

November 2008,
2. REVIDEREDE OPLAG



Hvordan har du det?

Sundhedsprofil for region og kommuner

Hvordan har du det?

Udarbejdet af:

Finn Breinholt Larsen

Louise Nordvig

Dorte Søe

Center for Folkesundhed

Titel:

Hvordan har du det?
Sundhedsprofil for region og kommuner

Forfattere:

Finn Breinholt Larsen
finn.breinholt@stab.rm.dk
Louise Nordvig
louise.nordvig@stab.rm.dk

Copyright:

©Center for Folkesundhed 2006
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

Bestilling:

Rapporten kan erhverves ved henvendelse til
Center for Folkesundhed eller downloades fra:
www.hvordanhardudet.rm.dk

ISBN nr.:

978-87-92400-03-1

Udgivelse:

November 2006
November 2008, 2. reviderede oplag

Oplag:

2.000

Tryk:

Grafisk Service, Region Midtjylland
140-07-031

Forside:

Hanne Ravn Hermansen



Indhold

Forord	15
Indledning	16
Indhold	16
Metode	16
Analytisk fokus	16
Dataindsamling	17
Statistisk analyse	17
Beskrivelse af udvalgte variable	18
Medarbejdere	18
Helbred og sygdom	20
Tre vinkler på befolkningens helbred	20
Selvurderet helbred	21
Kronisk sygdom	23
Kronisk sygdom i kommunerne	26
Kronisk sygdom i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau	48
Hvor mange har en eller flere kroniske sygdomme?	56
Helbredsbelastning og kronisk sygdom	58
Helbredsbelastning på individniveau	59
Helbredsbelastning på befolkningsniveau	62
Sammenligning af helbredsbelastning på individ og befolkningsniveau	64
Multisygdom	66
Multisygdom og helbredsbelastning	
Sundhedsvaner	70
Sundhedsvaner - Indledning	70
Rygning	72
Indledning	72
Hvor mange ryger?	73
Dagligrygere i forhold til køn, alder og sociale forhold	74
Rygning i hjem med børn	83
Rygestop – stoprater, motivation og rådgivning	87
Rygeregler på arbejdspladsen og i offentlige rum	106
Alkohol	116
Indledning	116
Risikabelt alkoholforbrug i forhold til køn, alder og sociale forhold	117
Nedsættelse af alkoholforbruget – motivation og rådgivning	137

Overvægt	142
Indledning	142
Overvægt i forhold til køn, alder og sociale forhold	143
Vægttab – motivation og rådgivning	155
Fysisk aktivitet.	166
Indledning	166
Fysisk aktivitet i forhold til køn, alder og sociale forhold	167
Øgning af den fysiske aktivitet – Motivation og rådgivning	183
Kost.	192
Indledning	192
Kostmønster i forhold til køn, alder og sociale forhold	192
Ændring af kostmønster - Rådgivning	206
Demografiske og sociale forhold.	210
Region Midtjylland	210
Aldersfordeling.	211
Uddannelse	211
Erhverv	212
Overførselsindkomst og sygehuskontakt.	213
Kommunerne.	214
Favrskov	214
Hedensted.	216
Herning.	218
Holstebro	220
Horsens.	222
Ikast-Brande	224
Lemvig	226
Norrdjurs	228
Odder	230
Randers.	232
Ringkøbing-Skjern.	234
Silkeborg.	236
Skanderborg	238
Skive.	240
Struer	242
Syddjurs	244
Viborg.	246
Århus	248

Figurer og tabeller

Helbred og sygdom

Selv vurderet helbred

Figur 1.	Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?	21
Figur 2.	Dårligt selv vurderet helbred – køn og alder	22
Figur 3.	Dårligt selv vurderet helbred – uddannelsesniveau	22
Figur 4.	Dårligt selv vurderet helbred – kommuner	23

Kronisk sygdom

Tabel 1.	Undersøgelsens 17 kroniske sygdomme sammenholdt med WHO's fem prioriterede kroniske sygdomme og de otte folkesygdomme i regeringens folkesundhedsprogram Sund hele livet	24
Figur 5.	Forekomsten af kroniske sygdomme i Region Midtjylland	25
Tabel 2.	Forekomsten af 17 kroniske sygdomme i pct.	26
Tabel 3.	Forekomsten af 17 kroniske sygdomme – Rangordning af kommunerne	27

Kronisk sygdom i kommunerne

Figur 6a.	Forekomsten af kroniske sygdomme i Favrskov	29
Figur 6b.	Forekomsten af kroniske sygdomme i Hedensted	30
Figur 6c.	Forekomsten af kroniske sygdomme i Herning	31
Figur 6d.	Forekomsten af kroniske sygdomme i Holstebro	32
Figur 6e.	Forekomsten af kroniske sygdomme i Horsens	33
Figur 6f.	Forekomsten af kroniske sygdomme i Ikast-Brande	34
Figur 6g.	Forekomsten af kroniske sygdomme i Lemvig	35
Figur 6h.	Forekomsten af kroniske sygdomme i Norddjurs	36
Figur 6i.	Forekomsten af kroniske sygdomme i Odder	27
Figur 6j.	Forekomsten af kroniske sygdomme i Randers	38
Figur 6k.	Forekomsten af kroniske sygdomme i Ringkøbing-Skjern	39
Figur 6l.	Forekomsten af kroniske sygdomme i Samsø og øvrige øer	40
Figur 6m.	Forekomsten af kroniske sygdomme i Silkeborg	41
Figur 6n.	Forekomsten af kroniske sygdomme i Skanderborg	42
Figur 6o.	Forekomsten af kroniske sygdomme i Skive	43
Figur 6p.	Forekomsten af kroniske sygdomme i Struer	44
Figur 6q.	Forekomsten af kroniske sygdomme i Syddjurs	45
Figur 6r.	Forekomsten af kroniske sygdomme i Viborg	46
Figur 6s.	Forekomsten af kroniske sygdomme i Århus	47

Kronisk sygdom i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau

Tabel 4.	Forekomsten af 17 kroniske sygdomme/eftervirkninger – hyppigste forekomst i forhold til alder, køn og uddannelsesniveau	49
Figur 7.	Forekomst af kroniske sygdomme – køn og alder	50
Figur 8.	Forekomst af kroniske sygdomme – uddannelsesniveau	53
Figur 9.	Hvor mange har en kronisk sygdom?	56
Figur 10.	Forekomsten af kroniske sygdomme	56

Figur 11.	Forekomst af kroniske sygdomme – mænd	57
Figur 12.	Forekomst af kroniske sygdomme – kvinder.	57
Figur 13.	Forekomst af kroniske sygdomme – uddannelsesniveau	58
Tabel 5.	Helbredsbelastning på individniveau af 17 kroniske sygdomme	59
Tabel 6.	Helbredsbelastning på individniveau af 17 kroniske sygdomme – justeret for forekomsten af andre sygdomme samt køn, alder og uddannelsesniveau	60
Tabel 7.	Helbredsbelastningen på befolkningsniveau af 17 kroniske sygdomme	62
Tabel 8.	Sammenligning af helbredsbelastningen på individniveau og befolkningsniveau	64
Figur 14.	Andel med dårligt selv vurderet helbred i forhold til antallet af kroniske sygdomme	66
Figur 15.	Andel der er hæmmet af sygdom i forhold til antallet af kroniske sygdomme	66
Figur 16.	Andel der er meget hæmmet af sygdom i forhold til antallet af kroniske sygdomme	66
Figur 17.	Andel der har brug for hjælp til deres daglige gøremål i forhold til antallet af kroniske sygdomme	66
Figur 18.	Forekomst af multisygdom – kommuner.	67
Figur 19.	Antal kroniske sygdomme pr. indbygger i gennemsnit – kommuner	68

Sundhedsvaner

Rygning

Figur 1.	Rygevaner.	72
Figur 2.	Dagligrygere – køn, alder og sociale forhold.	74
Figur 3.	Dagligrygere – køn, alder og uddannelsesniveau.	75
Figur 4.	Dagligrygere i kommunerne	76
Figur 5.	Dagligrygere blandt personer med en kronisk sygdom.	78
Figur 6.	Dagligrygere inden for forskellige brancher.	80
Figur 7.	Dagligrygere – personer uden for og på arbejdsmarkedet	81
Figur 8.	Rygning i hjem med børn 0-15 år	82
Figur 9.	Personer der bor sammen med børn på 0-15 år, hvor der bliver røget indendørs i hjemmet hver dag – kommuner.	84
Figur 10.	Rygere der er holdt op inden for de seneste 5 år – demografi ske og sociale forskelle	86
Figur 11.	Rygere der er holdt op inden for de seneste 5 år – kommuner	88
Figur 12.	Rygere der er holdt op inden for de seneste 5 år – personer med kronisk sygdom	90
Figur 13.	Vil du holde op med at ryge?	91
Figur 14.	Dagligrygere der gerne vil holde op	92
Figur 15.	Dagligrygere der gerne vil holde op – kommuner	94

Figur 16.	Dagligrygere der gerne vil holde op – mennesker med kronisk sygdom	96
Figur 17.	Har din egen læge i de seneste tre år rådet dig til at holde op med at ryge?	97
Figur 18.	Har din egen læge i de seneste tre år rådet dig til at holde op med at ryge? – kommuner	100
Figur 19.	Vil gerne have støtte og hjælp til at holde op med at ryge.	102
Figur 20.	Dagligrygere der gerne vil have støtte og hjælp, hvis de vil holde op med at ryge	103
Figur 21.	Dagligrygere der gerne vil have støtte og hjælp, hvis de vil holde op med at ryge – kommuner	104
Figur 22.	Er det tilladt at ryge på din arbejdsplads? (forår 2006).	106
Figur 23.	Er det tilladt at ryge på din arbejdsplads? – offentligt og privat ansat (forår 2006)	107
Figur 24.	Personer der i foråret 2006 var på en arbejdsplads, hvor rygning var tilladt overalt	108
Figur 25.	Personer der i foråret 2006 var på arbejdspladser, som ikke opfyldte minimumskravene til rygeregler – kommuner.	110
Figur 26.	Personer der i foråret 2006 var på en arbejdsplads, hvor rygning var tilladt overalt – brancher.	112
Figur 27.	Synes du, at rygning på følgende steder skal være tilladt, begrænset eller forbudt?	114
Alkohol		
Figur 1.	Tre former for risikabelt alkoholforbrug: rusdrikkeri, storforbrug, afhængighed	117
Figur 2.	Udbredelsen af risikabelt alkoholforbrug: rusdrikkeri, storforbrug, afhængighed	117
Figur 3.	Drikker 5+ genstande ved samme lejlighed en gang om ugen eller oftere – køn, alder og sociale forhold	118
Figur 4.	Drikker over genstandsgrænsen – køn, alder og sociale forhold	120
Figur 5.	Tegn på alkoholafhængighed (CAGE-C) – køn, alder og sociale forhold	122
Figur 6.	Risikabelt alkoholforbrug – mænd	124
Figur 7.	Risikabelt alkoholforbrug – kvinder	126
Figur 8.	Mænd med mindst én af tre risikable former for alkoholforbrug – kommuner	128
Figur 9.	Kvinder med mindst én af tre risikable former for alkoholforbrug – kommuner	130
Figur 10.	Kronisk syge med mindst én af tre risikable former for alkoholforbrug.	132
Figur 11.	Personer med mindst én af tre former for risikabelt alkoholforbrug inden for forskellige brancher	133

Figur 12.	Har din egen læge de seneste tre år rådet dig til at nedsætte dit alkoholforbrug?	134
Figur 13.	Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?	138
Figur 14.	Har svaret 'ja' til "Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?"	138
Figur 15.	Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug? Svar i forhold til risikabelt alkoholforbrug	139
Figur 16.	Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug? Køn og uddannelsesniveau samt antallet af former for risikabelt alkoholforbrug	140
Overvægt		
Figur 1.	Befolkningens fordeling på vægtklasser	143
Figur 2.	Overvægt – køn, alder og sociale forhold	144
Figur 3.	Svær overvægt – køn, alder og uddannelsesniveau	146
Figur 4.	Overvægt – kommuner	148
Figur 5.	Overvægt blandt personer med kronisk sygdom	150
Figur 6.	Overvægt inden for forskellige brancher	152
Figur 7.	Har din egen læge i løbet af de seneste tre år rådet dig til at tabe dig?	154
Figur 8.	Sammenhæng mellem vægtklasse, vurdering af egen vægt og ønske om vægttab	156
Figur 9.	Overvægtige der 'i høj grad' ønsker at tabe sig – køn, alder og sociale forhold	158
Figur 10.	Overvægtige der 'i høj grad' ønsker at tabe sig – kommuner	160
Figur 11.	Overvægtige der 'i høj grad' ønsker at tabe sig – kronisk syge	162
Figur 12.	Overvægtige der 'i høj grad' ønsker at tabe sig – brancher	163
Fysisk aktivitet		
Figur 1-3.	Fysisk aktivitet	167
Figur 4.	Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen? Køn, alder og sociale forhold	168
Figur 5.	Dyrker idræt eller får anden regelmæssig motion i fritiden – køn, alder og sociale forhold	170
Figur 6.	Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen? – kommuner	172
Figur 7.	Dyrker idræt eller får anden regelmæssig motion i fritiden – kommuner	174
Figur 8.	Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen? – brancher	176
Figur 9.	Dyrker idræt eller får anden regelmæssig motion i fritiden – brancher	178
Figur 10.	Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen? – kronisk syge	180
Figur 11.	Dyrker idræt eller får anden regelmæssig motion i fritiden – kronisk syge	182
Figur 12.	Har din egen læge i de seneste tre år rådet dig til at dyrke mere motion?	183

	Figur 13-16. Ønske om at være mere fysisk aktiv og egen vurdering af fysisk form	184
	Figur 17. Vil gerne være fysisk mere aktiv – køn, alder og sociale forhold . .	185
	Figur 18. Vil gerne være fysisk mere aktiv – kommuner.	186
	Figur 19. Vil gerne være fysisk mere aktiv – brancher	188
	Figur 20. Vil gerne være fysisk mere aktiv – kronisk syge.	190
Kost	Figur 1-5. Kvaliteten af befolkningens kost med hensyn til indtag af frugt, grønt, fisk og fedt	193
	Figur 6. Kostmønster – køn, alder og sociale forhold.	194
	Figur 7. Kostmønster – mænd	196
	Figur 8. Kostmønster – kvinder.	198
	Figur 9. Kostmønster – kommuner	200
	Figur 10. Kostmønster – kronisk syge	202
	Figur 11. Kostmønster – brancher	204
	Figur 12. Har din egen læge i løbet af de seneste tre år rådet dig til at ændre dine kostvaner?.	206
	Figur 13. Har din egen læge i løbet af de seneste tre år rådet dig til at ændre dine kostvaner?	207

Demografiske og sociale forhold

Regionen

Tabel 1.	Fakta – Region Midtjylland	210
Figur 1.	Aldersgruppe	211
Figur 2.	Uddannelsesniveau.	211
Figur 3.	Erhverv.	212
Figur 4.	Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år	213

Favrskov

Tabel 1.	Fakta – Favrskov.	214
Figur 1.	Aldersgruppe	214
Figur 2.	Uddannelsesniveau.	214
Figur 3.	Sociale forhold	215
Figur 4.	Indkomst (brutto)	205
Figur 5.	Erhverv.	215
Figur 6.	Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år	215

Hedensted

Tabel 1.	Fakta – Hedensted	216
Figur 1.	Aldersgruppe	216
Figur 2.	Uddannelsesniveau.	216
Figur 3.	Sociale forhold	217
Figur 4.	Indkomst (brutto)	217
Figur 5.	Erhverv.	217
Figur 6.	Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år	217

Herning		
Tabel 1.	Fakta – Herning	218
Figur 1.	Aldersgruppe	218
Figur 2.	Uddannelsesniveau	218
Figur 3.	Sociale forhold	219
Figur 4.	Indkomst (brutto)	219
Figur 5.	Erhverv	219
Figur 6.	Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år	219
Holstebro		
Tabel 1.	Fakta – Holstebro	220
Figur 1.	Aldersgruppe	220
Figur 2.	Uddannelsesniveau	220
Figur 3.	Sociale forhold	221
Figur 4.	Indkomst (brutto)	221
Figur 5.	Erhverv	221
Figur 6.	Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år	221
Horsens		
Tabel 1.	Fakta – Horsens	222
Figur 1.	Aldersgruppe	222
Figur 2.	Uddannelsesniveau	222
Figur 3.	Sociale forhold	223
Figur 4.	Indkomst (brutto)	223
Figur 5.	Erhverv	223
Figur 6.	Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år	223
Ikast-Brande		
Tabel 1.	Fakta – Ikast-Brande	224
Figur 1.	Aldersgruppe	224
Figur 2.	Uddannelsesniveau	224
Figur 3.	Sociale forhold	225
Figur 4.	Indkomst (brutto)	225
Figur 5.	Erhverv	225
Figur 6.	Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år	225
Lemvig		
Tabel 1.	Fakta – Lemvig	226
Figur 1.	Aldersgruppe	226
Figur 2.	Uddannelsesniveau	226
Figur 3.	Sociale forhold	227
Figur 4.	Indkomst (brutto)	227
Figur 5.	Erhverv	227
Figur 6.	Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år	227
Norrdjurs		
Tabel 1.	Fakta – Norrdjurs	228
Figur 1.	Aldersgruppe	228

Figur 2.	Uddannelsesniveau	228
Figur 3.	Sociale forhold	229
Figur 4.	Indkomst (brutto)	229
Figur 5.	Erhverv	229
Figur 6.	Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år	229
Odder		
Tabel 1.	Fakta – Odder	230
Figur 1.	Aldersgruppe	230
Figur 2.	Uddannelsesniveau	230
Figur 3.	Sociale forhold	231
Figur 4.	Indkomst (brutto)	231
Figur 5.	Erhverv	231
Figur 6.	Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år	231
Randers		
Tabel 1.	Fakta – Randers	232
Figur 1.	Aldersgruppe	232
Figur 2.	Uddannelsesniveau	232
Figur 3.	Sociale forhold	233
Figur 4.	Indkomst (brutto)	233
Figur 5.	Erhverv	233
Figur 6.	Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år	233
Ringkøbing-Skjern		
Tabel 1.	Fakta – Ringkøbing-Skjern	234
Figur 1.	Aldersgruppe	234
Figur 2.	Uddannelsesniveau	234
Figur 3.	Sociale forhold	235
Figur 4.	Indkomst (brutto)	235
Figur 5.	Erhverv	235
Figur 6.	Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år	235
Silkeborg		
Tabel 1.	Fakta – Silkeborg	236
Figur 1.	Aldersgruppe	236
Figur 2.	Uddannelsesniveau	236
Figur 3.	Sociale forhold	237
Figur 4.	Indkomst (brutto)	237
Figur 5.	Erhverv	237
Figur 6.	Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år	237
Skanderborg		
Tabel 1.	Fakta – Skanderborg	238
Figur 1.	Aldersgruppe	238
Figur 2.	Uddannelsesniveau	238
Figur 3.	Sociale forhold	239
Figur 4.	Indkomst (brutto)	239

	Figur 5.	Erhverv	239
	Figur 6.	Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år	239
Skive			
	Tabel 1.	Fakta – Skive	240
	Figur 1.	Aldersgruppe	240
	Figur 2.	Uddannelsesniveau	240
	Figur 3.	Sociale forhold	241
	Figur 4.	Indkomst (brutto)	241
	Figur 5.	Erhverv	241
	Figur 6.	Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år	241
Struer			
	Tabel 1.	Fakta – Struer	242
	Figur 1.	Aldersgruppe	242
	Figur 2.	Uddannelsesniveau	242
	Figur 3.	Sociale forhold	243
	Figur 4.	Indkomst (brutto)	243
	Figur 5.	Erhverv	243
	Figur 6.	Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år	243
Syddjurs			
	Tabel 1.	Fakta – Syddjurs	244
	Figur 1.	Aldersgruppe	244
	Figur 2.	Uddannelsesniveau	244
	Figur 3.	Sociale forhold	245
	Figur 4.	Indkomst (brutto)	245
	Figur 5.	Erhverv	245
	Figur 6.	Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år	245
Viborg			
	Tabel 1.	Fakta – Viborg	246
	Figur 1.	Aldersgruppe	246
	Figur 2.	Uddannelsesniveau	246
	Figur 3.	Sociale forhold	247
	Figur 4.	Indkomst (brutto)	247
	Figur 5.	Erhverv	247
	Figur 6.	Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år	247
Århus			
	Tabel 1.	Fakta – Århus	248
	Figur 1.	Aldersgruppe	248
	Figur 2.	Uddannelsesniveau	248
	Figur 3.	Sociale forhold	249
	Figur 4.	Indkomst (brutto)	249
	Figur 5.	Erhverv	249
	Figur 6.	Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år	249

Forord

Der er brug for viden om befolkningens sundhedstilstand, når sundhedsarbejdet i de nye regioner og kommuner skal tilrettelægges. Derfor er der gennemført en undersøgelse af befolkningens sundhed i Region Midtjylland: *Hvordan har du det?*

De første resultater fra *Hvordan har du det?* offentliggøres i form af nærværende sundhedsprofil.

Iværksættelsen af en folkesundhedsundersøgelse på regionalt niveau er første skridt i retning af en systematisk monitorering af sundhedstilstanden i Region Midtjylland.

Resultaterne fra undersøgelsen vil kunne bruges i det praktiske folkesundhedsarbejde i sygehusvæsen, praksissektoren og kommunerne.

Undersøgelsen er iværksat af Vejle Amt, Ringkjøbing Amt, Viborg Amt og Århus Amt i fællesskab på baggrund af Århus Amts mangeårige arbejde med sundhedsprofiler på kommunalt og amtsligt niveau (1, 2, 3).

Arbejdet med sundhedsprofiler i Århus Amt har vist, at det er en stor fordel at have adgang til data fra befolkningsundersøgelser både til beskrivelse af sundhedsforholdene generelt, ved udformning af strategier og specifikke indsatser inden for sundhedsfremme og forebyggelse og til brug for sundhedsplanlægningen.

Hvordan har du det? komplementerer de landsdækkende sundheds-sygelighedsundersøgelser, der gennemføres med nogle års intervaller af *Statens Institut for Folkesundhed*. En række emner behandles i begge undersøgelser. De landsdækkende undersøgelser omfatter desuden emner, der ikke er med i *Hvordan har du det?* Til gengæld er stikprøven for de landsdækkende undersøgelser for lille til, at man kan beskrive sundhedstilstanden på kommuneniveau.

Hvordan har du det? giver i kraft af stikprøvens størrelse mulighed for at beskrive forskelle i sundhed på kommuneniveau og dermed tegne et regionalt sundhedskort.

Sundhedsloven

§ 1. Sundhedsvæsenet har til formål at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte.

§ 3. Regioner og kommuner er efter reglerne i denne lov ansvarlige for, at sundhedsvæsenet tilbyder en befolkningsrettet indsats vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme samt behandling af den enkelte patient.

§ 119. Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.

Stk. 3. Regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1 og 2.

Indledning

Indhold

Sundhedsprofilen beskriver *helbred og sygdom* og *sundhedsvaner* i den voksne befolkning. Desuden beskrives *demografiske og sociale forhold* i region og kommuner.

Områderne er valgt, fordi de er højt placerede på den sundhedsfaglige og sundhedspolitiske dagsorden. Der er i disse år meget fokus på mennesker med kronisk sygdom både inden for den behandlende del af sundhedsvæsenet og på forebyggelsesområdet (4).

I sundhedsprofilen beskrives, hvor mange der lider af kroniske sygdomme i regionen som helhed og i de enkelte kommuner, og hvordan mennesker med forskellige kroniske sygdomme har det. To andre emner, der behandles, er selvvurderet helbred og forekomsten af multisygdom.

Befolkningens vaner med hensyn til kost, rygning, alkohol og motion – de såkaldte KRAM-faktorer – er centrale for forebyggelse af en række kroniske sygdomme (5). De har også stor betydning for befolkningens sundhed og trivsel generelt.

Gennem de senere år er den offentlige indsats for at fremme gode sundhedsvaner i befolkningen blevet styrket. Det må forventes, at kommunernes øgede ansvar på forebyggelsesområdet i den nye struktur vil styrke det forebyggende arbejde yderligere.

Sundhedsprofilen beskriver den voksne befolknings sundhedsvaner på følgende områder: rygning, alkohol, overvægt, fysisk aktivitet og kost. Blandt de emner, der behandles, er befolkningens motivation for at ændre vaner, og hvor mange der har fået råd om at ændre vaner hos deres praktiserende læge.

Hvordan har du det? indeholder flere andre emner, bl.a. stress, fysisk og psykisk arbejdsmiljø, genoptræning og

vold. Der vil senere blive offentliggjort separate analyser af disse emner.

Metode

Analytisk fokus

Formålet med sundhedsprofilen er at frembringe viden, der kan omsættes i praktisk handling i sygehusvæsen, praksissektoren og kommunerne. Det har ligget til grund for valg af analytisk fokus i sundhedsprofilen.

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 mål for social position er brugt uddannelsesniveau.

Der er medtaget følgende andre sociale karakteristika: samlivssituation, hvorvidt man bor i ejerbolig eller lejebolig, og om man bor sammen med børn i alderen 0-15 år eller ej.

Kommuner. En vigtig målgruppe for sundhedsprofilen er kommunerne. Der er derfor foretaget analyser på kommuneniveau.

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 kende sundhedsvanerne hos de kronisk syge. Derfor er sundhedsvanerne i de forskellige grupper af kronisk syge beskrevet i kapitlet om *sundhedsvaner*.

Brancher. Arbejdspladsen er en vigtig arena i arbejdet for at forbedre befolkningens sundhed. Derfor er der ligeledes i kapitlet om *sundhedsvaner* foretaget analyser på brancheniveau.

Dataindsamling

Undersøgelsens data er indsamlet ved hjælp af et selvudfyldt spørgeskema med ca. 400 spørgsmål. Der er så vidt muligt brugt spørgsmål, der er afprøvet og valideret.

Det benyttede spørgeskema er en revideret udgave af et spørgeskema, der blev udviklet i Afdelingen for Folkesundhed, Århus Amt, til brug for amtets sundhedsprofil i 2001. Der har ved revision af spørgeskemaet været et samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed og Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Københavns Amt nu Region Hovedstaden.

Undersøgelsens stikprøve omfatter 31.500 personer udtrukket tilfældigt fra CPR-registeret blandt:

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

For at sikre et tilstrækkeligt datamateriale fra alle 19 kommuner er der udtrukket 1.500 personer fra hver kommune, dog 4.500 fra Århus. Der er udtrukket en særlig stikprøve af øernes befolkning i det følgende benævnt 'Samsø og øvrige øer'. Foruden Samsø omfatter stikprøven Venø, Jegindø, Fur, Alrø, Hjarnø, Endelave, Tunø og Anholt.

Det kan være vanskeligt for personer med andet modersmål end dansk at udfylde spørgeskemaet korrekt. Derfor er personer uden dansk statsborgerskab, eller hvor ingen af forældrene er født i Danmark, udelukket fra stikprøven.

Spørgeskemaet blev postomdelt den 21. februar 2006, og der blev udsendt op til tre rykkere pr. deltager.

Der er modtaget 21.708 udfyldte spørgeskemaer. Svarprocenten er 69%.

Statistisk analyse

Da der er udtrukket lige mange personer pr. kommune uanset befolkningsstørrelse (dog tre gange så mange fra Århus), er nogle kommuner 'overrepræsenterede' i stikprøven, mens andre er 'underrepræsenterede'. Der er korrigeret for dette forhold i den statistiske analyse ved hjælp af vægtning. Der er desuden korrigeret for forskelle i svarprocenter i forhold til kommune, køn og alder (post-stratificering).

De statistiske analyser er foretaget ved hjælp af survey-procedurerne i statistikprogrammet Stata 9.2.

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.

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)* (6).

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, *middel 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. *Middel 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 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 2003 (DB03)* (7). Branchekoden bygger på EU's fælles branchenomenklatur *NACE rev. 1.1*.

Der er benyttet to grupperinger af brancherne, en med 9 branchegrupper og en med 27 branchegrupper.

Helbredsbetaget overførselsindkomst. Variablen angiver, om personen har modtaget helbredsbetaget 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

De midlertidige ydelser omfatter:

- sygedagpenge
- ledighedsydelse

Medarbejdere

Afdeling for Folkesundhed, Århus Amt (nu Center for Folkesundhed, Region Midtjylland), har stået for den praktiske gennemførelse af *Hvordan har du det?*

Det daglige arbejde, herunder udformning af spørgeskema, indsamling af data, analyser og skrivning af rapport er udført af en projektgruppe bestående af: sundhedskonsulent Finn Breinholt Larsen, der er ansvarlig for undersøgelsen, projektkoordinator Louise Nordvig og projektsekretær Dorte Søe. Finn Breinholt Larsen har skrevet "Forord", "Indledning", "Helbred og sygdom" og "Sundhedsvaner". Louise Nordvig har skrevet "Demografiske og sociale forhold". Dorte Søe har lavet statistiske kort.

En arbejdsgruppe bestående af følgende personer har givet input og sparring til arbejdsprocessen: afdelingschef Jens Krogh, ledende sundhedskonsulent Kirsten Vinther-Jensen, overlæge Niels Henrik Hjælland, datamanager Jakob Hjort, projektkoordinator John Singhammer alle fra Afdelingen for Folkesundhed. Afdelingschef Eva Sejersdal Knudsen, kontorchef Birgitte Holm Andersen og fuldmægtig Steen Skov alle fra Afdelingen for Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland.

Udtræk af data fra CPR-registeret, eSundhed og DREAM-databasen er foretaget af datamanager Jakob Hjort og datamanager Lise Viskum Hansen.

Projektsekretær Gerd Nielsen har medvirket ved den grafiske tilrettelæggelse og korrektur af spørgeskema og denne publikation.

Projektkoordinator Ulla Hjorth Jespersen og projektkoordinator Ingunn Søndergaard Jacobsen, Horsens Kommune, har givet input til udformning af spørgeskemaet.

Kommunikationsmedarbejder Anne-Margrethe Glavind har forestået kontakten til pressen.

Afdelingslæge Anette Abell har kodet de åbne spørgsmål vedrørende langvarig sygdom i henhold til *ICD10-klassifikation*.

Endvidere har følgende studentermedhjælpere arbejdet med efterkodning af spørgsmål i spørgeskemaerne: Kristoffer Nordvig har kodet de åbne spørgsmål samt indplaceret oplysninger om nuværende eller tidligere stilling og erhverv i de korrekte brancher i henhold til *DB03-nomenklatur*. Johnni Bruun Berg og Tina Møller har kodet uddannelsesoplysningerne i henhold til *Dansk Uddannelsesnomenklatur*. Trine Abild og Rikke Abild har åbnet de mange kuverter med returnerede spørgeskemaer og klargjort dem til skanning, og Trine Nielsen har foretaget telefoninterviews af personer, der ønskede at deltage, men ikke var i stand til at udfylde spørgeskemaet.

En gruppe sammensat efter forslag fra Kommune-kontaktrådet i Region Midtjylland har givet respons på oplægget til nærværende publikation: sundhedschef Ellen Greve, Lemvig Kommune, sundheds- & ældredirektør Erik Mouritsen, Randers Kommune, sundhedschef Eva Henriksen, Skive Kommune, direktør for ældre, sundhedsfremme, social- og beskæftigelsesområdet Jørgen Andersen, Syddjurs Kommune og sundheds- og socialdirektør Karin Holland, Horsens Kommune.

Spørgeskemaerne er indscannet af Niels Sønderby Christensen, Sønderby Konsulenter.

Referencer

- 1) Larsen FB, Rygevaner og rygeophør. Århus Amt, Afdeling for Folkesundhed 2002.
- 2) Larsen FB, Selvvurderet helbred og ulighed i sundhed. Århus Amt, Afdeling for Folkesundhed 2003.
- 3) Larsen FB, Kost, motion og fedme. Århus Amt, Afdeling for Folkesundhed 2003.
- 4) Jørgensen SJ, Falkesgaard N, Hendriksen C, The challenge of Chronic Diseases – can we do better? Workshop 26. maj 2003. Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, Bispebjerg Hospital 2003.
- 5) Giv borgerne et KRAM, en pjece om kost, rygning, alkohol og motion. Det Nationale Råd for Folkesundhed 2006.
- 6) DUN 2001. Danmarks Statistik 2002.
- 7) Dansk Branchekode 2003. Danmarks Statistik 2002.

Helbred og sygdom

Tre vinkler på befolkningens helbred

Befolkningens helbredstilstand beskrives i det følgende ud fra tre synsvinkler: Selvvurderet helbred, kronisk sygdom og multisygdom.

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. 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. død, kræft, hjertesygdomme, brug af sundhedsvæsenet, sygefravær, medicinbrug, forringet funktionsevne, arbejdsløshed og førtidspension (1, 2). Selvvurderet helbred har vist sig at være en selvstændig faktor til forudsigelse af lægebesøg, hospitalsindlæggelser og død blandt ældre, selv efter at der er korrigeret for sygdom og demografiske forhold (3).

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.

Kronisk sygdom kan defineres som en sygdom, der varer længe, og som er vanskelig eller umulig at kurere. De

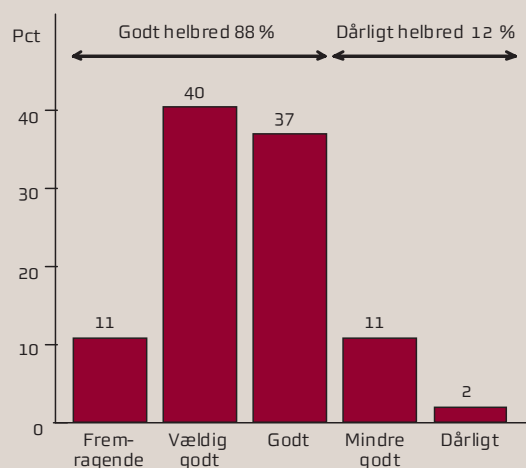
fleste kroniske sygdomme kræver en langvarig, måske livslang medicinsk behandling. Ofte bliver patienten ikke rask igen eller må leve med varige eftervirkninger af sygdommen. Det sker dog også, at patienten helt genvinder sit helbred efter at have haft en kronisk sygdom i en periode.

Der er i stigende grad kommet fokus på kronisk sygdom. I takt med infektionssygdommenes aftagende betydning og den længere levealder er de kroniske sygdomme kommet til at fylde meget i det samlede sygdomsbillede. De fleste mennesker må i dag regne med at komme til at leve en del af deres liv med en eller flere kroniske sygdomme. En betydelig del af sundhedsvæsenets omkostninger relaterer sig til behandling af kroniske sygdomme (i USA anslås det at være 75% (8)).

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
- Tilbud om hjælp og støtte i dagligdagen til kronisk syge.

Det er derfor vigtigt at kende udbredelsen af kronisk sygdom i befolkningen. Det er også vigtigt at vide, hvordan mennesker, der er kronisk syge, har det. En befolkningsundersøgelse som *Hvordan har du det?* giver mulighed for at belyse, hvordan forskellige kroniske sygdomme påvirker dagligdagen. Hvor mange inden for de forskellige sygdomsgrupper er afhængige af hjælp til de daglige gøremål? Hvor mange i den erhvervsaktive alder mister midlertidigt eller permanent tilknytningen til arbejdsmarkedet?

Figur 1. Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?

Multisygdom er, når en person lider af to eller flere kroniske sygdomme samtidigt (9). Mange mennesker med kronisk sygdom er multisyge.

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

Patienter med flere kroniske sygdomme stiller sundhedsvæsenet overfor 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 samtidigt.
- 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.

Selvvrurderet helbred

Selvvrurderet 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'.

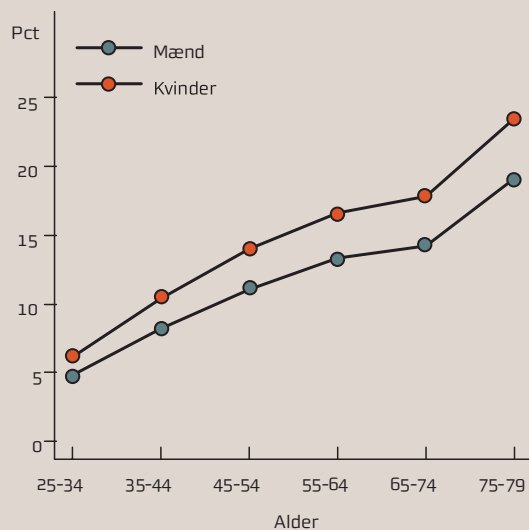
Selvvrurderet helbred er desuden undersøgt ved hjælp af 12 spørgsmål, der måler sundhedsrelateret livskvalitet og funktionsevne, SF12 (4). Spørgsmålene i SF12 sammenfattes i 8 skalaer, der beskriver forskellige sider af helbredet, samt to summerede skalaer for fysisk og psykisk helbred. SF12 føjer en række nuancer til personens vurdering af sit helbred i forhold til det generelle helbredsspørgsmål.

Figur 1 viser, hvordan svarene fordeler sig på det generelle spørgsmål om selvvurderet helbred.

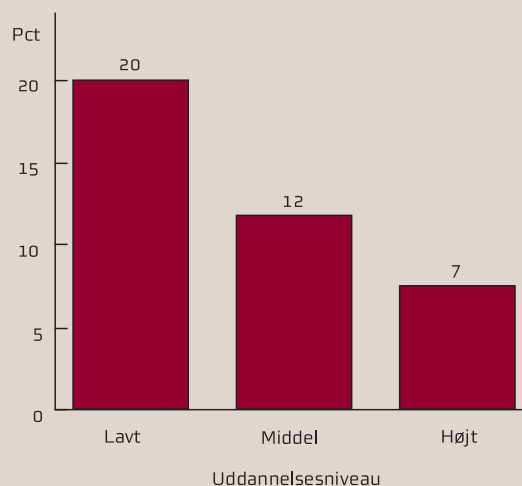
- 88% af befolkningen vurderer, at de har et godt helbred
- 12% vurderer, at de har et dårligt helbred

Hovedparten af den voksne befolkning i Region Midtjylland oplever således, at de har et godt helbred. Der er imidlertid store forskelle med hensyn til *køn*, *alder* og *uddannelse*. Figur 2 og 3 viser, hvordan andelen med et dårligt selvvurderet helbred varierer, når de tre faktorer inddrages i en samlet analyse ¹.

¹ Der er benyttet en logistisk regressionsmodel med selvvurderet helbred som afhængig variabel og køn, alder og uddannelsesniveau som uafhængige variable.

Figur 2. Dårligt selvvurderet helbred – køn og alder

Note: Justeret for uddannelsesniveau

Figur 3. Dårligt selvvurderet helbred – uddannelsesniveau

Note: Justeret for køn og alder

- Der er flere kvinder end mænd med et dårligt selvvurderet helbred inden for alle aldersgrupper.
- Andelen med et dårligt selvvurderet helbred stiger, som man må forvente, med alderen. Blandt de yngste har 1 ud af 20 et dårligt helbred efter deres egen vurdering, mens det blandt de ældste er 1 ud af 5.
- Andelen med et dårligt selvvurderet helbred øges markant fra 65-74 år til 75-79 år (kurven knækker). Det er dog stadig 3 ud af 4 i den ældste aldersgruppe, der synes, at de har et godt helbred.

Der er også store forskelle med hensyn til uddannelsesniveau og selvvurderet helbred.

- 1 ud af 5 på laveste uddannelsesniveau mod 1 ud af 14 på højeste uddannelsesniveau har et dårligt selvvurderet helbred. Det er ca. tre gange så mange (bemærk at der er justeret for forskelle i køn og alder).

Figur 4 viser andelen med dårligt selvvurderet helbred i de 19 kommuner i Region Midtjylland.

- Andelen med dårligt selvvurderet helbred varierer fra 11% i Århus til 16% på Samsø og øvrige øer. Forskellen mellem kommunerne er ringe sammenlignet med forskelle i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau.
- Samsø og øvrige øer har en signifikant højere andel med dårligt selvvurderet helbred end befolkningen som helhed.

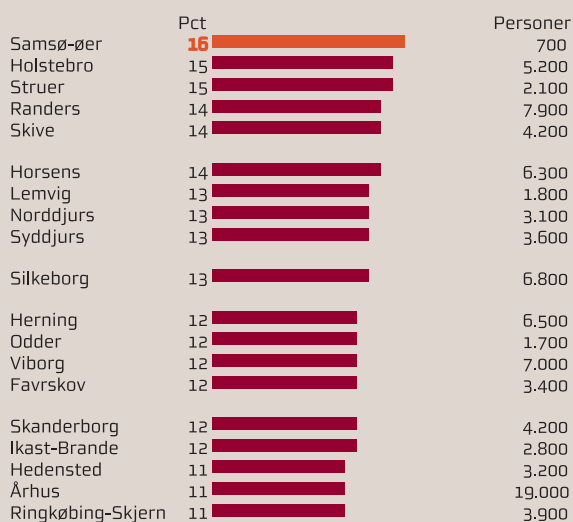
En analyse af sammenhængen mellem køn, alder, uddannelsesniveau og de 8 + 2 skalaer i SF12 understøtter det billede, der her er tegnet (ikke vist). Kvinder er dårligere placeret på samtlige skalaer end mænd, og det samme er lavt uddannede i forhold til højt uddannede.

Derimod er der en væsentlig nuancering i forhold til alder:

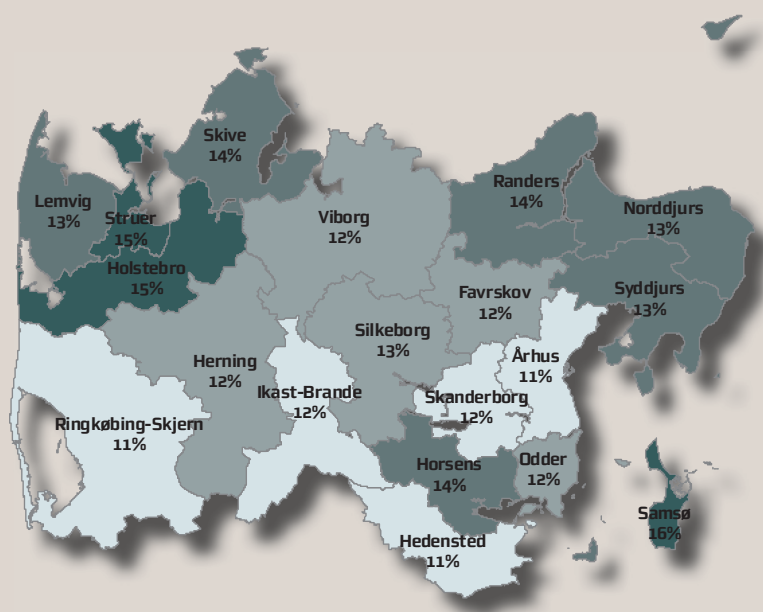
- Det psykiske helbred bliver i modsætning til det fysiske helbred ikke dårligere med alderen. Tværtimod bedres det psykiske helbred fra 25-34 år til og med 70-74 år, hvorefter der sker et moderat fald blandt personer på 75-79 år.
- Det samme gælder vitalitet, der er belyst ved spørgsmålet "Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger har du været fuld af energi?". Vitaliteten topes i aldersgruppen 55-64 år, hvorefter den aftager. Kun i aldersgruppen 75-79 år er vitaliteten ringere end hos de 25-34-årige.

En nærliggende tolkning kunne være, at psyken i modsætning til kroppen ikke 'slides' med alderen. Det stemmer med, at der er en lavere forekomst af psykiske lidelser blandt ældre end blandt unge og midaldrende, jvnf. side 50. Det er dog uden tvivl en forsimpning. Undersøgelsen omfatter personer til og med 79 år. Fra andre undersøgelser vides det, at forekomsten af demens øges hastigt for hvert leveår blandt den ældste del af befolkningen. For personer over 90 år skønnes det, at hver femte lider af demens (5).

Figur 4. Dårligt selv vurderet helbred – kommuner



Signifikant flere end i hele befolkningen



Kronisk sygdom

Undersøgelsen omfatter 17 kroniske sygdomme, der antages hver især at bidrage væsentligt til sygdomsbyrden i befolkningen (tabel 1).

I WHO's rapport om kroniske sygdomme *Preventing chronic diseases: a vital investment* anbefales det, at man globalt prioriterer forebyggelse af fem kroniske sygdomme: hjertesygdom, blodprop i hjernen/hjerneblødning, sukkersyge, kræft og kroniske luftvejssygdomme (6). WHO's strategi sigter mod forebyggelse af de kroniske sygdomme, der koster mange liv. Begrundelsen for valget af netop disse fem sygdomme er, at de er årsag til over halvdelen af alle dødsfald på verdensplan. I Danmark er de årsag til mere end 70% af alle dødsfald (10).

I regeringens folkesundhedsprogram *Sund hele livet* prioriteres forebyggelse af otte såkaldte folkesygdomme (7). Man har valgt også at medtage ikke-livstruende sygdomme, der medfører store begrænsninger i livsudfoldelse og risiko for varig funktionsnedsættelse: overfølsomhedssygdomme (astma og allergi), muskelskeletlidelser, 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 17 sygdomme. Desuden er medtaget tre sygdomme i ner-

vesystem og sanseapparatet, nemlig migræne/hyppig hovedpine, tinnitus og grå stær, der ligeledes må betragtes som ikke-livstruende.

Undersøgelsens 17 kroniske sygdomme kan ud fra ovenstående opdeles i syv potentielt livstruende kroniske sygdomme, og 10 ikke-livstruende kroniske sygdomme.

Det skal understreges, at potentielt livstruende sygdomme ikke nødvendigvis er lig med aktuelt livstruende sygdomme. 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 et stykke ad vejen opnås med de samme midler. Men den konkrete vægtning af aktiviteterne vil påvirke, hvilke af de to mål, der fremmes mest. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på, at nogle kroniske sygdomme først og fremmest forringer befolkningens livskvalitet, mens andre reducerer både livslængde og livskvalitet.

Tabel 1. Undersøgelsens 17 kroniske sygdomme sammenholdt med WHO's fem prioriterede kroniske sygdomme og de otte folkesygdomme i regeringens folkesundhedsprogram *Sund hele livet*

Hovedgrupper	De 17 kroniske sygdomme i <i>Hvordan har du det?</i>	De 5 kroniske sygdomme i WHO's <i>Preventing Chronic Diseases</i>	De 8 folkesygdomme i regeringens <i>Sund hele livet</i>
Potentielt livstruende kroniske sygdomme			
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
Ikke-livstruende kroniske sygdomme			
	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		

Rapporteringen af de 17 sygdomme bygger på svarpersonernes egne oplysninger. Besvarelserne afspejler deltagernes sygdomsopfattelse. Denne er ikke nødvendigvis sammenfaldende med en lægelig vurdering.

Ved hver af de 17 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, om man stadig 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.

Figur 5 viser forekomsten af de 17 kroniske sygdomme i Region Midtjylland. Forekomsten er både angivet i pct og i antal borgere, der har sygdommen/eftervirkninger. Antallet af borgere med kronisk sygdom skal sammenholdes med, at Region Midtjylland har en befolkning 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. Og muskel-skelet-sygdomme fylder meget i dette sygdomsbillede.

- 18% har slidgigt eller leddegigt svarende til 137.000 personer.
- 12% har diskusprolaps eller anden rygsygdom svarende til 92.000 personer.
- 2,1% har knogleskørhed svarende til 15.000 personer.

Allergi er den næsthyppest af de 17 sygdomme.

- 16% svarende til 121.000 personer lider af allergi.

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

- 10% lider af forbigående psykiske lidelser svarende til 74.000 personer.
- 2,3% lider af vedvarende psykisk sygdom eller mentale forstyrrelser svarende til 18.000 personer.

Sygdomme i nervesystem og sanseorganer er ligeledes hyppige.

- 14% lider af migræne eller hyppig hovedpine svarende til 103.000 personer.
- 10% lider af tinnitus svarende til 75.000 personer.
- 2,3% lider af grå stær svarende til 17.000 personer.

Figur 5. Forekomsten af kroniske sygdomme i Region Midtjylland (aktuel sygdom og eftervirkninger)

	Pct		Antal syge
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	14		106.000
Hjertekrampe	1,6		12.000
Blodprop i hjertet	0,8		6.000
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,2		9.000
Sukkersyge			
Sukkersyge	4		27.000
Kræft			
Kræft	1,5		11.000
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4		30.000
Astma	6		46.000
Allergi			
Allergi	16		121.000
Muskel-skelet			
Slidgigt, leddegigt	18		137.000
Knogleskørhed	2		15.000
Diskusprolaps, rygsygdom	12		92.000
Psykiske lidelser			
Forbigående psykiske lidelser	10		74.000
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	2		18.000
Nervesystem og sansorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	14		103.000
Tinnitus	10		75.000
Grå stær	2		17.000

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.

- 14% lider af forhøjet blodtryk svarende til 106.000 personer.

Blandt de andre hjerte-karsygdomme er hjertekrampe den hyppigste.

- 1,6% lider af hjertekrampe svarende til 12.000 personer.
- 1,2% lider af hjerneblødning eller blodprop i hjernen svarende til 9.000 personer.
- 0,8% lider af blodprop i hjertet svarende til 6.000 personer.

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

- 4% lider af bronkitis, for store lunger eller rygerlunger svarende til 30.000 personer.
- 6% lider af astma svarende til 46.000 personer.

Det gælder også sukkersyge.

- 4% har sukkersyge svarende til 27.000 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.

- 1,5% lever med kræft svarende til 11.000 personer.

Table 2. Forekomsten af 17 kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) i pct. **Grøn** markerer de 9 kommuner med den laveste forekomst, **orange** de 9 kommuner med den højeste forekomst, mens den lyse farve markerer den midterst placerede kommune ved hver sygdom.

	Potentielt livstruende sygdomme							Ikke-livstruende sygdomme									
	Forhøjet blodtryk	Hjertekrampe	Blodprop i hjertet	Hjerneblødning, blodprop i hjernen	Sukkersyge	Kræft	Bronkitis, for store lunger, rygerlunger	Astma	Allergi	Sjældigt, leddegigt	Knogleskørhed	Diskusprolaps, ryggsygdom	Forbigående psykiske lidelser	Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	Tinnitus	Grå stær	
Viborg	14	1,4	0,8	0,7	3	1,1	4,2	4	14	18	2,4	12	9	2,9	12	8	1,6
Ringkøbing-Skjern	13	1,5	1,6	1,0	3	2,2	3,8	6	14	17	1,7	12	8	1,5	12	9	2,9
Skanderborg	12	1,2	0,5	1,1	2	2,2	4,5	6	18	16	1,5	12	9	1,7	14	10	2,9
Århus	13	1,8	0,7	1,1	3	1,5	3,2	7	20	16	1,9	12	11	2,5	14	9	1,7
Hedensted	14	1,9	0,6	0,7	3	2,2	4,6	5	14	19	1,4	11	9	3,0	15	10	2,0
Ikast-Brande	15	1,7	0,6	1,6	3	1,5	4,3	5	14	20	2,5	11	8	2,0	15	9	2,3
Odder	13	1,8	1,0	1,0	3	1,7	3,5	5	15	20	1,3	13	11	2,4	11	11	2,8
Holstebro	13	1,0	0,6	1,5	4	1,6	3,8	6	15	20	2,0	12	10	2,9	13	11	2,7
Favrskov	15	1,3	0,6	0,3	3	1,7	3,5	6	15	18	2,3	14	9	1,8	15	11	1,6
Silkeborg	12	1,9	0,7	1,6	4	1,1	4,1	5	16	17	1,4	13	10	2,3	14	9	2,7
Herning	15	1,4	0,7	1,1	3	1,5	3,8	6	15	19	2,5	12	11	2,1	15	11	1,5
Horsens	16	1,4	0,9	1,9	4	0,7	4,3	5	15	19	2,5	11	11	1,4	15	9	2,1
Syddjurs	15	1,6	1,0	1,8	3	1,5	3,4	6	16	17	1,3	14	9	2,9	13	11	2,5
Skive	16	2,1	1,2	1,1	3	1,3	5,1	6	13	24	1,9	12	8	1,7	13	11	3,6
Lemvig	16	1,8	1,0	1,7	3	1,9	3,1	6	15	21	1,7	15	9	2,4	13	12	2,2
Samsø-øer	21	1,5	1,0	1,4	3	1,7	4,4	4	11	25	2,2	14	10	3,0	13	14	2,5
Norddjurs	16	1,7	0,8	1,0	4	1,9	4,1	7	15	20	2,7	12	11	2,3	14	12	3,7
Randers	15	2,0	1,5	1,6	3	1,0	5,1	6	15	20	2,2	14	10	3,2	13	12	3,1
Struer	16	1,8	1,0	1,0	3	2,3	4,8	6	17	21	2,0	12	11	1,9	13	14	3,1

Kronisk sygdom i kommunerne

Table 2 viser forekomsten af de 17 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 17 sygdomme lagt sammen, og kommunerne er sorteret efter stigende rangsum.

Tabel 3. Forekomsten af 17 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, **orange** de 9 kommuner med den højeste forekomst, mens den lyse farve angiver den midterst placerede kommune ved hver sygdom.

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

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 17 sygdomme hver for sig og under ét fremgår af tabel 3.

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

- De fem bedst placerede kommuner efter denne fremgangsmåde er: Viborg, Ringkøbing-Skjern, Skanderborg, Århus og Hedensted.
- De fem dårligst placerede kommuner er: Lemvig, Samsø og øvrige øer, Norddjurs, Randers og Struer.
- I den bedste halvdel ligger Ikast-Brande, Odder, Holstebro og Favrskov.
- I den dårligste halvdel ligger Herning, Horsens, Syddjurs og Skive.
- Silkeborg ligger midt på rangstigen.

Det generelle billede er dog kendetegnet ved, at forskellene i forekomsten af kronisk sygdom imellem kommunerne er små. Det er et forbavsende homogent billede, der tegner sig med hensyn til forekomsten af de 17 kroniske sygdomme på tværs af Region Midtjylland.

Sammenligner man de to kommuner, der ligger henholdsvis øverst og nederst på rangstigen, Viborg og Struer, forekommer 16 af de 17 sygdomme ganske vist hyppigere i Struer end i Viborg. Vedvarende psykisk sygdom er den eneste af sygdommene, der forekommer hyppigst i Viborg. Men det er kun ved tre ud af de 17 sygdomme, at der er en statistisk signifikant forskel. Det drejer sig om kræft, tinnitus og grå stær, der alle forekommer hyppigere i Struer end i Viborg.

Ser man på alle 19 kommuner, er der kun signifikante afvigelser fra forekomsten i regionen som helhed ved seks af de 17 sygdomme (figur 6a-6s).

Der er i alt 13 signifikante afvigelser ud af 323 mulige.

- Forhøjet blodtryk: signifikant højere forekomst på Samsø og øvrige øer.
- Blodprop i hjertet: signifikant højere forekomst i Ringkøbing-Skjern.
- Allergi: signifikant lavere forekomst på Samsø og øvrige øer, signifikant højere forekomst i Århus.
- Slidgigt/leddegigt: signifikant højere forekomst på Samsø og øvrige øer og i Skive, signifikant lavere forekomst i Århus.
- Diskusprolaps/rygsygdom: signifikant højere forekomst i Lemvig.
- Migræne/hyppig hovedpine: signifikant lavere forekomst i Odder.
- Tinnitus: signifikant højere forekomst i Struer og på Samsø og øvrige øer.
- Grå stær: signifikant højere forekomst i Norddjurs og Skive.

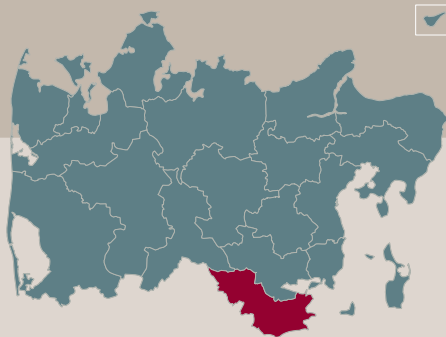
Figur 6a-6s viser sygdomsprofilen for de enkelte kommuner. For hver af de 17 kroniske sygdomme er forekomsten i pct og antallet af borgere, der har sygdommen/eftervirkninger angivet. Endvidere er signifikante afvigelser i forhold til befolkningen som helhed markeret, hvis de forekommer.



Figur 6a. Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) i Favrskov

Favrskov

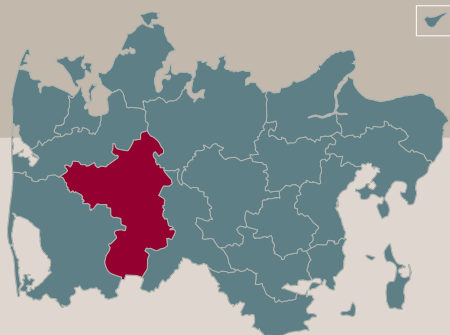
	Pct		Antal syge
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	15		4.100
Hjertekrampe	1,3		400
Blodprop i hjertet	0,6		160
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	0,3		100
Sukkersyge			
Sukkersyge	4		1.100
Kræft			
Kræft	1,7		500
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4		1.000
Astma	7		1.800
Allergi			
Allergi	15		4.300
Muskel-skelet			
Slidgigt, leddegigt	18		5.100
Knogleskørhed	2		600
Diskusprolaps, rygsygdom	14		4.000
Psykiske lidelser			
Forbigående psykiske lidelser	9		2.600
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	1,8		500
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	15		4.200
Tinnitus	11		3.000
Grå stær	1,6		400



Figur 6b. Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) i Hedensted

Hedensted

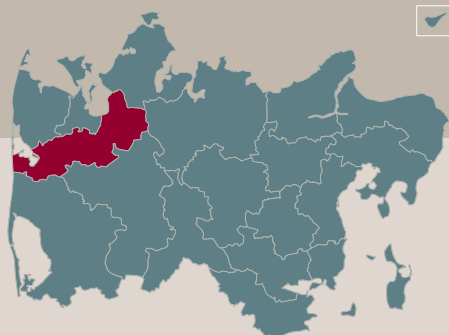
	Pct		Antal syge
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	14	<div style="width: 14%;"></div>	3.900
Hjertekrampe	1,9	<div style="width: 1.9%;"></div>	500
Blodprop i hjertet	0,6	<div style="width: 0.6%;"></div>	170
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	0,7	<div style="width: 0.7%;"></div>	200
Sukkersyge			
	3	<div style="width: 3%;"></div>	900
Kræft			
	2	<div style="width: 2%;"></div>	600
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	5	<div style="width: 5%;"></div>	1.300
Astma	5	<div style="width: 5%;"></div>	1.500
Allergi			
	14	<div style="width: 14%;"></div>	4.000
Muskel-skelet			
Slidgigt, leddegigt	19	<div style="width: 19%;"></div>	5.300
Knogleskørhed	1,4	<div style="width: 1.4%;"></div>	400
Diskusprolaps, rygsygdom	11	<div style="width: 11%;"></div>	3.000
Psykiske lidelser			
Forbigående psykiske lidelser	9	<div style="width: 9%;"></div>	2.500
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	3	<div style="width: 3%;"></div>	800
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	15	<div style="width: 15%;"></div>	4.100
Tinnitus	10	<div style="width: 10%;"></div>	2.800
Grå stær	2	<div style="width: 2%;"></div>	500



Figur 6c. Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) i Herning

Herning

	Pct		Antal syge
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	15	<div style="width: 15%;"></div>	7.700
Hjertekrampe	1,4	<div style="width: 1.4%;"></div>	700
Blodprop i hjertet	0,7	<div style="width: 0.7%;"></div>	400
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,1	<div style="width: 1.1%;"></div>	600
Sukkersyge			
	3	<div style="width: 3%;"></div>	1.600
Kræft			
	1,5	<div style="width: 1.5%;"></div>	800
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4	<div style="width: 4%;"></div>	2.000
Astma	6	<div style="width: 6%;"></div>	3.200
Allergi			
	15	<div style="width: 15%;"></div>	8.000
Muskel-skelet			
Slidgigt, leddegigt	19	<div style="width: 19%;"></div>	10.000
Knogleskørhed	3	<div style="width: 3%;"></div>	1.300
Diskusprolaps, rygsygdom	12	<div style="width: 12%;"></div>	6.600
Psykiske lidelser			
Forbigående psykiske lidelser	11	<div style="width: 11%;"></div>	5.700
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	2	<div style="width: 2%;"></div>	1.100
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	15	<div style="width: 15%;"></div>	8.100
Tinnitus	11	<div style="width: 11%;"></div>	5.700
Grå stær	1,5	<div style="width: 1.5%;"></div>	800

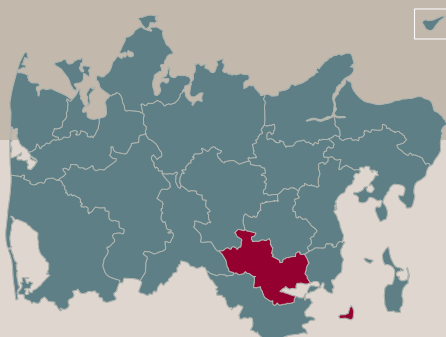


Figur 6d. Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) i Holstebro

Holstebro

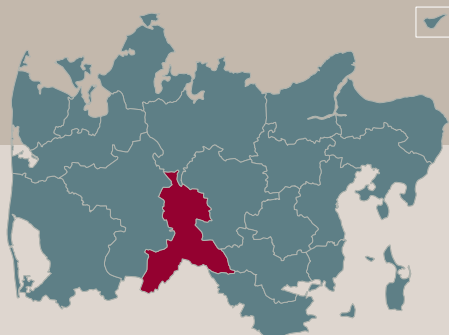
	Pct		Antal syge
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	13		4.800
Hjertekrampe	1,0		400
Blodprop i hjertet	0,6		200
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,5		500
Sukkersyge			
Sukkersyge	4		1.500
Kræft			
Kræft	1,6		600
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4		1.300
Astma	6		2.200
Allergi			
Allergi	15		5.300
Muskel-skelet			
Slidgigt, leddegigt	20		6.900
Knogleskørhed	2		700
Diskusprolaps, rygsygdom	12		4.100
Psykiske lidelser			
Forbigående psykiske lidelser	10		3.400
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	3		1.000
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	13		4.600
Tinnitus	11		4.000
Grå stær	3		900

Figur 6e. Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) i Horsens



Horsens

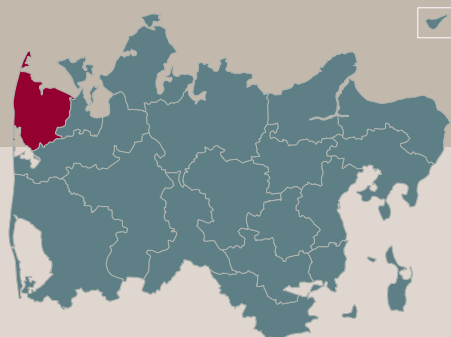
	Pct		Antal syge
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	16	<div style="width: 16%;"></div>	7.400
Hjertekrampe	1,4	<div style="width: 1.4%;"></div>	600
Blodprop i hjertet	0,9	<div style="width: 0.9%;"></div>	400
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,9	<div style="width: 1.9%;"></div>	900
Sukkersyge			
Sukkersyge	5	<div style="width: 5%;"></div>	2.100
Kræft			
Kræft	0,7	<div style="width: 0.7%;"></div>	300
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4	<div style="width: 4%;"></div>	2.000
Astma	6	<div style="width: 6%;"></div>	2.600
Allergi			
Allergi	15	<div style="width: 15%;"></div>	6.900
Muskel-skelet			
Slidgigt, leddegigt	19	<div style="width: 19%;"></div>	8.600
Knogleskørhed	2	<div style="width: 2%;"></div>	1.100
Diskusprolaps, rygsygdom	11	<div style="width: 11%;"></div>	5.200
Psykiske lidelser			
Forbigående psykiske lidelser	11	<div style="width: 11%;"></div>	4.900
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	1,4	<div style="width: 1.4%;"></div>	700
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	15	<div style="width: 15%;"></div>	7.100
Tinnitus	9	<div style="width: 9%;"></div>	4.100
Grå stær	2	<div style="width: 2%;"></div>	1.000



Figur 6f. Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) i Ikast-Brande

Ikast-Brande

	Pct		Antal syge
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	15	<div style="width: 15%;"></div>	3.500
Hjertekrampe	1,7	<div style="width: 1.7%;"></div>	400
Blodprop i hjertet	0,6	<div style="width: 0.6%;"></div>	140
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,6	<div style="width: 1.6%;"></div>	400
Sukkersyge			
Sukkersyge	4	<div style="width: 4%;"></div>	900
Kræft			
Kræft	1,5	<div style="width: 1.5%;"></div>	400
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4	<div style="width: 4%;"></div>	1.000
Astma	6	<div style="width: 6%;"></div>	1.400
Allergi			
Allergi	14	<div style="width: 14%;"></div>	3.300
Muskel-skelet			
Slidgigt, leddegigt	20	<div style="width: 20%;"></div>	4.900
Knogleskørhed	2	<div style="width: 2%;"></div>	600
Diskusprolaps, rygsygdom	11	<div style="width: 11%;"></div>	2.700
Psykiske lidelser			
Forbigående psykiske lidelser	8	<div style="width: 8%;"></div>	1.900
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	2	<div style="width: 2%;"></div>	500
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	15	<div style="width: 15%;"></div>	3.600
Tinnitus	9	<div style="width: 9%;"></div>	2.200
Grå stær	2	<div style="width: 2%;"></div>	600

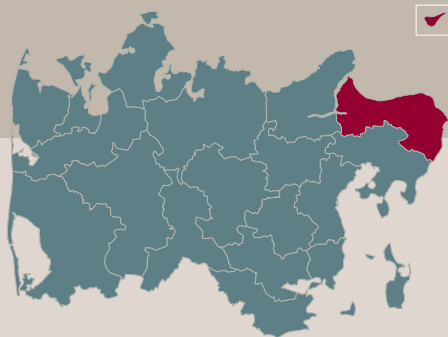


Figur 6g. Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) i Lemvig

Lemvig

	Pct		Antal syge
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	16		2.200
Hjertekrampe	1,8		200
Blodprop i hjertet	1,0		140
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,7		200
Sukkersyge			
Sukkersyge	4		500
Kræft			
Kræft	1,9		300
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	3		400
Astma	6		900
Allergi			
Allergi	15		2.000
Muskel-skelet			
Slidgigt, leddegigt	21		2.700
Knogleskørhed	2		200
Diskusprolaps, rygsygdom	15		2.000
Psykiske lidelser			
Forbigående psykiske lidelser	9		1.200
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	2		300
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	13		1.800
Tinnitus	12		1.600
Grå stær	2		300

Signifikant flere end i hele befolkningen



Figur 6h. Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) i Norddjurs

Norddjurs

	Pct		Antal syge
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	16		3.900
Hjertekrampe	1,7		400
Blodprop i hjertet	0,8		180
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,0		200
Sukkersyge			
Sukkersyge	5		1.200
Kræft			
Kræft	1,9		400
Luftveje			
Bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4		1.000
Astma	8		1.800
Allergi			
Allergi	15		3.600
Muskel-skelet			
Slidgigt, leddegigt	20		4.800
Knogleskørhed	3		700
Diskusprolaps, rygsygdom	12		2.900
Psykiske lidelser			
Forbigående psykiske lidelser	11		2.500
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	2		600
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	14		3.300
Tinnitus	12		2.800
Grå stær	4		900

Signifikant flere end i hele befolkningen

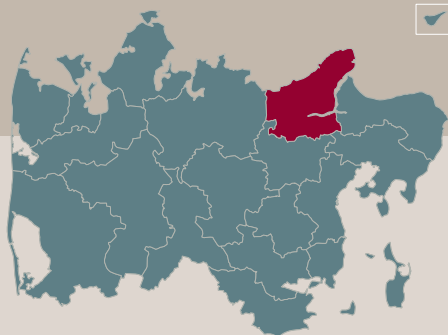
Figur 6i. Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) i Odder



Odder

	Pct		Antal syge
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	13		1.700
Hjertekrampe	1,8		200
Blodprop i hjertet	1,0		140
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,0		140
Sukkersyge			
Sukkersyge	3		400
Kræft			
Kræft	1,7		200
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	3		500
Astma	5		700
Allergi			
Allergi	15		2.100
Muskel-skelet			
Slidgigt, leddegigt	20		2.700
Knogleskørhed	1,3		180
Diskusprolaps, rygsygdom	13		1.700
Psykiske lidelser			
Forbigående psykiske lidelser	11		1.500
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	2		300
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	11		1.500
Tinnitus	11		1.500
Grå stær	3		400

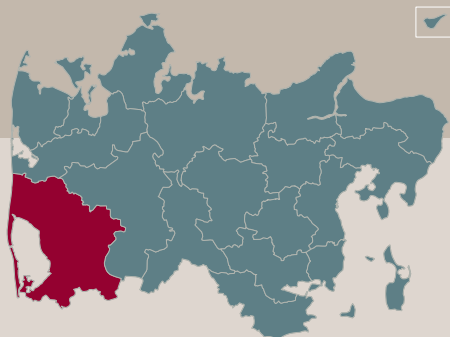
Signifikant færre end i hele befolkningen



Figur 6j. Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) i Randers

Randers

	Pct		Antal syge
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	15		8.600
Hjertekrampe	2		1.100
Blodprop i hjertet	1,5		900
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,6		900
Sukkersyge			
Sukkersyge	3		1.800
Kræft			
Kræft	1,0		600
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	5		2.900
Astma	6		3.500
Allergi			
Allergi	15		8.600
Muskel-skelet			
Slidgigt, leddegigt	20		11.000
Knogleskørhed	2		1.200
Diskusprolaps, rygsygdom	14		7.800
Psykiske lidelser			
Forbigående psykiske lidelser	10		5.900
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	3		1.800
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	13		7.500
Tinnitus	12		6.700
Grå stær	3		1.800



Figur 6k. Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) i Ringkøbing-Skjern

Ringkøbing - Skjern

	Pct		Antal syge
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	13		4.700
Hjertekrampe	1,5		500
Blodprop i hjertet	1,6		580
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,0		400
Sukkersyge			
Sukkersyge	4		1.300
Kræft			
Kræft	2		800
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4		1.400
Astma	6		2.200
Allergi			
Allergi	14		4.900
Muskel-skelet			
Slidgigt, leddegigt	17		6.100
Knogleskørhed	1,7		600
Diskusprolaps, rygsygdom	12		4.100
Psykiske lidelser			
Forbigående psykiske lidelser	8		3.000
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	1,5		500
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	12		4.200
Tinnitus	9		3.100
Grå stær	3		1.100

Signifikant flere end i hele befolkningen



Figur 6I. Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) i Samsø og øvrige øer (Opgørelsen omfatter Samsø, Venø, Jegindø, Fur, Alrø, Hjarnø, Endelave, Tunø og Anholt)

Samsø og øvrige øer

	Pct		Antal syge
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	21		900
Hjertekrampe	1,5		70
Blodprop i hjertet	1,0		40
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,4		60
Sukkersyge			
Sukkersyge	3		150
Kræft			
Kræft	1,7		70
Luftveje			
Bronchitis, for store lunger, rygerlunger	4		200
Astma	5		200
Allergi			
Allergi	11		500
Muskel-skelet			
Slidgigt, leddegigt	25		1.100
Knogleskørhed	2		100
Diskusprolaps, rygsygdom	14		600
Psykiske lidelser			
Forbigående psykiske lidelser	10		400
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	3		130
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	13		600
Tinnitus	14		600
Grå stær	3		110

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

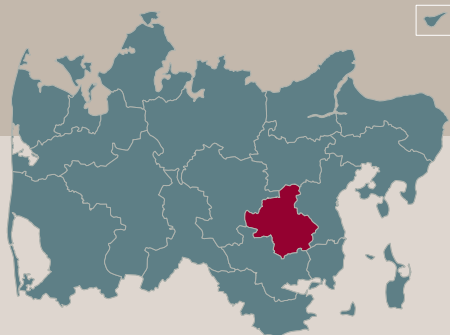


Figur 6m. Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) i Silkeborg

Silkeborg

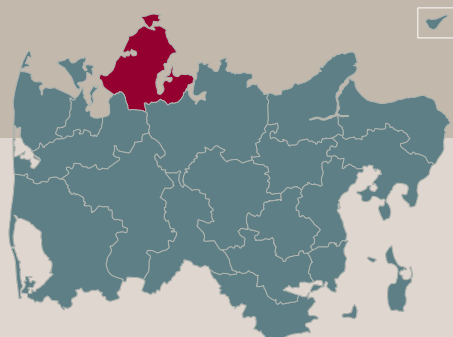
	Pct		Antal syge
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	12	<div style="width: 12%;"></div>	6.800
Hjertekrampe	1,9	<div style="width: 1,9%;"></div>	1.000
Blodprop i hjertet	0,7	<div style="width: 0,7%;"></div>	400
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,8	<div style="width: 1,8%;"></div>	800
Sukkersyge			
Sukkersyge	4	<div style="width: 4%;"></div>	2.200
Kræft			
Kræft	1,1	<div style="width: 1,1%;"></div>	600
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4	<div style="width: 4%;"></div>	2.200
Astma	5	<div style="width: 5%;"></div>	2.800
Allergi			
Allergi	16	<div style="width: 16%;"></div>	8.700
Muskel-skelet			
Slidgigt, leddegigt	17	<div style="width: 17%;"></div>	9.400
Knogleskørhed	1,4	<div style="width: 1,4%;"></div>	800
Diskusprolaps, rygsygdom	13	<div style="width: 13%;"></div>	7.200
Psykiske lidelser			
Forbigående psykiske lidelser	10	<div style="width: 10%;"></div>	5.300
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	2	<div style="width: 2%;"></div>	1.300
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	14	<div style="width: 14%;"></div>	7.800
Tinnitus	9	<div style="width: 9%;"></div>	5.200
Grå stær	3	<div style="width: 3%;"></div>	1.500

Figur 6n. Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) i Skanderborg



Skanderborg

	Pct		Antal syge
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	12		4.400
Hjertekrampe	1,2		400
Blodprop i hjertet	0,5		200
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,1		400
Sukkersyge			
Sukkersyge	3		1.100
Kræft			
Kræft	2		800
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4		1.600
Astma	6		2.200
Allergi			
Allergi	18		6.300
Muskel-skelet			
Slidgigt, leddegigt	16		5.700
Knogleskørhed	1,5		600
Diskusprolaps, rygsygdom	12		4.500
Psykiske lidelser			
Forbigående psykiske lidelser	9		3.300
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	1,7		600
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	14		5.000
Tinnitus	10		3.600
Grå stær	3		1.000

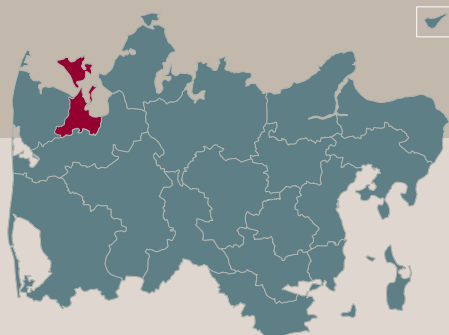


Figur 60. Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) i Skive

Skive

	Pct		Antal syge
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	16		4.900
Hjertekrampe	2		600
Blodprop i hjertet	1,2		400
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,1		300
Sukkersyge			
Sukkersyge	4		1.100
Kræft			
Kræft	1,3		400
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	5		1.500
Astma	6		1.900
Allergi			
Allergi	13		4.000
Muskel-skelet			
Slidgigt, leddegigt	24		7.300
Knogleskørhed	1,9		600
Diskusprolaps, rygsygdom	12		3.600
Psykiske lidelser			
Forbigående psykiske lidelser	8		2.500
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	1,7		500
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	13		3.800
Tinnitus	11		3.200
Grå stær	4		1.100

Signifikant flere end i hele befolkningen

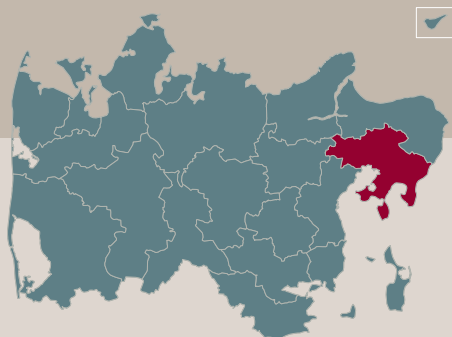


Figur 6p. Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) i Struer

Struer

	Pct		Antal syge
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	16	<div style="width: 16%;"></div>	2.300
Hjertekrampe	1,8	<div style="width: 1.8%;"></div>	300
Blodprop i hjertet	1,0	<div style="width: 1.0%;"></div>	150
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,0	<div style="width: 1.0%;"></div>	150
Sukkersyge			
Sukkersyge	4	<div style="width: 4%;"></div>	600
Kræft			
Kræft	2	<div style="width: 2%;"></div>	300
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	5	<div style="width: 5%;"></div>	700
Astma	6	<div style="width: 6%;"></div>	900
Allergi			
Allergi	17	<div style="width: 17%;"></div>	2.400
Muskel-skelet			
Slidgigt, leddegigt	21	<div style="width: 21%;"></div>	3.000
Knogleskørhed	2	<div style="width: 2%;"></div>	300
Diskusprolaps, rygsygdom	12	<div style="width: 12%;"></div>	1.700
Psykiske lidelser			
Forbigående psykiske lidelser	11	<div style="width: 11%;"></div>	1.500
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	1,9	<div style="width: 1.9%;"></div>	300
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	13	<div style="width: 13%;"></div>	1.800
Tinnitus	14	<div style="width: 14%;"></div>	2.000
Grå stær	3	<div style="width: 3%;"></div>	500

■ Signifikant flere end i hele befolkningen



Figur 6q. Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) i Syddjurs

Syddjurs

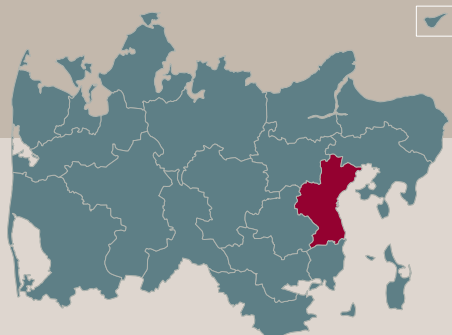
	Pct		Antal syge
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	15		4.100
Hjertekrampe	1,6		400
Blodprop i hjertet	1,0		300
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,8		500
Sukkersyge			
Sukkersyge	4		1.000
Kræft			
Kræft	1,5		400
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	3		900
Astma	6		1.600
Allergi			
Allergi	16		4.400
Muskel-skelet			
Slidgigt, leddegigt	17		4.800
Knogleskørhed	1,3		300
Diskusprolaps, rygsygdom	14		3.700
Psykiske lidelser			
Forbigående psykiske lidelser	9		2.400
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	3		800
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	13		3.700
Tinnitus	11		3.100
Grå stær	3		700

Figur 6r. Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) i Viborg



Viborg

	Pct		Antal syge
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	14	<div style="width: 14%;"></div>	7.800
Hjertekrampe	1,4	<div style="width: 1,4%;"></div>	800
Blodprop i hjertet	0,8	<div style="width: 0,8%;"></div>	500
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	0,7	<div style="width: 0,7%;"></div>	400
Sukkersyge			
Sukkersyge	4	<div style="width: 4%;"></div>	2.100
Kræft			
Kræft	1,1	<div style="width: 1,1%;"></div>	600
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4	<div style="width: 4%;"></div>	2.400
Astma	5	<div style="width: 5%;"></div>	2.800
Allergi			
Allergi	14	<div style="width: 14%;"></div>	8.200
Muskel-skelet			
Slidgigt, leddegigt	18	<div style="width: 18%;"></div>	11.000
Knogleskørhed	2	<div style="width: 2%;"></div>	1.400
Diskusprolaps, rygsygdom	12	<div style="width: 12%;"></div>	6.900
Psykiske lidelser			
Forbigående psykiske lidelser	9	<div style="width: 9%;"></div>	5.100
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	3	<div style="width: 3%;"></div>	1.700
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	12	<div style="width: 12%;"></div>	7.000
Tinnitus	8	<div style="width: 8%;"></div>	4.800
Grå stær	1,6	<div style="width: 1,6%;"></div>	900



Figur 6s. Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) i Århus

Århus

	Pct		Antal syge
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	13		22.000
Hjertekrampe	1,8		3.100
Blodprop i hjertet	0,7		1.300
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,1		1.900
Sukkersyge			
Sukkersyge	3		5.500
Kræft			
Kræft	1,5		2.500
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	3		5.600
Astma	7		12.000
Allergi			
Allergi	20		34.000
Muskel-skelet			
Slidgigt, leddegigt	16		28.000
Knogleskørhed	1,9		3.300
Diskusprolaps, rygsygdom	12		20.000
Psykiske lidelser			
Forbigående psykiske lidelser	11		18.000
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	2		4.300
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	14		23.000
Tinnitus	9		15.000
Grå stær	1,7		3.000

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

Kronisk sygdom i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau

Der er betydelige forskelle i forekomsten af de 17 kroniske sygdomme i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau. Der er foretaget en analyse, hvor alle tre variable er inddraget på én gang². Det generelle mønster er sammenfattet i tabel 4, mens forekomsten hos mænd og kvinder i de forskellige aldersgrupper kan ses i figur 7 og i forhold til uddannelsesniveau i figur 8.

