker at nedsætte forbruget, i følgende brancher:

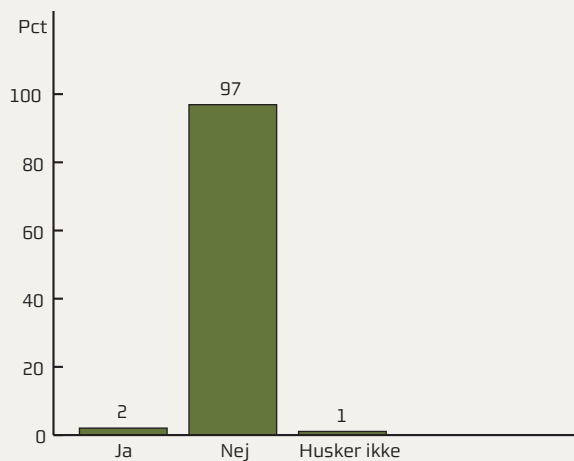
- Transport
- Vandforsyning og renovation

**FIGUR 4.32, 4.33, 4.34**

Har din læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at nedsætte dit alkoholforbrug?

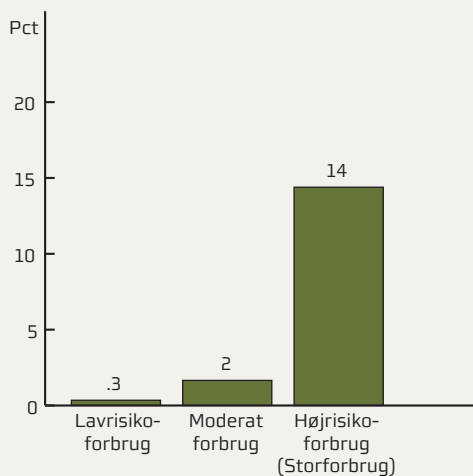
Figur 4.32

Har egen læge rådet dig til at nedsætte dit alkoholforbrug inden for de seneste 12 måneder?



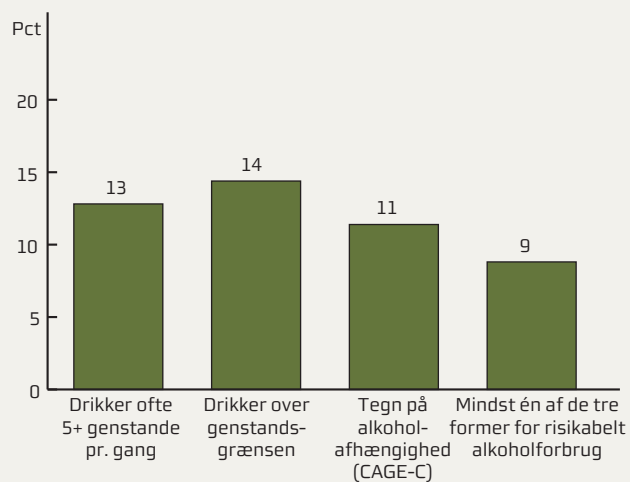
Figur 4.33

Har modtaget råd fra lægen om nedsættelse af alkoholforbrug i forhold til ugentligt forbrug



Figur 4.34

Har modtaget råd fra lægen om nedsættelse af alkoholforbrug i forhold til tre former for risikabelt alkoholforbrug



## Rådgivning fra egen læge i forhold til alkohol

2 % af de, som har været til læge inden for de seneste 12 måneder, er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug, jævnfør figur 4.32.

Blandt personer med et ugentligt storforbrug har 14 % modtaget råd fra lægen om at nedsætte forbruget, hvilket fremgår af figur 4.33. Det samme gælder for 2 % med et moderat forbrug og 0,3 % med et lavrisikoforbrug.

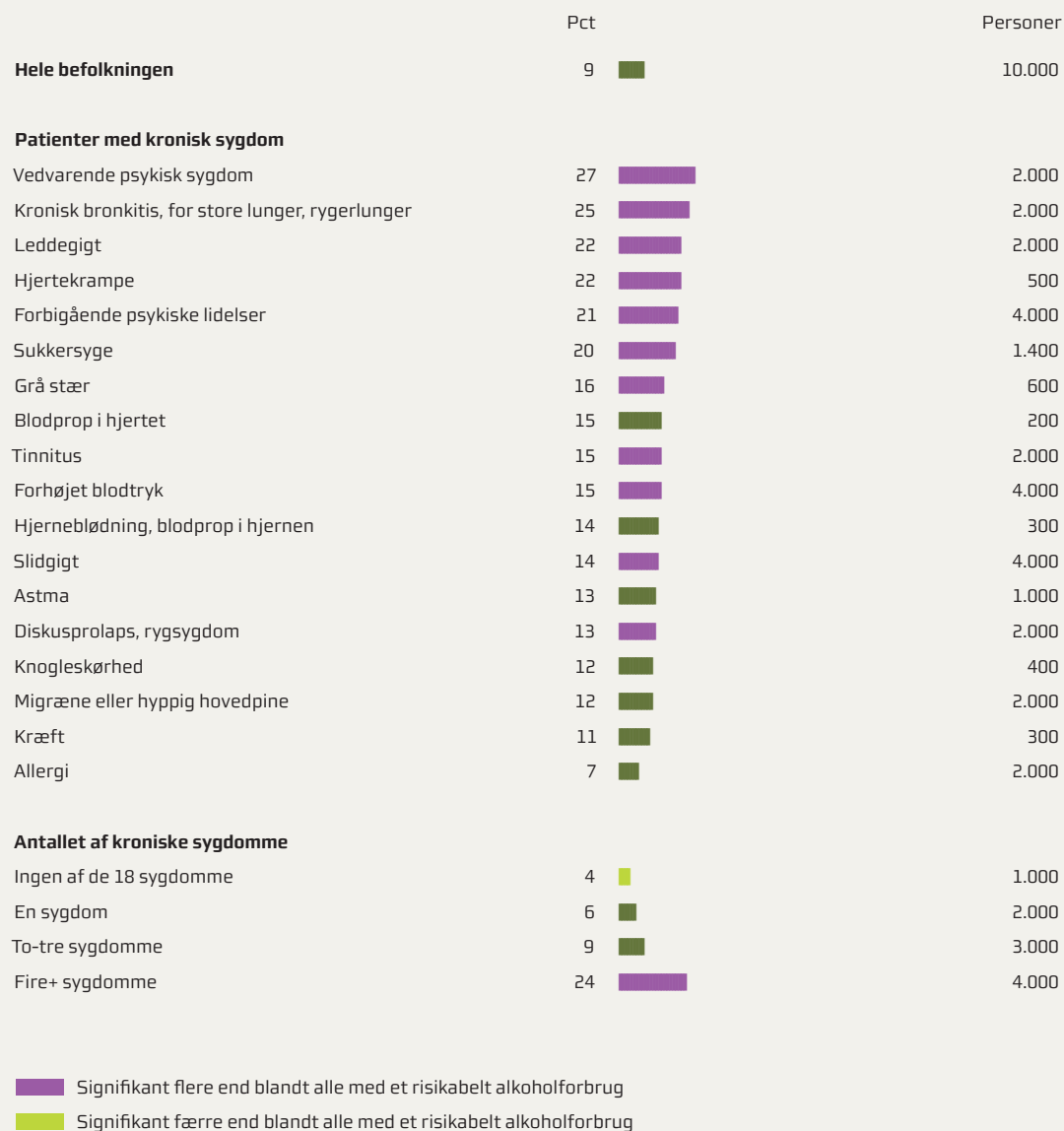
Der er altså en tydelig sammenhæng mellem alkoholforbrug og andelen, der har fået råd fra lægen om alkoholadfærd.

Figur 4.34 viser, at 13 % blandt personer, der mindst én gang om ugen drikker mere end 5 genstande pr. gang, har modtaget råd om alkoholnedsættelse fra lægen. 14 % med et storforbrug (højrisikoforbrug) har modtaget råd herom, mens det samme gælder for 11 % med tegn på alkoholafhængighed.

I alt har 9 %, svarende til 10.000 personer med mindst én af de tre former for risikabelt alkoholforbrug, modtaget råd om alkoholnedsættelse fra lægen inden for det seneste år.

► **2006-2010.** Der er ikke sket nævneværdige ændringer i perioden fra 2006 til 2010 i forhold til, hvor mange der har fået råd fra lægen om at nedsætte alkoholforbruget. Se figur 4.11.S og 4.12.S i bind 2. Det skal i den forbindelse nævnes, at der i 2006 var en fejl i opgørelsen af andelen, der var blevet rådet af lægen til at nedsætte sit alkoholforbrug. I 2006 blev det opgjort, at 16 % havde modtaget råd fra lægen om nedsættelse af alkoholforbrug. Dette var imidlertid 2 %. ◀

**FIGUR 4.35**  
Personer med et risikabelt alkoholforbrug, som har fået råd fra lægen - kroniske sygdomme



## Rådgivning fra egen læge i forhold til alkohol – kroniske sygdomme

Figur 4.35 viser andelen af kronisk syge, som har et risikabelt alkoholforbrug og som har modtaget råd fra lægen om nedsættelse af forbruget.

Andelen varierer fra 7 % blandt personer med allergi til 27 % blandt personer med vedvarende psykisk sygdom.

Der er signifikant flere end blandt alle med et risikabelt alkoholforbrug, der har modtaget råd om alkoholforbrug fra lægen, blandt følgende sygdomsgrupper:

- Vedvarende psykisk sygdom
- Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger
- Leddegigt
- Hjertekrampe
- Forbigående psykiske lidelser
- Sukkersyge
- Grå stær
- Tinnitus
- Forhøjet blodtryk
- Slidgigt
- Diskusprolaps, rygsygdom

Andelen med et risikabelt alkoholforbrug, som har modtaget råd om alkoholnedsættelse fra lægen, stiger med antallet af sygdomme, jævnfør figur 4.35.

4 % blandt personer med et risikabelt alkoholforbrug, som ikke har en af de 18 sygdomme, har modtaget råd fra lægen om nedsættelse af alkoholforbrug. Det samme gælder for 24 % blandt personer med fire eller flere sygdomme.

## Sammenfatning

26 % blandt personer med et risikabelt alkoholforbrug ønsker at nedsætte forbruget.

Særligt midaldrende og personer med højt uddannelsesniveau, som har et risikabelt alkoholforbrug, ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug.

En stor del af befolkningen, som har et risikabelt alkoholforbrug, ønsker ikke at nedsætte forbruget.

2 % af de personer, som inden for de seneste 12 måneder har været hos lægen, er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug. Dette gælder for 14 % blandt personer med et storforbrug (højrisikoforbrug) af alkohol.

Især kronisk syge med et risikabelt alkoholforbrug er blevet rådet til at nedsætte forbruget.

## Fysisk aktivitet

I dette afsnit beskrives befolkningens motivation for at være mere fysisk aktiv. Derudover belyses hvor stor en andel af befolkningen, der er blevet rådet af lægen til at dyrke motion.

I afsnittet *Fysisk aktivitet* i kapitel 3: *Sundhedsvaner* blev følgende forebyggelsesmål for fysisk aktivitet i den voksne befolkning nævnt:

- Fysisk inaktive motiveres til og støttes i at blive fysisk aktive
- Så mange som muligt er fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen hver dag
- Så mange som muligt får regelmæssig motion i fritiden

Målene lægger op til, at befolkningen oplyses om Sundhedsstyrelsens anbefalinger om fysisk aktivitet for derigennem at motiveres for at være mere fysisk aktiv.

For at gennemføre motivationen om at være mere fysisk aktiv er det væsentligt, at de fornødne rammer er til stede, fx at der i lokalsamfundet skabes rammer, der gør det let at få motion, enten som fritidsaktivitet, i form af aktiv transport (gang og cykling) eller på arbejdspladsen.

Derudover handler det også om, at der er et tilstrækkeligt udbud af tilbud om fysisk aktivitet, fx i foreningsregi.

Følgende spørgsmål anvendes til at belyse motivation og rådgivning i forbindelse med fysisk aktivitet:

- Vil du gerne være mere fysisk aktiv?
- Hvordan vurderer du din fysiske form?
- Har din læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at dyrke motion?

I det følgende beskrives andelen, der ønsker at være mere fysisk aktiv i forhold til selv vurderet fysisk form, køn, alder og sociale forhold samt geografi, brancher og kroniske sygdomme. Derudover beskrives andelen, der er blevet rådet af egen læge til at dyrke motion.

## Hvor mange ønsker at være mere fysisk aktive?

Af figur 4.36 fremgår det, hvor stor en andel der har et ønske om at være mere fysisk aktiv. 69 % har svaret ja til dette, mens 20 % har svaret nej.

Der er således generelt i befolkningen et ønske om at være mere fysisk aktiv.

Figur 4.37 viser, hvordan borgerne vurderer deres fysiske form.

32 % vurderer deres fysiske form som værende virkelig god eller god. 45 % vurderer deres fysiske form som værende nogenlunde, mens 23 % vurderer deres fysiske form som værende mindre god eller dårlig.

Der er en tydelig sammenhæng mellem hvor mange dage i ugen, man er moderat fysisk aktiv mindst 30 minutter og ønsket om at være mere fysisk aktiv, jævnfør figur 4.38. Blandt de inaktive (0-1 dag) vil 80 % gerne være mere fysisk aktive. Blandt de mest fysisk aktive (6-7 dage) vil 52 % gerne være mere fysisk aktive.

Der er ligeledes en tydelig sammenhæng mellem selv-vurderet fysisk form og ønsket om at være mere fysisk aktiv, hvilket fremgår af figur 4.39. Blandt personer, der vurderer deres fysiske form som værende virkelig god, vil 29 % gerne være mere fysisk aktive. Blandt personer, der vurderer deres fysiske form som mindre god eller dårlig, vil henholdsvis 86 % og 83 % gerne være mere fysisk aktive.

► **2006-2010.** Der er en større andel, der ønsker at være mere fysisk aktiv i 2010 end i 2006. Samtidig vurderer færre deres fysiske form som god i 2010 sammenlignet med 2006. Jævnfør figur 4.13.S-4.16.S i bind 2. ◀

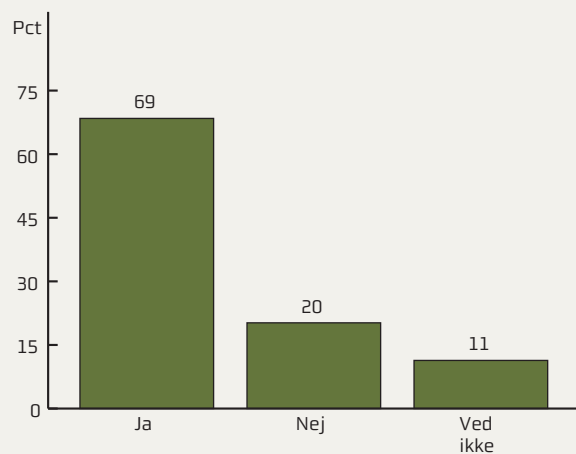


**FIGUR 4.36, 4.37, 4.38, 4.39**

Ønsker at være mere fysisk aktiv og selvvurderet fysisk form

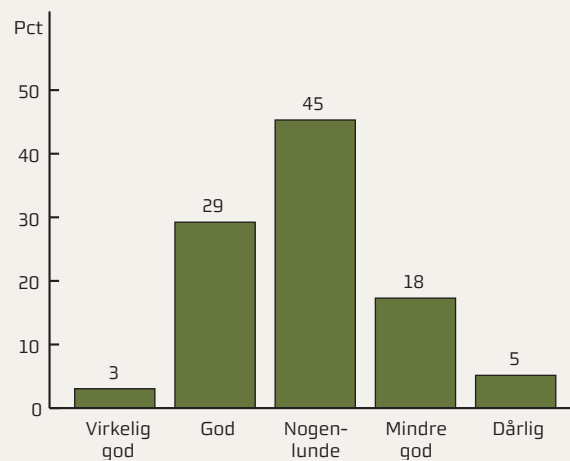
Figur 4.36

Vil du gerne være mere fysisk aktiv?



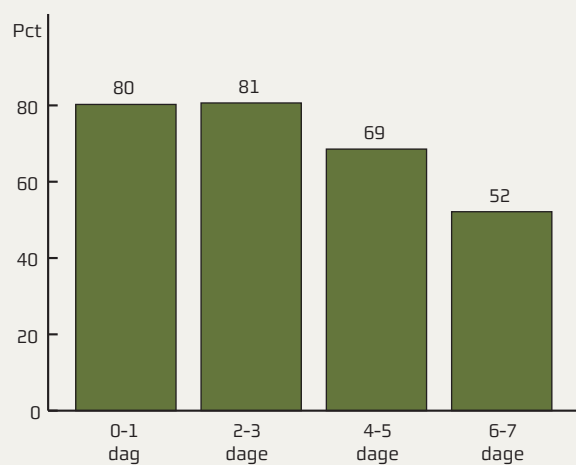
Figur 4.37

Hvordan vurderer du din fysiske form?



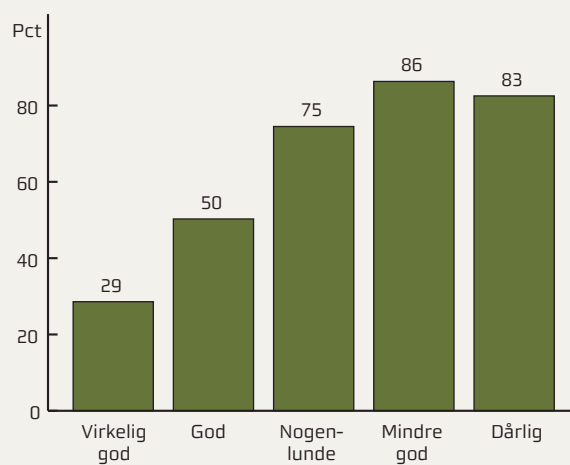
Figur 4.38

Ønsker at være mere fysisk aktiv i forhold til antal dage med moderat fysisk aktivitet mindst 30 minutter

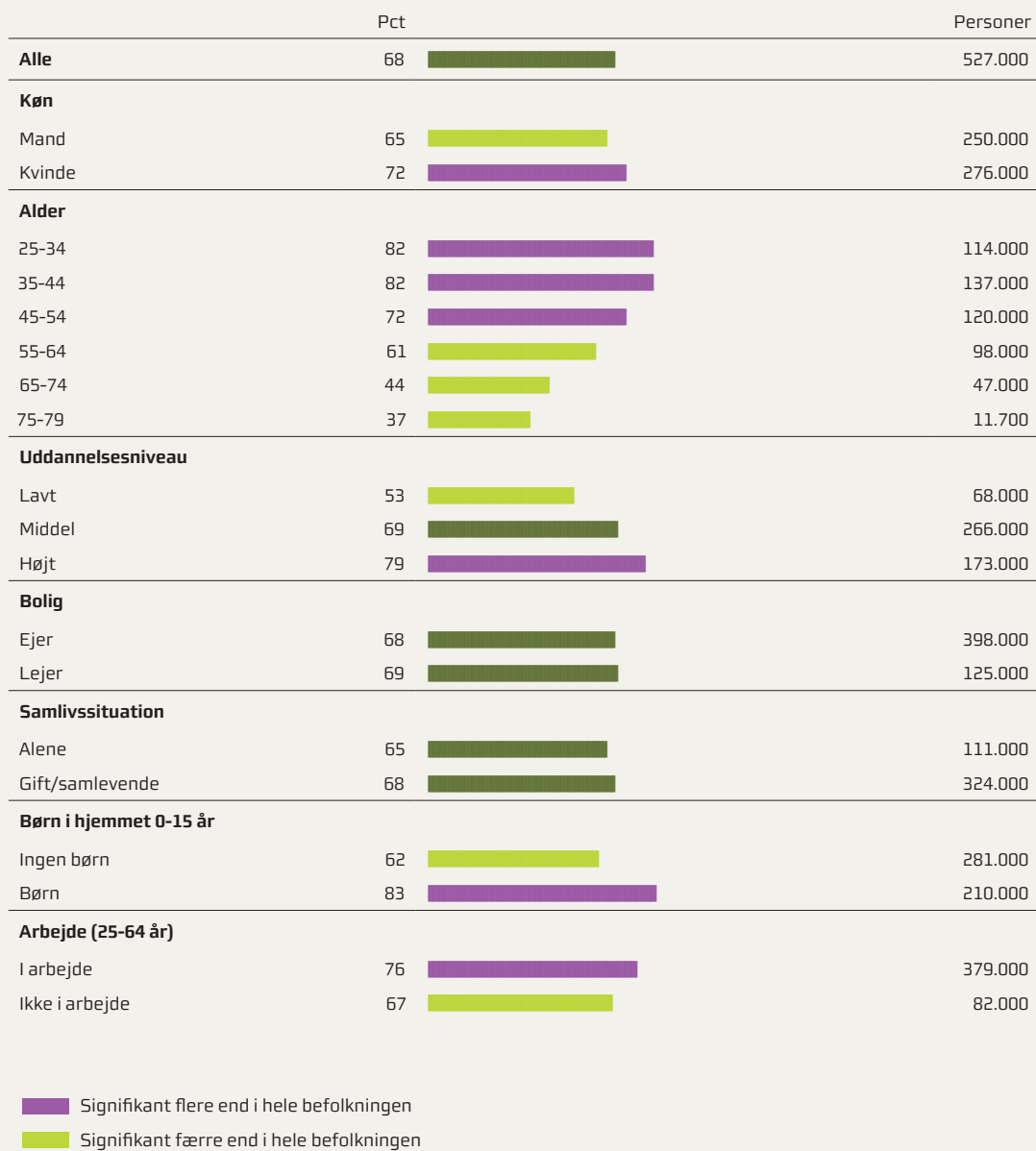


Figur 4.39

Ønsker at være mere fysisk aktiv i forhold til selvvurderet fysisk form



**FIGUR 4.40**  
Vil gerne være mere fysisk aktiv - køn, alder og sociale forhold



## Ønsker at være mere fysisk aktiv – køn, alder og sociale forhold

Det fremgår af figur 4.40, at der er sammenhæng mellem ønsket om at være mere fysisk aktiv og køn, alder og flere af de sociale forhold.

**Køn.** Flere kvinder end mænd vil gerne være mere fysisk aktive. Hos begge køn er der dog en stor andel, der gerne vil være mere fysisk aktiv.

**Alder.** Der er en tydelig sammenhæng mellem alder og ønsket om at være mere fysisk aktiv. Hos de yngre aldersgrupper (25-44 år) ønsker 82 % at være mere fysisk aktive. Det samme gælder for 37 % af de ældste (75-79 år).

**Uddannelse.** Andelen, der ønsker at være mere fysisk aktiv, stiger med uddannelsesniveauet. 53 % blandt personer med lavt uddannelsesniveau ønsker at være mere fysisk aktive. Det samme gælder for 79 % blandt personer med højt uddannelsesniveau.

**Bolig.** Der er ingen forskel blandt personer der bor i ejer- og lejlighed i forhold til ønsket om at være mere fysisk aktiv.

**Samlivssituation.** Der er ingen forskel mellem personer der lever alene og personer, der er gift/samlevende i forhold til ønsket om at være mere fysisk aktiv.

**Børn i hjemmet.** Flere personer med børn i hjemmet har et ønske om at være mere fysisk aktive.

**Arbejde.** En større andel blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), som har et arbejde, ønsker at være mere fysisk aktiv sammenlignet med personer, der ikke har et arbejde.

Der er signifikant flere end i hele befolkningen, som ønsker at være mere fysisk aktive, blandt:

- Kvinder
- Personer i alderen 25-54 år
- Personer med højt uddannelsesniveau
- Personer, der bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der har et arbejde

Der er signifikant færre end i hele befolkningen, som ønsker at være mere fysisk aktive, blandt:

- Mænd
- Personer i alderen 55-79 år
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Personer, der ikke bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke har et arbejde

Sammenlignet med figur 3.26 fremgår det, at ønsket om mere fysisk aktivitet er mest udbredt blandt mange af de grupper, der hyppigst dyrker regelmæssig motion i fritiden. En mulig tolkning er, at mange, som ikke har fysisk aktivitet som en integreret del af deres daglige gøremål, kompenserer for den manglende fysiske aktivitet gennem regelmæssig motion i fritiden, men at en del oplever, at de alligevel ikke får så megen motion, som de kunne ønske sig.

**FIGUR 4.41**  
Vil gerne være mere fysisk aktiv - kommuner



### Ønsker at være mere fysisk aktiv – kommuner

Andelen, der gerne vil være mere fysisk aktiv, varierer fra 62 % på Samsø til 73 % i Århus, se figur 4.41.

Der er signifikant flere end i hele befolkningen, der ønsker at være mere fysisk aktive i følgende kommuner:

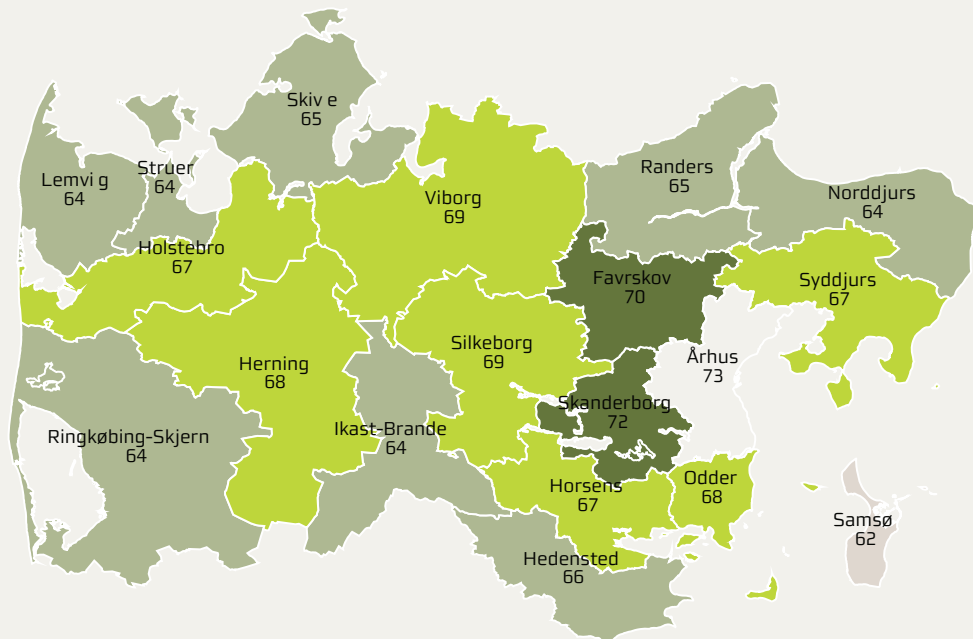
- Århus
- Skanderborg

Der er signifikant færre end i hele befolkningen, der ønsker at være mere fysisk aktive i følgende kommuner:

- Skive
- Struer
- Lemvig
- Ikast-Brande
- Norddjurs
- Ringkøbing-Skjern
- Samsø

**FIGUR 4.41 FORTSAT**

Vil gerne være mere fysisk aktiv - kommuner (i pct)



**FIGUR 4.42**  
Vil gerne være mere fysisk aktiv - kroniske sygdomme



## Ønsker at være mere fysisk aktiv – kroniske sygdomme

Blandt kronisk syge varierer ønsket om at være mere fysisk aktiv fra 54 % blandt personer med grå stær til 79 % blandt personer med forbigående psykiske lidelser, jævnfør figur 4.42.

Der er signifikant flere end i hele befolkningen, som ønsker at være mere fysisk aktive, blandt følgende sygdomsgrupper:

- Forbigående psykiske lidelser
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Allergi
- Vedvarende psykisk sygdom
- Astma

Der er signifikant færre end i hele befolkningen, som ønsker at være mere fysisk aktive, blandt følgende sygdomsgrupper:

- Slidgigt
- Tinnitus
- Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger
- Sukkersyge
- Forhøjet blodtryk
- Leddegigt
- Kræft
- Hjerneblødning, blodprop i hjernen
- Blodprop i hjertet
- Knogleskørhed
- Grå stær

Der er en stærk negativ korrelation ( $r = -0,74$ ) mellem andelen i de forskellige sygdomsgrupper, der får mindst 30 minutters fysisk aktivitet 6-7 dage om ugen, og andelen der gerne vil være mere fysisk aktiv.

Fx er der blandt personer med grå stær 40 %, der lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om mindst 30 minutters fysisk aktivitet om dagen, jævnfør figur 3.29. Blandt personer med grå stær vil 54 % gerne være mere fysisk aktive.

Hos personer med forbigående psykiske lidelser er der 28 %, der lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om moderat fysisk aktivitet hver dag, jævnfør figur 3.29. Her vil 79 % gerne være mere fysisk aktive.

**FIGUR 4.43**  
Vil gerne være mere fysisk aktiv - brancher





## Ønsker at være mere fysisk aktiv – brancher

Figur 4.43 viser andelen af erhvervsaktive, som ønsker at være mere fysisk aktive, fordelt på de forskellige brancher.

