

Hvordan har du det?



**Kost,
motion
og fedme**

Hvordan har du det?

Hvordan har du det? er en undersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Århus amt gennemført i 2001. Resultaterne fra undersøgelsen offentliggøres i en række rapporter med udvalgte temaer. Denne form er valgt for at give modtagerne mulighed for bedre at kunne orientere sig i det store talmateriale og koncentrere sig om det enkelte tema.

Formålet med rapporterne er at styrke det lokale vidensgrundlag for det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i Århus Amt. Rapporterne vil indgå i de politiske, administrative og faglige overvejelser om prioriteringer og valg af indsatser. Resultaterne er, hvor det er muligt og relevant, beskrevet med regionale forskelle til brug for arbejdet i sundhedsplanarbejdets områdestyregrupper.

Følgende rapporter er udkommet eller planlagt:

1. Rygevaner og rygeophør (sept. 2002)
2. Selvvurderet helbred og ulighed i sundhed (juli 2003)
3. Kost, motion og fedme (nov. 2003)
4. Sociale netværk og sundhed
5. Helbred og tilknytning til arbejdsmarkedet
6. Alkoholvaner

LIV, Århus Amts blad om sundhedsfremme og forebyggelse, udgiver sideløbende med temanumre, som yderligere belyser rapporternes indhold fra andre synsvinkler. Kost, motion og fedme er den tredje rapport der udgives fra undersøgelsen.

Undersøgelsen bygger på en tilfældigt udvalgt stikprøve blandt Århus amts voksne befolkning. Der er udsendt spørgeskemaer til 5221 personer, hvoraf 76 pct har returneret skemaet i udfyldt stand. Aldersmæssigt er deltagerne afgrænset til personer mellem 25 og 74 år. Personer fra etniske minoriteter er udeladt, da sproglige og kulturelle forhold kan vanskeliggøre en korrekt udfyldelse af spørgeskemaet.

Ved udformningen af spørgeskemaet medvirkede en arbejdsgruppe bestående af følgende personer: Embedslæge Anne Filskov, Embedslægeinstitutionen for Århus Amt, lektor Svend Sabroe, Institut for Epidemiologi og Socialmedicin, Århus Universitet, forskningsleder, administrerende overlæge Per Fink, Forskningsenheden for Funktionelle Lidelser, Århus Universitet og Århus Kommunehospital. Endvidere fra Afdelingen for Folkesundhed: Ledende sundhedskonsulent Kirsten Vinther-Jensen, amtsocialoverlæge Claus Vinther Nielsen, datamanager Bodil Waldstrøm og sundhedskonsulent Finn Breinholt Larsen.

Data er indsamlet og analyseret i Sundhedsfremmeenheden, Afdelingen for Folkesundhed, med sundhedskonsulent Finn Breinholt Larsen som hovedansvarlig for undersøgelsen. Ved bearbejdning af data er benyttet statistikprogrammerne SPSS og Stata.

Indhold

Indledning	3
Referencer	4
KAPITEL 1 Kost	5
BAGGRUND	5
Anbefalinger	5
Danskernes kostvaner	5
Forebyggelsespotentiale	6
Nationale initiativer på kostområdet ...	7
KOSTVANER I ÅRHUS AMT	9
Sund og usunde kostmønstre	9
Definitioner og spørgsmål	10
Resultater	10
Sociale forskelle	12
Geografiske forskelle	13
Forskelle i forhold til helbred og sundhedsadfærd	14
Madkultur og kostmønstre	16
Resultater	17
Måltider og socialt samvær	20
Resultater	20
Sammenfatning og diskussion	21
Referencer	26
KAPITEL 2 Motion	27
BAGGRUND	27
Hvor meget motion skal der til?	27
Anbefalinger	27
Danskernes motionsvaner	28
Forebyggelsespotentiale	29
Nationale initiativer på motionsområdet	30
De fysisk inaktive	30
MOTIONSVANER I ÅRHUS AMT	31
Fysisk aktive og inaktive	31
Resultater	31
Sociale forskelle	34
Geografiske forskelle	35
Forskelle i forhold til helbredsforhold og sundhedsadfærd	36
Sammenfatning og diskussion	37
Referencer	39
KAPITEL 3 Fedme	40
BAGGRUND	40
Fedme som sundhedsproblem	40
Overvægt og fedme i Danmark	40
Hvorfor stiger antallet af overvægtige?	41
Forebyggelsespotentiale	41
Grunde til at forebygge fedme	41
Nationale initiativer i forhold til fedme	41

fortsættes

Udarbejdet af
sundhedskonsulent
Finn Breinholt Larsen
Sundhedsfremmeenheden
Afdelingen for Folkesundhed

www.aaa.dk/sundhedsfremmeenheden

Datamanament:
Bodil Waldstrøm

Korrektur:
Gerd Nielsen

Rapporten koster 100 kr. incl porto og
kan bestilles ved henvendelse til
Pia B. Skovsen, telefon 8739 7590

Omslagsillustration:
Hanne Ravn Hermansen

Layout og tryk:
Århus Amts Trykkeri 140-03-016
DS/EN ISO 14001 miljøcertificeret
og EMAS-registreret



ISBN 87-989497-2-1

Århus Amt 2003

... fortsat

FEDME I ÅRHUS AMT	43
Sociale forskelle	44
Geografiske forskelle	45
Kostvaner	45
Motionsvaner	46
Arbejds- og funktionsevne	47
Selvurderet helbred og langvarig sygdom	48
Sammenfatning og diskussion	48
Referencer	50
KAPITEL 4 Udfordringer i det forebyggende arbejde	51
KOST	51
Sociale forhold	51
Geografi	52
Livsstil og madkultur	52
Måltider og socialt samvær	52
MOTION	53
Sociale forhold	53
Geografi	54
Helbred og livsstil	54
FEDME	54
Sociale forhold	54
Geografi	54
Helbred og livsstil	54
SAMMENHÆNG PÅ TVÆRS	55
Levekårsressourcer og kost, motion og fedme	56

Indledning

Der er kommet øget fokus på ernæring, fysisk aktivitet og overvægt. Baggrunden er dels en stigende erkendelse af, at sund kost og fysisk aktivitet spiller en vigtig rolle for folkesundheden. Men især den alarmerende udvikling i overvægt og fedme, der har fundet sted i Danmark såvel som globalt. I foråret 2003 udsendte Sundhedsstyrelsen to publikationer, der understreger den betydning, som de nationale sundhedsmyndigheder tillægger området: *Fysisk aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling* og *Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt* (1, 2).

Århus Amt etablerede i oktober 2001 en praksisdiætistordning. Syv autoriserede kliniske diætister vejleder patienter, som er henvist fra de praktiserende læger i amtet, om kost. Patienterne er enten svært overvægtige eller har en unormal fordeling af fedtstof i blodet (dyslipidæmi) (3).

Mange undersøgelser tyder imidlertid på, at svær overvægt er en kronisk tilstand, der kræver livslang behandling. Derfor er det vigtigt, at der også sættes ind med forebyggelse, så problemet om muligt tages i opløbet.

I Århus Amt er der en strategiplan under udarbejdelse med overskriften *Krop, mad og bevægelse*. Formålet med planen er at fremme sunde kost- og motionsvaner og forebygge udviklingen af fedme blandt børn og voksne i Østjylland.

Århus Amts befolkningsundersøgelse *Hvordan har du det?* indeholder en række oplysninger om kostvaner, motion og fedme blandt den voksne befolkning i amtet. Disse oplysninger vil indgå i arbejdet med strategiplanen og i den praktiske tilrettelæggelse af kommende indsatser på området.

Kapitel 1 indeholder en beskrivelse af kostmønstre i Århus amt. Der fokuseres især på udbredelsen af usunde kostmønstre i forskellige dele af befolkningen: i sociale grupper, i lokalområder og blandt personer med forskellig livsstil og madkultur.