Alder

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

Ved de potentielt livstruende sygdomme er mønsteret entydigt.

- Hjertekarsygdomme, sukkersyge, kræft og luftvejslidelser minus astma er væsentligt hyppigere hos ældre end yngre.

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

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

- For gigtsygdommene synes forekomsten at toppe ved 65-74 år.
- For diskusprolaps/anden rygssygdom er der en stigning 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.

- Forbigående psykiske lidelser ligger på et konstant niveau til og med 45-54 år. Herefter er der et markant fald i forekomsten.
- Psykisk sygdom/mentale forstyrrelser toppe ved 35-44 år. Der er et svagt fald til og med 55-64 år, hvorefter forekomsten falder markant.
- Astma forekommer hyppigere hos de yngste og de ældste aldersgrupper end hos midaldrende, et mønster der også kendes fra andre undersøgelser (11, 12).
- Forekomsten af allergi falder markant med alderen.
- Det samme gælder migræne/hyppig hovedpine, hvor der indtræder et kraftigt fald efter 45-54 år.

Tinnitus og grå stær er begge langt hyppigere hos ældre end hos unge.

- For grå stær er der tale om en kraftig stigning efter 55-64 år.
- For tinnitus sker der en stigning til og med 55-64 år, hvorefter forekomsten er konstant.

Køn

Der er markante forskelle mellem mænds og kvinders sygdomsmønstre.

- De potentielt livstruende kroniske sygdomme er hyppigst hos mænd.

Undtagelserne er forhøjet blodtryk, som forekommer lige hyppigt hos mænd og kvinder, og kræft, som er hyppigst hos kvinder.

Der er ikke i undersøgelsen spurgt til forekomsten af de enkelte kræftsygdomme. *Cancerregistret* dokumenterer imidlertid, at der er store kønsforskelle i forekomsten af kræftsygdomme hos mænd og kvinder. De hyppigste kræftformer hos kvinder har en lavere dødelighed end de hyppigste kræftformer hos mænd (12). Den større forekomst af kræft hos kvinder i nærværende undersøgelse skyldes derfor sandsynligvis både, at flere kvinder end mænd får kræft, og at flere kvinder end mænd lever med/overlever en kræftsygdom.

- De ikke-livstruende kroniske sygdomme er hyppigst hos kvinder.

Undtagelserne er diskusprolaps/anden rygssygdom, der er lidt hyppigere hos mænd, og tinnitus, der er væsentligt hyppigere hos mænd.

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

- Der er endvidere en vis overhyppighed hos kvinder af astma, psykisk sygdom/mentale forstyrrelser, migræne/hyppig hovedpine og grå stær.

Forskellen i mænds og kvinders sygdomsmønster forklarer formentlig det tilsyneladende paradoks, at danske kvinder i gennemsnit lever 5 år længere end danske mænd (14) på trods af, at flere kvinder end mænd har et dårligt selvvurderet helbred, og at kvinder har et større forbrug af sundhedsydelser.

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

² Der er lavet en logistisk regressionsanalyse for hver af de 17 sygdomme med den pågældende sygdom som afhængig variabel og køn, alder og uddannelsesniveau som uafhængige variable.

Tabel 4. Forekomsten af 17 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
Potentielt livstruende kroniske sygdomme								
Forhøjet blodtryk			●	○	○	●		
Hjertekrampe			●	●		●		
Blodprop i hjertet			●	●		●		
Hjerneblødning, blodprop i hjernen			●	●		●		
Sukkersyge			●	●		●		
Kræft			●		●			●
Bronkitis, for store lunger, rygerlunger			●	●		●		
Ikke-livstruende kroniske sygdomme								
Astma	●		●		●	●		
Slidgigt, leddegigt			●		●	●		
Allergi	●				●			●
Knogleskørhed			●		●	●		
Diskusprolaps		●	●	●		●		
Forbigående psykiske lidelser	●	●			●	●		
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser		●			●	●		
Migræne, hyppig hovedpine	●	●			●	●		
Tinnitus			●	●		○	○	○
Grå stær			●		●	●		

● = hyppigst hos
○ = ingen forskel

Uddannelsesniveau

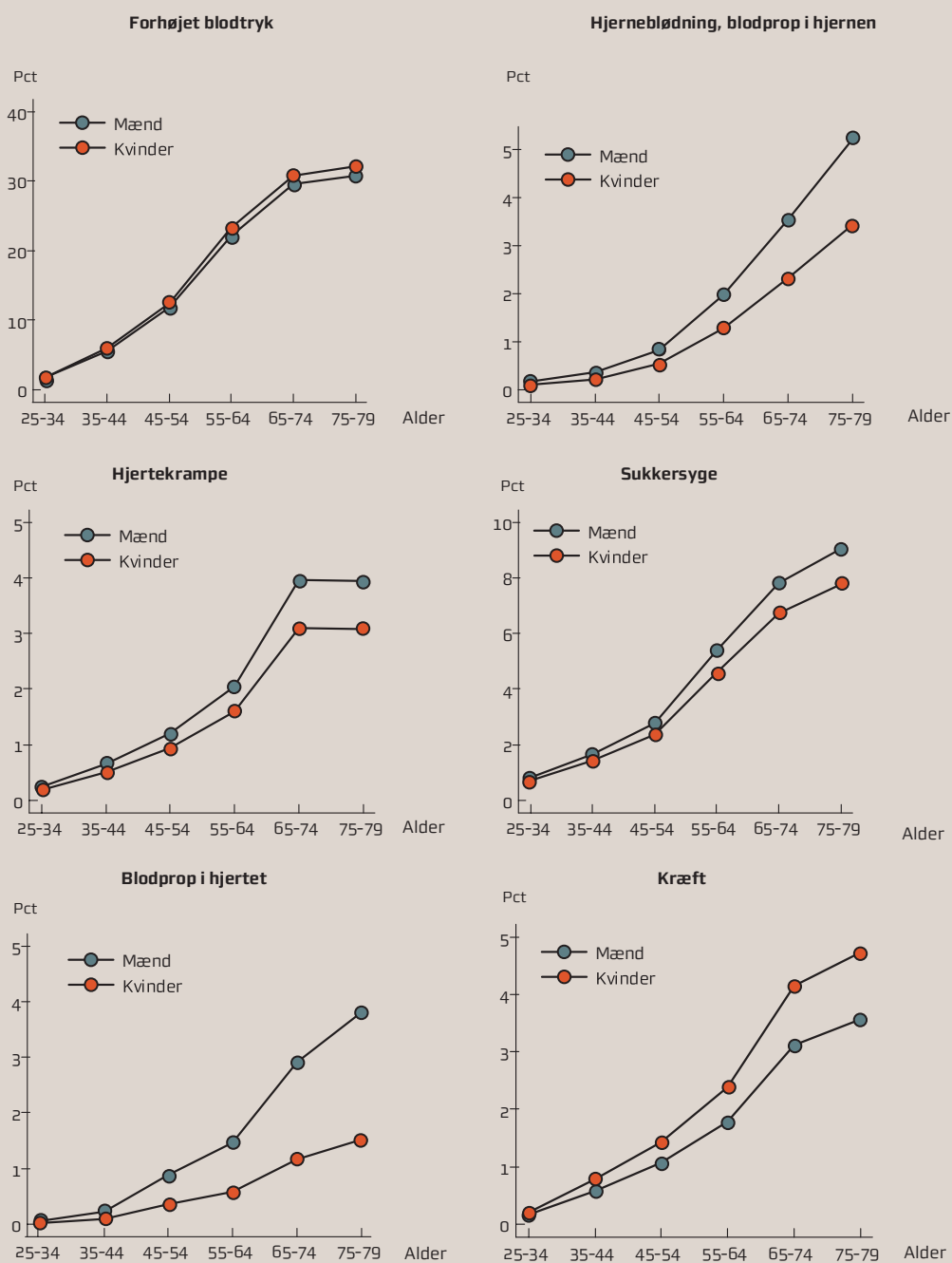
Ved 14 ud af de 17 kroniske sygdomme er forekomsten størst hos de lavt uddannede.

Ved de potentielt livstruende kroniske sygdomme er kræft den eneste undtagelse. Kræft forekommer lidt hyppigere hos de højt uddannede end hos de lavt uddannede.

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

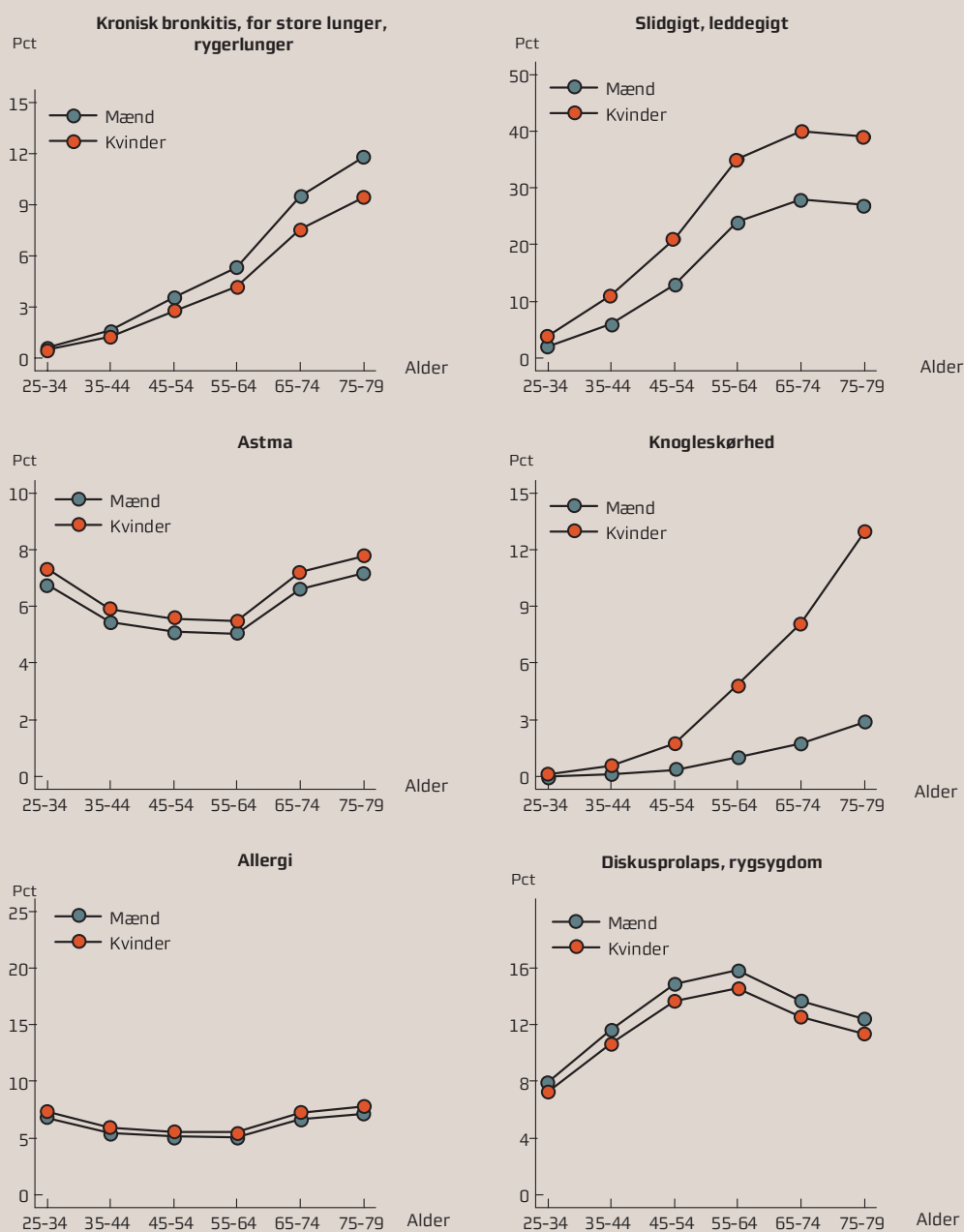
Forekomsten af de øvrige ikke-livstruende kroniske sygdomme er størst hos de lavt uddannede.

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

Figur 7. Forekomst af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) – køn og alder


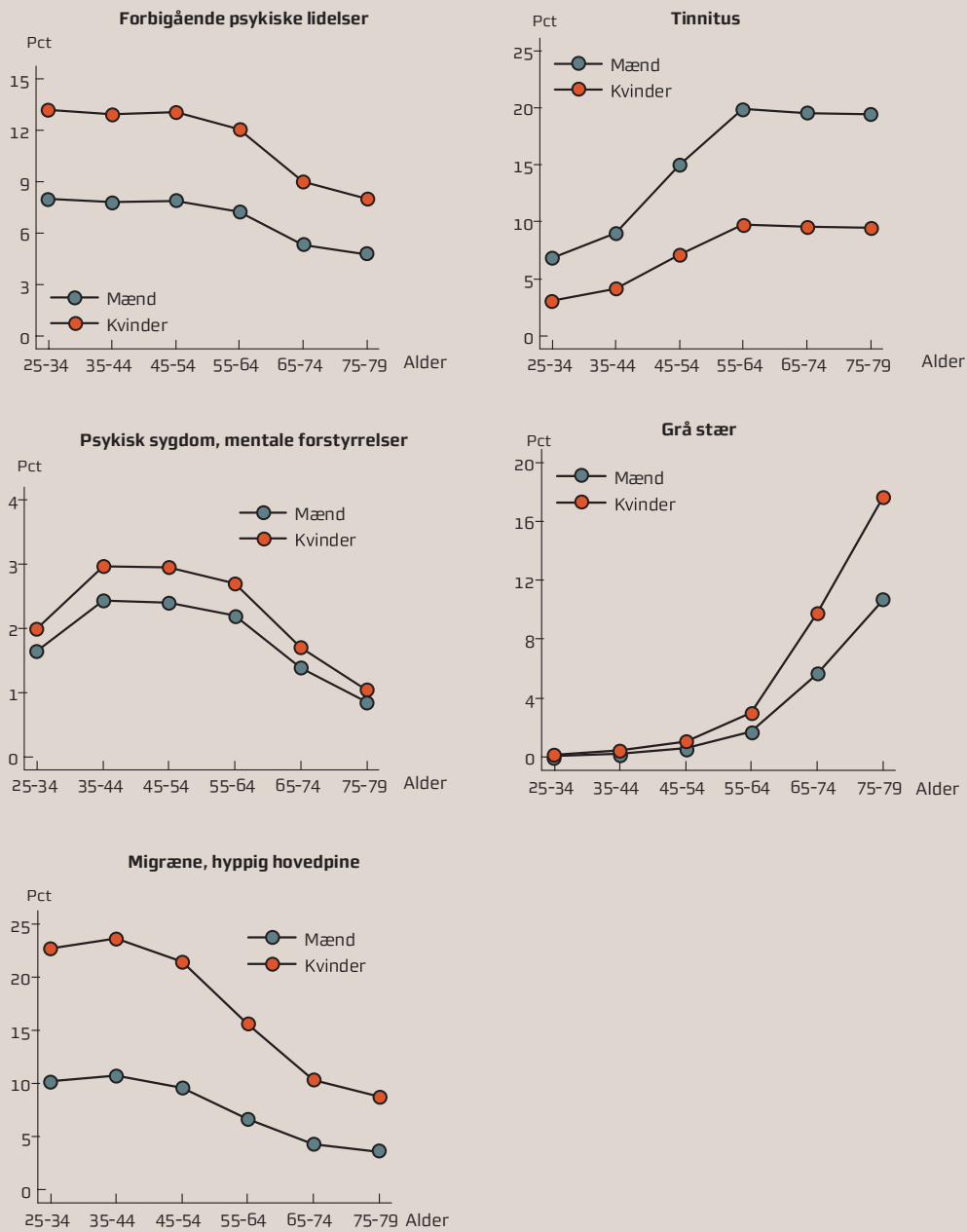
Note: Justeret for uddannelsesniveau

Figur 7 (fortsat). Forekomst af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) – køn og alder



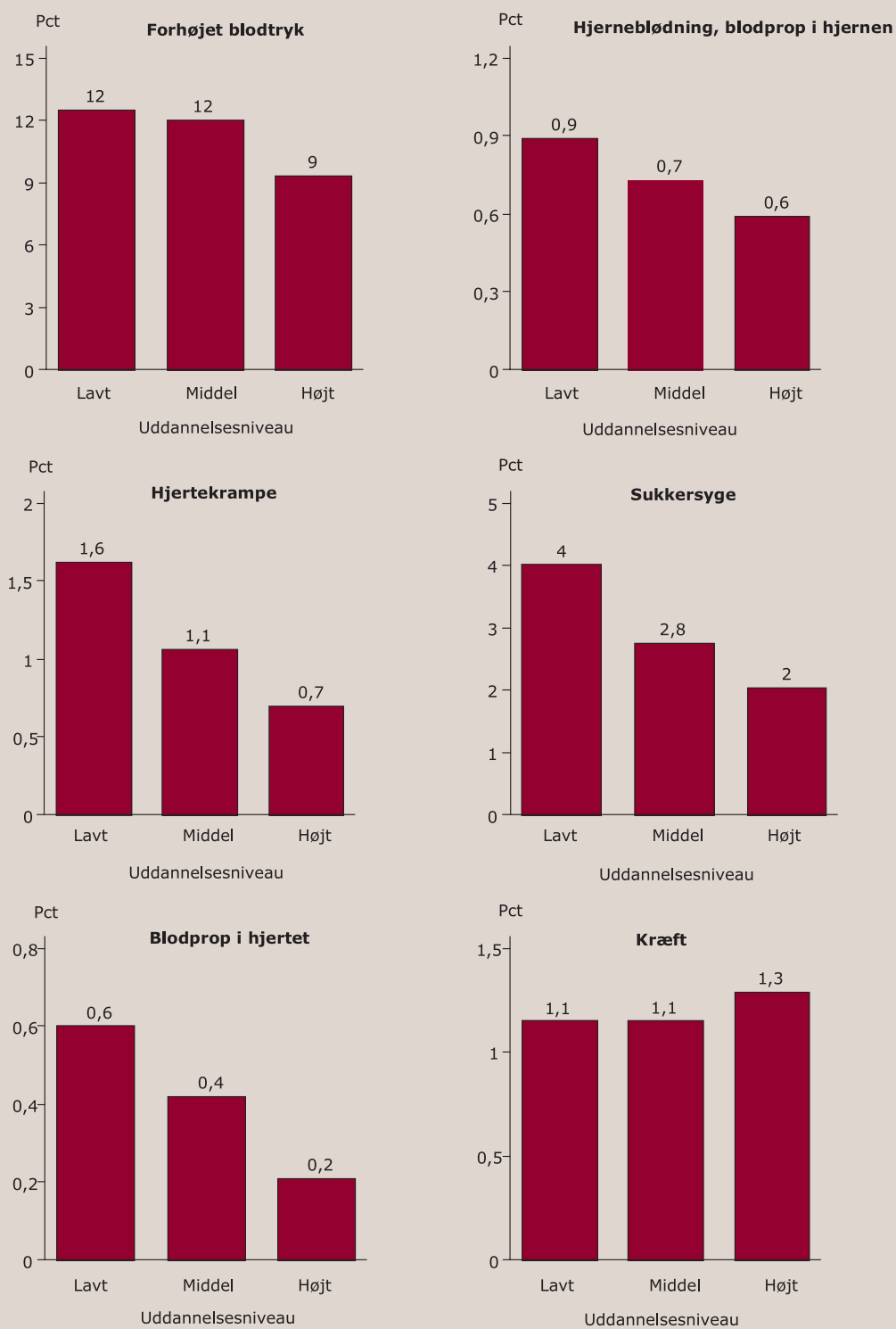
Note: Justeret for uddannelsesniveau

Figur 7 (fortsat). Forekomst af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) – køn og alder



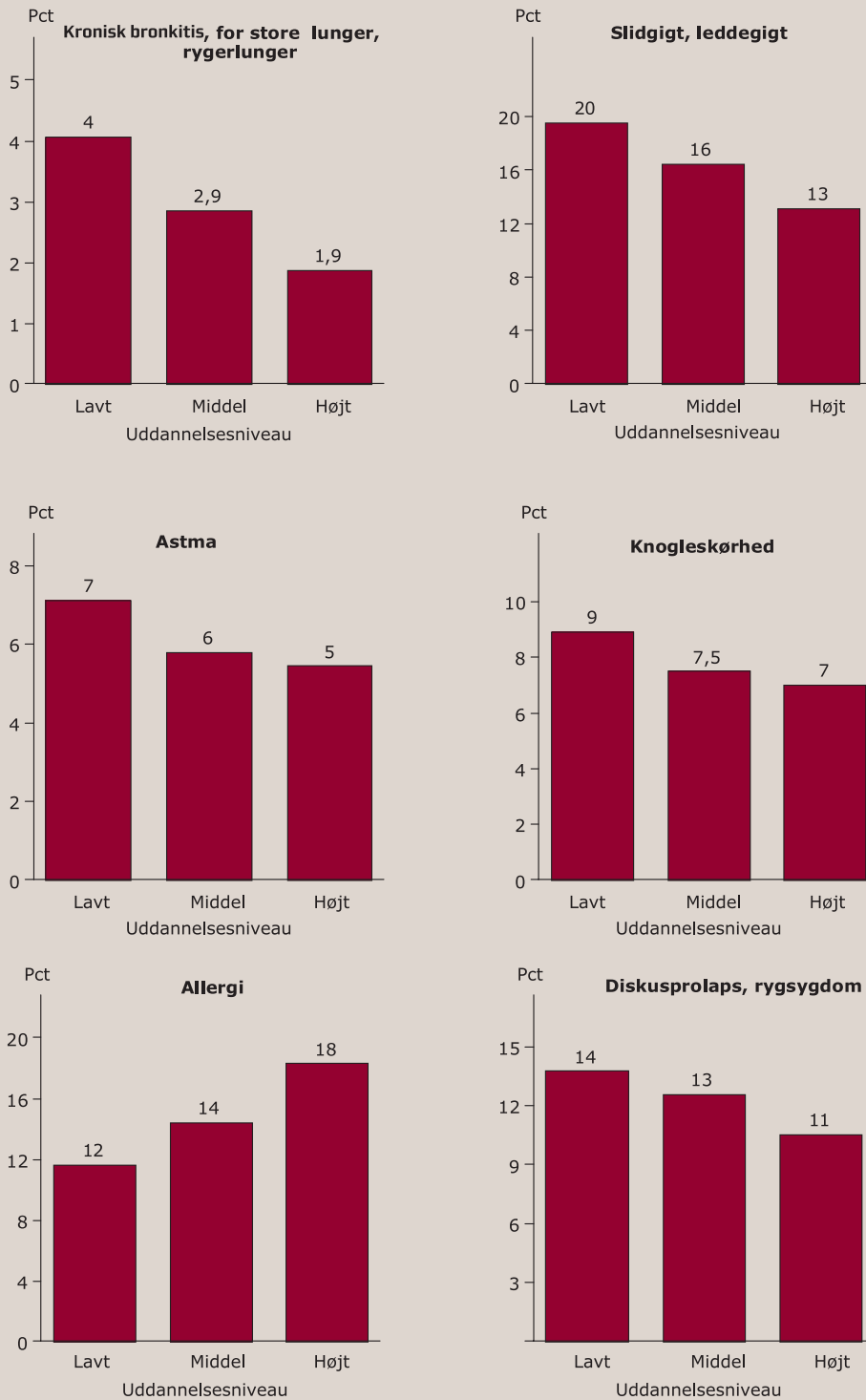
Note: Justeret for uddannelsesniveau

Figur 8. Forekomst af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) – uddannelsesniveau



Note: Justeret for køn og alder

Figur 8 (fortsat). Forekomst af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) – uddannelsesniveau



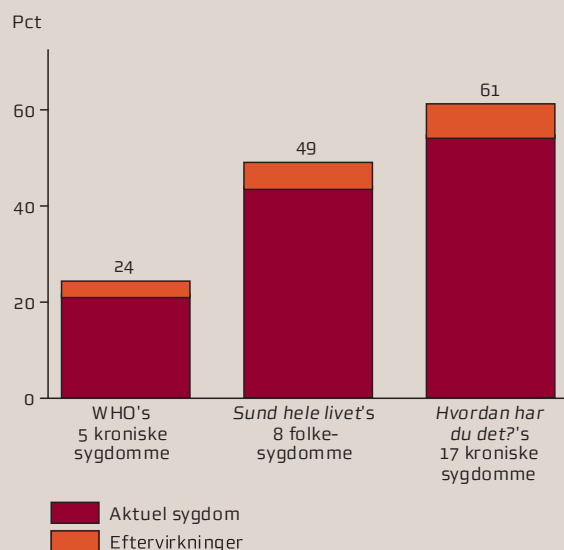
Note: Justeret for køn og alder

Figur 8 (fortsat). Forekomst af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) – uddannelsesniveau

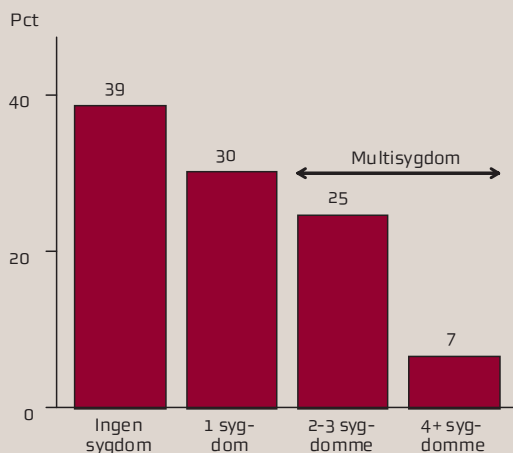


Note: Justeret for køn og alder

Figur 9. Hvor mange har en kronisk sygdom? Forekomst af kronisk sygdom opgjort efter tre forskellige kriterier



Figur 10. Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger)



Hvor mange har en eller flere kroniske sygdomme?

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

Et samlet mål for forekomsten af kronisk sygdom påvirkes ifølge sagens natur 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 9 viser, hvor stor en andel af befolkningen i Region Midtjylland, der har mindst én af:

- De fem kroniske sygdomme, som prioriteres i WHO's *Preventing chronic diseases: a vital investment*.
- De otte folkesygdomme i regeringens folkesundhedsprogram *Sund hele livet*.
- De 17 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 24% for WHO's fem kroniske sygdomme (kun aktuel sygdom), til 61% for *Hvordan har du det?*'s 17 kroniske sygdomme (aktuel

sygdom og eftervirkninger). Andelen med aktuel sygdom udgør langt den største andel uanset opgørelsesmetode.

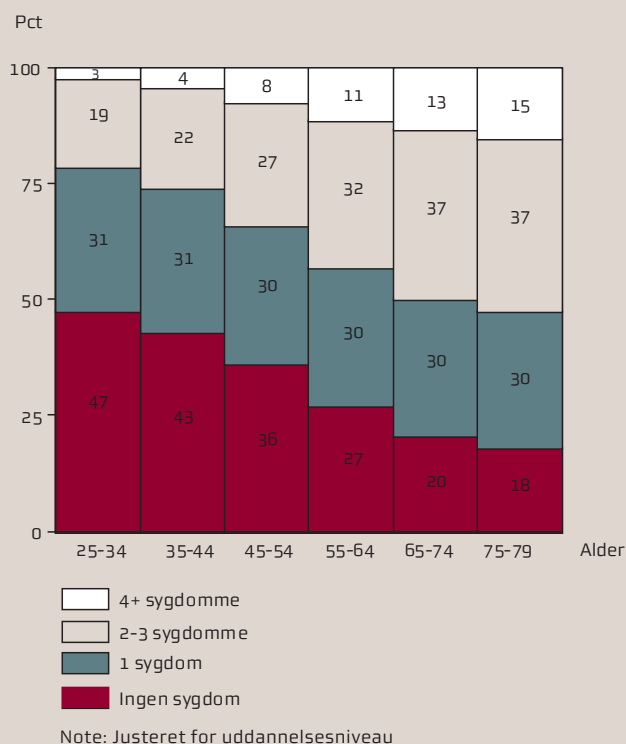
I figur 10 ses, hvor stor en andel der har én eller flere kroniske sygdomme. Opgørelsen bygger på forekomsten af undersøgelsens 17 kroniske sygdomme, aktuel sygdom og eftervirkninger.

- 30% har én kronisk sygdom.

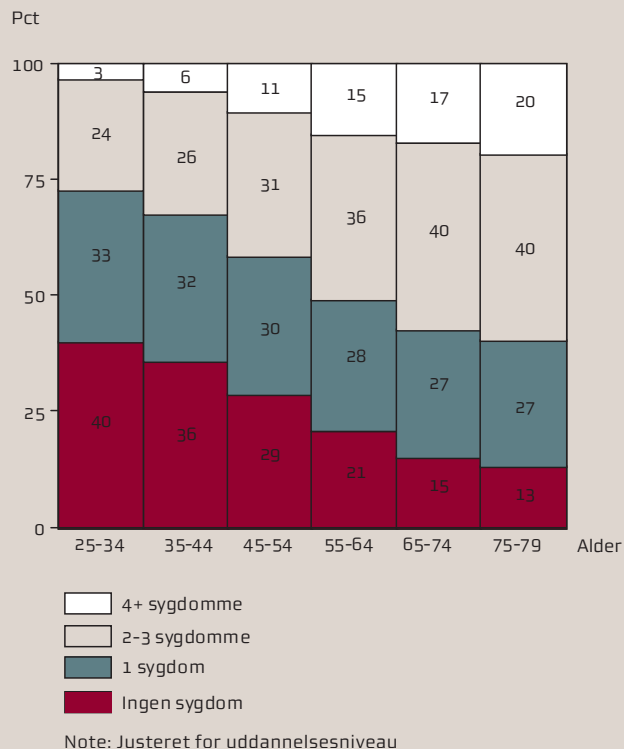
Halvdelen af de kroniske syge er multisyge:

- 25% har to til tre kroniske sygdomme.
- 7% har fire eller flere kroniske sygdomme.

Figur 11. Forekomst af kroniske sygdomme – mænd



Figur 12. Forekomst af kroniske sygdomme – kvinder

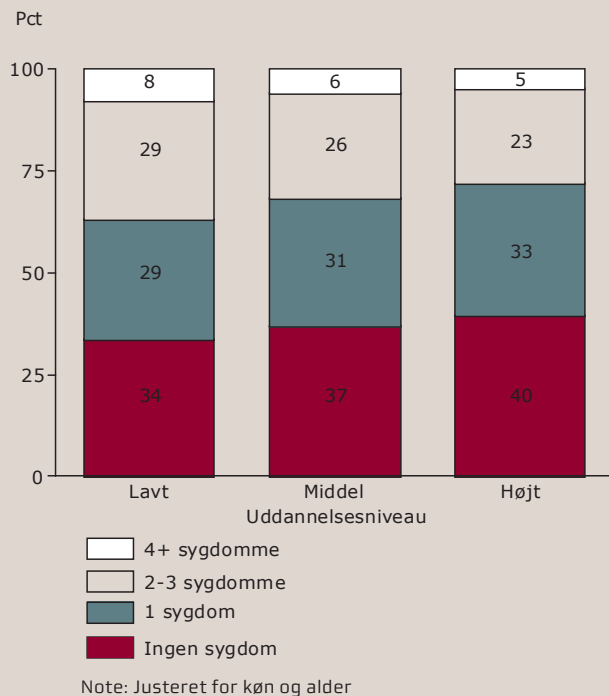


I figur 11 og 12 ser man forekomsten af kronisk sygdom hos henholdsvis mænd og kvinder opdelt på aldersgrupper.

Der er en stærk sammenhæng mellem alder og forekomsten af kronisk sygdom hos begge køn. Andelen uden en kronisk sygdom falder markant med alderen, mens andelen med to eller flere sygdomme stiger tilsvarende. Til gengæld er andelen med en enkelt kronisk sygdom stort set den samme i alle aldersgrupper.

- Hos mænd falder andelen uden en kronisk sygdom fra 47% til 18% fra den yngste til den ældste aldersgruppe. Andelen med to eller flere kroniske sygdomme stiger fra 22% til 52%.
- Hos kvinder falder andelen uden en kronisk sygdom fra 40% til 13% fra den yngste til den ældste aldersgruppe. Andelen med to eller flere sygdomme stiger fra 27% til 60%.

Figur 13 viser sammenhængen mellem uddannelsesniveau og forekomsten af kronisk sygdom. Andelen uden kronisk sygdom stiger fra laveste til højeste uddannelsesniveau, mens andelen med multisygdom falder.

Figur 13. Forekomst af kroniske sygdomme – uddannelsesniveau

Helbredsbelastning og kronisk sygdom

I det foregående er beskrevet forekomsten af 17 kroniske sygdomme i den voksne befolkning i Region Midtjylland.

Undersøgelsen dokumenterer desuden, hvordan mennesker med kronisk sygdom har det. Dette afsnit handler om helbredsbelastningen hos personer med en kronisk sygdom.

Helbredsbelastningen beskrives på *individniveau* og *befolkningsniveau*.

Formålet er at belyse helbredsbelastningen hos personer med hver af de 17 kroniske sygdomme, og hvor store forskelle der er i belastning imellem de forskellige sygdomme.

Endvidere undersøges, hvor meget de enkelte sygdomme belaster befolkningens helbred som helhed.

Helbredsbelastningen beskrives ved hjælp af følgende fem spørgsmål:

- Hvor mange har et dårligt selv vurderet helbred?
- Hvor mange er hæmmet af sygdom?
- Hvor mange er meget hæmmet af sygdom?

- Hvor mange har brug for hjælp til deres daglige gøremål?
- Hvor mange har modtaget helbredsbetiget overførselsindkomst inden for det seneste år?

Ved vurderingen af helbredsbelastningen på befolkningsniveau tages der desuden hensyn til, hvor mange, der har den pågældende sygdom.

Helbredsbelastningen ved de enkelte sygdomme kan tage sig forskelligt ud på individniveau og befolkningsniveau.

Sygdomme, der forekommer hyppigt, øger helbredsbelastningen i befolkningen meget, hvis blot en mindre del af de syge har et belastet helbred.

Omvendt øger en sygdom, hvor de fleste har et meget belastet helbred, ikke den samlede helbredsbelastning særlig meget, hvis sygdommen forekommer sjældent.

Tabel 5. Helbredsbelastning på individniveau af 17 kroniske sygdomme – ujusterede tal

	Dårligt selv- vurderet helbred	Hæmmet af sygdom	Meget hæmmet af sygdom	Brug for hjælp til daglige gøremål	Helbredsbetiget overførselsindkomst ¹
	Pct				
Befolkningen som helhed	13	21	10	10	14
Hjerte-kar					
Forhøjet blodtryk	25	34	17	17	22
Hjertekrampe	50	57	34	32	39
Blodprop i hjertet	53	66	39	36	43
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	53	74	45	49	46
Sukkersyge	37	40	22	25	26
Kræft	41	56	29	33	36
Luftveje					
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	44	54	32	29	32
Astma	28	39	21	19	21
Allergi	16	26	13	12	16
Muskel-skelet					
Slidgigt, leddegigt	32	47	24	22	27
Knogleskørhed	44	59	37	38	37
Diskusprolaps, rygsygdom	34	52	28	23	28
Psykiske lidelser					
Forbigående psykiske lidelser	35	44	26	22	29
Vedvarende psykisk sygdom	58	72	48	45	50
Nervesystem og sansorganer					
Migræne eller hyppig hovedpine	26	36	21	17	22
Tinnitus	20	31	16	13	19
Grå stær	29	40	19	26	24

¹ Aldersgruppen 25-64 år

Note: Ved alle 17 sygdomme er der tale om en signifikant større helbredsbelastning for hver af de fem variable sammenholdt med befolkningen som helhed.

Helbredsbelastning på individniveau

Helbredsbelastningen på individniveau belyses *først* fra en deskriptiv synsvinkel, det vil sige, uden at der tages hensyn til, at personer med den enkelte sygdom ofte har andre sygdomme, og at sammensætningen med hensyn til køn, alder og uddannelsesniveau varierer fra

sygdom til sygdom (ujusterede tal). *Dernæst* foretages en analyse, hvor der tages højde for anden sygdom samt forskelle i køn, alder og uddannelsesniveau (justerede tal)³.

Formålet her er at sammenligne helbredsbelastningen ved de enkelte sygdomme, når en række 'forstyrrende' faktorer holdes konstante.

³ Der er anvendt fem logistiske regressionsmodeller, en for hver af indikatorerne for helbredsbelastning. Uafhængige variable er de 17 kroniske sygdomme samt køn, alder og uddannelsesniveau.

Table 6. Helbredsbelastning på individniveau af 17 kroniske sygdomme – justeret for forekomsten af andre sygdomme samt køn, alder og uddannelsesniveau

	Dårligt selv vurderet helbred	Hæmmet af sygdom	Meget hæmmet af sygdom	Brug for hjælp til daglige gøremål	Helbredsbetiget overførselsindkomst ¹
	Pct				
Befolkningen som helhed	8	15	7	6	12
Hjerte-kar					
Forhøjet blodtryk	11	20	8	7	15
Hjertekrampe	19	26	11	9	19
Blodprop i hjertet	20	41	15	12	24
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	32	66	29	30	32
Sukkersyge	20	24	10	11	17
Kræft	26	47	16	18	28
Luftveje					
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	19	29	13	10	17
Astma	13	25	10	8	*14
Allergi	*8	17	*7	*7	*12
Muskel-skelet					
Slidgigt, leddegigt	17	34	14	10	20
Knogleskørhed	18	33	15	13	21
Diskusprolaps, rygsygdom	19	39	17	13	20
Psykiske lidelser					
Forbigående psykiske lidelser	17	26	11	9	19
Vedvarende psykisk sygdom	30	52	23	24	31
Nervesystem og sanseorganer					
Migræne eller hyppig hovedpine	15	25	11	9	15
Tinnitus	*9	18	8	*7	*14
Grå stær	*9	*18	*6	*7	*13

¹ Aldersgruppen 25-64 år

Note: Ved alle 17 sygdomme er der tale om en signifikant større helbredsbelastning for hver af de fem variable sammenholdt med befolkningen som helhed undtagen ved tal mærket med *.

Resultatet af den første analyse (tabel 5) kan sammenfattes i følgende punkter:

- 1) Ved alle 17 kroniske sygdomme finder man en større helbredsbelastning end i befolkningen som helhed ved de fem variable, der er brugt til at måle sygdomsbelastning. Samtlige forskelle er statistisk signifikante.
- 2) Der er stor overensstemmelse mellem sygdommenes indbyrdes placering på de fem variable. Helbredsbelastningen ved vedvarende psykisk sygdom

er fx størst eller næststørst ved alle fem variable: dårligt selv vurderet helbred, hæmmet af sygdom, meget hæmmet af sygdom, brug for hjælp til daglige gøremål og helbredsbetiget overførselsindkomst. Det samme gælder hjerneblødning/blodprop i hjernen. Mens helbredsbelastningen ved allergi er lavest ved samtlige variable.

- 3) Der er store forskelle i helbredsbelastning mellem de enkelte sygdomme. Sammenholder man personer med vedvarende psykisk sygdom og allergi, er der henholdsvis 58% mod 16%, der har et dårligt selv-

vurderet helbred, 72% mod 26% der er hæmmet af sygdom, 48% mod 13% der er meget hæmmet af sygdom, 45% mod 12% der har brug for hjælp til daglige gøremål, og 50% mod 16%, der har fået en helbredsbetiget overførselsindkomst inden for det forudgående år.

- 4) Det samlede billede af sammenhængen mellem kronisk sygdom og helbredsbelastning er komplekst. Ved de fleste potentielt livstruende sygdomme ses en stor helbredsbelastning. Det er også tilfældet ved flere af de ikke-livstruende sygdomme, mens der ved andre sygdomme er tale om mere moderate forskelle set i forhold til befolkningen som helhed.

Resultatet af den anden analyse (tabel 6), hvor der ved hver sygdom er justeret for forekomsten af de 16 øvrige sygdomme samt køn, alder og uddannelsesniveau, kan sammenfattes i følgende punkter:

- 1) Det generelle billede er også her, at der er en væsentlig større helbredsbelastning hos personer med kronisk sygdom end i befolkningen som helhed. Forskellene er dog mindre end i den første analyse.
- 2) Ved allergi, tinnitus og grå stær er helbredsbelastningen kun lidt større end i befolkningen som helhed (de fleste forskelle er ikke statistisk signifikante). Det samme gælder astma, dog er der her 25%, der er hæmmet af sygdom, mod 15% i hele befolkningen.
- 3) Der er fortsat store forskelle i helbredsbelastning mellem de enkelte sygdomme. Sammenholder man fx personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen med personer med forhøjet blodtryk, er der henholdsvis 32% mod 11%, der har et dårligt selvurderet helbred, 66% mod 20% der er hæmmet af sygdom, 29% mod 8% der er meget hæmmet af sygdom, 30% mod 7% der har brug for hjælp til daglige gøremål, og 32% mod 15%, der har fået en helbredsbetiget overførselsindkomst inden for det forudgående år.
- 4) Der er sket visse forskydninger i sygdommenes indbyrdes placering, men der er fortsat stor overensstemmelse mellem de enkelte sygdommes placering på de fem variable. Helbredsbelastningen er fx størst ved hjerneblødning/blodprop i hjernen ved samtlige fem variable og næststørst ved vedvarende psykisk sygdom, mens allergi har den laveste/næstlaveste helbredsbelastning på de fem variable.
- 5) Ligesom ved den første analyse er det et komplekst billede der tegner sig af sammenhængen mellem kronisk sygdom og helbredsbelastning.

Tabel 7. Helbredsbelastningen på befolkningsniveau af 17 kroniske sygdomme – så meget øger hver sygdom antallet af personer med helbredsbelastning pr. 10.000 borgere

	Dårligt selv vurderet helbred	Hæmmet af sygdom	Meget hæmmet af sygdom	Brug for hjælp til daglige gøremål	Helbredsbetaget overførselsindkomst ¹
Antal pr. 10.000					
Hjerte-kar					
Forhøjet blodtryk	46	72	16	16	33
Hjertekrampe	19	18	7	5	6
Blodprop i hjertet	10	22	8	5	5
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	29	62	28	29	13
Sukkersyge	41	32	14	20	11
Kræft	26	46	14	19	16
Luftveje					
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	45	56	26	17	12
Astma	32	61	19	12	8
Allergi	0	26	2	12	0
Muskel-skelet					
Slidgigt, leddegigt	195	404	149	94	123
Knogleskørhed	20	36	18	14	10
Diskusprolaps, rygsygdom	145	320	135	92	106
Psykiske lidelser					
Forbigående psykiske lidelser	92	113	52	33	69
Vedvarende psykisk sygdom	51	86	39	42	46
Nervesystem og sansorganer					
Migræne eller hyppig hovedpine	105	145	74	42	42
Tinnitus	8	28	13	7	12
Grå stær	1	5	0	2	0

¹ Aldersgruppen 25-64 år

Helbredsbelastning på befolkningsniveau

Beregningen af helbredsbelastningen på befolkningsniveau for hver af de 17 sygdomme er foretaget på følgende måde:

Først er det beregnet, hvor meget større helbredsbelastningen er hos personer med sygdommen sammenholdt med personer uden sygdommen. Der er taget højde for

forekomsten af de 16 andre sygdomme samt køn, alder og uddannelsesniveau ⁴.

Dernæst er andelen med forøget helbredsbelastning ganget med antallet pr. 10.000 borgere, der har sygdommen.

Tabel 7 viser, hvor meget hver af de 17 sygdomme øger antallet af personer med helbredsbelastning pr. 10.000 borgere. Resultatet kan sammenfattes i følgende punkter:

⁴ Se fodnote 3 for en beskrivelse af de anvendte statistiske modeller.

- 1) Der er stor overensstemmelse mellem sygdommenes indbyrdes placering på de fem variable. Fx har slidgigt/ leddegigt den højeste placering på fire ud af fem variable og den tredje højeste på den femte variabel. Diskusprolaps/rygsygdom har den næsthøjeste placering på fire variable og den fjerde højeste på den femte variabel.
- 2) Muskel-skelet-lidelser er forbundet med den største helbredsbelastning på befolkningsniveau.

Slidgigt/ leddegigt øger antallet af personer med dårligt selv vurderet helbred med 195 pr. 10.000. 404 flere pr. 10.000 er hæmmet af sygdom, 149 flere pr. 10.000 er meget hæmmet af sygdom, 94 flere pr. 10.000 har brug for hjælp til daglige gøremål, og 123 flere pr. 10.000 har fået helbredsbetaget overførselsindkomst det seneste år.

Diskusprolaps/rygsygdom øger antallet af personer med dårligt selv vurderet helbred med 145 pr. 10.000. 320 flere pr. 10.000 er hæmmet af sygdom, 135 flere pr. 10.000 er meget hæmmet af sygdom, 92 flere pr. 10.000 har brug for hjælp til daglige gøremål, og 106 flere pr. 10.000 har fået helbredsbetaget overførselsindkomst det seneste år.

- 3) Migræne/hyppig hovedpine og forbigående psykiske lidelser er ligeledes forbundet med en stor helbredsbelastning på befolkningsniveau. Det gælder også vedvarende psykisk sygdom/mentale forstyrrelser.

Tabel 8. Sammenligning af helbredsbelastningen på individniveau og befolkningsniveau. Sygdommene er ordnet efter faldende belastningsgrad inden for hver af de tre søjler. Tallene angiver, om en sygdom er placeret i den højeste (1), midterste (2) eller laveste (3) belastningsgruppe i den første søjle.

Individniveau			Befolkningsniveau		
Ujusteret		Justeret ¹			
Største helbredsbelastning					
Vedvarende psykisk sygdom	1	Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1	Slidgigt, leddegigt	2
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1	Vedvarende psykisk sygdom	1	Diskusprolaps, rygsygdom	2
Blodprop i hjertet	1	Kræft	1	Migræne eller hyppig hovedpine	3
Knogleskørhed	1	Diskusprolaps, rygsygdom	2	Forbigående psykiske lidelser	2
Hjertekrampe	1	Blodprop i hjertet	1	Vedvarende psykisk sygdom	1
Kræft	1	Knogleskørhed	1	Astma	3
Mindste helbredsbelastning					
Bronkitis, for store lunger, rygerlunger	2	Slidgigt, leddegigt	2	Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1
Diskusprolaps, rygsygdom	2	Bronkitis, for store lunger, rygerlunger	2	Forhøjet blodtryk	3
Forbigående psykiske lidelser	2	Hjertekrampe	1	Bronkitis, for store lunger, rygerlunger	2
Sukkersyge	2	Sukkersyge	2	Kræft	1
Slidgigt, leddegigt	2	Forbigående psykiske lidelser	2	Sukkersyge	2
Grå stær	3	Migræne eller hyppig hovedpine	3	Knogleskørhed	1
Astma	3	Astma	3	Tinnitus	3
Migræne eller hyppig hovedpine	3	Forhøjet blodtryk	3	Blodprop i hjertet	1
Forhøjet blodtryk	3	Tinnitus	3	Hjertekrampe	1
Tinnitus	3	Grå stær	3	Allergi	3
Allergi	3	Allergi	3	Grå stær	3

¹Justeret for anden sygdom samt forskelle i køn, alder og uddannelsesniveaue

Sammenligning af helbredsbelastningen på individ- og befolkningsniveau

Analysen af helbredsbelastningen på individ- og befolkningsniveau viser, at der er en betydelig højere helbredsbelastning hos personer med de 17 kroniske sygdomme sammenlignet med befolkningen som helhed, men også at helbredsbelastningen varierer meget fra sygdom til sygdom.

Desuden viser analysen, at der kun er ringe overensstemmelse med helbredsbelastningen ved de 17 kroniske sygdomme på individ- og befolkningsniveau. I det følgende sammenlignes helbredsbelastningen på de to niveauer (tabel 8).

For at lette sammenligningen er der foretaget en rangordning af helbredsbelastningen ved de 17 kroniske sygdomme for de to analyser på individniveau (tabel 5 ujusterede tal og tabel 6 justerede tal) og analysen på befolkningsniveau (tabel 7).

Rangordningen bygger på den samlede rangsum på de fem belastningsvariable.

Endvidere er sygdommene opdelt i tre grupper: De seks sygdomme med den største helbredsbelastning, de seks sygdomme med den mindste helbredsbelastning og de fem sygdomme midt imellem.

Ved hver af de tre kolonner i tabellen er angivet, hvilken gruppe, sygdommen er placeret i, i den første analyse (helbredsbelastning på individniveau – ujusterede tal). Herved kan man se ændringer i gruppeplacering fra den første, til den anden og den tredje analyse.

Det billede, der fremstår er følgende:

- 1) På individniveau er de fem sygdomme, hvor man finder den største helbredsbelastning *vedvarende psykisk sygdom, hjerneblødning/blodprop i hjernen, blodprop i hjertet, knogleskørhed og kræft*.
- 2) Ved de ujusterede tal er *hjertekrampe* endvidere blandt de seks sygdomme med den største helbredsbelastning. Efter justering for andre sygdomme samt køn, alder og uddannelsesniveau, rykker *hjertekrampe* ned i den midterste gruppe, mens *diskusprolaps/rygsygdom* rykker op blandt sygdommene med den største helbredsbelastning.
- 3) På befolkningsniveau er de sygdomme, der er forbundet med den største helbredsbelastning, *slidgigt/leddegigt, diskusprolaps/rygsygdom, migræne/hyppig hovedpine, forbigående psykiske lidelser, vedvarende psykisk sygdom og astma*.

To af disse sygdomme, *astma* og *migræne/hyppig hovedpine*, hører på individniveau til i gruppen med de seks sygdomme med den mindste helbredsbelastning.

Tre andre sygdomme hører til i den midterste belastningsgruppe på individniveau (ujusterede tal): *slidgigt/leddegigt, diskusprolaps/rygsygdom* og *forbigående psykiske lidelser*.

Sygdomme med stor belastning både på individniveau og befolkningsniveau er *vedvarende psykisk sygdom* og *diskusprolaps/rygsygdom* (sidstnævnte kun i de justerede tal).

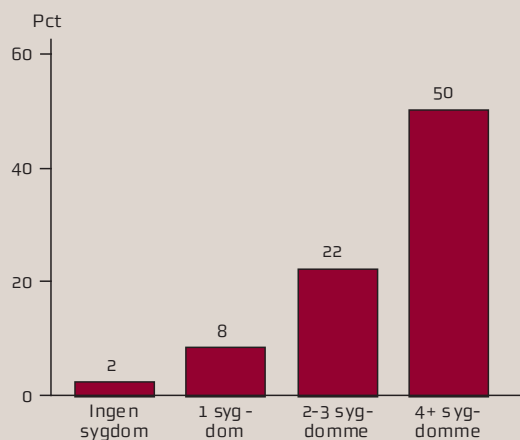
Sygdomme med lav helbredsbelastning både på individ- og befolkningsniveau er *tinnitus, allergi* og *grå stær*.

Samtlige seks sygdomme i den højeste belastningskategori på befolkningsniveau er ikke-livstruende kroniske sygdomme.

To af de potentielt livstruende kroniske sygdomme, *blodprop i hjertet* og *hjertekrampe*, ligger derimod i den laveste belastningskategori på befolkningsniveau.

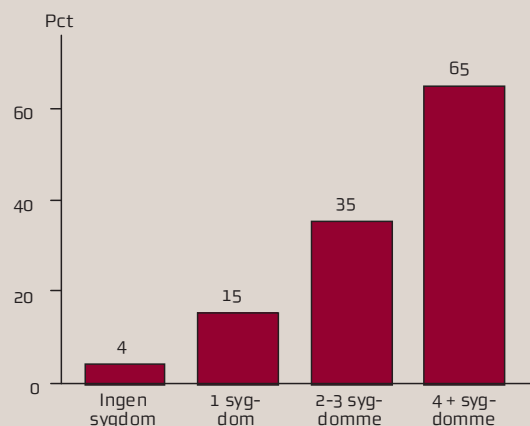
Alle fem sygdomme på mellemste belastningsniveau på befolkningsniveau er potentielt livstruende kroniske sygdomme: *hjerneblødning/blodprop i hjernen, forhøjet blodtryk, bronkitis/for store lunger/rygerlunger, kræft* og *sukkersyge*.

Figur 14. Andel med dårligt selv vurderet helbred i forhold til antallet af kroniske sygdomme



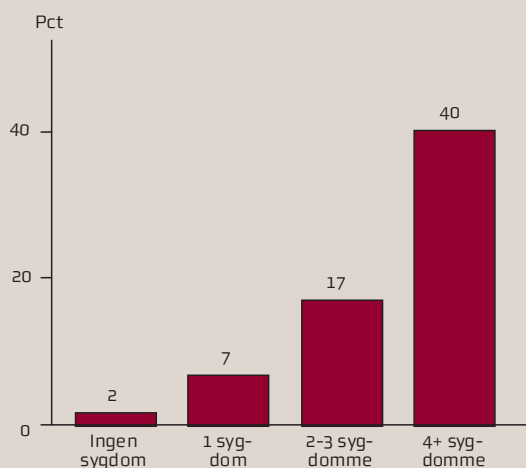
Note: Justeret for alder

Figur 15. Andel der er hæmmet af sygdom i forhold til antallet af kroniske sygdomme



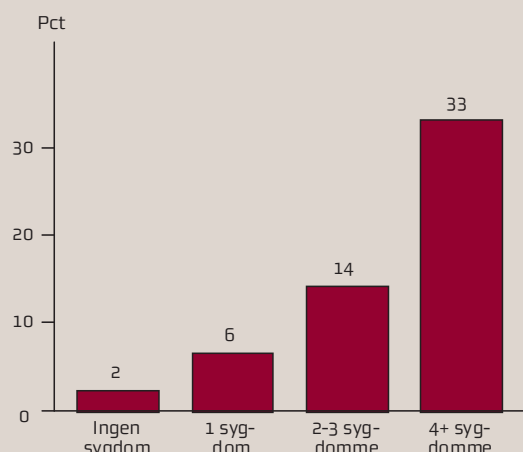
Note: Justeret for alder

Figur 16. Andel der er meget hæmmet af sygdom i forhold til antallet af kroniske sygdomme



Note: Justeret for alder

Figur 17. Andel der har brug for hjælp til deres daglige gøremål i forhold til antallet af kroniske sygdomme



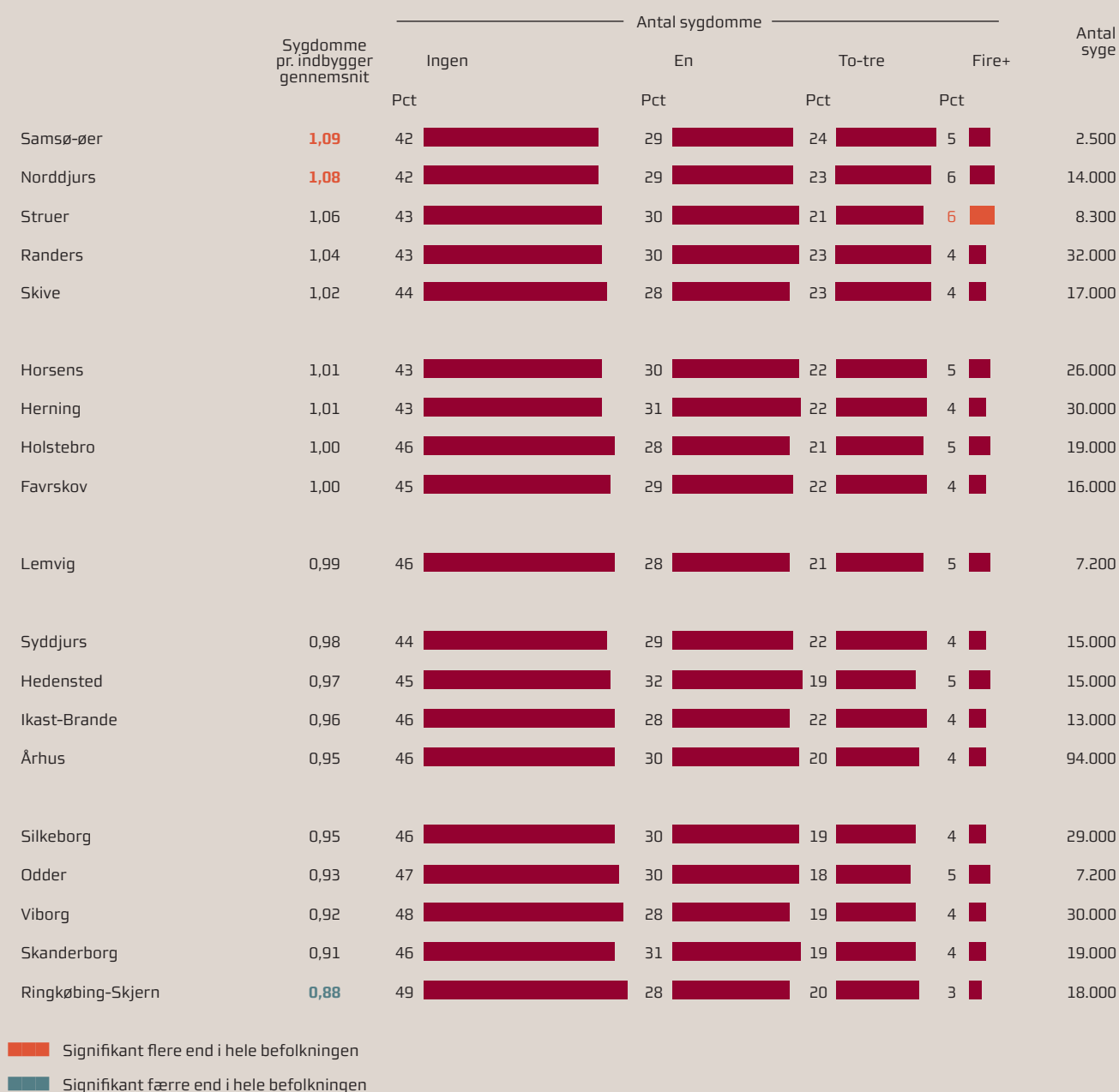
Note: Justeret for alder

Multisygdom og helbredsbelastning

I dette afsnit beskrives sammenhængen mellem multisygdom og helbredsbelastning. Hvor der i det foregående er fokuseret på de specifikke sygdomme, sondres der her kun mellem antallet af kroniske sygdomme (undersøgelsens 17 kroniske sygdomme samt eftervirkninger af disse). Figur 14 viser andelen med dårligt selv vurderet helbred hos personer uden kronisk sygdom, med en enkelt kronisk sygdom, med to eller tre kroniske sygdomme og med fire eller flere kroniske sygdomme.

- 2% uden kronisk sygdom har et dårligt selv vurderet helbred.
- 8% med en enkelt kronisk sygdom har et dårligt selv vurderet helbred.
- 22% med to eller tre kroniske sygdomme har et dårligt selv vurderet helbred.
- 50% med fire eller flere kroniske sygdomme har et dårligt selv vurderet helbred.

Figur 18. Forekomst af multisygdom – kommuner



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:

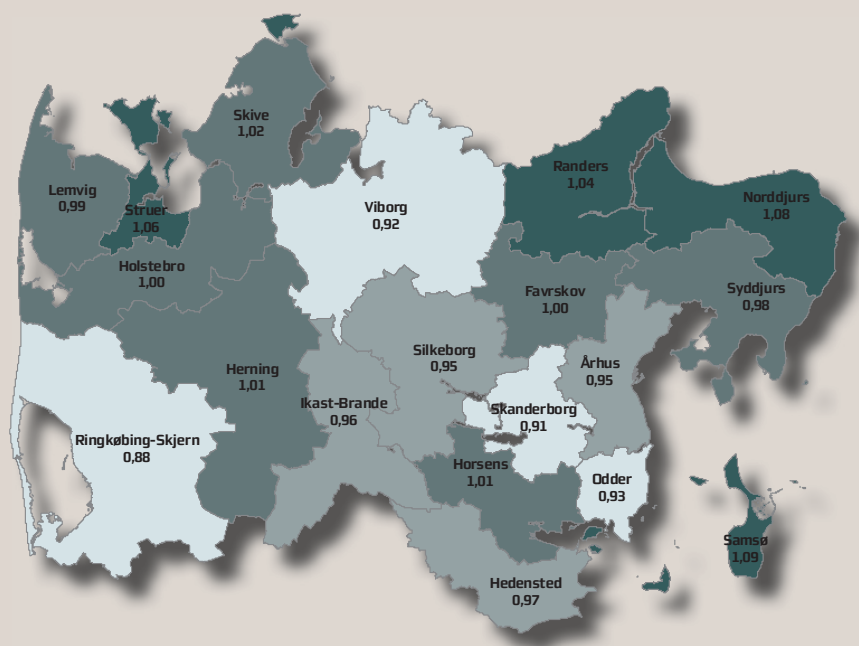
- hæmmet af sygdom
- meget hæmmet af sygdom
- som har brug for hjælp til at klare dagligdagens gøremål.

Figur 15 viser andelen, der er hæmmet af sygdom, i forhold til antallet af kroniske sygdomme.

Figur 16 viser andelen, der er meget hæmmet af sygdom, i forhold til antallet af kroniske sygdomme.

Figur 17 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.

Figur 19. Antal kroniske sygdomme pr. indbygger i gennemsnit – kommuner



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 betydelig større helbredsbelastning, end personer med en enkelt kronisk sygdom.

Fx har hver tredje person 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 18 og figur 19 viser forekomsten af kronisk sygdom i kommunerne. Det gennemsnitlige antal sygdomme pr. indbygger varierer fra 0,88 til 1,09.

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

- Samsø og øvrige øer
- Norrdjurs

Det gennemsnitlige antal af kroniske sygdomme pr. indbygger er signifikant lavere i:

- Ringkøbing-Skjern

En enkelt kommune, Struer, har en signifikant højere andel med fire eller flere kroniske sygdomme end i befolkningen som helhed (6%).

Referencer

- 1) Kristensen TS, Bjørner J, Smith-Hansen L, Borg V, Skov T. Selvvurderet helbred og arbejdsmiljø – Er selvvurderet helbred et frugtbart og nyttigt begreb i arbejdsmiljøforskning og forebyggelse? København: Arbejdsmiljøfondet 1998.
- 2) Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty seven community studies. *J Health Soc Beh* 1997; 38: 21-37.
- 3) Dominick KL, Ahern FM, Gold CH, Heller DA. Relationship of health related quality of life to health care utilization and mortality among older adults. *Aging Clin Exp Res* 2002; 14(6): 499-508.
- 4) Ware JE, Kosinski M et al. How to score Version 2 of the SF-12 Health Survey. Eds JE Ware, M Kosinski, DM Turner-Bowker, B Gandek. QualityMetric Inc, Lincoln, Rhode Island 2002.
- 5) Persson G et al. Elderly people's health – 65 and after. *Scand J Public Health* 2001; 29(suppl 58):117-131.
- 6) Preventing Chronic Diseases. A Vital Investment: WHO Global Report. Geneva: World Health Organization, 2005.
- 7) Sundt hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. Regeringen september 2002.
- 8) Wu SY, Grén A. Projection of chronic illness prevalence and cost inflation. Washington DC: Rand Health; 2000.
- 9) Fortin et al. Prevalence of multimorbidity among adults in family practice. *Ann Fam Med* 2005; 3(3): 2.
- 10) Health Statistics in the Nordic Countries 2003. NO-MESCO, Copenhagen 2005.
- 11) Kjølner M, Rasmussen NK, Sundhed og sygelighed i Danmark 2000, Statens Institut for Folkesundhed, København 2002.
- 12) Persson G et al. Health in Sweden. The national public health report 2001. *Scand J Public Health* ; 29(suppl 58) 2001.
- 13) Kræft i Danmark. Et opdateret billede af forekomst, dødelighed og overlevelse. Sundhedsstyrelsen, København 2005.
- 14) Nyt fra Danmarks Statistik. Emnegruppe: Befolkning og valg. Middellevetid 2004/2005 Nr. 166, København 2006.