75 % af de erhvervsaktive ønsker at øge deres fysiske aktivitetsniveau.

Der er store variationer mellem brancherne. Andelen, der ønsker at være mere fysisk aktiv, svinger fra 49 % i *landbrug, skovbrug og fiskeri* til 86 % i *ejendomshandel og udlejning*.

Ønsket om at være mere fysisk aktiv er mest udpræget i brancher, der er præget af stillesiddende arbejde.

Der er signifikant flere end blandt alle erhvervsaktive, der ønsker at være mere fysisk aktive i følgende brancher:

- Vidensservice
- Sundhed og socialvæsen
- Information og kommunikation
- Undervisning
- Offentlig administration, forsvar og politi

Der er signifikant færre end blandt alle erhvervsaktive, der ønsker at være mere fysisk aktive i følgende brancher:

- Rejsebureau, rengøring og anden operationel service
- Industri
- Transport
- Bygge og anlæg
- Landbrug, skovbrug og fiskeri

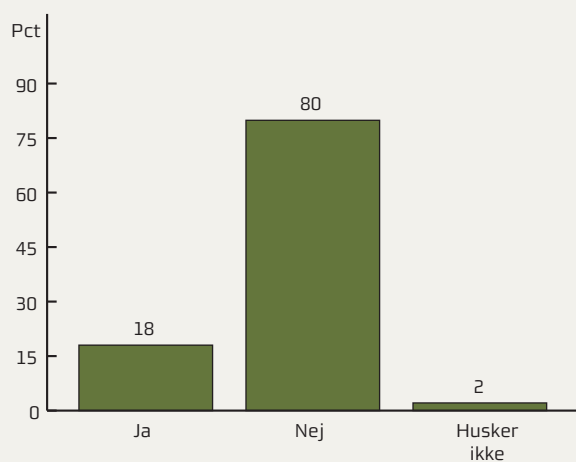
Inden for samtlige brancher er der dog en stor andel, som ønsker at være mere fysisk aktive.

**FIGUR 4.44, 4.45, 4.46**

Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at dyrke motion?

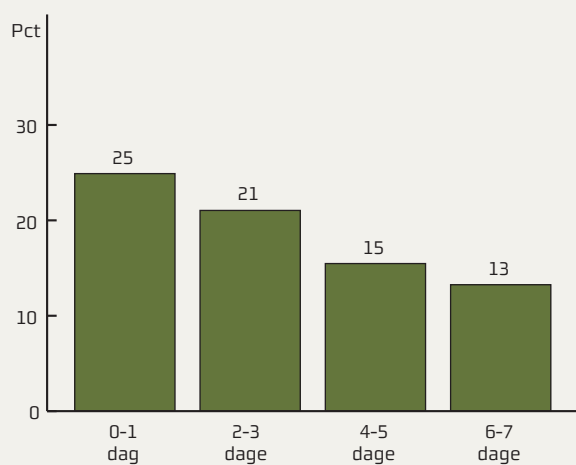
Figur 4.44

Har egen læge rådet dig til at dyrke motion inden for de seneste 12 måneder?



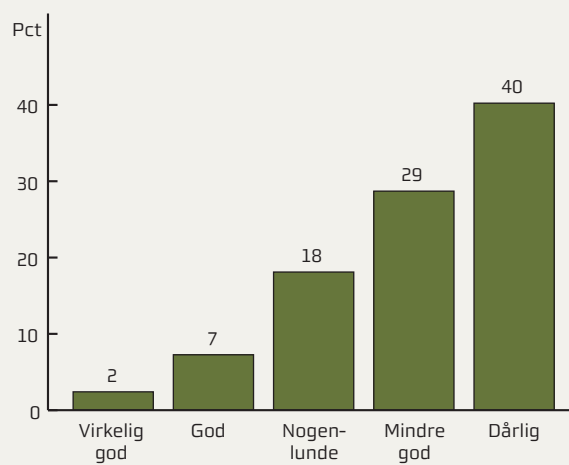
Figur 4.45

Har modtaget råd om motion i forhold til antal dage med moderat fysisk aktivitet mindst 30 minutter



Figur 4.46

Har modtaget råd om motion i forhold til selvvurderet fysisk form



## Rådgivning fra egen læge i forhold til fysisk aktivitet

I det følgende vil det blive beskrevet, hvor stor en andel af befolkningen som inden for de seneste 12 måneder har været hos lægen, og som er blevet rådet af lægen til at dyrke motion.

Figur 4.44 viser, at 18 % er blevet rådet til at dyrke motion.

Der er sammenhæng mellem antal dage pr. uge med moderat fysisk aktivitet og andelen, der er blevet rådet af lægen til at være fysisk aktiv, jævnfør figur 4.45.

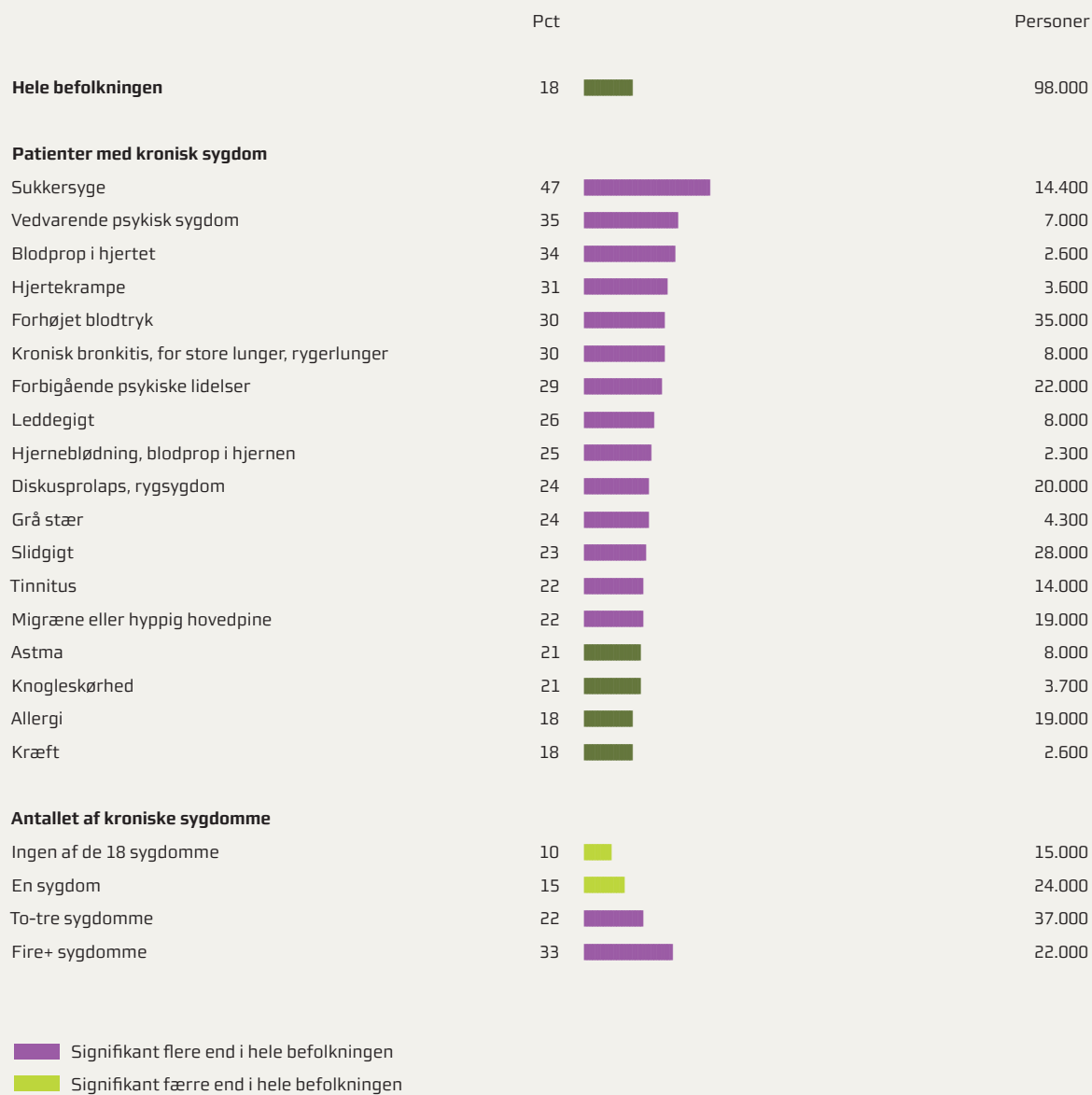
25 % blandt de fysisk inaktive er blevet rådet til at være fysisk aktive. Det samme gælder for 13 % blandt personer, der er moderat fysisk aktive 6-7 dage om ugen.

Der er ligeledes en stærk sammenhæng mellem selvvurderet fysiske form og andelen, der er blevet rådet til at dyrke motion af lægen, hvilket fremgår af figur 4.46.

2 % blandt personer, der vurderer deres fysiske form som værende virkelig god, er blevet rådet til at dyrke motion. 40 % blandt personer, der vurderer egen fysiske form som værende dårlig, er blevet rådet hertil.

► **2006-2010.** Der er en sket en lille ændring i forhold til, at flere er blevet rådet af lægen til at dyrke motion, jævnfør figur 4.17.S-4.19.S i bind 2. Det skal i den forbindelse nævnes, at der i 2006 var en fejl i opgørelsen af andelen, der var blevet rådet af lægen til at dyrke mere motion. I 2006 blev det opgjort, at ca. 2 % havde modtaget råd fra lægen i forhold til fysisk aktivitet. Dette var imidlertid 17 %. ◀

**FIGUR 4.47**  
Har fået råd fra lægen om at være mere fysisk aktiv - kroniske sygdomme



## Rådgivning fra egen læge i forhold til fysisk aktivitet – kroniske sygdomme

Andelen af personer, der er blevet rådet af egen læge til at være mere fysisk aktiv, varierer mellem de enkelte sygdomsgrupper, jævnfør figur 4.47.

Tallet varierer fra 18 % blandt personer med kræft og allergi til 47 % blandt personer med sukkersyge. Ved 14 ud af de 18 sygdomme er signifikant flere end i befolkningen som helhed blevet rådet til at dyrke motion.

Der er signifikant flere end i hele befolkningen, der er blevet rådet af lægen til at dyrke motion blandt følgende sygdomsgrupper:

- Sukkersyge
- Vedvarende psykisk sygdom
- Blodprop i hjertet
- Hjertekrampe
- Forhøjet blodtryk
- Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger
- Forbigående psykiske lidelser
- Leddegigt
- Hjerneblødning, blodprop i hjernen
- Diskusprolaps, rygsygdom
- Grå stær
- Slidgigt
- Tinnitus
- Migræne eller hyppig hovedpine

Det fremgår ligeledes af figuren, at andelen der af lægen er blevet rådet til at være mere fysisk aktiv, er mindst blandt personer uden en af de 18 kroniske sygdomme og størst blandt personer med fire eller flere sygdomme.

## Sammenfatning

Generelt set er størstedelen af befolkningen motiveret for at være mere fysisk aktiv.

Ønsket om at være mere fysisk aktiv har sammenhæng med det fysiske aktivitetsniveau samt den selvvaluerede fysiske form: jo lavere aktivitetsniveau og jo dårligere form, jo større ønske om at blive mere fysisk aktiv.

Der er en stærk sammenhæng mellem ønsket om at være mere fysisk aktiv og køn, alder og sociale forhold. Sammenhængen viser, at de grupper, der dyrker mest motion i fritiden, også er dem, der er mest motiverede for at være mere fysisk aktive. Sammenligner man med

afsnittet om fysisk aktivitetsniveau, kan dette hænge sammen med, at det også er en del af disse grupper, der ikke dyrker moderat fysisk aktivitet hver dag som Sundhedsstyrelsen anbefaler, og som derfor kompenseres med motion et par gange om ugen. Dette resulterer i et ønske om at være mere fysisk aktiv, fordi man oplever, at man alligevel ikke får motion nok.

I alt er 18 % blevet rådet af lægen til at dyrke motion. Blandt personer med en dårlig selvvalueret fysisk form er 40 % blevet rådet hertil. Især personer med kroniske sygdomme er blevet rådet af lægen til at dyrke motion.

## Kost

24 % af befolkningen har et sundt kostmønster, jævnfør afsnittet *Kost* i kapitel 3: *Sundhedsvaner*. Der er derfor en stor andel (76 %), som ikke efterlever Sundhedsstyrelsens anbefalinger på kostområdet.

I dette afsnit beskrives befolkningen i forhold til ønsket om at spise mere sundt. Dernæst beskrives, hvor mange der har modtaget rådgivning fra lægen inden for det seneste år i forhold til at ændre kostvaner.

Indsatser på kostområdet skal få borgerne til at efterleve de opstillede kostråd, som er:

- Spis frugt og grønt – 6 om dagen
- Spis fisk og fiskepålæg – flere gange om ugen
- Spis kartofler, ris eller pasta og fuldkornsbrød – hver dag
- Spar på sukker – især fra sodavand, kager og slik
- Spar på fedtet – især fra mejeriprodukter og kød
- Spis varieret – og bevar normalvægten
- Sluk tørsten i vand
- Vær fysisk aktiv – mindst 30 minutter om dagen

En måde at motivere befolkningen til at efterleve kostrådene er gennem oplysning. Oplysning omkring de helbredsskadelige effekter ved en usund kost kan medvirke til, at befolkningen motiveres til at ændre adfærd. På samme måde kan det forventes, at oplysning om de helbredsgavnige effekter af sund kost vil motivere til et sundt kostmønster.

Med hensyn til sund kost er der mange ting, som spiller ind. Den sunde kost skal give mening i hverdagen. Fx skal den opleves som overkommelig at tilberede, og den skal smage godt.

Derudover handler det også om at opstille de fornødne rammer for sund kost. Sund kost skal være tilgængelig i dagligdagen, fx i daginstitutioner, skoler, sportshaller og kantiner.

Følgende spørgsmål anvendes til at belyse befolkningens motivation i forhold til at spise sundere:

- Vil du gerne spise mere sundt?
- Hvordan vurderer du dine kostvaner alt i alt?
- Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at ændre dine kostvaner?

I det følgende belyses befolkningens ønske om at spise sundere i forhold til selvvalgte spisevaner, køn, alder og sociale forhold samt geografi, brancher og kroniske sygdomme.

## Hvor mange ønsker at spise mere sundt?

Figur 4.48 viser andelen, der har svaret 'ja', 'nej', eller 'ved ikke' til spørgsmålet *Vil du gerne spise mere sundt?*

56 % har svaret 'ja' til, at de gerne vil spise mere sundt.

28 % har svaret 'nej' og 16 % har svaret 'ved ikke'.

Derudover er der spurgt til, hvordan respondenterne vurderer deres kostvaner.

Af figur 4.49 fremgår det, at 42 % vurderer egne kostvaner som meget sunde eller sunde.

54 % vurderer deres kostvaner som nogenlunde, mens henholdsvis 4 % og 0,4 % vurderer dem som usunde eller meget usunde.

Der er en stærk sammenhæng mellem selvvalgte kostvaner og andelen, der gerne vil spise mere sundt, hvilket fremgår af figur 4.50. 27 % af de, som vurderer egne kostvaner som meget sunde, ønsker at spise mere sundt, hvilket gælder for 82 % blandt personer, der vurderer egne kostvaner som usunde eller meget usunde.

Der er til gengæld ikke nogen entydig sammenhæng mellem kostmønster, således som det er beskrevet ved hjælp af *Hvordan har du det?*'s kostscore, og ønsket om at spise mere sundt, jævnfør figur 4.51.

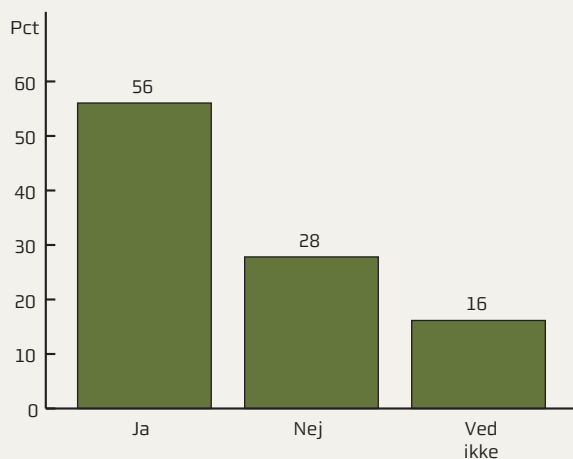
51 % med et usundt kostmønster, 58 % med et middelsundt og 53 % med et sundt kostmønster vil gerne spise sundere.

**FIGUR 4.48, 4.49, 4.50, 4.51**

Ønsker at spise mere sundt og selvvurderede kostvaner

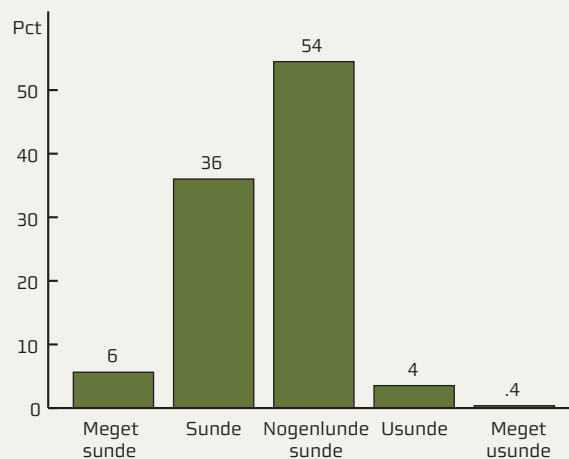
Figur 4.48

Vil du gerne spise mere sundt?



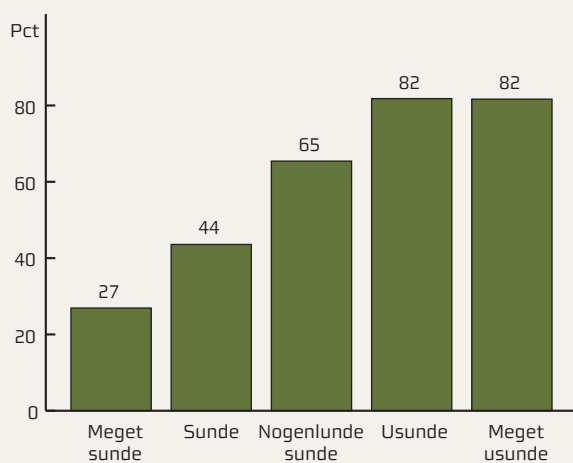
Figur 4.49

Hvordan vurderer du dine kostvaner alt i alt?



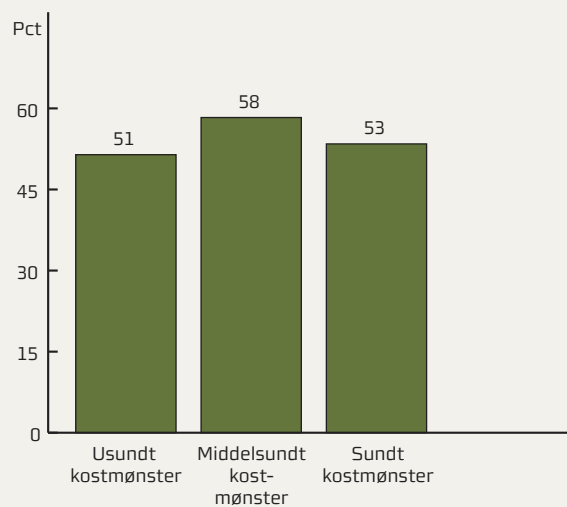
Figur 4.50

Ønsker at spise mere sundt i forhold til selvvurderede kostvaner

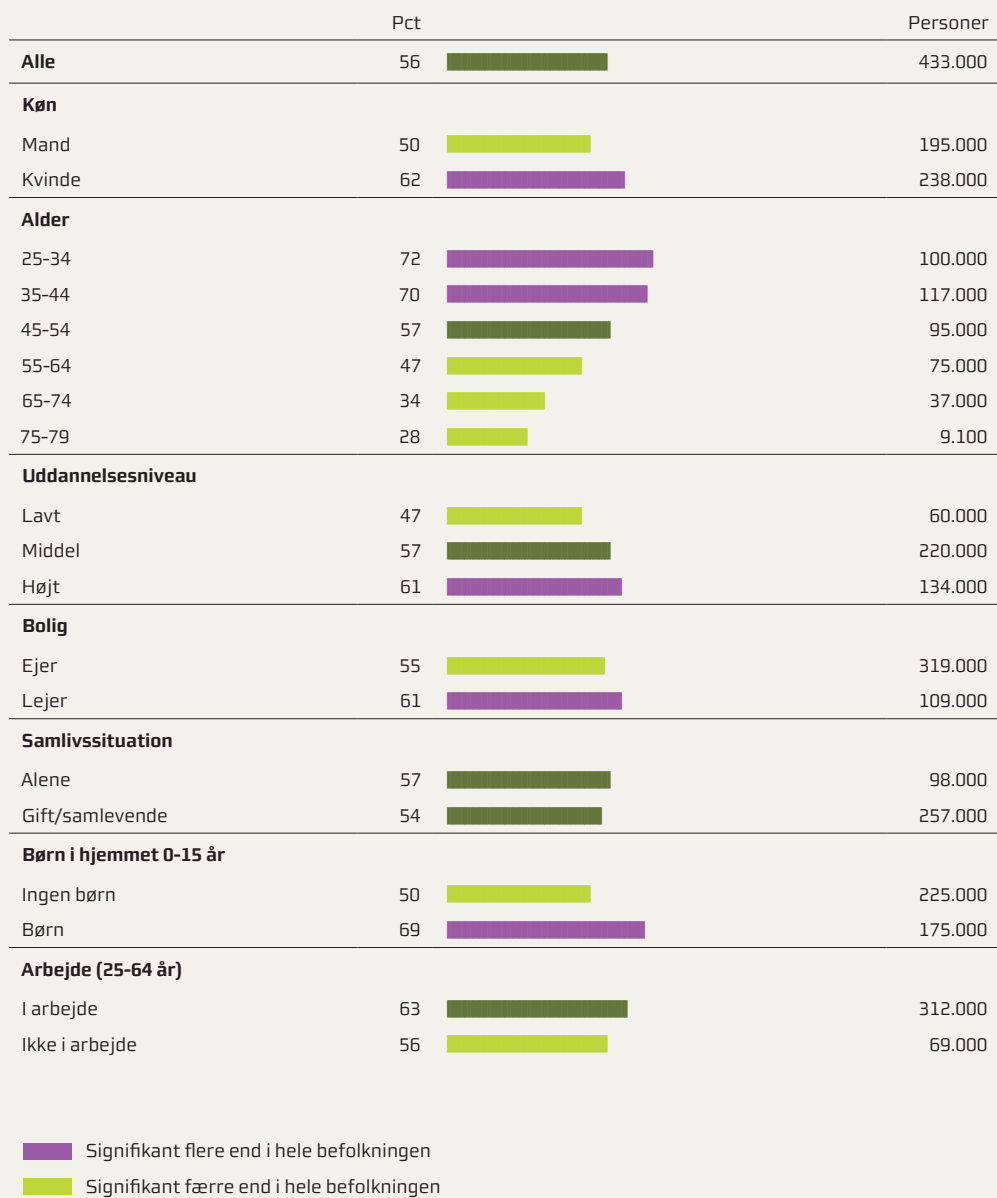


Figur 4.51

Ønsker at spise mere sundt i forhold til kostmønstre



**FIGUR 4.52**  
Vil gerne spise mere sundt - køn, alder og sociale forhold





## Ønsker at spise mere sundt – køn, alder og sociale forhold

Figur 4.52 viser sammenhængen mellem andelen, der gerne vil spise mere sundt, og køn, alder og sociale forhold.

**Køn.** Flere kvinder end mænd ønsker at spise mere sundt.

**Alder.** Flere unge end ældre ønsker at spise mere sundt. Blandt personer i alderen 25-34 år ønsker 72 % at spise mere sundt, hvilket gælder for 28 % i alderen 75-79 år.

**Uddannelse.** Andelen, der gerne vil spise mere sundt, stiger i takt med uddannelsesniveaut.

**Bolig.** Der er flere blandt personer, der bor i lejebolig, som ønsker at spise mere sundt, sammenlignet med personer, der bor i ejerbolig.

**Samlivssituation.** Der er ikke statistisk signifikant forskel på andelen, der ønsker at spise mere sundt mellem personer, der lever alene, og personer, der er gift/samlevende.

**Børn i hjemmet.** Flere personer, der bor sammen med børn, vil gerne spise mere sundt set i forhold til personer, der ikke bor sammen med børn.

**Arbejde.** Blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), som ikke har et arbejde, ønsker færre at spise mere sundt.

Der er signifikant flere end i hele befolkningen, som gerne vil spise mere sundt, blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 25-44 år
- Personer med højt uddannelsesniveau
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der bor sammen med børn

Der er signifikant færre end i hele befolkningen, som gerne vil spise mere sundt, blandt følgende grupper:

- Mænd
- Personer i alderen 55-79 år
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Personer, der bor i ejerbolig
- Personer, der ikke bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64år), som ikke har et arbejde

**FIGUR 4.53**  
Vil gerne spise mere sundt - kommuner



### Ønsker at spise mere sundt – kommuner

Andelen, der gerne vil spise mere sundt, varierer fra 48 % i Lemvig til 61 % i Århus, jævnfør figur 4.53.

Der er signifikant flere end i hele befolkningen, som gerne vil spise mere sundt i:

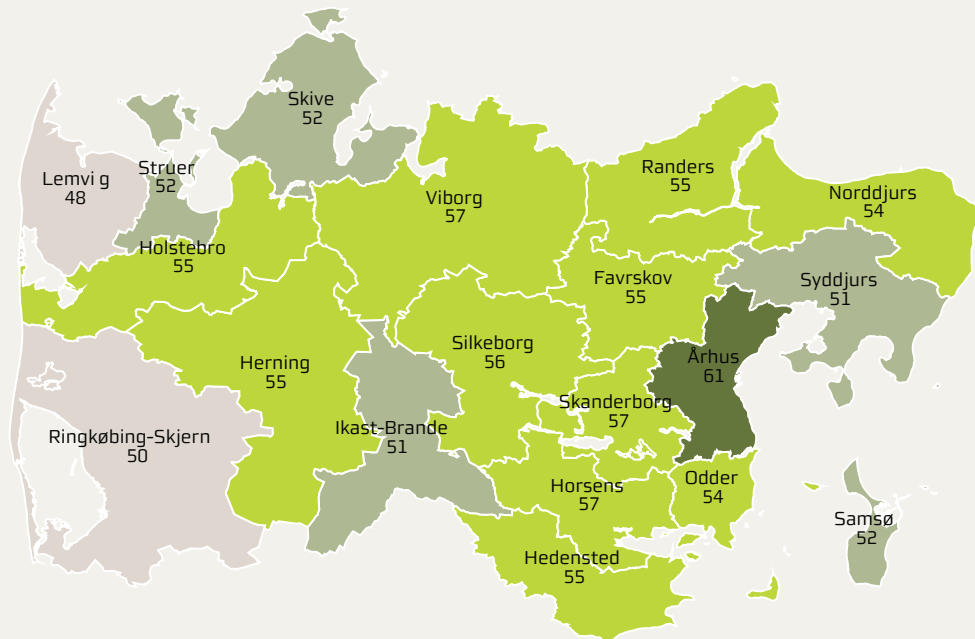
- Århus

Der er signifikant færre end i hele befolkningen, som gerne vil spise mere sundt i følgende kommuner:

- Skive
- Struer
- Ikast-Brande
- Syddjurs
- Ringkøbing-Skjern
- Lemvig

**FIGUR 4.53 FORTSAT**

Vil gerne spise mere sundt - kommuner (i pct)



**FIGUR 4.54**  
Vil gerne spise mere sundt - kroniske sygdomme



## Ønsker at spise mere sundt – kroniske sygdomme

Der er stor variation mellem sygdomsgrupperne i andelen, der gerne vil spise sundere, hvilket fremgår af figur 4.54.

Andelen varierer fra 39 % med hjerneblødning/blodprop i hjernen til 67 % med migræne eller hyppig hovedpine.

Blandt følgende sygdomsgrupper er der signifikant flere end i hele befolkningen, som ønsker at spise sundere:

- Migræne eller hyppig hovedpine
- Forbigående psykiske lidelser
- Vedvarende psykisk sygdom
- Allergi
- Astma

Blandt følgende sygdomsgrupper er der signifikant færre end i hele befolkningen, som ønsker at spise sundere:

- Leddegigt
- Sukttersyge
- Slidgigt
- Tinnitus
- Forhøjet blodtryk
- Kronisk bronkitis, for store lunge, rygerlunger
- Blodprop i hjertet
- Kræft
- Knogleskørhed
- Grå stær
- Hjerneblødning, blodprop i hjernen

**FIGUR 4.55**  
Vil gerne spise mere sundt - brancher



## Ønsker at spise mere sundt – brancher

Figur 4.55 viser andelen, der gerne vil spise mere sundt, fordelt på de enkelte brancher. Andelen svinger fra 39 % i *landbrug, skovbrug og fiskeri* til 69 % i *sundhed* og *socialvæsen* samt *hotel og restaurant*.