Kapitel 2 handler om motionsvaner blandt amtets voksne. Der skelnes imellem fysisk aktive og fysisk passive. Udbredelsen af fysisk inaktivitet beskrives som i foregående kapitel ud fra sociale, geografiske og adfærdsmæssige aspekter.

Kapitel 3 handler om fedme og moderat overvægt. I kapitlet beskrives såvel forekomst af overvægt i forskellige lag af befolkningen og sammenhængen mellem fedme og helbred, fysisk funktionsevne og livsstil.

Kapitel 4 sammenfatter undersøgelsens hovedresultater. På baggrund heraf peges der på en række aktuelle udfordringer i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde.

Læsevejledning: Kapitlerne 1, 2 og 3 indeholder hver to dele: en del med baggrundsoplysninger om kapitlets emne og en del, hvor undersøgelsens resultater fremlægges. Hvis man først og fremmest ønsker at orientere sig i undersøgelsens resultater, kan man gå direkte til anden del af kapitlerne. Der findes endvidere en sammenfatning og diskussion af resultaterne i slutningen af hvert kapitel. Hvis man først og fremmest er interesseret i at læse om de udfordringer, som den sundhedsfremmende og forebyggende indsats står overfor i forhold til kost, motion og fedme, kan man gå direkte til **kapitel 4**, som ligeledes indeholder en sammenfatning af hele undersøgelsens resultater.

4

Referencer

1. *Fysisk aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling*. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, 2003.
2. *Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt. Forslag til løsninger og perspektiver*. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, 2003.
3. *Praksisdiætistordningen i Århus Amt*. Århus: Århus Amt, Praksisenheden 2003.

Kost

Kosten har stor betydning for vores sundhed, trivsel og risikoen for udvikling af sygdomme. Siden 1989 har der i Danmark været en officiel ernæringspolitik med specifikke mål for at forbedre befolkningens kostvaner. Med *Regeringens Folkesundhedsprogram 1999-2008*, der kom i 1999, blev ernæringspolitikken endvidere en del af den overordnede strategi for at fremme folkesundheden. Det er videreført i *Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*, som afløste folkesundhedsprogrammet i 2002. Det nationale sundhedspolitiske mål for kostområdet er, at antallet af danskere, der spiser sundt, skal øges markant, og at sunde kostvaner skal være en naturlig del af hverdagen.

Anbefalinger

Dansk ernæringspolitik bygger på de nordiske næringsstofanbefalinger, som er videnskabeligt begrundede retningslinjer for indholdet af næringsstoffer i sund kost, der med nogle års mellemrum revideres og opdateres

på baggrund af den nyeste ernæringsfaglige viden (1). Ifølge de gældende nordiske anbefalinger bør:

- fedt ikke overstige 30 pct af energiindtaget
- mættet fedt og transfedtsyrer højst udgøre 10 pct af energiindtaget
- kulhydrater udgøre 55-60 pct af energiindtaget
- protein udgøre 10-15 pct af energiindtaget
- indtaget af kostfibre for voksne være 25-30 gram pr. dag
- indtaget af raffineret sukker begrænses
- indtaget af salt højst være 5 gram pr. dag
- alkohol højst udgøre 5 pct af energiindtaget

I Danmark er de nordiske anbefalinger udmøntet i syv kostråd, som en praktisk vejledning til borgerne i, hvordan man spiser sundt (2).

I 1998 supplerede Fødevarerdirektoratet de syv kostråd med en anbefaling om, at voksne og børn over 10 år bør spise 600 gram frugt og grønt om

dagen, mens børn på 4-10 år bør spise 400 gram (3). Det anbefales endvidere, at raske voksne spiser 200-300 gram fisk om ugen og veksler mellem fede og magre fiskearter (4), og at personer med iskæmisk hjertesygdom (blodprop i hjertet, hjertekrampe) spiser 300 gram fisk om ugen (5).

Danskernes kostvaner

Den danske befolknings kostvaner afviger en del fra den anbefalede kost. Kostundersøgelser viser, at voksne danskernes kost i gennemsnit indeholder for meget fedt - og især for meget mættet fedt fra smør/margarine, fede mælkeprodukter og fedt kød - mens indholdet af frugt og grøntsager, kornprodukter og fisk til gengæld er for lavt i forhold til anbefalingerne (6-10).

De nuværende kostvaner er resultatet af en historisk udvikling. I de sidste 50 år er kostens andel af kulhydrater og kostfibre faldet, mens andelen af protein er steget. I en lang periode steg kostens andel af fedt også (11). Det samlede resultat af denne udvikling har

DE SYV KOSTRÅD

- Spis meget brød og gryn
- Spis frugt og mange grøntsager
- Spis kartofler, ris eller pasta hver dag
- Spis ofte fisk og fiskepålæg - vælg forskellige slags
- Vælg mælkeprodukter med lavt fedtindhold
- Vælg kød og pålæg med lavt fedtindhold
- Brug kun lidt smør, margarine og olie - og spar i øvrigt på sukker og salt

Kilde: Forbrugerstyrelsen, 1995

været en forringet ernæringsmæssig sammensætning af kosten. De landsdækkende kostundersøgelser, der er gennemført i 1985, 1995 og 2000/01¹, viser imidlertid, at der i de senere år er sket en positiv udvikling i befolkningens kostvaner (6-10):

Det samlede energiindtag. Det samlede daglige energiindtag er faldet fra 11,3 MJ i 1985 til 10,2 MJ i 1995 og 9,3 MJ i 2000/01. Det har dog ikke været nok til at forhindre en vækst i forekomsten af fedme i samme periode (jvnf. kapitel 3).

Fedt. Fedtets andel af energiindtaget er faldet fra 43 pct i 1985 til 37 pct i 1995 og 33 pct i 2000/01. Det er en reduktion med mere end en femtedel over en kort årrække. En stor del af faldet i fedtindtaget skyldes et nedsat indtag af smør og margarine og et skift fra fede til magre mejeriprodukter. Fedtindtaget ligger dog stadig over de anbefalede 30 pct af det samlede energiindtag, og specielt er indtaget af mættet fedt og transfedtsyrer for højt.

Kulhydrater. Kulhydraternes andel af energiindtaget er steget fra 40 pct i 1985 til 44 pct i 1995 og 48 pct i 2000/01. Andelen ligger dog stadig under de anbefalede 55-60 pct.

Frukt og grøntsager. Indtaget af grøntsager er øget både hos børn og voksne. Indtaget af frugt er også øget især hos voksne. Fra 1995 til 2000/01 er de voksnes gennemsnitlige indtag af frugt og grønt øget med 100 gram fra 279 gram til 379 gram, mens stigningen har været noget mindre blandt børn.

Det øgede grøntsagsindtag ser ud til primært at skyldes, at der bliver spist flere salatgrøntsager og dermed vandholdige grøntsager. Det er ønskeligt, at der også bliver spist flere grove grøntsager som kål og rodfrugter, fordi de har et stort indhold af kostfibre. Det samlede indtag af frugt og grøntsager ligger stadig et godt stykke under de anbefalede 600 gram pr. dag. I 1995 var der kun 4 pct af de voksne, der spiste 600 gram frugt og grøntsager om dagen. I 2000/01 var det 11 pct (hvis man ikke medregner juice var det henholdsvis 2 pct og 8 pct).

På andre områder er udviklingen i kostvanerne imidlertid gået i den forkerte retning:

Sukker. Der er sket en kraftig vækst i børns indtag af sodavand og andre sukkerholdige drikke (en stigning på 35 pct fra 1995 til 2000/01).

Fast food. Indtaget af fast food som burgere, pommes frites og pizza er øget kraftigt fra 1995 til 2000/01 (med 45 pct blandt børn og 20 pct blandt voksne). Fast food indeholder gennemgående for meget fedt og for få kostfibre og vitaminer, og noget fast food har et højt indhold af transfedtsyrer.