Sundhedsvaner

Indledning

Der er solid videnskabelig dokumentation for, at rygning, alkohol, fysisk aktivitet og kost har stor betydning for folkesundheden (1). I det følgende beskrives befolkningens sundhedsvaner på de fire nævnte områder. Endvidere beskrives udbredelsen af overvægt. Overvægt kan næppe kaldes en sundhedsvane, men udvikling af overvægt kan ses som det langsigtede resultat af vanerne på to andre områder – kost og fysisk aktivitet – og er derfor nært forbundet med disse.

De fem områder er udvalgt på grund af deres vigtighed, og fordi der er meget opmærksomhed om hver af de fem faktorer blandt sundhedsprofessionelle, i medierne og blandt befolkningen generelt. Det sidste betyder, at mange mennesker er lydhøre overfor råd om at forbedre deres sundhedsvaner på de pågældende områder og motiverede for at gøre brug af tilbud fx om støtte til rygestop.

Det skal understreges, at det ikke er de eneste sundhedsvaner, det er relevant at arbejde med i det borger- og patientrettede forebyggelsesarbejde i region og kommuner.

Statens Institut for Folkesundhed har beregnet betydningen af udvalgte risikofaktorer for folkesundheden i Danmark (2). Med hensyn til dødelighed viser beregningerne følgende for de fem faktorer, der omtales i dette kapitel:

- Rygning forårsager 14.000 dødsfald om året svarende til hver fjerde dødsfald. Storrygere dør i gennemsnit 8-10 år for tidligt.
- Alkohol forårsager mindst 3.000 dødsfald om året. Det svarer til 5% af alle dødsfald. Personer, der drikker over genstandsgrænsen, dør i gennemsnit 4-5 år for tidligt.

- Overvægt forårsager hvert år 1.300-1.400 dødsfald. Svært overvægtige dør i gennemsnit 2-3 år for tidligt.
- For meget mættet fedt i kosten forårsager hvert år 2.200 dødsfald. Det svarer til 4% af alle dødsfald. For lidt frugt og grønt forårsager 2.200 dødsfald om året. Det er ligeledes 4% af alle dødsfald.
- Fysisk inaktivitet forårsager knap 4.500 dødsfald om året. Det svarer til 7-8% af alle dødsfald. Fysisk inaktive dør i gennemsnit 5-6 år tidligere end fysisk aktive.

Tidlig død er imidlertid ikke den eneste konsekvens af dårlige sundhedsvaner. Undersøgelsen fra *Statens Institut for Folkesundhed* viser endvidere, at de fem risikofaktorer resulterer i et betydeligt antal hospitalsindlæggelser, kontakter til alment praktiserende læger, fraværsdage fra arbejde og førtidspensioner samt færre gode leveår.

Det viser, at der er en sammenhæng mellem sundhedsvaner som risikofaktorer og sundhedsvaner som trivselsfaktorer.

Dårlige sundhedsvaner øger risiko for sygdom, funktionsnedsættelse og tidlig død. Men dårlige sundhedsvaner fører også til dårlig livskvalitet. Omvendt mindsker gode sundhedsvaner risikoen for alvorlig sygdom og død. Men gode sundhedsvaner fremmer ligeledes trivsel, udfoldelsesmuligheder og livsglæde.

Sundhedsvaner er en del af menneskers livsstil. Der er en stærk kobling mellem livsstil, levevilkår og social position (3). Derfor lægges der i det følgende vægt på at beskrive demografiske, sociale og geografiske forskelle i sundhedsvaner.

Livsstil er et resultat af, hvordan mennesker vælger at leve på basis af den livssituation, de befinder sig i. Livsstil vælges således i en social og kulturel kontekst. Livsstil er påvirket af kultur og traditioner og varierer

bl.a. i forhold til indtjening, arbejdsløshed, uddannelse, social tilknytning og deltagelse i det sociale liv. Man kan tale om strukturelt betinget livsstil.

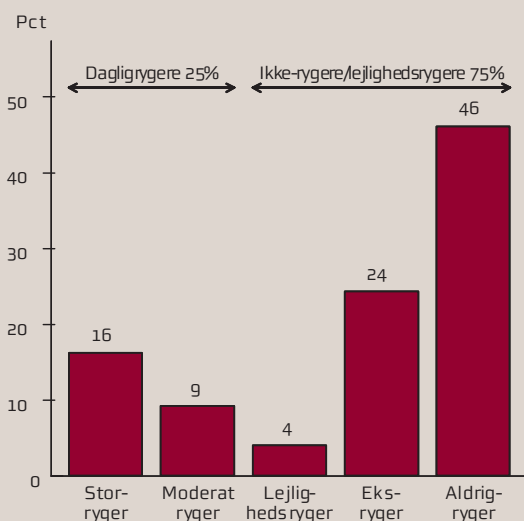
Samtidig er det vigtigt at understrege, at livsstil er noget dynamisk, og at mennesker uanset placering i samfundet kan vælge at ændre livsstil, herunder sundhedsvaner. Derfor er der også i *Hvordan har du det?* spurgt til ønsker om at ændre på sine vaner. Hvor mange rygere ønsker at holde op? Hvor mange overvægtige ønsker at tabe sig? Osv.

For socialt dårligt stillede er det dog ofte sværere end for andre at omsætte ønsker om ændringer i praktisk handling.

Referencer

- 1) Iversen L, Kristensen TS, Holstein BE, Due P. Medicinsk sociologi. Samfund, sundhed og sygdom. Munksgaard Danmark, 2002.
- 2) Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
- 3) Boström G. Habits of life and public health. Scand J Public Health 2001, Suppl 58: 133-166.

Figur 1. Rygevaner



Rygning

Antallet af rygere har været faldende i en årrække. Rygning er dog stadig en af de mest belastende risikofaktorer for folkesundheden i Danmark.

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 ikke-rygerne 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.

Følgende spørgsmål om rygevaner, rygestop og rygeregler belyses:

Rygevaner

- Hvor mange ryger?

Rygestop

- Hvor mange er ophørt med at ryge de seneste fem år?
- Hvor mange rygere vil gerne holde op?
- Hvor mange rygere vil gerne have støtte og hjælp til at holde op?
- Hvor mange rygere er blevet rådet af deres læge til at holde op?

Rygeregler

- Hvordan er rygereglerne på arbejdspladserne?
- Holdninger til rygeregler i det offentlige rum m.v.

Hvor mange ryger?

25% ryger dagligt. Det er samme andel som på landsplan (1).

16% har et dagligt forbrug på 15 cigaretter eller mere og betegnes som storrygere. 9% har et dagligt forbrug, der er mindre end 15 cigaretter, og betegnes som moderate rygere.

4% er lejlighedsrygere.

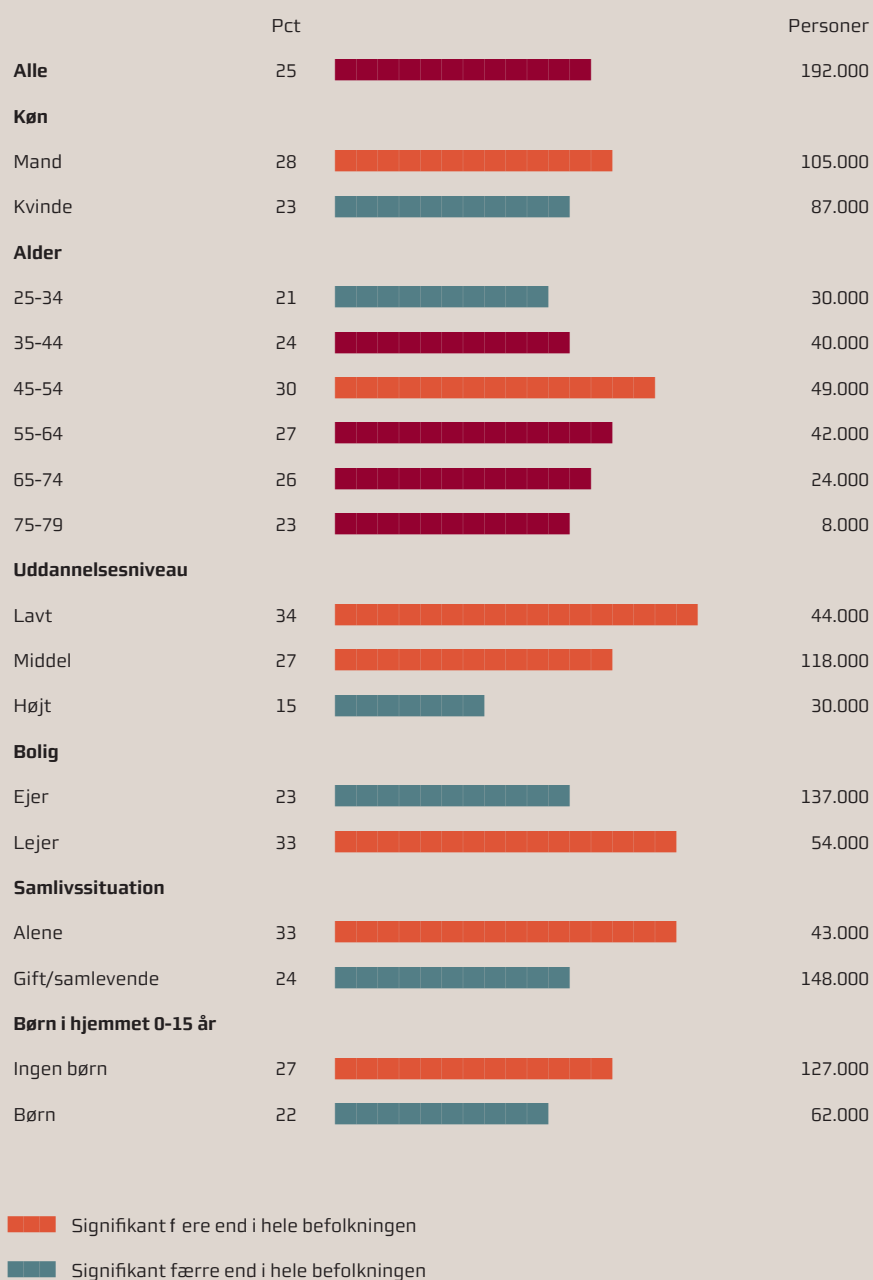
24% ryger ikke, men har tidligere røget dagligt.

46% ryger ikke og har aldrig røget hver dag.

Der er sket en meget markant stigning i andelen af aldrig-rygere fra de ældste til de yngste aldersgrupper. Stigningen er størst hos mændene, hvor 63% i aldersgruppen 25-34 år aldrig har røget dagligt mod kun 20% i aldersgruppen på 75-79 år. De tilsvarende tal for kvinder i den yngste og ældste aldersgruppe er 62% og 41%.

I 2000 havde Ringkjøbing, Vejle, Viborg og Århus Amt 33% dagligrygere (2). Faldet i andelen af dagligrygere svarer til faldet på landsplan.

Figur 2. Dagligrygere – køn, alder og sociale forhold



Dagligrygere i forhold til køn, alder og sociale forhold

Cirka 190.000 personer er dagligrygere.

Der er betydelige forskelle i rygevaner i forhold til køn, alder og sociale forhold.

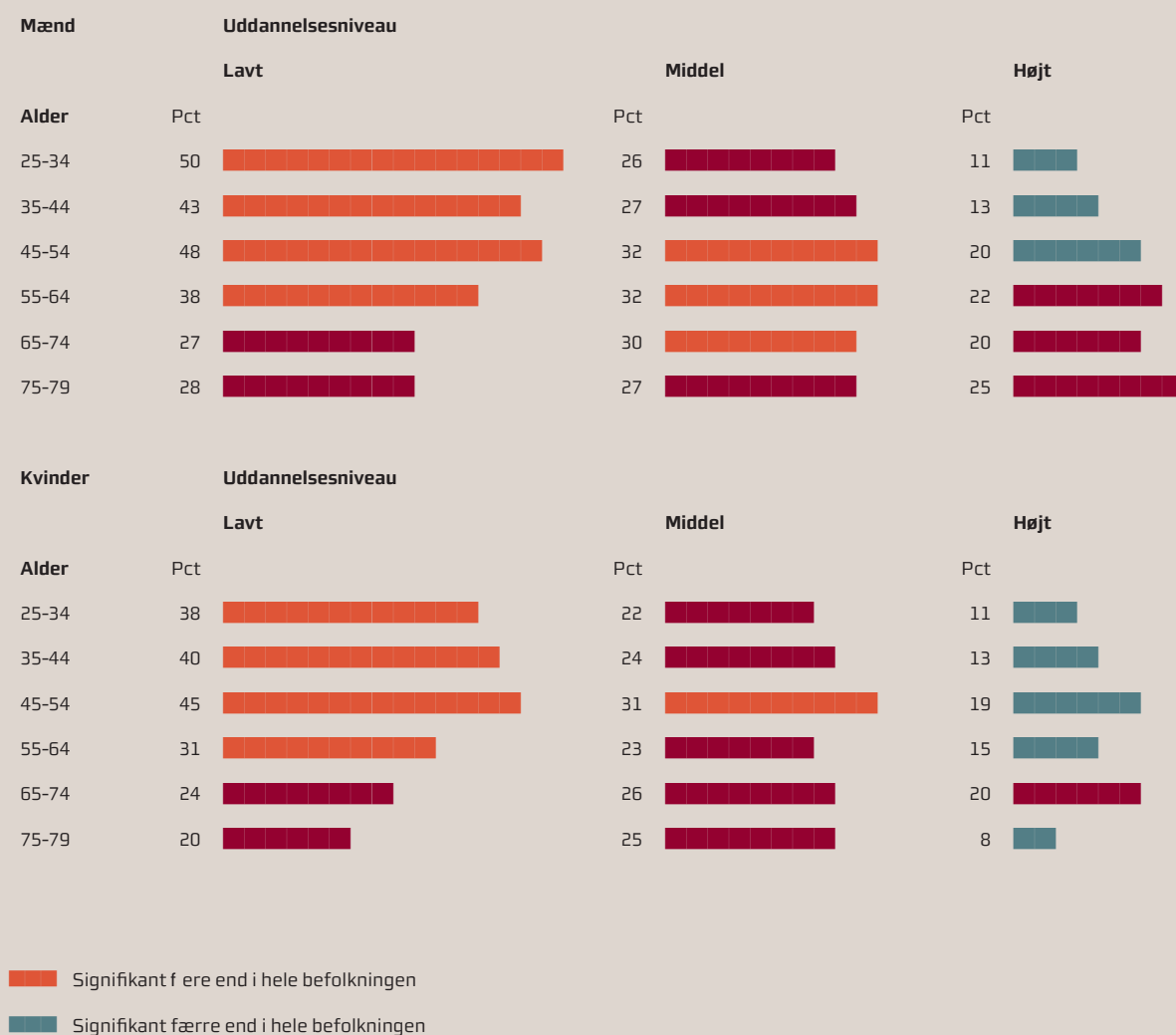
Sammenholdt med befolkningen som helhed er der signifikant flere rygere blandt:

- Mænd
- Midaldrende (45-54 år)

- Mennesker med lavt/middel uddannelsesniveau
- Mennesker der bor i lejebolig
- Mennesker der lever alene
- Mennesker der ikke bor sammen med børn

Der er signifikant færre dagligrygere blandt:

- Kvinder
- Unge (25-34 år)
- Mennesker med et højt uddannelsesniveau
- Mennesker der bor i ejerbolig
- Mennesker der er gift/samlevende
- Mennesker der bor sammen med børn

Figur 3. Dagligrygere – køn, alder og uddannelsesnivea


Der er en karakteristisk sammenhæng mellem alder og rygevaner. Den største andel af rygere finder man hos de midaldrende, mens rygerandelen hos unge og ældre er lavere. Den laveste rygerandel finder man hos de yngste og de ældste kvinder.

Der er en stærk sammenhæng mellem uddannelsesnivea og rygning. 34% på laveste uddannelsesnivea ryger dagligt mod 27% på mellemste og 15% på højeste uddannelsesnivea.

Forskellene er endnu mere markante, når man opdeler befolkningen på køn og aldersgrupper.

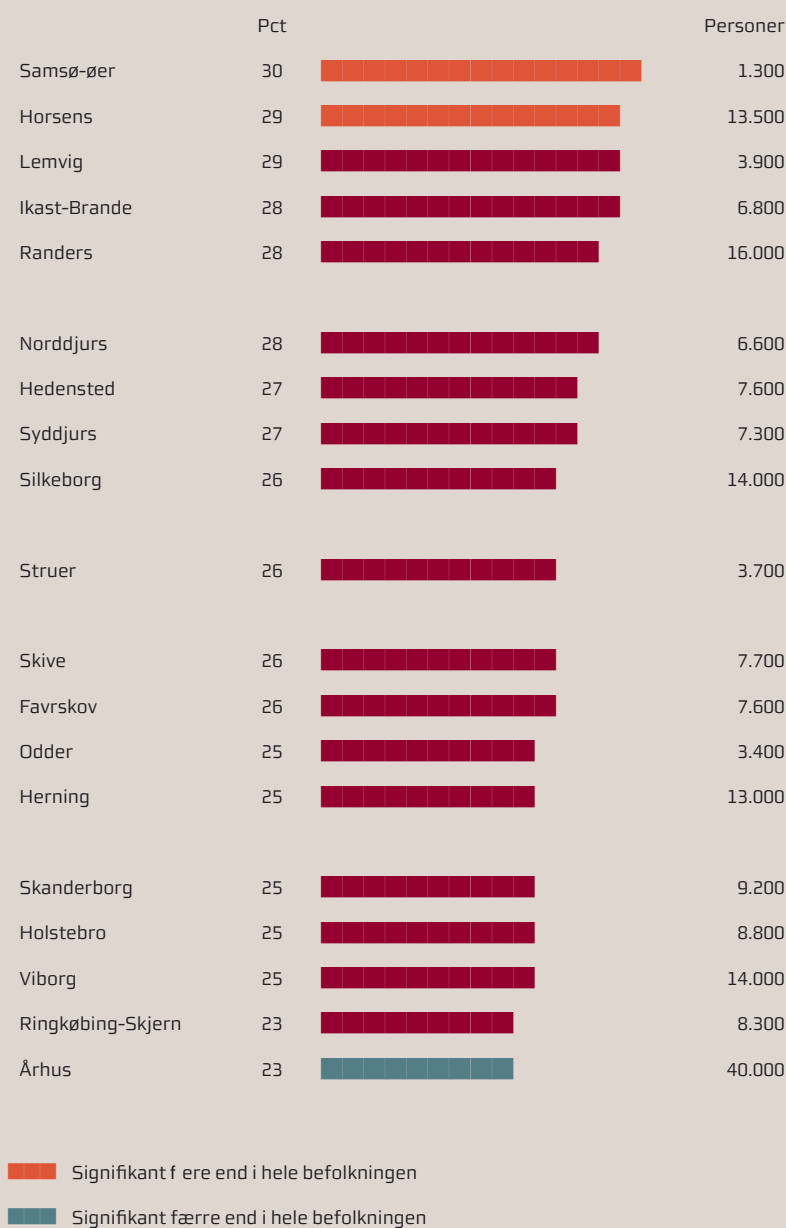
Den største forskel i rygevaner finder man mellem unge/midaldrende mænd på laveste og højeste uddannelsesnivea. Blandt mænd på 25-34 år ryger 50% af de lavt uddannede mod 11% af de højt uddannede.

Der er også betydelig flere dagligrygere blandt unge og midaldrende kvinder på laveste uddannelsesnivea sammenholdt med kvinder på højeste uddannelsesnivea, om end forskellen ikke er helt så stor som hos mændene.

Hos personer på mellemste uddannelsesnivea er der signifikant flere dagligrygere blandt midaldrende og ældre mænd og blandt midaldrende kvinder end i befolkningen som helhed.

På højeste uddannelsesnivea er rygning mere udbredt hos ældre mænd end hos ældre kvinder, mens der ikke er forskel i rygevanerne mellem mænd og kvinder blandt unge og midaldrende.

Figur 4. Dagligrygere i kommunerne

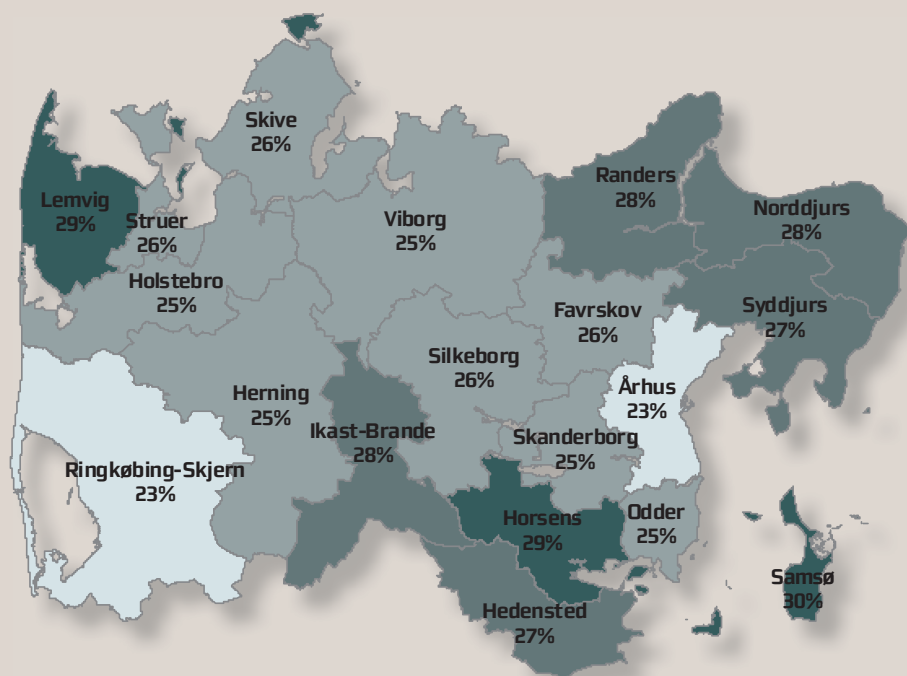


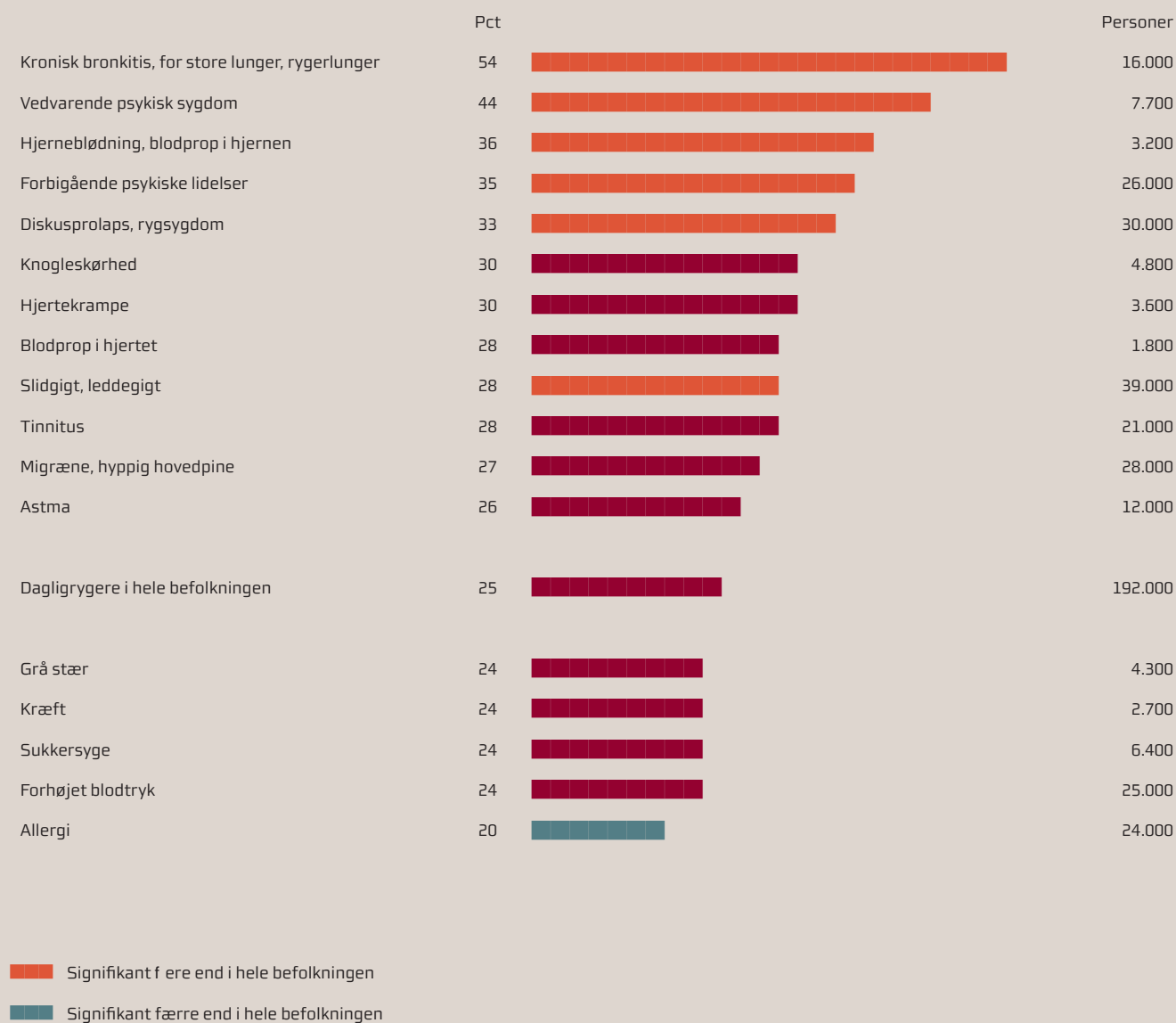
Andelen af dagligrygere i kommunerne varierer fra 23% til 30%.

Århus har den laveste andel af dagligrygere og ligger signifikant under gennemsnittet. Horsens samt Samsø og øvrige øer har den højeste andel og ligger signifikant over gennemsnittet.

Følgende kommuner har over 10.000 dagligrygere: Århus, Randers, Viborg, Silkeborg, Horsens og Herning.

Der er i alt 110.000 dagligrygere i de seks kommuner, eller næsten 60% af dagligrygerne i Region Midtjylland.

Figur 4 (fortsat). Dagligrygere i kommunerne

Figur 5. Dagligrygere blandt personer med en kronisk sygdom

Der knytter sig en særlig interesse til rygevaner hos kronisk syge.

Rygning er en medvirkende årsag til en lang række kroniske sygdomme og i nogle tilfælde hovedårsagen.

Rygning kan mindske virkningen af den lægelige behandling og fremme udviklingen af sygdommen eller eventuelle følgesygdomme (fx hjertekarsygdomme i forbindelse med sukkersyge).

Rygning svækker endvidere den almene sundhedstilstand og medvirker derfor sammen med den kroniske sygdom til at forværre patientens helbred.

Hvordan har du det? viser, at rygning er mere udbredt blandt kronisk syge end i befolkningen som helhed.

Ved 12 ud af 17 kroniske sygdomme er andelen af dagligrygere højere end i hele befolkningen.

Syv sygdomme har en signifikant højere rygerandel.

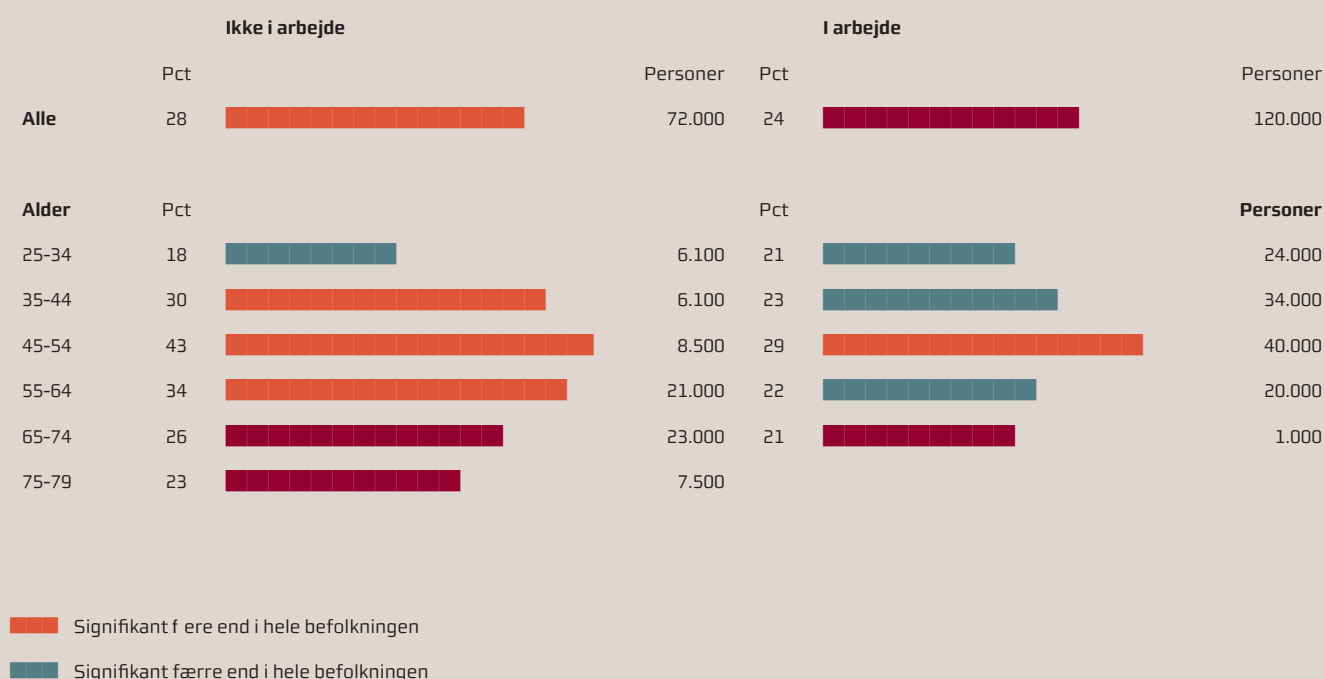
Personer med kronisk bronkitis/for store lunger/rygerlunger har den højeste rygerandel med 54% dagligrygere.

Personer med vedvarende psykisk sygdom/mentale forstyrrelser har den næsthøjeste rygerandel med 44%, der ryger dagligt.

Kun ved allergi er andelen af dagligrygere signifikant lavere end i hele befolkningen. Her er der 20% dagligrygere.

Figur 6. Dagligrygere inden for forskellige brancher



Figur 7. Dagligrygere – personer uden for og på arbejdsmarkedet

Arbejdspladsen er en vigtig arena for tobaksforebyggelse.

24% af de erhvervsaktive ryger dagligt. Der er 120.000 dagligrygere blandt den erhvervsaktive del af befolkningen.

Der er stor variation i andelen af rygere inden for de forskellige brancher. Det generelle billede er, at "manuelle" brancher – transport, industri og håndværk – har en større andel af rygere end brancher med et stort indhold af service og administration.

Følgende brancher har en signifikant større andel af dagligrygere end den erhvervsaktive befolkning som helhed:

- Transport
- Hoteller og restauranter
- Jern- og metalindustri
- Bygge og anlæg

Følgende brancher har en signifikant lavere andel af dagligrygere end den erhvervsaktive befolkning som helhed:

- Forretningsservice
- Foreninger, kultur og renovation
- Finansiering og forsikring
- Undervisning
- Sundhedsvæsen

Sundhedsvæsenet har den laveste andel af dagligrygere (14%) og undervisningsområdet den næstlaveste andel (16%).

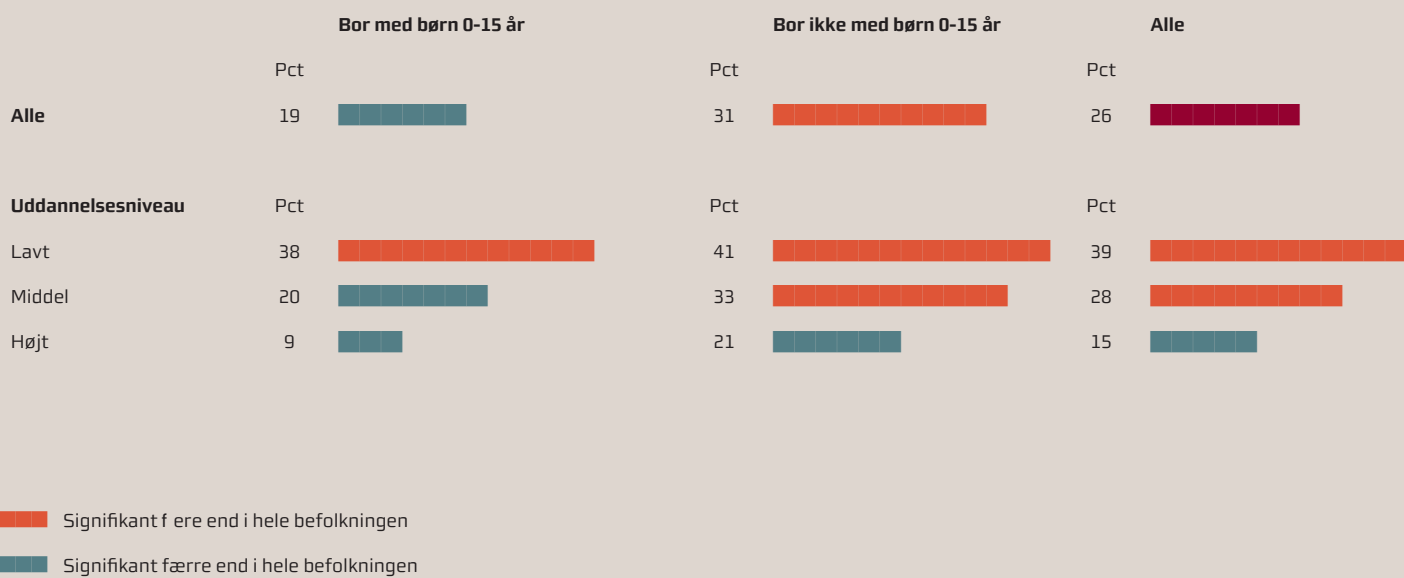
28% blandt personer uden for arbejdsmarkedet ryger dagligt. Det er en signifikant højere andel end i befolkningen som helhed.

72.000 personer uden for arbejdsmarkedet er dagligrygere.

Der er især en høj andel af dagligrygere blandt personer i den erhvervsaktive alder, der står uden for arbejdsmarkedet. Den største rygerandel finder man i aldersgruppen 45-54 år, hvor 43% ryger dagligt.

Figur 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

26% oplyser, at der bliver røget hver dag i deres hjem.

Risikoen for rygestart hos børn og unge øges væsentligt, hvis forældrene ryger. Rygning i hjemmet er desuden en helbredsrisiko for børnene, når de udsættes for passiv rygning. 38% bor sammen med børn på 0-15 år.

Der bliver generelt røget mindre i hjem, hvor der bor børn, end i hjem uden børn.

Blandt personer, der bor sammen med børn, ryges der dagligt i hjemmet hos 19%. 71% lever i et helt røgfrit hjem.

Blandt personer, der ikke bor sammen med børn, ryges der dagligt i hjemmet hos 31%. 44% bor i et helt røgfrit hjem.

Knap 50.000 voksne bor sammen med børn i hjem, hvor der ryges dagligt.

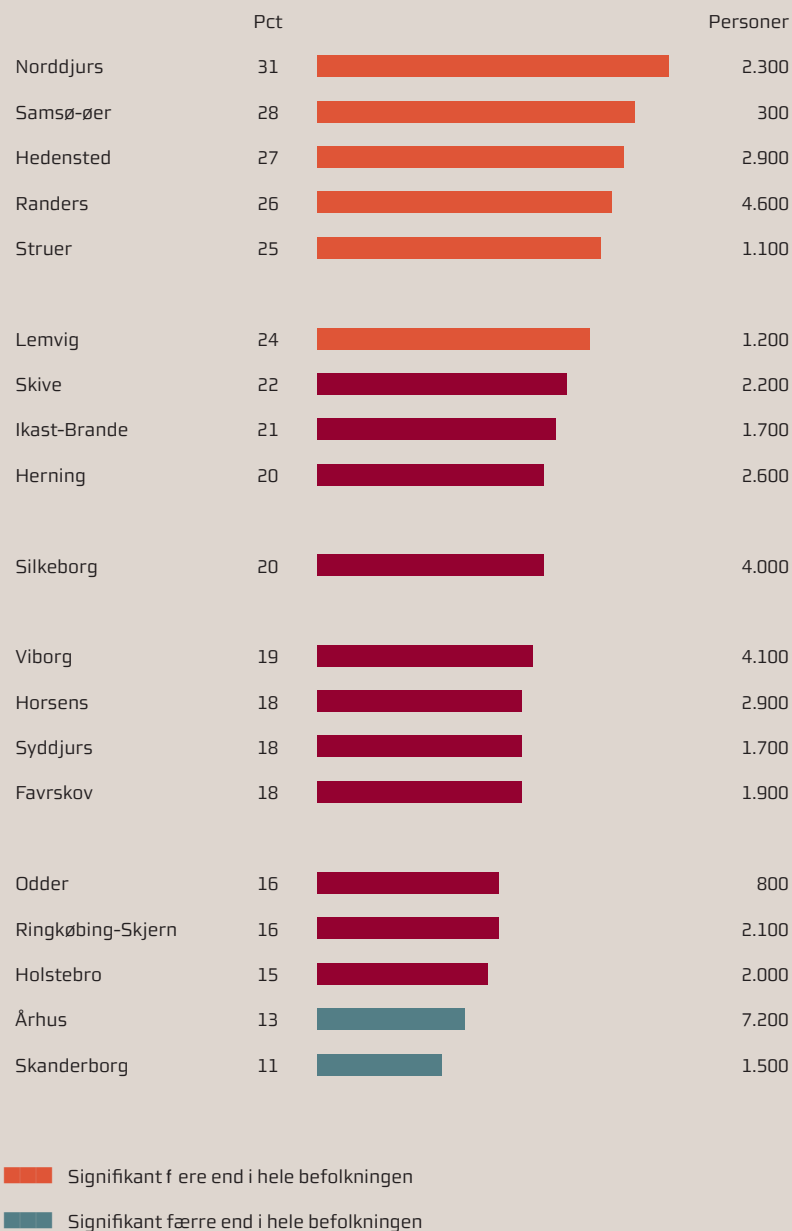
Der er en stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og rygning i hjem med børn.

Rygning er mere udbredt blandt personer med et lavt uddannelsesniveau end i befolkningen som helhed. Det gælder både hjem med børn, hvor der ryges dagligt hos 38%. Og hjem uden børn, hvor der ryges dagligt hos 41%.

På mellemste og højeste uddannelsesniveau ryges der derimod sjældnere i hjem med børn end i hjem uden børn.

På mellemste uddannelsesniveau ryges der til daglig i hjem med børn hos 20% og på højeste uddannelsesniveau hos 9%.

Figur 9. Personer der bor sammen med børn på 0-15 år, hvor der bliver røget indendørs i hjemmet hver dag – kommuner



Der er stor forskel fra kommune til kommune med hensyn til rygevaner i hjem med børn.

I Norrdjurs ryges der dagligt i hjemmet hos 31% af de personer, der bor sammen med børn i alderen 0-15 år. I Skanderborg er det hos 11%.

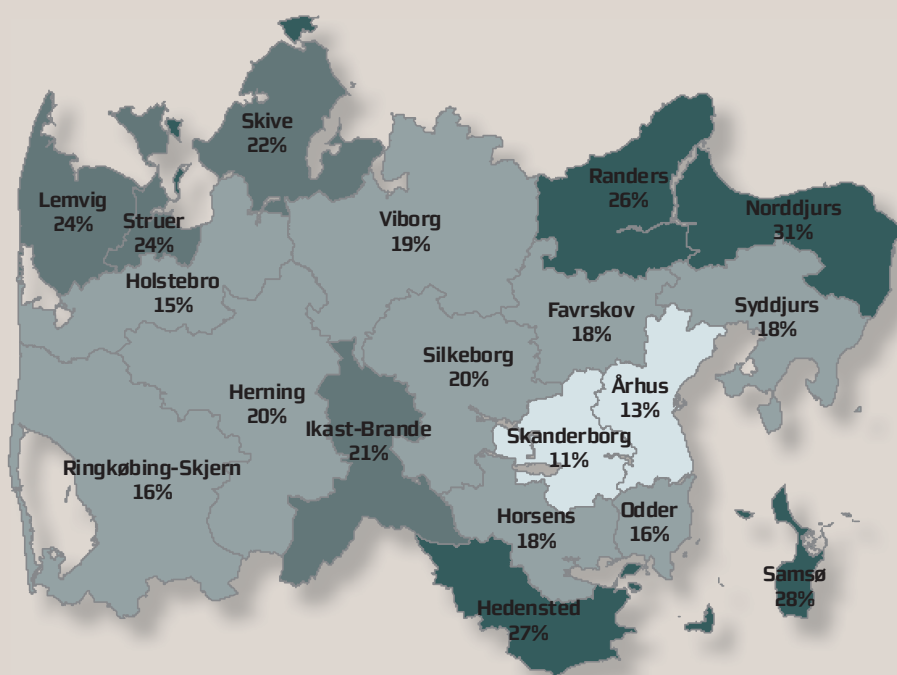
Daglig rygning i hjem med børn er signifikant hyppigere i følgende kommuner:

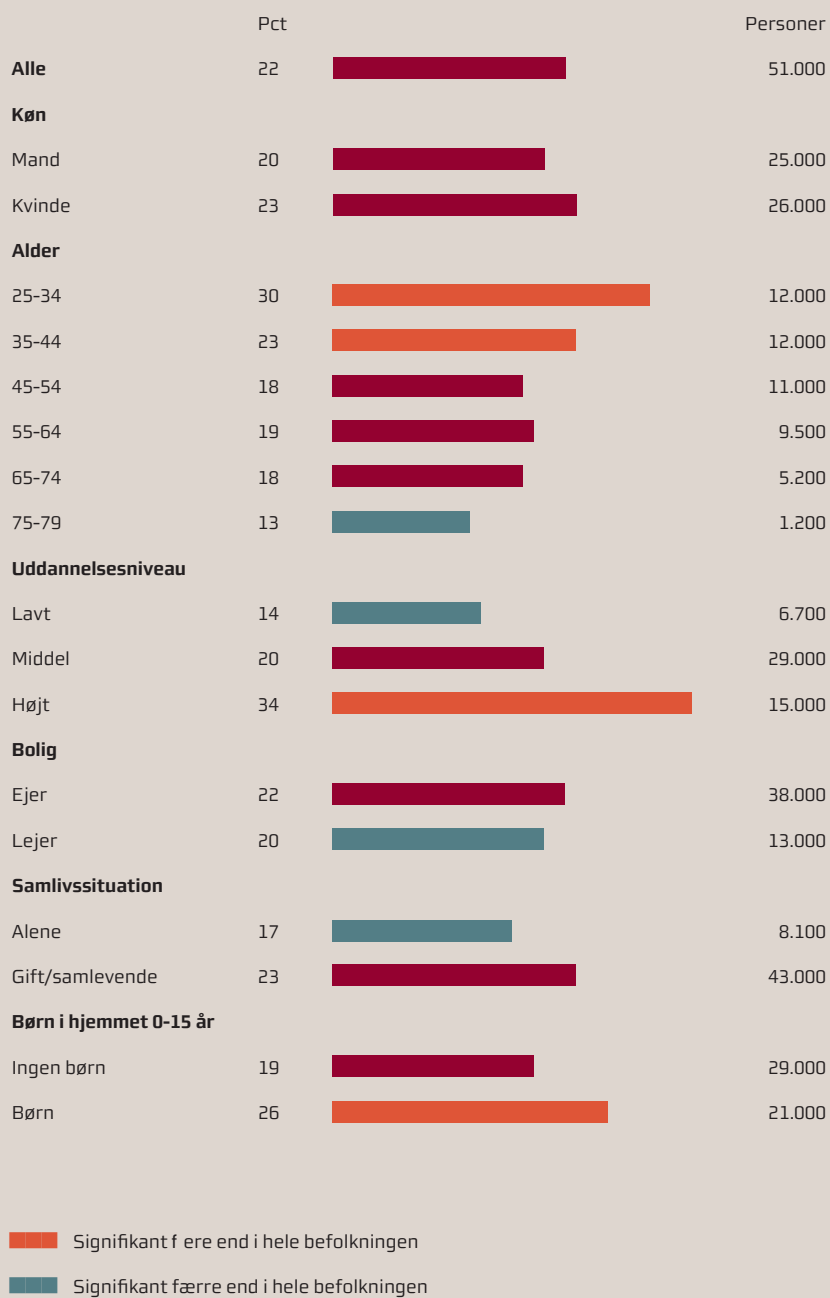
- Norrdjurs
- Samsø og øvrige øer
- Hedensted
- Randers
- Struer
- Lemvig

I to kommuner er andelen signifikant lavere:

- Århus
- Skanderborg

Figur 9 (fortsat). Personer der bor sammen med børn på 0-15 år, hvor der bliver røget indendørs i hjemmet hver dag – kommuner



Figur 10. Rygere der er holdt op inden for de seneste 5 år – demografiske og sociale forskelle

Rygestop

– stoprater, motivation og rådgivning

Der er beregnet en 1-års rygestoprate for årene 2001-2005. Herudfra er beregnet en kumuleret 5-års rygestoprate. Rygestopraten angiver, hvor stor en andel af dagligrygerne, der er holdt op i denne periode.

Hver femte dagligryger er stoppet med at ryge i årene 2001-2005. Cirka 50.000 dagligrygere er blevet eksrygere.

Der er en signifikant højere stoprate hos:

- Unge og yngre (25-44 år)
- Højt uddannede
- Personer der bor sammen med børn

Der er en signifikant lavere ophørsrate hos:

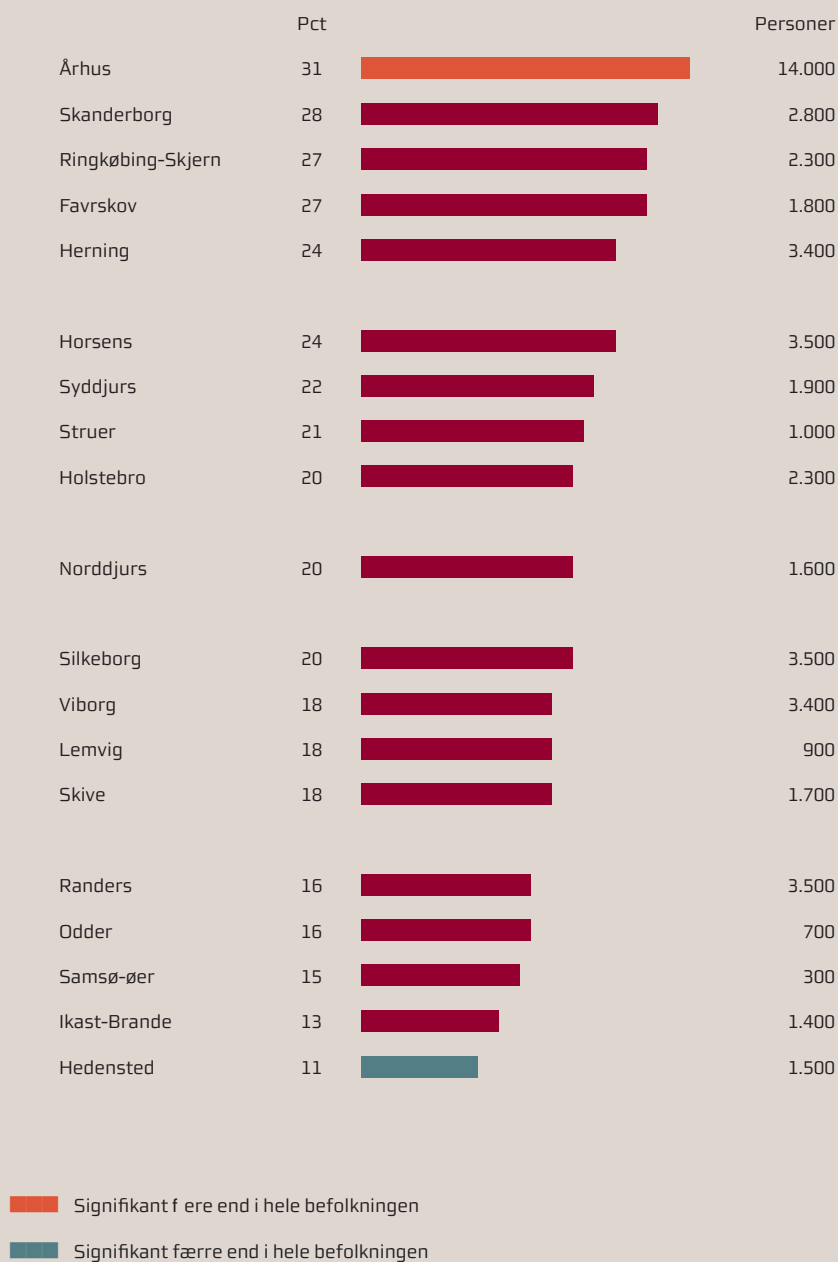
- Ældre (75-79 år)
- Lavt uddannede
- Personer der bor i lejebolig
- Personer der er alene

Ophørsraten er stort set den samme for mænd (20%) og kvinder (23%).

Stopraten falder markant med alderen: blandt de 25-34-årige er 30% holdt op mod 13% blandt de 75-79-årige.

Der er betydelige uddannelsesmæssige forskelle i rygestopraten. De lavest uddannede dagligrygere har haft en stoprate i 2001-2005 på 14%. Rygerne på mellemste uddannelsesniveau har haft en stoprate på 20%, mens stopraten på højeste uddannelsesniveau var på 34%.

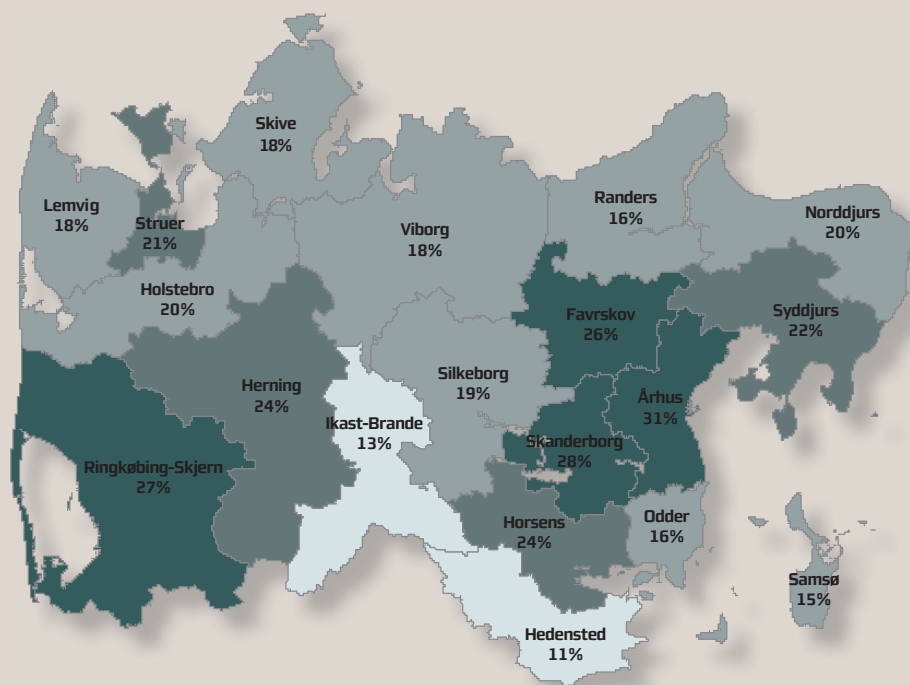
Sammenhængen mellem uddannelsesniveau og stoprate er mest markant i de yngre aldersgrupper. I aldersgruppen 25-34 år var stopraten på 11% hos de lavt uddannede, 27% på mellemste uddannelsesniveau og 46% på højeste uddannelsesniveau (ikke vist).

Figur 11. Rygere der er holdt op inden for de seneste 5 år – kommuner

Stopraten i kommunerne varierer fra 11% i Hedensted til 31% i Århus, de to eneste kommuner, hvor stopraten henholdsvis er signifikant lavere og højere end i hele rygerbefolkningen.

I Århus er 14.000 dagligrygere blevet eksrygere i 2001-2005.

Figur 11 (fortsat). Rygere der er holdt op inden for de seneste 5 år – kommuner



Figur 12. Ryger der er holdt op inden for de seneste 5 år – personer med kronisk sygdom

Ved 10 ud af 17 kroniske sygdomme var stopraten i 2001-2005 lavere end hos dagligrygerne som helhed. Ved syv sygdomme var stopraten højere.

Den højeste stoprate var ved kræft, blodprop i hjertet og allergi.

Kun ved en enkelt sygdom var stopraten signifikant højere end i hele rygerbefolkningen:

- Allergi

Ved fire sygdomme var stopraten signifikant lavere end i hele rygerbefolkningen:

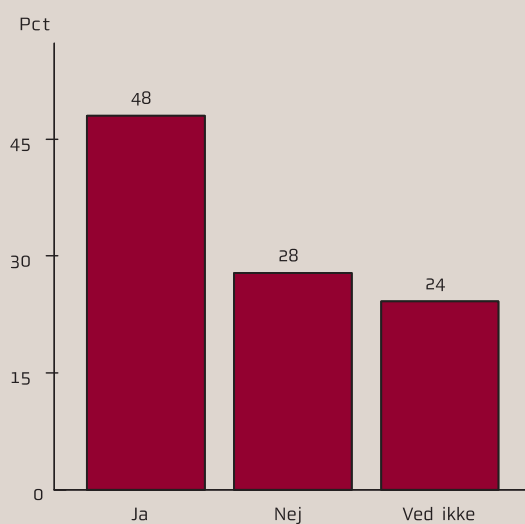
- Vedvarende psykisk sygdom

- Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger
- Diskusprolaps, rygsygdom
- Slidgigt, leddegigt

Stopraten blandt personer, der er hæmmet af langvarig sygdom, skader eller eftervirkninger af disse, er lavere end blandt personer, der ikke er hæmmet af sygdom:

Hæmmet af sygdom?

- Ikke hæmmet – stoprate 22%
- En smule hæmmet en gang imellem – stoprate 19%
- En smule hæmmet hele tiden – stoprate 22%
- Meget hæmmet en gang imellem – stoprate 18%
- Meget hæmmet hele tiden – stoprate 16%

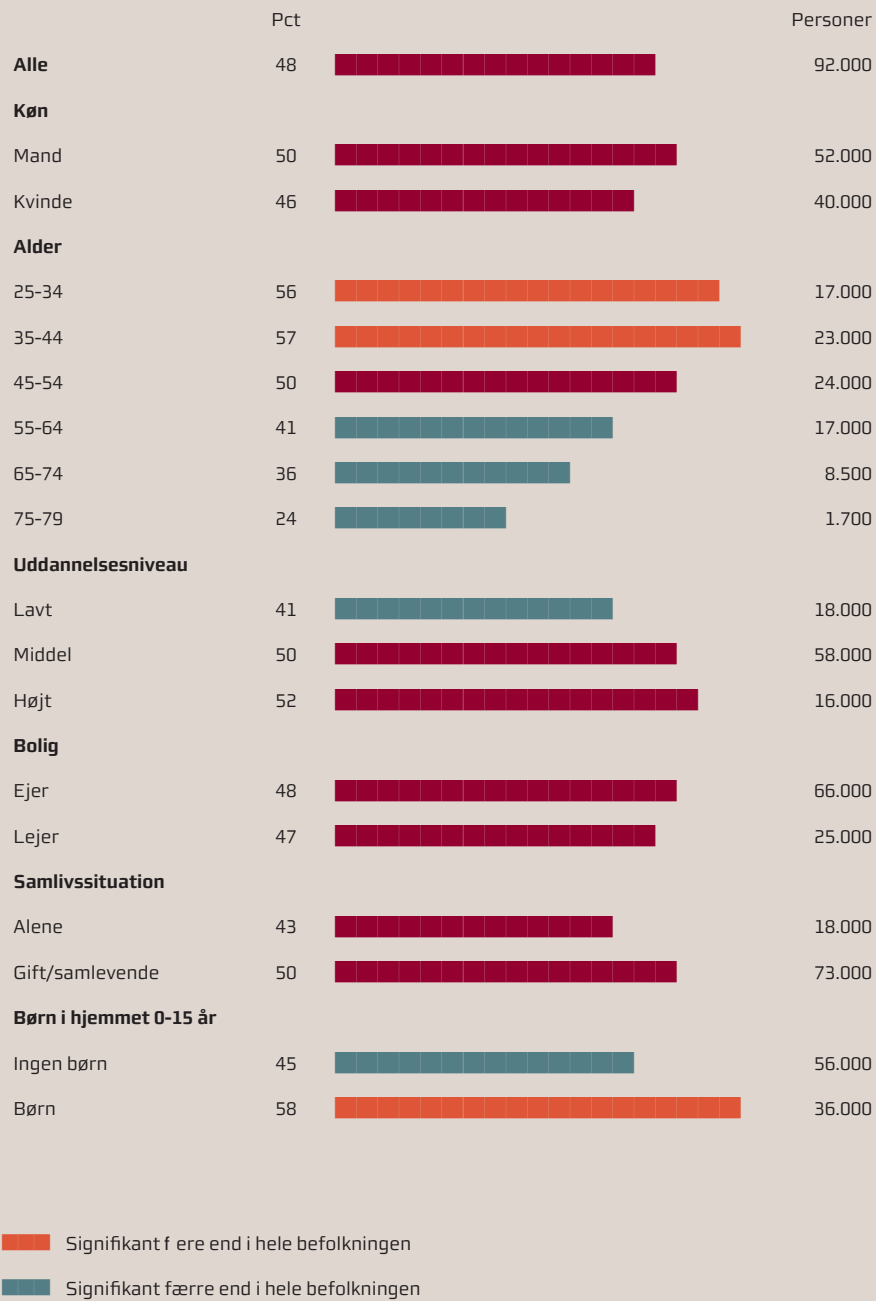
Figur 13. Vil du holde op med at ryge?

Rygestop er en aktiv handling, der forudsætter, at rygeren er motiveret for at holde op. Det er derfor vigtigt at vide, hvor mange af de nuværende rygere, der ønsker at holde op.

48% af dagligrygerne vil gerne holde op med at ryge. 28% ønsker ikke at holde op. 24% har svaret 'ved ikke' til spørgsmålet.

I det følgende fokuseres der på den halvdel af dagligrygerne, der ønsker at holde op.

Figur 14. Dagligrygere der gerne vil holde op



Godt 90.000 dagligrygere vil gerne kvitte tobakken.

Der er signifikant større andel, der ønsker at holde op, blandt:

- Unge og yngre
- Personer med børn i alderen 0-15 år

Der er en signifikant lavere andel, der ønsker at holde op blandt:

- Ældre
- Lavt uddannede
- Personer uden børn i alderen 0-15 år

Der er en tydelig aldersgradient i ønsket om rygeophør. I den yngste aldersgruppe vil 56% gerne holde op. I den ældste aldersgruppe vil 24% gerne holde op. Totredjedele af de 90.000 rygere, der gerne vil holde op, er under 55 år.

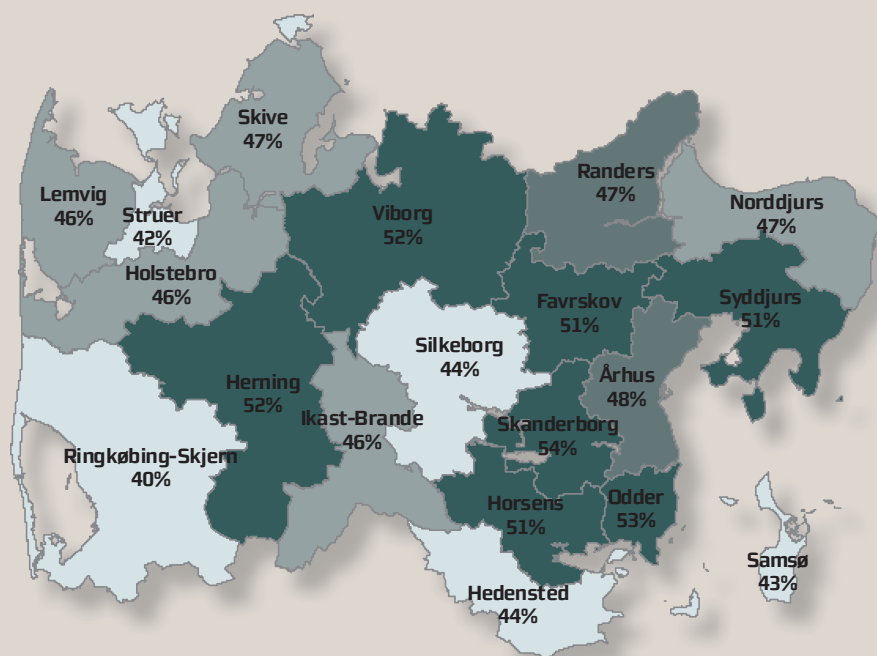
Der er færre blandt de lavt uddannede, der ønsker at holde op (41%), sammenholdt med rygere på mellemste (50%) og højeste uddannelsesniveau (52%).

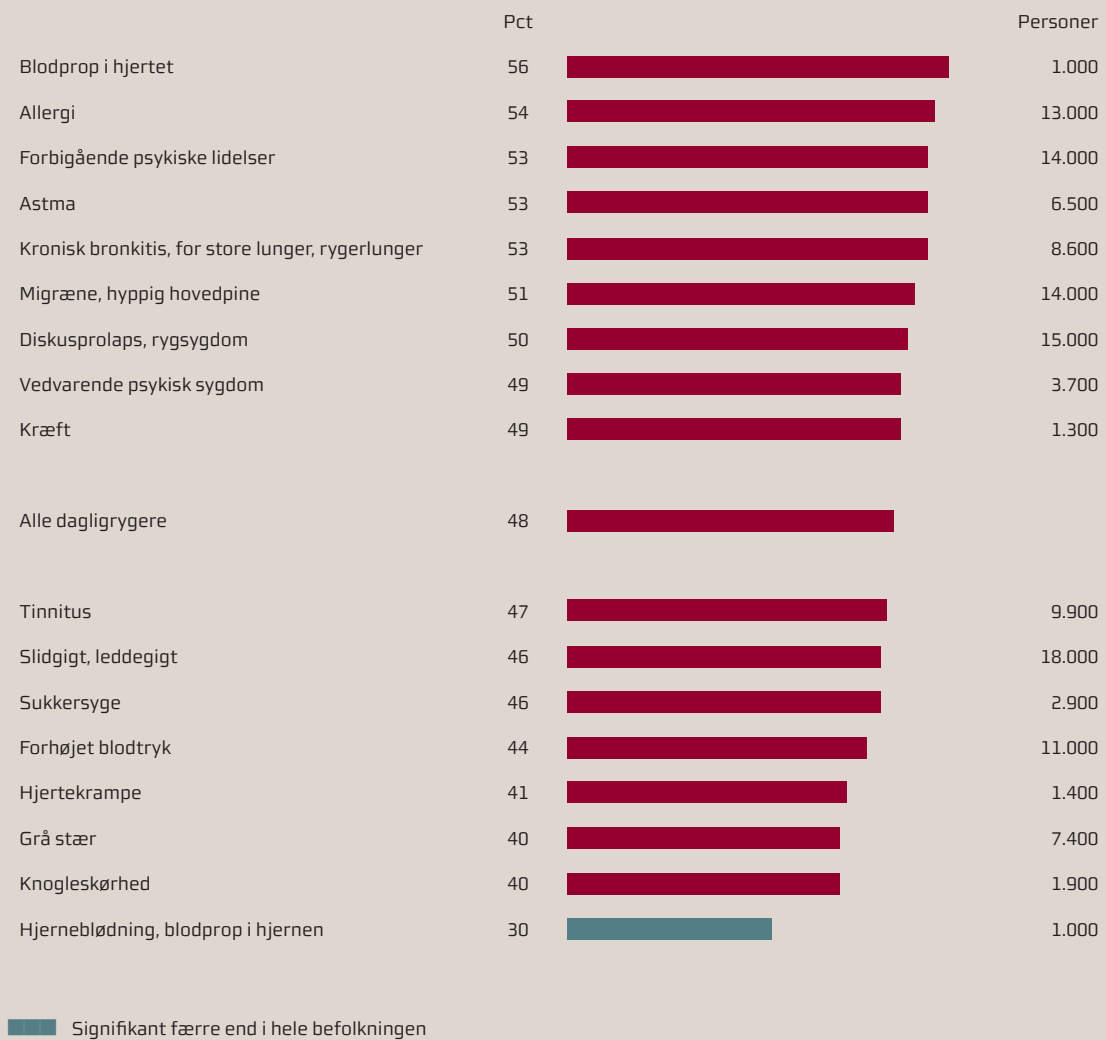
Der er imidlertid kun lidt flere lavt uddannede end i de to andre uddannelsesgrupper, der har svaret, at de ikke ønsker at holde op. Derimod er der flere lavt uddannede, der har svaret 'ved ikke'.

Figur 15. Dagligrygere der gerne vil holde op – kommuner

Andelen af dagligrygere i de enkelte kommuner, der ønsker at holde op, varierer mellem 40% i Ringkøbing-Skjern og 54% i Skanderborg.

Der er signifikant færre rygere i Ringkøbing-Skjern, der ønsker at holde op, end i befolkningen som helhed.

Figur 15 (fortsat). Dagligrygere der gerne vil holde op – kommuner

Figur 16. Dagligrygere der gerne vil holde op – mennesker med kronisk sygdom

Ved 9 ud af 17 kroniske sygdomme er der en større andel, der ønsker at holde op med at ryge end hos dagligrygerne som helhed. Forskellen er dog ikke signifikant.

Den største andel af dagligrygere, der ønsker at stoppe, finder man hos personer, der har haft blodprop i hjertet.

Ved 8 af de 17 kroniske sygdomme er andelen, der ønsker at holde op, lavere end i hele rygerbefolkningen. Kun ved hjerneblødning/blodprop i hjernen er forskellen statistisk signifikant.

Figur 17. Har din egen læge i de seneste tre år rådet dig til at holde op med at ryge?

Råd fra den praktiserende læge om at holde op med at ryge er effektivt til igangsætning af rygeophør (3).

Det er dog ikke altid, at den praktiserende læge benytter sig af muligheden for at tale med sine patienter om rygning.

I en undersøgelse af danskernes rygevaner fra 2002 svarede kun 11% – rygere såvel som ikke-rygere – at de ved

det seneste lægebesøg var blevet spurgt om rygevaner. Blandt de, der blev spurgt om rygevaner, blev knap 64% rådet til at holde op med at ryge (4).

I nærværende undersøgelse er der blevet spurgt, om man er blevet rådet til at holde op med at ryge af den praktiserende læge inden for de seneste tre år. 90% af borgerne har været hos egen læge inden for denne periode.

Blandt dagligrygerne var 33% blevet rådet af lægen til at holde op med at ryge.

75.000 dagligrygere havde fået råd om rygestop af den praktiserende læge.

Opgørelsen omfatter personer, der var dagligrygere på undersøgelsestidspunktet, eller som havde kvittet tobakken inden for de foregående tre år.

Dagligrygere med kronisk sygdom var oftere blevet rådet til rygestop end patienter uden kronisk sygdom.

Signifikant færre rygere uden en af de 17 kroniske sygdomme, der er med i undersøgelsen, var blevet rådet til rygestop.

Andelen af rygere, der var blevet rådet til rygestop, steg med antallet af kroniske sygdomme.

Der er stor forskel i andelen, der er blevet rådet til rygestop af lægen, blandt patientgrupperne.

Der var signifikant flere, der var blevet rådet til rygestop blandt følgende patientgrupper end blandt patienterne som helhed:

- Blodprop i hjertet
- Hjertekrampe
- Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger
- Astma
- Sukkersyge
- Forhøjet blodtryk
- Allergi
- Forbigående psykiske lidelser
- Tinnitus

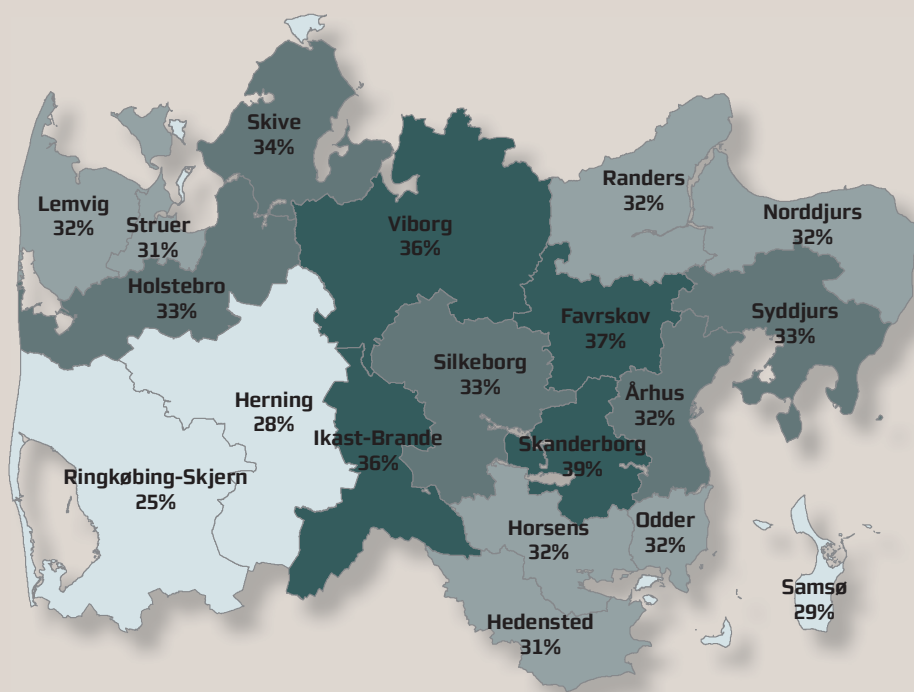
Ved hjerte- og lungesygdomme er seks ud af ti blevet rådet til rygestop, mens det ved kræft kun er hver tredje.

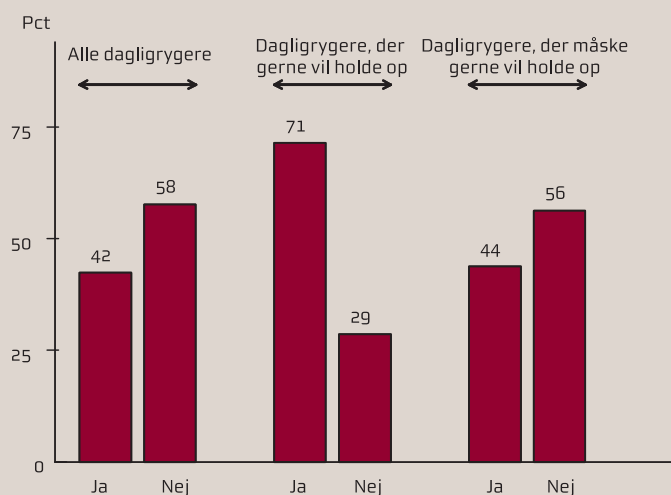
Figur 18. Har din egen læge i de seneste tre år rådet dig til at holde op med at ryge? – Kommuner

Andelen af dagligrygere, der inden for de seneste tre år er blevet rådet til at holde op med at ryge i forbindelse med besøg hos den praktiserende læge, varierer fra 25% i Ringkøbing-Skjern til 39% i Skanderborg.

Andelen i Ringkøbing-Skjern er signifikant lavere end i befolkningen som helhed.

Figur 18 (fortsat). Har din egen læge i de seneste tre år rådet dig til at holde op med at ryge? – kommuner



Figur 19. Vil gerne have støtte og hjælp til at holde op med at ryge

Individuel og gruppebaseret rådgivning fra en rygestopinstruktør til rygere, der har besluttet at holde op, er effektivt til at hjælpe rygeren igennem rygeophøret. Effekten øges, når rådgivningen kombineres med nikotin-substitution (5).