I følgende brancher er der signifikant flere end i hele befolkningen, som gerne vil spise mere sundt:

- Sundhed og socialvæsen
- Hotel og restaurant

I følgende brancher er der signifikant færre end i hele befolkningen, som gerne vil spise mere sundt:

- Transport
- Industri
- Energiforsyning
- Landbrug, skovbrug og fiskeri

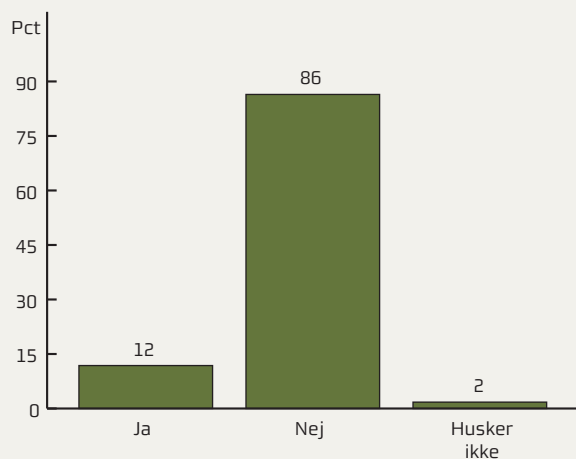
Sammenligner man med figur 3.43 fremgår det, at brancherne, hvori flere ønsker at spise sundere, også er nogle af de brancher, hvor flest personer har et sundt kostmønster. Omvendt er flere af de brancher, hvor der er færre, som ønsker at spise mere sundt, blandt de brancher, hvor flest personer har et usundt kostmønster. En mulig tolkning kan være, at de brancher, hvor der arbejder mange kvinder, også er de brancher, hvor mange er motiveret for at spise sundere. Netop *sundhed* og *socialvæsen* er den branche, hvori kvindeandelen er størst (85 %). Som nævnt tidligere er der høj korrelation mellem kvindeandelen inden for de enkelte brancher og henholdsvis sunde ( $r=0,91$ ) og usunde ( $r=-0,67$ ) kostvaner.

**FIGUR 4.56, 4.57, 4.58**

Har din egen læge inden for de seneste 12 måneder rådet dig til at ændre kostvaner?

Figur 4.56

Har egen læge rådet dig til at ændre kostvaner inden for de seneste 12 måneder?



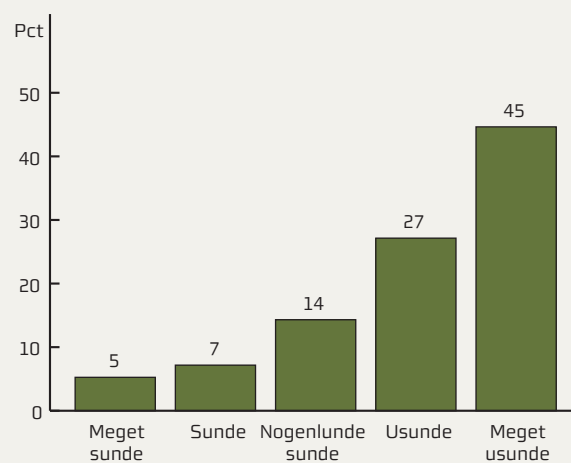
Figur 4.57

Har modtaget råd om at ændre kostvaner i forhold til kostmønster



Figur 4.58

Har modtaget råd om at ændre kostvaner i forhold til selv vurderede kostvaner





## Rådgivning fra egen læge i forhold til kost

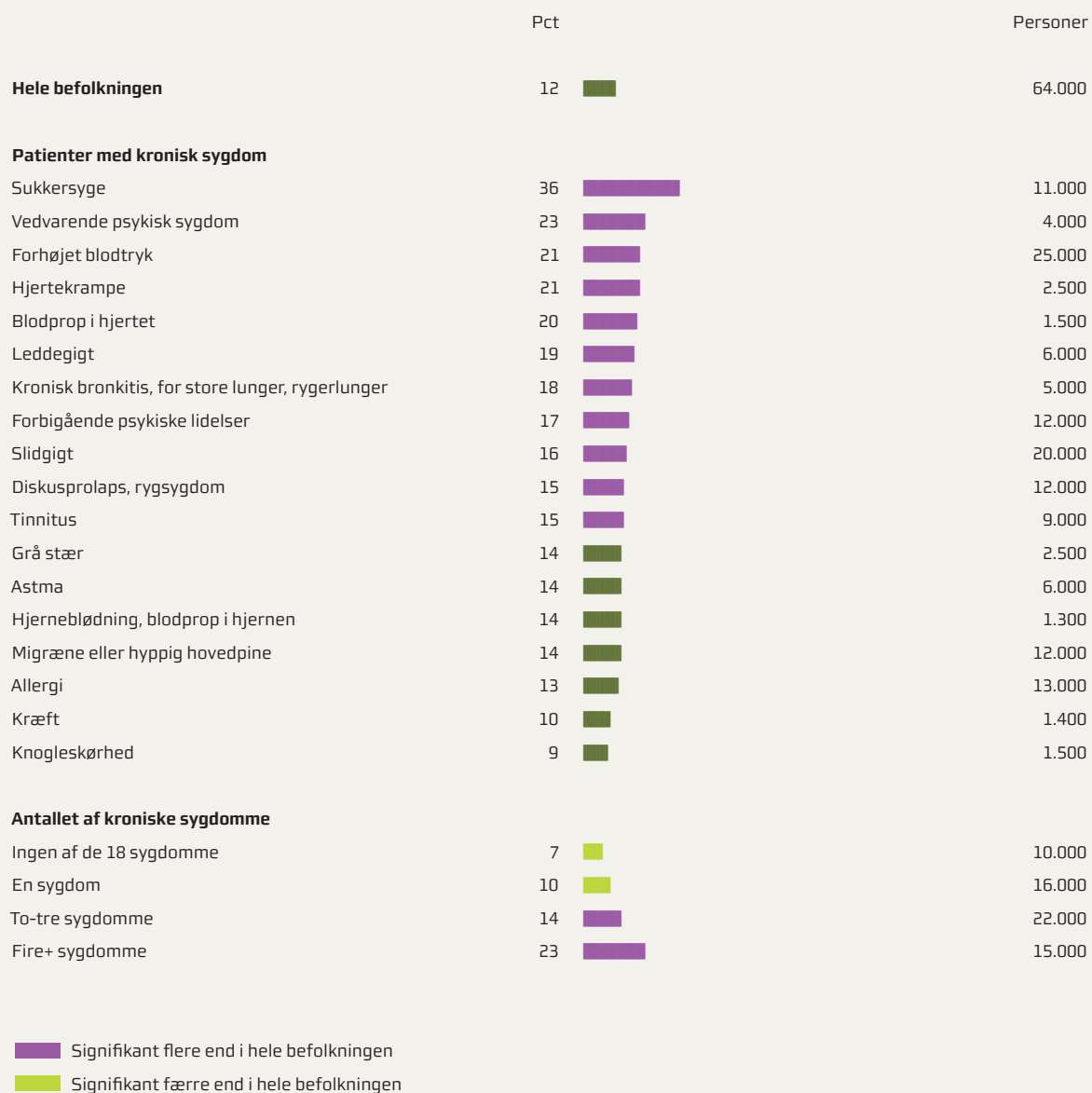
12 % har fået råd fra lægen om at spise sundere. Dette fremgår af figur 4.56.

Figur 4.57 viser andelen, der har fået råd fra lægen om sundere kost, fordelt på kostmønstre. Der er ikke stor variation i forhold til kostmønstre. 13 % med et usundt kostmønster er blevet rådet af lægen til at spise sundere, mens det gælder for 11 % med et sundt kostmønster.

Der er stor sammenhæng mellem selv vurderede spisevaner og andelen, der er blevet rådet til at spise sundere, jævnfør figur 4.58. 12 % blandt personer, der vurderer egne kostvaner som meget sunde eller sunde, er blevet rådet til at spise sundere. Dette gælder for 72 % af dem, der vurderer egne kostvaner som usunde eller meget usunde.

► 2006-2010. Der er sket et lille fald i andelen, der har fået råd fra lægen om at spise mere sundt. Se figur 4.20.5 og figur 4.21.5 i bind 2. ◀

**FIGUR 4.59**  
Har fået råd fra lægen om at ændre kostvaner - kroniske sygdomme



## Rådgivning fra egen læge i forhold til kost - kroniske sygdomme

Flere personer med en kronisk sygdom er blevet rådet til at spise sundere af lægen, hvilket fremgår af figur 4.59.

Ved 11 ud af de 18 sygdomme er der signifikant flere end i hele befolkningen, der har fået råd fra lægen om at spise sundere. Det gælder følgende sygdomme:

- Sukkersyge
- Vedvarende psykisk sygdom
- Forhøjet blodtryk
- Hjertekrampe
- Blodprop i hjertet
- Leddegigt
- Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger
- Forbigående psykiske lidelser
- Slidgigt
- Diskusprolaps, rygsygdom
- Tinnitus

Derudover er der en stærk sammenhæng mellem antallet af kroniske sygdomme og andelen, der har fået råd fra lægen om at spise sundere. 7 % blandt personer uden en kronisk sygdom har fået råd herom, mens det samme gælder for 23 % med fire eller flere sygdomme.

## Sammenfatning

Lidt over halvdelen af den voksne befolkning ønsker at spise sundere.

Der er en stærk sammenhæng mellem ønsket om at spise mere sundt og køn, alder og sociale forhold. Fx ønsker kvinder, unge og personer med højt uddannelsesniveau i højere grad at spise mere sundt.

12 % er blevet rådet af lægen til at spise sundere. Blandt personer, der vurderer egne kostvaner som usunde eller meget usunde, er 72 % blevet rådet af lægen til at spise sundere.

Samtidig er der også en større andel blandt personer med kroniske sygdomme, der er blevet rådet af lægen til at spise sundere.

## Overvægt

I det følgende afsnit beskrives overvægtiges motivation for at tabe sig. Derudover beskrives hvor stor en andel, der inden for de seneste 12 måneder er blevet rådet til et vægttab af egen læge.

Anbefalingerne inden for vægt er et Body Mass Index (BMI) mellem 18,5-24,9. Denne kategori betegnes normalvægtig, jævnfør afsnittet *Overvægt* i kapitel 3: *Sundhedsvaner*.

Overvægt er som regel en konsekvens af et misforhold mellem energiforbrug og energiindtag, hvilket vil sige, at overvægt er resultatet af, at der spises for meget i forhold til, hvor meget fysisk aktivitet der dyrkes.

Vægttab opnås derfor gennem dels en forøgelse af energiforbruget og dels en mindskelse af energiindtaget. En forudsætning for dette er, at de fornødne rammer for fysisk aktivitet er til stede samt at sund kost er tilgængelig og overskuelig.

Motivation og rådgivning i forhold til vægttab beskrives ud fra følgende spørgsmål:

- Hvordan vurderer du selv din vægt?
- Vil du gerne tabe dig?
- Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at tabe dig?

Først beskrives andelen, der gerne vil tabe sig og fordelingen af, hvordan borgerne vurderer deres vægt. Efterfølgende beskrives ønsket om vægttab i forhold til køn, alder og sociale forhold samt i forhold til geografi, kroniske sygdomme og brancher. Afslutningsvis beskrives andelen, der har fået råd fra lægen i forhold til vægttab.

## Hvor mange ønsker at tabe sig?

Figur 4.60 viser, at 63 % af befolkningen ønsker et vægttab. 20 % ønsker i høj grad et vægttab mens 43 % i nogen grad ønsker et vægttab.

Det fremgår af figur 4.61 at 14 % vurderer deres vægt som værende alt for høj. 47 % vurderer deres vægt som værende lidt for høj. Disse tal skal sammenholdes med, at 16 % er svært overvægtige og 37 % er moderat overvægtige, jævnfør figur 3.44. På det overordnede niveau er der således en rimelig overensstemmelse mellem det objektive mål for overvægt (BMI) og den subjektive vurdering af egen vægt.

Figur 4.62 viser andelen inden for vægtklasserne, som i høj grad ønsker et vægttab. 58 % af alle svært overvægtige ønsker i høj grad et vægttab, mens 23 % af

moderat overvægtige i høj grad ønsker et vægttab. Der er således en stærk sammenhæng med graden af overvægt og motivationen for vægttab.

Figur 4.63 viser sammenhængen mellem andelen, som i høj grad ønsker vægttab, og selv vurderet vægt. 80 % af de, som i høj grad ønsker vægttab, vurderer egen vægt som værende alt for høj. 17% vurderer egen vægt som lidt for høj.

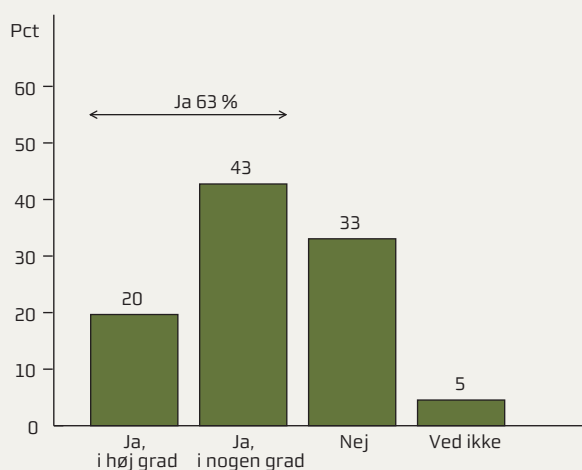
► **2006-2010.** Der er sket et signifikant fald i motivationen for vægttab i perioden fra 2006 til 2010. Endvidere er der sket en signifikant stigning i andelen, der vurderer deres vægt som værende lidt eller alt for høj. Se [figur 4.22.S-4.25.S i bind 2.](#) ◀

**FIGUR 4.60, 4.61, 4.62, 4.63**

Ønsker at tabe sig og selvvurderet vægt

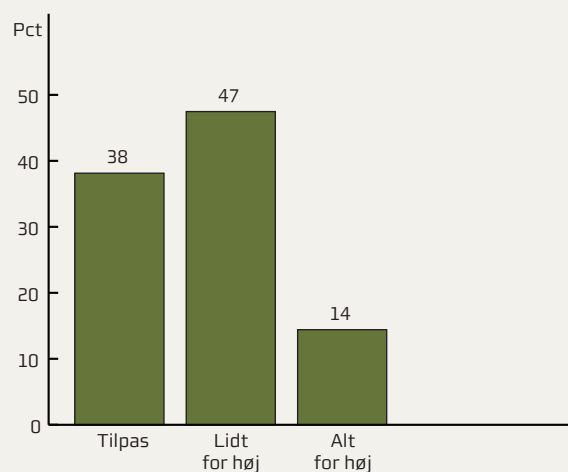
Figur 4.60

Vil du gerne tabe dig?



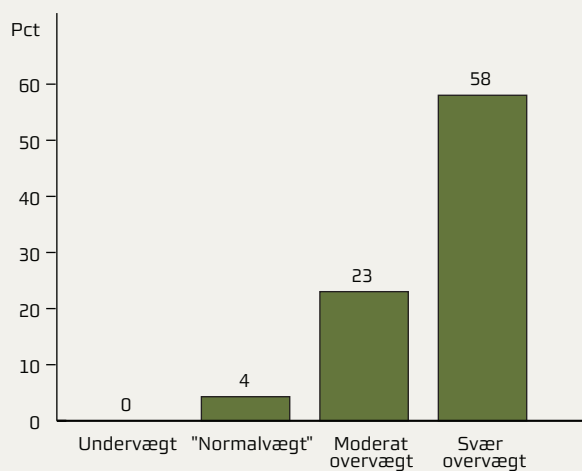
Figur 4.61

Hvordan vurderer du selv din vægt?



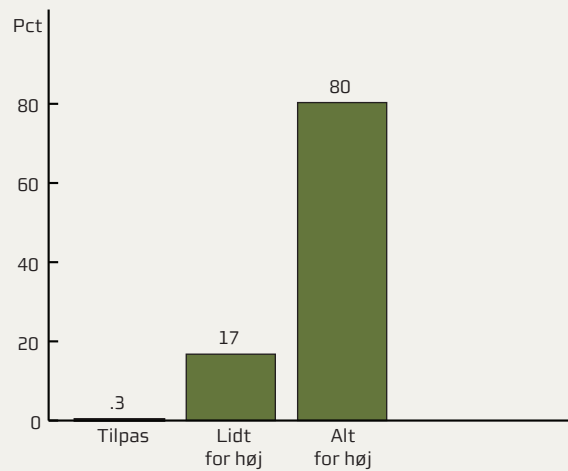
Figur 4.62

Ønsker "i høj grad" at tabe sig i forhold til vægtklasse



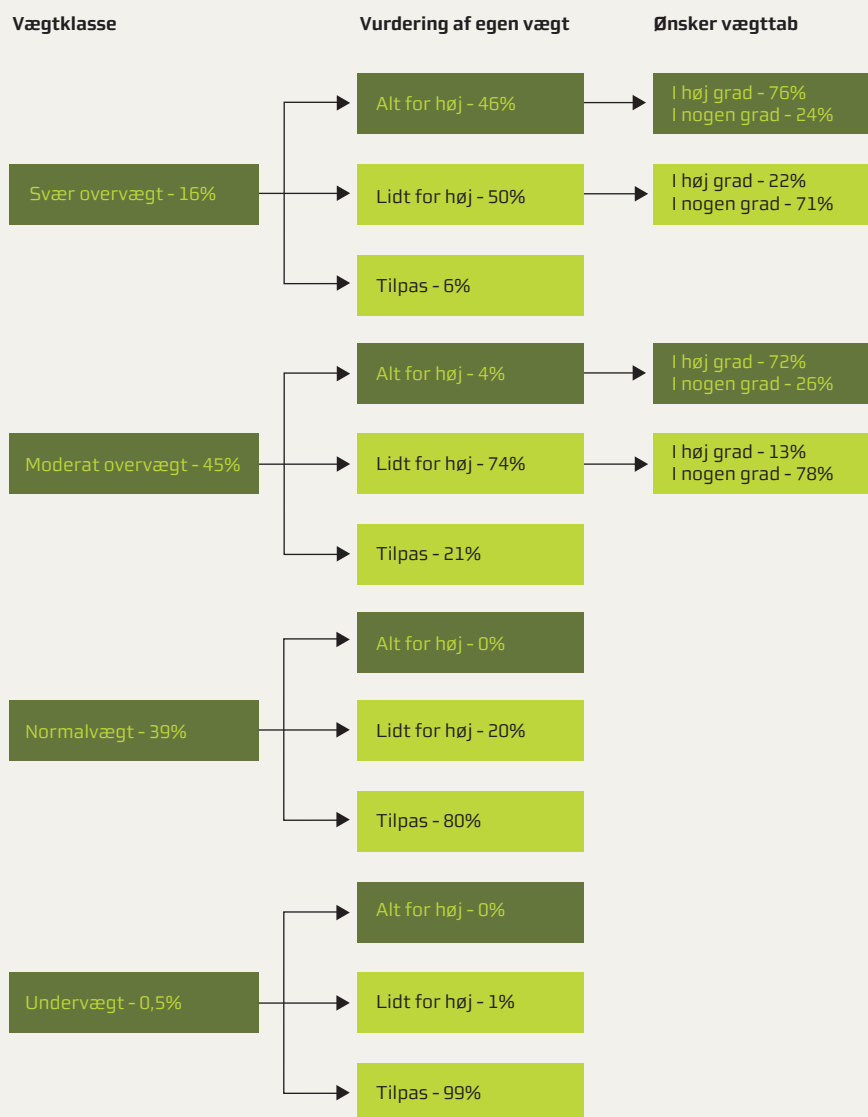
Figur 4.63

Ønsker "i høj grad" ønsker at tabe sig i forhold til selvvurderet vægt



FIGUR 4.64

Sammenhæng mellem vægtklasse, vurdering af egen vægt og ønske om vægttab - mænd



## Sammenhæng mellem vægtklasser, vurdering af egen vægt og ønske om vægttab

Figureerne 4.64 og 4.65 viser sammenhængen for henholdsvis mænd og kvinder mellem vægtklasser, vurderingen af egen vægt og i hvor høj grad man ønsker vægttab.

Motivation for vægttab er en afgørende forudsætning for, at overvægtige forsøger at opnå vægttab. Et vigtigt aspekt i den forbindelse er, hvordan den overvægtige opfatter sin egen vægt. Som det fremgår af figur 4.64 og 4.65 er der en stærk sammenhæng mellem vægtklasse og vurderingen af egen vægt, samt i hvor høj grad man ønsker vægttab og vurderingen af egen vægt.

**Mænd.** Blandt svært overvægtige mænd er andelen, der vurderer egen vægt som værende alt for høj 46 %, jævnfør figur 4.64. 50 % blandt svært overvægtige mænd vurderer deres vægt som lidt for høj.

4 % af moderat overvægtige mænd vurderer deres vægt som værende alt for høj, 74 % vurderer deres vægt som lidt for høj og 21 % vurderer deres vægt som tilpas.

76 % af svært overvægtige mænd, der vurderer deres vægt som alt for høj, ønsker i høj grad vægttab. Det samme gælder for 72 % af de moderat overvægtige mænd, som vurderer deres vægt som alt for høj.

**Kvinder.** Der er en større sammenhæng mellem vægtklasse og vurderingen af egen vægt blandt kvinder end blandt mænd, jævnfør figur 4.64 og 4.65. Blandt svært overvægtige kvinder vurderer 79 %, at deres vægt er alt for høj og 20 % vurderer deres vægt som værende lidt for høj.

Blandt moderat overvægtige kvinder vurderer 22 % deres vægt som alt for høj. 71 % vurderer deres vægt som lidt for høj og 6 % vurderer vægten som tilpas.

Sammenhængen mellem i hvor høj grad man ønsker vægttab og vurderingen af egen vægt er større for kvinder end for mænd.

82 % blandt svært overvægtige kvinder, som vurderer deres vægt som alt for høj, ønsker i høj grad vægttab. Blandt moderat overvægtige kvinder, der vurderer deres vægt som alt for høj, er der 86 % der i høj grad ønsker et vægttab.

Ser man på moderat og svært overvægtige kvinder og mænd, som vurderer deres vægt som lidt for høj, ønskes vægttab kun i nogen grad.

Det gennemgående mønster på tværs af køn er således, at det i højere grad er vurderingen af egen vægt end den egentlige vægt, der har betydning for, i hvor høj grad der ønskes vægttab.

**FIGUR 4. 65**  
 Sammenhæng mellem vægtklasse, vurdering af egen vægt og ønske om vægttab - kvinder





På baggrund af ovenstående kan det tilrådes, at tilbud om vægttab i første omgang undersøger, om der er overensstemmelse mellem en persons egen vurdering af sin vægt og den faktiske vægt (i forhold til højde). Er der uoverensstemmelse mellem egen vurdering og et højt BMI vil det være hensigtsmæssigt at søge, at etablere en erkendelse af vægtproblemets omfang. Det er specielt vigtigt i forhold til mænd, hvor hver anden svært overvægtige vurderer sin egen vægt som værende lidt for høj. Blandt kvinder vurderer hver femte svært overvægtige deres egen vægt som værende lidt for høj.

FIGUR 4.66

Overvægtige der 'i høj grad' ønsker at tabe sig - køn, alder og sociale forhold

	Pct	Moderat overvægtige	Pct	Svært overvægtige	Antal der 'i høj grad ønsker at tabe sig'	
					Personer	Personer
<b>Alle</b>	23		58		65.000	70.000
<b>Køn</b>						
Mand	13		46		22.000	28.000
Kvinde	40		70		42.000	41.000
<b>Alder</b>						
25-34	30		69		12.000	13.000
35-44	30		64		17.000	17.000
45-54	24		61		15.000	15.000
55-64	20		56		13.000	15.000
65-74	14		46		7.000	8.000
75-79	10		24		1.300	1.100
<b>Uddannelsesniveau</b>						
Lavt	18		50		9.000	14.000
Middel	22		57		33.000	37.000
Højt	28		72		19.000	16.000
<b>Bolig</b>						
Ejer	23		57		51.000	49.000
Lejer	23		63		13.000	20.000
<b>Samlivssituation</b>						
Alene	24		57		13.000	16.000
Gift/samlevende	23		59		41.000	43.000
<b>Børn i hjemmet 0-15 år</b>						
Ingen børn	20		55		34.000	39.000
Børn	30		67		26.000	24.000
<b>Arbejde (25-64 år)</b>						
I arbejde	25		61		44.000	44.000
Ikke i arbejde	28		64		12.000	16.000

Signifikant flere end inden for gruppen af overvægtige

Signifikant færre end inden for gruppen af overvægtige

## Ønsker vægttab – køn, alder og sociale forhold

Figur 4.66 viser sammenhængen mellem andelen af moderat og svært overvægtige, der i høj grad ønsker et vægttab, i forhold til køn, alder og sociale forhold.

**Køn.** Det gælder for både moderat og svært overvægtige kvinder, at de i højere grad ønsker et vægttab end moderat og svært overvægtige mænd.

**Alder.** Flere yngre, både moderat og svært overvægtige, ønsker i høj grad et vægttab.

**Uddannelsesniveau.** Moderat og svært overvægtige personer med højt uddannelsesniveau ønsker i højere grad et vægttab end personer med et lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau.

**Bolig.** Der er ikke forskel på andelen, der i høj grad ønsker at tabe sig mellem personer, der bor i ejer- og lejebolig.

**Samlivssituation.** Der er ikke forskel mellem personer der er gift/samlevende og personer, der lever alene i forhold til ønsket om vægttab.

**Børn i hjemmet.** Flere moderat og svært overvægtige med børn i hjemmet ønsker i høj grad et vægttab.

**Arbejde.** Flere moderat og svært overvægtige i den erhvervsaktive alder (25-64 år), som ikke er i arbejde, har i høj grad et ønske om vægttab.

Der er signifikant flere end blandt alle moderat overvægtige, der i høj grad ønsker et vægttab, blandt:

- Kvinder
- Personer i alderen 25-44 år
- Personer med højt uddannelsesniveau
- Personer, der bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke er i arbejde

Der er signifikant færre end blandt alle moderat overvægtige, der i høj grad ønsker et vægttab, blandt:

- Mænd
- Personer i alderen 65-79 år
- Personer med et lavt uddannelsesniveau
- Personer, der ikke bor sammen med børn

Der er signifikant flere end blandt alle svært overvægtige, der i høj grad ønsker et vægttab, blandt:

- Kvinder
- Personer i alderen 25-44 år
- Personer med et højt uddannelsesniveau
- Personer, der bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke er i arbejde

Der er signifikant færre end blandt alle svært overvægtige, der i høj grad ønsker et vægttab, blandt:

- Mænd
- Personer i alderen 65-79 år
- Personer med et lavt uddannelsesniveau

**FIGUR 4.67**  
Overvægtige der 'i høj grad' ønsker at tabe sig - kommuner



### Ønske om vægttab – kommuner

Der er en variation mellem kommunerne i forhold til, hvor mange borgere der i høj grad ønsker vægttab.

**Moderat overvægt.** Andelen af moderat overvægtige, som i høj grad ønsker at tabe sig, varierer fra 25 % i Århus, Holstebro, Syddjurs og Favrskov til 19% i Ringkøbing-Skjern og Samsø.

**Svær overvægt.** Andelen af svært overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig, varierer fra 67 % i Skanderborg til 51 % på Samsø.