En sammenligning af udviklingen i kostvaner i Danmark og Sverige siden 1960'erne baseret på data fra forsyningsstatistikken viser, at Danmark har en større forsyning af fedtstoffer og kød og en mindre forsyning af frugt og bær samt fisk (12). Disse forskelle medvirker til, at fedtenergi-procenten i den danske kost er højere end i den svenske.

Undersøgelsens forfattere konkluderer, at kostvanerne i Sverige er sundere end i Danmark, og at disse forskelle kan have bidraget til, at svenskerne middellevetid er højere end danskernes.

Forebyggelsespotentiale

Et områdes forebyggelsespotentiale er den mindre sygelighed og dødelighed, der kan opnås ved at reducere eller fjerne specifikke risikofaktorer i befolkningen. Der er ingen tvivl om, at dårlig ernæring øger risikoen for en lang række lidelser, og at der derfor er et betydeligt forebyggelsespotentiale i en forbedring af befolkningens kostvaner.

Sammenhængen mellem kost og helbred er imidlertid uhyre kompleks. Selv om der i dag er en stor og hastigt voksende viden på området, er der mange spørgsmål, der er ubesvarede. Det er derfor vanskeligt at sætte tal på de sundhedsmæssige effekter af kostændringer. Antallet af fødeemner er stort og mange af kostens bestanddele optræder ofte sammen, så det kan være svært at isolere effekten af en enkelt bestanddel. Endvidere viser virkningen af en bestemt type kost sig måske først efter mange år, hvilket gør det svært at lave kontrollerede forsøg med kostændringer.

Man har især forsøgt at vurdere forebyggelsespotentialet ved kostændringer i forhold til de to store sygdomsgrupper, kræft og hjertekarsygdomme. Der er i de senere år fremkommet undersøgelser af høj kvalitet om sammenhængen mellem kost og iskæmisk hjertesygdom, der viser, at

¹ For 2000/01 er der tale om foreløbige data, der kun omfatter en del af den samlede undersøgelsespopulation, og tallene må derfor tages med forbehold.

der er et betydeligt potentiale for forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom gennem kostændringer. Med hensyn til kræft er dokumentationen svagere, fordi de sammenhænge, der er påvist i et stort antal befolkningsundersøgelser, endnu ikke har kunnet eftervises i kontrollerede forsøg. Den foreliggende forskning tyder dog på, at der også er et betydeligt forebyggelsespotentiale på dette område. I *Den nationale Kræftplan* anslås det på baggrund af amerikanske tal, at mindst 20 pct og måske betydeligt mere af de danske kræfttilfælde kan forebygges gennem ændrede kostvaner (13).

Iskæmisk hjertesygdom. Ernæringsrådet foretog i 2000 en vurdering af kostens betydning for dødeligheden af iskæmisk hjertesygdom i Danmark (14). Formålet var at beregne den mulige reduktion i antallet af dødsfald af iskæmisk hjertesygdom, hvis hele befolkningen efterlevede visse minimumsstandarder for sund kost. Udgangspunktet for beregningerne var undersøgelsen af befolkningens kostvaner i 1995 (8, 9). Vurderingen gav følgende resultat:

- **Frugt og grønt.** Hvis alle indtager mindst 300 gram frugt og grønt pr. dag, vil antallet af hjertedødsfald reduceres med 10-15 pct, hvilket svarer til forebyggelse af 1100-1650 dødsfald pr. år.
- **Fisk.** Hvis alle personer i højrisiko for at udvikle iskæmisk hjertesygdom indtager 50 gram fisk om dagen eller mere, vil det reducere antallet af hjertedødsfald i denne gruppe med 15-30 pct, hvilket svarer til forebyggelse af 1200-2400 dødsfald pr. år. Højrisikogruppen består af de 20 pct

af befolkningen, der har en dødelighed af iskæmisk hjertesygdom på mere end 5-10 promille.

- **Totalfedt.** Hvis hele befolkningen spiser en kost med en fedtenergiprocent på 30 pct eller mindre, vil det reducere antallet af hjertedødsfald med mellem 5 pct og 15 pct, hvilket svarer til forebyggelse af 550-1650 dødsfald pr. år.
- **Mættet fedt.** Hvis hele befolkningen spiser en kost, hvor mættet fedt udgør 10 pct eller mindre af energiindtaget, vil antallet af hjertedødsfald reduceres med 15-30 pct, hvilket svarer til forebyggelse af 1650-3300 dødsfald pr. år.
- **Alkohol.** Hvis personer, der ikke drikker alkohol, i stedet får et let til moderat forbrug, vil det reducere hjertedødsfaldene med 2 pct svarende til forebyggelse af 200 dødsfald årligt.

Det skal understreges, at reduktionen i dødelighed ved ændringer i de enkelte kostkomponenter ikke kan lægges sammen, eftersom der ofte er en stor samvariation mellem indtagelse af forskellige kostkomponenter. Et højt indtag af fedt vil f.eks. ofte være forbundet med et lavt indtag af frugt og grønt. Forfatterne slår til lyd for, at man i fremtidige undersøgelser fokuserer på *kostmønstre* frem for enkeltkomponenter i kosten. Undersøgelsen giver imidlertid et fingerpeg om, at der kan opnås en betydelig reduktion i hjertesygdom og -dødelighed som følge af kostændringer i befolkningen.

Kræft og hjertekarsygdomme. I forbindelse med *6 om dagen-kampagnen* har Kræftens Bekæmpelse ladet udarbejde en analyse af konsekvenserne af

et større indtag af frugt og grønt i den danske befolkning (15). Der er fokuseret på den forebyggende virkning i forhold til kræft og hjertekarsygdomme. Det nævnes, at frugt og grønt muligvis også forebygger sygdomme som fedme, sukkersyge, grå stær, demens, kronisk bronchitis, medfødt rygmarvsbrok og udposninger på tyktarmen, men at der endnu ikke kan sættes tal på effekten (16). På baggrund af de opstillede forudsætninger er de sundhedsmæssige konsekvenser ved dagligt at spise 500 gram frugt og grønt beregnet til at være:

- Danskerne vil i gennemsnit leve 1,5 år længere.
- Antallet af nye kræfttilfælde vil falde med 22 pct svarende til ca. 4800 færre kræfttilfælde hvert år.
- Antallet, som dør af en hjertekarsygdom, vil falde med 17 pct svarende til 3000 færre dødsfald hvert år.
- Udgifterne til sundhedsvæsenet vil stige med 7 kr. pr. indbygger om året (merudgiften ved behandling af en større ældrebe-folkning minus besparelser ved behandling af færre kræfttilfælde blandt yngre mennesker).

Beregningerne bygger på en hollandsk forskergruppes vurdering ud fra et stort antal undersøgelser af, hvor meget et øget indtag af frugt og grønt mindsker risikoen for kræft og hjertekarsygdomme (17). Det skal understreges, at beregninger af denne type er behæftet med betydelig usikkerhed.

Nationale initiativer på kostområdet

De centrale myndigheder har gennem landsdækkende oplysningskampagner søgt at

påvirke kostvanerne i befolkningen, så de i højere grad svarede til de nordiske anbefalinger. Der har både været tale om oplysning i massemedierne med hele befolkningen som målgruppe, støtte til nøglepersoner der arbejder med ernæring lokalt og samarbejde med fødevarerbranchen.

I perioden 1991-96 prioriteredes indsatsen for at nedbringe forbruget af fedt med kampagner som *Mindre fedt, tak!*, *Skraaab brødet*, *Sovs eller smovs*, *Let nok* og *Let sovsen, Jensen!* Når kampagnerne drejede sig om sovs og brug af smør og margarine på brødet, skyldes det, at den første landsdækkende kostundersøgelse viste, at danskernes store fedtindtag for en stor del stammede fra fedtstoffer, der blev tilsat under madlavningen eller smurt på brødet. Kampagnernes budskaber tog udgangspunkt i gængs dansk madkultur og foreslog mindre, praktiske ændringer, der kunne gennemføres, uden at man behøvede at lave sine spisevaner grundlæggende om.