Dagligrygere, der ønsker at holde op, eller som har svaret 'ved ikke', er blevet stillet spørgsmålet:

"Hvis du vil holde op med at ryge, vil du så gerne have støtte og hjælp til at gennemføre det? Fx rygestopkursus, støtte fra din læge, akupunktur."

Opgjort som andelen af samtlige dagligrygere incl. rygere, der ikke ønsker at holde op, vil 42% gerne have støtte og hjælp til rygeophør.

Hos dagligrygere, der ønsker at holde op, vil 71% gerne have støtte og hjælp til rygeophør.

Hos dagligrygere, som ikke ved, om de ønsker at holde op, vil 44% gerne have støtte og hjælp til rygeophør.

80.000 dagligrygere vil gerne have støtte og hjælp til at holde op.

Der er signifikant flere, der gerne vil have støtte og hjælp til rygestop, blandt:

- Unge og yngre
- Personer der bor sammen med børn

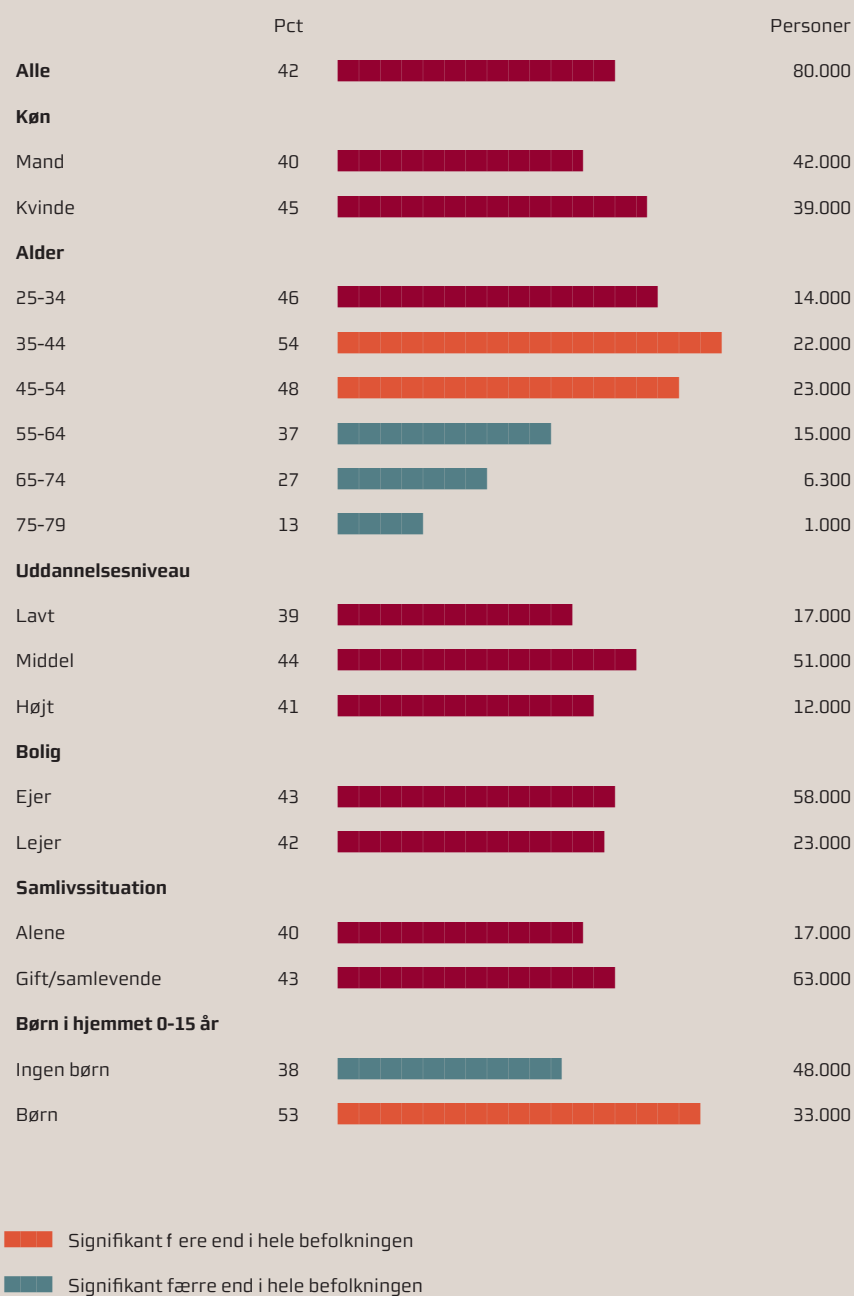
Der er signifikant færre, der ønsker støtte til hjælp til rygestop, blandt:

- Midaldrende og ældre
- Personer der ikke bor sammen med børn

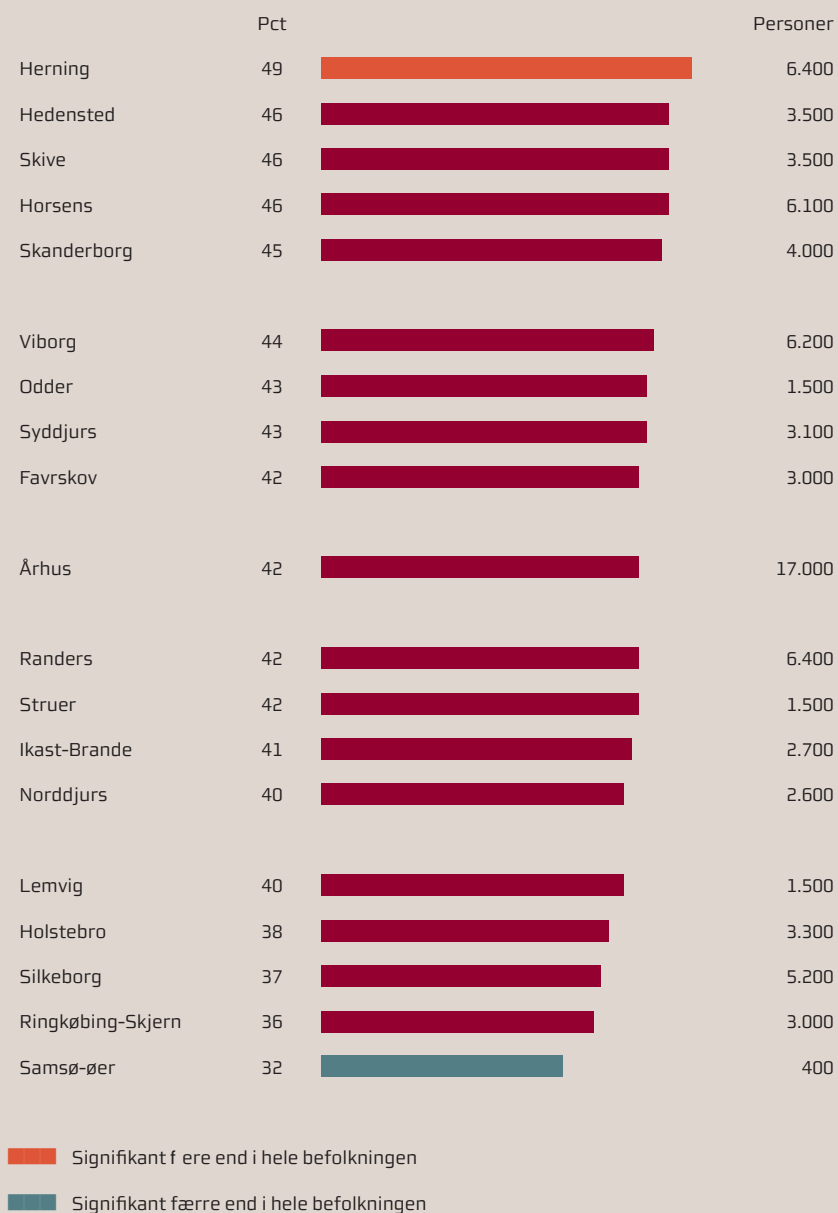
Sammenhængen mellem alder og ønsket om støtte og hjælp til rygeophør er markant. 54% i aldersgruppen 35-44 år vil gerne have hjælp mod 13% i aldersgruppen 75-79 år.

Der er ingen signifikante forskelle i forhold til hele rygerbefolkningen, når man opdeler rygerne efter:

- Køn
- Uddannelsesniveau
- Ejer/lejebolig
- Samlivssituation

Figur 20. Dagligrygere der gerne vil have støtte og hjælp, hvis de vil holde op med at ryge

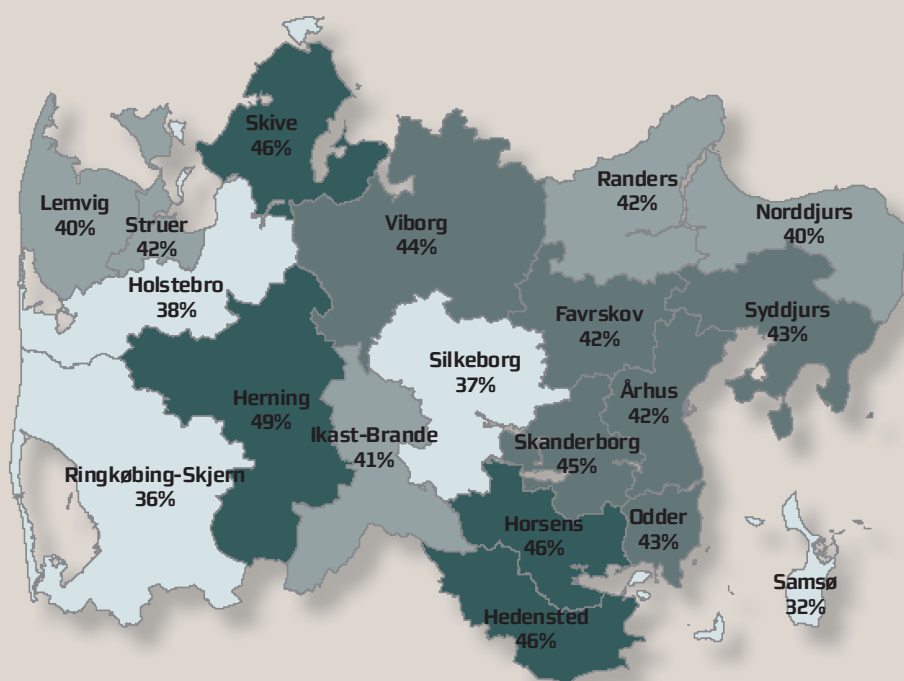
Selv om der er færre blandt de lavt uddannede, der ønsker at holde op, er interessen for støtte og hjælp til rygestop lige stor på alle uddannelsesniveauer.

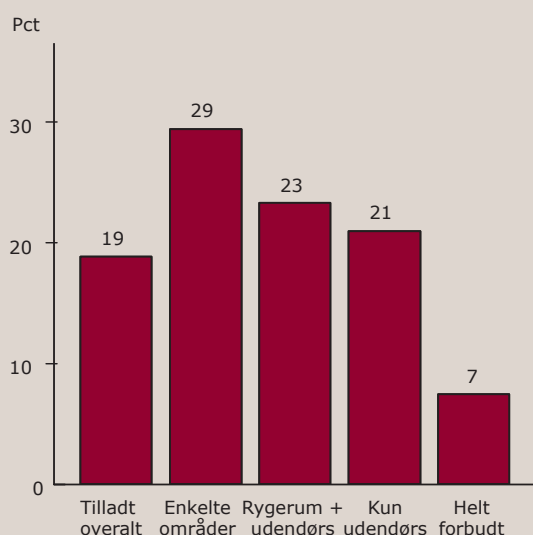
Figur 21. Dagligrygere der gerne vil have støtte og hjælp, hvis de vil holde op med at ryge – kommuner

Ønsket om støtte til rygeophør blandt dagligrygere varierer mellem kommunerne fra 32% på Samsø og øvrige øer til 49% i Herring.

Seks kommuner har hver især mere end 5.000 dagligrygere, der ønsker hjælp til rygeophør: Århus, Randers, Herring, Viborg, Horsens og Silkeborg. 60% af dagligrygerne, der ønsker hjælp til rygeophør, bor i disse kommuner.

Figur 21 (fortsat). Dagligrygere der gerne vil have støtte og hjælp, hvis de vil holde op med at ryge – kommuner



Figur 22. Er det tilladt at ryge på din arbejdsplads?

Rygeregler

Regler, der begrænser eller forbyder rygning på arbejdspladsen, beskytter medarbejderne mod passiv rygning.

Rygerestriktioner på arbejdspladsen kan desuden øge motivationen hos rygerne til at holde op og støtte eksrygere i at forblive røgfri.

De erhvervsaktive er derfor spurgt om hvilke rygeregler, der gælder på deres arbejdsplads.

Undersøgelsens data er samlet ind i foråret 2006. Den 15. august 2007 trådte "Lov om røgfri miljøer" i kraft, der bl.a. omfatter rygning på arbejdspladsen. Hovedreglen 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 må formodes, at den ny lov har medført en opstramning af rygereglerne på mange arbejdspladser, således at undersøgelsen ikke længer afspejler den faktiske situation.

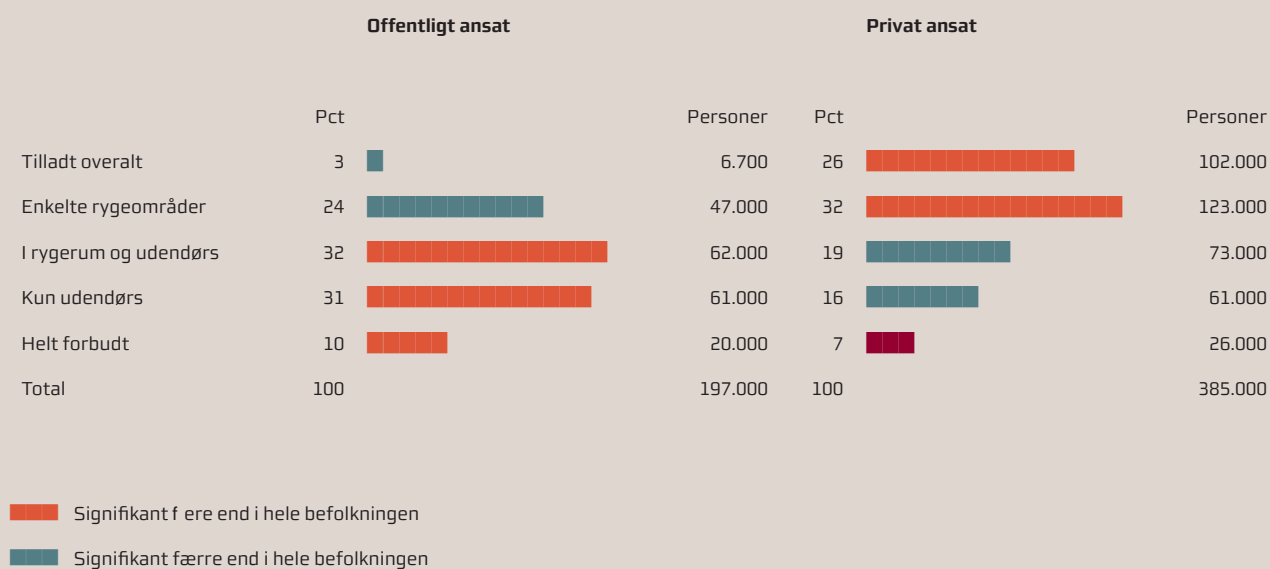
Det har imidlertid interesse at dokumentere udbredelsen af rygeregler på arbejdspladserne forud for den ny lov, herunder hvor stor en del af arbejdsstyrken, der var på en arbejdsplads, hvor man allerede inden lovens ikrafttræden levede op til de nye krav.

Ved gentagelse af undersøgelsen, kan de data, der indsamledes i 2006, bruges som grundlag for en "før-efter"-sammenligning.

I 2006 tegnede der sig følgende billede:

51% arbejdede på arbejdspladser, der levede op til den kommende lovs minimumskrav til rygeregler på arbejdspladsen. De var ansat på en arbejdsplads, hvor rygning enten var tilladt i rygerum og udendørs (23%), kun var tilladt udendørs (21%) eller var helt forbudt (7%) (figur 22).

De resterende 48% af arbejdsstyrken var på arbejdspladser, der ikke levede op til de kommende minimumskrav. 19% var på arbejdspladser, hvor rygning var tilladt overalt, 29% var på arbejdspladser, hvor rygning var begrænset til enkelte områder.

Figur 23. Er det tilladt at ryge på din arbejdsplads? – offentligt og privat ansat (forår 2006)

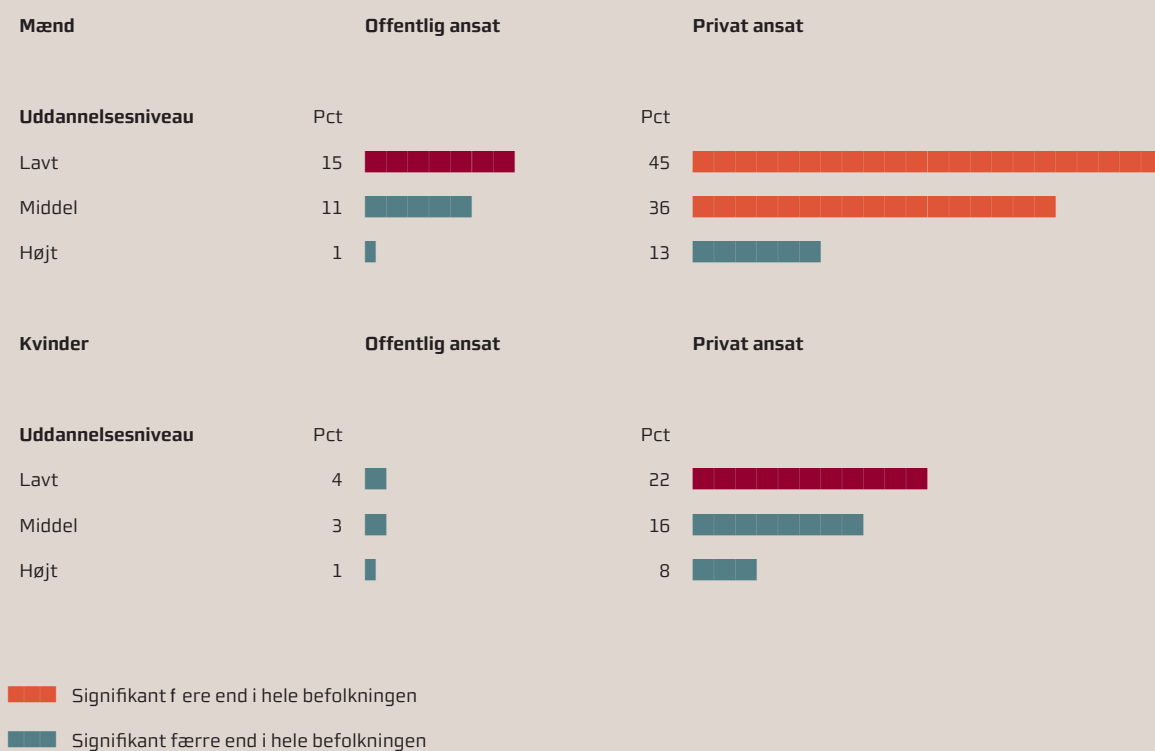
Lovens minimumskrav til rygeregler på arbejdspladsen er ens for offentlige og private arbejdspladser.

Som det fremgår af figur 23, var de rygeregler, der på undersøgelsestidspunktet var gældende på offentlige arbejdspladser, gennemgående mere restriktive end på private arbejdspladser. Kun 3% af de offentligt ansatte var på arbejdspladser, hvor rygning var tilladt overalt, mod 26% af de privat ansatte.

Der var ligeledes en større andel af de offentligt ansatte, der arbejdede på arbejdspladser, hvor rygning var begrænset til særlige rygerum/udendørs, eller hvor det kun var tilladt at ryge udendørs.

Totalt rygeforbud på arbejdspladsen var endvidere lidt hyppigere hos de offentligt ansatte end hos de privat ansatte.

73% af de offentligt ansatte var ansat på arbejdspladser, der før lovens ikrafttræden opfyldte kravene i "Lov om røgfri miljøer", mod 42% af de privat ansatte.

Figur 24. Personer der i foråret 2006 var på en arbejdsplads, hvor rygning var tilladt overalt

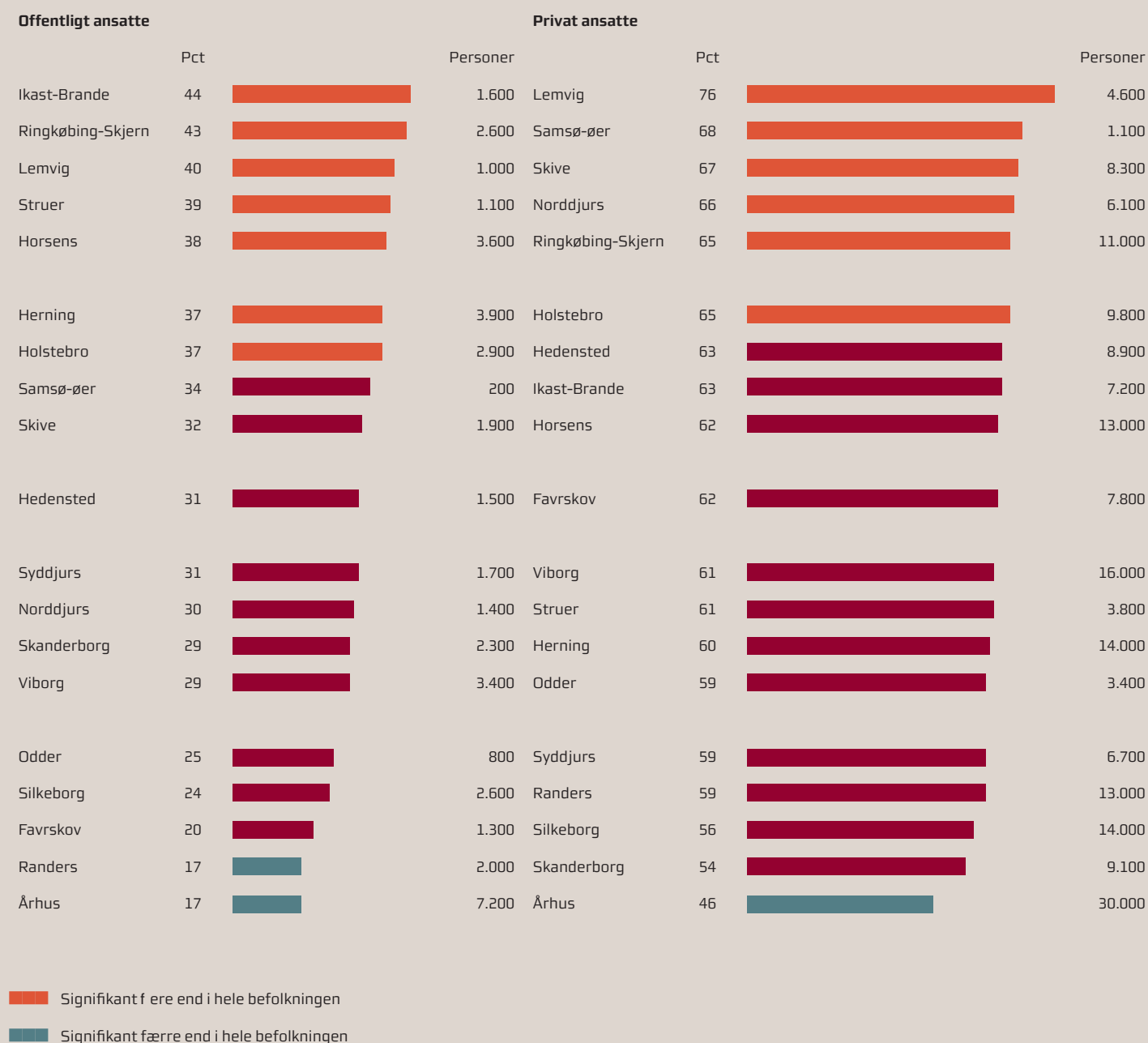
I den private sektor var der især mange mænd på laveste og mellemste uddannelsesniveau, der arbejdede på arbejdspladser, hvor man måtte ryge overalt.

45% af de lavest uddannede mænd arbejdede på arbejdspladser uden rygeregler og 36% på mellemste uddannelsesniveau.

Der er generelt færre kvinder, der arbejdede på arbejdspladser uden rygeregler.

Langt hovedparten af de højt uddannede arbejdede på arbejdspladser med rygeregler. Dette var gældende for både mænd og kvinder og offentligt og privat ansatte.

Figur 25. Personer der i foråret 2006 var på arbejdspladser, som ikke opfyldte de kommende minimumskrav til ryge-regler – kommuner



Figur 25 viser, hvor stor en del af de offentligt og privat ansatte, der i foråret 2006 arbejdede på en arbejdsplads, der ikke opfyldte de nye minimumskrav til ryge-regler i 'Lov om røgfri miljøer'.

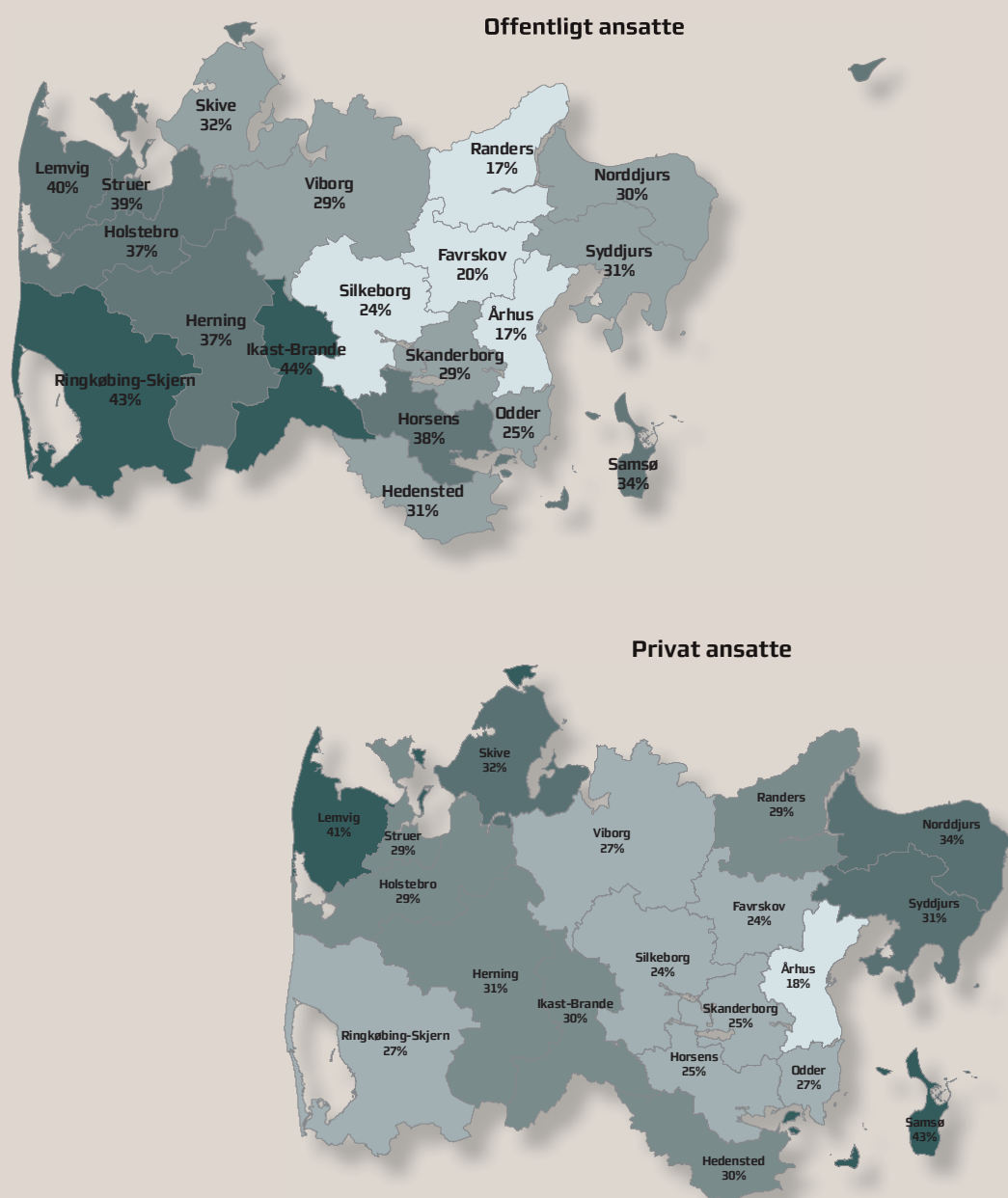
Der er stor variation mellem kommunerne.

Blandt de offentligt ansatte arbejdede mellem 17% og 44% af arbejdsstyrken på en arbejdsplads, der ikke opfyldte minimumskravene.

I syv kommuner er andelen af offentligt ansatte, der arbejdede på arbejdspladser, hvor minimumskravene ikke er opfyldt, signifikant højere end blandt de offentlige ansatte som helhed:

- Ikast-Brande
- Ringkøbing-Skjern
- Lemvig
- Struer
- Horsens
- Herning
- Holstebro

Figur 25 (fortsat). Personer der i foråret 2006 var på arbejdspladser, som ikke opfyldte de kommende minimumskrav til rygeregler – kommuner



I to kommuner er andelen signifikant lavere:

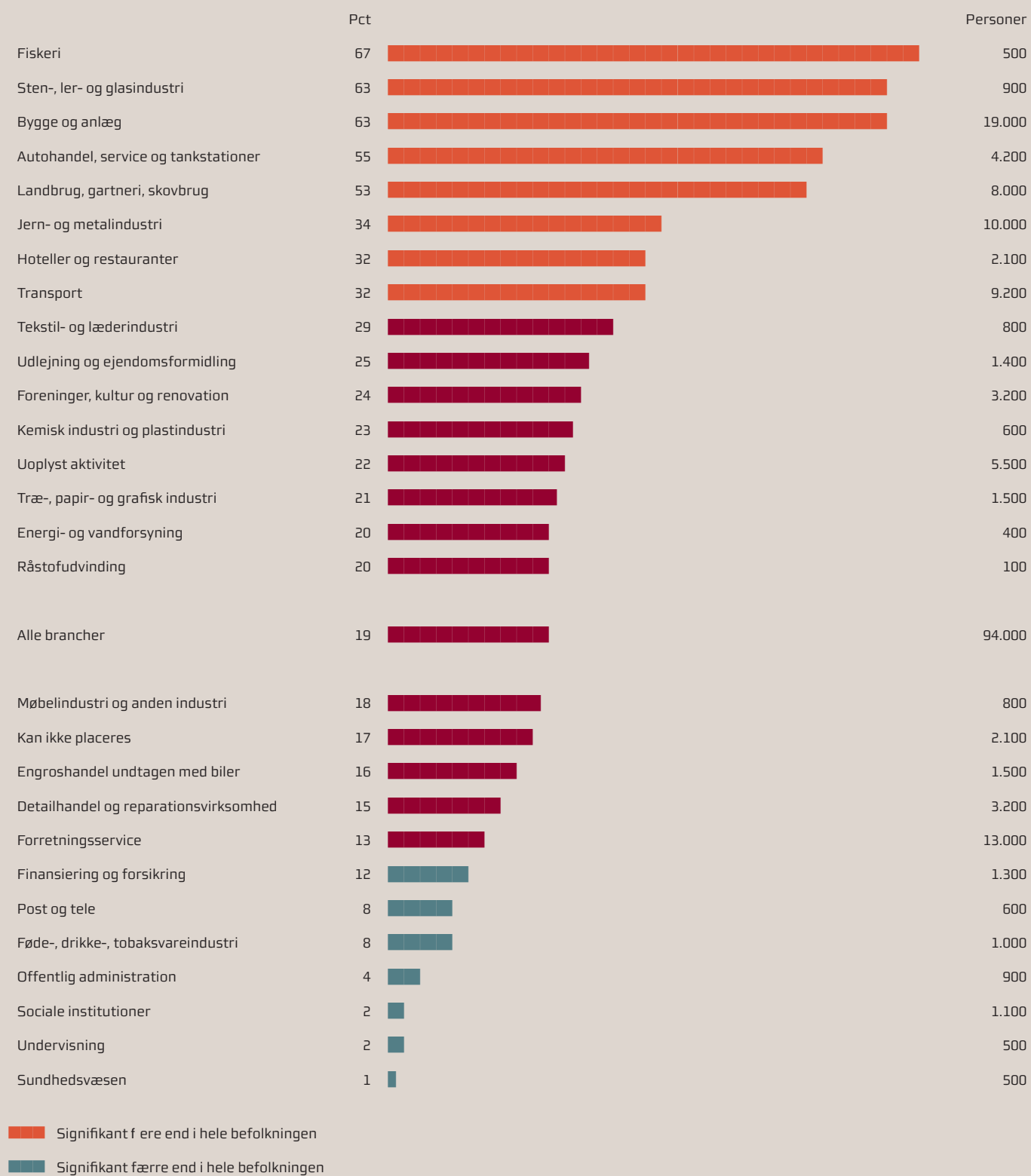
- Randers
- Århus

Blandt de privat ansatte arbejdede mellem 46% og 76% af arbejdsstyrken på en arbejdsplads, der ikke opfyldte lovens minimumskrav til rygeregler.

I seks kommuner er andelen af privat ansatte, der arbejder på arbejdspladser, hvor minimumskravene ikke var opfyldt, signifikant højere end blandt de offentlige ansatte som helhed:

- Lemvig
- Samsø og øvrige øer
- Skive
- Norddjurs
- Ringkøbing-Skjern
- Holstebro

I én kommune, Århus, er andelen signifikant lavere. Der er en forholdsvis høj grad af korrelation mellem andelen af offentligt og privat ansatte i kommunerne, hvor rygereglerne på arbejdspladsen ikke levede op til de kommende minimumskrav ($r=0,59$).

Figur 26. Personer der i foråret 2006 var på en arbejdsplads, hvor rygning er tilladt overalt – brancher

Figur 26 viser andelen, der arbejdede på en arbejdsplads, hvor det var tilladt at ryge overalt opdelt på brancher.

Der er meget stor variation mellem brancherne fra 1% i sundhedsvæsenet til 67% i fiskeriet.

I følgende brancher er der en signifikant større andel af de beskæftigede, der arbejdede et sted, hvor der ikke var rygeregler, sammenholdt med alle erhvervsaktive:

- Fiskeri
- Sten-, ler- og glasindustri
- Bygge og anlæg
- Autohandel, service og tankstationer
- Landbrug, gartneri, skovbrug
- Jern- og metalindustri
- Hoteller og restauranter
- Transport

I følgende brancher er der en signifikant mindre andel af de beskæftigede, der arbejdede et sted, hvor der ikke var rygeregler, sammenholdt med alle erhvervsaktive:

- Finansiering og forsikring
- Post og tele
- Føde-, drikke- og tobaksvarerindustri
- Offentlig administration
- Sociale institutioner
- Undervisning
- Sundhedsvæsen

Figur 27. Synes du, at rygning på følgende steder skal være tilladt, begrænset eller forbudt?

Undersøgelsen indeholder en række spørgsmål om holdningen til rygeregler på offentlige steder fra børnehaver og vuggestuer til værtshuse og cafeer.

Viden om befolkningens holdninger til rygeregler er nyttig, når man skal udforme rygepolitikker i region og kommuner.

Der udfoldes i disse år bestræbelser på at gøre det offentlige rum røgfrit.

'Lov om røgfri miljøer' indførte et generelt rygeforbud i det offentlige rum dog med mulighed for undtagelser (fx mulighed for indretning af rygerum i visse institutioner). Med det offentlige rum tænkes på de steder, hvor vi alle

færdes og i almindelighed har adgang til, fx butikscentre, idrætsklubber og sportshaller, kulturinstitutioner som biografteatre, kulturhuse o. lign. Det afgørende er ikke, om det er en privat eller en offentlig institution, men derimod om der er adgang for offentligheden – såvel mod betaling som gratis.

Figur 27 viser, at ønsket om et totalt rygeforbud er størst i forhold til steder, hvor børn og unge færdes til daglig: børnehaver/vuggestuer, folkeskoler og idrætsklubber/sportshaller.

Mere end halvdelen går endvidere ind for totalt rygeforbud i butikcentre, tog og sygehuse.

Halvdelen eller mere går ind for, at rygning begrænses til enkelte områder på offentlige kontorer, arbejdspladser, restauranter samt værtshuse og cafeer.

Den mindst restriktive holdning til rygeregler finder man i forhold til restauranter samt værtshuse og cafeer. Også her er der imidlertid kun en lille del af befolkningen, der går ind for, at rygning skal være tilladt overalt, mens majoriteten går ind for, at rygning skal begrænses til enkelte områder.

Referencer

- 1) Monitorering af danskernes rygevaner 2005. Rambøll Management, København 2006.
- 2) Kjølner M, Rasmussen NK, Sundhed og sygelighed i Danmark 2000, Statens Institut for Folkesundhed, København 2002.
- 3) Lancaster T and Stead L F. Physician advice for smoking cessation (review). 2005. The Cochrane Library 2005, Issue 2. Cochrane Review.
- 4) Monitorering af danskernes rygevaner 2002. Rambøll Management, København 2002.
- 5) Sundhedsstyrelsen. Metoder til rygeafvænning – dokumentation og anbefalinger 2003.

Alkohol

Danskernes gennemsnitlige forbrug af alkohol har været nogenlunde konstant siden 1970'erne. Sammenlignet med andre lande er forbruget højt. Blandt 24 europæiske lande har Danmark det 9. højeste forbrug pr. indbygger opgjort ud fra det registrerede salg (1). Antallet af alkoholrelaterede dødsfald har været stigende i en årrække.

Vigtige forebyggelsesmål på alkoholområdet er at forhindre (2):

- Skader der opstår i forbindelse med beruselse
- Skader på kroppens organer som følge af langvarigt storforbrug af alkohol
- Afhængighed af alkohol med heraf følgende psykiske og sociale problemer

De tre typer af alkoholproblemer kan både optræde hver for sig og samtidigt.

I Danmark er der et tydeligt aldersskel i drikkemønsteret. De unges alkoholforbrug er koncentreret omkring weekenderne, og rusdrikkeri er udbredt (3). Det øger risikoen for skader i forbindelse med beruselse.

Blandt midaldrende og ældre er alkoholforbruget mere spredt ud over ugens dage. For nogen giver det anledning til et langvarigt storforbrug og afhængighed af alkohol (4).

Der er ikke et skarpt skel mellem brug af alkohol og alkoholmisbrug.

For at forebygge rus-skader anbefaler Sundhedsstyrelsen, at man højst drikker fem genstande på én gang.

For at forebygge organskader og afhængighed anbefaler Sundhedsstyrelsen, at kvinder maksimalt drikker 14 genstande om ugen og mænd maksimalt 21 genstande om ugen.

Hvordan har du det? indeholder tre mål for risikabelt alkoholforbrug.

Rusdrikkeri: Hvor hyppigt indtages der fem genstande eller flere ved en enkelt lejlighed?

Storforbrug: Drikkes der sædvanligvis mere pr. uge end de anbefalede maksimale genstandsgrænser?

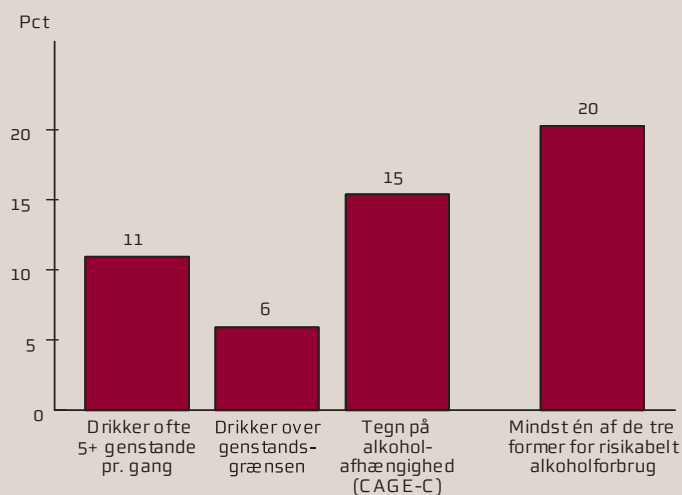
Afhængighed: Er der tegn på alkoholafhængighed?

Afhængighed er målt ved hjælp af CAGE-C, der består af seks spørgsmål om alkoholvaner (5):

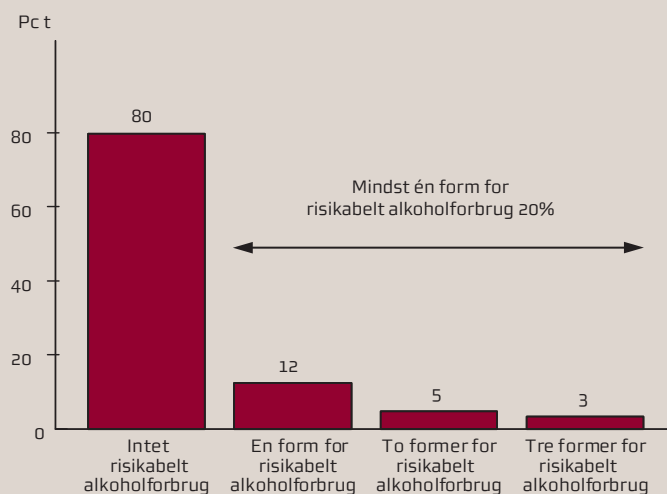
- 1) Har du inden for det sidste år følt, at du burde nedsætte dit alkoholforbrug?
- 2) Er der nogen, der inden for det sidste år har 'brokket' sig over, at du drikker for meget?
- 3) Har du inden for det sidste år følt dig skidt tilpas eller skamfuld på grund af dine alkoholvaner?
- 4) Har du inden 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 4 dage om ugen, tolkes det som tegn på alkoholafhængighed.

Figur 1. Tre former for risikabelt alkoholforbrug: rusdrikkeri, storforbrug, afhængighed



Figur 2. Udbredelsen af risikabelt alkoholforbrug: rusdrikkeri, storforbrug, afhængighed



Risikabelt alkoholforbrug i forhold til køn, alder og sociale forhold

11% drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed mindst én gang om ugen.

6% har et ugentligt forbrug, der ligger over genstandsgrænsen.

15% viser tegn på alkoholafhængighed målt ved hjælp af CAGE-C.

Hos 20% finder man mindst en af de tre former for risikabelt alkoholforbrug.

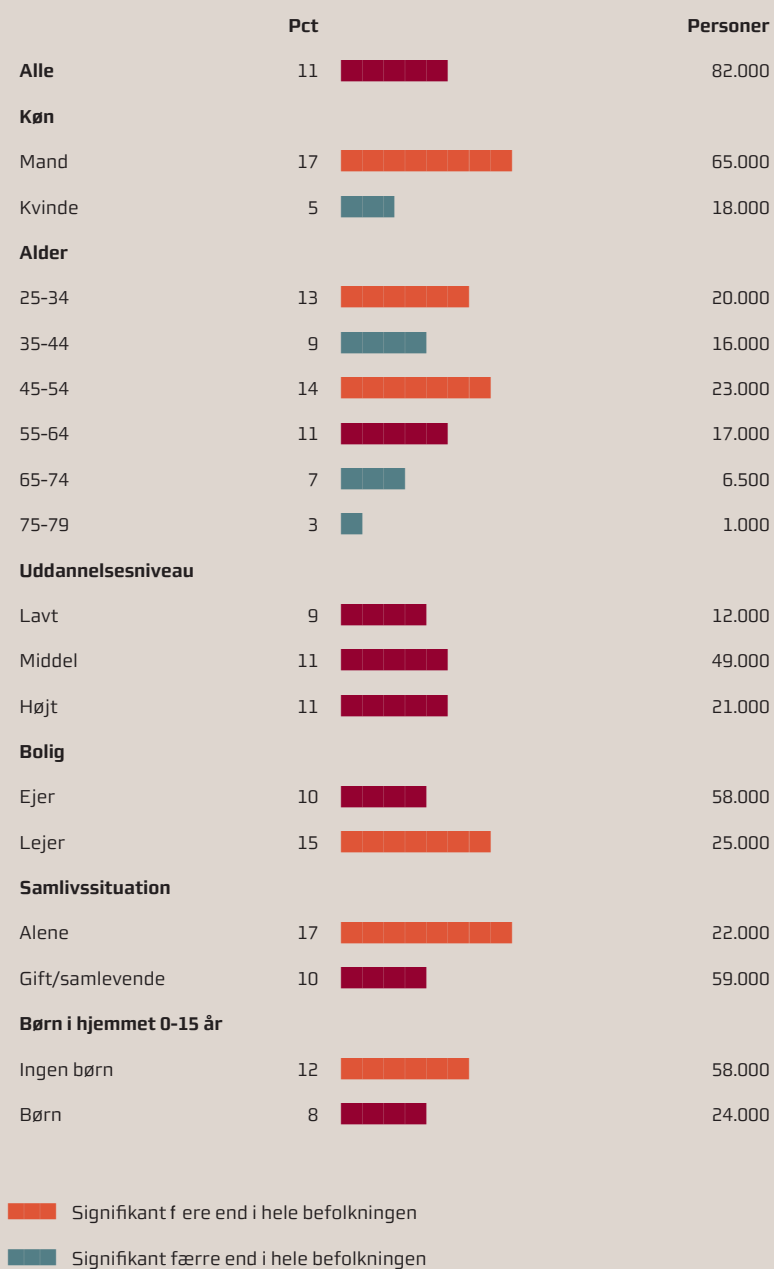
Ser man på forekomsten af de tre former for risikabelt alkoholforbrug under ét, tegner der sig følgende billede:

80% af befolkningen har ikke noget risikabelt alkoholforbrug. Det er 600.000 personer.

12% har én af de tre former for risikabelt alkoholforbrug. Det er godt 90.000 personer.

5% har to former for risikabelt alkoholforbrug. Det er 35.000 personer.

3% har alle tre former for risikabelt alkoholforbrug. Det er 25.000 personer.

Figur 3. Drikker 5+ genstande ved samme lejligheden gang om ugen eller oftere – køn, alder og sociale forhold

82.000 personer drikker fem genstande eller mere ved samme lejlighed hver uge eller oftere.

Sammenholdt med hele befolkningen er der signifikant flere rusdrikkere hos:

- Mænd
- Unge (25-34 år) og midaldrende (45-54 år)
- Personer der bor til leje
- Personer der er alene
- Personer der ikke bor sammen med børn

Der er signifikant færre rusdrikkere hos:

- Kvinder
- Yngre (35-44 år) og ældre (65-79 år)

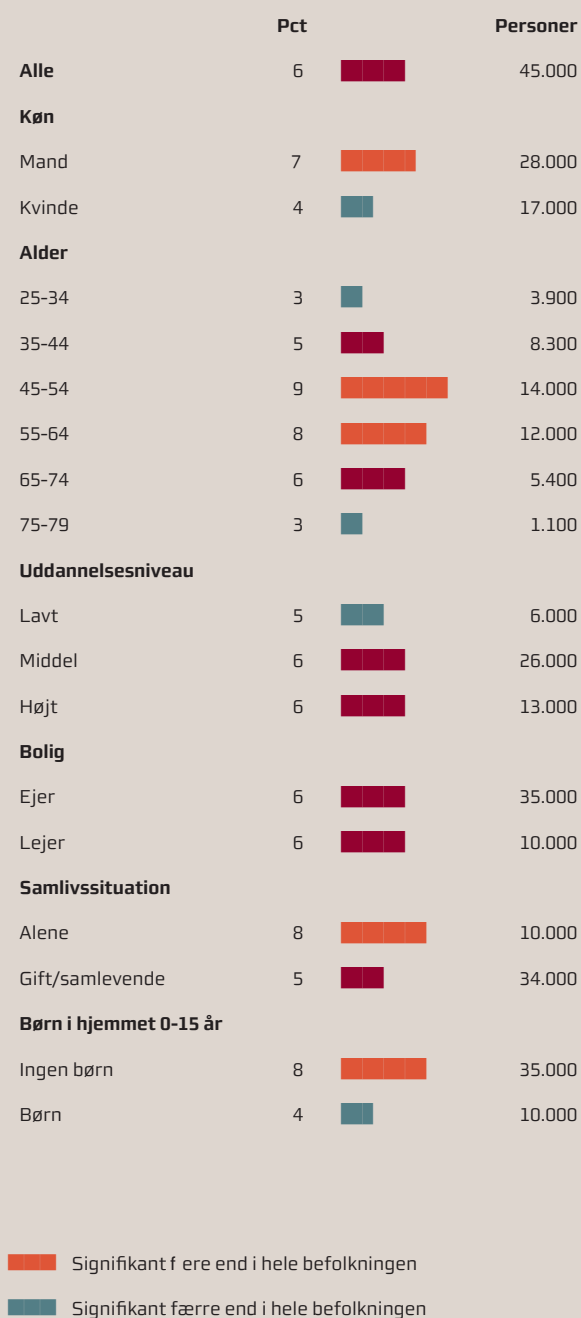
Rusdrikkeri er mere end tre gange så hyppigt blandt mænd end blandt kvinder.

Rusdrikkeri forekommer stort set lige hyppigt på alle tre uddannelsesniveauer.

Familie- og boligsituationen synes at spille en rolle for forekomsten af rusdrikkeri: at være alene, ikke at have børn og at bo i lejebolig er forbundet med en hyppigere forekomst af rusdrikkeri. Det skal nævnes, at langt flere af beboerne i lejeboliger er alene (43%) end beboerne i ejerboliger (10%).

Der er en karakteristisk 'to-puklet' sammenhæng mellem rusdrikkeri i forhold til alder. Flest unge og midaldrende drikker fem genstande eller mere ved samme lejlighed, mens der hos aldersgruppen ind imellem er signifikant færre, der gør det.

I en analyse af sammenhængen mellem alder og rusdrikkeri, hvor der også tages hensyn til, om der er børn i hjemmet eller ej, er der ikke længere nogen statistisk signifikant forskel mellem de tre aldersgrupper. At der er mange i aldersgruppen 35-44 år, der har hjemmeboende børn, 'forklarer' således dykket i rusdrikkeri. Man kunne tale om en 'børneeffekt'.

Figur 4. Drikker over genstandsgrænsen – køn, alder og sociale forhold

45.000 har et ugentligt forbrug, der ligger over genstandsgrænsen (15+ genstande for kvinder, 22+ genstande for mænd).

Sammenlignet med hele befolkningen er der signifikant flere, der overskrider genstandsgrænsen, hos:

- Mænd
- Midaldrende (45-64 år)
- Personer der er alene
- Personer der ikke bor sammen med børn

Der er signifikant færre, der overskrider genstandsgrænsen, hos:

- Kvinder
- Unge (25-34 år) og ældre (75-79 år)
- Lavt uddannede
- Personer der bor sammen med børn

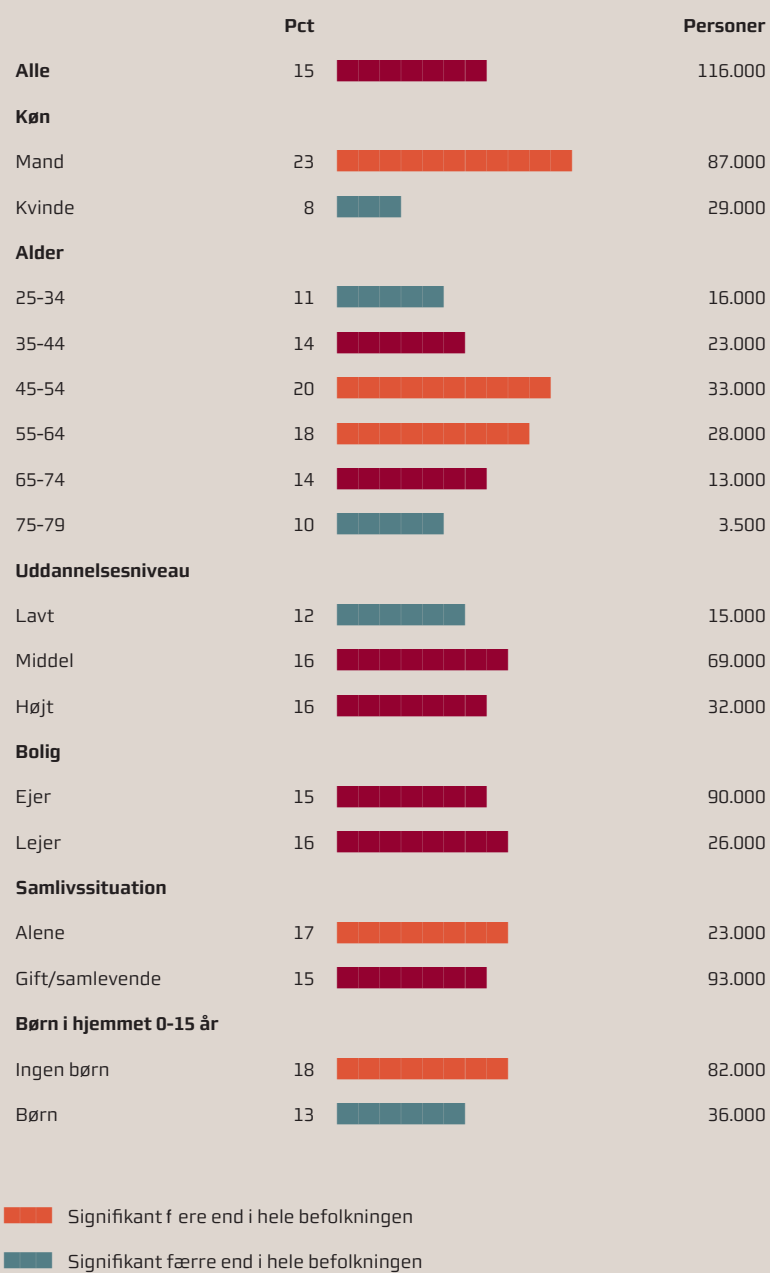
Forskellen mellem mænds og kvinders alkoholvaner er ikke så stor som ved rusdrikkeri, selv om flere mænd end kvinder drikker over genstandsgrænsen.

Der er en markant sammenhæng mellem alder og storforbrug. Andelen, der overskrider genstandsgrænsen, toppe i aldersgruppen 45-64 år. Både hos de yngre og ældre er der betydeligt færre, der drikker mere end 14/21 genstande pr. uge.

Forskellen i forhold til uddannelsesniveau og ejer/lejetilstand er ringe.

Der er en vis forskel med hensyn til familiær situation. Flere enlige og personer, der ikke bor sammen med børn, drikker mere end 14/21 genstande pr. uge.

Figur 5. Tegn på alkoholafhængighed (CAGE-C) – køn, alder og sociale forhold



116.000 personer viser tegn på alkoholafhængighed ud fra kriterierne i CAGE-C.

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der viser tegn på alkoholafhængighed blandt:

- Mænd
- Midaldrende (45-64 år)
- Personer der er alene
- Personer der ikke bor sammen med børn

Der er en signifikant mindre andel, der viser tegn på alkoholafhængighed hos:

- Kvinder
- Unge (25-34 år) og ældre (75-79 år)
- Lavt uddannede
- Personer der bor sammen med børn

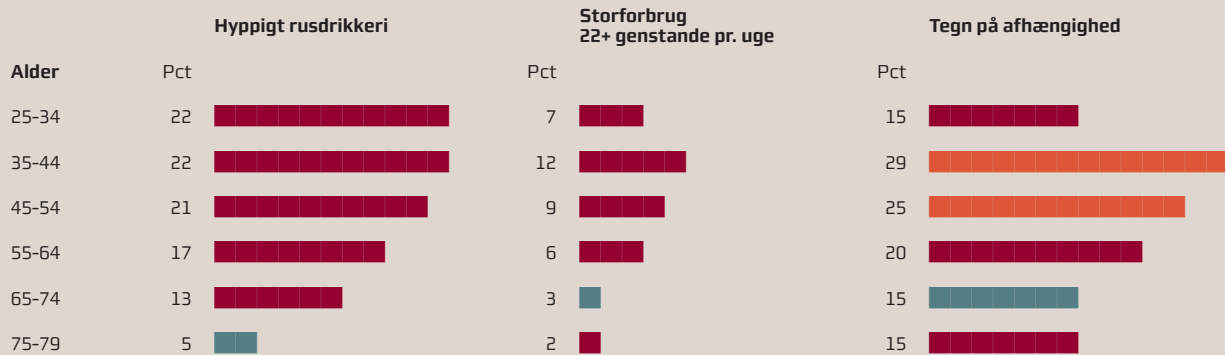
Variationen i alkoholafhængighed følger samme mønstre som ved overskridelse af genstandsgrænsen med hensyn til køn, alder og sociale forhold.

Dog er kønsforskellen større, idet der er tre gange så mange mænd som kvinder, der viser tegn på alkoholafhængighed.

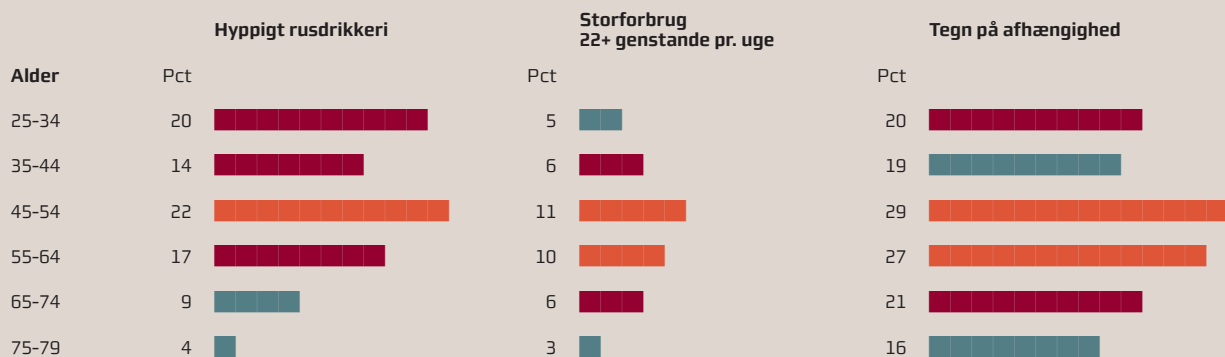
Forskellen mellem laveste uddannelsesniveau og de to andre uddannelsesniveauer er også lidt større.

Figur 6. Risikabelt alkoholforbrug – mænd

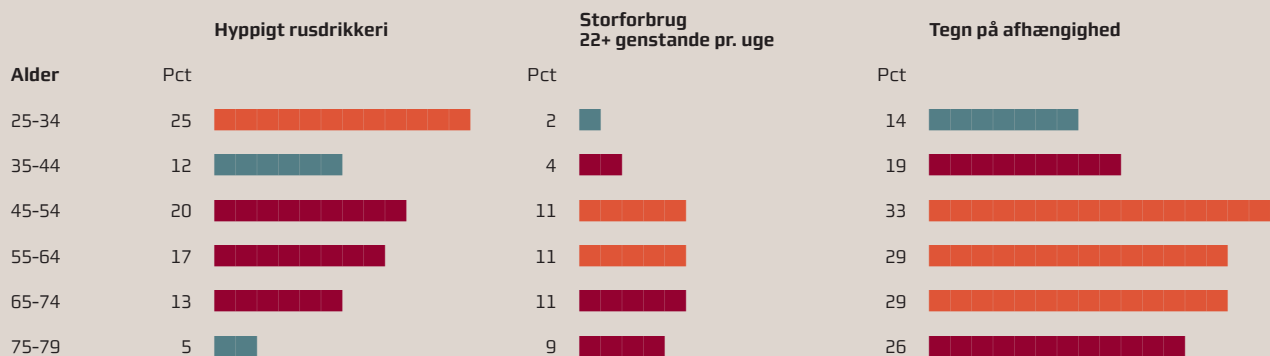
Lavt uddannelsesniveau



Middel uddannelsesniveau



Højt uddannelsesniveau



Signifikant flere end hos alle mænd

Signifikant færre end hos alle mænd

På grund af den store forskel i mænds og kvinders alkoholvaner er der lavet en separat analyse for hvert køn, hvor sammenhængen mellem risikabelt alkoholforbrug, alder og uddannelsesniveau beskrives.

Rusdrikkeri er udbredt hos unge mænd på alle tre uddannelsesniveauer. Mellem hver femte og hver fjerde mand på 25-34 år drikker fem genstande eller mere ved samme lejlighed en gang om ugen eller oftere. Rusdrikkeri forekommer hyppigst hos højt uddannede mænd.

Man genfinder den karakteristiske 'to-puklede' sammenhæng mellem rusdrikkeri og alder hos mellem- og højt uddannede som i befolkningen som helhed. En statistisk analyse viser, at faldet i rusdrikkeri hos de mellem og højt uddannede forklares af tilstedeværelsen af børn i hjemmet.

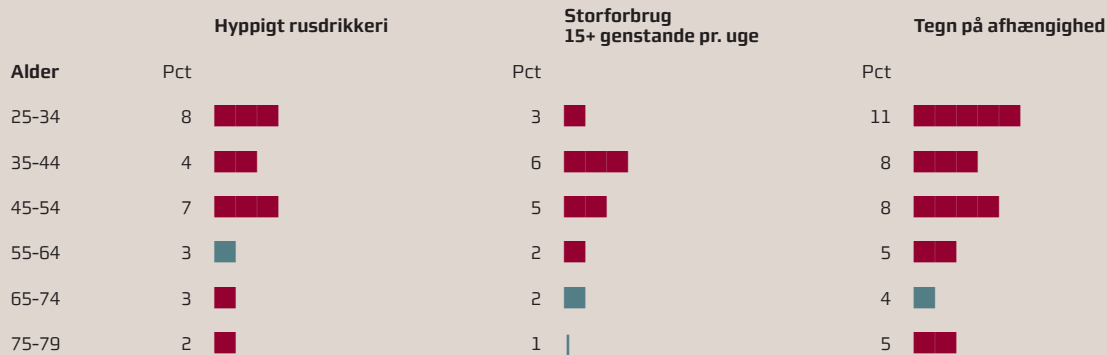
Hos de lavt uddannede mænd er der ikke noget dyk i rusdrikkeri i aldersgruppen 35-44 år.

Andelen af ældre mænd, der drikker mere end 21 genstande pr. uge, øges med uddannelsesniveauet. I figurens midterkollonne, der viser storforbrug (22+ genstande pr. uge) ser man, at toppunktet forskydes opad fra de laveste til de højeste uddannede.

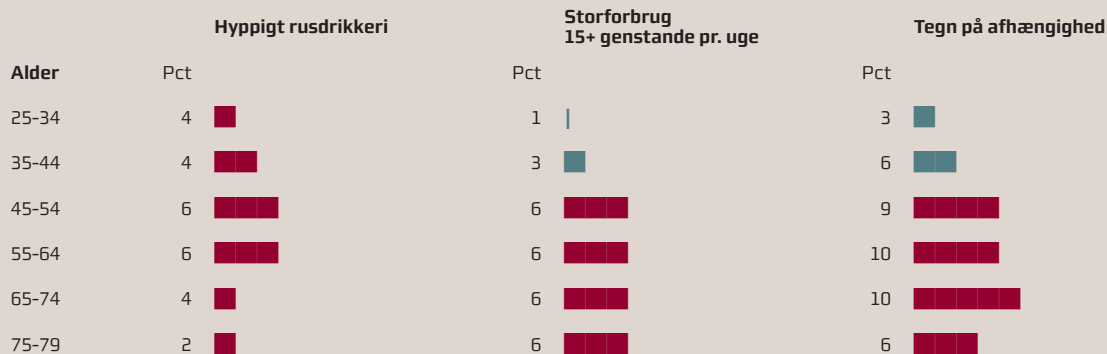
Andelen af ældre mænd, der viser tegn på afhængighed, øges ligeledes med uddannelsesniveauet. Blandt de lavt uddannede mænd på 65-74 år viser 15% tegn på afhængighed mod 21% på mellemste uddannelsesniveau og 29% på højeste uddannelsesniveau.

Figur 7. Risikabelt alkoholforbrug – kvinder

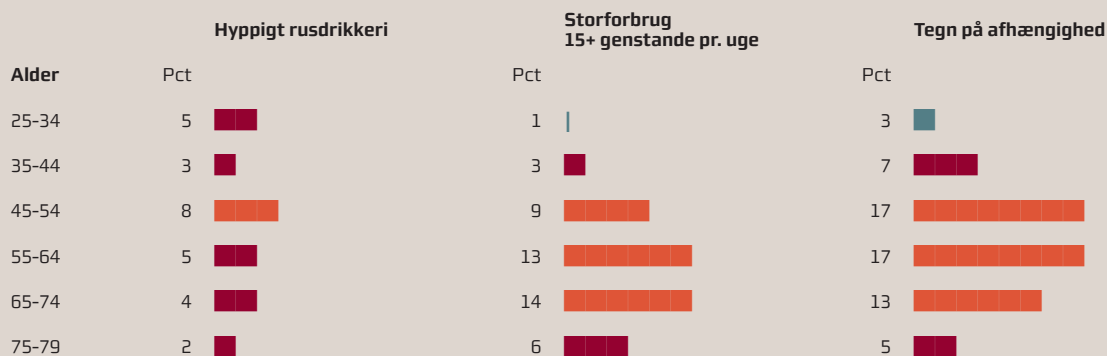
Lavt uddannelsesnivea



Middel uddannelsesnivea



Højt uddannelsesnivea



■ Signifikant flere end hos alle kvinder

■ Signifikant færre end hos alle kvinder

Rusdrikkeri forekommer langt sjældnere hos kvinder end mænd uanset alder og uddannelsesniveau.

Der er kun beskedne forskelle i forekomsten af rusdrikkeri i forhold til alder og uddannelsesniveau. To grupper afviger signifikant fra kvinderne som helhed: De lavt uddannede kvinder på 55-64 år har en lavere forekomst af rusdrikkeri, mens rusdrikkeri er hyppigere hos de højt uddannede kvinder på 45-54 år.

Overskridelse af genstandsgrænsen forekommer lige så hyppigt hos højt uddannede kvinder som mænd. Der er signifikant flere højt uddannede kvinder på 45-74 år, der overskrider genstandsgrænsen, i forhold til alle kvinder.

Hos kvinder på lavt og middel uddannelsesniveau er der færre kvinder end mænd, der overskrider genstandsgrænsen.

Andelen af ældre kvinder, der drikker over genstandsgrænsen, øges med uddannelsesniveauet. I figurens midterkollonne, der viser storforbrug (15+ genstande pr. uge), ser man, at toppunktet forskydes opad fra de lavest til de højest uddannede.

Afhængighed af alkohol er mindre udbredt blandt kvinder end mænd uanset alder og uddannelsesniveau.

Andelen af ældre kvinder, der viser tegn på afhængighed, stiger med uddannelsesniveauet. Der er signifikant flere højt uddannede kvinder på 45-74 år, der viser tegn på afhængighed, i forhold til alle kvinder.

Figur 8. Mænd med mindst én af tre risikable former for alkoholforbrug – kommuner

Figur 8 viser, hvor mange mænd, der har mindst én af tre risikable former for alkoholforbrug – rusdrikkeri, storforbrug, afhængighed – i de enkelte kommuner.

Andelen varierer fra 21% i Ringkøbing-Skjern til 42% på Samsø og øvrige øer.

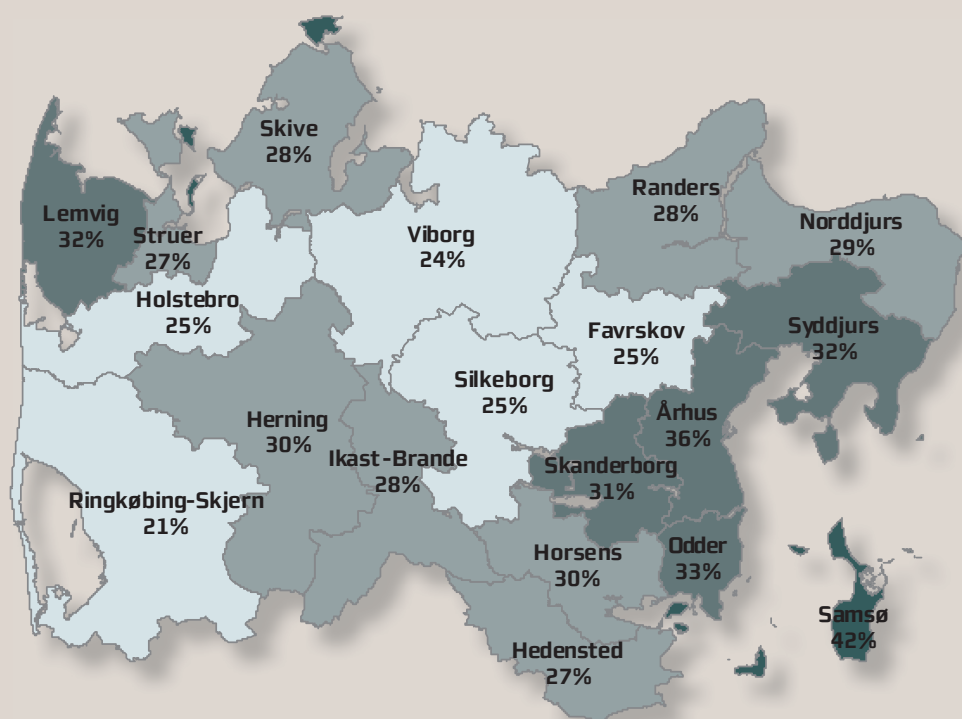
En signifikant større andel af mændene har et risikabelt alkoholforbrug i forhold til alle mænd i:

- Samsø og øvrige øer
- Århus

En signifikant mindre andel af mændene har et risikabelt alkoholforbrug i:

- Viborg
- Ringkøbing-Skjern

Figur 8 (fortsat). Mænd med mindst én af tre risikable former for alkoholforbrug – kommuner



Figur 9. Kvinder med mindst én af tre risikable former for alkoholforbrug – kommuner

Figur 9 viser, hvor mange kvinder, der har mindst én af tre risikable former for alkoholforbrug – rusdrikkeri, storforbrug, afhængighed – i de enkelte kommuner.

Andelen varierer fra 7% i Ringkøbing-Skjern til 18% på Samsø og øvrige øer.