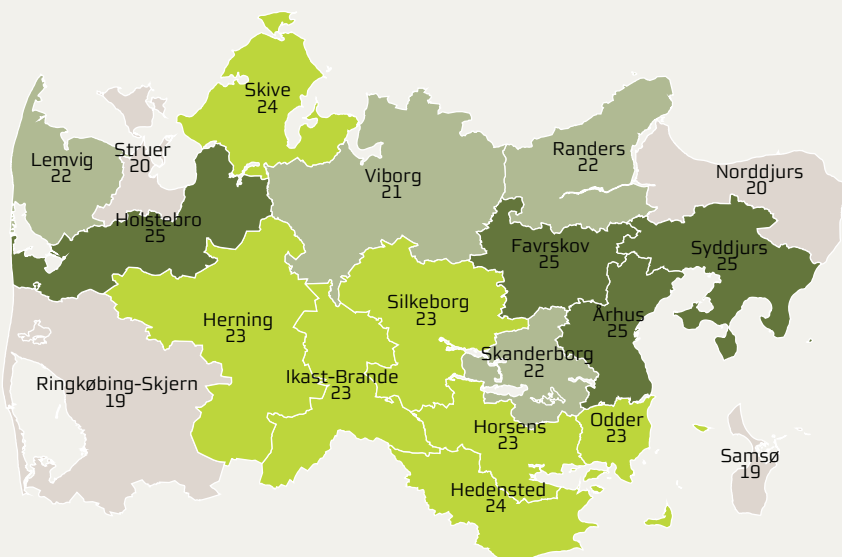
I følgende kommuner er der signifikant flere svært overvægtige end i hele befolkningen, der i høj grad ønsker et vægttab:

- Skanderborg

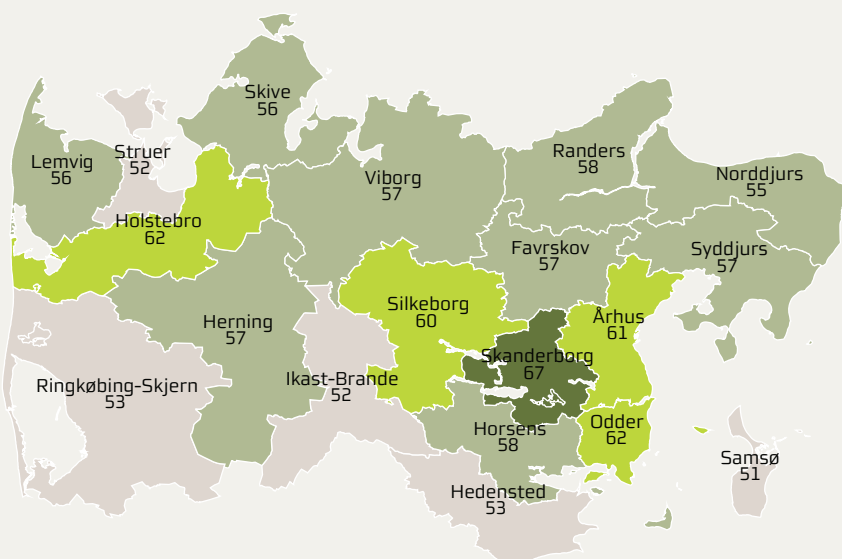
FIGUR 4.67 FORTSAT

Overvægtige der 'i høj grad' ønsker at tabe sig - kommuner (i pct)

Moderat overvægt



Svær overvægt



**FIGUR 4.68**  
Overvægtige, der 'i høj grad' ønsker at tabe sig - kroniske sygdomme



## Ønske om vægttab – kroniske sygdomme

Motivationen for vægttab er stor blandt kronisk syge med moderat og svær overvægt.

Figur 4.68 viser, at andelen af moderat overvægtige kronisk syge, som i høj grad ønsker et vægttab, varierer fra 36 % blandt personer med vedvarende psykiske lidelser og migræne eller hyppig hovedpine til 19 % blandt personer med sukkersyge og blodprop i hjertet.

Der er signifikant flere end blandt alle med moderat overvægt, der i høj grad ønsker et vægttab, blandt personer med:

- Forbigående psykiske lidelser
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Vedvarende psykisk sygdom
- Allergi

Andelen af svært overvægtige, som i høj grad ønsker et vægttab, varierer fra 71 % blandt personer med forbigående psykiske lidelser og personer med migræne eller hyppig hovedpine til 45 % blandt personer med grå stær.

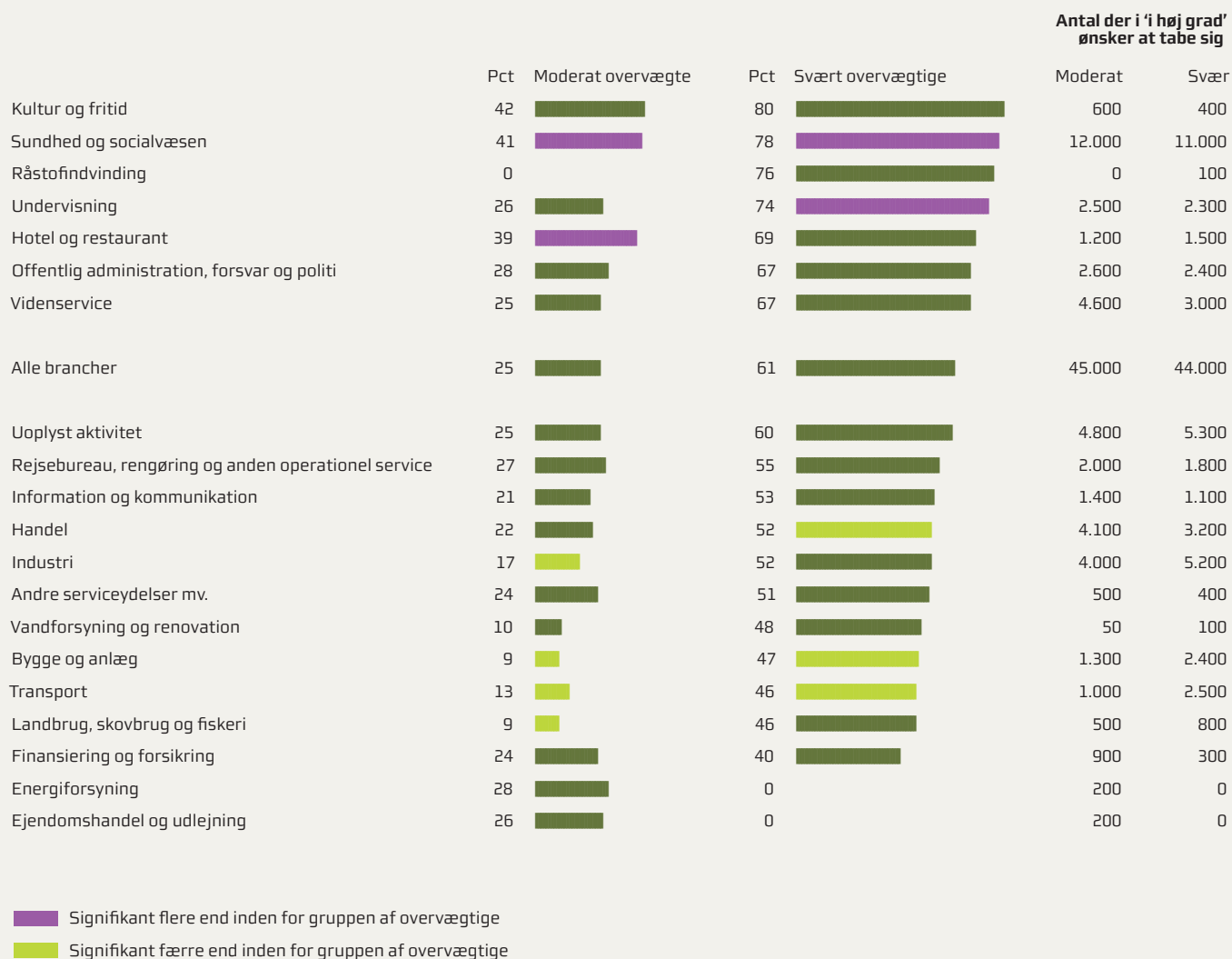
Der er signifikant flere end blandt alle med svær overvægt, der i høj grad ønsker et vægttab blandt personer med:

- Forbigående psykiske lidelser
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Vedvarende psykisk sygdom
- Allergi

Der er signifikant færre end blandt alle med svær overvægt, der i høj grad ønsker vægttab, blandt personer med:

- Grå stær

**FIGUR 4.69**  
Overvægtige der 'i høj grad' ønsker at tabe sig - brancher





## Ønske om vægttab – brancher

Der er stor variation i motivationen for at tabe sig mellem brancherne, jævnfør figur 4.69.

**Moderat overvægt.** Inden for *kultur og fritid* ønsker 42 % af alle moderat overvægtige i høj grad at tabe sig. Inden for *bygge og anlæg* samt *landbrug, skovbrug og fiskeri* er der 9 % blandt de moderat overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig.

Der er signifikant flere end blandt alle moderat overvægtige, som i høj grad ønsker et vægttab i følgende brancher:

- Sundhed og socialvæsen
- Hotel og restaurant

Der er signifikant færre end blandt alle moderat overvægtige, som i høj grad ønsker et vægttab i følgende brancher:

- Industri
- Landbrug, skovbrug og fiskeri
- Bygge og anlæg
- Transport

**Svært overvægt.** Blandt svært overvægtige varierer andelen, der i høj grad ønsker at tabe sig fra 40 % i *finansiering og forsikring* til 80 % i *kultur og fritid*.

Der er signifikant flere end blandt alle svært overvægtige, som i høj grad ønsker et vægttab, i følgende brancher:

- Sundhed og socialvæsen
- Undervisning

Der er signifikant færre end blandt alle svært overvægtige, som i høj grad ønsker et vægttab, i følgende brancher:

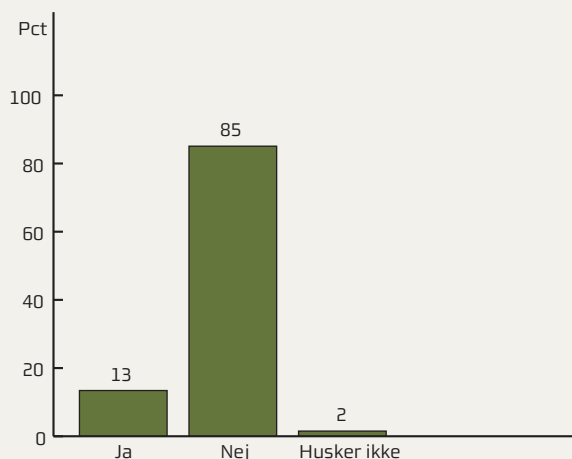
- Handel
- Bygge og anlæg
- Transport

**FIGUR 4.70, 4.71**

Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at tabe dig?

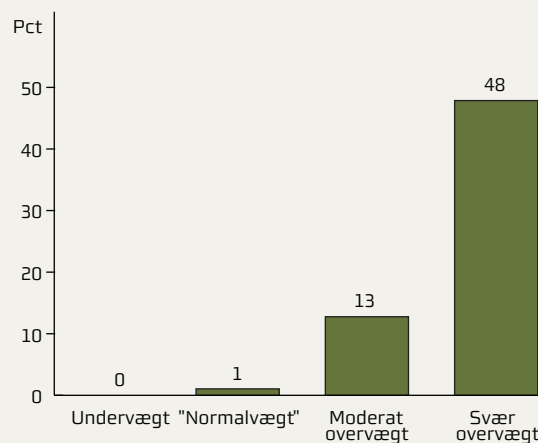
Figur 4.70

Har egen læge rådet dig til vægttab inden for de seneste 12 måneder?



Figur 4.71

Har modtaget råd fra lægen om vægttab i forhold til vægtklasser



## Rådgivning fra egen læge i forhold til vægttab

13 % af de personer, som har været til læge inden for de seneste 12 måneder, er blevet rådet til et vægttab, jævnfør figur 4.70.

Blandt personer med svær overvægt har 48 % modtaget råd om vægttab fra lægen, jævnfør figur 4.71. 13 % med moderat overvægt har modtaget råd fra lægen.

Der er altså en stærk sammenhæng mellem vægtklasser og andelen, der har modtaget råd fra lægen om vægttab.

► **2006-2010.** Der er ikke sket nævneværdige ændringer i perioden fra 2006 til 2010 i forhold til andelen, der har fået råd om vægttab fra lægen. Der er dog sket et fald i andelen af svært overvægtige, som har modtaget råd om vægttab fra lægen. Se figur 4.26.S og figur 4.27.S i bind 2. ◀



**FIGUR 4.72**  
Har modtaget råd om vægttab fra lægen - kroniske sygdomme



## Rådgivning fra egen læge i forhold til vægttab – kroniske sygdomme

Figur 4.72 viser andelen af moderat og svært overvægtige kronisk syge, som har modtaget råd fra lægen om at nedsætte deres vægt.

**Moderat overvægt.** Inden for gruppen af moderat overvægtige med en kronisk sygdom varierer andelen, som har modtaget råd om vægttab fra lægen, fra 34 % blandt personer med sukkersyge til 6 % blandt personer med knogleskørhed.

Der er signifikant flere end blandt alle moderat overvægtige, der har modtaget råd om vægttab fra lægen, blandt personer med:

- Sukkersyge
- Forhøjet blodtryk

9 % blandt moderat overvægtige, som ikke lider af en af de 18 sygdomme, har modtaget råd om vægttab fra lægen. Det er signifikant færre end blandt alle moderat overvægtige. For moderat overvægtige med fire eller flere kroniske sygdomme har 17 % modtaget råd om vægttab. Det er signifikant flere end blandt alle moderat overvægtige.

**Svær overvægt.** Inden for gruppen af svært overvægtige kronisk syge varierer andelen, som har modtaget råd fra lægen om vægttab, fra 77 % blandt personer med sukkersyge til 41 % blandt personer med kræft.

Der er signifikant flere end blandt alle svært overvægtige, der har modtaget råd om vægttab fra lægen, blandt personer med:

- Sukkersyge
- Vedvarende psykisk sygdom
- Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger
- Hjertekrampe
- Forhøjet blodtryk
- Leddegigt
- Forbigående psykiske lidelser

34 % blandt personer med svær overvægt, som ikke lider af en af de 18 sygdomme, har modtaget råd om vægttab fra lægen. Det er signifikant færre end blandt alle svært overvægtige. Blandt svært overvægtige med fire eller flere kroniske sygdomme har 64 % modtaget råd om vægttab fra lægen. Det er signifikant flere end blandt alle svært overvægtige.

## Sammenfatning

Overvægt er et stigende problem. I 2006 var 49 % af den voksne befolkning i Region Midtjylland overvægtig. Andelen er steget til 52 % i 2010.

Hvis denne udvikling skal vendes, forudsætter det i første omgang, at der blandt befolkningen er motivation for vægttab - specielt blandt personer med svær overvægt.

I befolkningen som helhed er 20 % meget motiverede for et vægttab. Blandt svært overvægtige er 58 % meget motiverede.

Blandt svært overvægtige er kvinder, yngre personer, højtuddannede, personer med børn i hjemmet og personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år) uden arbejde mere motiverede for at tabe sig.

13 % har fået råd fra lægen om vægttab. Blandt personer med svær overvægt har 48 % modtaget råd om vægttab.

Der er flere overvægtige, som har kroniske sygdomme, der er blevet rådet til vægttab.

## Sammenfatning - Motivation og rådgivning

I dette kapitel er befolkningens motivation for at ændre på sine sundhedsvaner blevet belyst i relation til rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet, kost og overvægt.

Generelt set er andelen af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd motiveret for at ændre adfærd:

- 74 % af dagligrygerne vil gerne stoppe med at ryge
- 26 % med et risikabelt alkoholforbrug vil gerne nedsætte alkoholforbruget
- 80 % blandt fysisk inaktive vil gerne være mere fysisk aktive
- 56 % vil gerne spise mere sundt
- 23 % blandt moderat overvægtige ønsker i høj grad at tabe sig
- 58 % blandt svært overvægtige ønsker i høj grad at tabe sig

I forhold til fysisk aktivitet, kost og overvægt er yngre personer, kvinder, personer med højt uddannelsesniveau og personer med børn i hjemmet mere motiverede for at ændre dårlige sundhedsvaner end befolkningen som helhed.

Blandt personer med et for stort alkoholforbrug er motivationen for at nedsætte forbruget størst hos personer i alderen 35-54 år.

Blandt gruppen af dagligrygere er andelen, der ønsker at holde op med at ryge, størst blandt personer i alderen 25-54 år, personer der bor sammen med børn og personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der har et arbejde.

I gennem de sidste fem år er forholdsmæssigt flere personer med højt uddannelsesniveau, personer der er gift/samlevende og personer, der bor sammen med børn stoppet, med at ryge i forhold til hele befolkningen.

Motivationen for rygestop er generelt stor blandt dagligrygere i alle brancher. I forhold til de andre sundhedsvaner er der stor variation mellem brancherne i forhold til, hvor mange der er motiveret til at leve sundere. Det generelle billede er, at forholdsvis flere inden for *social- og sundhedsvæsen* og *undervisning* er motiveret for at leve sundere. Inden for brancherne *transport, industri* og *landbrug, skovbrug og fiskeri* er forholdsvis færre motiveret for en sundere livsstil.

Generelt er personer med kroniske sygdomme meget motiveret for at leve sundere.

Egen læge råder oftere kronisk syge end andre patienter til en sundere livsstil. En forklaring kan være, at kronisk syge går mere til læge, og at sygdommen kan fungere som anledning til at tale om sundhedsvaner. Derudover vil sygdomsprognosen ofte forbedres ved en sundere

livsstil, og det er derfor naturligt for lægen at råde til en sundere levevis.

Personer, som selv vurderer, at de har en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, rådes oftere af egen læge til at leve sundere. Forklaringen kan være, at de selv efterspørger råd og vejledning hos lægen. Men forklaringen kan også være, at lægen er mere opmærksom på behovet for vejledning hos denne gruppe.

## Referencer

1. Forebyggelseskommissionen (2009). *Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats*. København: Forebyggelseskommissionen.
2. Kamper-Jørgensen F., Almind G. & Jensen B. B. (2009). *Forebyggende sundhedsarbejde*. 5. udgave. København: Munksgaard Danmark.
3. Glanz K., Rimer B. K. & Viswanat K. (2008). *Health Behavior and Health Education*. 4. udgave. San Fransisco: Jossey-Bass.
4. Larsen E. L., Thomsen J. L., Lauritzen T. & Engberg M. (2006). *Forebyggende helbredsundersøgelser og helbredssamtaler i almen praksis – en analyse af patientperspektivet*. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og MTV.
5. Rasmussen S. R., Kilsmark J., Engberg M., Lauritzen T. et al. (2006). *Forebyggende helbredsundersøgelser og helbredssamtaler i almen praksis – en sundhedsøkonomisk analyse af "Sundhedscentret Ebeltoft"*. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og MTV.
6. Thorsen T. & Dalsted R. (2005). *Rådgivning i almen praksis om alkohol, kost, motion, rygning. En litteraturgennemgang*. København: Sundhedsstyrelsen, Viden- og dokumentationsenheden.
7. Folketinget (2007). *Lov om røgfri miljøer*. Nr. 512; 6. juni.

# SAMMENLIGNINGER PÅ TVÆRS

I dette kapitel belyses tre tværgående temaer: *Social ulighed i sundhed*, *KRAM på tværs*, hvor hyppigheden af forskellige kombinationer af KRAM-faktorer beskrives, samt *Borgernes ønsker til sundhedsfremmende faciliteter i deres lokalområde*, som fx cykelstier og indendørs motionstilbud.

De tre temaer er valgt, fordi de rangerer højt på den sundhedsfaglige og sundhedspolitiske dagsorden. Endvidere fordi temaerne på forskellig vis kan bidrage med viden til udvikling og nytænkning af forebyggelsesindsatser og sundhedsfremmende faciliteter.

Det er en vigtig sundhedspolitisk målsætning at arbejde for større social lighed i sundhed. Det er derfor relevant at beskrive sociale forskelle i sundhed. I profilens øvrige kapitler er uddannelsesniveau brugt som mål for social position. I dette kapitels første tema opstilles et indeks for levekårsressourcer. Indekset er et mere nuanceret mål for social position, og det er derfor muligt igennem anvendelsen af dette mål at fremstille nogle mere nuancerede analyser af social ulighed i sundhed.

Det er ligeledes vigtigt at undersøge, om der er nogle former for risikoadfærd, der hober sig op, således at visse kombinationer af risikoadfærd optræder hyppigere, end det kan forventes. I den forbindelse er det vigtigt at vide, om nogle ophobninger af risikoadfærd er knyttet til bestemte grupper i samfundet. Viden om hyppigheden af ophobningen af risikoadfærd og forbindelsen til bestemte grupper i samfundet kan anvendes i tilrettelæggelsen af forebyggelsesindsatser. Dette er omdrejningspunktet for kapitlets andet tema.

Det sidste tema, *Borgernes ønsker til sundhedsfremmende faciliteter i deres lokalområde*, søger at bidrage med viden specielt til kommunerne i forhold til, om der er sundhedsfremmende faciliteter, borgerne savner i deres lokalområde.





## Social ulighed i sundhed

Undersøgelser fra Rådet for Socialt Udsatte gennemført fra 2007 til 2010 tegner et dystert billede af sundhedstilstanden blandt samfundets svageste (1,2,3). Fx vurderede kun 31 % deres eget helbred som godt mod 81 % i hele befolkningen. Undersøgelserne af sundhed og sygelighed blandt socialt udsatte i Danmark – forkortet SUSY UDSAT – dokumenterer et hjørne af et større problem, som det er vigtigt at have fokus på: sammenhængen mellem sociale forhold og sundhed i befolkningen.

I dette afsnit beskrives omfanget af social ulighed i sundhed i Region Midtjylland ved hjælp af en række sundhedsindikatorer og et indeks for levekårsressourcer.

## Fattigdom og sygdom

Fattigdom og sygdom har historisk været knyttet tæt sammen. En vigtig side af velfærdspolitikken har handlet om at løsne dette bånd. De fleste kan formentlig tilslutte sig de følgende tre værdier:

1. Sygdom bør ikke føre til fattigdom
2. Fattigdom bør ikke føre til sygdom
3. Fattigdom bør ikke være en hindring for at kunne få behandling i sundhedsvæsenet

Et udbygget socialt sikkerhedsnet kombineret med et offentligt sundhedsvæsen med fri og lige adgang har været de vigtigste midler i det danske velfærdssamfund til at sikre disse værdier.

I 1960'erne og 1970'erne var det en almindelig opfattelse, at man fra samfundets side havde gjort stort set, hvad man kunne for at sikre en god sundhedstilstand i alle dele af befolkningen. Sundhed var så at sige løftet ud af det gamle classesamfund. Alle havde uanset indtægt adgang til lægehjælp af høj kvalitet. Sult, fejlernæring og usunde boliger med alt, hvad det førte med sig af helbredsproblemer, hørte stort set for tiden til. Den sociale lovgivning inddæmmede de sociale katastrofer, der tidligere havde været en uundgåelig følgesvend til langvarig sygdom og invaliditet i underklassen.

## Fornyet fokus på social ulighed i sundhed

I 1980'erne og 1990'erne kom der en række undersøgelser, der dokumenterede, at der var en betydelig social ulighed i sundhed i den danske befolkning. Og måske mest overraskende: Danmark havde en forholdsvis dårlig placering i sammenlignende europæiske undersøgelser. Det gav stødet til fornyet interesse for sammenhængen mellem sociale forhold og sundhed. Social ulighed i sundhed blev et fagligt og i stigende grad også et politisk tema. Med regeringens folkesundhedsprogram fra 1999

blev større social lighed i sundhed en hovedmålsætning i dansk sundhedspolitik og har været det siden. Det gælder også i kommunerne. Siden kommunalreformen i 2007, hvor kommunerne overtog hovedansvaret for forebyggelsesarbejdet, er større social lighed i sundhed blevet en målsætning i stort set samtlige kommuners sundhedspolitik.

Det er vigtigt at understrege, at den danske velfærdsmode uden tvivl medfører en vis social udjævning af sundheden. "Opdagelsen" af social ulighed i sundhed viser imidlertid, at koblingen mellem sundhed og sociale forhold er mere kompleks, end man tidligere havde troet. Der skal mere og andet til at løsne båndet mellem sundhed og sociale forhold, end det man har gjort indtil nu.

I kommuner, regioner og stat gøres der derfor et stort og kreativt arbejde i disse år på at udvikle og afprøve nye indsatser mod social ulighed i sundhed. Som eksempel kan nævnes, at i flere kommuner er kost, rygning og motion blevet temaer både i beskæftigelsesindsatsen og arbejdet med kontanthjælpsmodtagere. I sundhedsvæsenet gøres forsøg med socialt differentieret patientuddannelse og tilbud om rygestop og motion blandt psykiatriske patienter. På centralt niveau er etableringen af Forebyggelsesfonden i 2007 et vigtigt initiativ til målrettet forebyggelse blandt de mest udsatte grupper på arbejdsmarkedet. Opstramning af rygelovgivning er også et af de initiativer, der trækker i retning af større social lighed i sundhed.

## Et indeks for levekårsressourcer

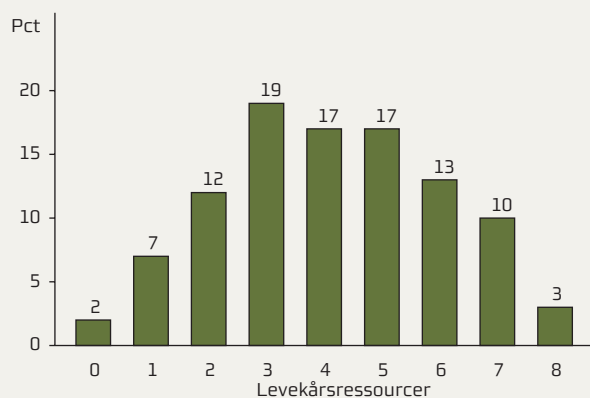
Sideløbende med disse aktiviteter er der behov for at følge udviklingen. Hvor tæt er sammenhængen mellem sundhed og sociale forhold? Bliver koblingen tættere eller løsere? Med andre ord: Går det i den rigtige retning? Er koblingen tættere i nogle kommuner end i andre? Osv.

Men hvordan beskriver man sammenhængen mellem sundhed og sociale forhold? I forbindelse med den første *Hvordan har du det?*-undersøgelse, der blev gennemført i Århus Amt i 2001, blev der udviklet et sammensat mål, der bygger på en ressourcetankegang; et indeks for levekårsressourcer.

Tankegangen er følgende: Mennesket er et aktivt handlende og kreativt væsen, som selv definerer sine mål. Den enkeltes handlemuligheder begrænses imidlertid af de *ressourcer*, som han eller hun råder over. En persons sociale position er ifølge denne opfattelse lig med summen af ressourcer, som den enkelte kan bruge til at fremme sin trivsel og livskvalitet. Eksempler på ressourcer er penge, ejendom, uddannelse og viden, sociale relationer og netværk. Jo flere ressourcer, man råder over, jo større muligheder har man for at realisere sine individuelle mål i tilværelsen.

**FIGUR 5.1**

Fordelingen af levekårsressourcer i den voksne befolkning (25-79 år) i Region Midtjylland i 2010



I indeks for levekårsressourcer opgøres personens ressourcer ud fra følgende spørgsmål:

- Er du gift?
- Har du børn?
- Har du en boglig uddannelse?
- Har du erhvervsindkomst?
- Er din årsindkomst på 250.000 kr. eller mere?
- Er du funktionær/selvstændig?
- Har du et lederjob?
- Ejer du eller andre i din husstand din bolig?
- Har du dansk som modersmål?

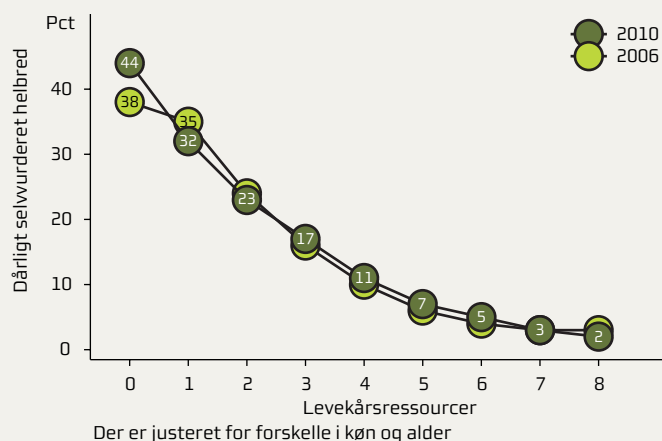
Hvis der svares bekræftende på et spørgsmål, gives værdien 1, ellers 0. Indekset kan antage værdien 0 til 9.

I figur 5.1 kan man se, hvordan den voksne befolkning i Region Midtjylland fordeler sig på ressourceindekset i 2010. Opgørelsen omfatter kun personer med dansk etnisk baggrund. Derfor er dansk som modersmål ikke taget med i opgørelsen, og den maksimale værdi af indekset er derfor 8. 66 % af befolkningen har mellem 3 og 6 point på indekset. 21 % har 0-2 point og 13 % har 7-8 point. Hovedparten befinder sig således på midten af skalaen.

De følgende figurer viser sammenhængen mellem res-

sourceindekset og nogle vigtige sundhedsindikatorer. For det første fire indikatorer for helbred og sygdom: selv vurderet helbred, muskel-skeletsmerter, stress og multisygdom. Dernæst to vigtige risikofaktorer for en lang række kroniske sygdomme: rygning og svær overvægt. Og endelig motivationen for at ændre sundhedsvaner belyst gennem rygernes motivation for at kvitte tobakken samt befolkningens motivationen for at være mere fysisk aktiv.