I årene efter 1995 flyttedes fokus lidt, idet der blev lagt vægt på, at befolkningen øgede indtaget af mad med mange kulhydrater, og i de senere år er det især frugt og grønt, som kampagnerne koncentrerer sig om. I 1998 lanceredes kampagnen *6 om dagen - spis mere frugt og grønt* med det formål at få udbredt kendskabet til anbefalingen om at spise 600 gram frugt og grønt om dagen. I begyndelsen af 2001 blev *6 om dagen* samarbej-

det etableret som et forpligtende samarbejde mellem en række centrale myndigheder, sundhedsorganisationer og frugt- og grøntbranchen med det formål at fremme indtaget af frugt og grønt.

Sundhedsstyrelsen iværksatte i slutningen af 1990'erne en indsats i forhold til børn under overskriften *Børn, mad og måltider*. Formålet var at fremme sunde måltidsvaner i skoler og institutioner. Området er siden overgået til Fødevarerdirektoratet, der i 2003 udgav idékataloget *Mad- og måltidspolitik i skoler – hvorfor og hvordan* i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse. Fødevarerdirektoratet har endvidere oprettet et rejsehold, der hjælper skoler og institutioner med at forbedre eller etablere madordninger.

Det er ikke muligt præcist at fastslå, hvor stor en del af ændringerne i befolkningens kostvaner i tidsrummet fra 1991 til nu, der skyldes de landsdækkende oplysningskampagner, og hvor meget der skyldes andre påvirkninger. Det er imidlertid sandsynligt, at kampagnerne i væsentlig grad har medvirket til, at befolkningens forbrug af fedtstof på brød er blevet reduceret, at brugen af magre mejeriprodukter har vundet frem, at befolkningens samlede fedtindtag er reduceret, og at indtaget af frugt og grønt er øget væsentligt i de senere år (18). Det har altså været muligt gennem centrale oplysningskampagner at ændre på befolkningens kostvaner.

Det er imidlertid klart, at oplysningskampagner om sund kost ikke kan stå alene. Et højt oplysningsniveau med hensyn til betydningen af sund kost er blot en af flere forudsætninger for at fremme sunde kostvaner i befolkningen. De daglige omgivelser, som mennesker lever og arbejder i, spiller en væsentlig rolle for mulighederne og tilskyndelsen til at spise sundt. Ikke mindst i lyset af det aktuelle fokus på forekomsten af fedme er der brug for interventioner på flere niveauer. I *Sund hele livet* peges der på, at antallet af danskere, der spiser sundt, skal øges gennem:

- Oplysning, motivation og rådgivning om sunde kostvaner.
- Større tilgængelighed af sund mad og gode rammer for måltider på skoler, uddannelsesinstitutioner, arbejdspladser, i den offentlige forplejning m.v.
- Regulering og initiativer, der fremmer sunde kostvaner.
- En særlig indsats i forhold til ældre og syge.

I den nationale strategi indgår således både oplysning, regelstyring, øget tilgængelighed og målrettede initiativer for at fremme sunde kostvaner. Det amtslige og kommunale niveau spiller i den sammenhæng en vigtig rolle, som de politisk-administrative og faglige instanser, der er tættest på borgerne.

Kostvaner i Århus amt

I *Hvordan har du det?* indgår der syv spørgsmål om mad og måltider. Der er ikke tale om nogen detaljeret afdækning af svarpersonernes kostvaner, men svarene gør det muligt at tegne et groft billede af den voksne befolknings kostvaner i Østjylland. I det følgende beskrives østjydernes kostvaner ud fra tre vinkler:

- Sunde og usunde kostmønstre
- Madkultur og kostmønstre
- Måltider og socialt samvær

De spørgsmål, der søges besvaret, er følgende: Hvor udbredte er henholdsvis sunde og usunde kostmønstre i befolkningen? Hvilke forskelle er der i kostmønstre, når befolkningen opdeles efter køn, alder, bosted, uddannelse m.v.? Er der en sammenhæng mellem madkultur og sunde og usunde kostmønstre? Hvem er det, der fortrinsvis spiser traditionel dansk mad? Hvor udbredt er det at spise

færdigretter til frokost og aftensmad? Hvor mange indtager deres aftensmåltid sammen med andre?

Sunde og usunde kostmønstre

Sund kost er kendetegnet ved både at leve op til de ernæringsmæssige krav for kostens enkelte komponenter og for kostens sammensætning som helhed. Der har i de senere år været en stigende interesse for den sundhedsmæssige betydning af bestemte kostmønstre, jvnf. tesen om at *middelhavskost* kan forebygge hjertekarsygdomme og visse former for kræft. I det følgende fokuseres der på kostmønstre frem for enkelte kostkomponenter. Der vil blive anvendt tre indikatorer for et sundt kostmønster:

- Et stort, dagligt forbrug af frugt og grønt
- Fisk indgår hyppigt i kosten
- Der bruges ikke eller sjældent fedtstof på brødet

Ud fra de tre indikatorer kan man beskrive to ekstreme kostmønstre (figur 1.1). Det ene kostmønster er kendetegnet ved et stort dagligt forbrug af frugt og grønt, at der hyppigt spises fisk, og at der aldrig eller sjældent bruges fedtstof på brødet. Det andet kostmønster er kendetegnet ved et lille dagligt forbrug af frugt og grønt, at der sjældent eller aldrig spises fisk, og at der bruges fedtstof på brødet hver gang eller hyppigt. De to kostmønstre betegnes her henholdsvis et *sundt kostmønster* og et *usundt kostmønster*. Mellem de to yderpunkter er der en række kostmønstre, der i større eller mindre grad opfylder de tre kriterier for sund kost.

Det er altid problematisk at tegne et forenklet billede af befolkningens komplekse kostvaner. Det skal derfor understreges, at personer, der ud fra denne definition har et sundt kostmønster, i andre

Figur 1.1

To ekstreme kostmønstre

Sundt kostmønster		Usundt kostmønster
+	Frugt og grønt Et stort, dagligt forbrug af frugt og grønt	÷
+	Fisk Fisk indgår hyppigt i kosten	÷
÷	Fedtstof Brug af fedtstof på brødet	+

henseender kan have usunde kostvaner, f.eks. et for stort dagligt energiindtag eller et stort forbrug af sukker, mens personer med et usundt kostmønster på nogle områder kan have sundere spisevaner end personer med et sundt kostmønster.

Definitioner og spørgsmål

Sunde kostvaner med hensyn til frugt og grønt er her defineret ved, at man spiser frugt og grønt hver dag, og at man mindst et par gange om ugen spiser 600 gram frugt og grønt eller mere på en dag. Det daglige forbrug af frugt og grønt er belyst ud fra spørgsmålene: *Hvor tit spiser du frugt og grøntsager (både rå og kogte - kartofler ikke medregnet)?* og *Hvor tit spiser du 600 gram frugt og grøntsager eller mere på en dag (både rå og kogte - medregn ikke kartofler)?* Begge spørgsmål har seks svaralternativer, der går fra *hver dag* til *aldrig/meget sjældent*.

Sunde kostvaner med hensyn til fisk er her defineret ved, at man spiser fisk til middag en gang om ugen eller oftere. Der kan være personer, som spiser meget fiskepålæg, men som sjældent spiser fisk til middag. De landsdækkende kostundersøgelser viser imidlertid, at ca. halvdelen af indtaget af fisk sker i forbindelse med det varme måltid, og at der er en høj grad af samvari-

ation mellem indtaget af fisk som hovedmåltid og som fiskepålæg (9, 19). Det ugentlige forbrug af fisk er belyst ud fra spørgsmålet *Hvor tit spiser du fisk til middag til dagens varme måltid?* med de samme svaralternativer som ved frugt- og grøntspørgsmålene.