En signifikant større andel af kvinderne har et risikabelt alkoholforbrug i forhold til alle kvinder i:

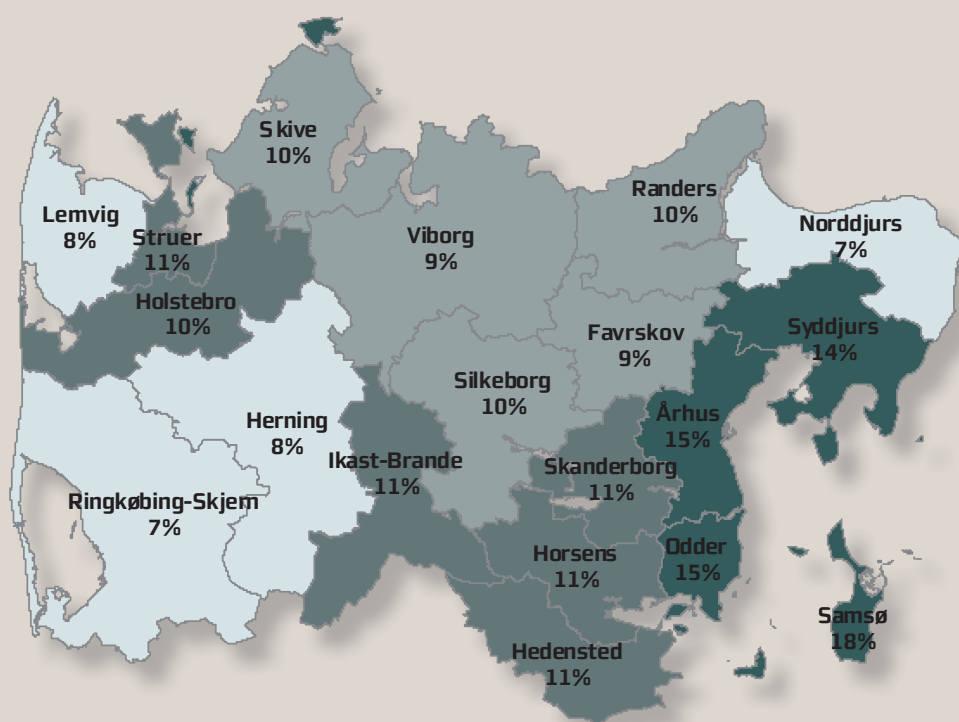
- Samsø og øvrige øer
- Odder
- Århus

En signifikant mindre andel af kvinderne har et risikabelt alkoholforbrug i:

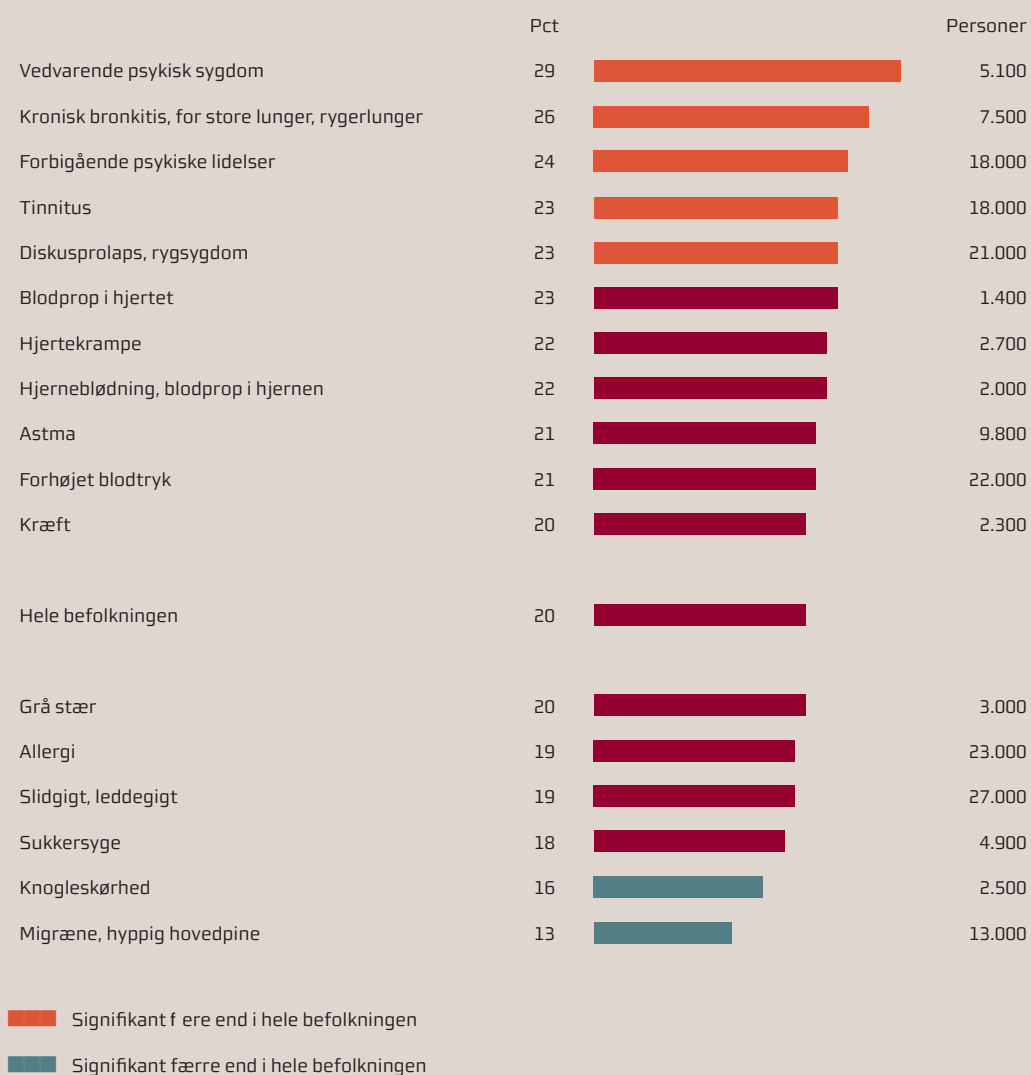
- Herning
- Lemvig
- Norrdjurs
- Ringkøbing-Skjern

Der er en høj korrelation ($r=0,74$) mellem andelen af mænd og kvinder i kommunerne med mindst én form for risikabelt alkoholforbrug.

Figur 9 (fortsat). Kvinder med mindst én af tre risikable former for alkoholforbrug – kommuner



Selv om der er stor forskel imellem mænds og kvinders alkoholvaner, indikerer det, at der sker en vis afsmitning med hensyn til drikkevaner mellem kønnene.

Figur 10. Kronisk syge med mindst én af tre risikable former for alkoholforbrug

Figur 10 viser, hvor mange kronisk syge, der har mindst én af tre risikable former for alkoholforbrug.

Psykisk syge har den højeste andel med et risikabelt alkoholforbrug (29%), mens personer med migræne/hyppig hovedpine har den laveste andel (13%).

Af de 17 kroniske sygdomme, der indgår i undersøgelsen, er der signifikant flere end i befolkningen som helhed, der har et risikabelt alkoholforbrug, blandt personer med:

- Vedvarende psykisk sygdom
- Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger
- Forbigående psykisk lidelse
- Tinnitus
- Diskusprolaps, rygsygdom

Der er signifikant færre, der har et risikabelt alkoholforbrug blandt personer med:

- Knogleskørhed
- Migræne, hyppig hovedpine

Figur 11. Personer med mindst én af tre former for risikabelt alkoholforbrug inden for forskellige brancher

21% af de erhvervsaktive har mindst én af tre risikable former for alkoholforbrug: rusdrikkeri, storforbrug, afhængighed.

Andelen med et risikabelt forbrug varierer mellem 14% i tekstil- og læderindustrien og 43% i sten-, ler- og glasindustrien.

En signifikant højere andel end i den erhvervsaktive befolkning som helhed finder man i:

- Sten-, ler- og glasindustri
- Kemisk industri og plastindustri
- Bygge og anlæg
- Transport

En signifikant lavere andel finder man i:

- Føde-, drikke- og tobaksvareindustri
- Sociale institutioner
- Sundhedsvæsen

Figur 12. Har din egen læge de seneste tre år rådet dig til at nedsætte dit alkoholforbrug?

Nedsættelse af alkoholforbruget – motivation og rådgivning

16% af de personer, der har været ved egen læge inden for de seneste tre år, er af lægen blevet rådet til at sætte deres alkoholforbrug ned. 118.000 personer har fået råd om at nedsætte forbruget.

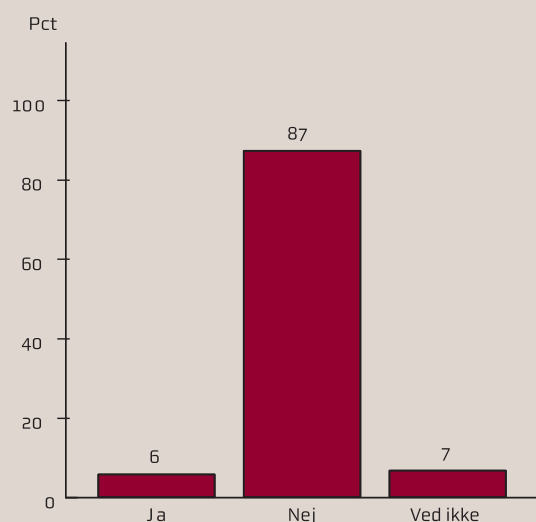
Kronisk syge får oftere råd om at nedsætte alkoholforbruget end andre.

Ser man på patienter med og uden de 17 kroniske sygdomme, der indgår i undersøgelsen, har 10% uden nogle af disse sygdomme fået råd om at nedsætte alkoholforbruget. Det er signifikant færre end alle patienter.

Andelen, der er rådet til at sætte alkoholforbruget ned, stiger med antallet af kroniske sygdomme. Blandt personer med fire eller flere kroniske sygdomme er 37% blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug.

Patienter, der har fået råd om at nedsætte deres alkoholforbrug, varierer fra 17% blandt personer med kræft til 51% blandt personer med sukkersyge.

Der er signifikant flere blandt 16 af de 17 patientgrupper (kræft undtaget), der har fået råd om at nedsætte deres alkoholforbrug af den praktiserende læge, end blandt patienterne som helhed.

Figur 13. Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?

7% af befolkningen har ikke drukket alkohol inden for det sidste år (4% af mændene og 10% af kvinderne).

Blandt den del af befolkningen, der drikker alkohol, har 6% svaret 'ja' til spørgsmålet "Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?".

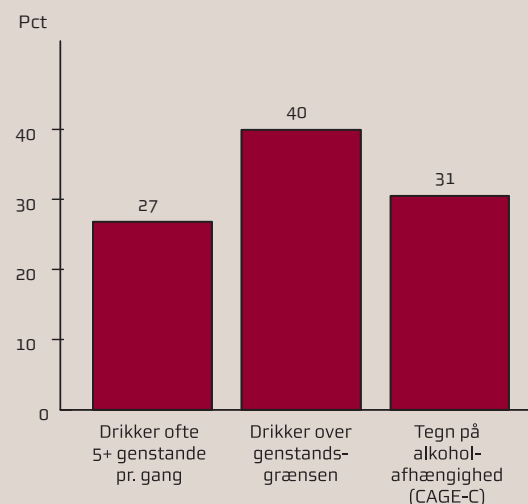
87% ønsker ikke at nedsætte forbruget.

7% har svaret 'ved ikke' til spørgsmålet.

Rusdrikkeri: Af dem, der drikker fem genstande eller flere mindst én gang om ugen, vil 27% gerne nedsætte deres alkoholforbrug.

Storforbrug: Af dem, der har et ugentligt forbrug, der ligger over genstandsgrænsen, vil 40% gerne nedsætte deres alkoholforbrug.

Afhængighed: Af dem, der har tegn på alkoholafhængighed, vil 31% gerne nedsætte deres alkoholforbrug.

Figur 14. Har svaret 'ja' til "Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?"

Motivationen til at nedsætte alkoholforbruget stiger kraftigt jo flere af de tre former for risikabelt alkoholforbrug, der er tale om.

Blandt personer uden nogen af de tre former for risikabelt alkoholforbrug ønsker 1% at nedsætte deres forbrug.

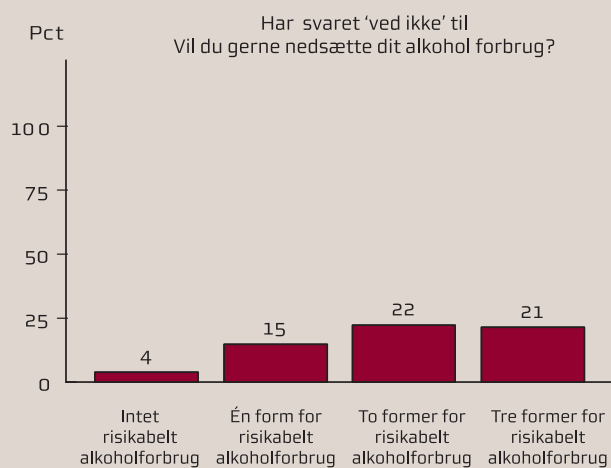
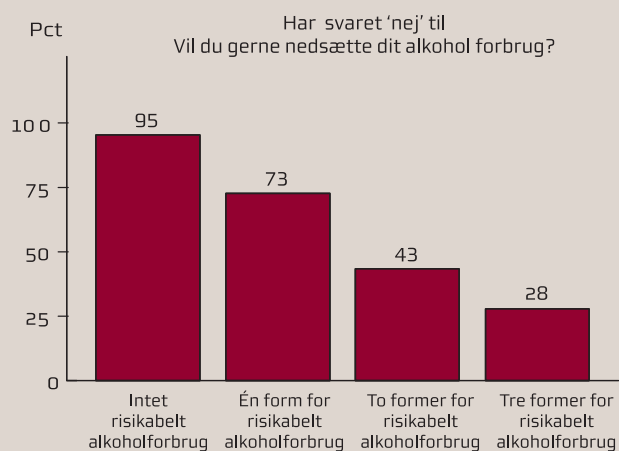
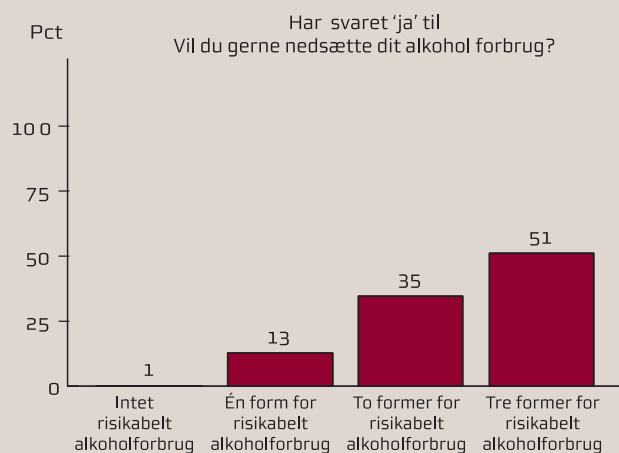
13% med én af de tre former for risikabelt alkoholforbrug ønsker at nedsætte deres forbrug.

35% med to former for risikabelt alkoholforbrug ønsker at nedsætte deres forbrug.

51% med alle tre former for risikabelt alkoholforbrug ønsker at nedsætte deres forbrug.

Der sker tilsvarende en forøgelse i andelen, der svarer 'ved ikke' til, om de ønsker at nedsætte alkoholforbruget.

Blandt personer med alle tre former for risikabelt alkoholforbrug er der således kun 28%, der svarer nej til, at de ikke ønsker at nedsætte deres forbrug.

Figur 15. Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug? Svar i forhold til risikabelt alkoholforbrug

Figur 16. Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug? Køn og uddannelsesniveau samt antallet af former for risikabelt alkoholforbrug



Sammenholder man mænds og kvinders besvarelse af spørgsmålet "Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?", er der hos begge køn en stærkt stigende motivation til at nedsætte alkoholforbruget jo flere af de tre former for risikabelt alkoholforbrug, der er tale om.

Sammenhængen er imidlertid stærkere hos kvinder end mænd. 62% af de kvinder, der har alle tre former for risikabelt alkoholforbrug, ønsker at nedsætte deres forbrug mod 48% af mændene.

Der er kun små forskelle i motivationen til at nedsætte alkoholforbruget mellem de tre uddannelsesniveauer. Der ses en mindre øgning i motivationen fra laveste til højeste uddannelsesniveau.

Referencer

- 1) Statistik 2003: Alkohol, narkotika og tobak. Sundhedsstyrelsen, København 2004.
- 2) Aasland OG. Alkohol og andre rusmidler. In Larsen Ø et al. Samfunnsmedisin i Norge – teori og anvendelse. Universitetsforlaget, Oslo 1998.
- 3) Nielsen GA et al. Unges livsstil og dagligdag – forbrug af tobak, alkohol og stoffer. Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen, København 2002.
- 4) Kjølner M, Rasmussen NK, Sundhed og sygelighed i Danmark 2000, Statens Institut for Folkesundhed, København 2002.
- 5) Zierau et al. Validation of a 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.

Overvægt

Overvægt er et hastigt voksende sundhedsproblem i Danmark blandt både børn og voksne. I 1987 var der 6% svært overvægtige i den voksne befolkning. I 2005 var andelen øget til 11%. Den største stigning i forekomsten af svær overvægt ses blandt mænd på 16-24 år (1).

En fordobling i andelen af svært overvægtige på knap 20 år vidner om store ændringer i befolkningens sundhedsvaner.

Normalt forklares udvikling af overvægt med en manglende balance mellem kostindtag og energiforbrug.

Landsdækkende kostundersøgelser dokumenterer, at der er sket et fald i det gennemsnitlige kalorieforbrug pr. voksen over en årrække (2). Når forekomsten af overvægt alligevel er øget, tyder det på, at der er sket en endnu kraftigere reduktion i den fysiske aktivitet som følge af ændringer i arbejdsliv, transportmønstre og fritidsvaner. I sjældnere tilfælde er overvægt en følge af stofskiftesygdomme eller indtagelse af bestemte typer af medicin.

Vigtige mål for forebyggelse af overvægt er at:

- Normalvægtige ikke udvikler overvægt
- Moderat overvægtige ikke udvikler svær overvægt
- Svært overvægtige, der gennem egen indsats og behandling har tabt sig, fastholder vægttabet

De to første mål skal ses som et led i en langsigtet strategi for at forebygge udvikling af svær overvægt, også kaldet fedme.

Det er især fedme, der indebærer en forøget risiko for død og kroniske sygdomme som sukkersyge, hjertekarsygdomme, visse former for kræft samt lidelser i bevægeapparatet (3). Fedme er desuden ofte en psykisk og social belastning.

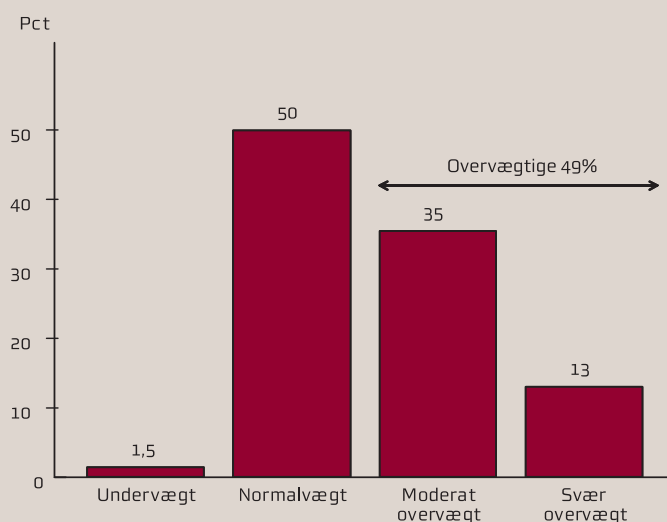
Det har vist sig vanskeligt at opnå et varigt vægttab hos personer, der har udviklet fedme. Det er derfor vigtigt, at der laves en fedmeforebyggende indsats i forhold til personer, der er i risiko for at udvikle svær overvægt (4). Generelt skal personer, der har risiko for at udvikle fedme, findes blandt de moderat overvægtige. Moderat overvægt er imidlertid så udbredt i befolkningen, at det i sig selv ikke giver nogen præcis afgrænsning af risikogruppen.

I stedet kan en høj forekomst af fedme i bestemte grupper tages som udtryk for, at gruppens medlemmer har en øget risiko for at udvikle fedme.

På trods af de dårlige prognoser for et varigt vægttab når fedmen først er til stede, bør svært overvægtige fortsat have hjælp og støtte til at tabe sig. Der har vist sig at være gode helbredseffekter ved selv mindre vægttab i denne gruppe, og det anbefales derfor, at der sættes forholdsvis beskedne, men realistiske mål for vægttab (4).

I det følgende beskrives forekomsten af både moderat og svær overvægt.

Motivationen for vægttab beskrives hos moderat og svær overvægtige.

Figur 1. Befolkningens fordeling på vægtklasser

Vægtstatus er i undersøgelsen målt ved hjælp af Body Mass Index (BMI) ud fra deltagernes egne oplysninger om højde og vægt.

BMI beregnes ved at dividere vægten i kg med højden i meter i anden (kg/m^2).

Ud fra BMI kan der foretages en inddeling i fire vægtklasser:

Svær overvægt:	BMI \geq 30
Moderat overvægt:	BMI 25-29,9
Normalvægt:	BMI 20-24,9
Undervægt:	BMI < 20

Der er en tilbøjelighed blandt overvægtige til at oplyse en lavere vægt end den faktiske (5). Derfor må undersøgelsens tal for overvægt betragtes som minimumstal.

Overvægt i forhold til køn, alder og sociale forhold

Undersøgelsen viser, at halvdelen af befolkningen er overvægtig. Heraf er 35% moderat overvægtig, og 13% er svært overvægtig.

I 2000 var der 9% svært overvægtige i Ringkjøbing, Vejle, Viborg og Århus Amt (6). Der er således sket en stigning i forekomsten af svær overvægt i den mellemliggende periode.

Der er 100.000 svært overvægtige og 270.000 moderat overvægtige.

375.000 er normalvægtige, mens 11.000 er undervægtige.

Figur 2. Overvægt – køn, alder og sociale forhold



Mens betydeligt flere mænd end kvinder er moderat overvægtige – 44% mod 27% –, er der lige mange svært overvægtige mænd og kvinder.

Der er signifikant flere svært overvægtige end i hele befolkningen blandt:

- Ældre (55-74 år)
- Lavt uddannede
- Personer der bor til leje
- Personer der ikke bor sammen med børn

Der er signifikant færre svært overvægtige blandt:

- Unge (25-34 år)
- Højt uddannede
- Personer der bor sammen med børn

Der er en meget kraftig sammenhæng mellem uddannelsesniveau og svær overvægt. Dobbelt så mange lavt uddannede er svært overvægtige sammenlignet med de højt uddannede.

Man bemærker i øvrigt, at forekomsten af moderat overvægt og svær overvægt ikke følger samme mønster i de forskellige demografiske og sociale grupper.

Figur 3. Svær overvægt – køn, alder og uddannelsesniveau



Figur 3 viser forekomsten af svær overvægt i befolkningen opdelt efter alder, køn og uddannelsesniveau.

Svær overvægt er hyppigst hos lavt uddannede mænd i aldersgruppen 55-64 år. Her er hver fjerde svært overvægtig.

Den laveste forekomst af svær overvægt finder man hos unge mænd på højeste uddannelsesniveau. Her er 6% svært overvægtig.

Der er en tendens til, at uddannelsesforskellen i forekomsten af fedme er størst blandt personer under 55 år.

Dette kan ses som et tegn på, at den sociale ulighed i fedme målt ved uddannelsesniveau vokser blandt den yngre del af befolkningen.

Figur 4. Overvægt – kommuner



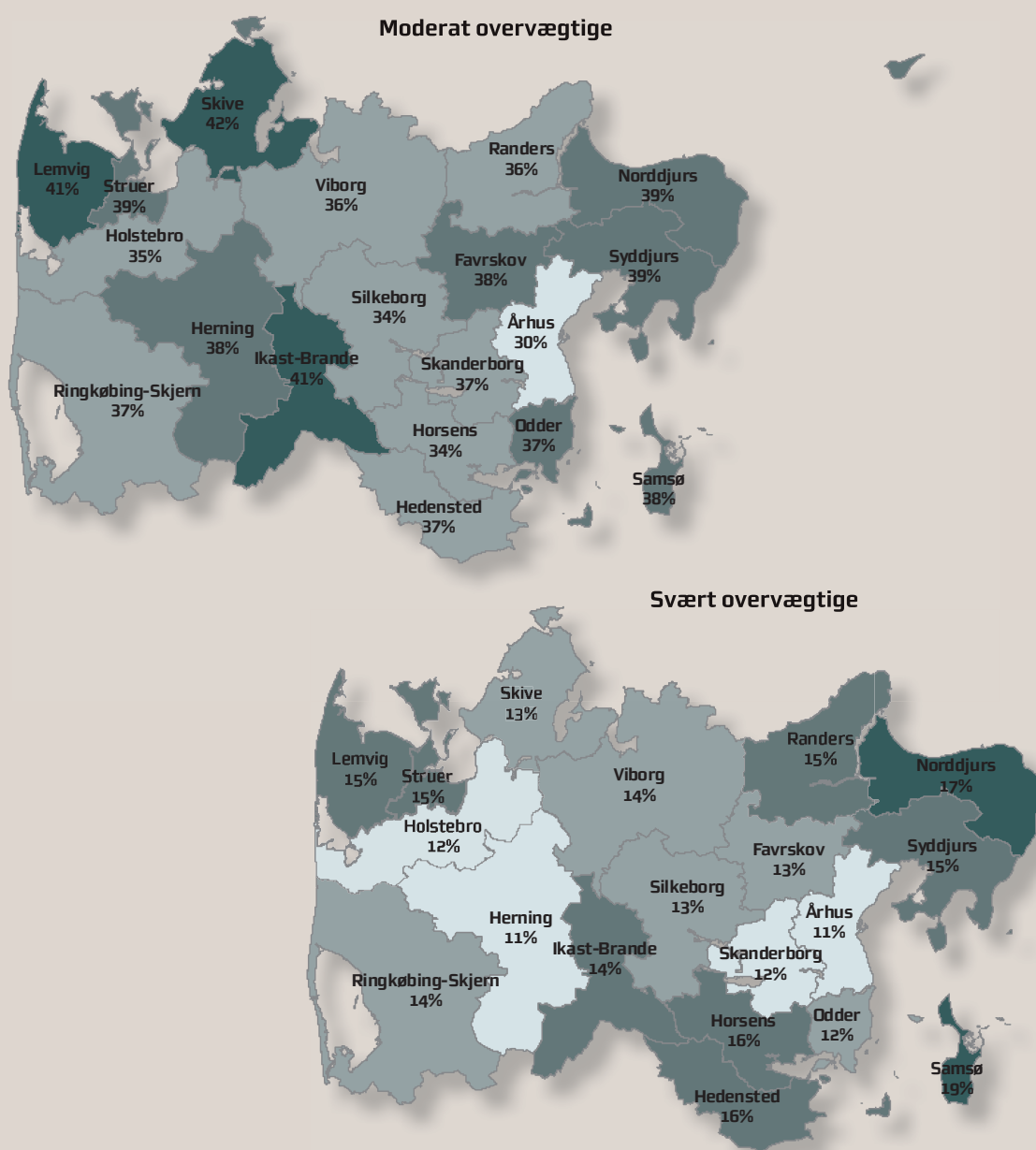
Den højeste andel af svært overvægtige finder man på Samsø og øvrige øer. 19% af befolkningen er her svært overvægtig.

Den laveste andel af svært overvægtige finder man i Århus, hvor 11% er svært overvægtig. Århus er ligeledes den kommune, der har den laveste andel af moderat overvægtige (30%).

Der er signifikant flere overvægtige end i befolkningen som helhed i følgende kommuner:

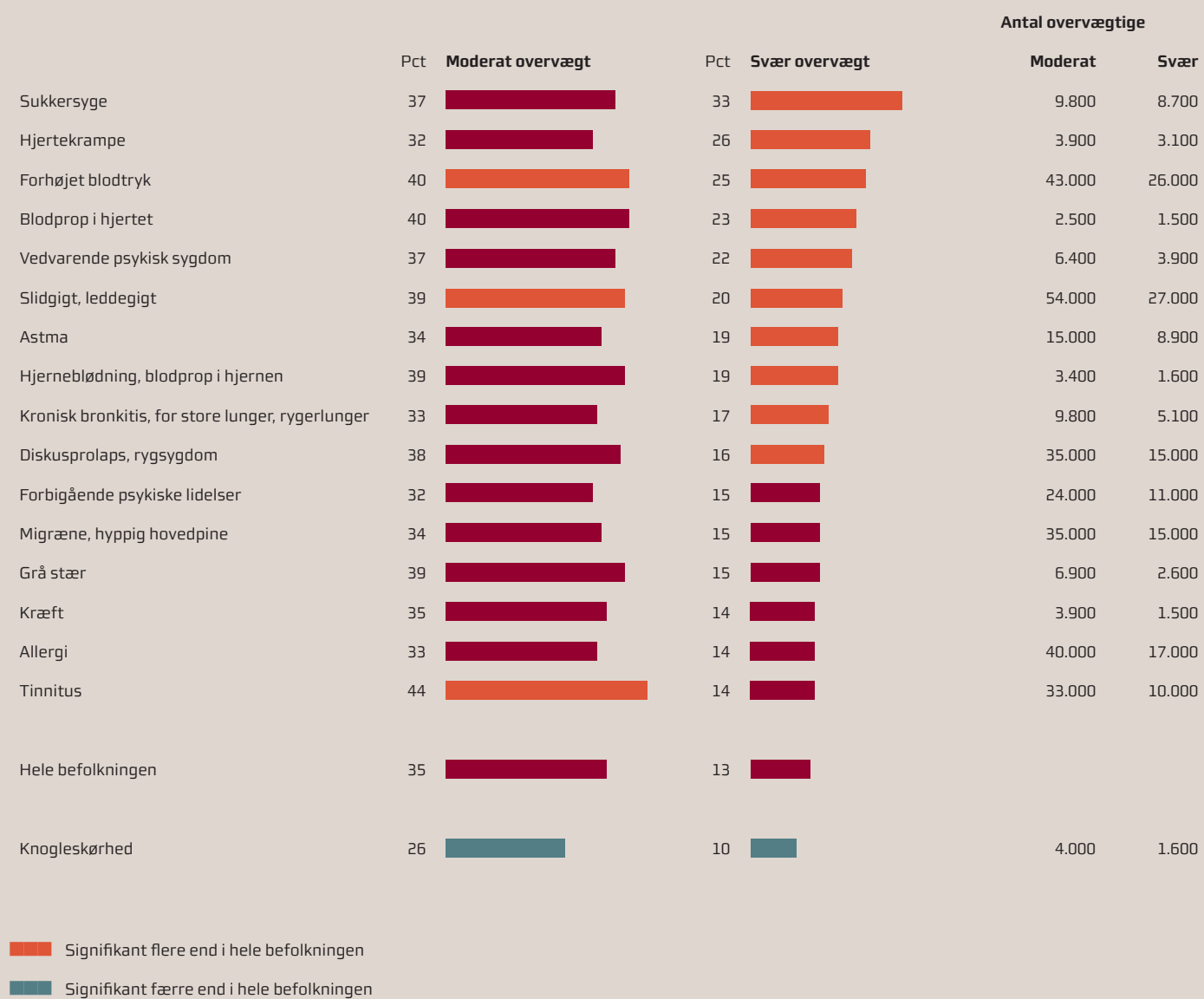
- Samsø og øvrige øer
- Norddjurs
- Hedensted
- Horsens

Figur 4 (fortsat). Overvægt - kommuner



Århus er den eneste kommune, hvor andelen af svært overvægtige er signifikant lavere end i hele befolkningen.

Figur 5. Overvægt blandt personer med kronisk sygdom



Der er generelt flere kronisk syge, der er svært overvægtige, end i befolkningen som helhed.

Ved 16 af de 17 kroniske sygdomme, der indgår i undersøgelsen, er andelen af svært overvægtige større end i hele befolkningen.

I følgende sygdomsgrupper er der en signifikant højere forekomst af svær overvægt:

- Sukkersyge
- Hjertekrampe
- Forhøjet blodtryk
- Blodprop i hjertet
- Vedvarende psykisk sygdom
- Slidgigt, leddegigt
- Astma
- Hjerneblødning, blodprop i hjernen
- Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger
- Diskusprolaps, rygsygdom

Svær overvægt kan både være en medvirkende årsag til udvikling af sygdom, som ved type 2 sukkersyge og slidgigt (8), og en følge af sygdom.

Under alle omstændigheder er svær overvægt en helbredsbelastning, der er særlig problematisk hos personer, der har en alvorlig kronisk sygdom.

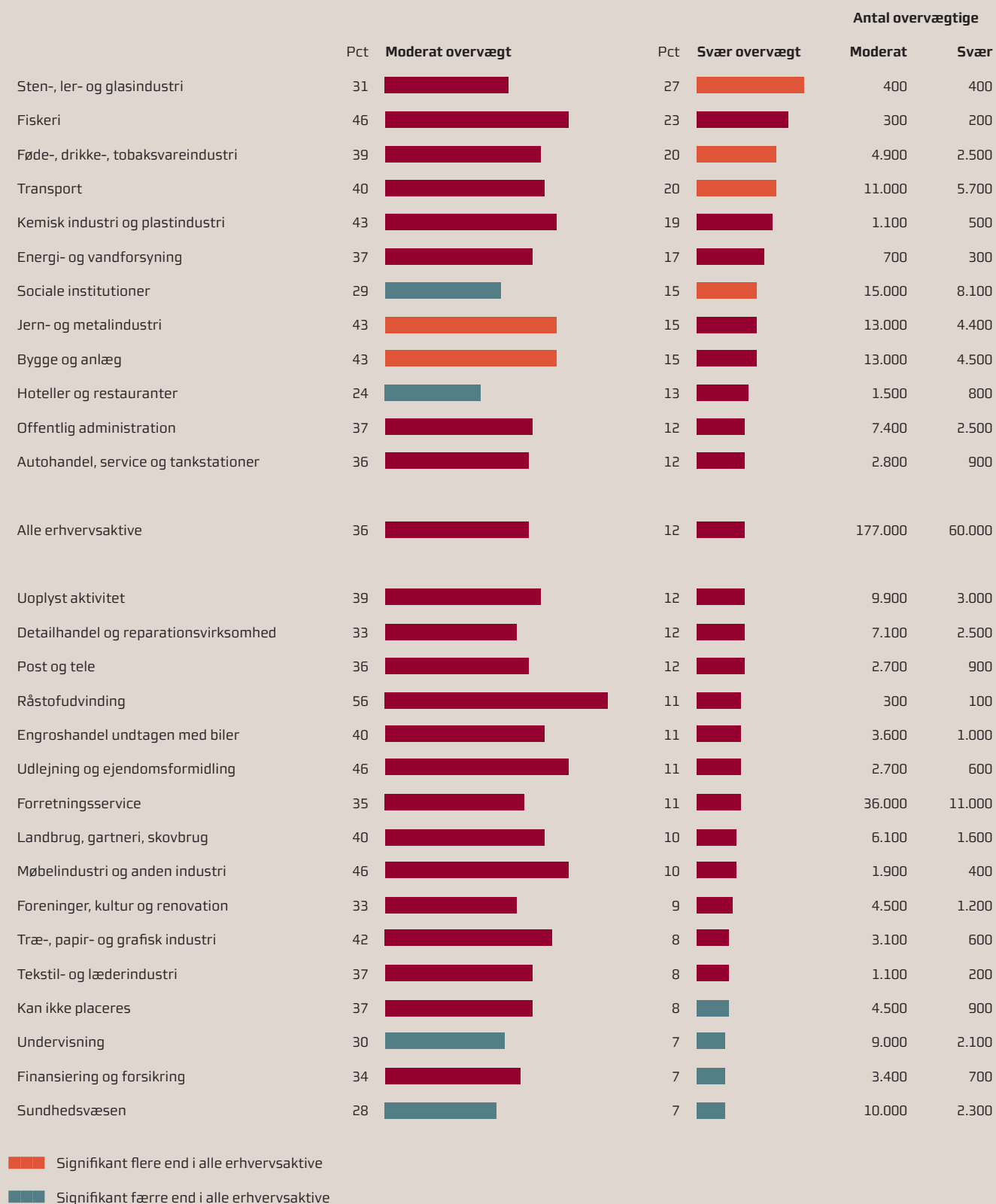
Kun ved en enkelt sygdom finder man en signifikant lavere forekomst af svær overvægt end i hele befolkningen:

- Knogleskørhed

Der er kun ringe overensstemmelse mellem forekomsten af moderat og svær overvægt inden for de forskellige sygdomsgrupper.

Antalsmæssigt finder man de største grupper med svær overvægt blandt personer med slidgigt/leddegigt (27.000) og forhøjet blodtryk (26.000).

Figur 6. Overvægt inden for forskellige brancher



Blandt de erhvervsaktive er der 12% med svær overvægt, mens 36% er moderat overvægtig. 60.000 er svært overvægtige, og knap 180.000 er moderat overvægtige.

Der er betydelig variation i forekomsten af svær overvægt inden for de forskellige brancher. Der er en signifikant større andel af svært overvægtige indenfor:

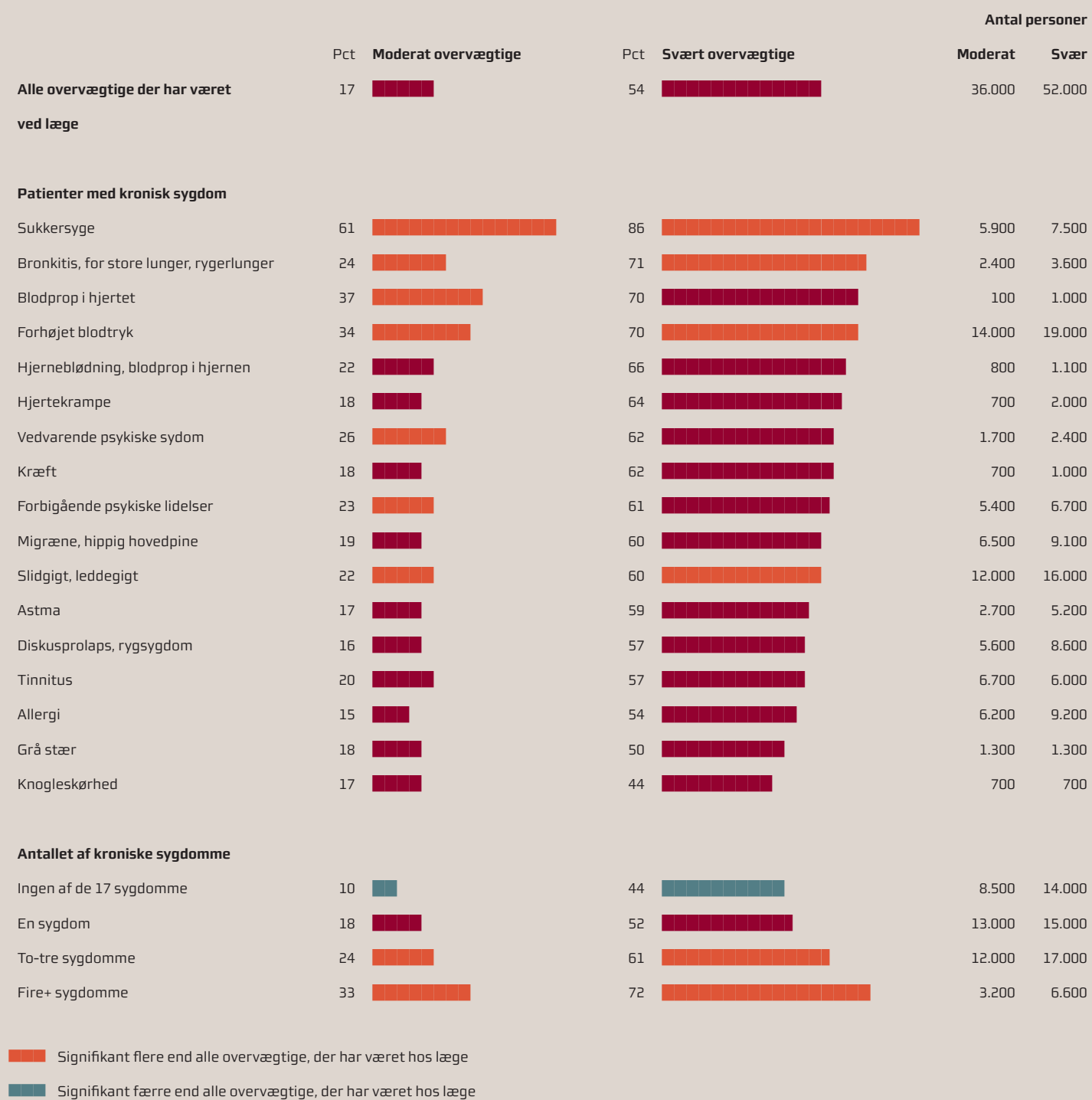
- Sten-, ler- og glasindustri
- Føde-, drikke- og tobaksvareindustri
- Transport
- Sociale institutioner

Der er en signifikant mindre andel af svært overvægtige inden for:

- Undervisning
- Finansiering og forsikring
- Sundhedsvæsen

Det største antal svært overvægtige finder man inden for transport, sociale institutioner og forretningservice. Inden for de tre brancher er der til sammen 25.000 svært overvægtige, hvilket svarer til 40% af alle svært overvægtige blandt de erhvervsaktive.

Figur 7. Har din egen læge i løbet af de seneste tre år rådet dig til at tabe dig?



Vægttab – motivation og rådgivning

Deltagerne i undersøgelsen er blevet spurgt, om de af egen læge er blevet rådet til at tabe sig i løbet af de seneste tre år.

54% af de svært overvægtige og 17% af de moderat overvægtige er blevet rådet til at tabe sig. Det drejer sig om knap 90.000 personer.

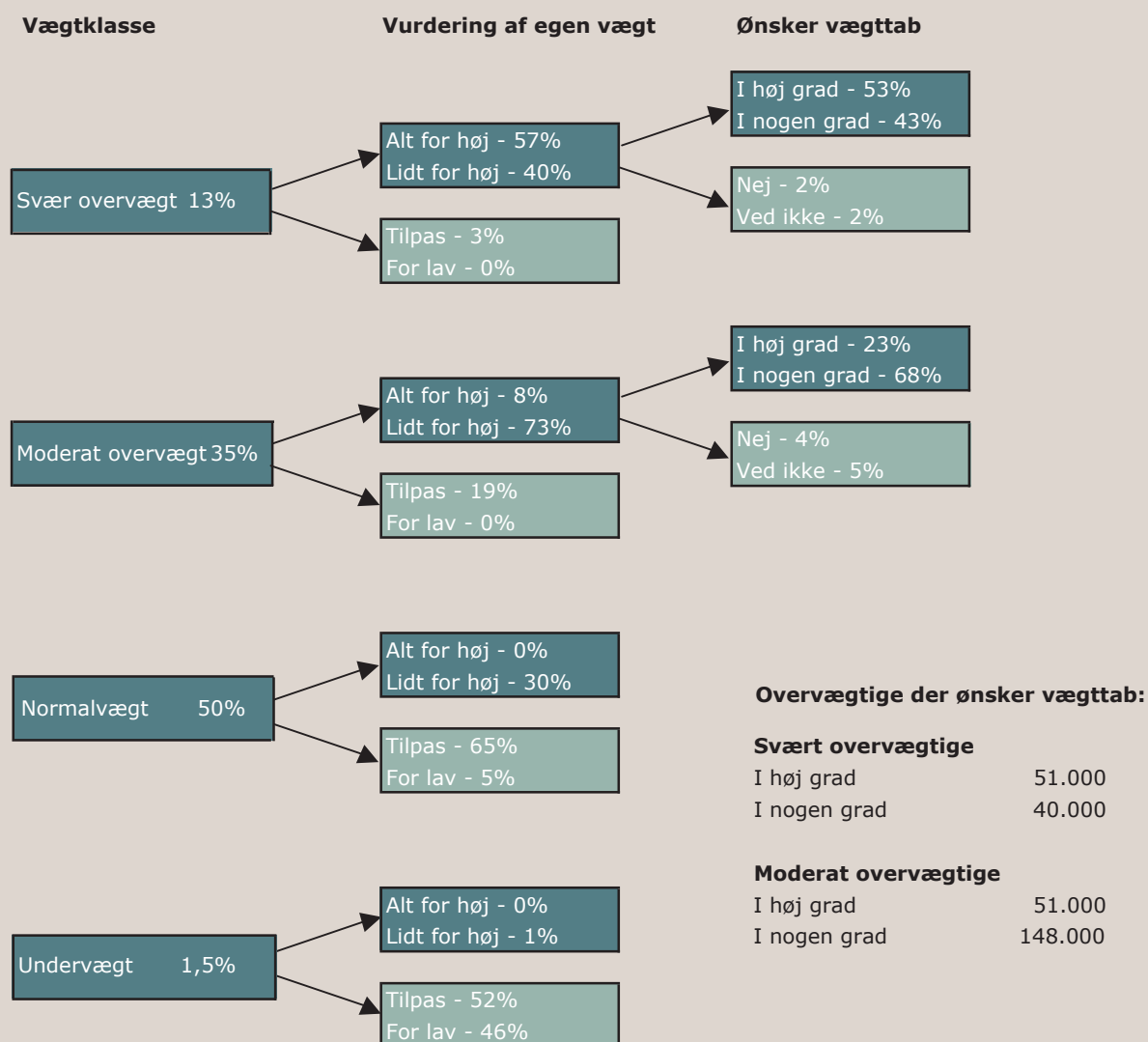
Der er en sammenhæng mellem forekomsten af kronisk sygdom og lægens råd om vægttab. Blandt de svært overvægtige er 44% uden nogen af de 17 kroniske sygdomme, der er med i undersøgelsen, blevet rådet til vægttab mod 72% af de svært overvægtige med fire eller flere kroniske sygdomme.

Sukkersygepatienter indtager en særstatus i de praktiserende lægers rådgivning. Ved type 2 sukkersyge vil få kilos vægttab resultere i et lavere blodsukkerniveau, en forbedret fedtsammensætning i blodet og lavere blodtryk (9). Der er da også 86% af de svært overvægtige og 61% af de moderat overvægtige sukkersygepatienter, der er blevet rådet til vægttab af egen læge.

Råd om vægttab er også blevet givet til størstedelen af de svært overvægtige med kronisk bronkitis/for store lunger/rygerlunger, blodprop i hjertet og forhøjet blodtryk.

Antalsmæssigt er personer med forhøjet blodtryk og patienter med slidgigt/leddegigt de patientgrupper, hvor flest svært overvægtige er blevet rådet til vægttab.

Figur 8. Sammenhæng mellem vægtklasse, vurdering af egen vægt og ønske om væggtab



Motivation for vægttab er en afgørende forudsætning for, at overvægtige på egen hånd eller med hjælp fra andre forsøger at opnå et vægttab (7).

Et vigtigt aspekt er her, hvordan den overvægtige opfatter sin egen vægt.

Der er spurgt om, hvordan man vurderer sin egen vægt. Som det fremgår af figur 8, er der høj grad af sammenhæng mellem personens vægtklasse og vurderingen af egen vægt.

57% af de svært overvægtige synes, at deres vægt er alt for høj, mens 40% synes, at den er lidt for høj.

8% af de moderat overvægtige synes, at deres vægt er alt for høj, mens 73% synes, at den er lidt for høj.

Blandt personer med normalvægt er der ingen, der synes, at deres vægt er alt for høj, mens 30% synes, at den er lidt for høj (16% blandt mænd og 40% blandt kvinder).

På trods af den tætte sammenhæng mellem vægtklasse og vurdering af egen vægt, bemærker man, at fire ud af ti svært overvægtige kun vurderer deres vægt som lidt for høj.

Personer, der vurderer deres vægt som alt eller lidt for høj, er endvidere blevet spurgt, om de gerne vil tabe sig.

Også her er der en markant sammenhæng mellem vægtklasse og ønsket om vægttab.

Blandt de svært overvægtige har 53% svaret, at de 'i høj grad' ønsker at tabe sig, og 43% har svaret, at de 'i nogen grad' ønsker at tabe sig.

Blandt de moderat overvægtige er der 23%, der 'i høj grad' ønsker at tabe sig, og 68%, der 'i nogen grad' ønsker at tabe sig.

Der er 51.000 svært overvægtige og 51.000 moderat overvægtige som 'i høj grad' ønsker at tabe sig.

I det følgende fokuseres der på de personer, der er meget motiverede for vægttab.

Figur 9. Overvægtige der 'i høj grad' ønsker at tabe sig – køn, alder og sociale forhold



De svært overvægtiges motivation for at tabe sig varierer i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau.

Det afspejler muligvis forskelle i normer med hensyn til udseende, ideelvægt m.v. blandt mænd og kvinder, unge og ældre og personer med forskellig social placering.

Der er signifikant flere af de svært overvægtige, der 'i høj grad' ønsker at tabe sig, blandt:

- Kvinder
- Yngre (35-44 år)
- Højt uddannede







































Der er signifikant færre, der ønsker at tabe sig, blandt:


- Mænd
- Ældre (65-74 år)
- Lavt uddannede

Der er ingen forskel i motivation i forhold til bolig (ejer, lejer), samlivssituation (alene, gift/samlevende), og om der er børn i hjemmet eller ej.

De moderat overvægtiges motivation for at tabe sig varierer i forhold til køn og alder efter samme mønster som blandt de svært overvægtige. Til gengæld er der ingen forskel i motivation i forhold til uddannelsesniveau.

Figur 10. Overvægtige der 'i høj grad' ønsker at tabe sig – kommuner

	Pct	Moderat overvægtige	Pct	Svært overvægtige	Antal der 'i høj grad' ønsker at tabe sig	
					Moderat	Svær
Skanderborg	22		60		2.500	2.600
Struer	18		59		900	1.200
Århus	25		58		12.000	10.000
Favrskov	22		56		1.900	1.900
Odder	21		56		900	900
Norddjurs	24		55		1.700	2.100
Hedensted	23		55		2.100	2.400
Ikast-Brande	26		55		2.000	1.800
Samsø-øer	19		54		250	400
Ringkøbing-Skjern	18		54		1.900	2.600
Silkeborg	22		54		3.200	3.700
Horsens	25		53		3.100	3.800
Herning	24		53		3.900	3.100
Viborg	24		50		4.100	3.900
Holstebro	21		49		2.100	1.900
Syddjurs	25		48		2.200	1.900
Randers	21		48		3.500	4.000
Lemvig	22		45		1.000	900
Skive	17		44		1.700	1.800

 Signifikant færre end alle overvægtige

Andelen af de svært overvægtige, der 'i høj grad' ønsker at tabe sig, varierer mellem kommunerne fra 44% i Skive til 60% i Skanderborg.

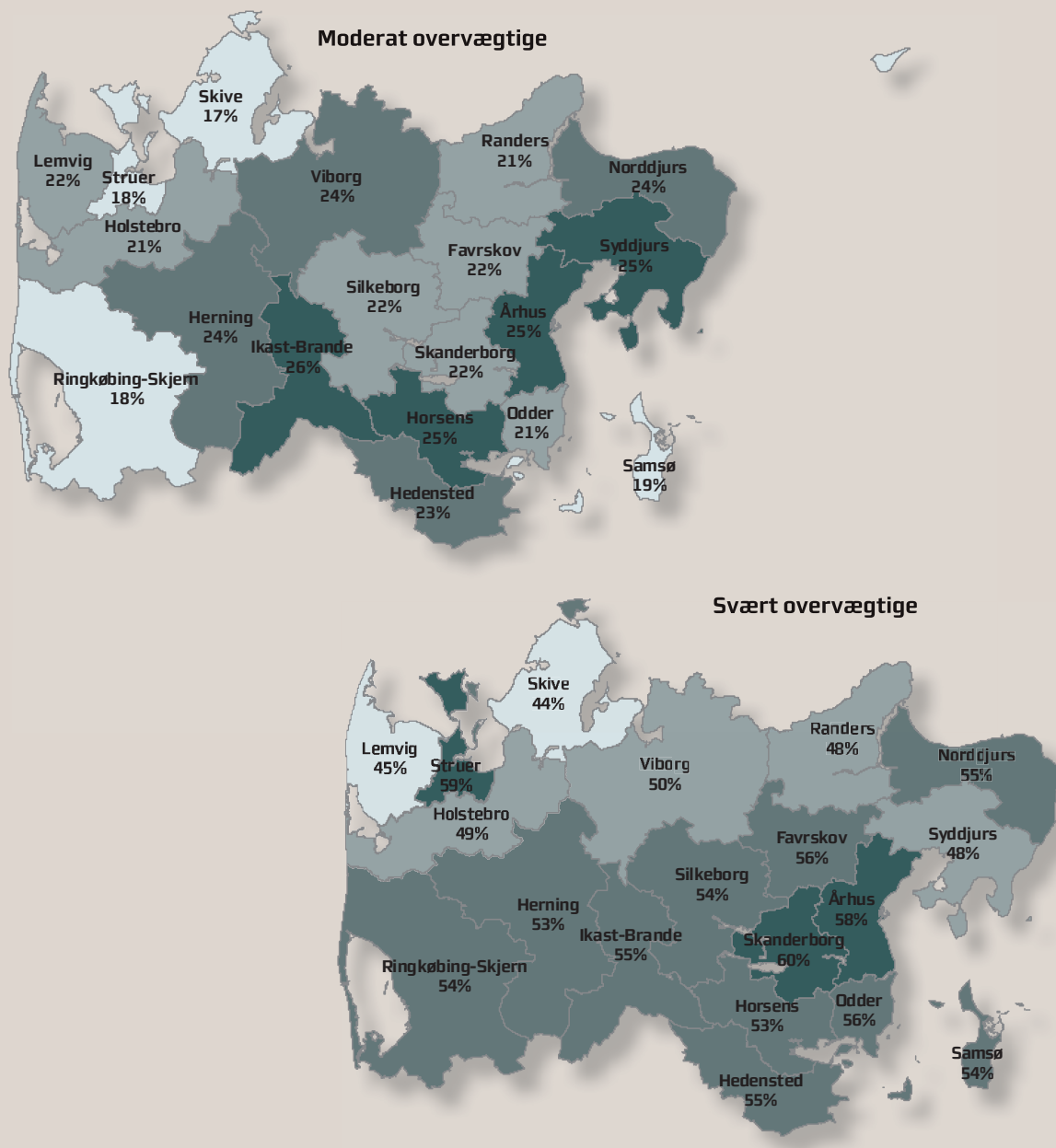
Forskellene er ikke statistisk signifikante i forhold til hele gruppen af svært overvægtige.

I hver af de følgende kommuner er der mere end 3.000 svært overvægtige, der 'i høj grad' ønsker at tabe sig:

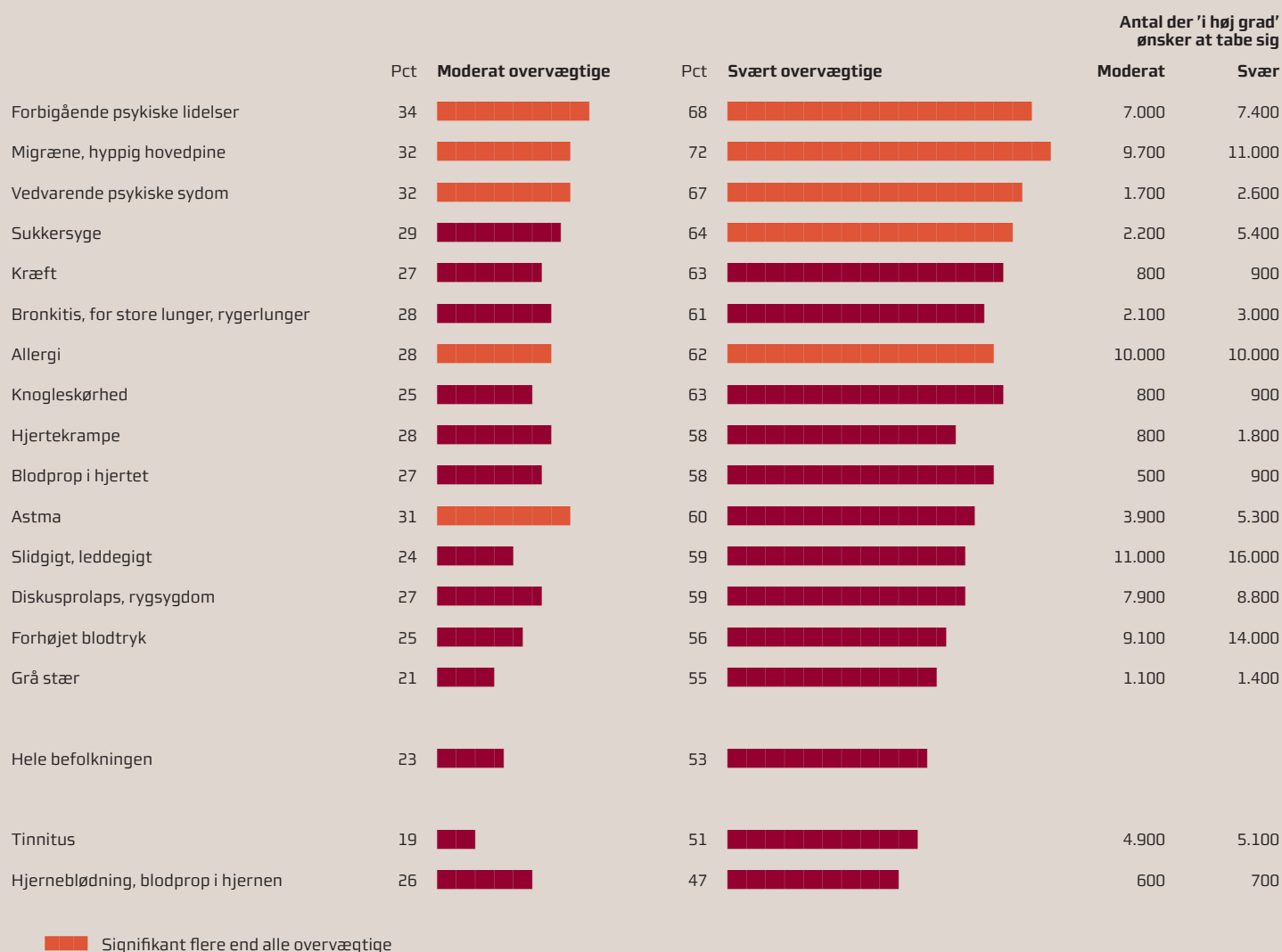
- Århus
- Randers
- Viborg
- Horsens
- Silkeborg
- Herning

Tilsammen udgør de mere end halvdelen af de svært overvægtige i regionen med stor motivation for vægttab.

Figur 10 (fortsat). Overvægtige der 'i høj grad' ønsker at tabe sig – kommuner



Figur 11. Overvægtige der 'i høj grad' ønsker at tabe sig – kronisk syge



Motivationen for vægttab er stor blandt kronisk syge med svær overvægt.

Der er en større andel blandt de svært overvægtige, der 'i høj grad' ønsker at tabe sig hos personer med 15 ud af de 17 kroniske sygdomme, der er med i undersøgelsen.

Der er en signifikant større andel med stor motivation for vægttab blandt svært overvægtige med:

- Forbigående psykiske lidelser
- Migræne, hyppig hovedpine
- Vedvarende psykisk sygdom, mentale forstyrrelser
- Allergi

Blandt de erhvervsaktive ønsker 52% af de svært overvægtige 'i høj grad' at tabe sig.

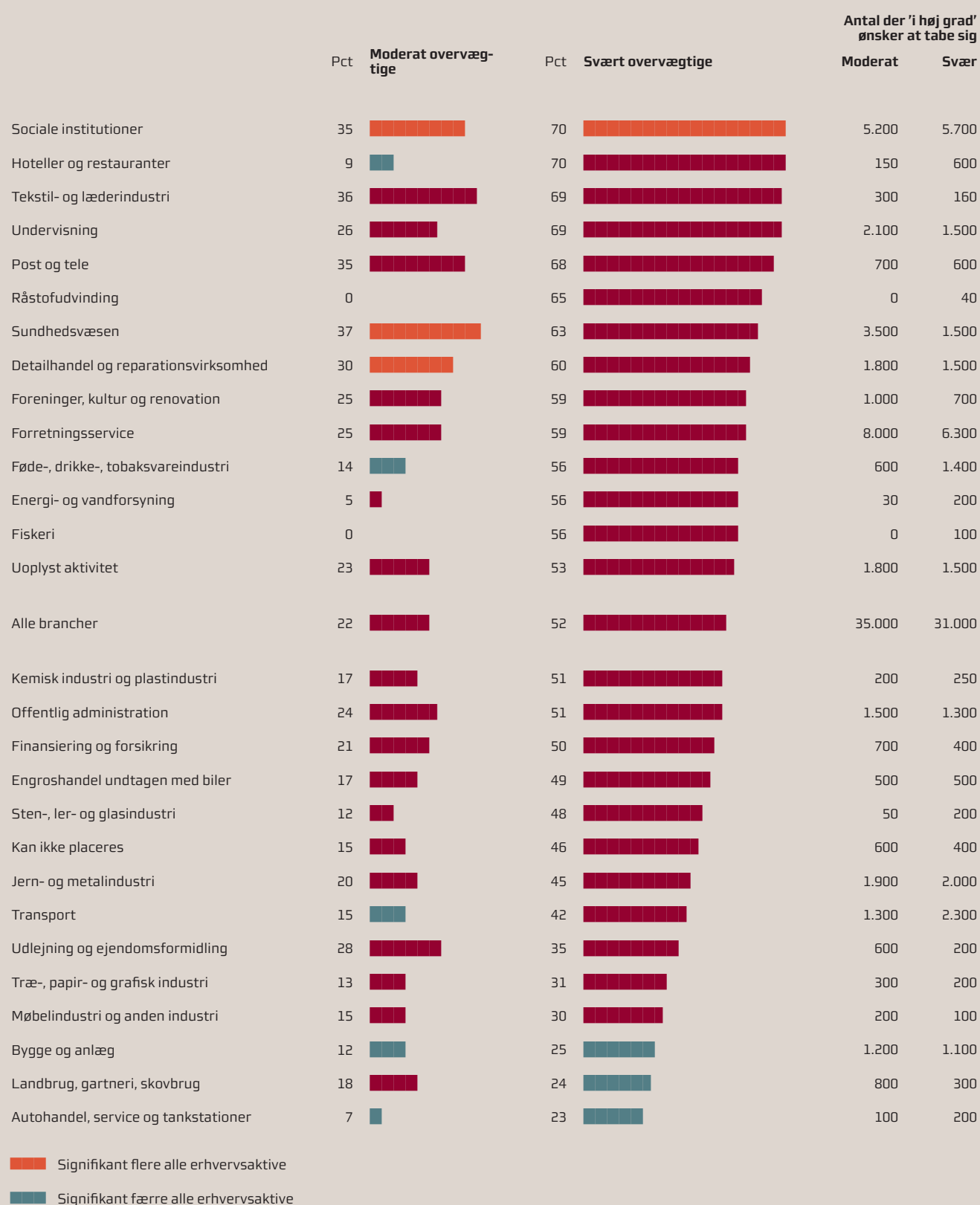
Den største andel med høj motivation for vægttab finder man hos svært overvægtige, der arbejder i sociale institutioner. Her ønsker 70% af de svært overvægtige 'i høj grad' at tabe sig. Dette er en signifikant større andel end blandt de svært overvægtige som helhed.

Den laveste andel med stor motivation for vægttab finder man inden for autohandel, service og tankstationer.

I tre brancher er motivationen for vægttab blandt de svært overvægtige signifikant lavere end blandt de svært overvægtige som helhed:

- Bygge og anlæg
- Landbrug, gartneri, skovbrug
- Autohandel, service og tankstationer

Figur 12. Overvægtige der 'i høj grad' ønsker at tabe sig – brancher



Referencer

- 1) SUSY-undersøgelserne 1987-2005, Statens Institut for Folkesundhed.
- 2) Matthiessen J, Rasmussen LB, Andersen LB et al. Kost og fysisk aktivitet – fælles aktører i sygdomsforebyggelsen. Fødevarer rapport 2003:3 fra Fødevaredirektoratet.
- 3) Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark, Statens Institut for Folkesundhed, København 2006.
- 4) Richelsen B, Vrang N. Hvorfor bliver vægttab så hyppigt fulgt af vægtstigning? Ugeskrift for Læger 168/2, 2006.
- 5) Due P, Heitmann B, Sørensen TIA. Adipositas-epidemien i Danmark. Ugeskrift for Læger 168/2, 2006.
- 6) Kjølner M, Rasmussen NK. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000, Statens Institut for Folkesundhed, København 2002.
- 7) Madsen SA, Grønbæk H, Olsen H. Psykologiske aspekter ved overvægt. Ugeskrift for Læger 168/2, 2006.
- 8) Sonne-Holm S, Jacobsen S. Osteoartrose og adipositas. Ugeskrift for Læger 168/2, 2006.
- 9) Madsbad S, Richelsen B. Vægttabsbehandling af den adipøse type 2-diabetes-patient. Ugeskrift for Læger 168/2, 2006.

Fysisk aktivitet

Regelmæssig fysisk aktivitet fremmer det fysiske og psykiske velvære og mindsker risikoen for en række sygdomme, herunder hjertekarsygdomme, type 2 sukkersyge, knogleskørhed, muskel-skeletsygdomme og visse former for kræft som kræft i tyktarmen og brystkræft (1).

Den gavnlige virkning af fysisk aktivitet på dødelighed og sygelighed skyldes både, at fysisk aktivitet forebygger fedme, og at fysisk aktivitet uafhængigt af vægt har en positiv effekt på en række biologiske processer i kroppen (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.

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, trappegang, en løbetur og motionsidræt.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at alle voksne er fysisk aktive mindst 30 minutter ved moderat intensitet, helst alle ugens dage.

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 (der er en dosis-respons-sammenhæng). Den største helbredseffekt synes imidlertid at indtræde ved overgangen fra fysisk inaktivitet til blot moderat fysisk aktivitet (3).

Vigtige forebyggelsesmål for fysisk aktivitet i den voksne befolkning er at:

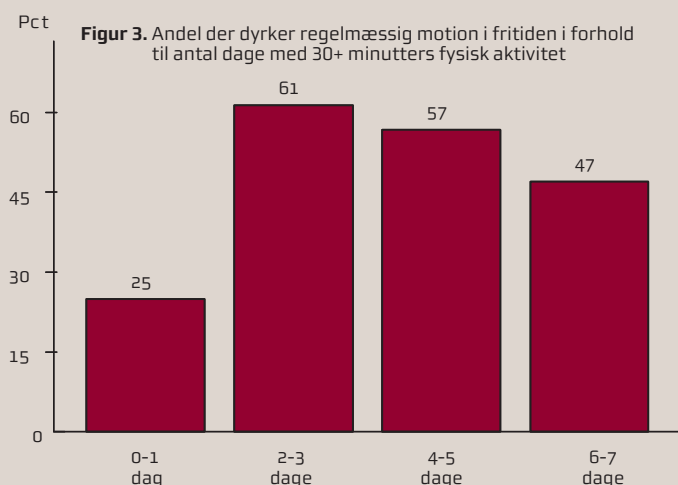
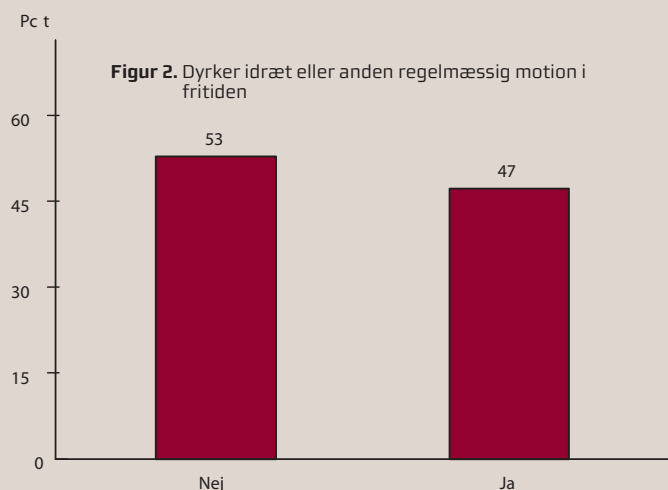
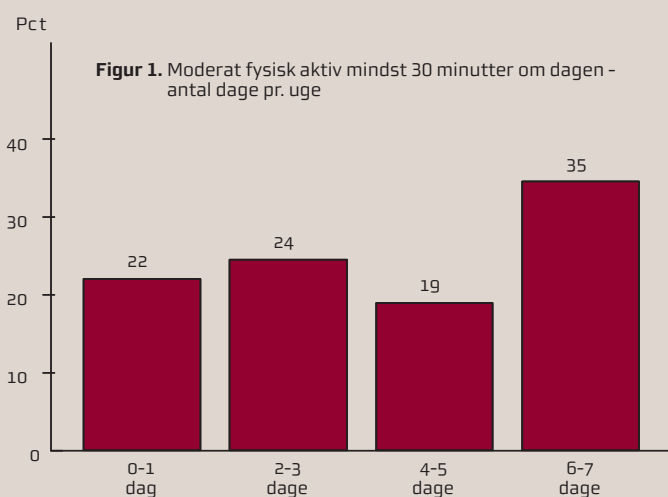
- Fysisk inaktive motiveres til og støttes i at blive fysisk aktive
- Så mange som muligt er fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen hver dag
- Så mange som muligt får regelmæssig motion i fritiden

Undersøgelsens spørgsmål om fysisk aktivitet omfatter både arbejde, transport, husarbejde, fritid og motionsaktiviteter. Endvidere er der spurgt til, hvordan man vurderer sin fysiske form, og om man gerne vil være mere fysisk aktiv.

I det følgende fokuseres der på to emner: 1) 30+ minutters moderat fysisk aktivitet om dagen. 2) Regelmæssig motion i fritiden.

30+ minutters fysisk aktivitet om dagen er belyst ved spørgsmålet: "Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen?"

Fysisk aktivitet er 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."

Figur 1-3. Fysisk aktivitet

Regelmæssig motion i fritiden er belyst ved spørgsmålet: "Dyrker du idræt i din fritid, eller deltager du regelmæssigt i andre aktiviteter, der giver motion?"

Befolkningen er opdelt i fire grupper efter hvor mange dage om ugen, man er fysisk aktiv i mindst 30 minutter: 0-1 dag, 2-3 dage, 4-5 dage og 6-7 dage.

Fysisk aktivitet i forhold til køn, alder og sociale forhold

Undersøgelsen viser, at 35% af befolkningen er moderat fysisk aktiv i 30+ minutter om dagen hver dag eller næsten hver dag.

22% er fysisk inaktiv eller kun moderat fysisk aktiv i 30+ minutter en enkelt dag om ugen.

Det gennemsnitlige antal dage med 30+ minutters moderat fysisk aktivitet er 3,9 dage i befolkningen som helhed.

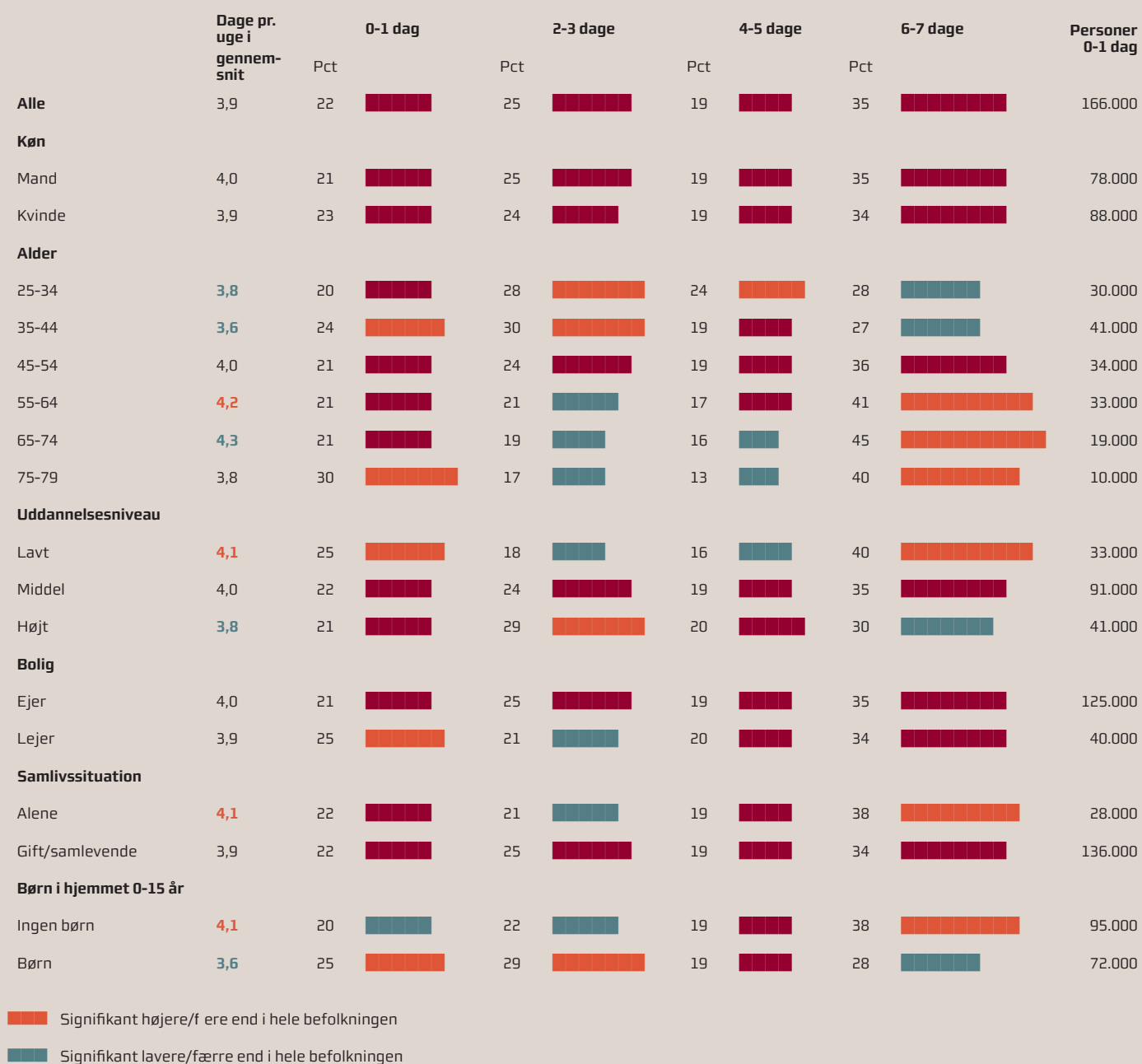
47% dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden.