**FIGUR 5.2**  
Dårligt selvvalueret helbred og levekårsressourcer - 2006 og 2010



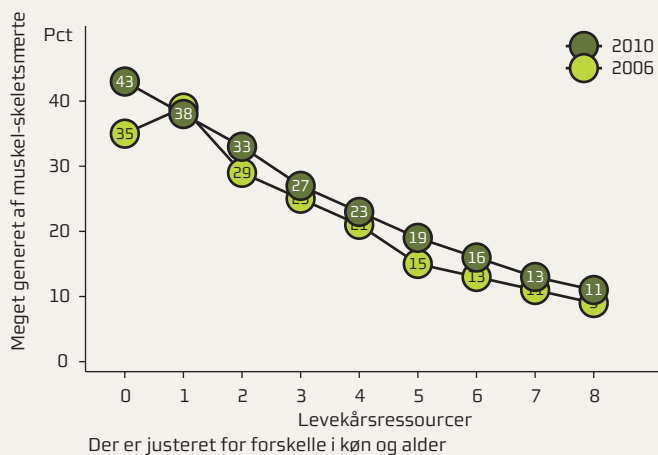
## Helbred og sygdom

**Selvvalueret helbred.** Figur 5.2 viser sammenhængen mellem selvvalueret helbred og levekårsressourcer. Figuren viser hvor stor en andel, der på spørgsmålet 'Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?' svarede 'mindre godt' eller 'dårligt'. I befolkningen som helhed var det 14 % i 2010. Som det fremgår af figuren, er der en særdeles tæt sammenhæng mellem selvvalueret helbred og levekårsressourcer. 44 % i den mest ressourcefattige gruppe vurderer selv, at deres helbred er dårligt, mens det kun gælder 2 % i den mest ressourcestærke gruppe. Tallene er her og i det følgende justeret for forskelle i køn og alder mellem de otte ressourcegrupper.

Der er ikke statistisk signifikante ændringer fra 2006 til 2010, så den sociale ulighed i sundhed er uændret på dette område.

FIGUR 5.3

Meget generet af muskel-skeletmerter inden for de seneste 14 dage og levekårsressourcer - 2006 og 2010



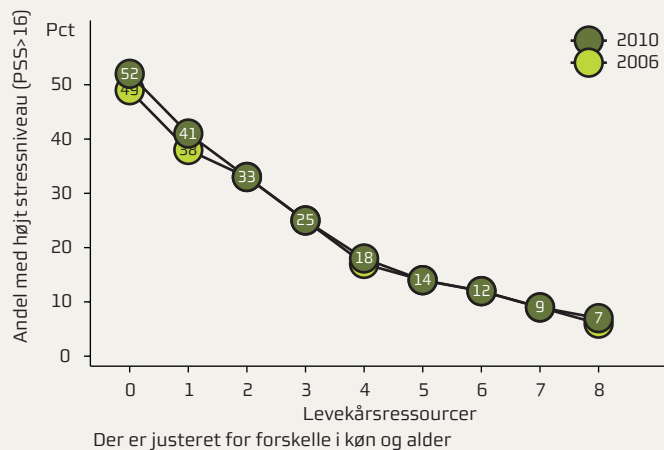
**Muskel-skeletmerter.** Figur 5.3 viser andelen, der har været meget generet af muskel-skeletmerter inden for de seneste 14 dage, det vil sige smerter i et eller flere af følgende områder: ryg, lænd, skulde, nakke, arme, hænder, ben, knæ hofter og led.

43 % i den mest ressourcefattige gruppe har været meget generet af muskel-skeletmerter i 2010 mod 11 % i den meste ressourcestærke gruppe.

Der er en generel tendens til at flere har været generet af muskel-skeletmerter i 2010 end i 2006. Forøgelsen er imidlertid kun statistisk signifikant i femte og sjette ressourcegruppe.

FIGUR 5.4

Andel med højt stressniveau (PSS&gt;16) og levekårsressourcer - 2006 og 2010

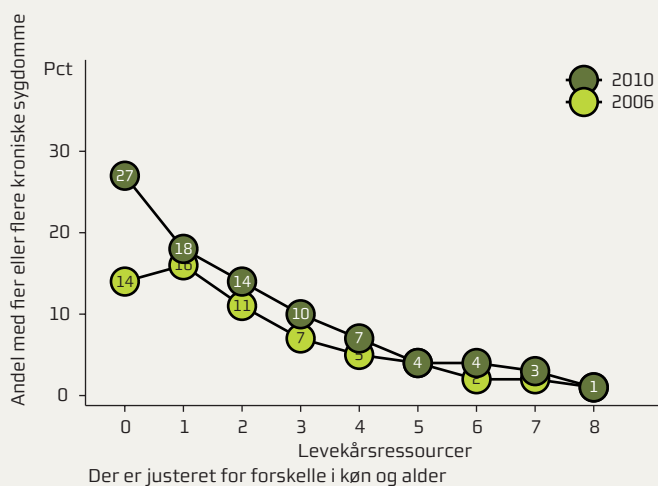


**Stress.** Figur 5.4 viser andelen, der har et højt stressniveau. Stressniveauet er målt ved hjælp af Perceived Stress Scale (PSS), der er et mål for oplevet stress. Et højt stressniveau defineres her som en score på PSS på 16 point eller mere ud af 40 mulige.

52 % i den mest ressourcefattige gruppe havde et højt stressniveau i 2010 mod 7 % i den mest ressourcestærke gruppe.

Der er ikke statistisk signifikante ændringer fra 2006 til 2010, så den sociale ulighed i sundhed er uændret på dette område.

**FIGUR 5.5**  
Multisygdom (4+ sygdomme) og levekårsressourcer - 2006 og 2010

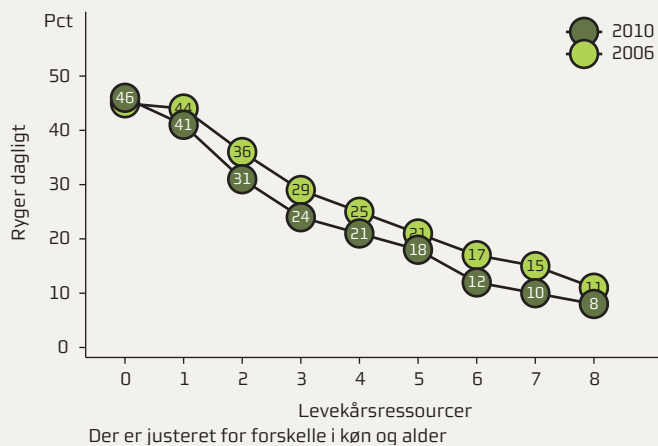


**Multisygdom.** Figur 5.5 viser andelen, der har fire eller flere kroniske sygdomme eller eftervirkninger af sygdomme. Opgørelsen bygger på forekomsten af 17 kroniske sygdomme eller eftervirkninger af disse.

27 % i den mest ressourcefattige gruppe havde fire eller flere kroniske sygdomme i 2010 mod 1 % i den mest ressourcestærke gruppe.

Der er generelt sket en forøgelse i andelen med multisygdom. Den største stigning er sket i den ressourcefattigste gruppe. Stigningen er statistisk signifikant, og det er den ligeledes i anden, tredje og sjette ressourcegruppe. Der er en øget social forskel med hensyn til multisygdom i 2010 sammenholdt med 2006.

**FIGUR 5.6**  
Dagligrygere og levekårsressourcer - 2006 og 2010



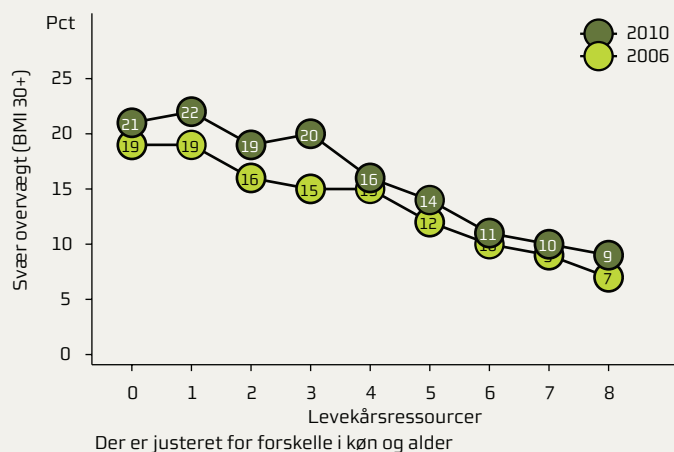
## Sundhedsvaner

**Ryging.** I den voksne befolkning røg 22 % dagligt i 2010. I 2006 var det 27 %, så der er sket et markant fald i andelen af rygere. Figur 5.6 viser andelen af dagligrygere i forhold til levekårsressourcer. Også her er der en stærk sammenhæng med levekårsressourcer. 46 % i den ressourcetsvageste gruppe var dagligryger i 2010 mod 8 % blandt de ressourcestærkeste.

På alle trin af ressourceindekset er der sket et fald i andelen af rygere siden 2006 undtagen i gruppen med færrest ressourcer. Her var andelen af rygere uændret. Men faldet har været størst blandt de personer, der scorer 6-8 point på ressourceindekset. Så med hensyn til rygning er den sociale ulighed øget fra 2006 til 2010.



**FIGUR 5.7**  
Svær overvægt og levekårsressourcer - 2006 og 2010

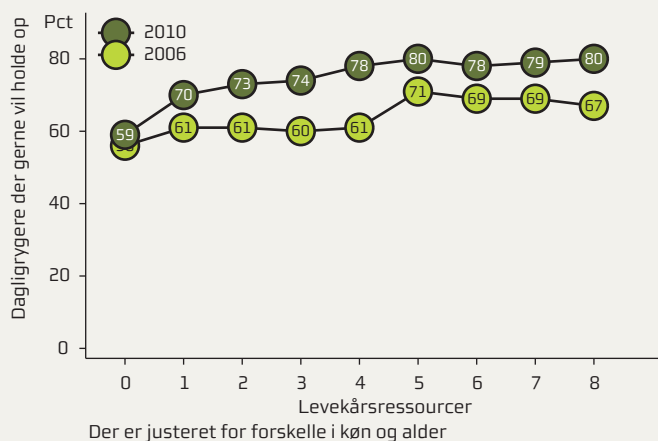


**Svær overvægt.** Figur 5.7 viser andelen af svært overvægtige i forhold til levekårsressourcer. Svær overvægt er her defineret som et Body Mass Index på 30 eller mere. Der var 16 % svært overvægtige i regionen 2010. Det er en stigning i forhold til 2006, hvor andelen var 14 %. Svær overvægt er hyppigst blandt de mest ressourcesvage, hvor 21 % er svært overvægtige, og mindst hyppig blandt de mest ressourcestærke, hvor 9 % er svært overvægtige.

Den generelle tendens er, at der er flere svært overvægtige i alle ressourcegrupper i 2010 i forhold til 2006. Men forskellen er kun statistisk signifikant ved nogle af grupperne. Man kan imidlertid se en tendens til, at svær overvægt er øget mest blandt de mest ressourcesvage grupper.

FIGUR 5.8

Dagligrygere, der gerne vil holde op og levekårsressourcer - 2006 og 2010



## Motivation for at ændre sundhedsvaner

**Rygere der ønsker at stoppe.** Figur 5.8 viser, hvor mange af dagligrygerne, der ønsker at stoppe med at ryge.

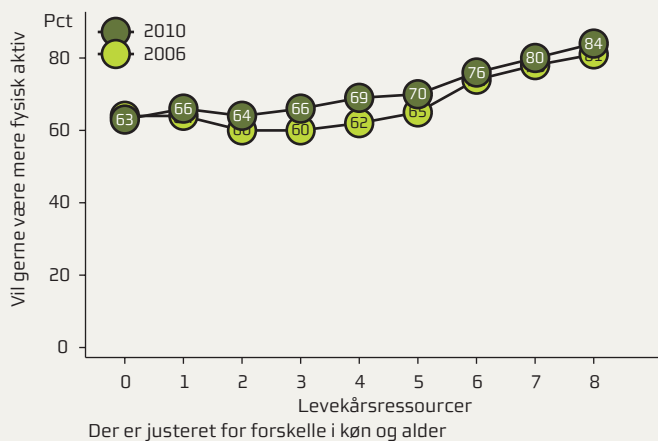
Mange rygere ønsker at kvitte tobakken, og der var en generel stigning fra 2006 til 2010 i andelen, der gerne vil holde op med at ryge. En del af denne stigning skyldes muligvis en ændret måde at spørge på med flere svarmuligheder end i 2006.

I 2010 stiger andelen, der ønsker at holde op med at ryge, fra 70 % i den næstsvageste ressourcegruppe til 80 % i den stærkeste ressourcegruppe. Forskellen i motivation mellem disse grupper er statistisk signifikant, men forholdsvis beskeden. Kun den ressourcetsvageste gruppe skiller sig ud ved en markant lavere andel, der ønsker at stoppe med at ryge, nemlig 59 %.

I 2006 var forskellen mellem de ressourcestærkeste og de ressourcetsvageste rygere mindre, hvad angår andelen, der ønskede at holde op.

**FIGUR 5.9**

Vil gerne være fysisk mere aktiv og levkårsressourcer - 2006 og 2010



**Ønske om at være fysisk mere aktiv.** Figur 5.9 viser, hvor mange der ønsker at være mere fysisk aktive. 63 % i den ressourcetsvageste gruppe ønsker i 2010 at være fysisk mere aktive mod 84 % i den ressourcestærkeste gruppe.

Der er således en klar sammenhæng mellem levkårsressourcer og motivationen for at være mere fysisk aktiv. I alle grupper er der imidlertid en høj motivation for at være mere fysisk aktiv.

Flere i 2010 end i 2006 vil gerne være mere fysisk aktive. Stigningen er især sket i de mellemste ressourcegrupper (grupper med tre, fire og fem point på ressourceindekset).

## Sammenfatning

Analyserne i dette afsnit viser i hvilket omfang, fordelingen af sociale og helbredsmæssige ressourcer hænger sammen.

Det skal understreges, at det ikke er muligt at sige, i hvilken retning påvirkningen går, idet *Hvordan har du det?* er en tværsnitsundersøgelse. Er ressourcetsvage grupper helbredsmæssigt mere udsatte end ressourcetsværke grupper (få ressourcer -> dårligt helbred)? Eller fører dårligt helbred til et tab af ressourcer (dårligt helbred -> få ressourcer)? Eller er det en blanding af begge dele, og i så fald i hvilket forhold?

Det er imidlertid i sig selv vigtigt at belyse omfanget af den sociale ulighed i sundhed og om den bliver større eller mindre.

Det samlede billede, der tegner sig på baggrund af ovenstående analyser, er, at der er en høj grad af social ulighed i sundhed og at uligheden i nogle henseender er blevet større fra 2006 til 2010.

Undersøgelsen viser, at der er en betydelig social skævhed med hensyn til:

- Selvvurderet helbred
- Forekomsten af muskel-skeletmerter
- Højt stressniveau
- Multisygdom
- Rygning
- Svær overvægt

Der er med andre ord en betydelig ophobning af belastende helbredsforhold og sundhedsrisici i de ressourcetsvage grupper.

For alle de nævnte forhold gælder desuden, at der ikke blot er stor forskel mellem de ressourcetsvage grupper og resten af befolkningen, men at der trin for trin på ressourceindekset er forskel i sundhed. Der er med andre ord en tydelig gradueret sammenhæng mellem ressourcer og sundhed, en sundhedsgradient.

Det er vigtigt at have fokus på sundheden blandt den socialt mest udsatte del af befolkningen. Men det er samtidig vigtigt at se på social ulighed i sundhed i et befolkningsperspektiv. Der skal tages særligt hånd om de svageste grupper, men den politiske målsætning om større social lighed i sundhed gør det relevant samtidigt at arbejde for en generel udjævning af de sociale forskelle i sundhed.

Motivationen for at ændre sundhedsvaner er belyst gennem rygernes motivation for at kvitte tobakken samt folks motivation for at være mere fysisk aktive.

Her er billedet betydeligt mere opmuntrende. Der er ganske vist også en lidt større motivation hos de ressourcetsværke i forhold til de ressourcetsvage grupper. Men dels er forskellen mindre end ved helbred og sundhedsvaner, dels er der i alle dele af befolkningen en betydelig motivation for at ændre vaner. Hermed er en vigtig forudsætning tilstede for en succesfuld forebyggelsesindsats.



## KRAM på tværs

Der er en veldokumenteret sammenhæng mellem sundhedsadfærd og livskvalitet, sygdom og tidlig død.

I kapitel 3: *Sundhedsvaner* er de såkaldte KRAM-faktorer – kost, rygning, alkohol og motion – beskrevet hver for sig.

I dette afsnit beskrives den samlede forekomst af usunde kostvaner, rygning, risikabelt alkoholforbrug og for lidt fysisk aktivitet.

Der er flere grunde til at se på den samlede KRAM-profil.

*Dels* forøger en kombination af to eller flere risikofaktorer sandsynligheden for bl.a. hjerte-kar-sygdomme og kræft mere, end det kan forventes blot ved at summere de negative helbredseffekter af de enkelte risikofaktorer (4).

*Dels* kan viden om hyppige kombinationer af risikoadfærd bruges ved tilrettelæggelse af forebyggelsesarbejdet.

Kombinationer af risikoadfærd, der optræder hyppigere end forventet, vil ofte være et udtryk for veletablerede vaner, som indgår i ét sammenhængende livsstilmønster. Dette mønster er forbundet med holdninger og værdier. Eksempelvis beskriver Kolind, Demant m.fl., hvordan unges alkoholforbrug er en del af et livsstilmønster, hvortil der knyttes holdninger og værdier til brugen af alkohol (5, 6, 7, 8).

Det er ikke blot relevant at vide, om bestemte kombinationer af risikoadfærd forekommer særlig hyppigt. Det er også relevant at vide, om der er kombinationer af risikoadfærd, som ofte forekommer i bestemte grupper i befolkningen.

Viden om hyppigt forekommende kombinationer af risikoadfærd samt viden om kombinationer af risikoadfærd i bestemte grupper i befolkningen giver nye muligheder for at tilrettelægge forebyggelsesindsatser. Fx forebyggelsesindsatser, som retter sig mod flere former for risikoadfærd på samme tid.

## Ophobning af risikoadfærd

I det følgende belyses risikoadfærd i forhold til de forskellige kombinationer, der er mulige, mellem kost, rygning, alkohol og fysisk aktivitet.

Risikoadfærd er defineret ud fra følgende:

- Personer med et usundt kostmønster
- Personer, der ryger dagligt

- Personer med et risikabelt alkoholforbrug (mindst én af de tre former for risikabelt alkoholforbrug: rusdrikeri, storforbrug og alkoholafhængighed)
- Personer, der ikke er moderat fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen 6-7 dage om ugen eller dyrker regelmæssig motion i fritiden

Der er i alt 16 mulige kombinationer af de fire risikofaktorer, jævnfør tabel 5.1 og 5.2.

Indledningsvis fokuseres der på forskellen mellem den observerede (O) og den forventede (F) andel for hver af de 16 kombinationer. Her undersøges det, om bestemte kombinationer af risikoadfærd har en tendens til ophobning.

Den forventede andel med en given kombination af risikoadfærd er udregnet på baggrund af den faktiske andel med hver af de fire former for risikoadfærd. De faktiske andele ganges sammen, hvorved det forudsættes, at de enkelte faktorer er uafhængige.

Den observerede andel er den andel, som rent faktisk har den pågældende kombination af risikoadfærd.

Forholdet mellem den observerede og den forventede andel (O/F) angiver, om kombinationen forekommer hyppigere eller sjældnere, end man skulle forvente.

Er O/F mindre end 1, er den observerede andel mindre, end det kunne forventes, hvis de enkelte former for adfærd var uafhængige af hinanden. Er O/F større end 1, gælder det, at den observerede andel er større end forventet. Jo mere O/F ligger over 1, jo større er tendensen til, at de pågældende former for adfærd hober sig op.

Tabel 5.1 og 5.2 viser de 16 kombinationer og forholdet imellem den observerede og den forventede værdi for hver kombination for henholdsvis mænd og kvinder.

**Mænd.** Det fremgår af tabel 5.1, at hos mænd med samtlige fire former for risikoadfærd samt hos mænd med ingen af de fire former for risikoadfærd er der en større andel end forventet.

Hos mænd der lever op til samtlige anbefalinger i forhold til kost, rygning, alkohol og fysisk aktivitet er den observerede andel 1,68 gange større end den forventede. 2 % af mændene lever op til alle anbefalingerne.

8 % af mændene har alle fire former for risikoadfærd. Denne andel er 1,56 gange større end den forventede andel blandt mænd.

Derudover er andelen af mænd, som har et risikabelt alkoholforbrug, men som ellers lever op til anbefalingerne, 1,46 gange større, end det kunne forventes. 1 % af mændene er i denne gruppe.

**TABEL 5.1**

Ophobning af risikoadfærd blandt mænd

	Kost	Rygning	Fysisk aktivitet	Alkoholforbrug	Forventet forekomst (%)	Observeret forekomst (%)	Observeret / forventet
<b>Antal former for risikoadfærd</b>							
0	-	-	-	-	1,5	2	1,68
1	+	-	-	-	7	8	1,02
	-	+	-	-	0,5	0,3	0,67
	-	-	+	-	7	8	1,11
	-	-	-	+	0,6	0,9	1,46
	+	+	-	-	2	2	0,72
2	+	-	+	-	37	38	1,01
	+	-	-	+	3	3	0,88
	-	+	+	-	2	1	0,44
	-	+	-	+	0,2	0,1	0,40
	-	-	+	+	3	3	0,88
3	+	+	+	-	11	11	0,96
	+	+	-	+	1	0,9	0,89
	+	-	+	+	16	14	0,90
	-	+	+	+	1	0,7	0,67
4	+	+	+	+	5	8	1,56

+ : risikoadfærd

- : ingen risikoadfærd

**TABEL 5.2**  
Ophobning af risikoadfærd blandt kvinder

Antal former for risikoadfærd	Kost	Ryging	Fysisk aktivitet	Alkohol- forbrug	Forventet forekomst (%)	Observeret forekomst (%)	Observeret / forventet
0	-	-	-	-	4	7	1,51
1	+	-	-	-	9	8	0,86
	-	+	-	-	1,1	0,7	0,65
	-	-	+	-	18	18	1,02
	-	-	-	+	0,7	0,9	1,42
2	+	+	-	-	2	1,5	0,68
	+	-	+	-	38	39	1,01
	+	-	-	+	1,4	1,2	0,88
	-	+	+	-	4	3	0,58
	-	+	-	+	0,2	0,2	1,09
	-	-	+	+	3	2	0,81
3	+	+	+	-	9	11	1,16
	+	+	-	+	0,3	0,4	1,15
	+	-	+	+	6	5	0,85
	-	+	+	+	0,7	0,6	0,91
4	+	+	+	+	1,4	3	1,88

+ : risikoadfærd  
- : ingen risikoadfærd



Alt i alt må man sige, at tendensen til ophobning af risikofaktorer er forholdsvis beskednen. Derudover er det interessant at se, om der er kombinationer, som forekommer hyppigt.

Den hyppigst forekommende kombination af risikofaktorer blandt mænd er usund kost og for lidt fysisk aktivitet. Andelen, som ikke lever op til anbefalingerne omkring kost og fysisk aktivitet, er 38 %.

Her er der ikke tale om ophobning (O/F = 1,01). Men gruppen er så stor, at den påkalder sig opmærksomhed som en relevant målgruppe for forebyggelsesinitiativer.

**Kvinder:** Blandt kvinder er det de samme tre kombinationer - alle fire former for risikoadfærd, ingen af de fire former for risikoadfærd og et risikabelt alkoholforbrug uden andre former for risikoadfærd - der forekommer oftere end det kan forventes på baggrund af forekomsten af de enkelte typer af risikoadfærd, jævnfør tabel 5.2.

3 % af alle kvinder lever ikke op til nogen af anbefalingerne. Det er næsten dobbelt så mange, som man kan forvente på baggrund af forekomsten af de enkelte former for risikoadfærd.

Andelen af kvinder, som lever op til samtlige anbefalinger, er halvanden gang større end forventet. Samlet set lever 7 % af alle kvinder op til samtlige anbefalinger.

Andelen af kvinder med et risikabelt alkoholforbrug, som i øvrigt lever op til de øvrige anbefalinger, er 1,42 gange større end forventet.

Ligesom ved mænd er den kombination, der forekommer hyppigst, kombinationen af usund kost og for lidt fysisk aktivitet. 37 % af alle kvinder spiser ikke sundt og er for lidt fysisk aktive.

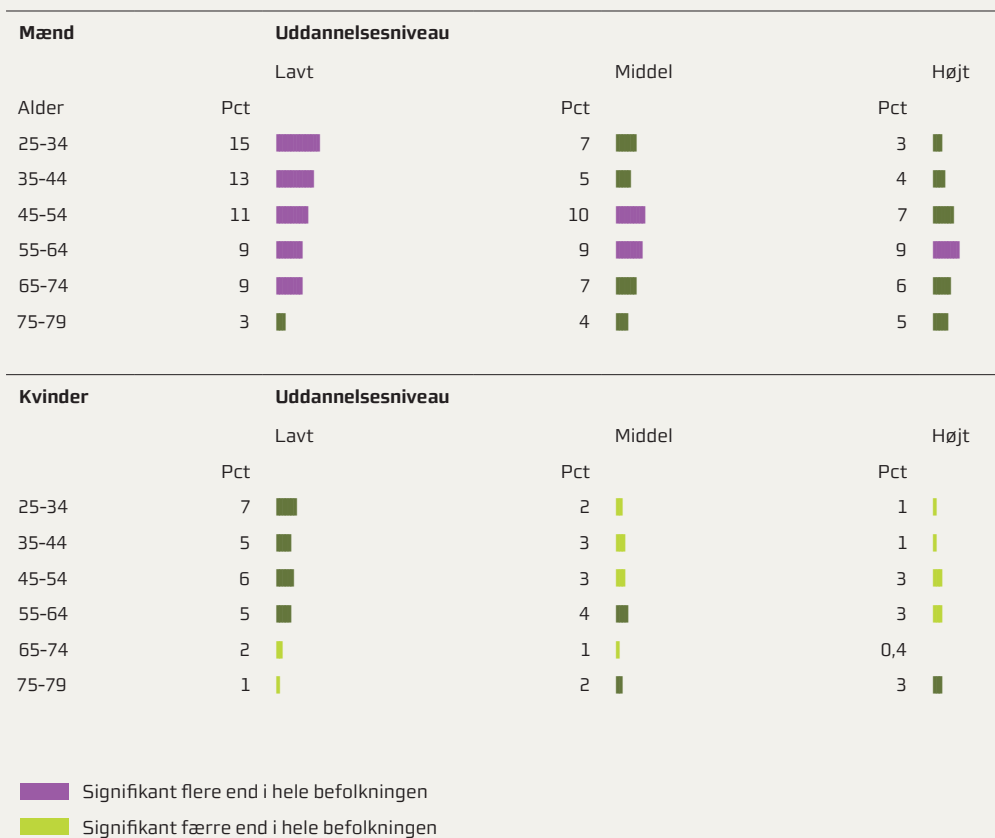
I det følgende fokuseres der på de personer, der har de tre kombinationer af risikofaktorer: Personer, der lever op til samtlige anbefalinger, personer, der ikke lever op til nogen af anbefalingerne, samt personer, der ikke lever op til anbefalingerne om kost og fysisk aktivitet.

De to første kombinationer er udvalgt, eftersom det er disse grupper, hvor den observerede værdi afviger mest fra den forventede hos både mænd og kvinder. Det er relevant at vide, hvad der kendetegner de to ydergrupper, som enten lever op til samtlige eller ingen af anbefalingerne. Man kan forestille sig, at de repræsenterer yderpunkter i et kontinuum m.h.t., om man lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Kombinationen mellem kost og fysisk aktivitet er udvalgt, eftersom 38 % af alle mænd og 37 % kvinder har denne adfærd. Det er vel at mærke en gruppe, som ikke har et risikabelt alkoholforbrug eller ryger. Det er den absolut

mest hyppige adfærds kombination i befolkningen og derfor en kombination, som det vil være særligt relevant at fokusere på ved tilrettelæggelse af forebyggelsestilbud.

**FIGUR 5.10**  
Lever ikke op til nogen anbefalinger - køn, alder og uddannelsesniveau



## Lever ikke op til nogen af anbefalingerne – samspillet mellem køn, alder og uddannelsesniveau

Andelen, der ikke lever op til nogen af anbefalingerne, har sammenhæng med køn, alder og uddannelsesniveau, jævnfør figur 5.10.

Den største forskel i andelen, der ikke lever op til nogen af anbefalingerne, findes mellem kvinder med højt uddannelsesniveau i alderen 65-74 år (0,4 %) og mænd med lavt uddannelsesniveau i alderen 25-64 år (15 %).

Blandt kvinder varierer andelen, der ikke lever op til nogen af anbefalingerne, fra 0,4 % blandt kvinder i alderen 65-74 år med højt uddannelsesniveau til 7 % blandt kvinder i alderen 25-34 år med lavt uddannelsesniveau.

Blandt kvinder med lavt uddannelsesniveau er der generelt flere, der har alle fire former for risikoadfærd. Dette gælder dog ikke for kvinder i alderen 65-79 år.