Sunde kostvaner med hensyn til brug af fedtstof på brødet er her defineret ved, at man aldrig/meget sjældent eller højst en gang imellem bruger fedtstof på brødet. Brug af fedtstof på brødet er valgt som et tilnærmet mål for kostens indhold af fedtstof, dels fordi de landsdækkende kostundersøgelser dokumenterer, at det i sig selv udgør en væsentlig kilde til fedt i kosten, og fordi brug/ikke brug af fedtstof på brødet antages at afspejle vaner med hensyn til indtag af fedt i kosten generelt. En analyse fra Ernæringsrådet viser, at der er en sammenhæng mellem det at undlade fedtstof på brødet og brug af mager mælk frem for fed mælk. Undersøgelsen viser også, at de der undlader at bruge fedtstof på brødet, har et større forbrug af frugt, salat/råkost, "andre varme grøntsager", fisk som hovedmåltid, ris og pasta og et mindre forbrug af kød som hovedmåltid, kartofler og hvedebrød, hvilket indikerer, at denne del af befolkningen generelt har sundere kostvaner end dem, der bruger fedtstof på brødet (20).

Brug af fedtstof på brødet er belyst ud fra spørgsmålet *Hvor ofte bruger du smør eller margarine på brødet?* med fem svaralternativer, der går fra *altid* til *aldrig/meget sjældent*.

Resultater

Cirka halvdelen af befolkningen spiser frugt og grøntsager hver dag, og ni ud af ti gør det mindst en gang om ugen (tabel 1.1). I gennemsnit spiser den voksne befolkning frugt og grønt 5,3 dage om ugen.

Der er imidlertid kun 7 pct af befolkningen, der efter deres egen vurdering spiser mindst 600 gram frugt og grønt hver dag. 22 pct gør det næsten hver dag, mens 23 pct gør det et par gange om ugen. Der er 16 pct der aldrig eller meget sjældent spiser en dagsration på 600 gram frugt og grønt. I gennemsnit bliver der spist 600 gram frugt og grønt 2,5 dage om ugen.

8 pct spiser fisk et par gange om ugen eller mere til dagens varme måltid og 31 pct gør det en gang om ugen. 17 pct spiser aldrig eller meget sjældent fisk til middag. I gennemsnit bliver der spist fisk til middag 0,76 dage om ugen.

24 pct bruger aldrig eller sjældent fedtstof på brødet. Halvdelen bruger altid eller for det meste fedtstof på brødet.

TAL FRA DE LANDSDÆKKENDE KOSTUNDERSØGELSER 2000/01

- 8 pct af den voksne befolkning spiser mindst 600 gram frugt og grønt hver dag, når indtaget af juice ikke medregnes (10).
- 15 pct spiser fisk til middag et par gange om ugen eller mere, og 30 pct gør det en gang om ugen. 20 pct spiser aldrig fisk til middag (19).
- 25 pct bruger ikke fedtstof på brødet (20).

Kilder: Fødevedirektoratet og Ernæringsrådet, 2002

Tabel 1.1*Indtag af frugt og grønt, fisk til middag og fedtstof på brødet*

• Hvor tit spiser du frugt og grøntsager (både rå og kogte - medregn ikke kartofler)?	
	Pct
Hver dag	47
Næsten hver dag	29
Et par gange om ugen	15
En gang om ugen	4
Mindre end én gang om ugen	4
Aldrig/meget sjældent	1
	<u>100</u>
Antal dage pr. uge i gennemsnit	5.3
N = 3954	
• Hvor tit spiser du 600 g frugt og grøntsager eller mere på en dag (både rå og kogte - medregn ikke kartofler)?	
	Pct
Hver dag	7
Næsten hver dag	22
Et par gange om ugen	23
En gang om ugen	11
Mindre end én gang om ugen	21
Aldrig/meget sjældent	16
	<u>100</u>
Antal dage pr. uge i gennemsnit	2.5
N = 3942	
• Hvor tit spiser du fisk til middag til dagens varme måltid?	
	Pct
Hver dag	0.3
Næsten hver dag	0.7
Et par gange om ugen	7
En gang om ugen	31
Mindre end én gang om ugen	45
Aldrig/meget sjældent	17
	<u>100</u>
Antal gange pr. uge i gennemsnit	0.76
N = 3957	
• Hvor ofte bruger du smør eller margarine på brødet?	
	Pct
Altid	33
For det meste	17
Ca. halvdelen af gangene	9
En gang imellem	18
Aldrig/meget sjældent	24
	<u>100</u>
N = 3958	

De tre kriterier for et sundt kostmønster opfyldes hver for sig af mellem tre og fire ud af ti (tabel 1.2). Færrest opfylder kriteriet om et stort dagligt forbrug af frugt og grønt, mens flest opfylder kriteriet om aldrig eller sjældent at bruge fedtstof på brødet.

Der er imidlertid kun én ud af ti, der opfylder samtlige tre kriterier for sund kost (figur 1.2). Tre ud af ti opfylder ingen af kriterierne. Størstedelen af befolkningen placerer sig et sted imellem de to ekstreme kostmønstre. Godt en tredjedel opfylder to og en fjerdedel tre af kriterierne.

Sociale forskelle

Tabel 1.3 viser sammenhængen mellem kostmønster og en række sociale kendetegn, mens tabel 1.4 viser den andel, der opfylder hvert af de tre kriterier for sund kost i de enkelte undergrupper.

Køn. Der er flere kvinder end mænd, der spiser sundt. Tre gange så mange kvinder end mænd opfylder alle tre kriterier for et sundt kostmønster (14 pct mod 5 pct), halvanden gang så mange kvinder opfylder to af kriterierne (30 pct mod 20 pct). Næsten fire ud af ti mænd opfylder ingen af de tre kriterier mod godt en femtedel af kvinderne. Betydeligt flere kvinder end mænd spiser dagligt store mængder frugt og grønt. Fle- re kvinder end mænd undlader at bruge fedtstof på brødet. Der er derimod ikke forskel med hensyn til, hvor tit man spiser fisk til middag.

Alder. Der er en høj grad af sammenhæng mellem sunde spisevaner og alder. Unges spisevaner er gennemgående mindre sunde end ældres. Det sundeste kostmønster finder

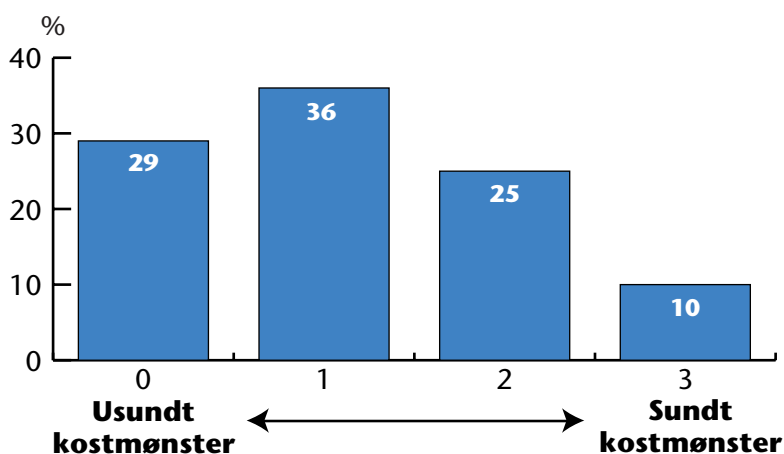
Tabel 1.2

Andel der opfylder de tre anvendte kriterier for et sundt kostmønster

	Pct
• Spiser frugt og grønt hver dag og 600 gram frugt og grønt mindst et par gange om ugen	35
• Spiser fisk til middag til dagens varme måltid en gang om ugen eller oftere	38
• Bruger fedtstof på brødet aldrig/sjældent eller en gang imellem	41

Figur 1.2

Andel der opfylder 0-3 af de anvendte kriterier for et sundt kostmønster



N = 3936

man hos de 55-64-årige. Unge spiser især langt sjældnere fisk til middag end ældre. 25 pct af de 25-34-årige spiser fisk til middag en gang om ugen mod 60 pct af de 65-74-årige. Der er endvidere lidt færre unge end ældre, der har et højt, dagligt forbrug af frugt og grønt.