Af figur 3 fremgår det, at der er en tæt sammenhæng mellem fysisk inaktivitet (30+ minutters fysisk aktivitet 0-1 dag om ugen) og regelmæssig motion i fritiden. Kun 25% i denne gruppe får motion i fritiden.

I de tre øvrige aktivitetsgrupper er det over halvdelen, der får regelmæssig motion i fritiden.

Det er imidlertid bemærkelsesværdigt, at der er en negativ sammenhæng mellem fritidsmotion og antallet af dage med mindst 30 minutters moderat fysisk aktivitet.

Den største andel, der regelmæssigt får motion i fritiden, finder man i gruppen, der er fysisk aktiv i 30+ minutter 2-3 dage om ugen, nemlig 61%.

Figur 4. Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen? Køn, alder og sociale forhold


I gruppen, der er fysisk aktiv 30+ minutter hver dag, er der 47%, der får regelmæssig motion i fritiden.

Dette mønster kan umiddelbart virke paradoksalt. 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.).

Af figur 4 fremgår det, at der ikke er forskel på mænd og kvinder med hensyn til 30+ minutters fysisk aktivitet om dagen.

Ældre har i gennemsnit flere dage med 30+ minutters fysisk aktivitet end unge. Den største andel, der er fysisk aktiv 6-7 dage om ugen, finder man i gruppen 55-79 år.

Det gennemsnitlige antal dage med 30+ minutters fysisk aktivitet falder med uddannelsesniveaulet. 40% af de lavt uddannede er fysisk aktive i 30+ minutter 6-7 dage om ugen mod 30% af de højt uddannede.

Flere enlige end gifte/samlevende er fysisk aktive 30+ minutter i 6-7 dage om ugen.

Flere uden end med børn i hjemmet er fysisk aktive 30+ minutter i 6-7 dage om ugen.

Der er signifikant flere, som lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om daglig fysisk aktivitet, blandt:

- Personer på 55-79 år
- Lavt uddannede
- Personer uden ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Der er signifikant færre, som lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om daglig fysisk aktivitet, blandt:

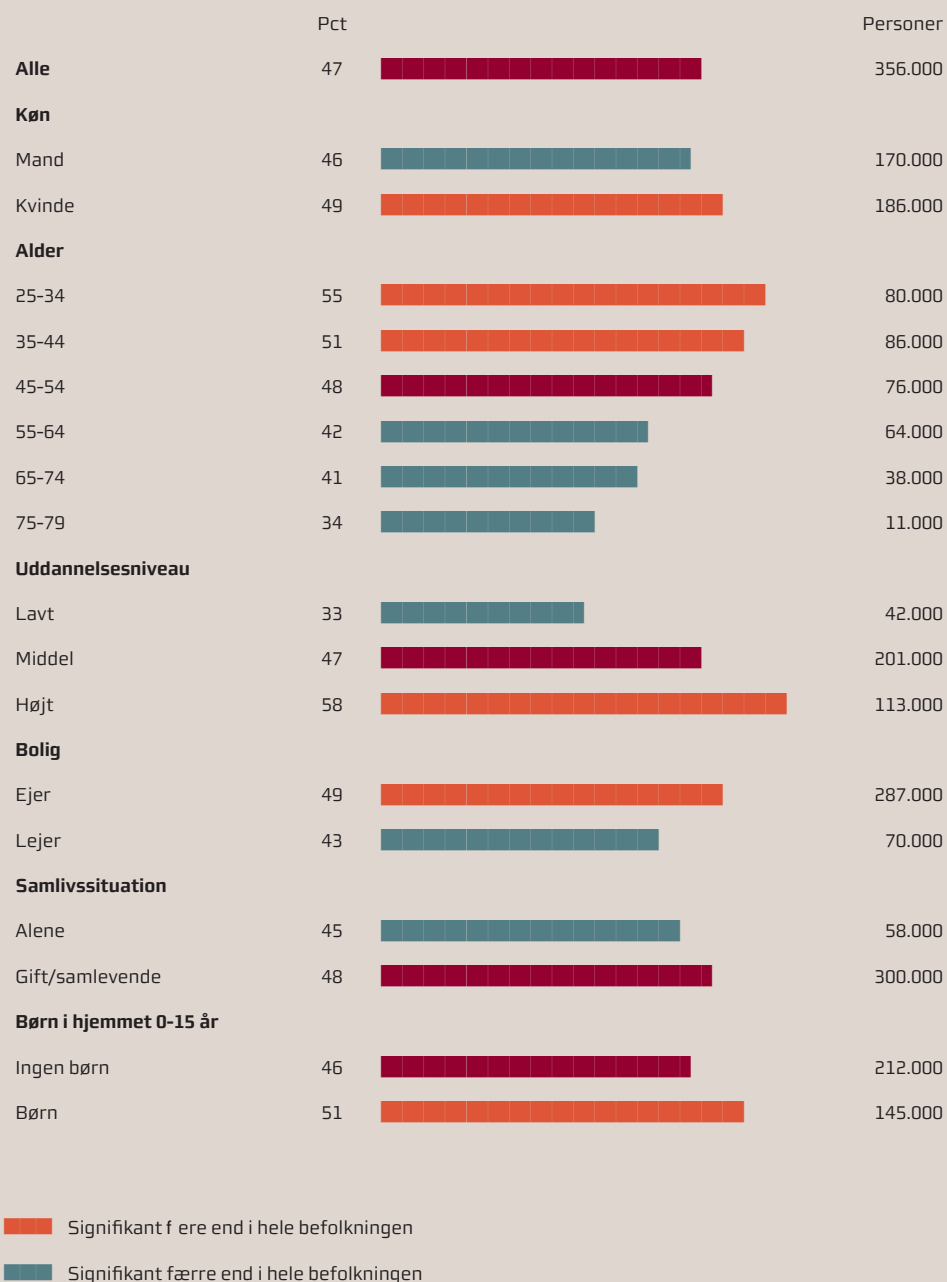
- Personer på 25-44 år
- Højt uddannede
- Personer med børn i hjemmet

Sammenligner man figur 4 og 5, vil man se, at sammenhængen mellem fysisk aktivitet målt som henholdsvis 30+ minutter pr. dag og fritidsmotion på den ene side og alder, uddannelsesniveau, samlivssituation og børn i hjemmet på den anden side er modsatrettede: flere unge end ældre dyrker regelmæssigt motion i fritiden, men flere ældre end unge er fysisk aktive 30+ minutter pr. dag osv.

Som nævnt er det tilsyneladende paradoksale mønster formentlig udtryk for, at fysisk aktivitet hos nogle i højere grad er en integreret del af deres daglige gøremål, mens fysisk aktivitet hos andre er noget, man laver 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.

Figur 5. Dyrker idræt eller får anden regelmæssig motion i fritiden – køn, alder og sociale forhold



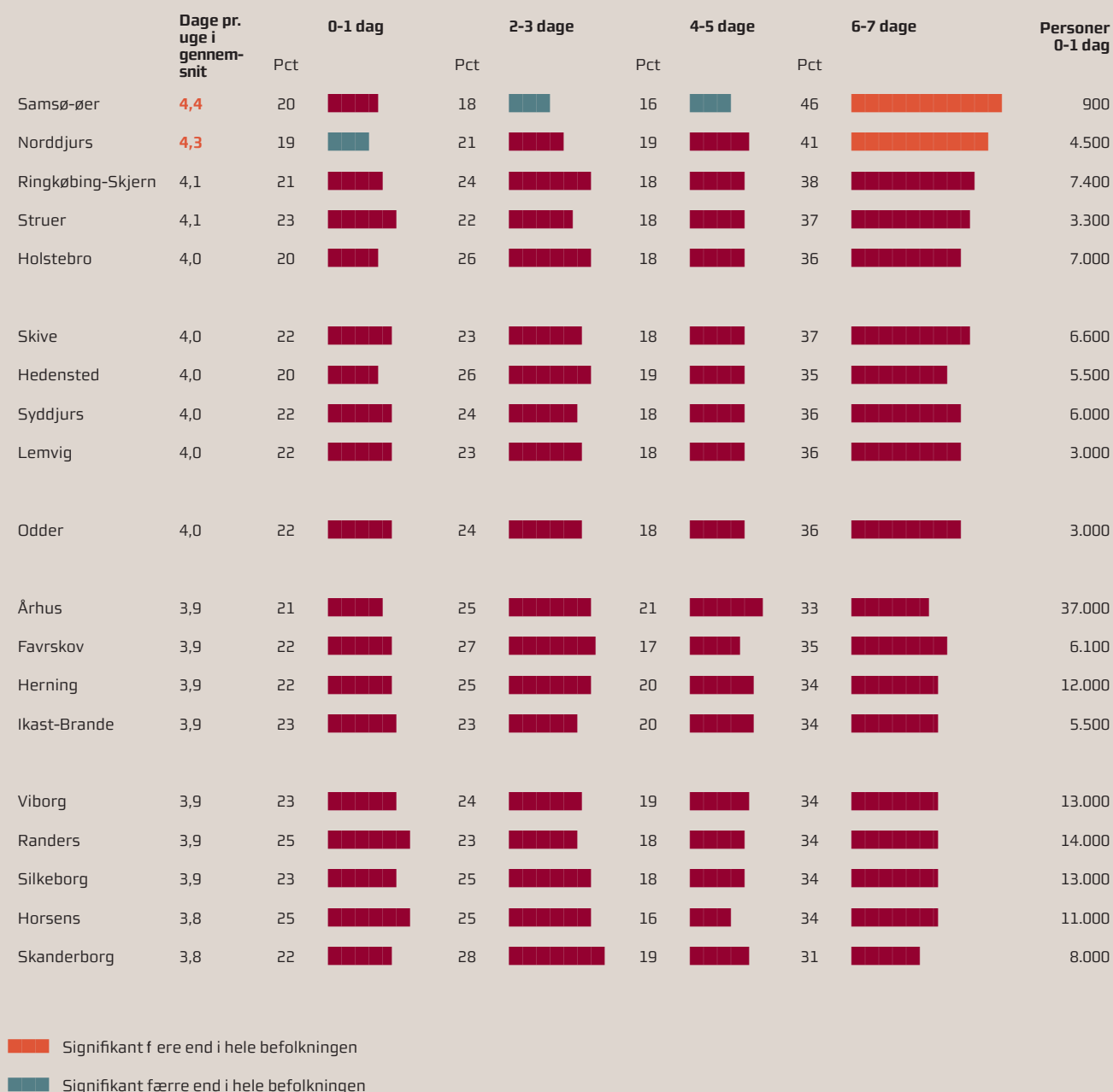
Mere end 350.000 personer dyrker regelmæssig motion i fritiden.

Der er signifikant flere, der dyrker regelmæssig motion i fritiden i forhold til hele befolkningen, blandt:

- Kvinder
- Personer på 25-44 år
- Højt uddannede
- Personer der bor i ejerbolig
- Personer med børn i hjemmet

Der er signifikant færre, der dyrker regelmæssig motion i fritiden i forhold til hele befolkningen blandt:

- Mænd
- Personer på 55-79 år
- Lavt uddannede
- Personer der bor i lejebolig
- Personer der bor alene

Figur 6. Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen? – kommuner


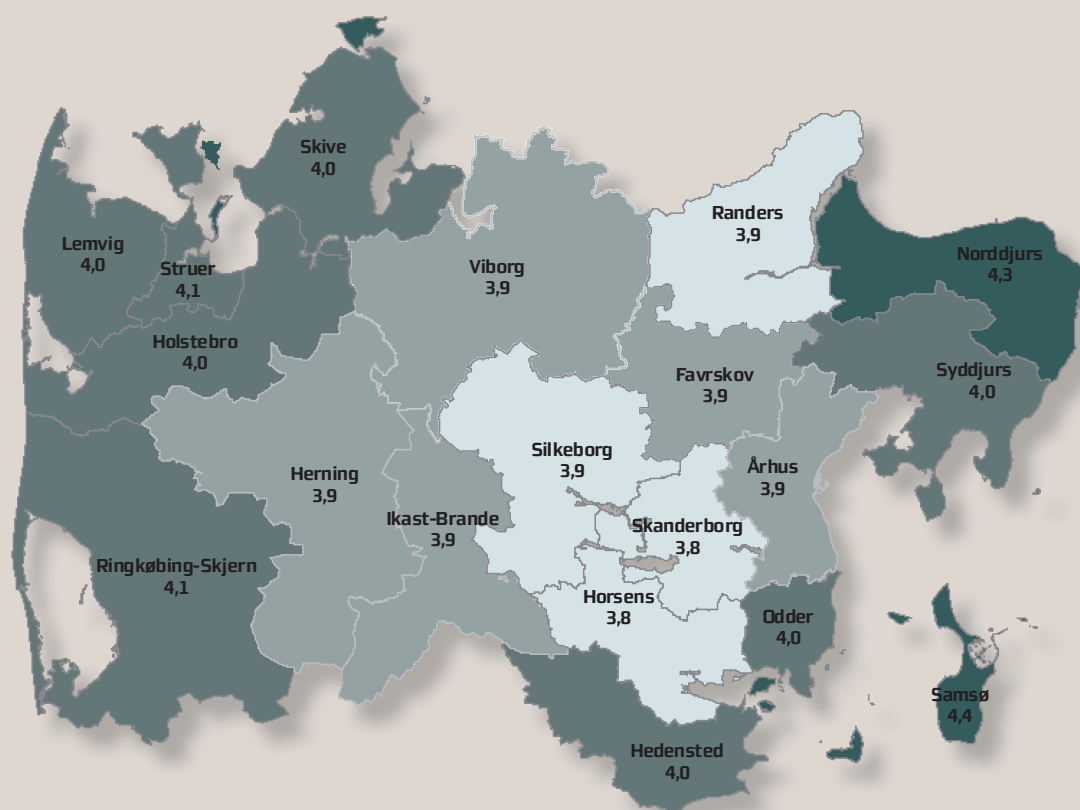
Det gennemsnitlige antal dage pr. uge med 30+ minutters moderat fysisk aktivitet varierer fra 3,8 dage i Skanderborg til 4,4 på Samsø og de øvrige øer.

Det gennemsnitlige antal dage pr. uge med 30+ minutters moderat fysisk aktivitet er signifikant højere i:

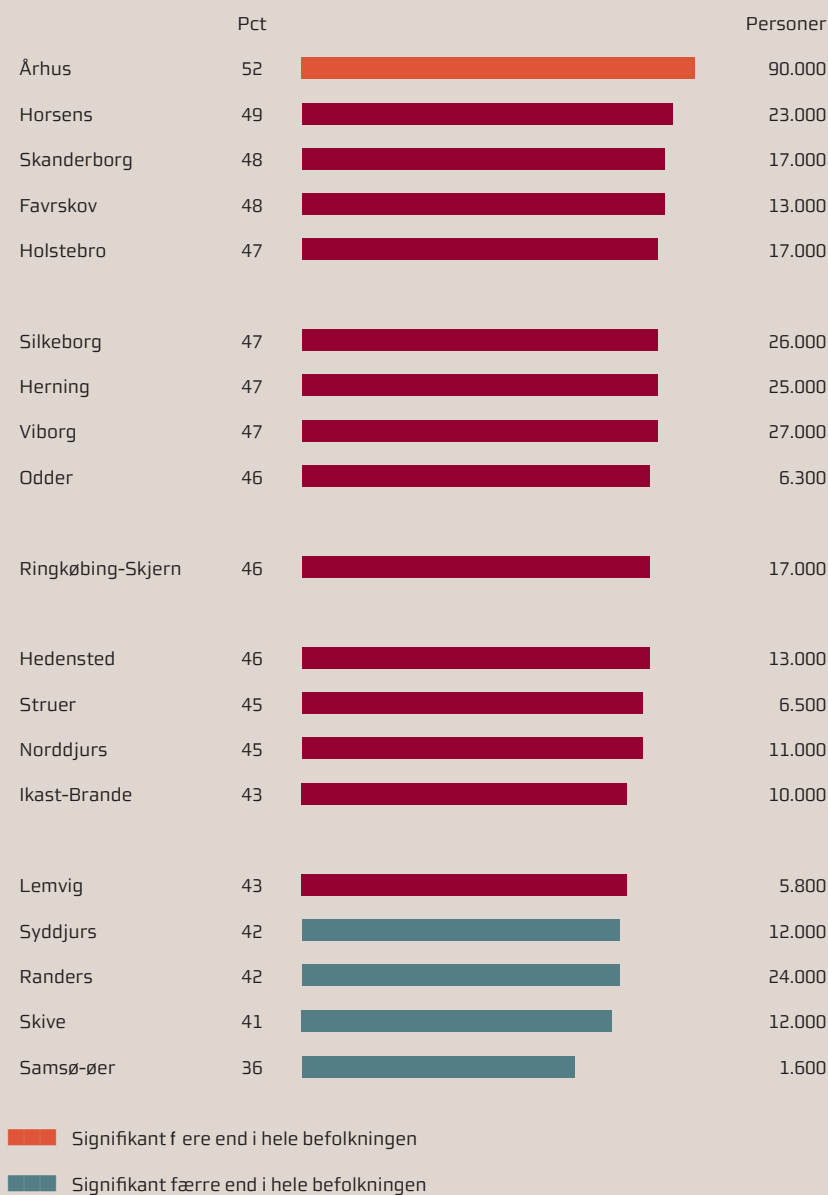
- Samsø og de øvrige øer
- Norrdjurs

I Horsens, Herning, Viborg, Silkeborg, Randers og Århus er der mellem 11.000 og 37.000 personer, der er fysisk inaktive (0-1 dag med 30+ minutters moderat fysisk aktivitet pr. uge). Der er i alt 100.000 fysisk inaktive personer i de seks kommuner svarende til 60% af de fysisk inaktive i regionen.

Figur 6 (fortsat). Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen?
Dage pr. uge i gennemsnit – kommuner



Figur 7. Dyrker idræt eller får anden regelmæssig motion i fritiden – kommuner



Andelen, der får regelmæssig motion i fritiden, varierer fra 36% på Samsø og de øvrige øer til 52% i Århus.

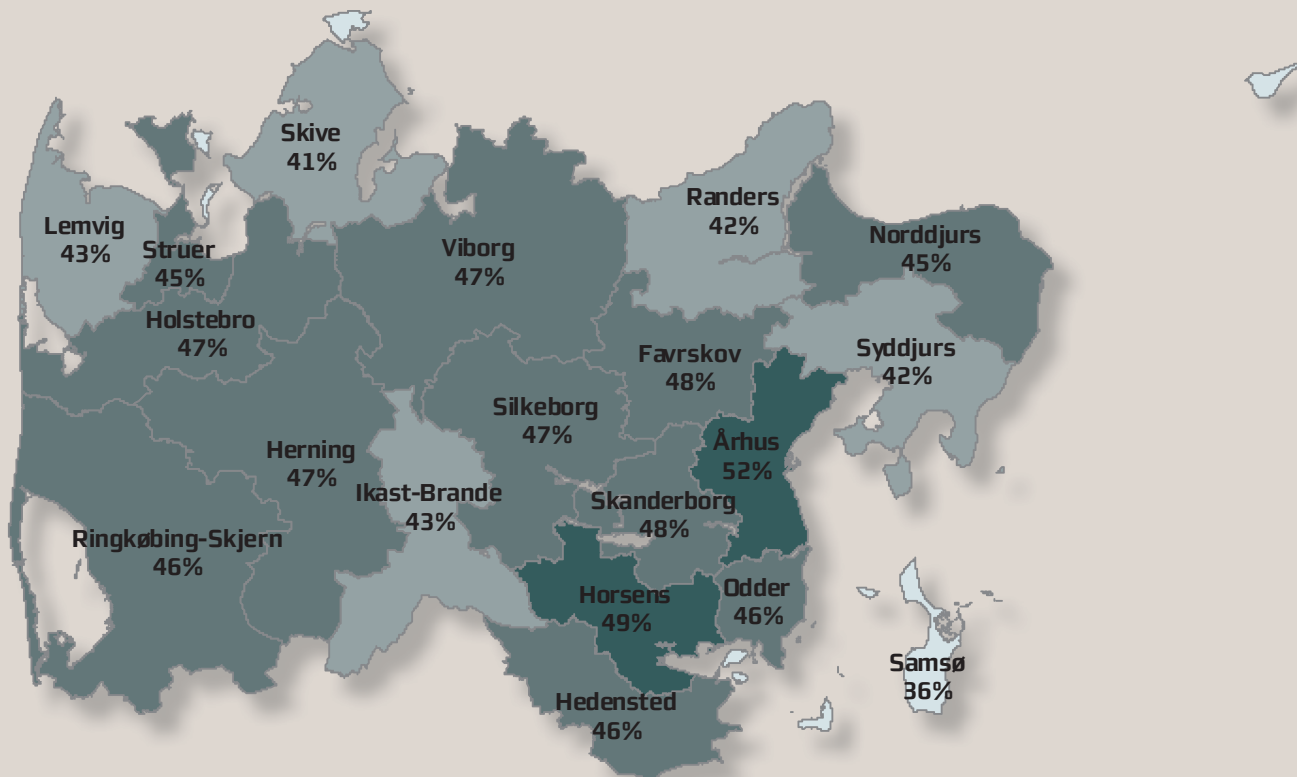
Der er en signifikant større andel, der får regelmæssig motion i fritiden, end i hele befolkningen i:

- Århus

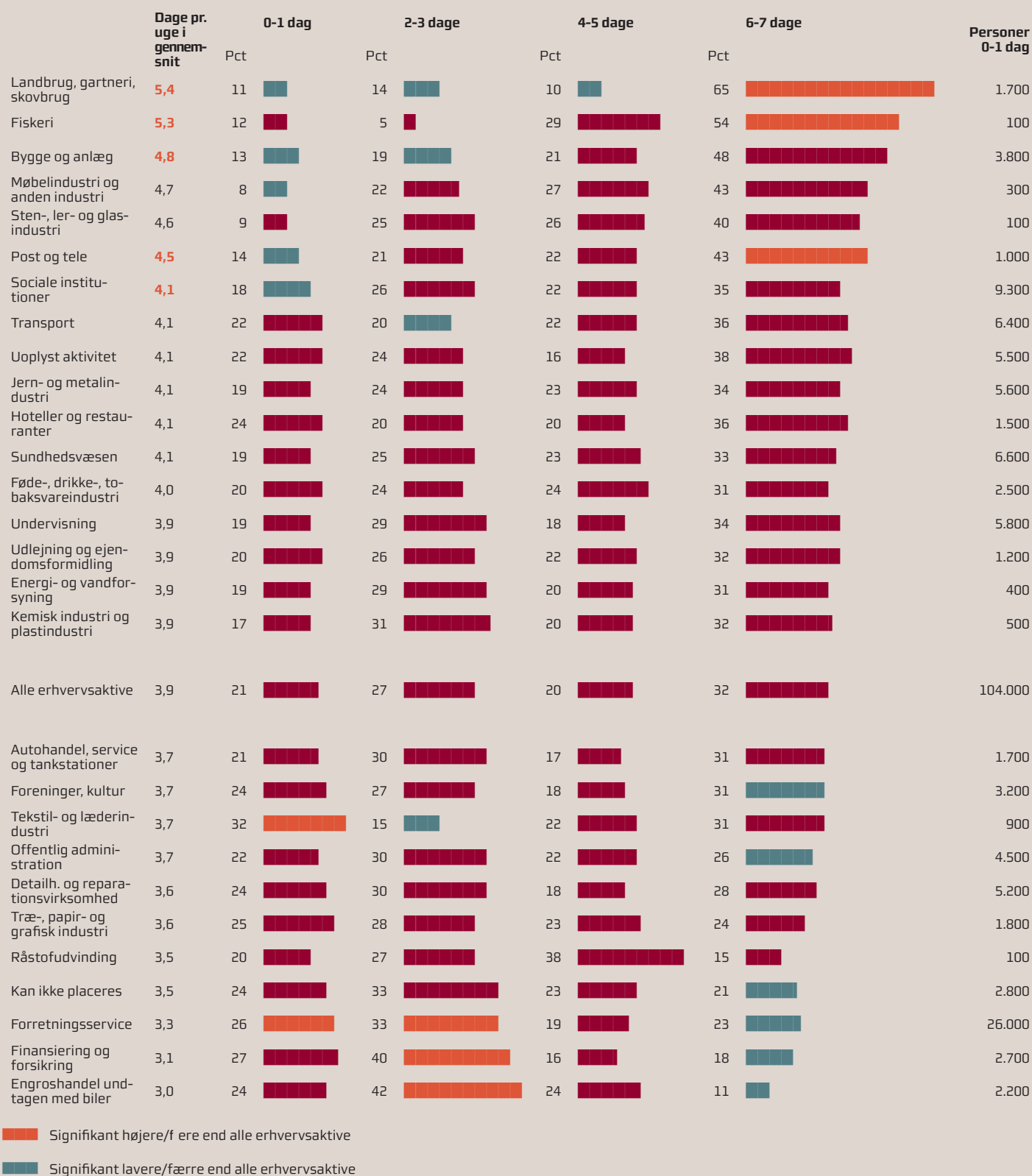
Der er en signifikant mindre andel, der får regelmæssig motion i fritiden, i:

- Syddjurs
- Randers
- Skive
- Samsø og de øvrige øer

Figur 7 (fortsat). Dyrker idræt eller får anden regelmæssig motion i fritiden – kommuner



Figur 8. Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen? – brancher



Det gennemsnitlige antal dage pr. uge med 30+ minutters moderat fysisk aktivitet er 3,9 dage for hele den erhvervsaktive befolkning.

Der er stor forskel i fysisk aktivitet mellem personer fra forskellige brancher. Det skal understreges, at opgørelsen bygger på fysisk aktivitet generelt og ikke specifikt i forhold til arbejdet. Alligevel er det tydeligt, at personer fra brancher præget af tungt manuelt arbejde i gennemsnit har flere dage med 30+ minutters fysisk aktivitet end personer fra brancher, der er mere præget af stillesiddende arbejde.

Landbrug, gartneri og skovbrug under ét, fiskeri og bygge og anlæg er de brancher, der har den fysisk mest aktive arbejdsstyrke målt ved 30+ minutters moderat fysisk aktivitet om dagen.

Følgende brancher har et signifikant højere gennemsnit af dage med 30+ minutters moderat fysisk aktivitet:

- Landbrug, gartneri og skovbrug
- Fiskeri
- Bygge og anlæg
- Post og tele
- Sociale institutioner

Figur 9. Dyrker idræt eller får anden regelmæssig motion i fritiden – brancher


Halvdelen af de erhvervsaktive får regelmæssig motion i fritiden. Andelen varierer fra 25% i fiskeriet til 65% i engroshandelen.

Hovedparten af de brancher, der har en højere andel, der får regelmæssig motion i fritiden end de erhvervsaktive som helhed, er brancher præget af ikke-manuelt arbejde.

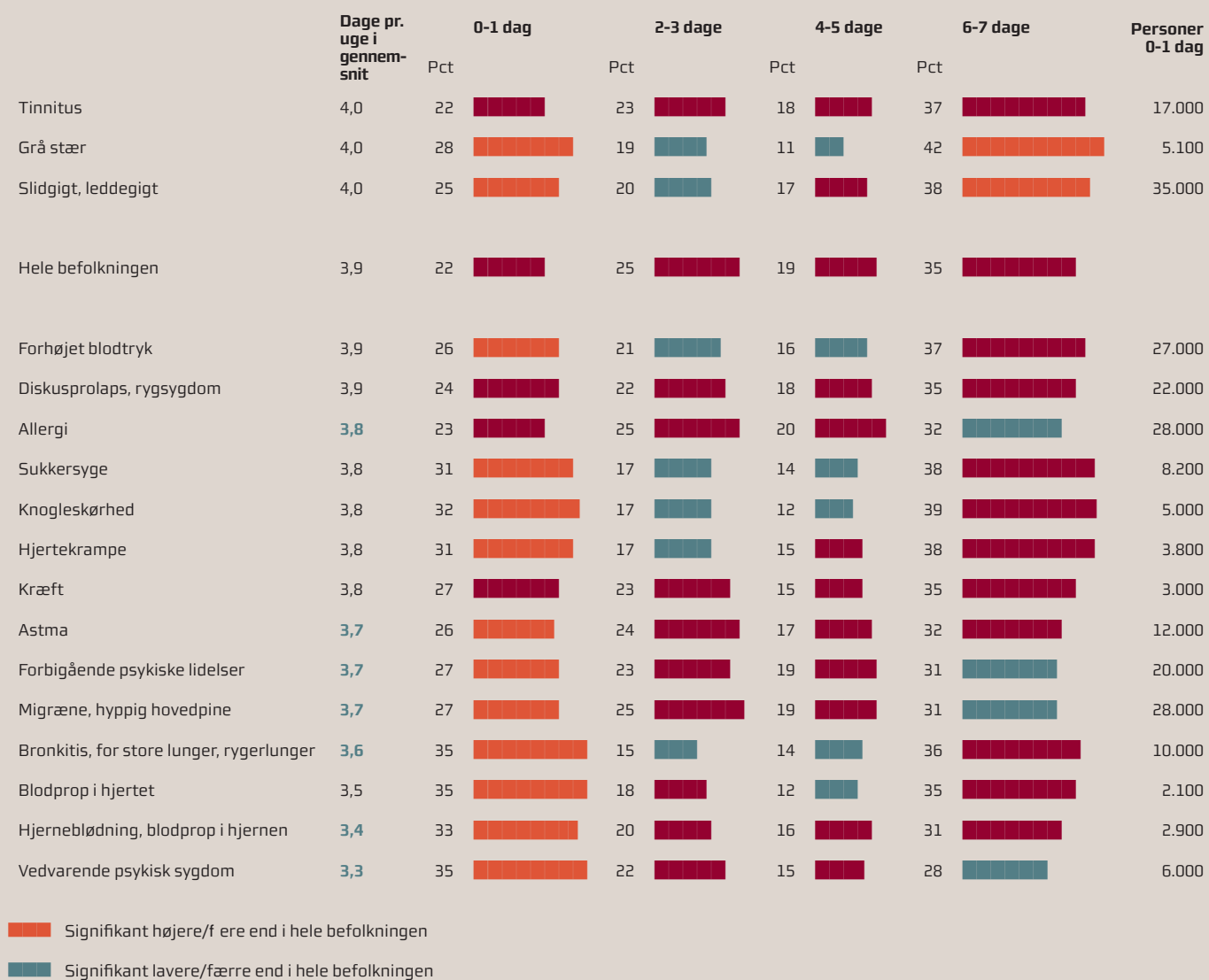
Omvendt er de brancher, hvor en lavere andel får regelmæssig motion i fritiden, for en stor dels vedkommende brancher med udbredt manuelt arbejde.

Der er en signifikant højere andel, der får regelmæssig motion i fritiden i følgende brancher:

- Engroshandel undtagen med biler
- Finansiering og forsikring
- Undervisning
- Offentlig administration
- Sundhedsvæsen
- Forretningservice

Der er en signifikant lavere andel, der får regelmæssig motion i fritiden i følgende brancher:

- Detailhandel og reparationsvirksomhed
- Bygge og anlæg
- Landbrug, gartneri, skovbrug
- Jern- og metalindustri
- Hoteller og restauranter
- Autohandel, service og tankstationer
- Transport
- Tekstil- og læderindustri
- Sten-, ler- og glasindustri
- Fiskeri

Figur 10. Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen? – kronisk syge


Mennesker med kronisk sygdom er generelt mindre fysisk aktive end befolkningen som helhed.

Hos personer med 14 af de 17 kroniske sygdomme, der indgår i undersøgelsen, er det gennemsnitlige antal dage pr. uge med 30+ minutters moderat fysisk aktivitet lavere end i hele befolkningen.

Ved 13 ud af 17 kroniske sygdomme er der en signifikant større andel af fysisk inaktive (0-1 dag pr. uge med 30+ minutters moderat fysisk aktivitet).

Det laveste gennemsnitlige antal dage pr. uge med 30+ minutters moderat fysisk aktivitet finder man hos personer med vedvarende psykisk sygdom og mentale forstyrrelser.

Hos personer med følgende kroniske sygdomme er det gennemsnitlige antal dage pr. uge med 30+ minutters moderat fysisk aktivitet signifikant lavere end i befolkningen som helhed:

- Vedvarende psykisk sygdom
- Hjerneblødning, blodprop i hjernen
- Bronkitis, for store lunger, rygerlunger
- Migræne, hyppig hovedpine
- Forbigående psykiske lidelser
- Astma
- Allergi

Kun hos personer med de to følgende sygdomme finder man en signifikant større andel, der er fysisk aktive hver dag i 30+ minutter:

- Grå stær
- Slidgigt, leddegigt

Figur 11. Dyrker idræt eller får anden regelmæssig motion i fritiden – kronisk syge

Der er færre kronisk syge, der får regelmæssig motion i fritiden, sammenholdt med befolkningen som helhed.

Ved 16 ud af de 17 kroniske sygdomme, der indgår i undersøgelsen, er der en lavere andel der får regelmæssig motion i fritiden.

Kun ved en enkelt sygdom er der en signifikant større andel end i hele i befolkningen, der får regelmæssig motion i fritiden:

- Allergi

Der er en markant sammenhæng mellem sygdomsbelastning og såvel 30+ minutters daglig motion som regelmæssig motion i fritiden (ikke vist).

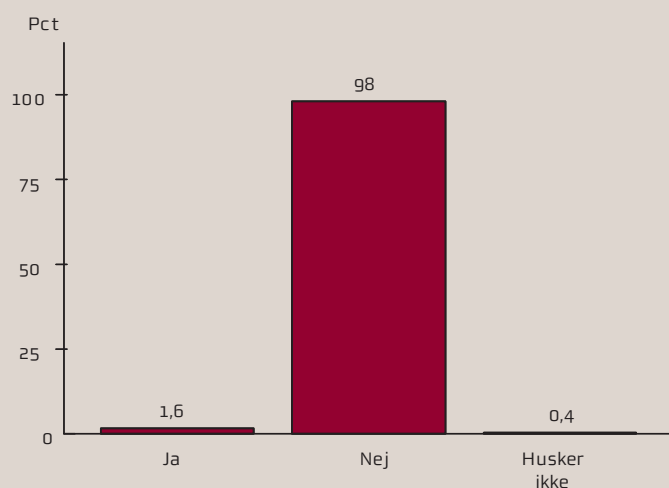
Der er færre, der får regelmæssig motion blandt personer, der er hæmmet af sygdom, ligesom andelen, der

får regelmæssig motion, falder med antallet af kroniske sygdomme.

Tilsvarende er der flere, der er fysisk inaktive (30+ minutters moderat fysisk aktivitet i 0-1 dag om ugen) blandt personer, som er hæmmet af sygdom. Andelen af fysisk inaktive stiger også med antallet af kroniske sygdomme.

Sammenhængen mellem kronisk sygdom og de to benyttede mål for fysisk aktivitet er således konsistent og ikke modsatrettet som ved en række af de demografiske og sociale variable, der er analyseret i det foregående.

Den mest nærliggende tolkning af resultaterne er derfor, at sygdom udgør en hæmsko både for fysisk aktivitet som en del af de daglige gøremål og fysisk aktivitet i form af regelmæssig motion i fritiden.

Figur 12. Har din egen læge i de seneste tre år rådet dig til at dyrke mere motion?

Øgning af den fysiske aktivitet – motivation og rådgivning

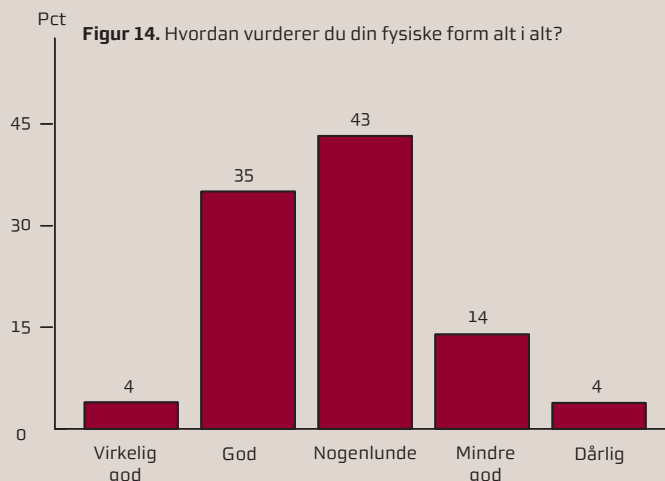
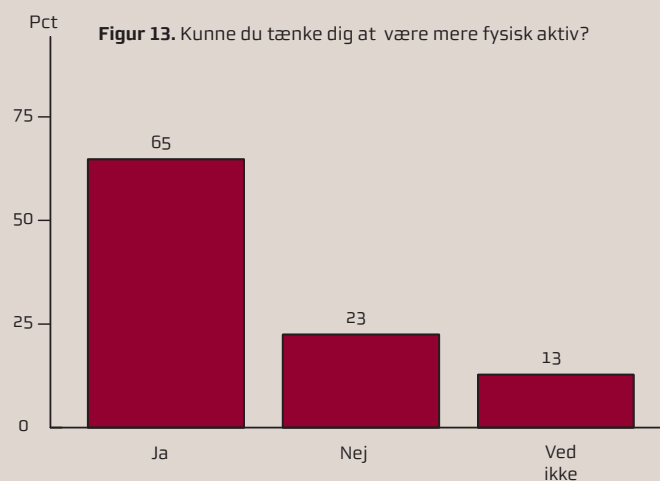
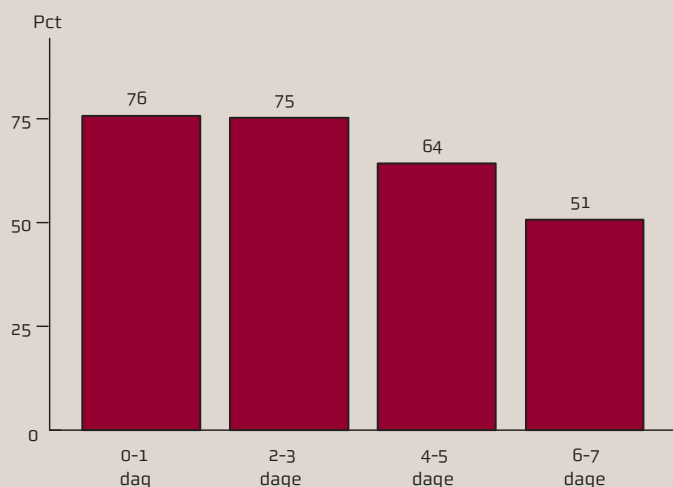
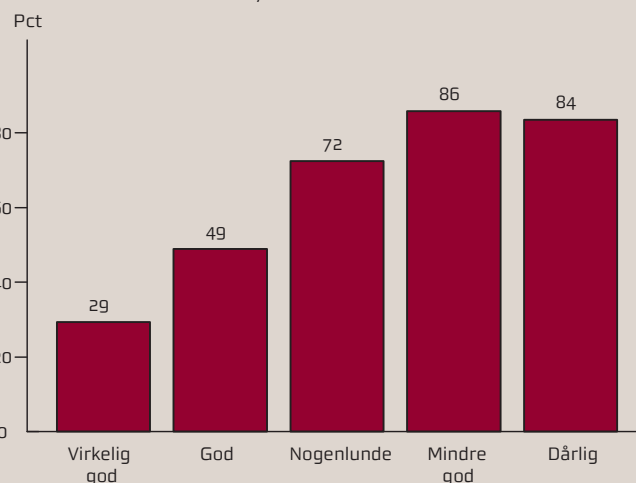
Der har i de senere år i Danmark været fokus på lægeordineret motion i form af "Motion på recept". Konceptet er udviklet i Sverige, men har også været afprøvet i England og New Zealand.

Flere amter og Københavns kommune har siden 2003 gennemført projekter, hvor de praktiserende læger har kunnet ordinere/tilbyde motion til udvalgte grupper af patienter.

Undersøgelsen indeholder spørgsmålet: "Har din egen læge i løbet af de seneste tre år rådet dig til at dyrke mere motion?"

1,6% har svaret ja til dette spørgsmål, mens 98% har svaret nej.

Man må konstatere, at den store interesse i sundhedsfaglige miljøer for "Motion på recept" og mediernes omtale af konceptet ikke har haft en afsmittende effekt hos de praktiserende læger i form af rådgivningsaktivitet på motionsområdet.

Figur 13-16. Ønske om at være mere fysisk aktiv og egen vurdering af fysisk form**Figur 15.** Andel der gerne vil være mere fysisk aktiv i forhold til antal dage med 30+ minutters fysisk aktivitet**Figur 16.** Andel der gerne vil være mere fysisk aktiv i forhold til selv vurderet fysisk form

I undersøgelsen indgår spørgsmålet: "Kunne du tænke dig at være mere fysisk aktiv?"

65% har svaret 'ja' til dette spørgsmål, mens 23% har svaret 'nej' og 13% 'ved ikke'.

Der er således generelt i befolkningen et ønske om at blive mere fysisk aktiv.

Der er endvidere spurgt om, hvordan man vurderer sin fysiske form.

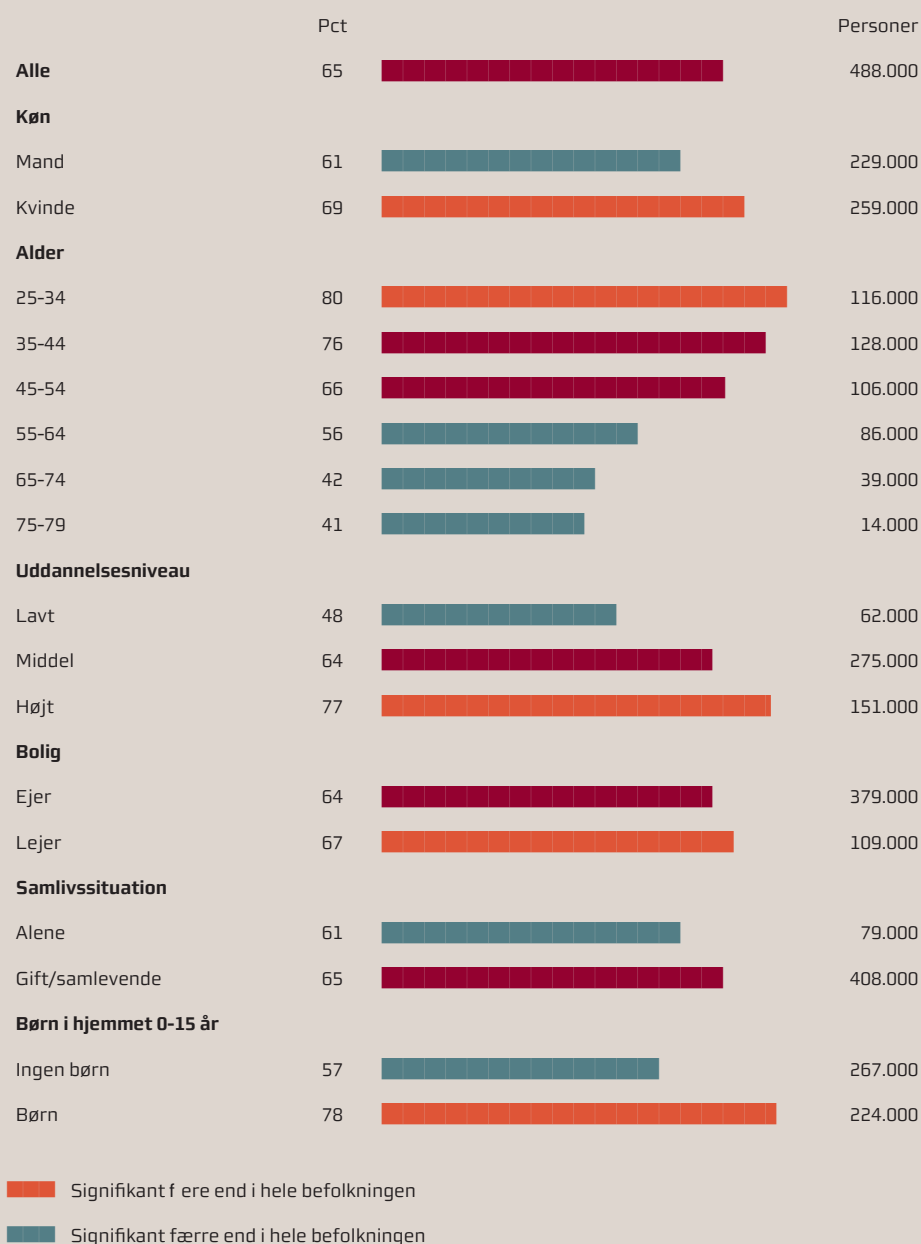
39% vurderer deres fysiske form som 'virkelig god' eller 'god'.

61% vurderer deres fysiske form som 'nogenlunde', 'mindre god' eller 'dårlig'.

Der er en tydelig sammenhæng mellem hvor mange dage, man er moderat fysisk aktiv 30+ minutter pr. uge, og ønsket om at være mere fysisk aktiv. Blandt de inaktive (0-1 dag) er der 76%, som gerne vil være mere fysisk aktive. Blandt de fysisk mest aktive (6-7 dage) er der 51%, der gerne vil være mere fysisk aktive.

Der er ligeledes en tydelig sammenhæng mellem selv vurderet fysisk form og ønsket om at være mere fysisk aktiv. Blandt personer, der vurderer deres fysiske form som 'virkelig god', er der kun 29%, der gerne vil være mere fysisk aktive. Blandt personer, der vurderer deres fysiske form som 'mindre god' eller 'dårlig', er der ca. 85%, der gerne vil være mere fysisk aktive.

Figur 17. Vil gerne være fysisk mere aktiv – køn, alder og sociale forhold



Det fremgår af figur 17, at flere kvinder end mænd gerne vil være mere fysisk aktive. Hos begge køn er der dog en klar majoritet, der ønsker at blive mere fysisk aktive.

Der er en tydelig sammenhæng mellem alder og ønsket om at være mere fysisk aktiv. Hos de yngste (25-34 år) vil 80% gerne være mere fysisk aktive, hos de ældste (75-79 år) er det 41%.

Andelen, der ønsker at øge deres fysiske aktivitet, stiger med uddannelsesniveauet. 48% af de lavt uddannede vil gerne være fysisk mere aktive mod 77% af de højt uddannede.

Blandt personer, der bor sammen med børn, vil 78% gerne være mere fysisk aktive mod 57%, der ikke bor sammen med børn.

Sammenligner man med figur 4 side 168, vil man se, at ønsket om øget fysisk aktivitet er mest udbredt i de grupper, der ligger lavest med hensyn til 30+ minutters moderat fysisk aktivitet om dagen.

Sammenligner man med figur 5 side 170, fremgår det, at ønsket om øget fysisk aktivitet er mest udbredt blandt de grupper, der i forvejen har den største andel, der regelmæssigt får motion i fritiden.

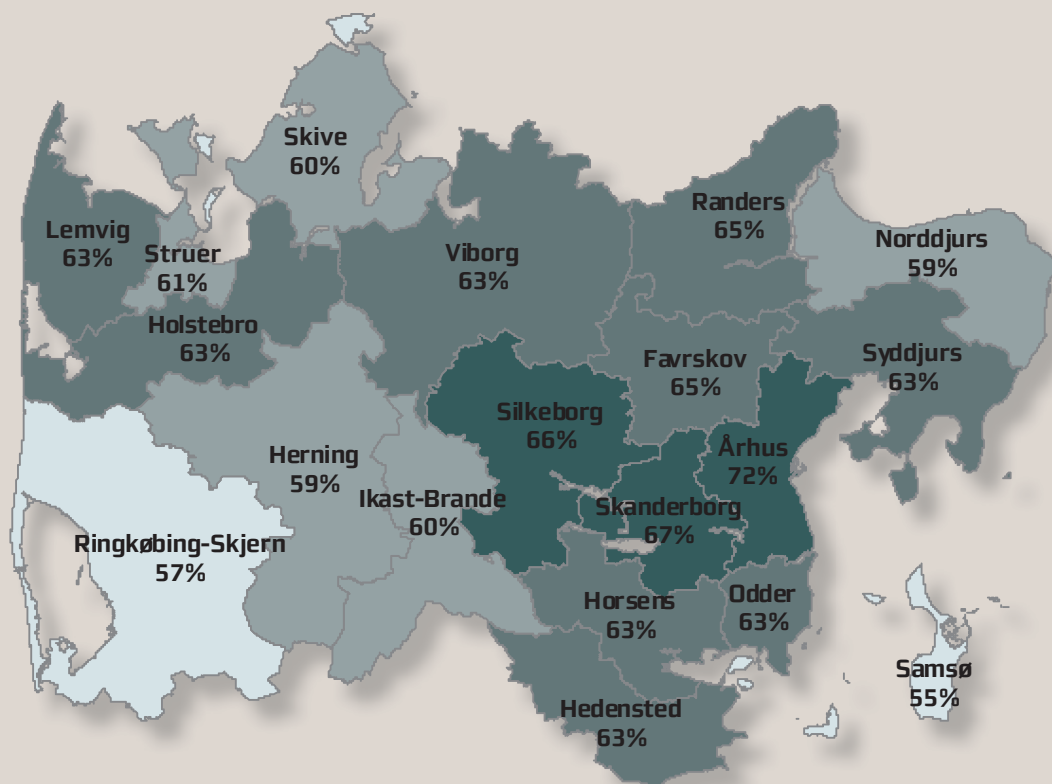
Figur 18. Vil gerne være fysisk mere aktiv – kommuner


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 meget motion, som de kunne ønske sig.

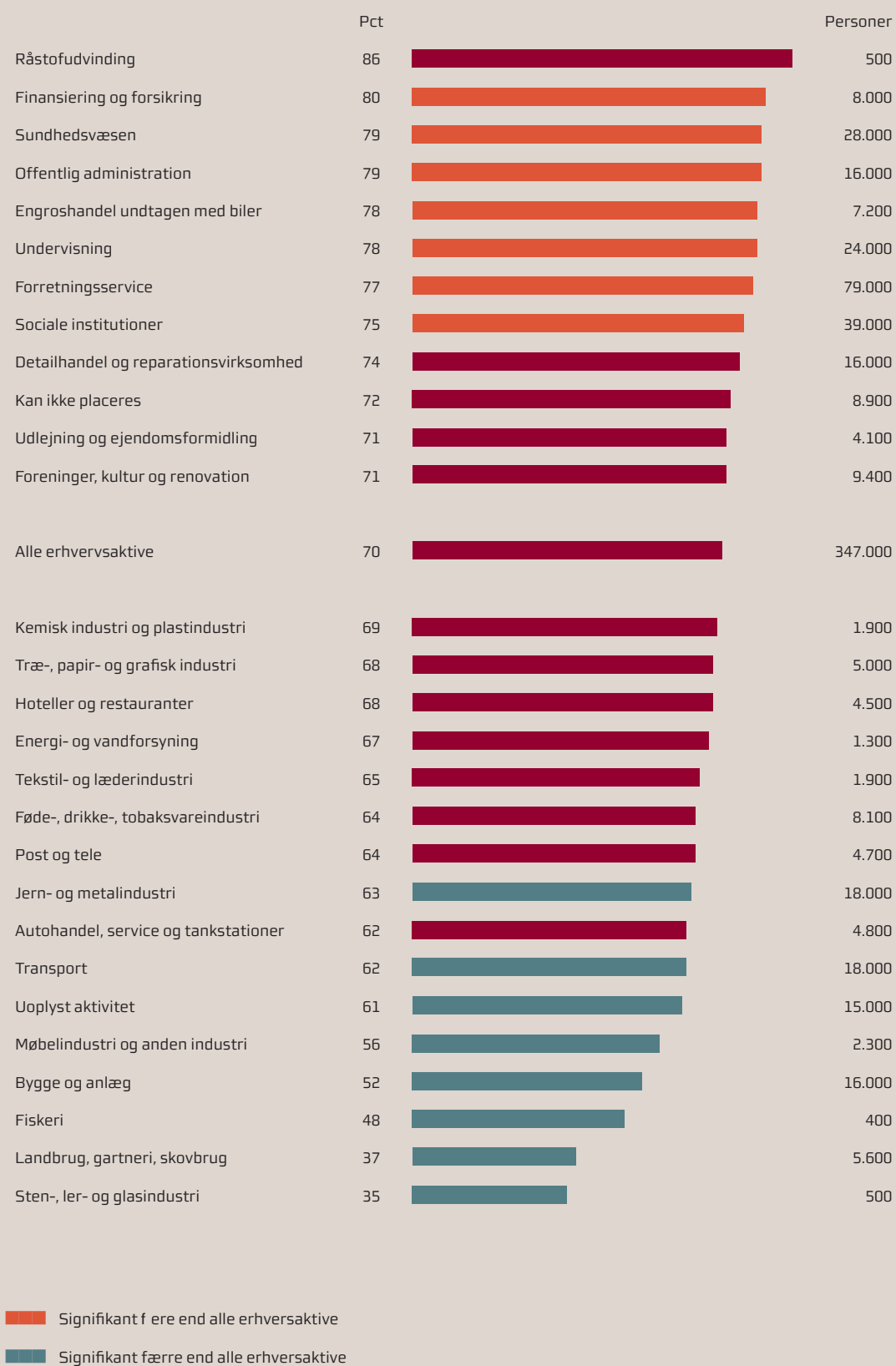
Som det fremgår af figur 18 varierer andelen i kommunerne, der gerne vil være mere fysisk aktive, fra 55% på Samsø og øvrige øer til 72% i Århus.

I samtlige kommuner er det mere end halvdelen, der gerne vil øge deres fysiske aktivitet.

Alene i Århus er der 124.000 personer, der gerne vil være mere fysisk aktive.

Figur 18 (fortsat). Vil gerne være fysisk mere aktiv – kommuner

Figur 19. Vil gerne være fysisk mere aktiv – brancher



70% af alle erhvervsaktive vil gerne være mere fysisk aktive.

Der er meget stor forskel fra branche til branche. I sten-, ler- og glasindustrien vil 35% gerne være mere fysisk aktive, mens det er 86% i råstofudvinding.

Ønsket om at være mere fysisk aktiv er mest udbredt i brancher, der er præget af ikke-manuelt arbejde.

Der er signifikant flere, der ønsker at være mere fysisk aktive i følgende brancher, end hos de erhvervsaktive som helhed:

- Finansiering og forsikring
- Sundhedsvæsen
- Offentlig administration
- Engroshandel undtagen med biler
- Undervisning
- Forretningservice
- Sociale institutioner

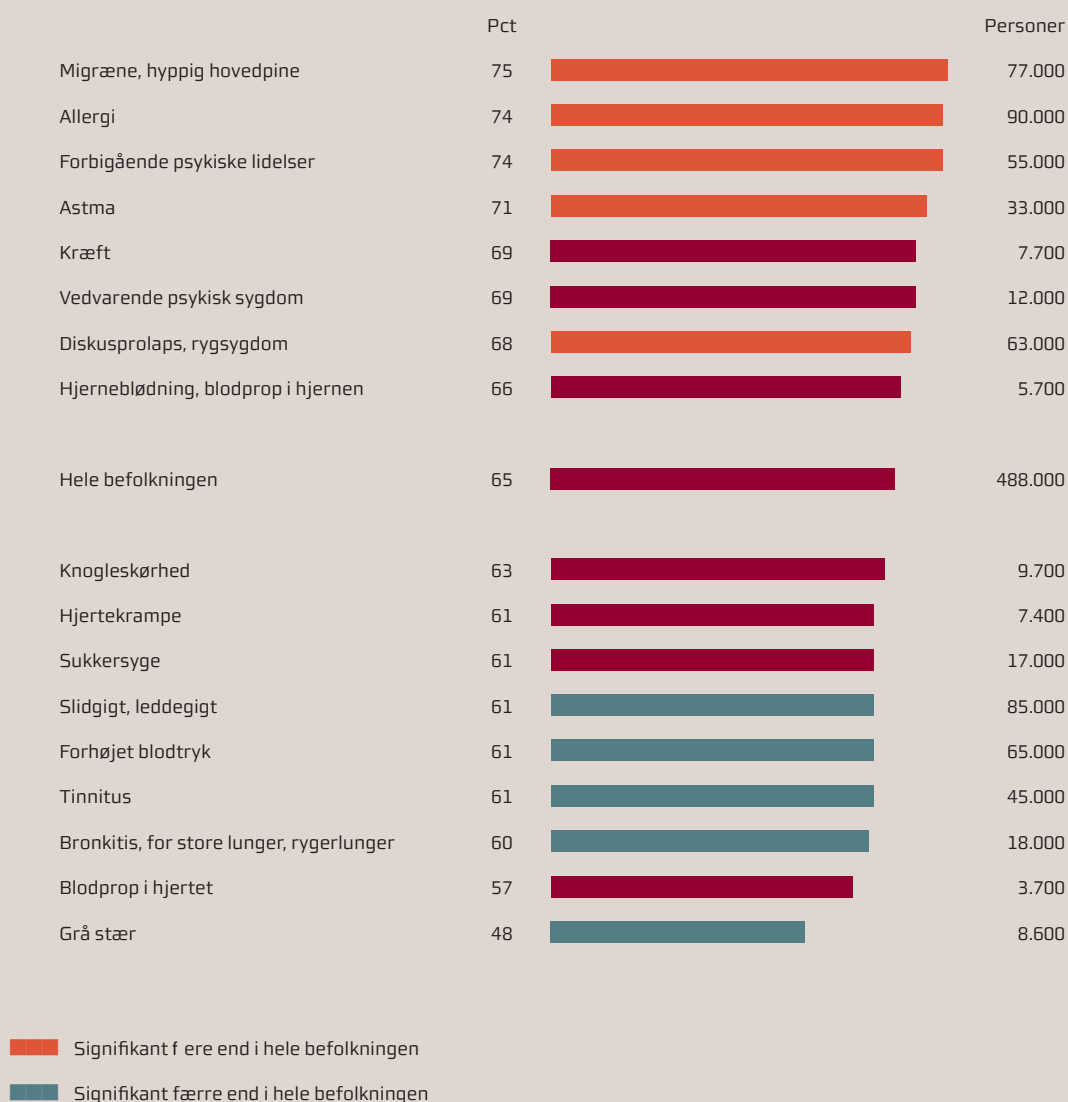
Der er signifikant færre, der ønsker at være mere fysisk aktiv i følgende brancher:

- Jern- og metalindustri
- Transport
- Møbelindustri og anden industri
- Bygge og anlæg
- Fiskeri
- Landbrug, gartneri, skovbrug
- Sten-, ler- og glasindustri

Selv inden for disse brancher er der dog en stor andel, der ønsker at være fysisk mere aktive.

Sammenligner man med figur 8 side 176, vil man se, at ønsket om øget fysisk aktivitet er mest udbredt i de brancher, der ligger lavest med hensyn til 30+ minutters moderat fysisk aktivitet om dagen.

Sammenligner man med figur 9 side 178, fremgår det, at ønsket om øget fysisk aktivitet er mest udbredt i de brancher, der i forvejen har den største andel, der regelmæssigt får motion i fritiden.

Figur 20. Vil gerne være fysisk mere aktiv – kronisk syge

Blandt kronisk syge varierer ønsket om at være mere fysisk aktiv fra 48% hos personer med grå stær til 75% hos personer med migræne/hyppig hovedpine.

Der er en tæt negativ korrelation ($r=-0.81$) mellem andelen i de forskellige sygdomsgrupper, der får 30+ minutters motion 6-7 dage om ugen, og andelen der gerne vil være mere fysisk aktive.

Fx er der hos personer med grå stær 42% der lever op til Sundhedsstyrelsens anbefaling om 30+ minutters motion om dagen. Her vil 48% gerne være mere fysisk aktive.

Hos personer med vedvarende psykisk sygdom er der 28%, der lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om daglig motion. Her er der 69%, der gerne vil være mere fysisk aktive.

Referencer

- 1) Physical activity and health: a report of the Surgeon General. U.S.Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Atlanta, Georgia 1997.
- 2) Pedersen BK, Saltin B. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. Sundhedsstyrelsen, København 2003.
- 3) Andersen LB, Schnor P, Schroll M et al. All-cause mortality associated with physical activity during leisure time, work, sports, and cycling to work. Arch Intern Med 2000; 160: 1621-8.

Kost

Kosten har stor betydning for befolkningens sundhedstilstand (1). 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 sukkersyge og overvægt er andre sundhedsproblemer, hvor kost og spisevaner spiller en central rolle, ligesom spisevaner og tandsundhed er tæt forbundet.

Ernæringsrådet reviderede i 2005 de syv officielle kostråd og fjøjede et ottende til om motion:

Kostrådene 2005

- Spis frugt og grønt – 6 om dagen
- Spis fisk og fiskepålæg – flere gange om ugen
- Spis kartofler, ris eller pasta og groft brød – 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 den aktuelle forskningsbaserede viden om sammenhængen mellem kost og helbred (2).

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 vekslende 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 (3).

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 fødeemner.

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 (tidligere Københavns Amt) (4). Kostscoren består af 30 spørgsmål, 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.

Kostmønster i forhold til køn, alder og sociale forhold

Når de fire kostkomponenter, frugt, grønt, fisk og fedt, vurderes under ét, er der 21%, der har et sundt kostmønster, 65% der har et middelsundt kostmønster, og 14% der har et usundt kostmønster.

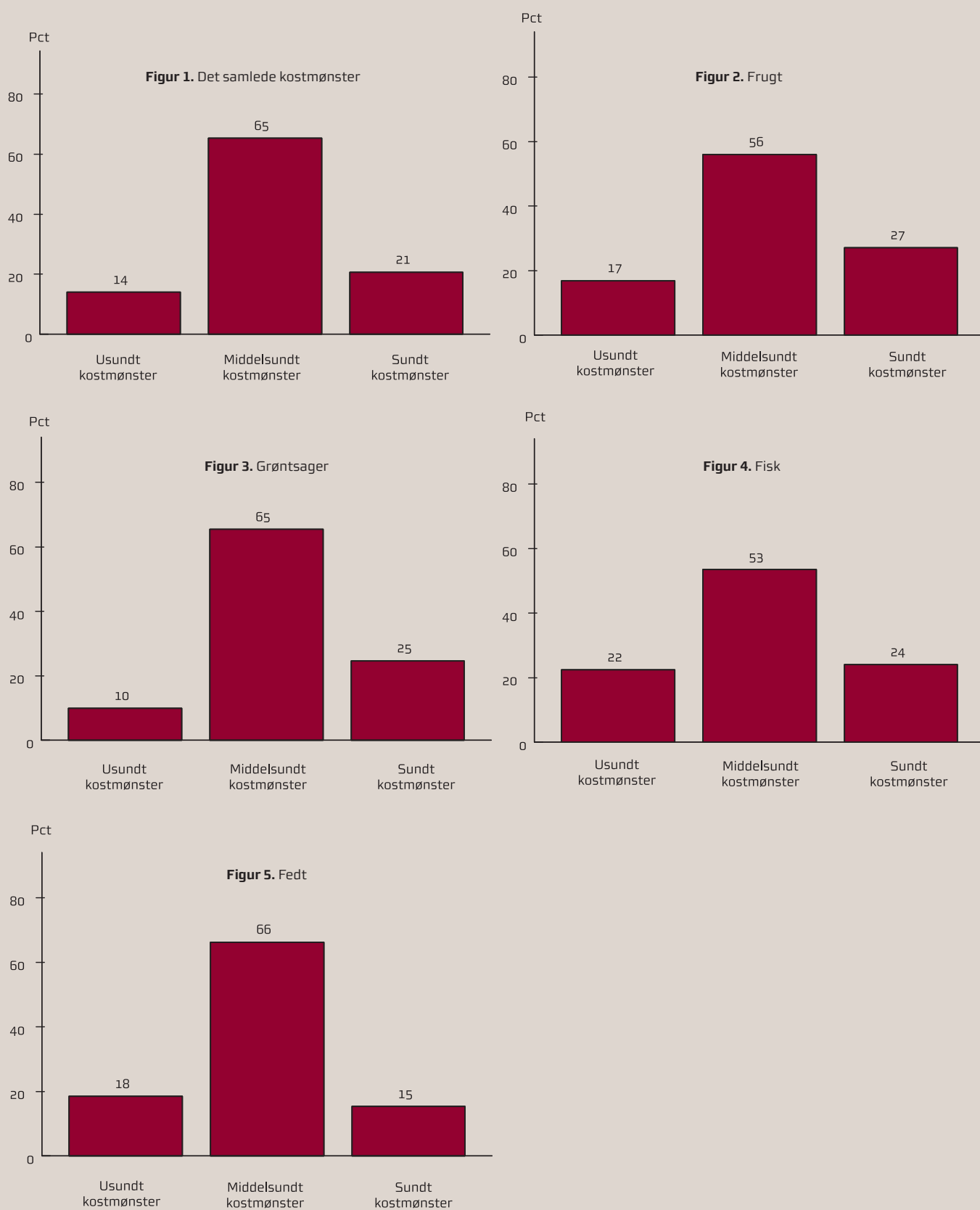
Det generelle billede er således, at det kun er en femtedel af befolkningen, der fuldt ud lever op til anbefalingerne på kostområdet. Der er på den anden side en stor gruppe, der i et vist omfang efterlever kostanbefalingerne.

Der er mellem 15% og 27%, der har et dagligt indtag af de enkelte kostkomponenter, som lever op til gældende anbefalinger. Færrest ved fedt og flest ved frugt.

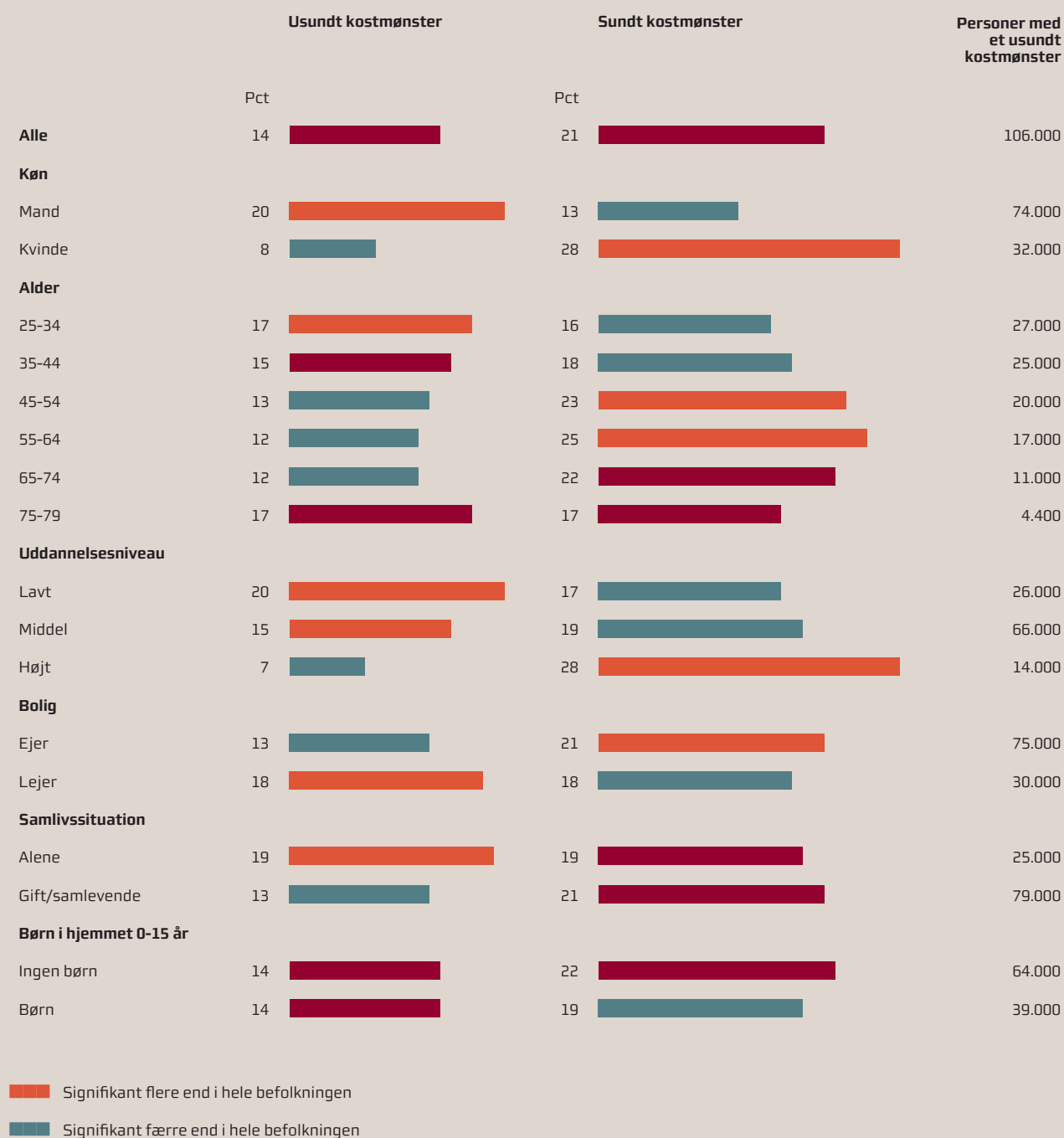
Mellem 10% og 22% har usunde kostvaner med hensyn til indtag af frugt, grønt, fisk og fedt. Færrest ved grøntsager, flest ved fisk.

I det følgende fokuseres der på de to ydergrupper i kostscoren: personer med et usundt kostmønster og personer med et sundt kostmønster.

Figur 1-5. Kvaliteten af befolkningens kost med hensyn til indtag af frugt, grønt, fisk og fedt



Figur 6. Kostmønstre – køn, alder og sociale forhold



Der er meget stor forskel på mænds og kvinders kostmønster. Hver femte mand har et usundt kostmønster mod hver tolvte kvinde. Mere end hver fjerde kvinde har et sundt kostmønster mod kun hver ottende mand.

Der er ligeledes en markant sammenhæng mellem kostmønster og alder, uddannelsesniveau, boligforhold samt samlivssituation.