Blandt mænd falder andelen, som har samtlige former for risikoadfærd, i takt med, at uddannelsesniveaet stiger. Flere mænd med lavt uddannelsesniveau har alle fire former for risikoadfærd. Den største andel med alle fire former for risikoadfærd er blandt de yngste mænd med lavt uddannelsesniveau.

**FIGUR 5.11**  
Lever op til samtlige anbefalinger - køn, alder og uddannelsesniveau



## Lever op til samtlige anbefalinger – samspillet mellem køn, alder og uddannelsesniveau

Figur 5.11 viser andelen, der lever op til samtlige anbefalinger i forhold til kost, rygning, alkohol og fysisk aktivitet fordelt på køn, alder og uddannelsesniveau.

Den største forskel i andelen, der lever op til samtlige anbefalinger, er mellem mænd med lavt uddannelsesniveau i alderen 25-54 år (1 %) og kvinder med højt uddannelsesniveau i alderen 65-74 år (16 %).

Generelt efterlever flere kvinder end mænd samtlige anbefalinger. For mænd varierer andelen, der lever op til samtlige anbefalinger, mellem 1 % og 4 %. For kvinder varierer andelen mellem 1 % og 16 %.

Variationen mellem andelen af mænd i de forskellige alders- og uddannelsesgrupper, der lever op til alle anbefalingerne, er lille.

Alderssammenhængen er derimod tydelig blandt kvinder med et højt og middelhøjt uddannelsesniveau. Andelen, der efterlever samtlige anbefalinger, er størst i de ældre aldersgrupper. Der er dog kun 2 % blandt kvinder i alderen 75-79 år med et middelhøjt uddannelsesniveau, der lever op til alle anbefalinger.

Blandt kvinder stiger andelen, som lever op til samtlige anbefalinger, i takt med uddannelsesniveaut uafhængigt af alder indtil 75 år. Dog er andelen lavere blandt de 75-79-årige med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau.

## Sammenligning af grupper, der lever op til alle eller ingen af anbefalingerne

I et sociologisk perspektiv beskrives nogle sundhedsvaner som handlinger, der har mening ud over selve aktiviteten i bestemte grupper og miljøer. Andre sundhedsvaner beskrives ikke i en sådan optik. Et område, der har fået megen opmærksomhed i et socialt, kulturelt og identitetsdannelseperspektiv, er unges alkoholvaner og forbrug af andre rusmidler. Unges alkoholvaner beskrives som en del af en identitetsdannende proces, hvor afslutningen på barndommen markeres gennem at drikke alkohol (5, 6, 7, 8, 9).

Analysen af ophobning af risikoadfærd kan anvendes som en metode til at sondre mellem mere eller mindre tilfældigt forekommende vaner. Forekomster ud over det tilfældige indikerer sundhedsvaner som livsstilsformer, der er forbundet med værdier og holdninger, som har betydning i et personligt, kulturelt og socialt perspektiv.

Kombinationer af sundhedsvaner, hhv. "lever op til alle anbefalinger" og "lever ikke op til nogen anbefalinger", optræder hyppigere end forventeligt. De to typer adfærd kan derfor forventes at være udtryk for livsstilsformer, der er knyttet til værdier og holdninger, som har betydning for personerne med adfærden, både på det personlige og på det sociale plan.

I denne optik er det interessant at se på figur 5.10 og 5.11 i en sammenhæng. Det slående er, at de, der ikke lever op til nogen anbefalinger, og de, som lever op til alle anbefalinger, er to klart definerede grupper, der er hinandens modsætninger, og som derfor i en samfundskontekst er yderpoler.

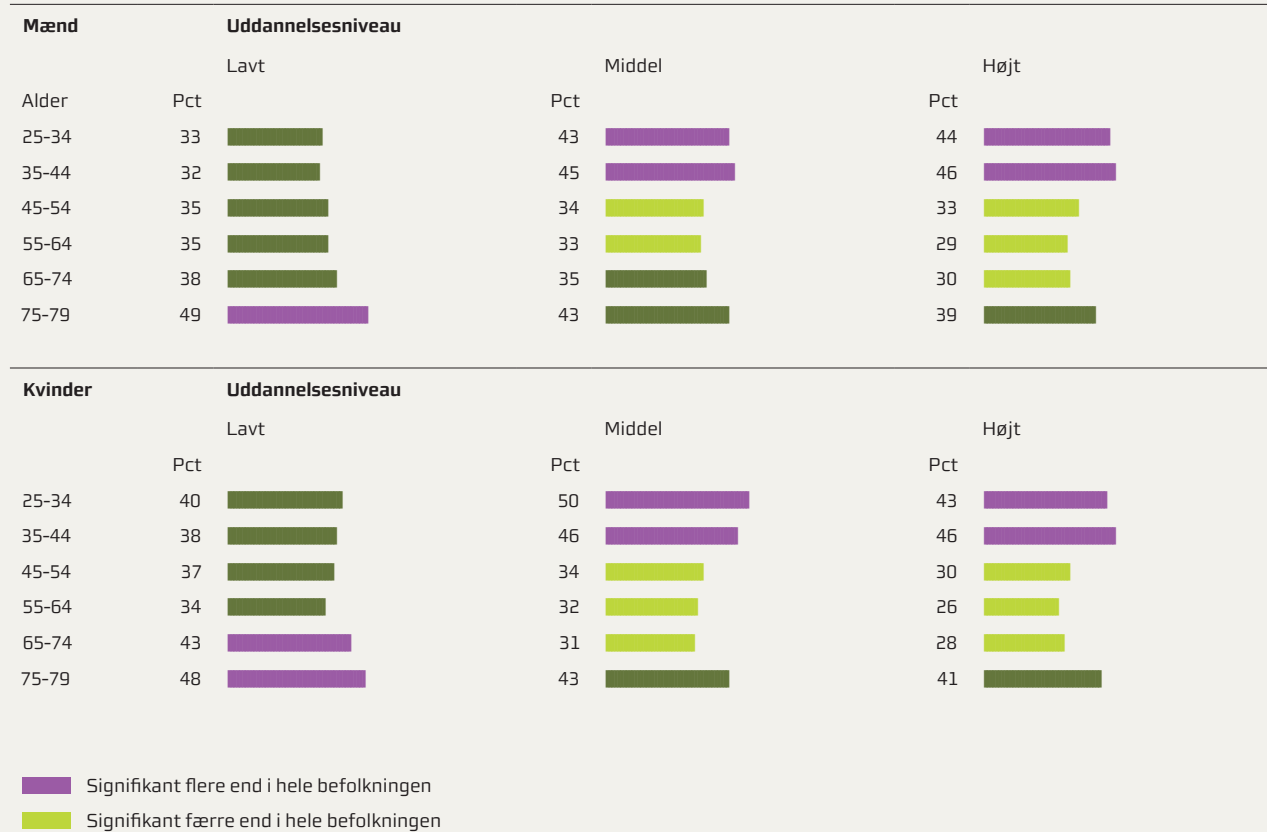
I den ene ende af spektret er unge mænd med lavt uddannelsesniveau. Livsstilen er for meget alkohol, for mange cigaretter, for lidt fysisk aktivitet og usund mad. Denne livsstil associeres med en holdning til livet, som er risikobetonet, eksperimenterende og udfordrende i forhold til almindelige normer.

I den anden ende af spektret er de midaldrende kvinder med et højt uddannelsesniveau. De spiser sundt, er fysisk aktive og motionerer regelmæssigt, de drikker alkohol i moderate mængder og ryger ikke. Livsstilen er holdnings- og værdimæssigt associeret med udtalt ansvarlighed, hvor bevidstheden om langsigtede konsekvenser vægtes højere end sjov, ballade og umiddelbar nydelse.

Disse to diamentralt modsatte livsstilsformer er således associerede med to meget forskellige grupper i samfundet. Gennem kvalitative interviews vil det være muligt at afdække, hvilke normer, værdier og holdninger der knyttes til de to livsstilsformer.

I en forebyggelseskontekst er det vigtigt at være bevidst om, at de unge lavtuddannede mænds adfærd ikke blot er et bekvemmelighedsvalg, men at den indgår i en livsstilsform, som har social betydning. Det kan derfor være en idé at arbejde med adfærdsændringer i en social kontekst.

**FIGUR 5.12**  
Lever ikke op til kost og fysisk aktivitet - køn, alder og uddannelsesniveau



## Lever ikke op til anbefalingerne for kost og fysisk aktivitet – samspillet mellem køn, alder og uddannelsesniveau

Figur 5.12 er en fremstilling af sammenhængen mellem køn, alder, uddannelsesniveau og dét ikke at leve op til anbefalingerne for kost og fysisk aktivitet.

I modsætning til de to ovenfor beskrevne kombinationer af sundhedsadfærd – de, der ikke lever op til nogen anbefalinger, og de, der lever op til alle anbefalinger – forekommer kombinationen af for lidt fysisk aktivitet og et ikke-sundt kostmønster ikke hyppigere end forventeligt. Men kombinationen er meget hyppigt forekommende. Næsten hver anden lever ikke op til anbefalingerne for sund kost og fysisk aktivitet.

En af konsekvenserne af for lidt fysisk aktivitet og et usundt kostmønster er overvægt. Netop denne kombination er vigtig at belyse med henblik på at beskrive profiler med denne adfærdskombination. På baggrund af sådanne profiler kan der udvikles forebyggelsesindsatser, der dels har til formål at forhindre udviklingen af overvægt og dels har til hensigt at muliggøre vægttab.

Det fremgår af figur 5.12, at mønsteret for mænd og kvinder i forhold til sammenhængen mellem andelen, som ikke lever op til anbefalingerne for kost og fysisk aktivitet og alder og uddannelsesniveau, er meget lig hinanden.

Den relativt begrænsede variation, der er i andelen mellem grupperne, fordeler sig således, at blandt personer med lavt uddannelsesniveau er andelen, som ikke lever op til anbefalingerne om kost og fysisk aktivitet, størst blandt ældre.

For personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau gælder, at flest i alderen 25-44 år ikke efterlever anbefalingerne for kost og fysisk aktivitet. Andelen falder i aldersgruppen 45-64 år, mens den igen stiger for aldersgruppen 75-79 år.

Flere unge og ældre efterlever altså ikke anbefalingerne om kost og fysisk aktivitet sammenlignet med midaldrende.

Hyppigheden af kombinationen manglende fysisk aktivitet og et ikke-sundt kostmønster forekommer som tidligere beskrevet ikke oftere end forventeligt. Det er derfor ikke sandsynligt, at mangel på fysisk aktivitet og usund kost er forbundet med holdninger og værdier, som har personlig, social og kulturel betydning. Det er mere sandsynligt, at årsagerne er mere jordnære og handler om, at sund kost og fysisk aktivitet kræver fysisk og mentalt overskud.

De yngre aldersgrupper (op til 45 år) bor ofte sammen med mindre børn og er samtidig relativt nye på arbejds-

markedet, og det kan derfor være nødvendigt at bruge energi på at etablere karriere. Tiden vil derfor ofte være knap, og i en prioritering mellem familieliv, arbejdsliv, motion og sund mad vil det ofte være familielivet og arbejdslivet, der vælges først frem for madplaner og løbeture i skoven.

Det manglende tidsmæssig overskud i hverdagen er dog ikke en sandsynlig forklaring på, at de ældre ikke lever op til anbefalingerne for fysisk aktivitet og sund kost. Det er mere sandsynligt, at forklaringen på, at denne gruppe ikke er fysisk aktive og spiser sundt, er, at den fysiske funktionsevne er blevet dårligere. På den måde bliver fysisk aktivitet vanskeligere. Derudover kan de være bundet af madtraditioner.

Konklusionen på gennemgangen af profilerne for kombinationen af for lidt fysisk aktivitet og usund kost tegner et billede af et område, hvor mange vil have glæde af forebyggelsestilbud. I den forbindelse er det vigtigt at være opmærksom på, at en væsentlig konsekvens af kombinationen af for lidt fysisk aktivitet og usund kost er overvægt.

Andelen af overvægtige (moderat og svært) er steget fra 49 % til 58 % fra 2006 til 2010, som beskrevet i kapitel 3: *Sundhedsvaner*. Det betyder, at mere end hver anden bør tabe sig, men som det fremgik af kapitel 4: *Motivation og rådgivning* er motivationen for vægttab faldet i perioden fra 2006 til 2010 på trods af, at andelen af overvægtige er steget. Udviklingen tegner derfor et billede af, at forebyggelsesinitiativer med vægttab som formål skal starte med at etablere motivation for vægttab, før egentlige aktiviteter kan iværksættes. Det kan derfor være relevant med en anden tilgang til initiativer til vægttab og forebyggelse af overvægt.

Et alternativ til en fokuseret forebyggelsesindsats rettet mod vægttab er at sammentænke tilbud om fysisk aktivitet og hjælp til etablering af et sundt kostmønster. Fordelen ved et kombineret tilbud er, at motivationen for at spise sundere og være mere fysisk aktiv er større end motivationen for at tabe sig. Det kombinerede forebyggelsestilbud behøver derfor ikke at starte med at skabe motivation.

## Sammenfatning

Blandt de 16 mulige kombinationer mellem de fire former for risikoadfærd - usund kost, begrænset fysisk aktivitet, et risikabelt alkoholforbrug og rygning - forekommer kombinationerne at efterleve ingen eller alle anbefalinger hyppigere end forventeligt.

Dét ikke at leve op til alle anbefalinger og dét at leve op til alle anbefalinger er i forhold til sundhedsadfærd to yderpoler. I det ovenstående er beskrevet, hvorledes de to former for sundhedsadfærd er knyttet til to forskellige grupper i samfundet.

Unge mænd med et lavt uddannelsesniveau er den gruppe i samfundet, som er mest tilbøjelig til ikke at leve op til nogen af anbefalingerne. I den anden ende af spektret er gruppen af midaldrende kvinder med højt uddannelsesniveau, som er dem, der er mest tilbøjelige til at leve op til alle anbefalinger.

Der er argumenteret for, at de to former for adfærdskombinationer er knyttede til holdninger og værdier, der har betydning i en social, personlig og kulturel sammenhæng. En bedre forståelse af de holdninger og værdier, der knytter sig til begge grupper, kan give væsentlige input til mere effektive forebyggelsesstrategier.

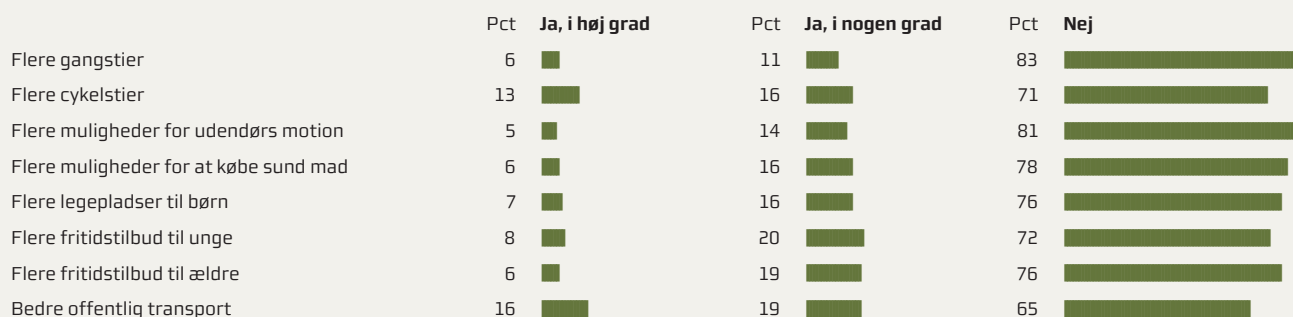
Endvidere indeholder afsnittet en gennemgang af forekomsten af kombinationen af for lidt fysisk aktivitet og en usund kost. Knap 40 % lever ikke op til anbefalingerne for fysisk aktivitet og sund kost. Det gennemgående mønster er, at det er et problem i stort set alle grupper i samfundet at leve op til anbefalingerne i forhold til fysisk aktivitet og sund kost.





FIGUR 5.13

Er der noget, du personligt savner i det område, du bor i?



## Borgernes ønsker til sundhedsfremmende faciliteter i deres lokalområde

I Hvordan har du det? 2010 er borgerne spurgt, om der er noget, de personligt savner i det område, de bor i. De er blevet bedt om at tage stilling til følgende muligheder:

- Flere gangstier
- Flere cykelstier
- Flere muligheder for udendørs motion
- Flere muligheder for indendørs motion
- Flere muligheder for at købe sund mad
- Flere legepladser til børn
- Flere fritidstilbud til unge
- Flere fritidstilbud til ældre
- Bedre offentlig transport

Svarmulighederne har for hver af de ni ønsker været 'ja, i høj grad', 'ja, i nogen grad' og 'nej'.

Figur 5.13 viser svarfordelingen på de ni spørgsmål. Mest efterspurgt er bedre offentlig transport, flere cykelstier og flere fritidstilbud til unge.

Der er stor forskel på borgernes ønsker fra kommune til kommune. Tabel 5.3 viser, hvor mange borgere i hver kommune, der 'i høj grad' savner hver af de ni faciliteter. Kommunerne er rangordnet ved at lægge svarandelen for hvert af de ni spørgsmål sammen. Odder er den kommune, hvor færrest borgere savner faciliteter, og Samsø er den kommune, hvor flest borgere savner faciliteter i det område, de bor i.

**TABEL 5.3**

Er der noget, du personligt savner i det område, du bor i? Andelen der har svaret 'Ja, i høj grad' opdelt på kommuner

	Bedre offentlig transport	Flere cykelstier	Flere fritidstilbud for unge	Flere muligheder for at købe sund mad	Flere legepladser til børn	Flere gangstier	Flere muligheder for idendørs motion	Flere fritidstilbud for ældre	Flere muligheder for udendørs motion	Summen af alle otte ønsker
Odder	15	9	7	7	5	4	3	5	3	59
Herning	14	9	8	9	5	4	6	6	4	63
Århus	10	9	7	8	6	5	7	5	6	64
Holstebro	16	13	5	5	5	5	4	5	5	65
Silkeborg	18	12	7	8	7	6	6	5	3	72
Viborg	14	13	8	8	8	6	5	7	3	72
Favrskov	16	12	7	6	8	8	6	5	3	72
Randers	13	12	8	7	9	7	6	5	4	72
Horsens	14	12	8	8	8	7	5	5	5	72
Skive	15	10	11	8	7	8	5	7	3	73
Skanderborg	19	15	7	6	8	7	7	4	5	77
Ikast-Brande	17	13	10	7	9	6	6	6	4	79
Struer	20	12	10	8	8	6	6	7	3	80
Ringkøbing-Skjern	24	15	9	8	6	6	5	5	4	80
Norddjurs	25	13	10	9	10	7	6	8	4	93
Hedensted	23	18	12	9	11	10	6	8	7	105
Syddjurs	21	25	11	9	11	9	7	8	7	106
Lemvig	33	34	10	9	7	9	4	9	6	122
Samsø	36	27	22	10	9	8	9	10	6	135
Region Midtjylland	16	13	8	8	7	6	6	6	5	74

Borgernes ønsker i de 19 kommuner adskiller sig især med hensyn til offentlig transport, cykelstier og fritidstilbud til unge, altså netop de tre områder, hvor flest i befolkningen som helhed giver udtryk for, at de savner bedre faciliteter.

I Norddjurs, Hedensted, Lemvig og Samsø er der fra 25 % til 36 %, der 'i høj grad' ønsker bedre offentlig transport. Til sammenligning er det kun 10 % i Århus.

I Syddjurs, Lemvig og Samsø er der fra 25 % til 34 %, der ønsker flere cykelstier. I Odder, Herning og Århus er den tilsvarende andel 9 %.

På Samsø efterspørger 22 % flere fritidsmuligheder for unge mod 5 % i Holstebro og 7 % i Odder, Århus, Silkeborg, Favrskov og Skanderborg.

Der er endvidere foretaget en opgørelse af ønsker i forhold til alder: 25- 44 år, 45-64 år og 65-79 år. Man må forvente, at de forskellige aldersgrupper til en vis grad har forskellige ønsker og behov med hensyn til faciliteter i deres lokalområde. Fx bor 66 % i aldersgruppen 25-44 år sammen med børn under 16 år mod 20 % i aldersgruppen 45-64 år og 1 % i aldersgruppen 65-79 år.

**TABEL 5.4**

Er der noget, du personligt savner i det område, du bor i? Andelen der har svaret 'Ja, i høj grad' opdelt på kommuner - 25-44 år

	Bedre offentlig transport	Flere cykelstier	Flere fritidstilbud for unge	Flere muligheder for at købe sund mad	Flere legepladser til børn	Flere gangstier	Flere muligheder for indendørs motion	Flere fritidstilbud for ældre	Flere muligheder for udendørs motion	Summen af alle otte ønsker
Århus	10	10	8	10	9	6	9	4	9	75
Holstebro	17	12	7	8	8	6	7	3	8	76
Herning	14	9	12	12	9	4	8	4	5	77
Odder	16	12	10	9	10	7	6	4	4	78
Favrskov	17	14	9	7	12	9	10	4	5	87
Skive	18	11	15	11	12	10	6	6	4	92
Horsens	14	15	10	11	14	9	8	4	8	94
Ringkøbing-Skjern	27	16	11	10	8	6	8	4	5	94
Viborg	16	16	11	11	13	8	8	6	5	94
Silkeborg	21	14	10	11	13	8	10	3	5	95
Ikast-Brande	19	15	12	10	14	8	10	5	6	98
Randers	16	13	13	10	16	7	10	6	7	99
Struer	20	14	14	11	13	6	11	6	5	100
Skanderborg	21	18	10	7	15	10	9	3	8	101
Norddjurs	25	12	12	10	17	9	9	4	5	105
Hedensted	26	21	16	12	19	13	9	6	10	132
Syddjurs	21	28	15	12	19	10	11	7	12	136
Lemvig	35	35	15	13	13	11	7	8	8	143
Samsø	43	35	27	12	12	11	15	13	10	178
Region Midtjylland	17	14	10	10	12	8	9	5	7	91

## Unge

Tabel 5.4 viser, hvor mange borgere i alderen 25-44 år, der 'i høj grad' savner hver af de ni faciliteter. Denne gruppe har generelt flere ønsker end de to andre aldersgrupper. Det gælder både i befolkningen som helhed og i de enkelte kommuner.

I det store og hele er det de samme ting, der efterspørges, som i hele befolkningen. Dog er der flere i denne gruppe, der ønsker flere legepladser til børn end i de to andre grupper. Lidt flere efterspørger også bedre muligheder for at købe sund mad og for indendørs motion.

Rangordenen af kommunerne afviger ikke meget i tabel 5.4 i forhold til tabel 5.3 (hele befolkningen). Dog har Ringkøbing-Skjern en væsentlig bedre placering på rangstigen i den yngre del af befolkningen end i befolkningen som helhed. Skive har også en bedre placering, mens Silkeborg og Randers har en dårligere placering.

**TABEL 5.5**

Er der noget, du personligt savner i det område, du bor i? Andelen der har svaret 'Ja, i høj grad' opdelt på kommuner - 45-64 år

	Bedre offentlig transport	Flere cykelstier	Flere fritidstilbud for unge	Flere muligheder for at købe sund mad	Flere legepladser til børn	Flere gangstier	Flere muligheder for idendørs motion	Flere fritids tilbud for ældre	Flere muligheder for udendørs motion	Summen af alle otte ønsker
Odder	15	8	8	4	3	3	2	6	2	50
Herning	14	9	5	7	3	3	4	6	3	55
Randers	13	11	4	6	4	6	4	5	3	56
Århus	10	9	7	6	4	4	6	6	4	57
Silkeborg	16	11	5	8	3	4	5	5	2	58
Horsens	13	10	9	5	4	6	4	7	4	61
Viborg	14	12	8	6	5	5	3	7	2	62
Favrskov	16	12	7	6	4	7	3	5	2	62
Skanderborg	19	12	5	4	3	5	5	5	4	63
Holstebro	19	13	5	4	4	5	4	6	3	63
Skive	15	8	9	6	5	6	5	7	3	65
Ikast-Brande	15	12	10	6	6	6	5	6	2	67
Struer	20	10	9	7	6	6	3	6	2	69
Ringkøbing-Skjern	24	14	9	8	5	7	3	6	4	80
Norddjurs	27	15	10	9	6	6	5	11	5	94
Hedensted	24	17	11	8	7	10	4	9	6	95
Syddjurs	23	23	10	9	6	7	6	9	4	98
Lemvig	35	36	9	7	4	10	3	12	6	123
Samsø	36	25	24	10	9	7	7	9	5	132
Region Midtjylland	16	12	7	7	4	5	5	7	3	66

## Midaldrende

Tabel 5.5 viser, hvor mange borgere i alderen 45-64 år, der 'i høj grad' savner hver af de ni faciliteter. Flere i denne gruppe end i hele befolkningen ønsker flere fritidstilbud til ældre.

Rangordenen af kommunerne afviger især for Holstebro, der har en dårligere placering, og Randers, der har en bedre placering blandt de midaldrende end for befolkningen som helhed.

**TABEL 5.6**

Er der noget, du personligt savner i det område, du bor i? Andelen der har svaret 'Ja, i høj grad' opdelt på kommuner - 65-79 år

	Bedre offentlig transport	Flere cykelstier	Flere fritidstilbud for unge	Flere muligheder for at købe sund mad	Flere legepladser til børn	Flere gangstier	Flere muligheder for idendørs motion	Flere fritidstilbud for ældre	Flere muligheder for udendørs motion	Summen af alle otte ønsker
Holstebro	10	12	3	2	0	3	0	9	0	40
Odder	15	4	2	7	1	3	2	7	2	43
Randers	8	9	4	3	4	7	3	4	3	44
Viborg	8	11	3	4	2	3	3	9	3	45
Horsens	12	8	4	6	4	4	2	5	1	45
Århus	9	8	3	5	2	4	4	7	3	45
Silkeborg	16	9	3	2	4	5	2	6	1	47
Herning	9	7	2	7	2	6	3	9	3	49
Skanderborg	12	14	1	5	1	6	5	6	2	52
Ringkøbing-Skjern	18	13	4	5	1	4	2	3	2	52
Skive	10	12	5	6	3	6	2	8	2	54
Favrskov	15	8	5	4	4	6	2	9	3	56
Ikast-Brande	18	13	4	4	4	4	3	6	2	59
Hedensted	13	11	4	7	3	6	3	9	2	59
Struer	19	14	3	6	2	5	4	10	4	67
Norddjurs	20	10	7	6	5	5	3	10	2	67
Syddjurs	14	24	4	3	4	10	1	7	2	69
Lemvig	24	29	3	4	3	6	2	6	1	79
Samsø	26	22	5	5	2	8	5	7	1	80
Region Midtjylland	12	11	3	5	3	5	3	7	2	51
	17	14	10	10	12	8	9	5	7	91
	4	3	7	6	9	2	6	-3	5	41

## Ældre

Tabel 5.6 viser, hvor mange borgere i alderen 65-79 år, der 'i høj grad' savner hver af de ni faciliteter. De ældste borgere har generelt færrest ønsker til lokale faciliteter. Også i denne aldersgruppe er der flere, der ønsker flere fritidstilbud til ældre.

Rangordenen af kommunerne afviger især for Herning og Favrskov, der har en dårligere placering, og Randers, der har en bedre placering blandt de ældre end kommunens placering for befolkningen som helhed.

## Sammenfatning

Offentlig transport, cykelstier og fritidstilbud til unge er de områder, hvortil flest giver udtryk for, at de savner bedre faciliteter i deres lokalområde.

Det er også disse tre områder, hvori der er størst forskel i borgernes tilfredshed fra kommune til kommune.

Man bemærker, at kommuner med en større andel, der efterlyser bedre faciliteter end i regionen som helhed, har en lav befolkningstæthed. Det gælder bl.a. Samsø, Lemvig og Norddjurs.

Det viser, at lav befolkningstæthed og stor spredning af befolkningen skaber udfordringer i forhold til forsyningen med offentlige serviceydelser og faciliteter i lokalområderne i flere kommuner.

## Referencer

1. Pedersen P. V., Christensen A. I., Hesse U. & Curtis T. (2008). *SUSY UDSAT – Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark i 2007*. København: Rådet for Socialt Udsatte.
2. Rådet for Socialt Udsatte (2009). *Årsrapport 2008*. København: Rådet for Socialt Udsatte.
3. Andersen P. V. (2009). *Dårligt liv – dårligt helbred. Socialt udsattes oplevelse af eget liv og sundhed*. København: Rådet for Socialt Udsatte.
4. Schuit A. J., van Loon A. J. M., Tjehuis M. & Ocké M. C. (2002). Clustering of Lifestyle Risk Factors in a General Adult Population. *Preventive Medicine* 35, 219-224
5. Demant J. (2009). When Alcohol Acts: An Actor-Net work Approach to Teenagers, Alcohol and Parties. *Body & Society* 15:25-46.
6. Demant J. (2007). Youthful drinking with a purpose. *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift* 24(2):149-176.
7. Kolind T. (2006). At drikke og feste sig ung. *Jordens folk* 41, 3: 18-24.
8. Kolind T. & Pedersen M. U. (ed.) (2010). *Unge, rusmidler og sociale netværk*. Århus: Aarhus Universitets forlag.
9. Pedersen M. U. & Kolind T. (2010). *Unge, rusmidler og socialt netværk*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.