Uddannelse. Personer med et højt uddannelsesniveau (= mellemlang og lang boglig uddannelse) spiser gennemgående sundere end personer med et middel og lavt uddannelsesniveau (= faglærte og ufaglærte). De bogligt uddannede spiser mere frugt og grønt, og især er der færre, der bruger fedtstof på brødet, mens der ikke er forskel på andelen på højeste og laveste uddannelsesniveau, der spiser fisk til middag mindst en

gang om ugen.

Samlivsforhold. Der er flere blandt personer med en fast samlever end blandt gifte og enlige, der ikke opfylder de tre kriterier for sund kost. Gifte og enlige spiser gennemgående mere frugt og grønt og får oftere fisk til middag, mens der ikke er nogen forskel med hensyn til brug af fedtstof på brødet.

Bor sammen med børn under 16 år. Personer, der bor sammen med børn under 16 år, opfylder lidt færre af kriterierne for et sundt kostmønster, end personer, der ikke bor sammen med børn. Der spises mindre fisk til middag i børnefamilierne og lidt flere bruger fedtstof på brødet.

Tabel 1.3

Sammenhængen mellem kostmønster og en række sociale kendetegn²

	Opfyldte kriterier for et sundt kostmønster				Total	Gennemsnit	Antal
	0	1	2	3			
	Pct						
Køn							
Mænd	37	39	20	5	100	* 0.92	1870
Kvinder	22	34	30	14	100	1.35	2066
p < 0.000 gamma 0.34						p < 0.000	
Alder							
25-34 år	34	38	22	5	100	* 0.97	960
35-44 år	33	36	22	9	100	* 1.07	910
45-54 år	28	34	26	12	100	1.22	906
55-64 år	23	35	29	13	100	1.31	744
65-74 år	21	42	29	9	100	1.25	416
p < 0.000 gamma 0.14						p = 0.003	
Uddannelsesniveau							
Lavt	31	38	23	8	100	* 1.08	773
Middel	32	36	24	8	100	* 1.08	2171
Højt	22	34	29	14	100	1.35	987
p < 0.000 gamma 0.13						p < 0.000	
Samlevsforhold							
Gift	27	36	27	10	100	1.20	2349
Fast samlever	37	35	20	9	100	* 1.01	708
Alene	28	40	23	10	100	1.15	841
p < 0.000						p < 0.000	
Bor med børn under 16 år							
Nej	27	37	26	11	100	1.20	2574
Ja	33	36	24	8	100	* 1.05	1346
p < 0.000 gamma -0.12						p < 0.000	

* angiver at undergruppens gennemsnitsværdi er signifikant mindre ($p < 0.05$) end referenceværdien, der er den højeste gennemsnitsværdi indenfor hver variabel. Referenceværdien er markeret med fed.

Geografiske forskelle

Tabel 1.5 viser kostmønsteret i forskellige dele af Århus amt samt i byer med mindst 1000 indbyggere, landsbyer og på landet. Tabel 1.6 viser den andel, der opfylder hvert af de tre kriterier for sund kost i de enkelte undergrupper.

Lokalområde. Århus amt er her opdelt i fem lokalområder, der omfatter følgende kommuner:

- **Midt**
Århus, Hinnerup, Hørning
- **Syd**
Skanderborg, Odder, Samsø
- **Vest**
Silkeborg, Them, Ry, Gjern, Hammel, Galten
- **Nord**
Randers, Purhus, Langå, Hadsten, Rosenholm, Sønderhald, Rougsø, Nørhald, Mariager
- **Øst**
Grenå, Nørre Djurs, Midtdjurs, Rønde, Ebeltoft

Midt er det område, hvor befolkningen har de sundeste kostvaner. Der er flere i Midt, der spiser fisk til middag og undlader fedtstof på brødet, end i de øvrige lokalområder. Det er dog kun i Nord, at det gennemsnitlige antal indikatorer for et sundt kostmønster er signifikant lavere end i Midt. Nord er i det dårligst placerede af de fem områder både med hensyn til indtag af frugt og grønt samt fisk til middag.

² Her og i de følgende tabeller er der benyttet χ^2 -test ved test af sammenhængen mellem kategoriale/ordinale variable, mens der er brugt *variansanalyse* ved sammenligning af gennemsnittet for flere undergrupper på én gang og *t-test med Bonferroni-korrektion* ved parvise sammenligninger mellem en referencegruppe og de øvrige undergrupper ved en variabel. Styrken af sammenhængen mellem to ordinale variable eller en ordinal og dikotom variabel er beskrevet ved hjælp af *gamma*, der kan variere mellem -1 og 1.

By/landsby/land. Kostvanerne er lidt bedre i byer end i landsbyer og på landet. Der er især flere i byerne, der undlader at bruge fedtstof på brødet.

Forskelle i forhold til helbred og sundhedsadfærd

Tablet 1.7 viser sammenhængen mellem kostmønstre, helbred og sundhedsadfærd. Tablet 1.8 viser den andel, der opfylder hvert af de tre kriterier for sund kost i de enkelte undergrupper.

Langvarig sygdom. Personer med en langvarig sygdom spiser lidt sundere, end personer uden langvarig sygdom. Det gælder både med hensyn til frugt og grønt, fisk til middag og brug af fedtstof på brødet. Forskellen mellem de to grupper er dog ikke stor.

Selvurderet helbred. Der er ikke nogen statistisk signifikant forskel i kostmønstre mellem personer med et godt selvurderet helbred og personer, der vurderer deres helbred som mindre end godt.

Tablet 1.4

Andel der opfylder kriterierne for hver af de tre indikatorer for sund kost

	+ Frugt og grønt	+ Fisk	- Fedtstof på brød
	Pct		
Køn			
Mænd	23	38	32
Kvinder	47	39	50
Alder			
25-34 år	31	25	43
35-44 år	34	33	40
45-54 år	39	38	45
55-64 år	39	49	43
65-74 år	34	60	33
Uddannelsesniveau			
Lavt	32	41	35
Middel	32	36	40
Højt	44	41	50
Samlivsforhold			
Gift	38	40	41
Fast samlever	29	30	42
Alene	33	40	42
Bor med børn under 16 år			
Nej	35	41	43
Ja	35	32	38

Tablet 1.5

Sammenhængen mellem kostmønstre og geografiske forhold

	Opfyldte kriterier for et sundt kostmønster				Total	Gennemsnit	Antal
	0	1	2	3			
	Pct						
Lokalområde							
Midt	26	36	26	11	100	1.23	1790
Syd	32	33	28	7	100	1.09	274
Vest	30	36	24	10	100	1.14	617
Nord	34	37	23	6	100	* 1.01	848
Øst	30	37	23	10	100	1.12	407
p < 0.000						p < 0.000	
By/landsby/land							
By	29	36	25	10	100	1.17	2831
Landsby	30	40	24	6	100	* 1.06	564
Land	35	34	22	10	100	1.06	418
p = 0.04						p < 0.000	

* angiver at undergruppens gennemsnitsværdi er signifikant mindre ($p < 0.05$) end referenceværdien, der er den højeste gennemsnitsværdi indenfor hver variabel. Referenceværdien er markeret med fed.

Body Mass Index. Det samme gælder, når man sammenligner personer, der ikke er overvægtige (BMI < 25), med moderat overvægtige (BMI 25-29,9) og svært overvægtige (BMI 30 ≥).

Rygevaner. Til gengæld er der en markant forskel mellem rygere og ikke-rygere med hensyn til kostmønster. Tidligere rygere er den gruppe, der har de sundeste kostvaner, mens storrygere - personer der ryger 15 cigaretter eller mere pr. dag - har de dårligste kostvaner.