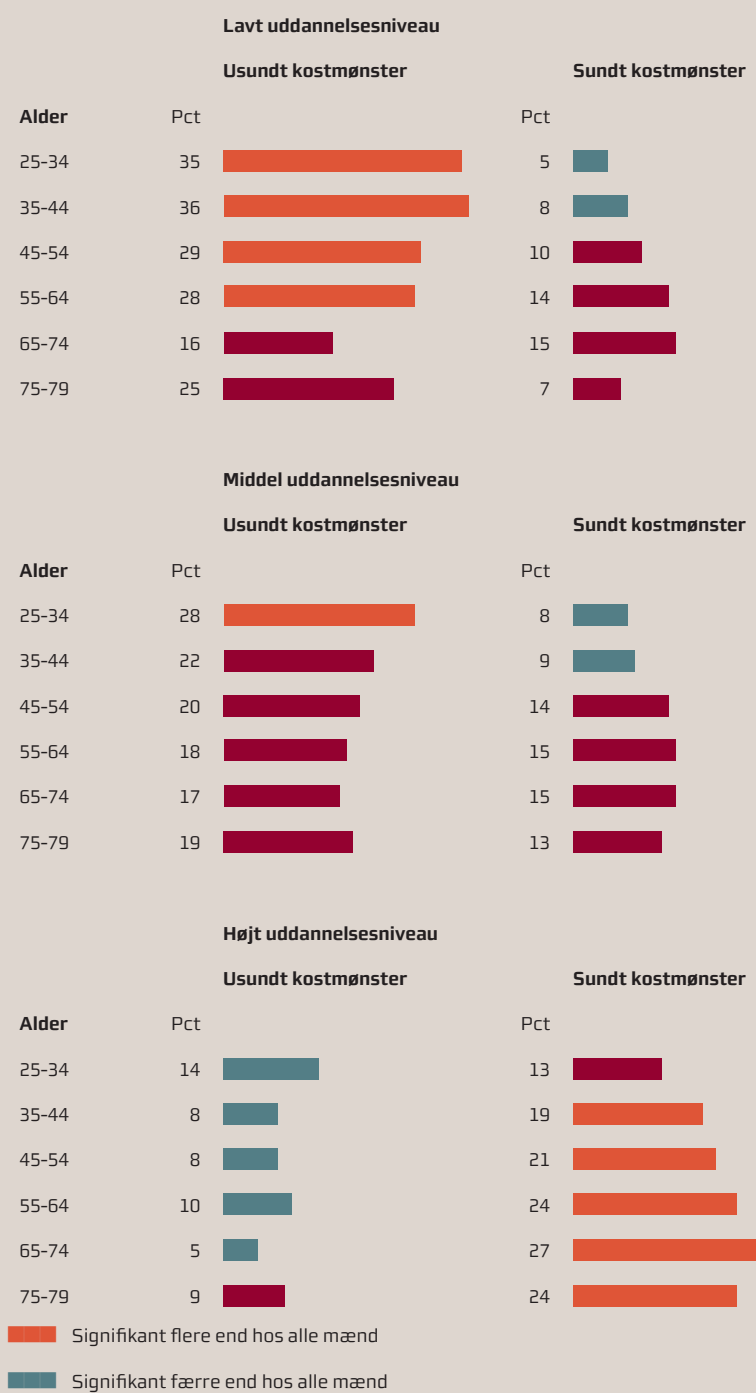
Der er signifikant flere med et usundt kostmønster blandt:

- Mænd
- Unge (25-34 år)
- Personer med lavt og middel uddannelsesniveau
- Personer der bor til leje
- Personer der er alene

Der er signifikant flere med et sundt kostmønster blandt:

- Kvinder
- Midaldrende og ældre (45-74 år)
- Personer med højt uddannelsesniveau
- Personer der bor i ejerbolig

Figur 7. Kostmønster – mænd

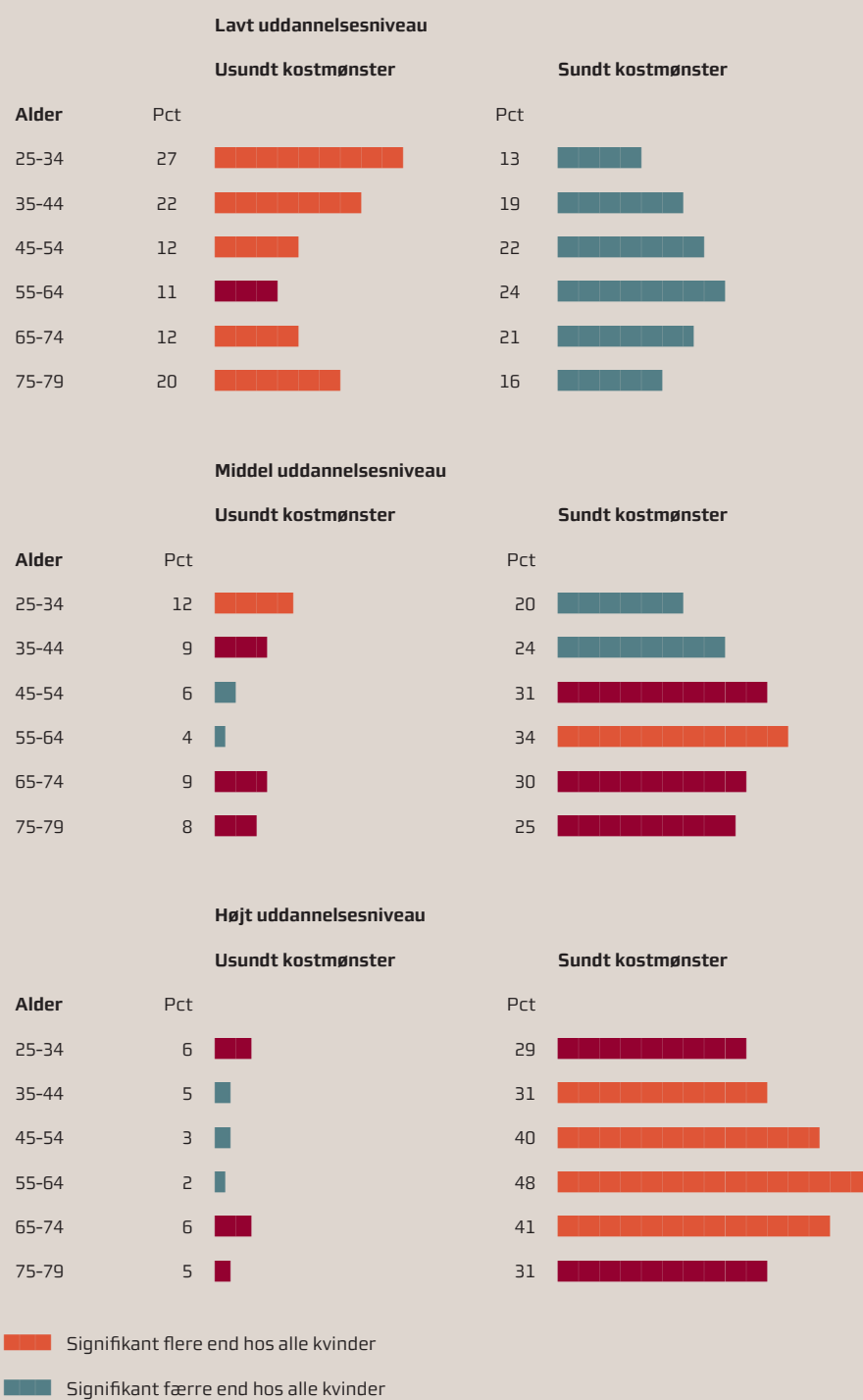


Der er foretaget en separat analyse af mænds og kvinders kostmønster opdelt på alder og uddannelsesniveau.

Hos mændene finder man de største forskelle mellem lavt uddannede og højt uddannede. Der er samtidig en tydelig tendens til, at kostvanerne bliver bedre, når man bevæger sig opad i aldersgrupperne. Hos de ældste (75-79 år) vender denne tendens dog igen.

Yderpunkterne er de unge, lavt uddannede mænd (25-44 år), hvor over en tredjedel har et usundt kostmønster, og meget få har et sundt kostmønster, og de midaldrende og ældre, højt uddannede mænd, hvor få har et usundt kostmønster, og cirka hver fjerde har et sundt kostmønster.

Figur 8. Kostmønster – kvinder



Kvindes kostvaner er generelt bedre end mændenes. Men også blandt kvinderne er der store forskelle i forhold til alder og uddannelsesniveau.

Ligesom hos mænd finder man hos kvinder de største forskelle i kostvaner mellem de unge, lavt uddannede og de midaldrende og ældre, højt uddannede.

Set i forhold til befolkningen som helhed er det højt uddannede kvinder i aldersgruppen 45-74 år, der har de sundeste kostvaner. I en enkelt aldersgruppe – 55-64 år – har halvdelen et kostmønster, der lever op til anbefalingerne, mens kun 2% har et usundt kostmønster.

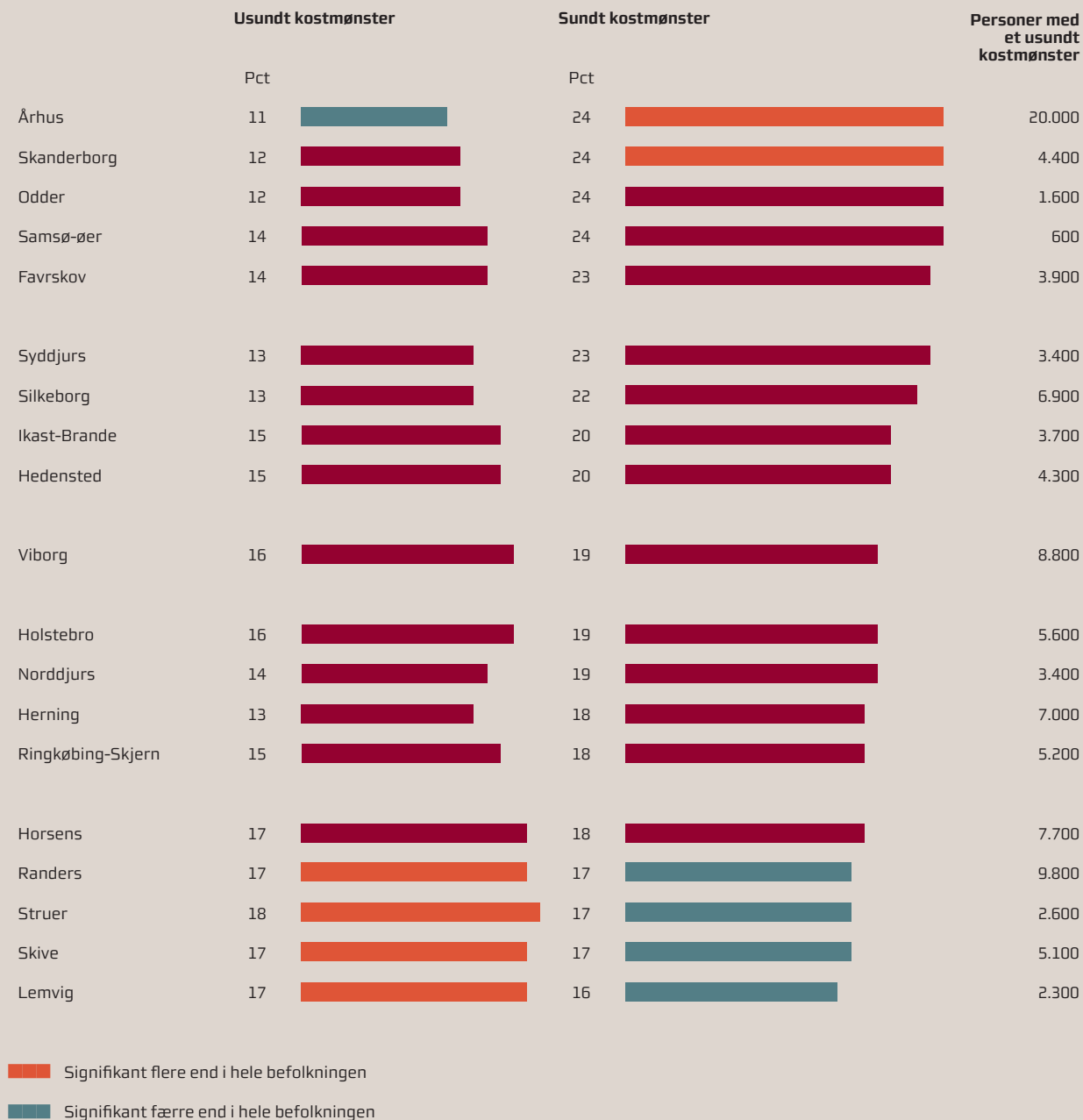
Der er en væsentlig forskel i sammenhængen mellem uddannelsesniveau og kostmønster mellem mænd og kvinder.

Hos mænd er der forholdsvis stor lighed i kostvanerne hos personer med lavt og middel uddannelsesniveau.

Hos kvinder er der forholdsvis stor lighed i kostvanerne hos personer med middel og højt uddannelsesniveau.

Med andre ord: Hos mændene er det først og fremmest de højt uddannede mænd, der efterlever kostanbefalingerne. Hos kvinderne er det en socialt set meget bredere gruppe omfattende både mellem og højt uddannede, der spiser sundt.

Figur 9. Kostmønstre – kommuner



Andelen med et sundt kostmønster varierer fra 16% til 24% imellem kommunerne. Tilsvarende varierer andelen med et usundt kostmønster fra 11% til 17%.

Der er signifikant flere med et sundt kostmønster sammenlignet med befolkningen som helhed i:

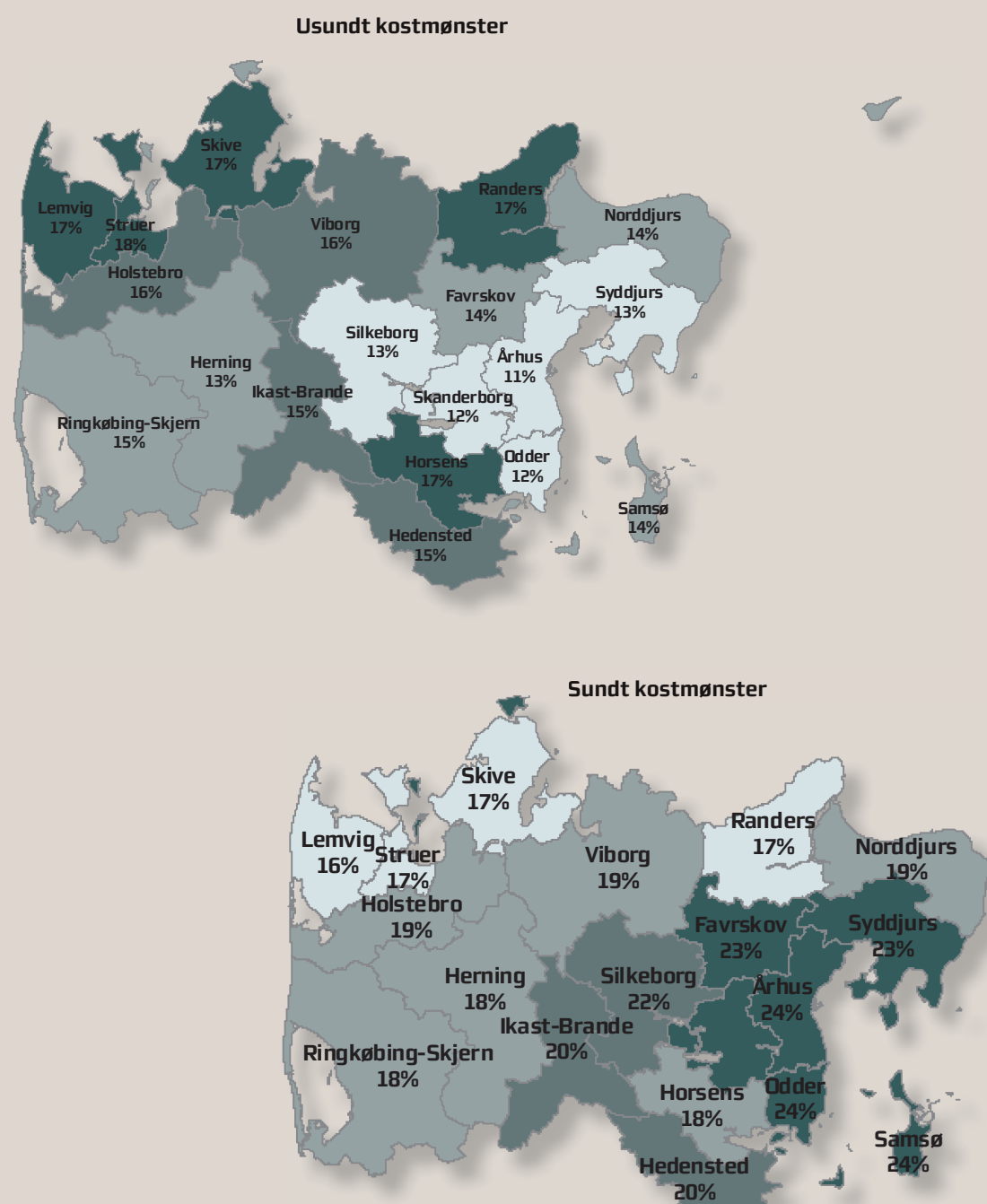
- Århus
- Skanderborg

I Århus er der ligeledes signifikant færre med et usundt kostmønster.

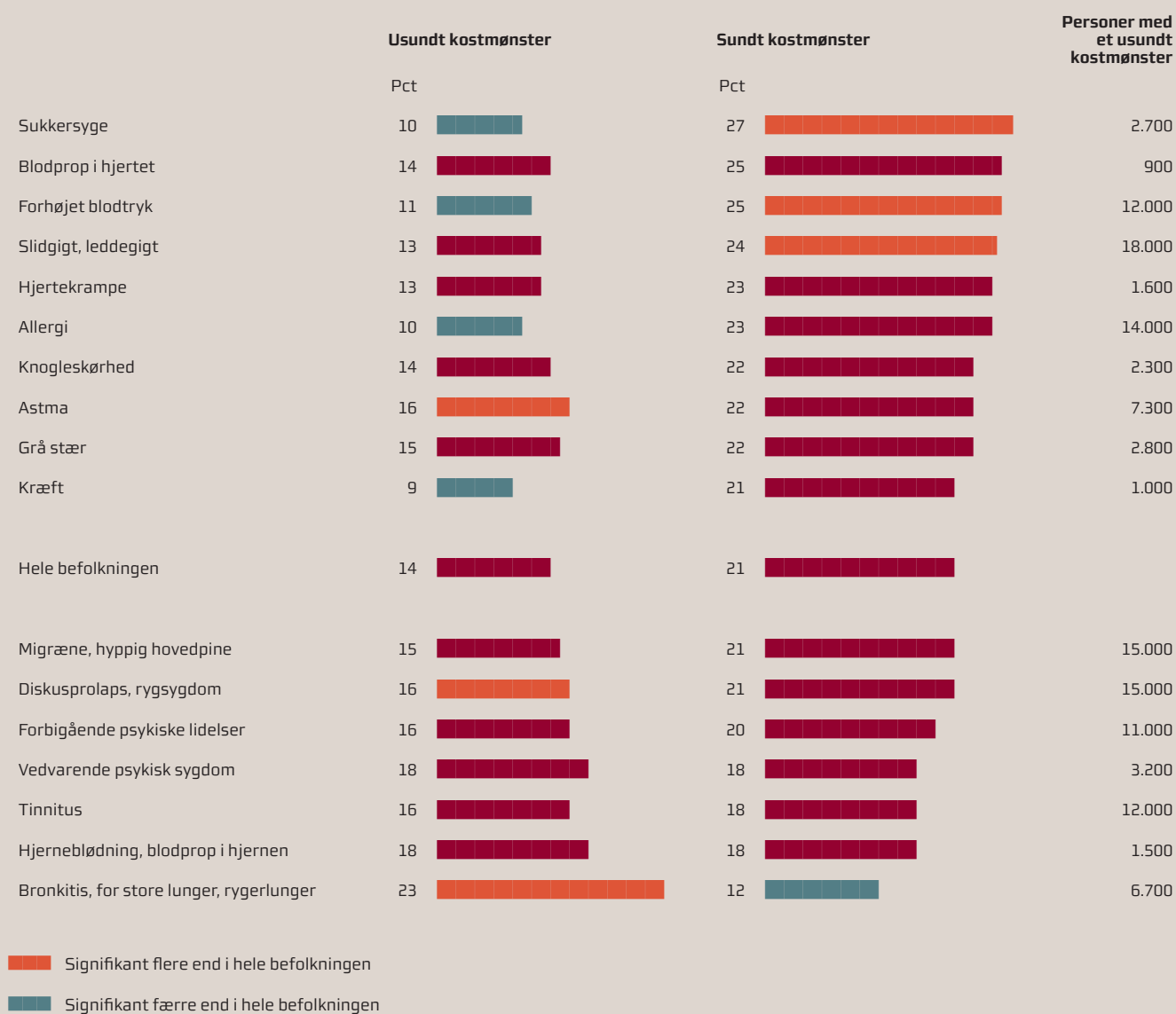
Der er signifikant færre med et sundt kostmønster og signifikant flere med et usundt kostmønster i:

- Randers
- Struer
- Skive
- Lemvig

Figur 9 (fortsat). Kostmønster – kommuner



Figur 10. Kostmønster – kronisk syge



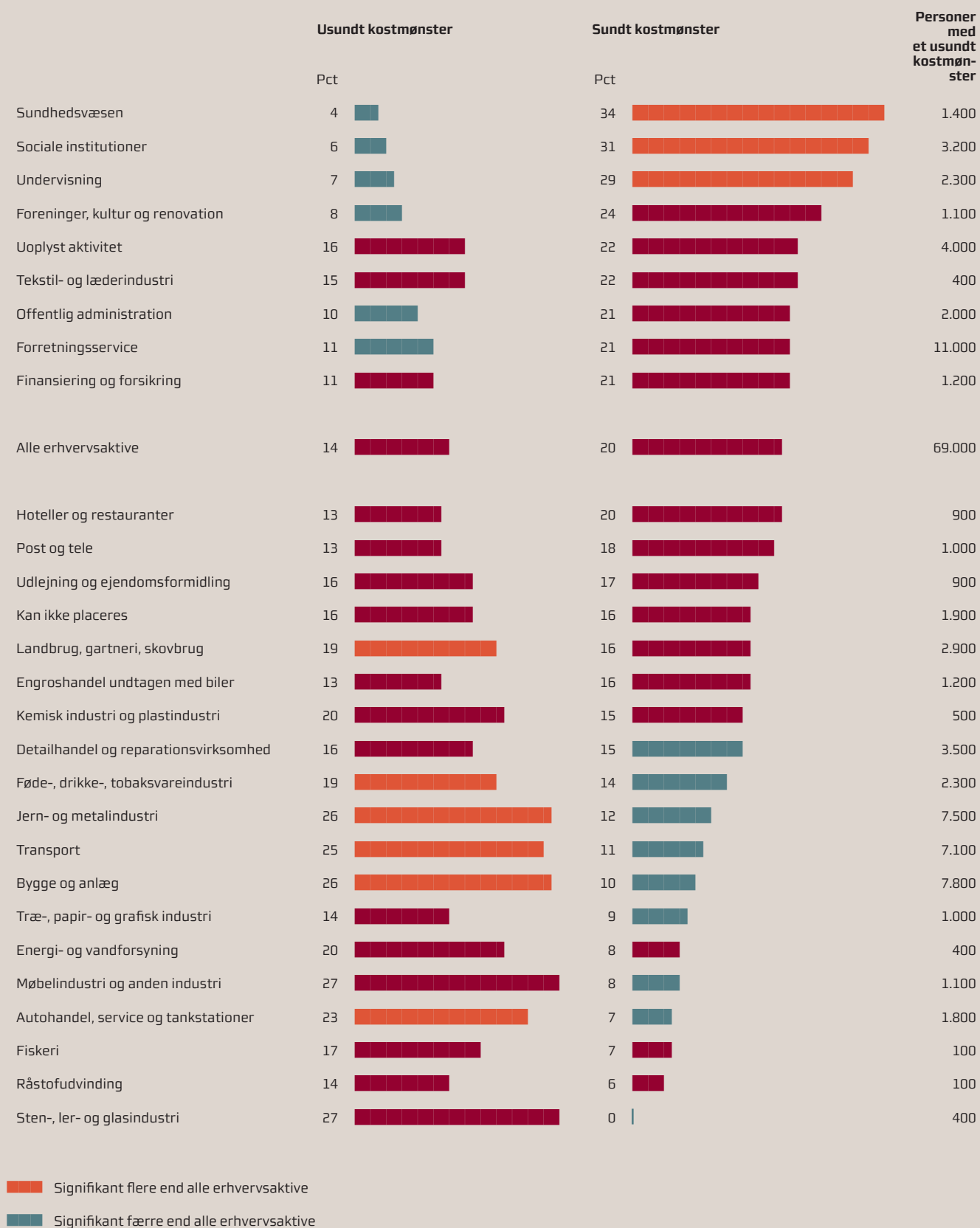
Sukkersygepatienter er den gruppe af kronisk syge, der har det sundeste kostmønster. 27% har et sundt kostmønster mod 21% i hele befolkningen, 10% har et usundt kostmønster mod 14% i hele befolkningen.

Personer med blodprop i hjertet, forhøjet blodtryk og hjertekrampe har også kostvaner, der ligger over befolkningsgennemsnittet.

I den modsatte ende af spekteret finder man patienter med kronisk bronkitis/for store lunger/rygerlunger. Her har kun 12% et sundt kostmønster, mens 23% har et usundt kostmønster.

Personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen har også dårligere kostvaner end befolkningen som helhed.

Figur 11. Kostmønstre – brancher



20% af alle erhvervsaktive har et sundt kostmønster, mens 14% har et usundt kostmønster. De resterende 66% har et middelsundt kostmønster.

Brancher med en signifikant højere andel med et usundt kostmønster end befolkningen som helhed er:

- Landbrug, gartneri, skovbrug
- Føde-, drikke-, tobaksvareindustri
- Jern- og metalindustri
- Transport
- Bygge og anlæg
- Autohandel, service og tankstationer

Det er brancher, hvor 70-90% af de beskæftigede er mænd.

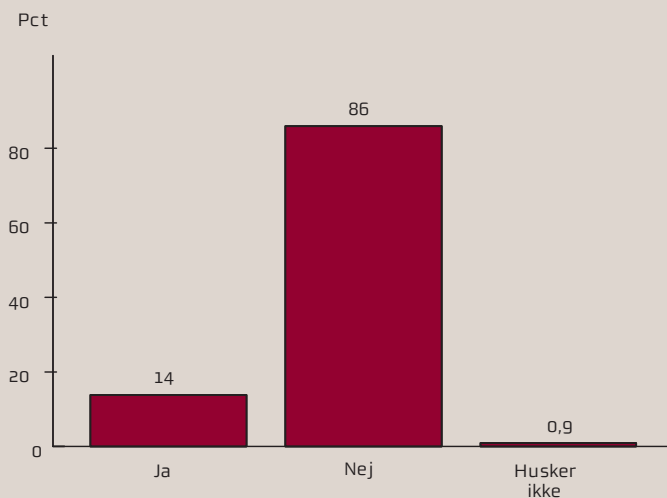
Brancher med en signifikant højere andel med et sundt kostmønster er:

- Sundhedsvæsen
- Sociale institutioner
- Undervisning

I de tre brancher er 60-90% af de beskæftigede kvinder.

Der er en stærk sammenhæng mellem kønsfordeling og kostvaner i de forskellige brancher.

Andelen af kvinder i de 27 brancher i figur 11 varierer fra 7% i bygge- og anlæg til 90% i sociale institutioner. Korrelationen mellem kvindeandel inden for de enkelte brancher og andelen med sunde kostvaner er positiv og høj ($r = 0,88$). Korrelationen mellem kvindeandel og andelen med usunde kostvaner er negativ og ligeledes høj ($r = -0,79$).

Figur 12. Har din egen læge i løbet af de seneste tre år rådet dig til at ændre dine kostvaner?

Ændring af kostmønster – rådgivning

14% af de personer, der har været ved egen læge inden for de seneste tre år, er blevet rådet af lægen til at ændre kostvaner.

90% af befolkningen har besøgt egen læge i de seneste tre år.

Godt 100.000 personer har fået råd af den praktiserende læge om at ændre deres kostvaner.

Der er generelt betydeligt flere patienter med end uden kronisk sygdom, der har fået råd om kostændring af den praktiserende læge.

Blandt personer med en af de 17 kroniske sygdomme, der indgår i undersøgelsen, er der signifikant flere end i befolkningen som helhed, der er blevet rådet til at ændre kostvaner.

Der er en markant sammenhæng mellem antallet af kroniske sygdomme og lægens rådgivning om kost. 8% af dem uden nogen af de 17 kroniske sygdomme har fået råd om kostændring, mod 14% af dem med én sygdom, 21% af dem med to-tre sygdomme og 33% af dem med fire sygdomme eller flere.

Patienter med sukkersyge er den gruppe, hvor flest er blevet rådgivet om kost. Her har 58% fået kostrådgivning af den praktiserende læge.

Blandt patienter med forhøjet blodtryk er det 33%, mens 31% med blodprop i hjertet og 27% med hjertekrampe har fået råd om kostændringer af egen læge.

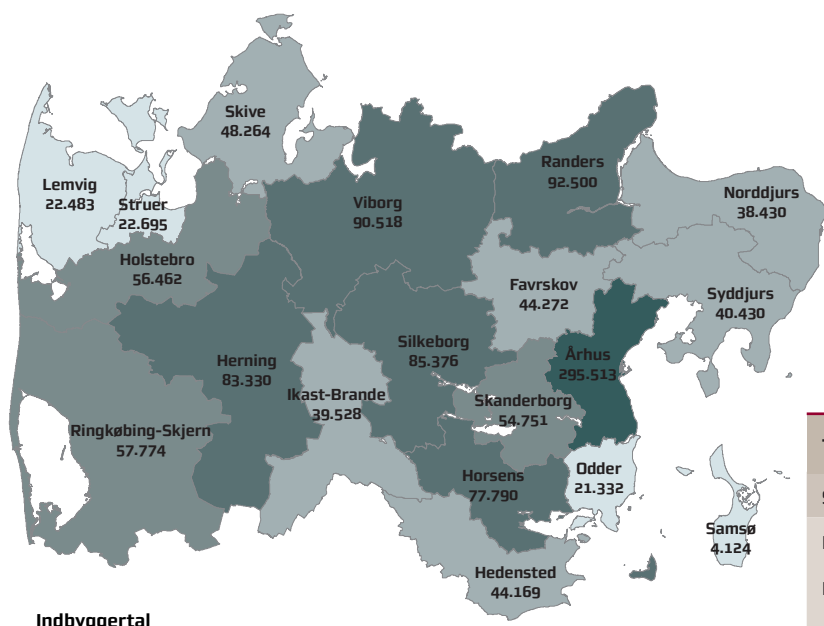
Figur 13. Har din egen læge i løbet af de seneste tre år rådet dig til at ændre dine kostvaner?



Referencer

- 1) Food and health in Europe: A new basis for action. WHO regional publications. European series; No. 96, 2004.
- 2) Becker W, Lyhne N, Pedersen AN, Aro A, Fogelholm M, Þórsdóttir I, Alexander J, Anderssen SA, Meltzer HM, Pedersen JI. Nordic Nutrition Recommendations 2004 – Integrating nutrition and physical activity. Nord 2004:13, Nordic Council of Ministers, København.
- 3) www.altomkost.dk/madtildig/Dinmad/Fedtstoffer
- 4) Toft U, Kristoffersen LH, Lau C, Borch-Johnsen K, Jørgensen T. The dietary quality score: validation and association with cardiovascular risk factors: the Inter99 study. European Journal of Clinical Nutrition, Aug 2006.

Demografiske og sociale forhold



Tabel 1. Fakta – Region Midtjylland

Svarprocent	69%	Regionen	Landet	%
Indbyggere pr. 1.1.2006		1.219.741	5.427.459	22
Indbyggere 25-79-årige		789.939	3.583.171	22
Areal i km ²		13.114	43.098	30
Befolkningstæthed		93	126	

Regionen

De 19 kommuner i Region Midtjylland tæller tilsammen 1,2 millioner indbyggere. Regionen strækker sig fra Vesterhavet til Kattegat, eller omkring 200 kilometer fra vest til øst. Denne spændvidde betyder store forskelle både i befolkning og kultur, hvilket afspejler sig blandt andet i forskelle i erhvervs sammensætning og ledighed. For eksempel er ledigheden i Østjylland høj – over 7% – mens den er lav i en række midt/vestjyske kommuner – under 5% (1).

Der er ligeledes betydelige forskelle i indbyggertal. Den største kommune er Århus med 295.513 indbyggere, svarende til 24% af regionens borgere. Derefter følger Randers kommune med 92.500, svarende til 7,6%, efterfulgt af Viborg med 7,4%, Silkeborg med 7%, Herning med 6,8% og Horsens med 6,3%. De mindste kommuner er Struer, Lemvig, Odder og Samsø, der alle har mindre end 2% af regionens samlede indbyggertal. Mindst er Samsø kommune med 4.125 borgere svarende til 0,3%.

I denne del præsenteres en række oplysninger om demografiske og sociale forhold i de enkelte kommuner. Tallene er baseret dels på resultater fra *Hvordan har du det?* dels på nationale datakilder:

- Danmarks Statistiks befolkningsstatistikregistre
- DREAM-databasen over overførselsindkomster
- eSundhed (forbrug af sundhedsydelser)

Informationerne er valgt som relevante baggrundsoplysninger, når man skal vurdere sundhedsforholdene i kommunerne, og er omfangsmæssigt afpasset efter de pladsmuligheder et dobbeltsidigt opslag pr. kommune giver.

Den enkelte kommunes tal er sat i forhold til de tilsvarende tal for hele Region Midtjylland, så en sammenligning er mulig kommunerne imellem. Informationerne gælder gennemgående aldersgruppen 25-79 år.

En særlig 'kommune' i *Hvordan har du det?* er Samsø og øvrige øer. Ø-samfund kan have særlig interesse i en sundhedsprofil, men da øerne i regionen hver for sig er små samfund, valgte vi at slå øerne sammen i én gruppe bestående af Alrø, Anholt, Endelave, Fur, Hjarnø, Jegindø, Samsø og Venø. Af samme grund er Samsø kommunes tal ikke repræsenteret i denne del af rapporten.

Figur 1. Aldersgruppe

	Regionen %	Landet %	Indeks	Landsindeks=100	Personer
25-34 år	13,3	13,2	100		161.641
35-44 år	14,7	15,0	98		178.814
45-54 år	13,6	13,5	101		165.782
55-64 år	12,8	13,3	96		156.021
65-74 år	7,7	8,2	95		94.106
75-79 år	2,8	2,9	95		33.575

Figur 2. Uddannelsesniveau

	Regionen %	Landet %	Indeks	Landsindeks=100	Personer
Lavt	17,4	27,1	64		131.049
Middel	56,7	48,8	116		428.078
Højt	25,9	21,5	120		195.328

Aldersfordeling

Figur 1 beskriver befolkningen i regionen pr. 1. januar 2006 (efter kommuneinddelingen i 2007) (2), fordelt på alder blandt 25-79-årige, den aldersgruppe der indgår i *Hvordan har du det?* Til sammenligning er anført fordelingen for hele landet. Indeks 100 er landsgennemsnit for hver aldersgruppe.

Aldersfordelingen i regionen svarer til landsgennemsnittet.

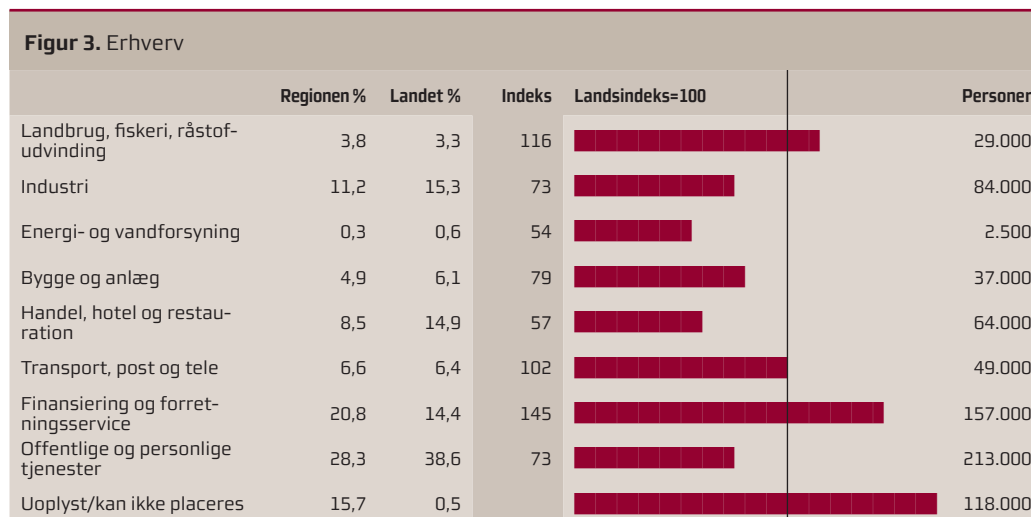
Uddannelse

Uddannelse i *Hvordan har du det?* er opgjort i overensstemmelse med *Dansk Uddannelses-Nomenklatur* (DUN). Se metodeafsnittet.

Figur 2-4 viser resultaterne fra *Hvordan har du det?* sammenholdt med landsgennemsnittet pr. 1. januar 2006 (2). Regionsgennemsnittet i hver figur bygger på den antagelse, at spørgeskemaresultaterne er repræsentative for regionen.

Der er i hele regionen færre med lavt uddannelsesniveau og flere med middel og højt uddannelsesniveau end på landsplan.

Der er et betydeligt spænd i uddannelsesniveaet mellem de forskellige egne af Region Midtjylland. I en række store bykommuner og i flere østjyske kommuner har mellem hver tredje og hver fjerde en videregående uddannelse. Modsat har mange mindre kommuner, særligt i den vestlige del af regionen, færre end 20 procent der har en videregående uddannelse.



Erhverv

Pr. 1. februar 2006 var i alt 2.33 mill. beskæftigede på landsplan og ca. 636.000 i Region Midtjylland.

Figur 3 beskriver erhvervsfordelingen fra *Hvordan har du det?* sammenlignet med landets erhvervsfordeling pr. 1. januar 2006. Indeks 100 er landsgennemsnittet for den enkelte branche (1).

Af figuren fremgår, at de største erhverv er offentlige og personlige tjenester (offentlig administration, undervisning, sundhedsvæsen, sociale institutioner, foreninger, kultur og renovation), der beskæftiger knap 30% eller 213.000 af regionens borgere, og finansiering og forretningsservice (finansiering og forsikring, udlejning og ejendomsformidling samt forretningsservice), der beskæftiger ca. 21% eller knap 157.000 personer.


På en tredjeplads ligger industri (føde-, drikke- og tobaksvareindustri, tekstil- og læderindustri, træ-, papir- og grafisk industri, kemisk industri og plastindustri, sten-, ler- og glasindustri, jern- og metalindustri, møbelindustri og anden industri), der beskæftiger ca. 12% eller 85.000 personer.

I forhold til landsgennemsnittet er flere i Region Midtjylland beskæftiget inden for finansiering og forretningsservice, 20% mod landets 14%, og med landbrug, fiskeri og råstofudvinding, selvom sidstnævnte erhverv kun beskæftiger ca. 29.000 borgere. Færrest er beskæftiget inden for energi og vandforsyning med kun ca. 2.500 personer i regionen.

På landsplan findes den største forskel i erhvervsfordelingen på hovedgrupper mellem hovedstaden (ikke vist), som ligger relativt højt med hensyn til handel og service, og resten af landet, som ligger relativt højt med hensyn til landbrug og produktion mv.

Region Midtjyllands erhvervsfordeling afviger ikke meget fra resten af landet uden for hovedstaden.

Figur 4. Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år

	Regionen %	Landet %	Indeks	Landsindeks=100	Personer
Helbredsbetiget ydelse	11,9				90.000
Kontanthjælp	0,5				4.000
Overførselsindkomst	30,2				228.000
Indlæggelser	11,0	12,0	91		83.000
Ambulante sygehuskon- takter	38,8				294.000

Overførselsindkomst og sygehuskontakt

Tallene bag disse oplysninger er hentet fra henholdsvis DREAM-databasen og fra eSundhed. Landsindekset vedrørende sygehusbenyttelse er hentet fra Statistikbankens opgørelser, fra 2004. Der kunne kun fremskaffes sammenlignelige tal vedrørende sygehusbenyttelse på landsplan. Sygehusindlæggelser i regionen det seneste år er med 11% meget lig landsgennemsnittet på 12%. Figur 4.

Referencer

- 1) Danmarks Statistik 1-1-2006. Statistikbanken, www.statistikbanken.dk

Favrskov



Tabel 1. Fakta Favrskov

Svarprocent 69%		Regionen	%
Indbyggere pr. 1.1.2006	44.272	1.219.741	3,6
Indbyggere 25-79-årige	28.762	789.939	3,6
Areal i km ²	524	13.114	4,0
Befolkningsstæthed	84	93	

Figur 1. Aldersgruppe

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
25-34 år	11,8	13,3	89	<div style="width: 89%;"></div>	5.200
35-44 år	16,4	14,7	112	<div style="width: 112%;"></div>	7.300
45-54 år	13,7	13,6	101	<div style="width: 101%;"></div>	6.100
55-64 år	13,5	12,8	106	<div style="width: 106%;"></div>	6.000
65-74 år	7,1	7,7	92	<div style="width: 92%;"></div>	3.200
75-79 år	2,4	2,8	87	<div style="width: 87%;"></div>	1.100

Alder og uddannelse

I figur 1 og 2 beskrives befolkningen i kommunen fordelt på alder og uddannelsesniveau sat i relation til regionens tal. Til sammenligning er regionen sat til index 100.

Aldersfordelingen i Favrskov kommune viser flere i aldersgruppen 35-44 år, færre yngre og færre i aldersgruppen over 65 år. Der er lidt færre med lavt og højt uddannelsesniveau i forhold til hele regionen.

Figur 2. Uddannelsesniveau

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Lavt	15,7	17,4	91	<div style="width: 91%;"></div>	4.400
Middel	61,4	56,7	108	<div style="width: 108%;"></div>	17.200
Højt	22,9	25,9	88	<div style="width: 88%;"></div>	6.400

Figur 3. Sociale forhold

Samlivsform	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Alene	12,1	17,3	69		3.400
Gift/samlevende	88,0	82,7	106		25.000
Børn under 16 år i hjemmet					
Ja	41,5	38,21	109		11.600
Nej	58,5	61,79	95		16.400
Boligform					
Ejerbolig	90,0	78,4	115		25.200
Lejebolig	10,0	21,6	46		2.800
Arbejdssituation					
I arbejde	69,6	65,6	106		19.500
Ikke i arbejde	30,4	34,4	88		8.500

Øvrige sociale forhold

I figur 3 vises en række sociale forhold, der kan karakterisere kommunens indbyggere.

Der er færre enlige, flere der bor sammen med børn, og flere der bor i ejerbolig end i hele regionen. Der er flere erhvervsaktive end i hele regionen.

Indkomst

Den personlige indkomst fremgår af figur 4. Der er færre i Favrskov kommune end i hele regionen, der ligger i den lave ende af indkomstskalaen, dvs. under 250.000 kr. og flere der ligger i indkomstgruppen 375.000-524.000 kr.

Erhverv

De tre hovederhverv er offentlige og personlige tjenester, der beskæftiger 26% af kommunens indbyggere, finansiering og forretningsservice der beskæftiger 23%, og industri der beskæftiger ca. 10%.

Beskæftigelsen inden for branchegrupperne er generelt meget tæt på hele regionen. Forholdsmæssigt er lidt flere beskæftiget inden for landbrug, fiskeri og råstofudvinding og inden for bygge og anlæg, selvom der er tale om små forskelle. Figur 5.

Figur 4. Indkomst (Brutto)

Bruttoindkomst	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
0-99.000	8,6	9,5	91		2.400
100.000-149.000	11,5	14,5	79		3.200
150.000-249.000	27,9	28,0	100		7.800
250.000-374.000	32,1	31,5	102		9.000
375.000-524.000	15,1	11,4	132		4.200
525.000 +	4,8	5,1	94		1.300

Figur 5. Erhverv

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Landbrug, fiskeri, råstofudvinding	4,4	3,8	117		1.200
Industri	10,3	11,2	92		2.900
Energi- og vandforsyning	0,3	0,3	79		70
Bygge og anlæg	5,4	4,9	111		1.500
Handel, hotel og restauration	8,0	8,5	93		2.200
Transport, post og tele	6,3	6,6	97		1.800
Finansiering og forretningsservice	23,0	20,8	110		6.400
Offentlige og personlige tjenester	26,4	28,3	93		7.400
Uoplyst/kan ikke placeres	16,0	15,7	102		4.500

Overførselsindkomst og sygehuskontakt

Andelen af borgere på overførselsindkomst, herunder helbredsbedingede ydelser, er meget lig hele regionen. Kontanthjælpsydelse blev givet til en markant mindre andel end hele regionen, 0,1% mod 0,5% i året op til spørgeskemaundersøgelsen den 21. februar 2006. Figur 6.

Endvidere ses hvor mange personer der blev indlagt eller behandlet ambulant på sygehus i samme periode.

Selvom forskellen er lille, ligger Favrskov kommune lavere end hele regionen både hvad angår indlæggelser og ambulante sygehuskontakter. Tallene gælder, som nævnt, kun aldersgruppen 25-79 år.

Figur 6. Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks =100	Personer
Helbredsbedinget ydelse	12,6	11,9	106		3.600
Kontanthjælp	0,1	0,5	29		38
Overførselsindkomst	28,0	30,2	93		7.900
Indlæggelser	10,7	11,0	98		3.000
Ambulante sygehuskontakter	37,5	38,8	97		11.000

Hedensted



Tabel 1. Fakta Hedensted

Svarprocent 69%	Regionen		%
Indbyggere pr. 1.1 2006	44.169	1.219.741	3,6
Indbyggere 25-79-årige	28.693	789.939	3,6
Areal i km ²	544	13.114	4,1
Befolkningstæthed	81	93	

Figur 1. Aldersgruppe

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
25-34 år	11,3	13,3	85	<div style="width: 85%;"></div>	5.000
35-44 år	15,9	14,7	109	<div style="width: 109%;"></div>	7.000
45-54 år	13,8	13,6	101	<div style="width: 101%;"></div>	6.100
55-64 år	12,9	12,8	100	<div style="width: 100%;"></div>	5.700
65-74 år	8,1	7,7	105	<div style="width: 105%;"></div>	3.600
75-79 år	3,0	2,8	108	<div style="width: 108%;"></div>	1.300

Alder og uddannelse

I figur 1 og 2 beskrives befolkningen i kommunen fordelt på alder og uddannelsesniveau sat i relation til regionens tal. Til sammenligning er regionen sat til index 100.

Aldersfordelingen i kommunen viser lidt færre unge i aldersgruppen 25-34 år end regionsgennemsnittet. Der er flere med lavt uddannelsesniveau og færre med højt uddannelsesniveau i forhold til hele regionen.

Figur 2. Uddannelsesniveau

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Lavt	23,0	17,4	132	<div style="width: 132%;"></div>	6.400
Middel	60,7	56,7	107	<div style="width: 107%;"></div>	17.000
Højt	16,3	25,9	63	<div style="width: 63%;"></div>	4.600

Figur 3. Sociale forhold

Samlivsform	%	Region %	Indeks	Regionsindeks =100	Personer
Alene	12,3	17,3	71		3.500
Gift/samlevende	87,7	82,7	106		25.000
Børn under 16 år i hjemmet					
Ja	42,7	38,21	112		12.000
Nej	57,3	61,79	93		16.000
Boligform					
Ejerbolig	89,4	78,4	114		25.000
Lejebolig	10,6	21,6	49		3.000
Arbejdssituation					
I arbejde	69,7	65,6	106		20.000
Ikke i arbejde	30,3	34,4	88		8.500

Øvrige sociale forhold

I figur 3 vises en række sociale forhold, der kan karakterisere kommunens indbyggere.

Der er færre enlige, flere med små børn, og færre end regionsgennemsnittet der bor i lejet bolig. Der var flere erhvervsaktive end i hele regionen.

Indkomst

Den personlige indkomst fremgår af figur 4. Der er færre end i hele regionen med en årlig indkomst under 150.000 kr. og lidt flere i de øvrige indkomstgrupper.

Erhverv

De tre hovederhverv er offentlige og personlige tjenester, der beskæftiger 24% af kommunens indbyggere, finansiering og forretningsservice der beskæftiger 18%, og industri der beskæftiger ca. 14%. Beskæftigelsen inden for de to første og største grupper er dog mindre end i hele regionen, hvorimod industrierhverv beskæftiger flere end i hele regionen. Flere er beskæftiget inden for landbrug, fiskeri og råstofudvinding, 6%, næsten en dobbelt så stor procentvis andel som i hele regionen, og inden for bygge og anlæg der beskæftiger 7% mod 5% i regionen. Figur 5.

Figur 4. Indkomst (Brutto)

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks =100	Personer
0-99.000	8,2	9,5	86		2.300
100.000-149.000	13,5	14,5	93		3.800
150.000-249.000	29,1	28,0	104		8.200
250.000-374.000	32,4	31,5	103		9.100
375.000-524.000	11,8	11,4	103		3.300
525.000 +	5,1	5,1	99		1.400

Figur 5. Erhverv

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks =100	Personer
Landbrug, fiskeri, råstofudvinding	6,2	3,8	163		1.700
Industri	13,5	11,2	120		3.800
Energi- og vandforsyning	0,2	0,3	65		60
Bygge og anlæg	7,1	4,9	147		2.000
Handel, hotel og restauration	8,7	8,5	101		2.400
Transport, post og tele	6,5	6,6	100		1.800
Finansiering og forretningsservice	18,4	20,8	89		5.200
Offentlige og personlige tjenester	24,2	28,3	86		6.800
Uoplyst/kan ikke placeres	15,2	15,7	97		4.300

Overførselsindkomst og sygehuskontakt

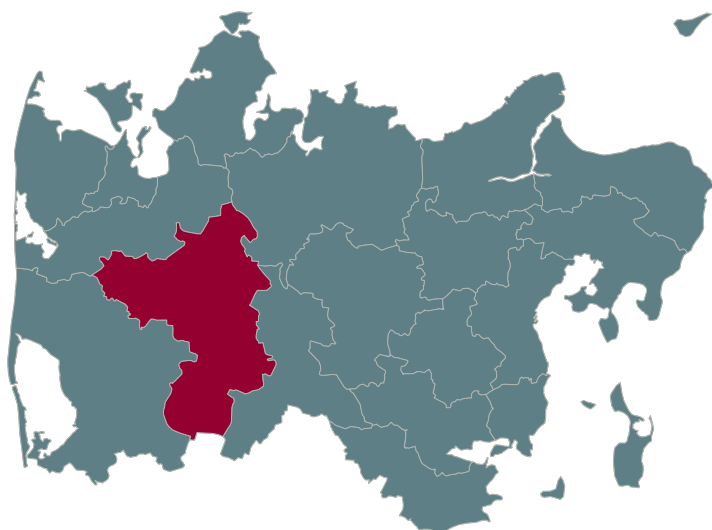
Færre af Hedensted kommunes borgere var på overførselsindkomst. Kontanthjælpsydelse blev givet til 0,3% mod 0,5% i regionen det seneste år op til spørgeskemaundersøgelsen den 21. februar 2006. Figur 6.

Endvidere ses hvor mange personer der blev indlagt (sygehuspatienter), eller behandlet ambulant på sygehus i samme periode. Hedensted havde lidt over 1% flere sygehuspatienter, svarende til 12% mod regionens 11%, eller ca. 3.500 personer. Flere end i hele regionen havde ét eller flere ambulante besøg på sygehuset, 41% mod regionens 39%. Tallene gælder, som nævnt, kun aldersgruppen 25-79 år.

Figur 6. Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks =100	Personer
Helbredsbetiget ydelse	12,1	11,9	101		3.400
Kontanthjælp	0,3	0,5	67		90
Overførselsindkomst	28,0	30,2	92		7.900
Indlæggelser	12,3	11,0	112		3.500
Ambulante sygehuskontakter	40,8	38,8	105		11.500

Herning



Tabel 1. Fakta Herning

Svarprocent 71%	Regionen		%
Indbyggere pr. 1.1.2006	83.330	1.219.741	6,8
Indbyggere 25-79-årige	53.670	789.939	6,8
Areal i km ²	1.324	13.114	10,1
Befolkningsstæthed	63	93	

Figur 1. Aldersgruppe

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
25-34 år	12,7	13,3	96	<div style="width: 96%;"></div>	11.000
35-44 år	15,0	14,7	102	<div style="width: 102%;"></div>	12.000
45-54 år	13,5	13,6	99	<div style="width: 99%;"></div>	11.000
55-64 år	12,8	12,8	100	<div style="width: 100%;"></div>	11.000
65-74 år	7,8	7,7	101	<div style="width: 101%;"></div>	6.500
75-79 år	2,7	2,8	98	<div style="width: 98%;"></div>	2.200

Alder og uddannelse

I figur 1 og 2 beskrives befolkningen i kommunen fordelt på alder og uddannelsesniveau sat i relation til regionens tal. Til sammenligning er regionen er sat til index 100.

Aldersfordelingen i kommunen lå meget tæt på hele regionen, dog er der lidt færre i den yngste aldersgruppe 25-34 år. Der er flere med lavt uddannelsesniveau i hele regionen og færre med højt uddannelsesniveau.

Figur 2. Uddannelsesniveau

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Lavt	22,0	17,4	127	<div style="width: 127%;"></div>	12.000
Middel	58,4	56,7	103	<div style="width: 103%;"></div>	31.000
Højt	19,6	25,9	76	<div style="width: 76%;"></div>	10.000

Figur 3. Sociale forhold

Samlevsform	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Alene	16,4	17,3	95		8.700
Gift/samlevende	83,6	82,7	101		44.000
Børn under 16 år i hjemmet					
Ja	38,4	38,21	101		20.000
Nej	61,6	61,79	100		32.000
Boligform					
Ejerbolig	80,8	78,4	103		43.000
Lejebolig	19,2	21,6	89		10.000
Arbejdssituation					
I arbejde	66,2	65,6	101		35.000
Ikke i arbejde	33,8	34,4	98		18.000

Øvrige sociale forhold

I figur 3 vises en række sociale forhold, der kan karakterisere kommunens indbyggere.

Der er færre enlige, og færre end i hele regionen der bor i lejet bolig. Andelen af borgere, der ikke er i arbejde, er kun marginalt lavere end i hele regionen.

Indkomst

Den personlige indkomst fremgår af figur 4. Der er færre end i hele regionen med en meget lav årlig indkomst under 100.000 kr., og færre med en indkomst der overstiger 524.000 kr./år. De øvrige indkomstgrupper ligger på linje med hele regionen.

Figur 4. Indkomst (Brutto)

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
0-99.000	9,0	9,5	94		4.700
100.000-149.000	15,1	14,5	104		8.000
150.000-249.000	28,3	28,0	101		15.000
250.000-374.000	32,4	31,5	103		17.000
375.000-524.000	11,4	11,4	100		6.000
525.000 +	3,8	5,1	75		2.000

Erhverv

De tre hovederhverv er ligesom resten af regionen offentlige og personlige tjenester, der i Herning beskæftiger 27% af kommunens indbyggere, finansiering og forretnings-service der beskæftiger 21%, og industri der beskæftiger ca. 15%. Beskæftigelsen inden for den første og største gruppe er dog mindre end i hele regionen, hvorimod finansiering og forretnings-service ligger på linje med hele regionen, og industri beskæftiger flere end i hele regionen. Flere er beskæftiget inden for landbrug, fiskeri og råstofdudvinding og markant flere inden for energi- og vandforsyning end i hele regionen. Figur 5.

Figur 5. Erhverv

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Landbrug, fiskeri, råstofudvinding	4,2	3,8	112		2.200
Industri	14,6	11,2	130		7.700
Energi- og vandforsyning	0,5	0,3	158		300
Bygge og anlæg	4,9	4,9	102		2.600
Handel, hotel og restauration	7,7	8,5	90		4.100
Transport, post og tele	5,7	6,6	87		3.000
Finansiering og forretnings-service	21,1	20,8	101		11.000
Offentlige og personlige tjenester	26,5	28,3	94		14.000
Uoplyst/kan ikke placeres	14,7	15,7	94		7.800

Overførselsindkomst og sygehuskontakt

Generelt færre af Herning kommunes borgere var på overførselsindkomst. Kontanthjælpsydelse blev givet til 0,2% mod 0,5% i regionen i året op til spørgeskemaundersøgelsen den 21. februar 2006, og helbreds-betingede ydelser blev givet til knap 2% færre. Figur 6.

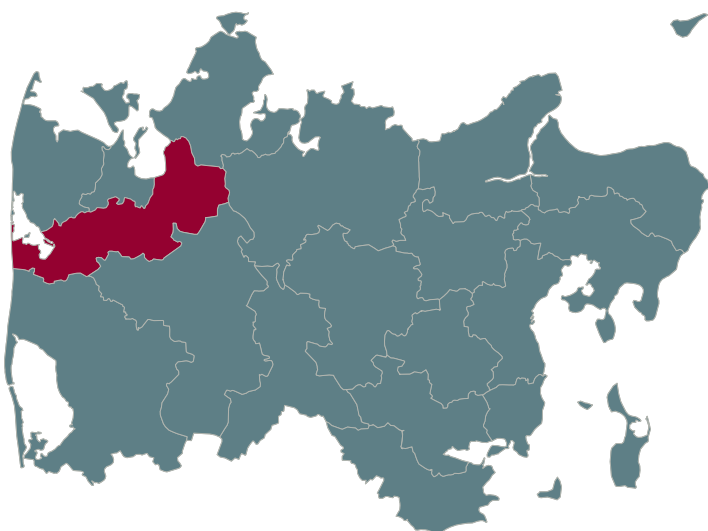
Endvidere ses hvor mange personer, der blev indlagt (sygehuspatienter), eller personer, der blev behandlet ambulantly på sygehus i samme periode.

Herning kommune havde en mindre andel der havde været sygehusindlagt, men en anelse større andel havde haft ét eller flere ambulante besøg på sygehuset. Tallene gælder, som nævnt, kun aldersgruppen 25-79 år.

Figur 6. Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Helbreds-betinget ydelse	10,5	11,9	88		5.500
Kontanthjælp	0,2	0,5	44		100
Overførselsindkomst	28,8	30,2	95		15.000
Indlæggelser	9,5	11,0	86		4.900
Ambulante sygehus-kontakter	39,3	38,8	101		20.000

Holstebro



Tabel 1. Fakta Holstebro

Svarprocent 70%	Regionen		%
Indbyggere pr. 1.1.2006	56.462	1.219.741	4,6
Indbyggere 25-79-årige	36.421	789.939	4,6
Areal i km ²	800	13.114	6,1
Befolkningsstæthed	71	93	

Figur 1. Aldersgruppe

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
25-34 år	12,5	13,3	95	<div style="width: 95%;"></div>	7.100
35-44 år	14,1	14,7	96	<div style="width: 96%;"></div>	8.000
45-54 år	13,8	13,6	102	<div style="width: 102%;"></div>	7.800
55-64 år	12,7	12,8	100	<div style="width: 100%;"></div>	7.200
65-74 år	8,3	7,7	107	<div style="width: 107%;"></div>	4.700
75-79 år	3,1	2,8	111	<div style="width: 111%;"></div>	1.700

Alder og uddannelse

I figur 1 og 2 beskrives befolkningen i kommunen fordelt på alder og uddannelsesniveau sat i relation til regionens tal. Til sammenligning er regionen er sat til index 100.

Aldersfordelingen i kommunen ligger tæt på hele regionen, dog med lidt færre i de to yngste aldersgrupper 25-44 år. Der var et par procent færre med højt uddannelsesniveau.

Figur 2. Uddannelsesniveau

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Lavt	18,7	17,4	108	<div style="width: 108%;"></div>	6.600
Middel	57,6	56,7	101	<div style="width: 101%;"></div>	20.000
Højt	23,7	25,9	91	<div style="width: 91%;"></div>	8.400

Figur 3. Sociale forhold

Samlevsform	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Alene	17,2	17,3	99		6.100
Gift/samlevende	82,8	82,7	100		29.000
Børn under 16 år i hjemmet					
Ja	39,7	38,21	104		14.000
Nej	60,3	61,79	98		21.000
Boligform					
Ejerbolig	82,4	78,4	105		29.000
Lejebolig	17,6	21,6	82		6.200
Arbejdssituation					
I arbejde	66,7	65,6	102		24.000
Ikke i arbejde	33,3	34,4	97		12.000

Øvrige sociale forhold

I figur 3 vises en række sociale forhold, der kan karakterisere kommunens indbyggere.

Den procentvise fordeling af enlige og samlevende er meget lig hele regionen. Andelen af børnefamilier er lidt større, og færre end i hele regionen bor i lejet bolig. Andelen af personer, der ikke er i arbejde, er ligeledes lidt lavere, om end tæt på regionsgennemsnittet.

Indkomst

Den personlige indkomst fremgår af figur 4. Der er færre end i hele regionen med en årlig indkomst under 100.000 kr. En lidt større andel har en personlig indkomst på 250.000-374.000 kr., og færre har en indkomst derover.

Figur 4. Indkomst (Brutto)

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
0-99.000	6,8	9,5	72		2.400
100.000-149.000	14,8	14,5	102		5.200
150.000-249.000	28,1	28,0	100		9.900
250.000-374.000	34,1	31,5	108		12.000
375.000-524.000	11,0	11,4	97		3.900
525.000 +	5,2	5,1	101		1.800

Erhverv

De tre hovederhverv er ligesom i resten af regionen offentlige og personlige tjenester, der i Holstebro beskæftiger 28% af kommunens indbyggere, finansiering og forretningservice der beskæftiger 17%, og industri der beskæftiger ca. 14%. Beskæftigelsen inden for den første og største gruppe svarende til i hele regionen, hvorimod finansiering og forretningservice ligger lavere end hele regionen, mens industri beskæftiger flere end i hele regionen. Flere end i hele regionen er endvidere beskæftiget inden for landbrug, fiskeri og råstofudvinding. Figur 5.

Figur 5. Erhverv

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Landbrug, fiskeri, råstofudvinding	4,6	3,8	120		1.600
Industri	14,4	11,2	128		5.100
Energi- og vandforsyning	0,3	0,3	94		100
Bygge og anlæg	5,0	4,9	102		1.800
Handel, hotel og restauration	9,0	8,5	106		3.200
Transport, post og tele	4,8	6,6	73		1.700
Finansiering og forretningservice	17,0	20,8	82		6.000
Offentlige og personlige tjenester	28,4	28,3	100		10.000
Uoplyst/kan ikke placeres	16,7	15,7	106		5.900

Overførselsindkomst og sygehuskontakt

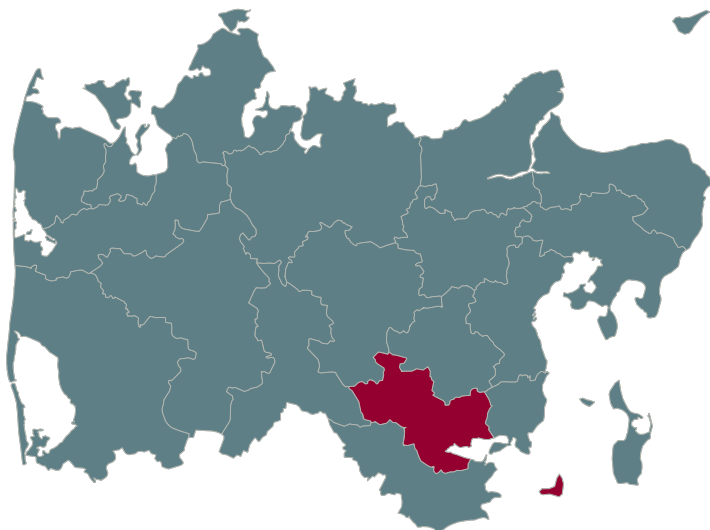
Andelen af Holstebro-borgere på overførselsindkomst er lig regionsgennemsnittet. Kontanthjælpsydelse blev givet til en markant mindre andel end regionsgennemsnittet, 0,3% mod 0,5% i året op til spørgeskemaundersøgelsen den 21. februar 2006. Derimod modtog 1% flere end regionsgennemsnittet helbredsbedingede ydelser. Figur 6.

Figur 6. Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Helbredsbedinget ydelse	13,9	11,9	117		4.900
Kontanthjælp	0,3	0,5	66		100
Overførselsindkomst	30,4	30,2	101		11.000
Indlæggelser	10,8	11,0	98		3.800
Ambulante sygehuskontakter	38,1	38,8	98		13.000

Endvidere ses af tabel 6 andelen der blev indlagt (sygehuspatienter), og andelen der blev behandlet ambulant på sygehus i samme periode. Denne andel var meget lig regionens gennemsnit med en tendens til lidt mindre brug af sygehusvæsenet. Tallene gælder, som nævnt, kun aldersgruppen 25-79 år.

Horsens



Tabel 1. Fakta Horsens

Svarprocent 66%	Regionen		%
Kommunekode	615		
Indbyggere pr. 1.1 2006	77.790	1.219.741	6,4
Indbyggere 25-79-årige	50.723	789.939	6,4
Areal i km ²	542	13.114	4,1

Figur 1. Aldersgruppe

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
25-34 år	13,5	13,3	102	<div style="width: 102%;"></div>	11.000
35-44 år	14,9	14,7	102	<div style="width: 102%;"></div>	12.000
45-54 år	13,4	13,6	99	<div style="width: 99%;"></div>	10.000
55-64 år	13,0	12,8	102	<div style="width: 102%;"></div>	10.000
65-74 år	7,6	7,7	98	<div style="width: 98%;"></div>	5.900
75-79 år	2,8	2,8	101	<div style="width: 101%;"></div>	2.200

Alder og uddannelse

I figur 1 og 2 beskrives befolkningen i kommunen fordelt på alder og uddannelsesniveau sat i relation til regionens tal. Til sammenligning er regionen er sat til index 100.

Aldersfordelingen i kommunen er tæt på hele regionen. Der er flere med lavt uddannelsesniveau og færre med et højt uddannelsesniveau.

Figur 2. Uddannelsesniveau

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Lavt	21,3	17,4	122	<div style="width: 122%;"></div>	9.800
Middel	57,1	56,7	101	<div style="width: 101%;"></div>	26.000
Højt	21,7	25,9	84	<div style="width: 84%;"></div>	10.000

Figur 3. Sociale forhold

Samlevsform	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Alene	16,8	17,3	97		7.700
Gift/samlevende	83,3	82,7	101		38.000
Børn under 16 år i hjemmet					
Ja	38,7	38,21	101		18.000
Nej	61,3	61,79	99		28.000
Boligform					
Ejerbolig	81,2	78,4	104		37.000
Lejebolig	18,8	21,6	87		8.600
Arbejdssituation					
I arbejde	66,5	65,6	101		31.000
Ikke i arbejde	33,5	34,4	97		15.000

Øvrige sociale forhold

I figur 3 vises en række sociale forhold, der karakteriserer kommunens indbyggere.

Der er lidt færre enlige, og færre end regionsgennemsnittet der bor i lejet bolig. Horsens kommune har samme andel med børn under 16 år i hjemmet og samme andel af erhvervsaktive som i regionen.

Indkomst

Den personlige indkomst fremgår af figur 4. Der er færre end i hele regionen med en årlig indkomst på 100.000-150.000 kr., færre med en indkomst på 375.000-524.000 kr.; og flere med den højeste indkomst på 525.000 kr. og derover pr. år end i hele regionen. De øvrige indkomstgrupper ligger på linje med regionen.

Figur 4. Indkomst (Brutto)

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
0-99.000	10,1	9,5	106		4.600
100.000-149.000	12,2	14,5	84		5.600
150.000-249.000	28,7	28,0	103		13.200
250.000-374.000	31,8	31,5	101		14.600
375.000-524.000	10,7	11,4	94		4.900
525.000 +	6,6	5,1	130		3.000

Erhverv

De tre hovederhverv er offentlige og personlige tjenester, der beskæftiger 26% af kommunens indbyggere, finansiering og forretningsservice der beskæftiger 22%, og industri der beskæftiger 14%. Beskæftigelsen inden for alle brancher (industri undtaget) er mindre end i hele regionen, hvorimod industrierhverv beskæftiger ca. 3% flere. Figur 5.

Figur 5. Erhverv

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Landbrug, fiskeri, råstofudvinding	2,6	3,8	70		1.200
Industri	14,0	11,2	125		6.400
Energi- og vandforsyning	0,1	0,3	27		40
Bygge og anlæg	4,3	4,9	88		2.000
Handel, hotel og restauration	7,3	8,5	85		3.300
Transport, post og tele	6,4	6,6	98		3.000
Finansiering og forretningsservice	22,5	20,8	108		10.400
Offentlige og personlige tjenester	26,1	28,3	92		12.000
Uoplyst/kan ikke placeres	16,7	15,7	106		7.700

Overførselsindkomst og sygehuskontakt

Andelen af borgere i Horsens kommune, der modtog overførselsindkomst i året op til spørgeskemaundersøgelsen den 21. februar 2006, er meget lig hele regionen. Figur 6.

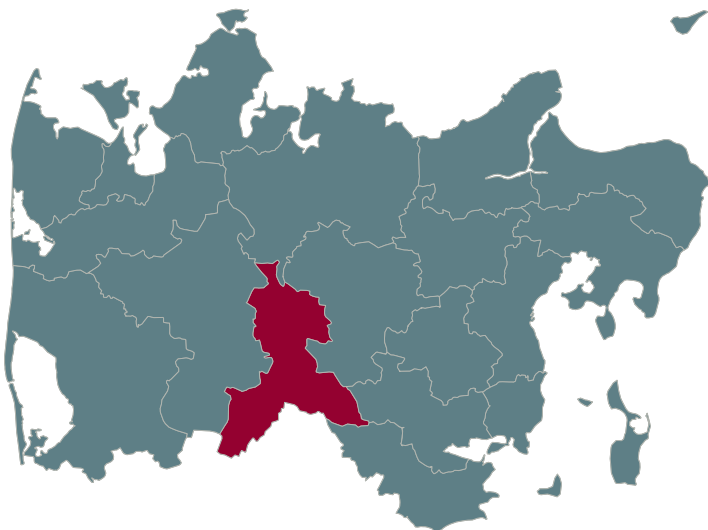
Endvidere ses hvor mange personer der blev indlagt (sygehuspatienter), eller personer der blev ambulantly behandlet eller var til ambulantly kontrol på sygehus i samme periode.

Horsens havde 2,5% flere sygehuspatienter, svarende til 13,5% mod regionens 11%. Ligeledes havde flere end i hele regionen ét eller flere ambulantly besøg på sygehuset, 44% mod regionens 39%. Tallene gælder, som nævnt, kun aldersgruppen 25-79 år.

Figur 6. Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Helbredsbetingsbetet ydelse	12,7	11,9	107		5.900
Kontanthjælp	0,5	0,5	98		200
Overførselsindkomst	30,6	30,2	101		14.000
Indlæggelser	13,4	11,0	122		6.500
Ambulantly sygehuskontakter	44,4	38,8	114		21.000

Ikast-Brande



Tabel 1. Fakta Ikast-Brande

Svarprocent 67%		Regionen	%
Indbyggere pr. 1.1. 2006	39.528	1.219.741	3,2
Indbyggere 25-79-årige	25.547	789.939	3,2
Areal i km ²	736	13.114	5,6
Befolkningstæthed	54	93	

Figur 1. Aldersgruppe

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
25-34 år	11,9	13,3	90	<div style="width: 90%;"></div>	4.700
35-44 år	14,9	14,7	102	<div style="width: 102%;"></div>	5.900
45-54 år	13,7	13,6	101	<div style="width: 101%;"></div>	5.400
55-64 år	13,3	12,8	104	<div style="width: 104%;"></div>	5.300
65-74 år	7,9	7,7	102	<div style="width: 102%;"></div>	3.100
75-79 år	2,9	2,8	105	<div style="width: 105%;"></div>	1.100

Alder og uddannelse

I figur 1 og 2 beskrives befolkningen i kommunen fordelt på alder og uddannelsesniveau sat i relation til regionens tal. Til sammenligning er regionen er sat til index 100.

Aldersfordelingen i kommunen viste færre i aldersgruppen 25-34 år end i hele regionen. Der var markant flere med lavt uddannelsesniveau og markant færre med højt uddannelsesniveau.

Figur 2. Uddannelsesniveau

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Lavt	24,7	17,4	142	<div style="width: 142%;"></div>	5.900
Middel	61,6	56,7	109	<div style="width: 109%;"></div>	15.000
Højt	13,6	25,9	53	<div style="width: 53%;"></div>	3.300

Figur 3. Sociale forhold

Samlevsform	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Alene	15,4	17,3	89		3.700
Gift/samlevende	84,6	82,7	102		20.000
Børn under 16 år i hjemmet					
Ja	36,8	38,21	96		8.800
Nej	63,2	61,79	102		15.000
Boligform					
Ejerbolig	85,2	78,4	109		20.000
Lejebolig	14,8	21,6	69		3.500
Arbejdssituation					
I arbejde	65,7	65,6	100		16.000
Ikke i arbejde	34,3	34,4	100		8.200

Øvrige sociale forhold

I figur 3 vises en række sociale forhold, der kan karakterisere kommunens indbyggere.

Der er færre enlige, færre med små børn, og færre der bor i lejet bolig end i hele regionen. Andelen af borgere der ikke er i arbejde er den samme som i hele regionen.

Indkomst

Den personlige indkomst fremgår af figur 4. Der er færre end i hele regionen, der ligger i den høje ende af indkomstskalaen, 374.000 kr. og derover og færre, der ligger under 100.000 kr. pr. år.