# DEMOGRAFISKE OG SOCIALE FORHOLD

Sundhed er knyttet tæt sammen med demografiske og sociale forhold. Det gælder på det individuelle plan, således som det er beskrevet i de foregående kapitler. Men det gælder også på lokalsamfundsplan.

Lokalsamfundet er samtidig en vigtig aktør i forhold til borgernes sundhed. Betingelserne for at løfte opgaven varierer imidlertid på grund af forskelle i befolkningens aldersfordeling, uddannelsesniveau, indkomstniveau, arbejdssituation mv.

I dette kapitel gives der derfor en beskrivelse af udvalgte demografiske, sociale og økonomiske forhold i de 19 kommuner i Region Midtjylland.

Formålet er at belyse forskelle og ligheder i kommunernes udfordringer og muligheder i forhold til at levere service- og sundhedsydelser til borgerne.

Redegørelserne i kapitlet er baseret på data fra Statistikbanken ved Danmarks Statistik, DREAM-registret, Regional udvikling og planlægning, Region Midtjylland og Realkreditrådet. I kapitlet er tallene i teksten som regel afrundet til hele tusinde af hensyn til læsevenligheden. De nøjagtige tal fremgår af figurerne.

## Demografiske forhold





























































De 19 kommuner i Region Midtjylland talte pr. 1. januar 2010 tilsammen 1.253.998 borgere. Region Midtjylland er dermed befolkningsmæssigt den næststørste region i Danmark (1).

Geografisk strækker regionen sig fra Vesterhavet til Kattegat, en strækning på knap 200 km. Nordligst i regionen ligger øen Fur, mens Bjørnsknude ved Juelsminde er længst mod syd. Det samlede areal er 3.124 km<sup>2</sup>, og Region Midtjylland er arealmæssigt den største region i Danmark.



**FIGUR 6.1**

Indbyggere i kommunerne fordelt på aldersgrupperne under 16 år, 16 -64 år og over 65 år (2010)

	Pct	under 16 år	Pct	16-64 år	Pct	over 65 år	Indbyggere
Århus	18		71		12		306.650
Randers	20		65		16		94.750
Viborg	21		64		15		93.310
Silkeborg	22		64		14		88.481
Herning	21		65		14		85.548
Horsens	20		66		14		81.957
Ringkøbing-Skjern	21		63		16		58.439
Skanderborg	24		64		12		57.303
Holstebro	20		65		15		57.056
Skive	20		64		17		48.137
Favrskov	24		63		13		46.529
Hedensted	22		63		15		45.982
Syddjurs	20		63		17		41.392
Ikast-Brande	21		64		15		40.312
Norddjurs	18		64		18		38.148
Struer	20		64		16		22.483
Lemvig	20		62		18		21.790
Odder	21		63		16		21.721
Samsø	16		60		24		4.010
Region Midtjylland	20		66		14		1.253.998

Kilde: Danmarks Statistik (FOLK 1)

## Indbyggertal og aldersfordeling

Figur 6.1 viser en oversigt over antallet af indbyggere i regionens kommuner samt hvorledes indbyggerne fordeler sig på tre aldersgrupper: til og med 15 år, fra 16-64 år og borgere på 65 år og derover.

Århus Kommune er med sine 307.000 indbyggere regionens største kommune i forhold til indbyggertal.

Indbyggerne i Århus udgør 24 % af regionens borgere. Århus Kommunes mange indbyggere har betydning ved opgørelser af regionens gennemsnit, eksempelvis aldersgennemsnittet, andelen af borgere under 16 år mv.

Figurerne indeholder derfor ud over regionsgennemsnittet også en markering af middelkommunen, dvs. kommune nummer 10 i en sorteret rækkefølge.

Randers, Viborg, Silkeborg, Herning og Horsens er relativt store kommuner med mellem 80-95.000 indbyggere i hver kommune.

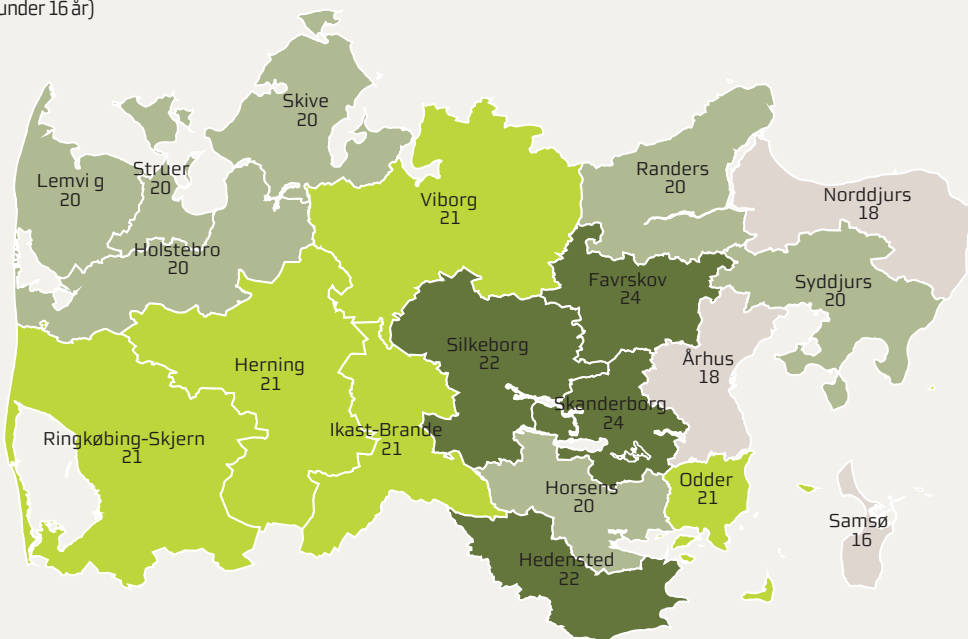
Ringkøbing-Skjern, Skanderborg og Holstebro kan karakteriseres som middelstore kommuner med indbyggertal på knap 60.000. I Skive, Favrskov, Hedensted, Syddjurs og Ikast-Brande er indbyggertallene omkring 40.000-50.000. Norddjurs ligger med sine 38.148 borgere lige under de 40.000 indbyggere. I Struer, Lemvig og Odder bor der lidt over 20.000 indbyggere. Regionens mindste kommune er Samsø, hvor indbyggertallet er 4.000.

Forbruget af sundhedsydelser og sygdomsmønsteret ændrer sig med stigende alder. Børn lider af skoldkopper, influenza, mellemørebetændelse, en brækket arm og meget andet. Ældre mennesker lider i højere grad af kroniske sygdomme, såsom forhøjet blodtryk, diabetes, blodpropper, KOL, slidgigt mv., jævnfør kapitel 2: *Helbred og sygdom*. En tredje gruppe, som har et relativt højt forbrug af sundhedsydelser, er kvinder i den fødedygtige alder. De føder børn og har efterfølgende behov for besøg af sundhedsplejerske mv.

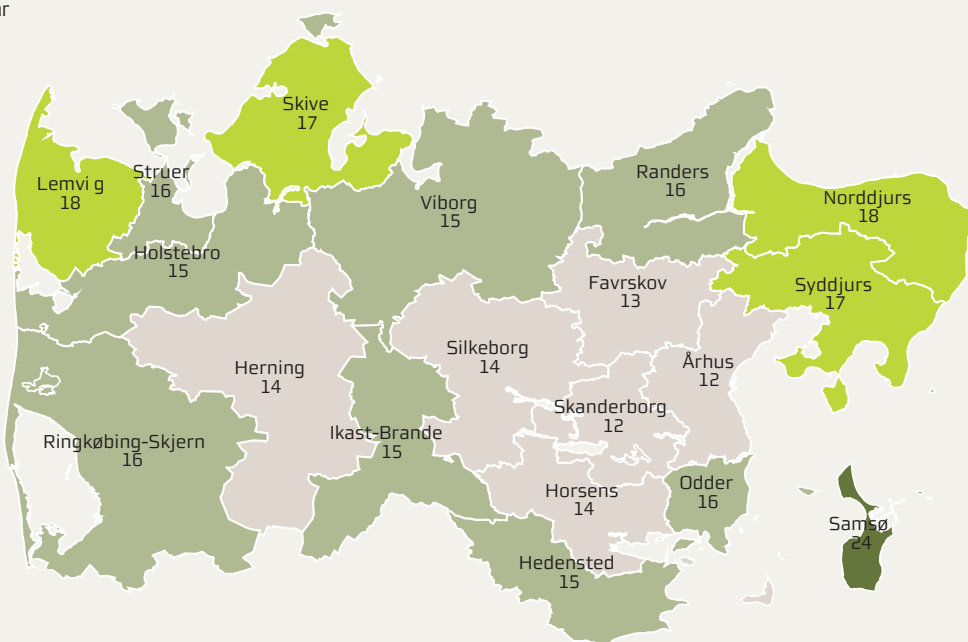
Aldersfordelingen i kommunerne fremgår af kortene i figur 6.1 FORTSAT.

FIGUR 6.1 FORTSAT

Andelen af børn (under 16 år)



Andelen over 65 år



Syv kommuner: Favrskov, Skanderborg, Hedensted, Viborg, Silkeborg, Ikast-Brande, Herning, Odder og Ringkøbing-Skjern har flere indbyggere under 16 år sammenlignet med regionens øvrige kommuner. I Norddjurs, Århus og Samsø er andelen af indbyggere under 16 år derimod betydeligt mindre.

Regionens samlede andel af borgere mellem 16 og 64 år er 66 %. Århus er med en andel på 71 % den eneste kommune, hvor andelen af borgere mellem 16 og 65 år er større end regionens gennemsnit. Samsø, Lemvig, Syddjurs og Norddjurs har relativt få indbyggere i denne aldersgruppe sammenlignet med regionen som helhed. Andelen af ældre borgere over 64 år er 14 % for hele regionen. Favrskov, Skanderborg og Århus er de eneste, der har færre indbyggere over 64 år end regionen samlet set. Skive, Syddjurs, Norddjurs, Lemvig og Samsø har med mellem 17 % og 24 % borgere over 65 år betydeligt flere ældre indbyggere end regionens øvrige kommuner.

**FIGUR 6.2**  
Befolkningstæthed i kommunerne (2010)



Kilde: Danmarks Statistik (FOLK1, ARE207)

## Befolkningstæthed

Lav befolkningstæthed og stor spredning i bosættelsesmønstret skaber udfordringer i forhold til organiseringen af offentlige serviceydelser. Udfordringen består i at levere ydelser af høj kvalitet samtidig med at afstanden til serviceydelserne er overkommelig for borgerne.

Det er derfor interessant at belyse befolkningstætheden, samtidig med at det overvejes, om befolkningen bor meget spredt.

Figur 6.2 er en oversigt over befolkningstætheden i kommunerne, herunder en opgørelse over kommunernes areal. Det fremgår, at Ringkøbing-Skjern arealmæssigt er

regionens største kommune med et areal på 1.489 km<sup>2</sup>. I kommunen bor der 58.439 mennesker.

Det betyder, at der i kommunen i gennemsnit bor 39 personer pr. km<sup>2</sup>. Det er fire personer mere pr. km<sup>2</sup> end på Samsø, som er den kommune, hvor der bor færrest personer pr. km<sup>2</sup>.

I Århus bor der 654 personer pr. km<sup>2</sup>, hvilket er 500 personer flere pr. km<sup>2</sup> end i Horsens, som er den kommune i regionen, der har den næststørste befolkningstæthed. Århus er således særegen for regionen.

Middelkommunen for regionen er Holstebro, hvor der bor 71 personer pr. km<sup>2</sup>.



Indbyggere pr. km <sup>2</sup>	Areal km <sup>2</sup>	Indbyggere
	469	306.650
	542	81.957
	737	94.750
	456	57.303
	865	88.481
	225	21.721
	251	22.483
	524	46.529
	544	45.982
	800	57.056
	691	48.137
	1.424	93.310
	1.324	85.548
	696	41.392
	736	40.312
	719	38.148
	508	21.790
	1.489	58.439
	114	4.010
	13.114	1.253.998

Mulighederne og udfordringerne for levering af offentlige serviceydelser varierer således mellem kommunerne. I Århus Kommune er befolkningen koncentreret i Århus og mindre byer omkring. Offentlige serviceydelser – skoler, ældrecenter, sygehuse mv. – kan derfor samles i relativt store enheder, uden at borgerne af den grund vil få langt til offentlige serviceydelser.

På Samsø, i Ringkøbing-Skjern, i Lemvig og i Norddjurs er befolkningstætheden relativt lav. Mellem kommunerne er der forskel på, hvor spredt befolkningen bor.

**FIGUR 6.3**  
Samlivsstatus i kommunerne (2009)



Kilde: Danmarks Statistik (FAMILIE\_TYPE)

## Sociale forhold

I dette afsnit redegøres for sociale forhold blandt borgerne i Region Midtjyllands 19 kommuner. Samlivsstatus, børn i hjemmet, boligformer og priser i kommunerne og uddannelsesniveaet beskrives.

Sundhed, sygelighed og levetid har sammenhæng med ægteskabelig status. Specielt gifte mænd lever længere end mænd, der ikke er gift, mens forskellen i levetid er mindre mellem gifte og ikke-gifte kvinder (2).

I de foregående kapitler er sammenhængen mellem sundhedsvaner og spørgsmålet om, hvorvidt folk har børn i hjemmet, beskrevet. Personer med børn i hjemmet ryger eksempelvis mindre og dyrker mere motion i fritiden.

Sundhedsvaner, helbredstilstand mv. har ligeledes en stærk sammenhæng med en persons boligsituation givet ved, om personen bor i ejer- eller lejebolig.

Personer med lavt uddannelsesniveau er helbredsmæssigt dårligere stillet end personer med et middelhøjt eller højt uddannelsesniveau.

**Samlivsstatus.** Figur 6.3 viser andelen som lever alene eller er gift/samlevende.

Samlet set er 67 % gift/samlevende, mens 33 % bor alene.

I Århus bor 43 % alene, hvilket skal ses i sammenhæng med, at andelen af unge er væsentligt højere.

I Skanderborg og Favrskov bor flest sammen med en partner, idet 76 % er gift eller bor sammen med en partner.

Silkeborg er middelkommunen. Her bor 30 % alene, og 70 % er gift eller bor sammen med en partner.

**FIGUR 6.4**  
Andelen der bor sammen med børn (2009)

	Pct	Børn i hjemmet	Pct	Ingen børn i hjemmet	Personer
Favrskov	41		59		38.180
Skanderborg	41		59		46.751
Hedensted	39		61		38.636
Silkeborg	37		63		74.594
Ikast-Brande	37		63		34.213
Odder	36		64		18.424
Ringkøbing-Skjern	36		64		49.931
Herning	35		65		72.620
Holstebro	35		65		49.107
Syddjurs	35		65		35.621
Viborg	35		65		79.160
Horsens	34		66		70.076
Lemvig	34		66		18.835
Struer	34		66		19.466
Skive	34		66		41.775
Randers	33		67		81.553
Norddjurs	32		68		33.773
Århus	30		70		265.089
Samsø	27		73		3.578
Region Midtjylland	34		66		1.071.385

Kilde: Danmarks Statistik (ANTBOERNF)

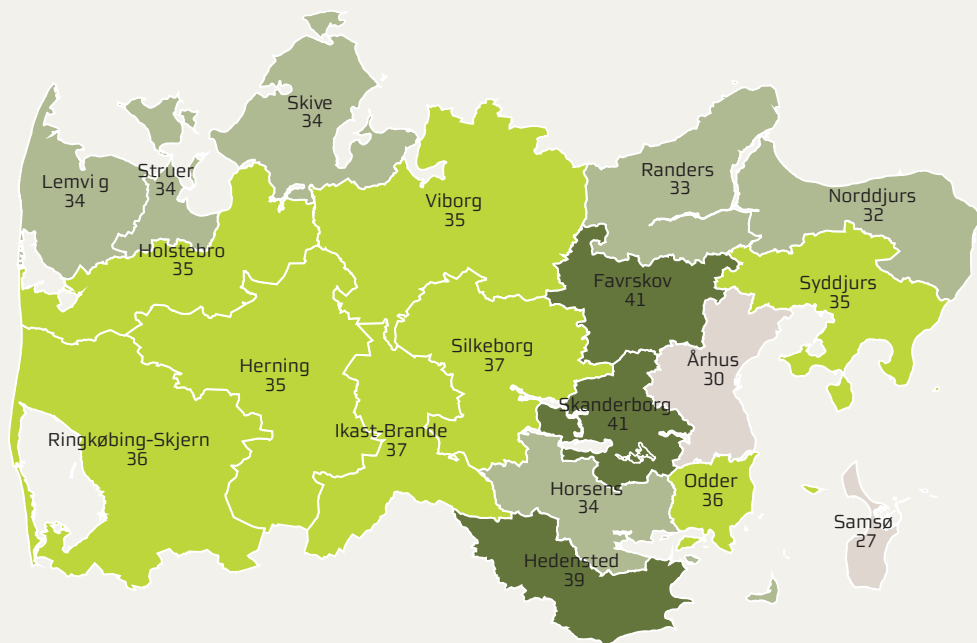
**Børn i hjemmet.** Der er forskel på sundhedsvaner, alt efter om en person bor i en husstand med eller uden børn, jf. kapitel 3.

På Samsø bor 27 % med børn i hjemmet. I Favrskov og Skanderborg bor 41 % med børn i hjemmet jf. kort 6.4.









































Gennemsnittet for regionen er 34 %, der bor sammen med børn. I 10 kommuner bor mellem 34-36 % af indbyggerne med børn i hjemmet.

**FIGUR 6.4 FORTSAT**

Andelen der bor sammen med børn



**FIGUR 6.5**  
Beboelse i ejer- eller lejeboliger (2010)

	Pct	Ejerboliger	Pct	Lejeboliger	Personer
Hedensted	82		18		44.658
Favrskov	80		20		45.149
Lemvig	79		21		21.271
Syddjurs	78		22		39.800
Ringkøbing-Skjern	78		22		56.691
Skanderborg	77		23		55.726
Samsø	77		23		3.653
Odder	75		25		20.990
Ikast-Brande	75		25		39.211
Struer	74		26		21.688
Norddjurs	74		26		36.919
Skive	74		26		47.138
Viborg	73		27		90.304
Holstebro	72		28		55.927
Herning	71		29		82.465
Silkeborg	70		30		86.208
Horsens	68		32		78.159
Randers	66		34		91.485
Århus	45		55		298.001
Region Midtjylland	66		34		1.215.443

Kilde: Danmarks Statistik (BOL11)

**Boligforhold.** Figur 6.5 illustrer, hvilken boligform givet ved ejer-, eller lejebolig, som borgerne bor i.

Generelt forholder det sig således, at befolkningsmæssigt store kommuner har forholdsmæssigt flere indbyggere, som bor i lejeboliger. Omvendt bor relativt flere indbyggere i ejerboliger i de mindre kommuner.

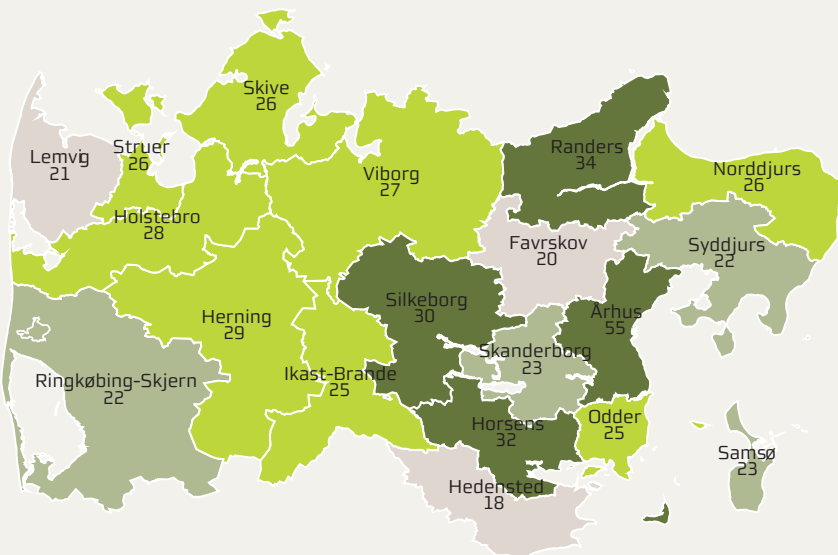
I gennemsnit bor 34 % af indbyggerne i Region Midtjylland i lejebolig. Århus har som den eneste kommune en større andel, idet 55 % af indbyggerne bor i lejebolig.

De øvrige store kommuner: Randers, Silkeborg, Horsens, Viborg og Herning har også relativt mange borgere, som bor i lejebolig.

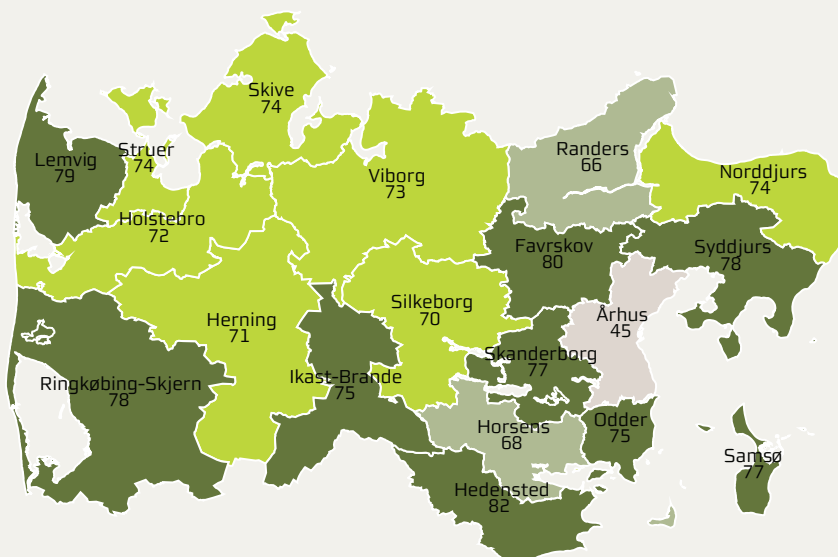
Holstebro bryder med mønstret, idet andelen som bor i lejebolig er større end i Viborg kommune på trods af et mindre indbyggertal i Holstebro.

**FIGUR 6.5 FORTSAT**  
 Boligpriser pr. m<sup>2</sup> i kommunerne (i pct)

Andelen der bor i lejebolig



Andelen der bor i ejerbolig



**FIGUR 6.6**  
Boligpriser pr. m<sup>2</sup> i kommunerne (2010)

	Parcel- og rækkehuse	Lejligheder	Fritidshuse
Århus	17.453	21.938	21.169
Skanderborg	13.870	17.976	-
Silkeborg	13.074	16.397	-
Favrskov	12.424	13.908	-
Odder	12.075	12.995	-
Horsens	11.076	14.706	-
Syddjurs	11.072	-	16.394
Holstebro	10.256	-	13.999
Herning	9.918	12.196	-
Hedensted	9.692	-	23.479
Viborg	9.547	10.431	-
Randers	9.505	9.120	-
Ikast-Brande	8.593	8.112	-
Norddjurs	8.048	6.879	14.107
Ringkøbing-Skjern	7.949	-	16.412
Struer	7.838	-	-
Skive	7.667	11.868	16.737
Lemvig	6.145	-	12.988
Samsø			20.529
Region Midtjylland	11.349	16.930	16.307

Kilde: Realkreditrådet ([www.realkreditraadet.dk](http://www.realkreditraadet.dk))



## Boligpriser

Figur 6.6 viser boligpriserne i regionens kommuner. Tallene er fra Realkreditrådet, som opgør kvadratmeterprisen på solgte boliger. Hvor der ikke er opgjort priser pr. kvadratmeter skyldes det, at der har været færre end fem bolighandler.

Det fremgår af figuren, at parcelhuse og lejligheder i den østlige del af regionen er solgt til en højere kvadratmeterpris end parcelhuse og lejligheder i den vestlige del af regionen.

Århus har de højeste kvadratmeterpriser. Kvadratmeterprisen er lavest i Skive og Lemvig. Lejlighedspriserne er dog relativt høje i Skive Kommune, omend de kun er nogenlunde halvdelen af, hvad kvadratmeterprisen er for lejligheder i Århus.

Prisen på fritidshuse i regionen er højest i Hedensted efterfulgt af Århus og Samsø Kommuner.

**FIGUR 6.7**  
Befolkningens højeste fuldførte uddannelse (2010)

	Pct	Lavt uddannelsesniveau	Pct	Middel uddannelsesniveau	Pct	Højt uddannelsesniveau	Personer
Norddjurs	39		49		12		26.080
Ikast-Brande	39		49		12		27.166
Lemvig	39		46		15		14.665
Struer	39		45		16		15.199
Ringkøbing-Skjern	38		48		14		38.658
Skive	37		48		15		32.634
Hedensted	36		50		14		30.656
Herning	35		50		16		58.132
Holstebro	35		47		18		39.060
Samsø	35		47		18		2.602
Randers	35		50		15		65.320
Horsens	34		48		18		55.478
Viborg	33		48		19		63.191
Syddjurs	32		49		19		27.842
Silkeborg	31		48		21		60.324
Favrskov	31		49		20		31.387
Odder	29		50		21		14.627
Skanderborg	28		48		24		38.987
Århus	24		46		30		219.990
Region Midtjylland	32		48		20		861.998

Kilde: Danmarks Statistik (KRHFU1)

**Uddannelsesniveau.** I danske og internationale undersøgelser fremstår personer med lavt uddannelsesniveau som en gruppe, der helbredsmæssigt er dårligere stillet end personer med et middelhøjt eller højt uddannelsesniveau.

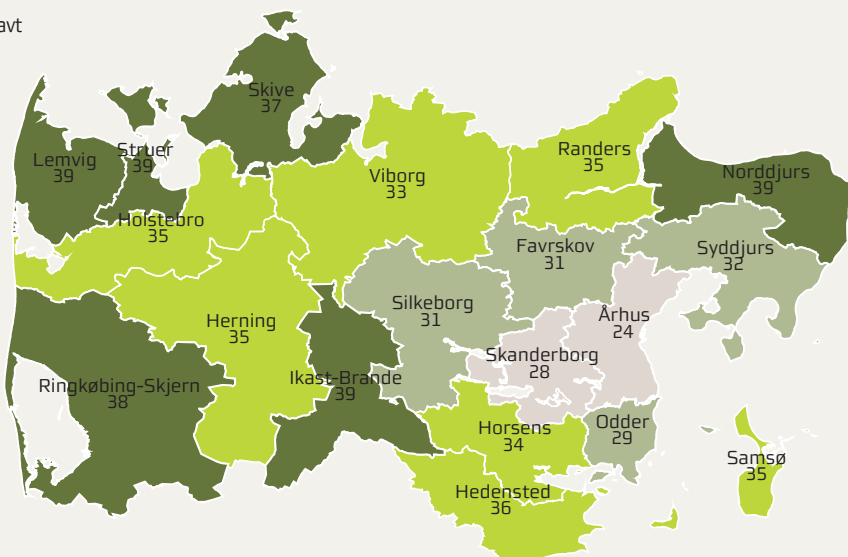
Uddannelse indvirker på sundhed på flere måder. For det første er uddannelse en strategi for at opnå en relativt god indkomst. Det er også en måde, hvorpå det er muligt at få adgang til erhverv, som er mindre fysisk belastende. Derudover er uddannelse en ressource i forhold til at tilegne sig ny viden, herunder viden der er relevant for at

fremme egen sundhed, navigere rundt i sundhedsvæsenet og gå i dialog med sundhedspersonalet.