Tabel 1.6

Andel der opfylder kriterierne for hver af de tre indikatorer for sund kost

	+ Frugt og grønt	+ Fisk	- Fedtstof på brød
	Pct		
Lokalområde			
Midt	36	42	45
Syd	36	35	38
Vest	36	37	41
Nord	32	32	37
Øst	39	38	36
By/landsby/land			
By	36	38	44
Landsby	33	36	36
Land	34	37	35

Tabel 1.7

Sammenhængen mellem kostmønster og helbred og sundhedsadfærd

	Opfyldte kriterier for et sundt kostmønster				Total	Gennemsnit	Antal
	0	1	2	3			
	Pct						
Langvarig sygdom							
Nej	31	36	24	9	100	* 1.10	2396
Ja	25	38	26	11	100	1.22	1456
p = 0.001 gamma 0.10						p < 0.000	
Selvurderet helbred							
Godt	29	36	26	10	100	1.16	2972
Ikke godt	31	38	23	9	100	1.10	949
p = 0.257 gamma -0.05						p = 0.073	
Body Mass Index							
< 25	30	35	25	10	100	1.15	2143
25-29.9	28	38	24	9	100	1.14	1293
30 ≥	29	35	27	9	100	1.16	445
p = 0.704 gamma 0.003						p = 0.967	
Rygevaner - cigaretter pr. dag							
15 eller flere	43	36	16	4	100	* 0.81	852
1-14	28	39	25	8	100	* 1.14	507
Tidligere ryger	24	34	30	12	100	1.30	935
Aldrig ryger	26	37	27	11	100	1.22	1547
p < 0.000 gamma 0.17						p < 0.000	
Fysisk aktivitet							
Aktiv	25	36	27	13	100	1.28	1951
Inaktiv	35	37	22	6	100	* 0.99	1816
p < 0.000 gamma -0.22						p < 0.000	

* angiver at undergruppens gennemsnitsværdi er signifikant mindre (p < 0.05) end referenceværdien, der er den højeste gennemsnitsværdi indenfor hver variabel. Referenceværdien er markeret med fed.

Tabel 1.8

Andel der opfylder kriterierne for hver af de tre indikatorer for sund kost

	+ Frugt og grønt	+ Fisk	- Fedtstof på brød
	Pct		
Langvarig sygdom			
Nej	34	36	40
Ja	37	42	44
Selvurderet helbred			
Godt	36	38	42
Ikke godt	32	40	39
Body Mass Index			
< 25	38	38	39
25-29.9	32	40	43
30 ≥	33	35	48
Rygevaner - cigaretter pr. dag			
15 eller flere	21	35	26
1-14	36	39	39
Tidligere ryger	40	41	50
Aldrig ryger	39	37	46
Fysisk aktivitet			
Aktiv	41	40	47
Inaktiv	29	35	35

Tre gange så mange tidligere rygere som storrygere opfylder alle tre kriterier for sunde kostvaner (henholdsvis 12 pct og 4 pct). 43 pct af storrygerne opfylder ingen af de tre kriterier for sund kost mod 26 pct af de tidligere rygere. En fjerdedel af storrygerne bruger sjældent eller aldrig fedtstof på brødet mod halvdelen af de tidligere rygere. To ud af ti af storrygerne spiser dagligt store mængder af frugt og grønt mod fire ud af ti blandt de tidligere rygere. De moderate rygere - personer der ryger 1-14 cigaretter pr. dag - har ligeledes dårligere kostvaner end de tidligere rygere, men forskellen er betydeligt mindre. Kostvanerne hos personer, der aldrig har røget, adskiller sig ikke væsentligt fra de tidligere rygers.

Fysisk aktivitet. Personer, der er fysisk aktive, spiser gennemgående sundere end personer, der er fysisk inaktive (se kapitel 2 for en definition af fysisk aktive/inaktive). Dobbelt så mange af de fysisk aktive opfylder alle tre kriterier for sund kost (13 pct mod 6 pct). Flere af de fysisk aktive har et stort dagligt indtag af frugt og grønt, spiser fisk til middag mindst en gang om ugen og bruger ikke eller sjældent fedtstof på brødet.

Madkultur og kostmønster

Dansk madkultur er under forandring. Vores spisevaner er i de senere år især blevet påvirket af sydeuropæisk, orientalsk og nordamerikansk madkultur. Selv om de landsdækkende kostundersøgelser viser, at traditionelle danske

retter som hakkebøf og frikadeller stadig er de populæreste retter, er pastaretter, pizza, forårsruller og burgere blevet hverdagskost i mange familier. Desuden har industrielt fremstillede retter i betydelig grad vundet indpas på bekostning af retter, der fremstilles fra grunden af uforarbejdede råvarer. Mange mennesker spiser færdigretter til en del af deres hovedmåltider, til frokost i kantinen på deres arbejdsplads, færdigretter som de køber med hjem fra pizzeria eller supermarkedets frysedisk, eller mad som de får leveret til døren (f.eks. gennem kommunale madordninger). Rent ernæringsmæssigt er der både plusser og minusser ved denne udvikling.

Spørgsmålet *Hvor tit spiser du traditionel dansk mad som f.eks. medisterpølse med sovs og kartofler eller frikadeller til dagens varme måltid?* belyser befolkningens vaner med hensyn til traditionel dansk middagsmad. Traditionel dansk middagsmad har ry for at være for fed og indeholde for få grøntsager. Det har derfor interesse at undersøge, om personer, der fortrinsvis spiser traditionelle danske middagsretter til dagens varme måltid, generelt spiser mindre sundt end den del af befolkningen, der spiser mindre traditionelt. Bruger de oftere fedtstof på brødet, og spiser de mindre frugt, grønt og fisk?

Spørgsmålet *Hvor mange dage i de sidste syv dage har du spist færdigretter til frokost eller aftensmad?* belyser endvidere, hvor udbredt det er at spise færdigretter til et af dagens hovedmåltider. Også her undersøges det, om personer, der ofte spiser færdigretter, spiser mindre sundt end personer, der sjældent eller aldrig gør det.

Tabel 1.9*Spørgsmål vedrørende madkultur*

• Hvor tit spiser du traditionel dansk mad som f.eks. medisterpølse med sovs og kartofler eller frikadeller til dagens varme måltid?	
	Pct
Hver dag	7
Næsten hver dag	17
Et par gange om ugen	26
En gang om ugen	15
Mindre end én gang om ugen	20
Aldrig/meget sjældent	15
	100
Antal gange pr. uge i gennemsnit ³	2.3
N = 3952	
• Hvor mange gange i de sidste 7 dage har du spist færdigretter til frokost eller aftensmad?	
	Pct
0 gange	57
1-3 gange	28
4 eller flere gange	15
	100
Antal gange pr. uge i gennemsnit	2.9
N = 3909	

Resultater

To tredjedele af befolkningen spiser traditionel dansk middagsmad mindst en gang om

ugen (tabel 1.9). En fjerdedel gør det tit - 7 pct hver dag, 17 pct næsten hver dag. Kun 15 pct spiser aldrig eller sjældent

traditionel dansk middagsmad. Størstedelen af befolkningen spiser altså jævnligt retter med kød, sovs og kartofler til middagsmad, men de fleste gør det ikke hver dag. I gennemsnit bliver der spist traditionel dansk middagsmad 2,3 gange om ugen³. Det bør i den forbindelse nævnes, at der ikke indgår personer af fremmed etnisk herkomst i undersøgelsen.

Flere end fire ud af ti havde spist færdigretter til frokost eller aftensmad i de foregående syv dage. De fleste havde gjort det mellem en og tre gange, mens 15 pct havde gjort det fire gange eller mere. I gennemsnit blev der spist færdigretter 2,9 gange pr. uge.