Figur 4. Indkomst (Brutto)

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
0-99.000	8,7	9,5	92		2.100
100.000-149.000	14,9	14,5	103		3.600
150.000-249.000	30,1	28,0	108		7.200
250.000-374.000	31,8	31,5	101		7.600
375.000-524.000	10,9	11,4	95		2.600
525.000 +	3,6	5,1	70		900

Erhverv

De tre hovederhverv er offentlige og personlige tjenester, der beskæftiger 21% af kommunens indbyggere, finansiering og forretningsservice der beskæftiger 19%, og industri der beskæftiger ca. 18%, og som samtidig beskæftiger markant flere, 7% flere, end i hele regionen. Beskæftigelsen inden for de to første og største grupper er dog mindre end i hele regionen. Forholdsmæssigt flere er beskæftiget inden for landbrug, fiskeri og råstofudvinding, energi- og vandforsyning og inden for transport, post og tele. Figur 5.

Figur 5. Erhverv

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Landbrug, fiskeri, råstofudvinding	5,3	3,8	139		1.300
Industri	17,9	11,2	160		4.300
Energi- og vandforsyning	0,4	0,3	120		100
Bygge og anlæg	4,5	4,9	93		1.100
Handel, hotel og restauration	8,2	8,5	96		2.000
Transport, post og tele	7,2	6,6	110		1.700
Finansiering og forretningsservice	18,7	20,8	90		4.500
Offentlige og personlige tjenester	20,8	28,3	74		5.000
Uoplyst/kan ikke placeres	17,0	15,7	108		4.000

Overførselsindkomst og sygehuskontakt

Andelen af borgere på overførselsindkomst, herunder helbredsbedingede ydelser, er meget lig hele regionen. Kontanthjælpsydelse blev dog givet til en markant større andel end i hele regionen, 0,8% mod 0,5% i året op til spørgeskemaundersøgelsen den 21. februar 2006. Figur 6.

Endvidere ses hvor mange personer der blev indlagt eller behandlet ambulantly på sygehus i samme periode. Ikast-Brande kommune har, både færre indlæggelser, 9% mod regionens 11%, og ambulante sygehuskontakter, 34% mod regionens 39%. Tallene gælder, som nævnt, kun aldersgruppen 25-79 år.

Figur 6. Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Helbredsbedinget ydelse	11,9	11,9	100		2.800
Kontanthjælp	0,8	0,5	175		200
Overførselsindkomst	31,1	30,2	103		7.400
Indlæggelser	9,4	11,0	85		2.300
Ambulante sygehuskontakter	33,8	38,8	87		8.300

Lemvig



Tabel 1. Fakta Lemvig

Svarprocent 66%	Regionen		%
Indbyggere pr. 1.1.2006	22.483	1.219.741	1,8
Indbyggere 25-79-årige	14.493	789.939	1,8
Areal i km ²	508	13.114	3,9
Befolkningstæthed	44	93	

Figur 1. Aldersgruppe

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
25-34 år	9,2	13,3	69	██████████	2.100
35-44 år	14,0	14,7	96	██████████	3.200
45-54 år	14,5	13,6	107	██████████	3.300
55-64 år	14,2	12,8	111	██████████	3.200
65-74 år	9,1	7,7	118	██████████	2.100
75-79 år	3,3	2,8	121	██████████	750

Alder og uddannelse

I figur 1 og 2 beskrives befolkningen i kommunen fordelt på alder og uddannelsesniveau sat i relation til regionens tal. Til sammenligning er regionen er sat til index 100.

Aldersfordelingen i kommunen viste færre yngre (25-44 år), men flere midaldrende og ældre end i hele regionen. Forholdsmæssigt er der 7% flere med et kort uddannelsesniveau og 5% færre med højt uddannelsesniveau end i hele regionen.

Figur 2. Uddannelsesniveau

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Lavt	24,4	17,4	141	██████████	3.300
Middel	54,4	56,7	96	██████████	7.300
Højt	21,2	25,9	82	██████████	2.800

Figur 3. Sociale forhold

Samlevsform	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Alene	15,8	17,3	91		2.100
Gift/samlevende	84,2	82,7	102		11.000
Børn under 16 år i hjemmet					
Ja	39,5	38,21	103		5.300
Nej	60,5	61,79	98		8.100
Boligform					
Ejerbolig	87,1	78,4	111		12.000
Lejebolig	12,9	21,6	60		1.700
Arbejdssituation					
I arbejde	66,2	65,6	101		8.900
Ikke i arbejde	33,8	34,4	98		4.500

Øvrige sociale forhold

I figur 3 vises en række sociale forhold, der kan karakterisere kommunens indbyggere.

Der er færre enlige, forholds-mæssigt lidt flere end i hele regionen der har børn i hjemmet, og flere der bor i ejerbolig. Andelen af borgere, der ikke er i arbejde, er lidt lavere end i hele regionen.

Indkomst

Den personlige indkomst fremgår af figur 5. Der er færre end i hele regionen med lavere indkomst under 150.000 kr., og færre med en indkomst der overstiger 524.000 kr./år. Til gengæld er der flere i indkomstgruppen kr. 375.000-524.000 end i hele regionen.

Figur 4. Indkomst (Brutto)

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
0-99.000	8,7	9,5	92		1.200
100.000-149.000	13,7	14,5	94		1.800
150.000-249.000	29,2	28,0	104		3.900
250.000-374.000	30,7	31,5	97		4.100
375.000-524.000	13,4	11,4	117		1.800
525.000 +	4,4	5,1	87		600

Erhverv

De tre hovederhverv er ligesom i resten af regionen offentlige og personlige tjenester, der i Lemvig beskæftiger 26% af kommunens indbyggere, finansiering og forretningservice der beskæftiger 16%, og industri, der beskæftiger ca. 13%. Beskæftigelsen inden for de to første og største grupper er dog mindre end i hele regionen, hvorimod industri beskæftiger flere end i hele regionen. Markant flere i Lemvig er beskæftiget inden for landbrug, fiskeri og råstofdudvinding end i hele regionen, 11% mod regionens knap 4%. Figur 5.

Figur 5. Erhverv

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Landbrug, fiskeri, råstofudvinding	11,4	3,8	302		1.500
Industri	13,4	11,2	120		1.800
Energi- og vandforsyning	0,2	0,3	69		30
Bygge og anlæg	5,2	4,9	106		700
Handel, hotel og restauration	7,4	8,5	87		1.000
Transport, post og tele	6,7	6,6	102		900
Finansiering og forretningservice	15,8	20,8	76		2.100
Offentlige og personlige tjenester	26,0	28,3	92		3.500
Uoplyst/kan ikke placeres	13,8	15,7	88		1.900

Overførselsindkomst og sygehuskontakt

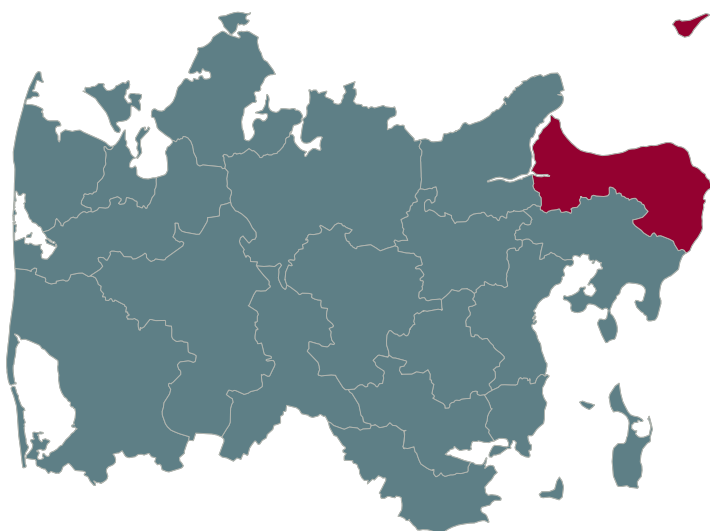
Andelen af borgere der modtager overførselsindkomst ligger på linje med hele regionen. Generelt færre af Lemvig kommunes borgere modtog kontanthjælpsydelse i året op til spørgeskemaundersøgelsen den 21. februar 2006, kun ca. 0,1% mod regionens 0,5% eller skønsmæssigt 14 personer. Helbredsbedingede ydelser blev givet til 13% på linje med regionen (12%). Figur 6.

Figur 6. Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Helbredsbedinget ydelse	12,7	11,9	106		1.700
Kontanthjælp	0,1	0,5	22		15
Overførselsindkomst	31,7	30,2	105		4.300
Indlæggelser	10,4	11,0	94		1.500
Ambulante sygehuskontakter	36,9	38,8	95		5.200

Endvidere ses hvor mange personer der blev indlagt (sygehuspatienter), og personer der blev behandlet ambulant på sygehus i samme periode. Lemvig havde en mindre andel der havde været sygehusindlagt, og en mindre andel der havde haft ét eller flere ambulante besøg på sygehuset end i hele regionen. Tallene gælder, som nævnt, kun aldersgruppen 25-79 år.

Norrdjurs



Tabel 1. Fakta Norrdjurs

Svarprocent 68%	Regionen		%
Indbyggere pr. 1.1.2006	38.430	1.219.741	3,2
Indbyggere 25-79-årige	25.473	789.939	3,2
Areal i km ²	719	13.114	5,5
Befolkningstæthed	53	93	

Figur 1. Aldersgruppe

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
25-34 år	9,7	13,3	73	██████████	3.700
35-44 år	14,4	14,7	98	██████████	5.500
45-54 år	15,0	13,6	110	██████████	5.800
55-64 år	14,2	12,8	111	██████████	5.400
65-74 år	9,5	7,7	124	██████████	3.700
75-79 år	3,6	2,8	130	██████████	1.400

Alder og uddannelse

I figur 1 og 2 beskrives befolkningen i kommunen fordelt på alder og uddannelsesniveau sat i relation til regionens tal. Til sammenligning er regionen sat til index 100.

Aldersfordelingen i kommunen viser færre i den yngste aldersgruppe 25-34 år og flere midaldrende og ældre end i hele regionen. Der er flere med lavt uddannelsesniveau end svarende til hele regionen og tilsvarende færre med et højt uddannelsesniveau.

Figur 2. Uddannelsesniveau

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Lavt	23,6	17,4	136	██████████	5.600
Middel	58,5	56,7	103	██████████	14.000
Højt	18,0	25,9	69	██████████	4.300

Figur 3. Sociale forhold

Samlevsform	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Alene	17,5	17,3	101		4.200
Gift/samlevende	82,5	82,7	100		20.000
Børn under 16 år i hjemmet					
Ja	35,4	38,21	93		8.400
Nej	64,6	61,79	105		15.000
Boligform					
Ejerbolig	84,6	78,4	108		20.000
Lejebolig	15,4	21,6	72		3.700
Arbejdssituation					
I arbejde	59,9	65,6	91		14.000
Ikke i arbejde	40,1	34,4	117		9.600

Øvrige sociale forhold

I figur 3 vises en række sociale forhold, der kan karakterisere kommunens indbyggere.

Der er færre småbørnsfamilier end regionsgennemsnittet, og også færre der bor til leje. Andelen, der ikke er erhvervsaktive, var en del højere end regionsgennemsnittet, 40% mod regionens 34%, i tråd med den større andel af ældre.

Indkomst

Den personlige indkomst fremgår af figur 4. Der er flere end regionsgennemsnittet med en årlig indkomst under 250.000 kr. og færre i den høje ende af indkomstskaalen.

Figur 4. Indkomst (Brutto)

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
0-99.000	11,0	9,5	116		2.600
100.000-149.000	15,3	14,5	105		3.600
150.000-249.000	31,4	28,0	112		7.500
250.000-374.000	29,1	31,5	92		6.900
375.000-524.000	9,9	11,4	87		2.400
525.000 +	3,3	5,1	65		800

Erhverv

De tre hovederhverv er ligesom i resten af regionen offentlige og personlige tjenester, der i Norddjurs beskæftiger 28% af kommunens erhvervsaktive, finansiering og forretningsservice der beskæftiger 16%, og industri der beskæftiger ca. 10%.

Beskæftigelsen inden for den første og største gruppe ligger på linje med regionsgennemsnittet, hvorimod finansiering og forretningsservice og industri beskæftiger færre end regionsgennemsnittet. Flere er beskæftiget inden for landbrug, fiskeri og råstofudvinding, inden for energi- og vandforsyning og inden for bygge og anlæg end regionsgennemsnittet. Figur 5.

Figur 5. Erhverv

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Landbrug, fiskeri, råstofudvinding	6,6	3,8	175		1.600
Industri	10,4	11,2	93		2.500
Energi- og vandforsyning	0,4	0,3	129		100
Bygge og anlæg	6,1	4,9	126		1.500
Handel, hotel og restauration	9,7	8,5	113		2.300
Transport, post og tele	7,1	6,6	109		1.700
Finansiering og forretningsservice	15,9	20,8	77		3.800
Offentlige og personlige tjenester	27,5	28,3	97		6.600
Uoplyst/kan ikke placeres	16,3	15,7	104		3.900

Overførselsindkomst og sygehuskontakt

Andelen af Norddjurs kommunes borgere, der modtog overførselsindkomst, var ca. 3% større end regionsandelen. Kontanthjælpsydelse blev givet til en markant større andel end i hele regionen i året op til spørgeskemaundersøgelsen den 21. februar 2006. Figur 6.

Figur 6. Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Helbredsbetiget ydelse	12,8	11,9	107		3.100
Kontanthjælp	0,6	0,5	134		150
Overførselsindkomst	33,1	30,2	110		7.900
Indlæggelser	10,8	11,0	98		2.700
Ambulante sygehuskontakter	39,7	38,8	102		9.800

Endvidere ses hvor mange personer der blev indlagt (sygehuspatienter), eller personer der blev behandlet ambulant på sygehus i samme periode. På begge områder ligger Norddjurs meget lig hele regionen. Tallene gælder som nævnt kun aldersgruppen 25-79 år.

Odder



Tabel 1. Fakta Odder

Svarprocent 70%	Regionen		%
Indbyggere pr. 1.1.2006	21.332	1.219.741	1,7
Indbyggere 25-79-årige	14.051	789.939	1,8
Areal i km ²	225	13.114	1,7
Befolkningstæthed	95	93	

Figur 1. Aldersgruppe

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
25-34 år	10,3	13,3	78	<div style="width: 78%;"></div>	2.200
35-44 år	15,4	14,7	105	<div style="width: 105%;"></div>	3.300
45-54 år	14,7	13,6	108	<div style="width: 108%;"></div>	3.100
55-64 år	13,9	12,8	108	<div style="width: 108%;"></div>	3.000
65-74 år	8,7	7,7	113	<div style="width: 113%;"></div>	1.900
75-79 år	3,0	2,8	109	<div style="width: 109%;"></div>	650

Alder og uddannelse

I figur 1 og 2 beskrives befolkningen i kommunen fordelt på alder og uddannelsesniveau sat i relation til regionens tal. Til sammenligning er regionen sat til index 100.

Aldersfordelingen i kommunen ligger tæt på hele regionen, dog med lidt færre i den yngste aldersgruppe 25-34 år. Der var et par procent færre med lavt uddannelsesniveau.

Figur 2. Uddannelsesniveau

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Lavt	15,2	17,4	87	<div style="width: 87%;"></div>	2.100
Middel	58,7	56,7	103	<div style="width: 103%;"></div>	8.000
Højt	26,2	25,9	101	<div style="width: 101%;"></div>	3.600

Figur 3. Sociale forhold

Samlevsform	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Alene	11,8	17,3	68		1.600
Gift/samlevende	88,2	82,7	107		12.000
Børn under 16 år i hjemmet					
Ja	41,0	38,21	107		5.600
Nej	59,0	61,79	96		8.000
Boligform					
Ejerbolig	85,7	78,4	109		12.000
Lejebolig	14,3	21,6	66		1.900
Arbejdssituation					
I arbejde	66,4	65,6	101		9.000
Ikke i arbejde	33,6	34,4	98		4.600

Øvrige sociale forhold

I figur 3 vises en række sociale forhold, der kan karakterisere kommunens indbyggere.

I Odder kommune er der ca. 5% færre end i hele regionen der bor alene, ligesom andelen af familier uden børn er lidt mindre, og færre end i hele regionen bor i lejet bolig. Andelen af erhvervsaktive er stort set den samme som i regionen.

Indkomst

Den personlige indkomst fremgår af figur 4. Indkomstfordelingen ligner regionens. Nogen flere ligger dog i den høje ende af skalaen med en indkomst på 374.000 kr. og derover.

Figur 4. Indkomst (Brutto)

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
0-99.000	8,0	9,5	84		1.100
100.000-149.000	13,6	14,5	94		1.800
150.000-249.000	28,2	28,0	101		3.800
250.000-374.000	31,3	31,5	99		4.200
375.000-524.000	12,3	11,4	108		1.700
525.000 +	6,7	5,1	131		900

Erhverv

De to hovederhverv er ligesom i resten af regionen offentlige og personlige tjenester, der i Odder beskæftiger 32% af kommunens indbyggere, og finansiering og forretningsservice der beskæftiger 19%. I regionen er den tredjestørste branche industri, mens Odder kommunes tredjestørste branche er handel, hotel og restaurationsbranchen, som beskæftiger ca. 10%. Beskæftigelsen inden for offentlige og personlige tjenester er lidt større end i hele regionen, hvorimod finansiering og forretningsservice er lavere. Flere end i hele regionen er endvidere beskæftiget inden for landbrug, fiskeri og råstofdudvinding, energi- og vandforsyning samt inden for bygge og anlæg. Figur 5.

Figur 5. Erhverv

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Landbrug, fiskeri, råstofudvinding	4,3	3,8	115		600
Industri	9,6	11,2	86		1.300
Energi- og vandforsyning	0,4	0,3	128		60
Bygge og anlæg	5,6	4,9	115		800
Handel, hotel og restauration	10,3	8,5	121		1.400
Transport, post og tele	5,6	6,6	86		800
Finansiering og forretningsservice	18,8	20,8	90		2.500
Offentlige og personlige tjenester	31,5	28,3	111		4.300
Uoplyst/kan ikke placeres	13,9	15,7	89		1.900

Overførselsindkomst og sygehuskontakt

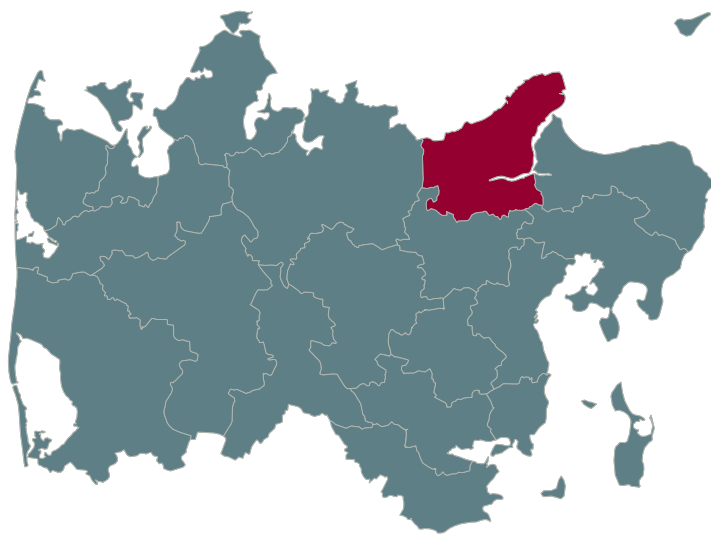
Andelen af Odder-borgere på overførselsindkomst ligger lidt under hele regionen. Kontanthjælpsydelse blev givet til en tilsvarende andel. Derimod modtog lidt færre end i hele regionen helbredsbedingede ydelser. Figur 6.

Figur 6. Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Helbredsbedinget ydelse	10,5	11,9	88		1.400
Kontanthjælp	0,5	0,5	105		70
Overførselsindkomst	28,9	30,2	96		3.900
Indlæggelser	13,0	11,0	118		1.800
Ambulante sygehuskontakter	37,6	38,8	97		5.200

Endvidere ses af tabel 6 andelen af personer der blev indlagt (sygehuspatienter), og andelen af personer der blev behandlet ambulant på sygehus i samme periode. Indlæggelser det seneste år var 2% større end i hele regionen, og der var en tendens til, at færre havde ambulante kontakter på sygehus end i hele regionen. Tallene gælder, som nævnt, kun aldersgruppen 25-79 år.

Randers



Tabel 1. Fakta Randers

Svarprocent 66%		Regionen	%
Indbyggere pr. 1.1.2006	92.500	1.219.741	7,6
Indbyggere 25-79-årige	61.413	789.939	7,8
Areal i km ²	737	13.114	5,6
Befolkningstæthed	126	93	

Figur 1. Aldersgruppe

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
25-34 år	12,7	13,3	96	<div style="width: 96%;"></div>	12.000
35-44 år	14,9	14,7	102	<div style="width: 102%;"></div>	14.000
45-54 år	13,5	13,6	99	<div style="width: 99%;"></div>	12.000
55-64 år	13,9	12,8	108	<div style="width: 108%;"></div>	13.000
65-74 år	8,4	7,7	109	<div style="width: 109%;"></div>	7.800
75-79 år	3,1	2,8	113	<div style="width: 113%;"></div>	2.900

Alder og uddannelse

I figur 2 og 3 beskrives befolkningen i kommunen fordelt på alder og uddannelsesniveau sat i relation til regionens tal. Til sammenligning er regionen sat til index 100.

Aldersfordelingen i kommunen var tæt på hele regionen dog med lidt flere midaldrende og ældre (55-79 år). Der er flere med lavt uddannelsesniveau og færre med højt uddannelsesniveau.

Figur 2. Uddannelsesniveau

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Lavt	20,4	17,4	117	<div style="width: 117%;"></div>	12.000
Middel	60,2	56,7	106	<div style="width: 106%;"></div>	34.000
Højt	19,5	25,9	75	<div style="width: 75%;"></div>	11.000

Figur 3. Sociale forhold

Samlevsform	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Alene	16,5	17,3	95		9.300
Gift/samlevende	83,5	82,7	101		47.000
Børn under 16 år i hjemmet					
Ja	34,2	38,21	90		19.000
Nej	65,8	61,79	106		37.000
Boligform					
Ejerbolig	78,8	78,4	100		45.000
Lejebolig	21,2	21,6	98		12.000
Arbejdssituation					
I arbejde	62,4	65,6	95		35.000
Ikke i arbejde	37,6	34,4	109		21.000

Øvrige sociale forhold

I figur 3 vises en række sociale forhold, der karakteriserer kommunens indbyggere.

I Randers kommune er der færre enlige og færre med små børn i hjemmet. Andelen af erhvervsaktive er ca. 3% lavere end svarende til hele regionen.

Indkomst

Den personlige indkomst fremgår af figur 4. Der er markant flere i den laveste indkomstgruppe på under 100.000 kr. og færre i den højeste indkomstgruppe end i hele regionen.

Erhverv

De tre hovederhverv er offentlige og personlige tjenester, der beskæftiger 27% af kommunens indbyggere, finansiering og forretningsservice der beskæftiger 20%, og industri der beskæftiger 11%. Beskæftigelsen inden for disse brancher er nogenlunde svarende til i hele regionen. Randers beskæftiger flere inden for energi- og vandforsyning end hele regionen, selvom det er den mindste branche i Randers kommune og på regionsplan. Figur 5.

Figur 4. Indkomst (Brutto)

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
0-99.000	12,8	9,5	134		7.200
100.000-149.000	15,5	14,5	107		8.800
150.000-249.000	29,0	28,0	104		16.400
250.000-374.000	29,7	31,5	94		16.800
375.000-524.000	9,6	11,4	84		5.400
525.000 +	3,5	5,1	68		2.000

Figur 5. Erhverv

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Landbrug, fiskeri, råstofudvinding	3,0	3,8	80		1.700
Industri	10,9	11,2	98		6.200
Energi- og vandforsyning	0,5	0,3	144		300
Bygge og anlæg	5,6	4,9	115		3.100
Handel, hotel og restauration	9,0	8,5	105		5.100
Transport, post og tele	8,0	6,6	122		4.500
Finansiering og forretningsservice	19,5	20,8	94		11.000
Offentlige og personlige tjenester	27,3	28,3	96		15.000
Uoplyst/kan ikke placeres	16,3	15,7	104		9.200

Overførselsindkomst og sygehuskontakt

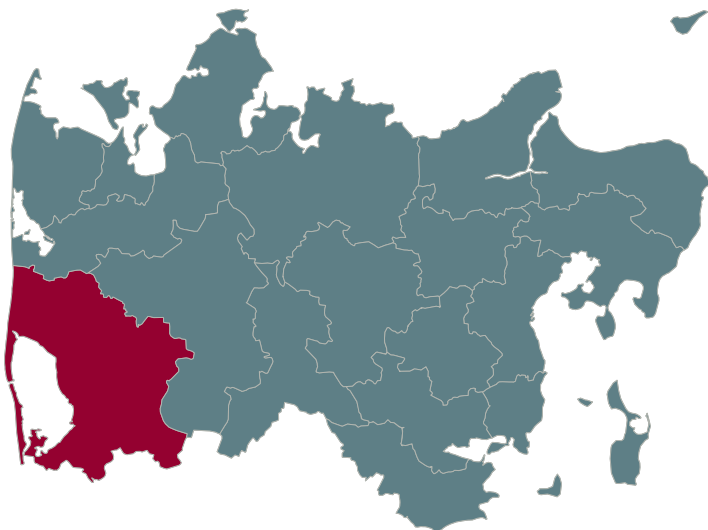
Andelen af borgere i Randers kommune der modtog overførselsindkomst i året op til spørgeskemaundersøgelsen den 21. februar 2006 er meget lig hele regionen. Af denne andel modtog flere end i hele regionen kontanthjælp, selvom denne ydelse fylder meget lidt i den samlede andel af overførselsindkomster. Flere end i hele regionen modtog helbredsbedingede ydelser. Figur 6.

Endvidere ses hvor mange personer der blev indlagt (sygehuspatienter), eller personer der blev ambulantly behandlet eller var til ambulant kontrol på sygehus i samme periode. Tallene for disse ydelser ligner hele regionen. Tallene gælder, som nævnt, kun aldersgruppen 25-79 år.

Figur 6. Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Helbredsbedinget ydelse	13,7	11,9	115		7.700
Kontanthjælp	0,7	0,5	141		400
Overførselsindkomst	31,3	30,2	104		17.700
Indlæggelser	10,8	11,0	99		6.400
Ambulante sygehuskontakter	40,1	38,8	103		24.000

Ringkøbing-Skjern



Tabel 1. Fakta Ringkøbing-Skjern

Svarprocent 71%	Regionen		%
Indbyggere pr. 1.1.2006	57.774	1.219.741	4,7
Indbyggere 25-79-årige	36.825	789.939	4,7
Areal i km ²	1.489	13.114	11,4
Befolkningsstæthed	39	93	

Figur 1. Aldersgruppe

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
25-34 år	10,8	13,3	81	<div style="width: 81%;"></div>	6.200
35-44 år	14,3	14,7	98	<div style="width: 98%;"></div>	8.300
45-54 år	13,6	13,6	100	<div style="width: 100%;"></div>	7.900
55-64 år	13,2	12,8	103	<div style="width: 103%;"></div>	7.600
65-74 år	8,6	7,7	112	<div style="width: 112%;"></div>	5.000
75-79 år	3,2	2,8	117	<div style="width: 117%;"></div>	1.900

Alder og uddannelse

I figur 1 og 2 beskrives befolkningen i kommunen fordelt på alder og uddannelsesniveau sat i relation til regionens tal. Til sammenligning er regionen er sat til index 100.

Aldersfordelingen i kommunen viste færre yngre (25-44 år) og flere ældre (65-79 år) end i hele regionen.

Forholdsmæssigt var der 7% flere med kort uddannelsesniveau, og knap 9% færre der havde et højt uddannelsesniveau end i hele regionen.

Figur 2. Uddannelsesniveau

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Lavt	24,4	17,4	141	<div style="width: 141%;"></div>	8.800
Middel	58,1	56,7	102	<div style="width: 102%;"></div>	21.000
Højt	17,5	25,9	68	<div style="width: 68%;"></div>	6.300

Figur 3. Sociale forhold

Samlevsform	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Alene	14,2	17,3	82		5.100
Gift/samlevende	85,8	82,7	104		31.000
Børn under 16 år i hjemmet					
Ja	40,8	38,21	107		15.000
Nej	59,2	61,79	96		21.000
Boligform					
Ejerbolig	88,0	78,4	112		32.000
Lejebolig	12,0	21,6	56		4.300
Arbejdssituation					
I arbejde	67,3	65,6	103		24.000
Ikke i arbejde	32,7	34,4	95		12.000

Øvrige sociale forhold

I figur 3 vises en række sociale forhold, der kan karakterisere kommunens indbyggere.

Der er færre enlige, forholds-mæssigt flere end i hele regionen der har småbørn i hjemmet, og flere der bor i ejerbolig end i hele regionen. Andelen af erhvervsaktive er lidt større end i hele regionen.

Indkomst

Den personlige indkomst fremgår af figur 4. Der er færre i Ringkøbing-Skjern kommune end i hele regionen med en personlig indkomst, der overstiger 374.000 kr. pr år.

Erhverv

De tre hovederhverv er ligesom i resten af regionen offentlige og personlige tjenester, der i Ringkøbing-Skjern beskæftiger 22% af kommunens indbyggere, finansiering og forretningsservice der beskæftiger 21%, og industri der beskæftiger ca. 15%. Beskæftigelsen inden for den første og største gruppe er dog mindre end i hele regionen, hvorimod industri beskæftiger flere. Procentvis er dobbelt så mange i Ringkøbing-Skjern beskæftiget inden for landbrug, fiskeri og råstofudvinding end i hele regionen, 8% mod regionens 4%. Figur 5.

Figur 4. Indkomst (Brutto)

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
0-99.000	10,2	9,5	107		3.700
100.000-149.000	14,0	14,5	96		5.000
150.000-249.000	28,4	28,0	101		10.000
250.000-374.000	33,2	31,5	105		12.000
375.000-524.000	10,0	11,4	88		3.600
525.000 +	4,2	5,1	83		1.500

Figur 5. Erhverv

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Landbrug, fiskeri, råstofudvinding	7,7	3,8	204		2.800
Industri	15,1	11,2	135		5.500
Energi- og vandforsyning	0,4	0,3	120		150
Bygge og anlæg	3,5	4,9	72		1.300
Handel, hotel og restauration	8,9	8,5	104		3.200
Transport, post og tele	5,5	6,6	83		2.000
Finansiering og forretningsservice	20,9	20,8	100		7.500
Offentlige og personlige tjenester	22,4	28,3	79		8.100
Uoplyst/kan ikke placeres	15,7	15,7	100		5.700

Overførselsindkomst og sygehuskontakt

Andelen af borgere der modtager overførselsindkomst ligger generelt under regionens andel. Herunder modtog generelt færre af Ringkøbing-Skjern kommunes borgere kontanthjælpsydelse i året op til spørgeskemaundersøgelsen den 21. februar 2006, ca. 0,3% mod regionens 0,5% eller ca. 95 personer. Helbredsbedingede ydelser blev givet til 10% mod regionens 12%. Figur 6.

Endvidere ses hvor mange der blev indlagt (sygehuspatienter), og blev behandlet ambulantly på sygehus i samme periode. Ringkøbing-Skjern havde en mindre andel, der var blevet sygehusindlagt, og en mindre andel der havde haft ét eller flere ambulante besøg på sygehuset end hele regionen. Tallene gælder, som nævnt, kun aldersgruppen 25-79 år.

Figur 6. Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Helbredsbedinget ydelse	10,4	11,9	87		3.800
Kontanthjælp	0,3	0,5	55		100
Overførselsindkomst	27,0	30,2	89		9.800
Indlæggelser	10,0	11,0	91		3.600
Ambulante sygehuskontakter	37,7	38,8	97		13.000

Silkeborg



Tabel 1. Fakta Silkeborg

Svarprocent 70%	Regionen		%
Indbyggere pr. 1.1.2006	85.376	1.219.741	7,0
Indbyggere 25-79-årige	55.417	789.939	7,0
Areal i km ²	865	13.114	6,6
Befolkningsstæthed	99	93	

Figur 1. Aldersgruppe

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
25-34 år	12,6	13,3	95	<div style="width: 95%;"></div>	11.000
35-44 år	15,1	14,7	103	<div style="width: 103%;"></div>	13.000
45-54 år	13,8	13,6	102	<div style="width: 102%;"></div>	12.000
55-64 år	13,1	12,8	103	<div style="width: 103%;"></div>	11.000
65-74 år	7,7	7,7	99	<div style="width: 99%;"></div>	6.500
75-79 år	2,6	2,8	95	<div style="width: 95%;"></div>	2.200

Alder og uddannelse

I figur 1 og 2 beskrives befolkningen i kommunen fordelt på alder og uddannelsesniveau sat i relation til regionens tal. Til sammenligning er regionen sat til index 100.

Aldersfordelingen i kommunen afviger kun beskedent fra hele regionen. Der er færre med lavt uddannelsesniveau i kommunen end i hele regionen.

Figur 2. Uddannelsesniveau

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Lavt	15,4	17,4	89	<div style="width: 89%;"></div>	8.400
Middel	58,0	56,7	102	<div style="width: 102%;"></div>	32.000
Højt	26,6	25,9	103	<div style="width: 103%;"></div>	14.000

Figur 3. Sociale forhold

Samlivsform	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Alene	15,9	17,3	92		8.600
Gift/samlevende	84,1	82,7	102		46.000
Børn under 16 år i hjemmet					
Ja	41,9	38,21	110		23.000
Nej	58,1	61,79	94		32.000
Boligform					
Ejerbolig	78,0	78,4	100		43.000
Lejebolig	21,9	21,6	102		12.000
Arbejdssituation					
I arbejde	68,0	65,6	104		37.000
Ikke i arbejde	32,0	34,4	93		17.000

Øvrige sociale forhold

I figur 3 vises en række sociale forhold, der kan karakterisere kommunens indbyggere.

Der er lidt færre enlige og flere med små børn i hjemmet. Andelen af erhvervsaktive var ca. 2% højere end i hele regionen.

Indkomst

Den personlige indkomst fremgår af figur 4. For Silkeborg kommune ligger indkomstfordelingen meget tæt på hele regionen. Ca. 2% færre ligger i den midterste indkomstgruppe.

Erhverv

De tre hovederhverv er ligesom i de fleste andre af regionens kommuner offentlige og personlige tjenester, der beskæftiger 29% af kommunens indbyggere, finansiering og forretningsservice der beskæftiger 22%, og industri der beskæftiger ca. 10%. Beskæftigelsen inden for de to første og største grupper er på niveau med hele regionen, hvorimod industrierhverv beskæftiger færre end i hele regionen. Lidt flere er beskæftiget inden for handel, hotel og restauration, som har en andel på 10%. Figur 5.

Figur 4. Indkomst (Brutto)

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
0-99.000	9,0	9,5	94		4.900
100.000-149.000	15,1	14,5	104		8.300
150.000-249.000	25,8	28,0	92		14.000
250.000-374.000	32,9	31,5	104		18.000
375.000-524.000	12,1	11,4	106		6.600
525.000 +	5,1	5,1	101		2.800

Figur 5. Erhverv

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Landbrug, fiskeri, råstofudvinding	3,2	3,8	84		1.700
Industri	10,0	11,2	89		5.400
Energi- og vandforsyning	0,2	0,3	63		100
Bygge og anlæg	4,7	4,9	96		2.500
Handel, hotel og restauration	9,9	8,5	116		5.400
Transport, post og tele	6,2	6,6	95		3.400
Finansiering og forretningsservice	21,9	20,8	105		12.000
Offentlige og personlige tjenester	29,2	28,3	103		16.000
Uoplyst/kan ikke placeres	14,8	15,7	94		8.100

Overførselsindkomst og sygehuskontakt

Lidt færre af Silkeborg kommunes borgere var på overførselsindkomst det seneste år op til spørgeskemaundersøgelsen den 21. februar 2006. Kontanthjælpsydelse blev dog givet til en større andel end i hele regionen. Figur 6.

Endvidere ses hvor mange personer der blev indlagt, eller personer der blev behandlet ambulantly på sygehus i samme periode. Også her ligger Silkeborg på linje med hele regionen. Tallene gælder, som nævnt, kun aldersgruppen 25-79 år.

Figur 6. Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Helbredsbetiget ydelse	12,4	11,9	104		6.800
Kontanthjælp	0,7	0,5	139		350
Overførselsindkomst	29,5	30,2	98		16.000
Indlæggelser	11,6	11,0	106		6.300
Ambulante sygehuskontakter	39,7	38,8	102		21.000

Skanderborg



Tabel 1. Fakta Skanderborg

Svarprocent 72%	Regionen		%
Indbyggere pr. 1.1. 2006	54.751	1.219.741	4,5
Indbyggere 25-79-årige	35.783	789.939	4,5
Areal i km ²	456	13.114	3,5
Befolkningstæthed	120	93	

Figur 1. Aldersgruppe

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
25-34 år	11,5	13,3	87	<div style="width: 87%;"></div>	6.300
35-44 år	16,8	14,7	115	<div style="width: 115%;"></div>	9.200
45-54 år	14,3	13,6	105	<div style="width: 105%;"></div>	7.800
55-64 år	13,8	12,8	108	<div style="width: 108%;"></div>	7.600
65-74 år	6,9	7,7	89	<div style="width: 89%;"></div>	3.800
75-79 år	2,0	2,8	73	<div style="width: 73%;"></div>	1.100

Alder og uddannelse

I figur 1 og 2 beskrives befolkningen i kommunen fordelt på alder og uddannelsesniveau sat i relation til regionens tal. Til sammenligning er regionen er sat til index 100.

Aldersfordelingen i kommunen viser færre i den yngste aldersgruppe 25-34 år, flere midaldrende og færre fra 65 år og opefter. Der er færre i kommunen med lavt uddannelsesniveau og flere med middel og højt uddannelsesniveau end i hele regionen.

Figur 2. Uddannelsesniveau

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Lavt	12,0	17,4	69	<div style="width: 69%;"></div>	4.300
Middel	61,1	56,7	108	<div style="width: 108%;"></div>	22.000
Højt	26,9	25,9	104	<div style="width: 104%;"></div>	9.700

Figur 3. Sociale forhold

Samlivsform	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Alene	13,9	17,3	80		5.000
Gift/samlevende	86,1	82,7	104		31.000
Børn under 16 år i hjemmet					
Ja	41,5	38,21	109		15.000
Nej	58,5	61,79	95		21.000
Boligform					
Ejerbolig	86,3	78,4	110		31.000
Lejebolig	13,7	21,6	64		5.000
Arbejdssituation					
I arbejde	69,7	65,6	106		25.000
Ikke i arbejde	30,3	34,4	88		11.000

Øvrige sociale forhold

I figur 3 vises en række sociale forhold, der kan karakterisere kommunens indbyggere. I Skanderborg kommune er der ca. 4% færre end i hele regionen der bor alene, ligesom andelen af familier uden børn er lidt mindre. Færre end i hele regionen bor i lejet bolig. Andelen af erhvervsaktive er 4% højere end svarende til hele regionen

Indkomst

Den personlige indkomst fremgår af figur 4. Færre end i hele regionen angiver at have en personlig indkomst, der ligger under 250.000 kr. pr. år. Flere end i hele regionen ligger over dette indkomstniveau.

Figur 4. Indkomst (Brutto)

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
0-99.000	5,8	9,5	61		2.100
100.000-149.000	12,8	14,5	88		4.600
150.000-249.000	27,6	28,0	99		10.000
250.000-374.000	32,8	31,5	104		12.000
375.000-524.000	14,1	11,4	124		5.100
525.000 +	6,9	5,1	136		2.500

Erhverv

De to hovederhverv i Skanderborg kommune er, ligesom i de fleste af regionens kommuner, offentlige og personlige tjenester, der beskæftiger 27% af kommunens indbyggere, og finansiering og forretningsservice der beskæftiger 23%. I regionen er den tredjestørste branche industri, mens Skanderborg kommunes tredjestørste branche er handel, hotel og restaurationsbranchen, som beskæftiger ca. 3.400 personer eller knap 10%. Beskæftigelsen inden for den første og største gruppe er lidt mindre end i hele regionen, hvorimod finansiering og forretningsservice ligger over. Procentvist dobbelt så mange som i hele regionen er beskæftiget inden for energi- og vandforsyning samt inden for bygge og anlæg. Figur 5.

Figur 5. Erhverv

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Landbrug, fiskeri, råstofudvinding	2,9	3,8	76		1.000
Industri	9,2	11,2	82		3.300
Energi- og vandforsyning	0,7	0,3	206		250
Bygge og anlæg	7,5	4,9	154		2.700
Handel, hotel og restauration	9,5	8,5	111		3.400
Transport, post og tele	7,8	6,6	119		2.800
Finansiering og forretningsservice	22,8	20,8	110		8.200
Offentlige og personlige tjenester	27,0	28,3	96		9.700
Uoplyst/kan ikke placeres	12,7	15,7	81		4.600

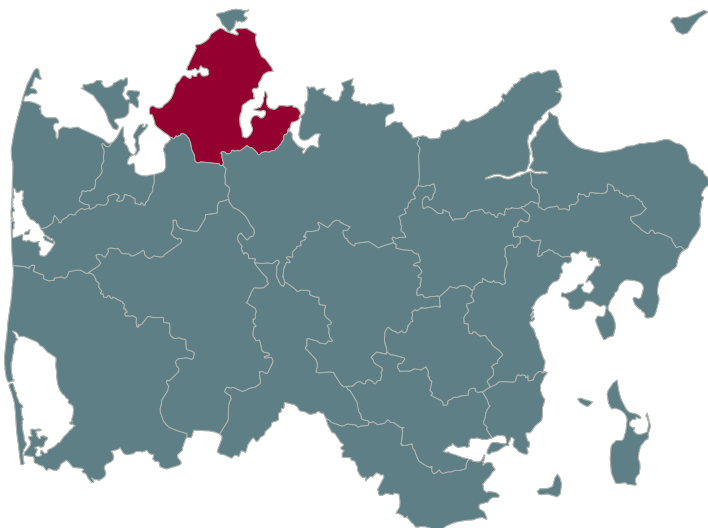
Overførselsindkomst og sygehuskontakt

Andelen af Skanderborgborgere på overførselsindkomst ligger lidt under hele regionen. Kontanthjælpsydelse blev givet til en langt mindre andel, mens lidt flere modtog helbredsbedingede ydelser end i hele regionen. Endvidere ses af figur 6 andelen der blev indlagt (sygehuspatienter), og andelen der blev behandlet ambulant på sygehus i samme periode. Andelen af indlæggelser var på linje med hele regionen, mens lidt færre end i hele regionen havde besøgt sygehuset ambulant. Tallene gælder som nævnt kun aldersgruppen 25-79 år.

Figur 6. Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Helbredsbedinget ydelse	12,6	11,9	106		4.600
Kontanthjælp	0,1	0,5	17		30
Overførselsindkomst	28,3	30,2	93		10.000
Indlæggelser	11,2	11,0	101		3.900
Ambulante sygehuskontakter	37,4	38,8	96		13.000

Skive



Tabel 1. Fakta Skive

Svarprocent 69%		Regionen	%
Indbyggere pr. 1.1.2006	48.264	1.219.741	4,0
Indbyggere 25-79-årige	31.273	789.939	4,0
Areal i km ²	691	13.114	5,3
Befolkningsstæthed	70	93	

Figur 1. Aldersgruppe

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
25-34 år	11,2	13,3	84	<div style="width: 84%;"></div>	5.400
35-44 år	14,0	14,7	95	<div style="width: 95%;"></div>	6.700
45-54 år	14,2	13,6	105	<div style="width: 105%;"></div>	6.900
55-64 år	13,3	12,8	104	<div style="width: 104%;"></div>	6.400
65-74 år	9,0	7,7	116	<div style="width: 116%;"></div>	4.300
75-79 år	3,2	2,8	115	<div style="width: 115%;"></div>	1.500

Alder og uddannelse

I figur 1 og 2 beskrives befolkningen i kommunen fordelt på alder og uddannelsesniveau sat i relation til regionens tal. Til sammenligning er regionen er sat til index 100.

Aldersfordelingen i kommunen viser færre yngre i aldersgrupperne 25-44 år, og flere midaldrende og ældre end i hele regionen. Der er flere med lavt uddannelsesniveau og færre med højt uddannelsesniveau end svarende til hele regionen.

Figur 2. Uddannelsesniveau

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Lavt	19,6	17,4	113	<div style="width: 113%;"></div>	5.900
Middel	60,3	56,7	106	<div style="width: 106%;"></div>	18.000
Højt	20,2	25,9	78	<div style="width: 78%;"></div>	6.100

Figur 3. Sociale forhold

Samlevsform	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Alene	15,9	17,3	92		4.800
Gift/samlevende	84,1	82,7	102		25.000
Børn under 16 år i hjemmet					
Ja	36,1	38,21	95		11.000
Nej	63,9	61,79	103		19.000
Boligform					
Ejerbolig	83,2	78,4	106		25.000
Lejebolig	16,8	21,6	78		5.100
Arbejdssituation					
I arbejde	62,9	65,6	96		19.000
Ikke i arbejde	37,1	34,4	108		11.000

Øvrige sociale forhold

I figur 3 vises en række sociale forhold, der kan karakterisere kommunens indbyggere.

Der er lidt færre enlige, færre med små børn i hjemmet og færre end i hele regionen der bor til leje. Andelen af erhvervsaktive er ca. 3% lavere end svarende til hele regionen.

Indkomst

Den personlige indkomst fremgår af figur 4. I Skive kommune har flere en personlig indkomst der ligger under 100.000 kr. pr. år end i hele regionen, og færre en årlig indkomst der ligger over 250.000 kr.

Figur 4. Indkomst (Brutto)

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
0-99.000	11,9	9,5	124		3.600
100.000-149.000	14,7	14,5	101		4.400
150.000-249.000	30,9	28,0	111		9.400
250.000-374.000	29,5	31,5	94		8.900
375.000-524.000	9,2	11,4	81		2.800
525.000 +	3,8	5,1	75		1.200

Erhverv

De tre hovederhverv i Skive kommune er ligesom i de fleste andre af regionens kommuner offentlige og personlige tjenester, der beskæftiger 27% af kommunens indbyggere, finansiering og forretningsservice der beskæftiger 15% mod regionens 21%, og industri der også beskæftiger ca. 15%. Beskæftigelsen inden for den første og største branche er nogenlunde på niveau med hele regionen, hvorimod industribranchen beskæftiger flere end i hele regionen. Flere er beskæftiget inden for landbrug, fiskeri og råstofudvinding, nemlig 6%. Figur 5.

Figur 5. Erhverv

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Landbrug, fiskeri, råstofudvinding	5,7	3,8	151		1.700
Industri	15,1	11,2	135		4.600
Energi- og vandforsyning	0,2	0,3	58		60
Bygge og anlæg	5,4	4,9	111		1.600
Handel, hotel og restauration	7,3	8,5	86		2.200
Transport, post og tele	4,1	6,6	63		1.200
Finansiering og forretningsservice	15,4	20,8	74		4.700
Offentlige og personlige tjenester	27,1	28,3	96		8.200
Uoplyst/kan ikke placeres	19,7	15,7	125		6.000

Overførselsindkomst og sygehuskontakt

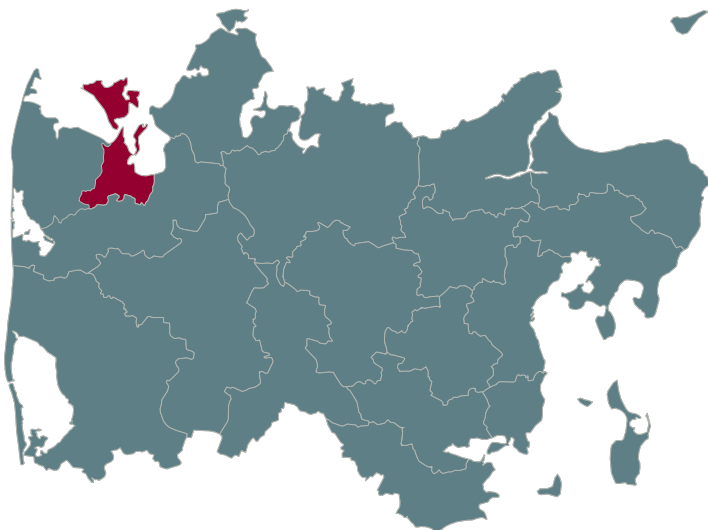
Andelen af borgere i Skive kommune, der var på overførselsindkomst det seneste år op til spørgeskemaundersøgelsen den 21. februar 2006, var på niveau med hele regionen, herunder helbredsbedingede ydelser. Som eneste kommune i regionen havde ingen af undersøgelsesdeltagere fået kontanthjælp det seneste år. Figur 6.

Endvidere ses hvor mange personer der blev indlagt, eller personer der blev behandlet ambulant på sygehus i samme periode. Også her ligger Skive tæt på hele regionen, om end der var lidt flere indlæggelser. Tallene gælder som nævnt kun aldersgruppen 25-79 år.

Figur 6. Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Helbredsbedinget ydelse	12,3	11,9	103		3.700
Kontanthjælp	0,0	0,5	0		0
Overførselsindkomst	30,3	30,2	100		9.200
Indlæggelser	12,5	11,0	113		3.800
Ambulante sygehuskontakter	39,8	38,8	103		12.000

Struer



Tabel 1. Fakta Struer

Svarprocent 71%	Regionen		%
Indbyggere pr. 1.1.2006	22.695	1.219.741	1,9
Indbyggere 25-79-årige	14.905	789.939	1,9
Areal i km ²	251	13.114	1,9
Befolkningsstæthed	90	93	

Figur 1. Aldersgruppe

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
25-34 år	10,9	13,3	82	<div style="width: 82%;"></div>	2.500
35-44 år	14,0	14,7	95	<div style="width: 95%;"></div>	3.200
45-54 år	14,4	13,6	106	<div style="width: 106%;"></div>	3.300
55-64 år	14,7	12,8	115	<div style="width: 115%;"></div>	3.300
65-74 år	8,7	7,7	113	<div style="width: 113%;"></div>	2.000
75-79 år	3,0	2,8	108	<div style="width: 108%;"></div>	700

Alder og uddannelse

I figur 1 og 2 beskrives befolkningen i kommunen fordelt på alder og uddannelsesniveau sat i relation til regionens tal. Til sammenligning er regionen sat til index 100.

Aldersfordelingen i kommunen viste færre i aldersgruppen 25-34 år og flere midaldrende og ældre end regionsgenemsnittet. Der var flere med lavt uddannelsesniveau og tilsvarende færre med højt uddannelsesniveau.

Figur 2. Uddannelsesniveau

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Lavt	21,7	17,4	125	<div style="width: 125%;"></div>	3.100
Middel	57,9	56,7	102	<div style="width: 102%;"></div>	8.400
Højt	20,4	25,9	79	<div style="width: 79%;"></div>	3.000

Figur 3. Sociale forhold

Samlivsform	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Alene	15,3	17,3	88		2.200
Gift/samlevende	84,7	82,7	103		12.300
Børn under 16 år i hjemmet					
Ja	35,0	38,21	92		5.100
Nej	65,0	61,79	105		9.400
Boligform					
Ejerbolig	83,5	78,4	106		12.000
Lejebolig	16,5	21,6	77		2.400
Arbejdssituation					
I arbejde	63,9	65,6	97		9.300
Ikke i arbejde	36,1	34,4	105		5.200

Øvrige sociale forhold

I figur 3 vises en række sociale forhold der kan karakterisere kommunens indbyggere.

Der er færre enlige, færre med små børn, og færre end i hele regionen der bor i lejet bolig. Lidt færre end i hele regionen var erhvervsaktive.

Indkomst

Den personlige indkomst fremgår af figur 4. Der er færre end i hele regionen med en årlig indkomst på 250.000 kr. og derover og lidt flere med en indkomst under 250.000 kr. pr år.

Erhverv

De tre hovederhverv er offentlige og personlige tjenester, der beskæftiger 25% af kommunens indbyggere, finansiering og forretningservice der beskæftiger 17%, og industri der beskæftiger ca. 15%. Beskæftigelsen inden for de to første og største grupper er dog mindre end i hele regionen, hvorimod industrierhverv beskæftiger flere end i hele regionen. Flere er beskæftiget inden for energi- og vandforsyning, der beskæftiger 0,6% mod regionens 0,3% og inden for landbrug, fiskeri og råstofudvinding der beskæftiger 6% mod regionens 4%. Figur 5.

Figur 4. Indkomst (Brutto)

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
0-99.000	10,2	9,5	107		1.500
100.000-149.000	16,4	14,5	113		2.400
150.000-249.000	29,9	28,0	107		4.300
250.000-374.000	29,1	31,5	92		4.200
375.000-524.000	10,9	11,4	96		1.600
525.000 +	3,5	5,1	69		500

Figur 5. Erhverv

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Landbrug, fiskeri, råstofudvinding	5,7	3,8	150		800
Industri	15,2	11,2	136		2.200
Energi- og vandforsyning	0,6	0,3	173		80
Bygge og anlæg	4,6	4,9	96		700
Handel, hotel og restauration	8,1	8,5	94		1.200
Transport, post og tele	6,8	6,6	105		1.000
Finansiering og forretningservice	17,4	20,8	84		2.500
Offentlige og personlige tjenester	24,7	28,3	88		3.600
Uoplyst/kan ikke placeres	16,8	15,7	107		2.400

Overførselsindkomst og sygehuskontakt

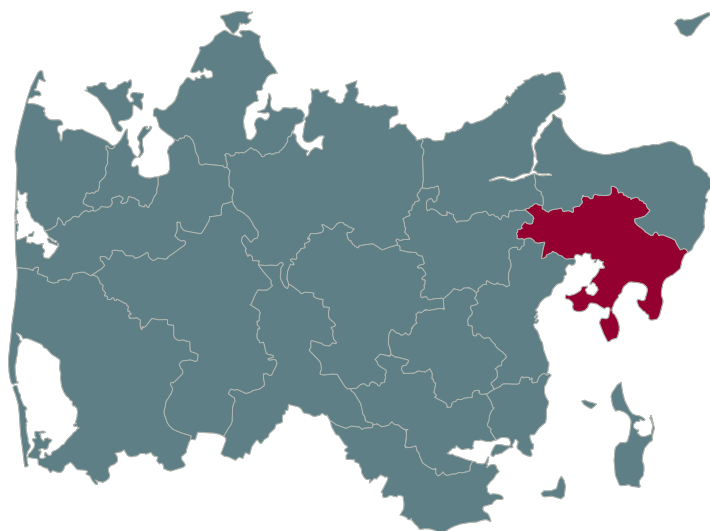
Færre af Struer kommunes borgere var på overførselsindkomst. Kontanthjælpsydelse blev givet til samme andel, 0,5%, som i regionen det seneste år op til spørgeskemaundersøgelsen den 21. februar 2006. Figur 6.

Endvidere ses hvor mange der blev indlagt (sygehuspatienter), og der blev behandlet ambulantly på sygehus i samme periode. Struer havde både færre indlæggelser og færre ambulante besøg på sygehuset, de udgjorde 37% mod regionens 39%. Tallene gælder, som nævnt, kun aldersgruppen 25-79 år.

Figur 6. Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Helbredsbetiget ydelse	11,7	11,9	98		1.700
Kontanthjælp	0,5	0,5	101		70
Overførselsindkomst	29,3	30,2	97		4.200
Indlæggelser	9,7	11,0	88		1.400
Ambulante sygehuskontakter	36,9	38,8	95		5.300

Syddjurs



Tabel 1. Fakta Syddjurs

Svarprocent 72%		Regionen	%
Indbyggere pr. 1.1.2006	40.430	1.219.741	3,3
Indbyggere 25-79-årige	27.147	789.939	3,4
Areal i km ²	696	13.114	5,3
Befolkningstæthed	58	93	

Figur 1. Aldersgruppe

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
25-34 år	9,6	13,3	73	██████████	3.900
35-44 år	15,1	14,7	103	██████████	6.100
45-54 år	14,6	13,6	107	██████████	5.900
55-64 år	15,4	12,8	120	██████████	6.200
65-74 år	9,4	7,7	122	██████████	3.800
75-79 år	3,0	2,8	110	██████████	1.200

Alder og uddannelse

I figur 1 og 2 beskrives befolkningen i kommunen fordelt på alder og uddannelsesniveau sat i relation til regionens tal. Til sammenligning er regionen sat til index 100.

Aldersfordelingen i kommunen viste færre unge og flere midaldrende og ældre end svarende til hele regionen. Der er lidt flere med middel uddannelsesniveau (faglærte) og færre med højt uddannelsesniveau.

Figur 2. Uddannelsesniveau

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Lavt	17,0	17,4	98	██████████	4.700
Middel	61,1	56,7	108	██████████	17.000
Højt	21,9	25,9	84	██████████	6.000

Figur 3. Sociale forhold

Samlevsform	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Alene	14,8	17,3	85		4.100
Gift/samlevende	85,2	82,7	103		23.000
Børn under 16 år i hjemmet					
Ja	38,4	38,2	100		11.000
Nej	61,6	61,8	100		17.000
Boligform					
Ejerbolig	87,8	78,4	112		24.000
Lejebolig	12,2	21,6	57		3.300
Arbejdssituation					
I arbejde	63,8	65,6	97		17.000
Ikke i arbejde	36,2	34,4	105		9.900

Øvrige sociale forhold

I figur 3 vises en række sociale forhold, der kan karakterisere kommunens indbyggere.

Andelen af enlige er lidt mindre. Færre end i hele regionen bor i lejet bolig. Andelen af personer, der er i arbejde, er ligeledes lidt lavere.

Indkomst

Den personlige indkomst fremgår af figur 4. På flere indkomstniveauer ligger gennemsnittet i Syddjurs kommune under hele regionen. Gruppen med en personlig indkomst på kr. 150.000-250.000, altså mellemste indkomstgruppe, er ca. 3% større.

Figur 4. Indkomst (Brutto)

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
0-99.000	8,2	9,5	86		2.200
100.000-149.000	14,5	14,5	100		4.000
150.000-249.000	31,3	28,0	112		8.600
250.000-374.000	31,9	31,5	101		8.700
375.000-524.000	9,5	11,4	84		2.600
525.000 +	4,7	5,1	92		1.300

Erhverv

De tre hovederhverv er offentlige og personlige tjenester, der i Syddjurs beskæftiger 29% af kommunens indbyggere, finansiering og forretningsservice der beskæftiger 17%, og modsat resten af regionen med industribranchen som den tredjestørste branche beskæftiger handel, hotel og restauration en større andel med 12% i Syddjurs kommune. I forhold til regionen er flere ligeledes beskæftiget inden for energi- og vandforsyning (en dobbelt så stor andel) og inden for landbrug, fiskeri og råstofudvinding. Figur 5.

Figur 5. Erhverv

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Landbrug, fiskeri, råstofudvinding	5,0	3,8	133		1.400
Industri	10,0	11,2	89		2.700
Energi- og vandforsyning	0,7	0,3	229		200
Bygge og anlæg	5,3	4,9	109		1.500
Handel, hotel og restauration	11,7	8,5	137		3.200
Transport, post og tele	7,6	6,6	117		2.100
Finansiering og forretningsservice	17,4	20,8	84		4.800
Offentlige og personlige tjenester	28,6	28,3	101		7.800
Uoplyst/kan ikke placeres	13,5	15,7	86		3.700

Overførselsindkomst og sygehuskontakt

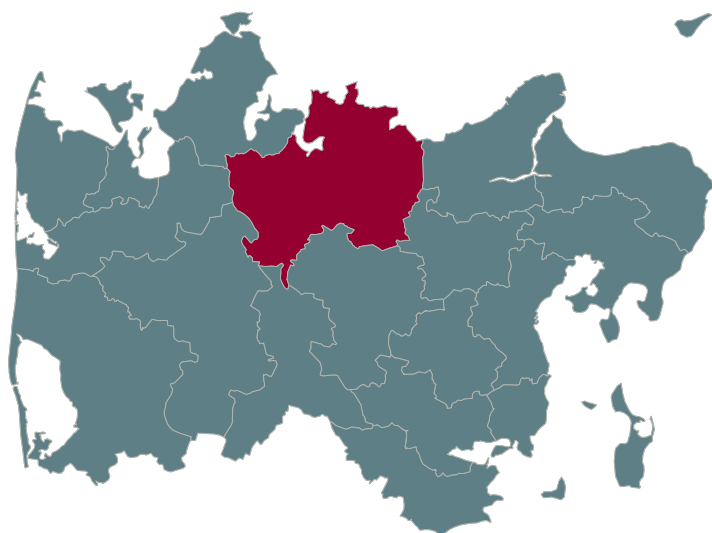
Andelen af Syddjurs-borgere på overførselsindkomst er meget lig hele regionen. Helbreds-betingede ydelser blev givet til lidt færre end i året op til spørgeskemaundersøgelsen den 21. februar 2006. Figur 6.

Endvidere ses af figur 6 andelen der blev indlagt (sygehuspatienter), og andelen der blev behandlet ambulant på sygehus i samme periode. Denne andel var meget lig hele regionen, med en tendens til lidt mindre brug af sygehusvæsenet generelt. Tallene gælder, som nævnt, kun aldersgruppen 25-79 år.

Figur 6. Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Helbreds-betinget ydelse	11,4	11,9	95		3.100
Kontanthjælp	0,5	0,5	103		150
Overførselsindkomst	32,0	30,2	106		8.800
Indlæggelser	10,4	11,0	95		2.800
Ambulante sygehus-kontakter	36,7	38,8	94		9.700

Viborg



Tabel 1. Fakta Viborg

Svarprocent 70%	Regionen		%
Indbyggere pr. 1.1.2006	90.518	1.219.741	7,4
Indbyggere 25-79-årige	58.845	789.939	7,4
Areal i km ²	1.424	13.114	10,9
Befolkningstæthed	64	93	

Figur 1. Aldersgruppe

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
25-34 år	12,2	13,3	92	<div style="width: 92%;"></div>	11.000
35-44 år	14,8	14,7	101	<div style="width: 101%;"></div>	13.000
45-54 år	14,2	13,6	105	<div style="width: 105%;"></div>	13.000
55-64 år	12,8	12,8	100	<div style="width: 100%;"></div>	12.000
65-74 år	8,0	7,7	104	<div style="width: 104%;"></div>	7.300
75-79 år	3,0	2,8	108	<div style="width: 108%;"></div>	2.700

Alder og uddannelse

I figur 1 og 2 beskrives befolkningen i kommunen fordelt på alder og uddannelsesniveau sat i relation til regionens tal. Til sammenligning er regionen sat til index 100.

Aldersfordelingen i kommunen afviger ikke betydende fra hele regionen. Der er relativt færre med lavt og højt uddannelsesniveau og tilsvarende flere med middel uddannelsesniveau (faglærte).

Figur 2. Uddannelsesniveau

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Lavt	16,3	17,4	94	<div style="width: 94%;"></div>	9.300
Middel	61,8	56,7	109	<div style="width: 109%;"></div>	35.000
Højt	21,8	25,9	84	<div style="width: 84%;"></div>	12.000

Figur 3. Sociale forhold

Samlevsform	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Alene	17,2	17,3	99		9.800
Gift/samlevende	82,8	82,7	100		47.000
Børn under 16 år i hjemmet					
Ja	42,4	38,21	111		24.000
Nej	57,6	61,79	93		33.000
Boligform					
Ejerbolig	82,1	78,4	105		47.000
Lejebolig	17,9	21,6	83		10.000
Arbejdssituation					
I arbejde	67,9	65,6	103		39.000
Ikke i arbejde	32,1	34,4	93		18.000

Øvrige sociale forhold

I figur 3 vises en række sociale forhold, der kan karakterisere kommunens indbyggere.

Der er lige så mange gifte/samlevende som i hele regionen, og flere har børn i hjemmet. Færre bor til leje end i hele regionen. Andelen af erhvervsaktive er ca. 2% højere end i hele regionen.

Indkomst

Den personlige indkomst fremgår af figur 4. Der er færre i Viborg kommune med en personlig indkomst under 100.000 kr. pr. år og færre på de højeste indkomstniveauer, dvs. over 375.000 kr. pr. år, end i hele regionen.

Figur 4. Indkomst (Brutto)

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
0-99.000	6,7	9,5	70		3.800
100.000-149.000	15,0	14,5	103		8.600
150.000-249.000	27,0	28,0	96		15.000
250.000-374.000	36,0	31,5	114		21.000
375.000-524.000	11,0	11,4	96		6.300
525.000 +	4,4	5,1	86		2.500

Erhverv

De tre hovedbrancher er ligesom i de fleste af regionens øvrige kommuner offentlige og personlige tjenester, der i Viborg beskæftiger 30% af kommunens borgere, finansiering og forretningsservice der beskæftiger 16%, og industri der beskæftiger 12%. Ud over disse tre brancher markerer Viborg sig ved at beskæftige flere inden for bygge og anlægsbranchen end hele regionen. Figur 5.

Figur 5. Erhverv

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Landbrug, fiskeri, råstofudvinding	4,3	3,8	113		2.400
Industri	12,0	11,2	107		6.900
Energi- og vandforsyning	0,1	0,3	35		60
Bygge og anlæg	6,1	4,9	126		3.500
Handel, hotel og restauration	6,9	8,5	80		3.900
Transport, post og tele	6,5	6,6	99		3.700
Finansiering og forretningsservice	16,1	20,8	77		9.200
Offentlige og personlige tjenester	29,4	28,3	104		17.000
Uoplyst/kan ikke placeres	18,6	15,7	119		11.000

Overførselsindkomst og sygehuskontakt

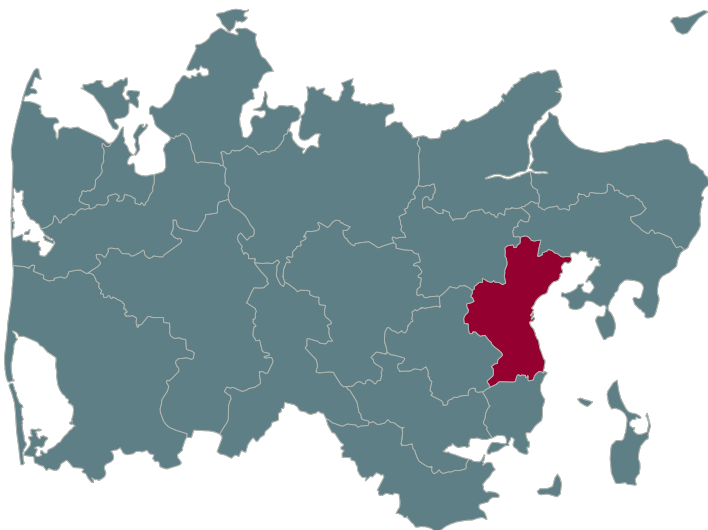
Andelen af borgere der modtager overførselsindkomst ligger lidt under regionens andel. Forholdsmæssigt færre af Viborg kommunes borgere modtog kontanthjælp i året op til spørgeskemaundersøgelsen den 21. februar 2006, i personer drejer det sig om ca. 220. Helbredsbedingede ydelser blev givet til 13% mod regionens 12%. Figur 6.

Endvidere ses hvor mange der blev indlagt (sygehuspatienter), og der blev behandlet ambulante på sygehus i samme periode. Viborg havde en større andel både af sygehusindlagte, og personer der havde haft ét eller flere ambulante besøg på sygehuset end hele regionen. Tallene gælder som nævnt kun aldersgruppen 25-79 år.

Figur 6. Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Helbredsbedinget ydelse	13,1	11,9	109		7.500
Kontanthjælp	0,4	0,5	80		200
Overførselsindkomst	27,5	30,2	91		16.000
Indlæggelser	12,4	11,0	112		7.000
Ambulante sygehuskontakter	42,1	38,8	108		24.000

Århus



Tabel 1. Fakta Århus

Svarprocent 67%	Regionen		%
Indbyggere pr. 1.1 2006	295.513	1.219.741	24,2
Indbyggere 25-79-årige	187.638	789.939	23,8
Areal i km ²	469	13.114	3,6
Befolkningstæthed	630	93	

Figur 1. Aldersgruppe

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
25-34 år	17,8	13,3	134		52.000
35-44 år	13,8	14,7	94		41.000
45-54 år	12,5	13,6	92		37.000
55-64 år	10,9	12,8	85		32.000
65-74 år	6,3	7,7	82		19.000
75-79 år	2,3	2,8	83		6.800

Alder og uddannelse

I figur 1 og 2 beskrives befolkningen i kommunen fordelt på alder og uddannelsesniveau sat i relation til regionens tal. Til sammenligning er regionen sat til index 100.

Aldersfordelingen i kommunen viser betydeligt flere unge (25-34 år) og færre midaldrende og ældre end i hele regionen. Der er betydeligt færre med lavt uddannelsesniveau og betydeligt flere med højt uddannelsesniveau.

Figur 2. Uddannelsesniveau

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Lavt	10,6	17,4	61		18.000
Middel	47,9	56,7	84		83.000
Højt	41,5	25,9	160		72.000

Figur 3. Sociale forhold

Samlevsform	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Alene	23,2	17,3	134		40.000
Gift/samlevende	76,8	82,7	93		133.000
Børn under 16 år i hjemmet					
Ja	35,1	38,21	92		61.000
Nej	64,9	61,79	105		112.000
Boligform					
Ejerbolig	61,7	78,4	79		107.000
Lejebolig	38,3	21,6	178		66.000
Arbejdssituation					
I arbejde	64,0	65,6	97		110.000
Ikke i arbejde	36,0	34,4	105		62.000

Øvrige sociale forhold

I figur 3 vises en række sociale forhold, der kan karakterisere kommunens indbyggere.

I overensstemmelse med den større andel af unge ses en større andel af enlige, ligesom færre lever med små børn i hjemmet, og betydeligt flere bor til leje end i hele regionen. Andelen af erhvervsaktive er ca. 2% lavere end i hele regionen.

Indkomst

Den personlige indkomst fremgår af figur 4. Der er flere i Århus kommune med en personlig indkomst under 100.000 kr./år og flere i det højeste indkomstniveau, dvs. over 525.000 kr./pr. år, end svarende til hele regionen.

Figur 4. Indkomst (Brutto)

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
0-99.000	10,9	9,5	114		19.000
100.000-149.000	14,9	14,5	103		26.000
150.000-249.000	26,0	28,0	93		45.000
250.000-374.000	29,7	31,5	94		51.000
375.000-524.000	12,1	11,4	106		21.000
525.000 +	6,5	5,1	128		11.000

Erhverv

De to hovederhverv er, ligesom i resten af regionens kommuner, offentlige og personlige tjenester, der i Århus beskæftiger 33% af kommunens indbyggere, og finansiering og forretnings-service der beskæftiger 26%. Disse to største brancher beskæftiger flere end i hele regionen. Den tredjestørste branche er handel, hotel og restauration, der beskæftiger 8%. Markant færre i Århus end i hele regionen er beskæftiget inden for de øvrige brancher. Figur 5.

Figur 5. Erhverv

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Landbrug, fiskeri, råstofudvinding	0,9	3,8	23		1.500
Industri	6,8	11,2	60		12.000
Energi- og vandforsyning	0,3	0,3	78		400
Bygge og anlæg	3,3	4,9	68		5.700
Handel, hotel og restauration	8,4	8,5	98		14.000
Transport, post og tele	7,0	6,6	106		12.000
Finansiering og forretnings-service	25,7	20,8	124		44.000
Offentlige og personlige tjenester	33,0	28,3	117		57.000
Uoplyst/kan ikke placeres	14,8	15,7	94		26.000

Overførselsindkomst og sygehuskontakt

Andelen af borgere der modtager overførselsindkomst i året op til spørgeskemaundersøgelsen den 21. februar 2006, ligger lidt over regionens andel. Betydeligt flere af Århus kommunes borgere modtog kontanthjælp. Det drejer sig om ca. 1.300 personer. Helbredsbedingede ydelser blev givet til 10% mod regionens 12%. Figur 6.

Endvidere ses hvor mange der blev indlagt (sygehuspatienter), og der blev behandlet ambulante på sygehus i samme periode. Århus havde en mindre andel, der var blevet sygehusindlagt og en mindre andel, der havde haft ét eller flere ambulante besøg på sygehuset end i hele regionen. Tallene gælder som nævnt kun aldersgruppen 25-79 år.

Figur 6. Overførselsindkomst og sygehuskontakt det seneste år

	%	Region %	Indeks	Regionsindeks=100	Personer
Helbredsbedinget ydelse	10,6	11,9	89		18.000
Kontanthjælp	0,8	0,5	156		1.300
Overførselsindkomst	32,3	30,2	107		56.000
Indlæggelser	10,3	11,0	94		18.000
Ambulante sygehuskontakter	36,9	38,8	95		63.000