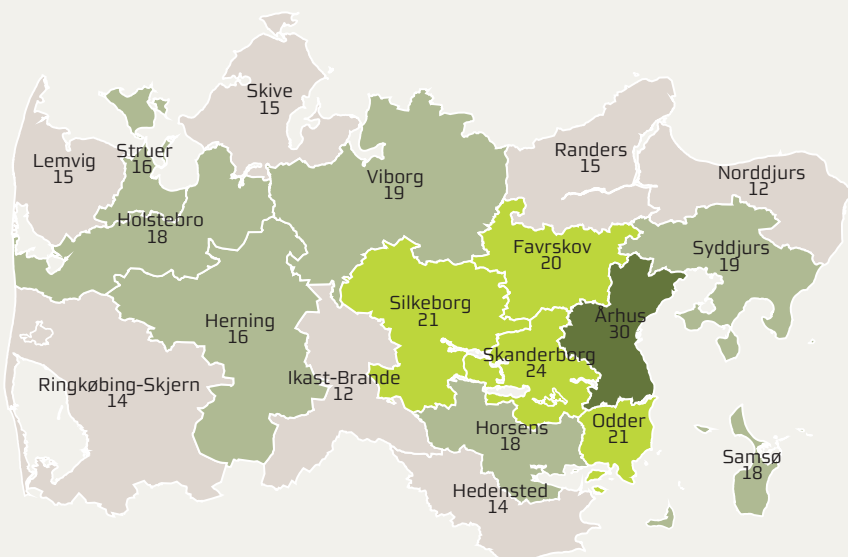
Det fremgår af figur 6.7, at andelen af borgere med middelhøjt uddannelsesniveau varierer mellem 46 % og 50 % kommunerne imellem, hvilket er en begrænset variation. Forskellene mellem kommunerne findes i andelen med lavt uddannelsesniveau i forhold til andelen med højt uddannelsesniveau. Regionsgennemsnittet for andelen med lavt uddannelsesniveau er 32 %. Variationen mellem kommunerne er på 15 procentpoint, idet der i Norddjurs,

**FIGUR 6.7 FORTSAT**  
Befolkningens højeste fuldførte uddannelse (i pct)

Andelen af personer med lavt uddannelsesniveau (i pct)



Andelen af personer med højt uddannelsesniveau (i pct)



Ikast-Brande, Lemvig og Struer er 39 % med lavt uddannelsesniveau. Århus, som har den laveste andel af personer med lavt uddannelsesniveau, har en andel på 24 %.

Forskellen mellem kommunerne i andelen af personer med højt uddannelsesniveau varierer mellem 30 % i Århus til 12 % i Norddjurs og Ikast-Brande.

**FIGUR 6.8**  
Gennemsnitlig indkomst i kommunerne (2008)

	10 pct der tjener mindst	Gennemsnitlig indkomst	10 pct der tjener mest
Skanderborg	75.514	287.596	481.165
Silkeborg	72.924	279.797	445.166
Favrskov	77.182	275.860	459.932
Hedensted	81.597	266.681	443.065
Odder	69.667	266.130	450.526
Viborg	77.427	263.622	439.110
Ringkøbing-Skjern	71.461	259.138	430.554
Holstebro	75.171	258.974	427.633
Syddjurs	70.554	258.501	436.486
Herning	73.913	257.672	429.047
Lemvig	68.589	256.753	429.036
Struer	79.925	255.171	422.034
Horsens	64.311	255.100	431.355
Århus	56.605	254.203	449.680
Ikast-Brande	77.760	252.826	422.685
Randers	86.294	252.656	420.445
Skive	76.881	249.587	416.850
Norddjurs	65.680	242.377	410.695
Samsø	86.863	237.349	393.877
Region Midtjylland	67.193	259.720	438.536

Kilde: Danmarks Statistik (PERSONINDK)

## Økonomiske forhold

Mange undersøgelser har påvist en sammenhæng mellem indkomst og sundhed, således at en høj indkomst har sammenhæng med en god sundhedstilstand.

**Indkomst.** Figur 6.8 viser den gennemsnitlige bruttoindkomst pr. skattepligtige borger i kommunerne samt den gennemsnitlige indkomst for de 10 % med lavest og højest indkomst.

Gennemsnitsindkomsten er en indikator på den gennemsnitlige velstand i en kommune, mens den gennemsnitlige indtægt for de 10 %, der tjener mest og mindst, er en indikator på indkomstfordelingen og dermed indkomstforskellene mellem borgerne i kommunen.

Den gennemsnitlige årlige indkomst pr. skattepligtig borger i regionen er 260.000 kr.

Viborg, Odder, Hedensted, Favrskov, Silkeborg og Skanderborg har gennemsnitsindkomster fra 263.000 kr. til 287.000 kr.

Kommunerne Samsø, Norddjurs og Skive har gennemsnitsindkomster fra 237.000 til 247.000 kr., hvilket er 10.000 til 20.000 kr. under regionsgennemsnittet.

Mellem regionens kommuner er der således en variation på 50.000 kr. pr. borger i gennemsnitsindkomst.

De 10 % som tjener mindst i regionen har en gennemsnitsindkomst på 67.000 kr. pr. borger.

I Århus er indkomsten noget lavere, idet personer i denne gruppe i gennemsnit tjener 57.000 kr. om året. En stor del af personerne i gruppen er studerende, hvilket forklarer den relativt lave indkomst (jf. figur 6.9). I Samsø Kommune er gennemsnitsindkomsten blandt de 10 %, som tjener mindst, 87.000 kr., hvilket er den højeste gennemsnitsindkomst for gruppen, der tjener mindst.

Gennemsnitsindkomsten for de 10 %, der tjener mest i regionen, er 439.000 kr. om året.

Skanderborg er den kommune, hvor de 10 % der tjener mest, har den højeste gennemsnitlige indkomst: 481.000 kr.

I Århus er gennemsnittet for de 10 %, der tjener mest, 450.000 kr. Det betyder, at forskellen i indkomst mellem de 10 %, der tjener mest og de 10 % der tjener mindst er relativt stor i Århus, fordi indkomsten er lav (57.000 kr.) for de 10 % der tjener mindst. Det er dog i Skanderborg Kommune, forskellen er størst: 481.000-76.000 kr., hvilket giver en forskel på 406.000 kr. i indkomst mellem de 10 %, der tjener mest og de 10 % der tjener mindst.

I Samsø Kommune er forskellen mindst mellem dem der tjener mindst og dem der tjener mest 307.000 kr. De der tjener mest, har en gennemsnitsindtægt på 394.000 kr., mens de der tjener mindst, tjener 87.000 kr.

Forskellen i indkomstfordelingerne mellem Samsø og Skanderborg er således næsten 100.000 kr.

**FIGUR 6.9**  
Fordeling af beskæftigede, arbejdsløse, uddannelsessøgende, førtidspensionister og andet i kommunerne (2009)

	Pct	Beskæftigede	Pct	Arbejds- løse	Pct	Uddan- nelses- sø- gende	Pct	Førtids- pen- sio- nister	Pct	Pensio- nister	Pct	Andet	Indbyg- gere
Skanderborg	67		1		7		4		18		2		43.836
Favrskov	66		1		7		4		19		2		35.802
Hedensted	66		1		6		4		21		2		36.195
Silkeborg	64		2		8		4		20		2		70.115
Ikast-Brande	63		2		7		5		21		2		32.093
Viborg	63		2		7		5		20		2		74.614
Herning	63		2		8		6		20		2		68.380
Ringkøbing-Skjern	63		1		7		5		22		2		47.088
Holstebro	63		2		8		5		21		2		46.254
Horsens	62		3		7		5		19		4		66.115
Odder	62		2		7		4		22		3		17.303
Randers	60		2		7		6		22		2		76.791
Århus	60		3		12		5		16		4		251.303
Syddjurs	60		2		7		5		24		3		33.476
Struer	60		2		7		6		23		2		18.350
Skive	59		2		8		6		23		2		39.344
Lemvig	59		1		8		5		24		2		17.835
Norddjurs	57		2		7		6		24		3		31.818
Samsø	51		2		5		7		32		3		3.394
Region Midtjylland	62		2		7		5		20		3		1.010.106

Kilde: Danmarks Statistik (SOCIO02)

**Arbejdsmarkedet.** Figur 6.9 er en oversigt over fordelingen af beskæftigede, arbejdsløse, uddannelsessøgende, førtidspensionister, pensionister og øvrige. Oversigten er baseret på Danmarks Statistiks indberetninger over borgernes væsentligste indtægtskilde. Opgørelsesmetoden indebærer, at personer skal have været ledige i minimum seks måneder for at være opgjort som arbejdsløse (1).

Fremstillingen med de relativt mange kategorier er valgt for at give en oversigt over indbyggere med større eller mindre sygdomsrisiko. Personer under uddannelse har relativt lavere sygdomsrisiko end pensionister og førtidspensionister.

I regionen er den gennemsnitlige frekvens for folk i arbejde 62 %. Horsens, som er middelkommunen, har samme andel af personer i arbejde som gennemsnittet. I Skanderborg er frekvensen for beskæftigede noget højere, idet den her er 67 %. I Samsø Kommune er frekvensen 9 procentpoint lavere end regionens gennemsnit, idet 51 % af Samsøs borgere er i arbejde. Der er således en variation i andelen af personer i beskæftigelse på 16 procentpoint mellem Samsø med den laveste andel og Skanderborg med den højeste andel af personer i beskæftigelse.

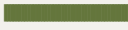
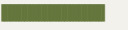
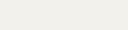
Andelen af personer, som har været arbejdsløse i mere end seks måneder, varierer mellem 1 % og 3 %. Horsens er den kommune, der har flest arbejdsløse, mens Hedensted, Skanderborg, Favrskov, Ringkøbing-Skjern og Lemvig har færrest.

Gennemsnittet for andelen af personer under uddannelse er 7 %. Andelen er markant højere i Århus kommune, hvor 12 % er under uddannelse.

Andelen af førtidspensionister i regionen er 5 %. Dette tal varierer fra 7 % i Samsø Kommune til 4 % i Skanderborg, Favrskov, Hedensted, Silkeborg og Odder Kommune.

Andelen af pensionister og personer på efterløn er 20 % i regionen. Andelen af pensionister varierer fra 16 % i Århus Kommune til 32 % i Samsø Kommune. Middelkommunen er Horsens Kommune, hvor andelen af pensionister er 19 %.

**FIGUR 6.10**  
Kortere- og længerevarende helbredsbedingede overførselsindkomster (2009)

	Helbredsbedingede overførselsindkomster				Antal der har modtaget helbredsbedingede overførselsindkomster	
	Pct	Korterevarende	Pct	Længerevarende	Korterevarende	Længerevarende
Skive	9,9		9,1		3.904	3.613
Randers	11,2		9,1		8.919	7.250
Norddjurs	11,8		8,7		3.781	2.769
Horsens	10,4		8,2		7.449	5.849
Ringkøbing-Skjern	9,9		8,0		4.746	3.815
Syddjurs	11,2		8,0		3.897	2.768
Lemvig	9,9		8,0		1.788	1.439
Viborg	10,3		7,9		7.866	6.052
Samsø	9,1		7,9		325	281
Struer	9,8		7,9		1.861	1.489
Herning	9,4		7,7		6.790	5.523
Holstebro	9,6		7,6		4.612	3.613
Ikast-Brande	10,4		7,5		3.467	2.520
Odder	9,8		7,3		1.727	1.297
Hedensted	10,6		7,3		3.908	2.696
Favrskov	11,1		7,1		4.001	2.576
Århus	7,8		7,0		22.043	19.815
Skanderborg	10,5		7,0		4.719	3.147
Silkeborg	10,3		6,4		7.399	4.610
Region Midtjylland	9,7		7,6		103.202	81.122

Kilde: DREAM-registret



**Helbredsbetingede overførselsindkomster.** I forlængelse af ovenstående er det interessant at belyse andelen af borgere, der modtager helbredsbetingede overførselsindkomster.

Figur 6.10 er en fremstilling af korterevarende helbredsbetingede overførselsindkomster, hvilket vil sige sygedagpenge og mere langvarige helbredsbetingede ydelser som udbetales i forbindelse med skåne-, og fleksjob, fleksydelse, førtidspension og revalidering.

Reglerne for modtagelse af sygedagpenge varierer alt efter overenskomst. I DREAM-databasen registreres sygedagpengemodtagelse først efter 14 dages sygdom, hvilket vil sige at sygefravær under to uger ikke er registreret.

Sygedagpenge kan normalt kun udbetales 52 uger inden for en periode på 18 måneder. Samlet set har 9,7 % i regionen modtaget korterevarende helbredsbetingede overførselsindkomster i 2009.

I Favrskov, Randers, Syddjurs og Norddjurs har mere end 11 % modtaget sygedagpenge. I Århus har 7,8 % modtaget sygedagpenge, hvilket er den mindste andel i regionen.

Middelkommunen er Silkeborg, hvor 10,3 % har modtaget sygedagpenge i 2009.

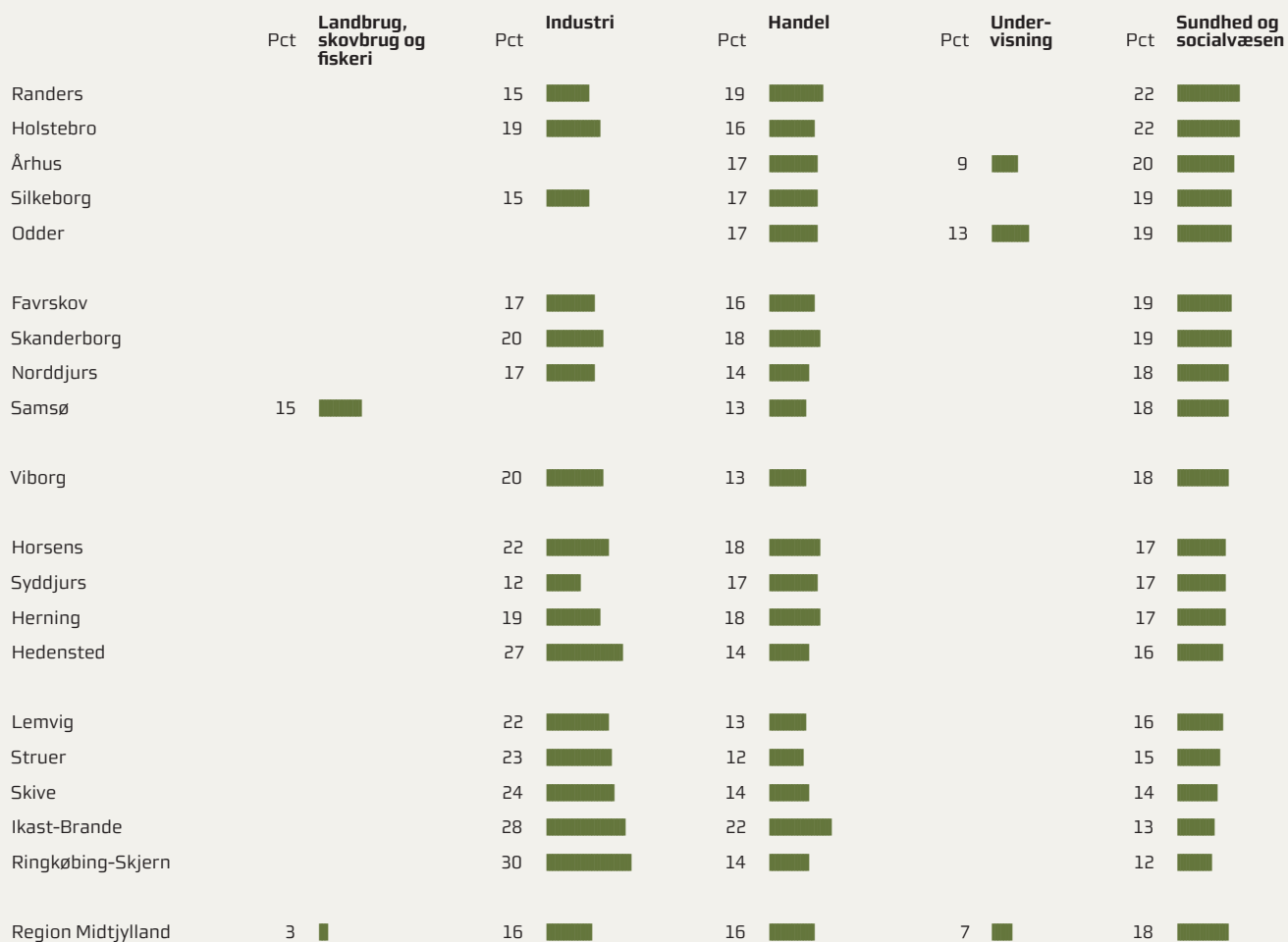
I regionen modtager 7,6 % langvarige helbredsbetingede overførselsindkomster.

I Skive og Randers modtager 9,1 % langvarige helbredsbetingede overførelser, hvilket er den største andel i regionen.

Silkeborg har den laveste andel af personer på langvarige helbredsbetingede overførselsindkomster, idet andelen er 6,4 %.

Struer er middelkommune med 7,9 % som modtager langvarige helbredsbetingede overførselsindkomster.

**FIGUR 6.11**  
Andelen af beskæftigede i de tre største brancher i kommunerne (2009)



Kilde: Danmarks Statistik (RASA16279)

**Brancher.** Figur 6.11 er en oversigt over andelen af beskæftigede i de tre største brancher i de respektive kommuner.

Sundhed og socialvæsen er den dominerende branche på regionsniveau. I alle kommuner er *sundhed og socialvæsen* en af de tre største brancher. Det varierer fra kommune til kommune, hvor dominerende denne branche er. I Randers, Holstebro, Århus, Silkeborg, Odder, Favrskov, Norddjurs, Samsø og Syddjurs er sundhed og socialvæsen den største branche.

*Handel* er ligeledes en stor branche i samtlige kommuner. Størst i Ikast-Brande, Randers, Skanderborg, Horsens og Herning.

Dernæst er *industri* en relativt dominerende branche i Region Midtjylland. Branchen inkluderer mange former for industri, bl.a. fødevarer-, drikkevarer- og tobaksindustri, træ-, og papirindustri samt trykkeri, kemisk industri, plast, glas og betonindustri, metalindustri, maskinindustri samt møbelindustri.

I Ringkøbing-Skjern, Ikast-Brande og Hedensted, som er de kommuner, der har den største andel beskæftigede i *industri*, er den dominerende industritype maskinindustri. I Skive er træ-, og papirindustri samt trykkeri den største industribranche i kommunen. I Struer er elektronikindustrien dominerende. I Horsens er fødevarer-, drikkevarer- og tobaksindustrien den dominerende. Det gælder for alle de nævnte kommuner, at *industri* er den største branche i kommunen.

*Industri* er ikke en af de tre største brancher i Århus, Odder og Samsø Kommuner. I Århus og Odder Kommuner er *undervisning* derimod blandt de tre største brancher.

I Samsø Kommune er 15 % beskæftigede i *landbrug, skovbrug og fiskeri*. Dette ligger betydeligt over regionsgennemsnittet på 3 %.

**FIGUR 6.12**

Sundhedsudgifter pr. borger fordelt på aktivitetsbestemte udgifter sundhedsfremme og forebyggelse og øvrige sundhedsudgifter i kommunerne

	Udgifter pr. borger			
	Aktivitetsbestemte udgifter	Sundhedsfremme og forebyggelse	Øvrige sundhedsudgifter	I alt
Norddjurs	1.928	133	1.532	3.594
Samsø	2.151	157	1.239	3.547
Syddjurs	1.795	47	1.589	3.431
Holstebro	1.758	116	1.325	3.199
Struer	1.805	93	1.235	3.134
Horsens	1.930	72	1.076	3.077
Silkeborg	1.841	69	1.163	3.072
Skive	1.952	43	1.060	3.054
Viborg	1.873	7	1.065	2.944
Lemvig	1.834	37	1.074	2.944
Ringkøbing-Skjern	1.658	28	1.211	2.897
Hedensted	1.748	79	950	2.778
Favrskov	1.628	62	1.088	2.778
Randers	1.822	54	877	2.754
Århus	1.762	43	901	2.706
Skanderborg	1.627	68	981	2.676
Odder	1.584	60	1.005	2.649
Ikast-Brande	1.636	30	958	2.625
Herning	1.685	15	905	2.606
Region Midtjylland	1.779	53	1.049	2.881

Kilde: Danmarks Statistik (REGK314489)

## Brug af sundhedsydelser

Et formål med kommunalreformen var at ændre opgavefordelingen i den offentlige sektor, således at flere opgaver løses lokalt i de nye og større kommuner (3). Kommunerne fik fra 1. januar 2007 det samlede ansvar for al genoptræning, som ikke foregår under indlæggelse.

På omkostningssiden er den største ændring for kommunerne, at de skal medvirke til finansiering af regionernes sundhedsopgaver. Medfinansieringen består af to dele; henholdsvis et grundbidrag samt et aktivitetsafhængigt bidrag. Det aktivitetsafhængige bidrag skal ses i sammenhæng med, at kommunerne har fået flere sundhedsopgaver. Formålet er at tilskynde kommunerne til at sætte gang i en effektiv forebyggelsesindsats, for på den måde at spare penge på det aktivitetsafhængige bidrag (4).

**Kommunernes sundhedsudgifter.** Figur 6.12 viser en oversigt over kommunernes udgifter pr. borger på sundhedsområdet. I figuren fremstilles de samlede udgifter, de aktivitetsbestemte udgifter, udgifterne til sundhedsfremme og forebyggelse samt øvrige sundhedsudgifter.

Struer, Holstebro, Syddjurs, Samsø og Norddjurs Kommuner har sundhedsudgifter fra mellem 3.100 til 3.600 kr. pr. borger. De fem kommuner har dermed de største sundhedsudgifter pr. borger.

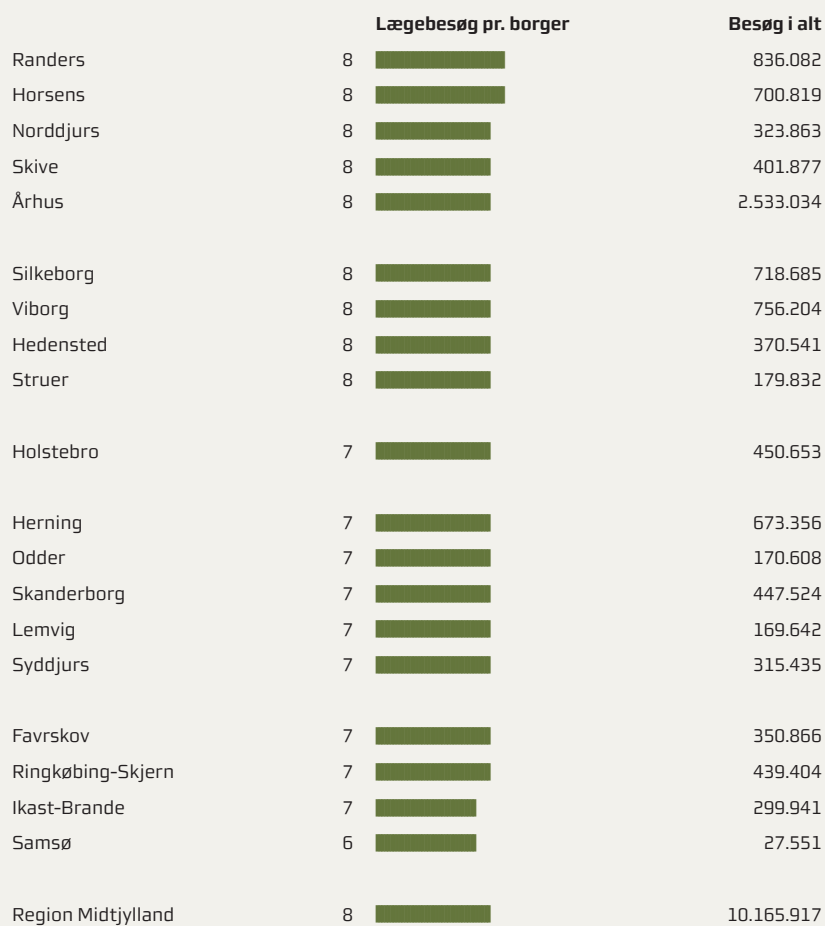
De fem kommuner med de laveste sundhedsudgifter pr. borger er Herning, Ikast-Brande, Odder, Skanderborg og Århus med udgifter fra 2.600 kr. til 2.700 kr.

Lemvig er middelkommunen med en udgift pr. borger på 2.900 kr., hvilket er meget tæt på gennemsnittet.

De aktivitetsbestemte udgifter varierer fra 1.600 kr. pr. borger i Odder til 2.200 kr. pr. borger i Samsø Kommune. Gennemsnittet for regionen er 1.800 kr. pr. borger. Odder, Skanderborg, Favrskov, Ikast-Brande, Ringkøbing-Skjern og Herning Kommuner betaler mere end 100 kr. mindre end gennemsnittet i aktivitetsbestemt bidrag. Kommunerne Samsø, Skive, Horsens og Norddjurs betaler over 100 kr. mere end gennemsnittet i aktivitetsbestemt bidrag.

Udgifterne til sundhedsfremme og forebyggelse varierer fra 7 kr. pr. borger i Viborg Kommune til 157 kr. pr. borger i Samsø Kommune. Herning Kommune bruger næstfærrest kroner pr. borger på sundhedsfremme og forebyggelse med 15 kr. pr. borger. I alt bruger otte kommuner mindre end 50 kr. pr. borger på sundhedsfremme og forebyggelse pr. borger. I denne gruppe er Århus, hvilket påvirker regionens gennemsnit, som er på 53 kr. pr. borger. De sidste otte kommuner anvender mellem 50-100 kr. pr. borger. Kommunerne Norddjurs og Holstebro anvender som Samsø mere end 100 kr. pr. borger på sundhedsfremme og forebyggelse.

**FIGUR 6.13**  
Antal lægebesøg pr. borger i kommunen



Kilde: Danmarks Statistik (SYGK)

**Brug af sygesikringen.** Figur 6.13 er en oversigt over det gennemsnitlige årlige antal læge- og specialelægebesøg pr. borger.

På Regionsplan besøger hver borger i gennemsnit den alment praktiserende læge eller speciallæger 8,1 gang om året. I regionen er der en vis variation i besøgsfrekvensen. På Samsø går en borger i gennemsnit til læge knap 7 gange på et år. I Randers er besøgsfrekvensen knap 9 gange for en borger på et år.

Holstebro er middelkommunen, hvor en borger i gennemsnit går til læge knap 8 gange på et år.

## Sammenfatning

Kommunerne og befolkningen i Region Midtjylland deler mange ligheder, men der er også forskelle mellem kommunerne og deres indbyggere.

Århus kommune er på mange måder særegen for kommunerne i Region Midtjylland. Geografisk fylder Århus kommune ikke meget i Region Midtjylland, men indbyggermæssigt udgør Århus-indbyggerne 25 % af befolkningen.

Befolkningssammensætningen varierer mellem kommunerne. Andelen af indbyggere under 16 år i Århus, Samsø og Norddjurs er mindre end i regionens øvrige kommuner. For Norddjurs og Samsø hænger det sammen med, at andelen af indbyggere over 64 år er høj, mens det i Århus hænger sammen med, at andelen af indbyggere mellem 16 og 64 år er markant højere end i regionens øvrige kommuner.

Der er en stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og sundhed. Omkring en tredjedel af regionens borgere har et lavt uddannelsesniveau. Variationen mellem kommunerne går fra 24 % i Århus til 39 % i Norddjurs, Ikast-Brande, Lemvig og Struer. Kommunen med den største andel af højtuddannede er Århus med 30 %. Den laveste andel af højtuddannede findes i Norddjurs og Ikast-Brande med 12 %.

Kommunen med den højeste gennemsnitlige indkomst er Skanderborg, hvor gennemsnittet er 288.000 kr. På Samsø, som har den laveste gennemsnitsindkomst, er gennemsnitsindkomsten 50.000 kr. mindre end i Skanderborg.

Sammenlignes indkomstgrupperne som tjener mest, er forskellen også størst mellem Samsø og Skanderborg. Forskellen er knap 100.000 kr. pr. år.

For gruppen der tjener mindst, findes den største forskel mellem kommunerne Århus og Samsø. På Samsø er indkomsten 87.000 kr. I Århus er indkomsten 57.000 kr. Den lave indkomst i Århus har sammenhæng med den store andel studerende i byen.

Inden for kommunerne er indkomstforskellen størst i Skanderborg, mens den er mindst på Samsø.

I Silkeborg er der færrest der modtager længerevarende helbredsbedingede overførselsindkomster. Det drejer sig om 6,4 %. I Skive og Randers er det 9,1 %, hvilket er den største andel.

De samlede sundhedsudgifter varierer mellem kommunerne fra 2.600 kr. pr. borger i Herning til 3.600 pr. borger i Norddjurs.

De aktivitetsbestemte sundhedsudgifter varierer mellem 1.600 kr. i Odder til 2.200 kr. pr. indbygger pr. år på Samsø.

Udgifterne som anvendes til sundhedsfremme og forebyggelse varierer mellem 7 kr. pr. indbygger i Viborg til 160 kr. pr. indbygger på Samsø.

På Samsø går indbyggerne til læge cirka en gang mindre end gennemsnittet for lægebesøg i regionen. I Randers går borgerne næsten en gang mere til læge om året end gennemsnittet i regionen.

## Referencer

1. Indenrigs- og sundhedsministeriet (2010). *Sundhedsvæsnets nationalt perspektiv, maj 2010*. København.
2. Kirkwood, Thomas (2010). Why Woman Live Longer – Stress alone does not explain the longevity gap. *Scientific American*. pp. 17-18
3. Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2005). *Kommunalreformen – kort fortalt*. København. pp 6-12
4. Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2005). *Kommunalreformen – kort fortalt*. København. pp 35-36