Personer, der overvejende spiser traditionel dansk mad til dagens varme måltid, spiser gennemgående mindre sundt end personer, der aldrig eller kun sjældent spiser traditionel dansk middagsmad (tabel 1.10). Det, der adskiller de to

Tabel 1.10*Sammenhængen mellem kostmønster og helbred og sundhedsadfærd*

	Opfyldte kriterier for et sundt kostmønster				Total	Gennemsnit	Antal
	0	1	2	3			
	Pct						
Spiser traditionel dansk mad til dagens varme måltid							
Hver dag/næsten hver dag	40	37	18	4	100	* 0.86	956
1-2 gange om ugen	30	38	24	8	100	* 1.10	1612
Sjældnere/aldrig	20	34	30	15	100	1.41	1363
						p < 0.000	
Færdigretter til frokost eller middag inden for de seneste syv dage							
0 gange	26	35	27	11	100	1.24	2219
1-3 gange	33	38	22	7	100	* 1.03	1080
4+ gange	35	38	21	7	100	* 0.99	592
						p < 0.000	

* angiver at undergruppens gennemsnitsværdi er signifikant mindre ($p < 0.05$) end referenceværdien, der er den højeste gennemsnitsværdi indenfor hver variabel. Referenceværdien er markeret med fed.

³ Det egentlige gennemsnit er beregnet ved at tildele svarkategorierne følgende værdier: Aldrig/meget sjældent = 0. Mindre end én gang om ugen = 0.5. En gang om ugen = 1. Et par gange om ugen = 2.5. Næsten hver dag = 5.5. Hver dag = 7.

Tabel 1.11

Andel der opfylder kriterierne for hver af de tre indikatorer for sund kost

	+ Frugt og grønt	+ Fisk	- Fedtstof på brød
	Pct		
Spiser traditionel dansk mad til dagens varme måltid			
Hver dag/næsten hver dag	24	37	25
1-2 gange om ugen	33	39	38
Sjældnere/aldrig	46	38	57
Færdigretter til frokost eller middag inden for de seneste 7 dage			
0 gange	40	42	43
1-3 gange	31	31	41
4+ gange	24	37	38

grupper, er indtaget af frugt og grønt og brug af fedtstof på brødet, mens der ikke er forskel med hensyn til fisk.

Den samme tendens gør sig gældende med hensyn til færdigretter, men ikke nær så udpræget. Blandt personer, der har spist færdigretter mindst fire gange i de foregående syv dage, er det godt en tredjedel, der ikke opfylder nogen af de opstillede kriterier for et sundt kostmønster, mod en fjerdedel blandt dem, der ikke har spist færdigretter. Her er det først og fremmest indta-

Tabel 1.12

Sammenhængen mellem hyppigheden af traditionel dansk mad til dagens varme måltid og en række sociale kendetegn

	Hver dag/ næsten hv. dag	1-2 gange om ugen	Sjældnere/ aldrig	Total	Gennem- snit ³	Antal
	Pct					
Køn						
Mænd	29	43	28	100	* 2.63	1876
Kvinder	20	39	40	100	2.07	2076
	p < 0.000 gamma 0.22				p < 0.000	
Alder						
25-34 år	11	41	48	100	1.53	960
35-44 år	18	48	33	100	* 2.09	911
45-54 år	24	39	37	100	* 2.26	911
55-64 år	34	38	28	100	* 2.92	744
65-74 år	50	35	15	100	* 3.84	426
	p < 0.000 gamma -0.30				p < 0.000	
Uddannelsesniveau						
Lavt	43	35	22	100	* 3.38	782
Middel	26	43	31	100	* 2.44	2175
Højt	7	41	52	100	1.29	989
	p < 0.000 gamma 0.41				p < 0.000	
Samlivsforhold						
Gift	27	43	30	100	* 2.56	2355
Fast samlever	19	41	40	100	1.94	710
Alene	21	36	43	100	2.05	846
	p < 0.000				p < 0.000	
Bor med børn under 16 år						
Nej	28	36	36	100	* 2.46	2589
Ja	18	51	32	100	2.09	1345
	p < 0.000 gamma 0.05				p < 0.000	

* angiver at undergruppens gennemsnitsværdi er signifikant mindre ($p < 0.05$) end referenceværdien, der er den laveste gennemsnitsværdi indenfor hver variabel. Referenceværdien er markeret med fed.

get af frugt og grønt, der adskiller de to grupper.

Når man kombinerer de to spørgsmål, finder man de dårligste kostvaner hos de personer, der fortrinsvis spiser traditionel dansk mad til middagsmad og ofte spiser færdigretter. 34 pct i denne gruppe opfylder ingen af de tre kriterier for sund kost, mens kun 3 pct opfylder samtlige kriterier. Blandt personer, der sjældent eller aldrig spiser traditionel dansk mad og som ikke har spist færdigretter i de foregående syv da-

ge, er der 16 pct, som ikke opfylder nogen af kriterierne, mens 20 pct opfylder dem alle. Det gennemsnitlige antal kriterier, der er opfyldt for de to grupper, er henholdsvis 0,89 og 1,57.

Tabel 1.12 og 1.13 viser sammenhængen mellem en række sociale kendetegn, og hvor ofte man spiser traditionel dansk middagsmad samt hvor mange gange, man har spist færdigretter til frokost eller middag de seneste syv dage.

Køn. Mænd spiser oftere traditionel dansk mad end kvinder, og de spiser oftere færdigretter.

Alder. Ældre spiser oftere traditionel dansk mad end yngre. Blandt de 25-34-årige står det kun på menuen hver dag/næsten hver dag hos hver tiende, mens det hos de 65-74-årige er halvdelen, der spiser traditionel dansk middagsmad hver dag/næsten hver dag. Med færdigretter ses det omvendte mønster, idet seks ud af ti blandt de yngste havde spist færdigret-

Tabel 1.13

Sammenhængen mellem antallet af færdigretter til frokost eller middag inden for de seneste syv dage og en række sociale kendetegn

	0 gange	1-3 gange	4+ gange	Total	Gennem- snit	Antal
	Pct					
Køn						
Mænd	54	27	19	100	* 3.15	1721
Kvinder	59	28	12	100	2.75	1910
p < 0.000 gamma -0.12					p < 0.000	
Alder						
25-34 år	38	42	21	100	* 3.53	895
35-44 år	49	33	17	100	* 3.14	840
45-54 år	62	25	13	100	* 2.77	845
55-64 år	75	16	9	100	2.48	686
65-74 år	77	10	13	100	2.28	365
p < 0.000 gamma -0.30					p < 0.000	
Uddannelsesniveau						
Lavt	68	18	15	100	2.58	678
Middel	56	29	15	100	* 2.96	2016
Højt	52	33	16	100	* 3.15	931
p < 0.000 gamma 0.14					p < 0.000	
Samlivsforhold						
Gift	65	24	11	100	2.68	2198
Fast samlever	45	37	18	100	* 3.25	647
Alene	45	32	23	100	* 3.42	754
p < 0.000					p < 0.000	
Bor med børn under 16 år						
Nej	60	25	15	100	2.92	2365
Ja	52	33	15	100	2.99	1253
p < 0.000 gamma 0.11					p = 0.19	

* angiver at undergruppens gennemsnitsværdi er signifikant mindre ($p < 0.05$) end referenceværdien, der er den laveste gennemsnitsværdi indenfor hver variabel. Referenceværdien er markeret med fed.

ter inden for de seneste syv dage mod under en fjerdedel blandt de ældste. Tallene antyder et stærkt generationsmæssigt skred i kostvanerne.

Uddannelsesniveau. Der er betydelige uddannelsesmæssige forskelle i madkultur. Kun syv pct blandt personer på højeste uddannelsesniveau (= mellemlang og lang boglig uddannelse) spiser traditionel dansk mad til middag hver dag/næsten hver dag mod 26 pct på mellemste uddannelsesniveau (= faglærte) og 43 pct på laveste uddannelsesniveau (= ufaglærte). Til gengæld stiger andelen, der spiser færdigretter til frokost eller aftensmad med uddannelsesniveaulet.

Samlivsforhold. Gifte spiser gennemgående mere traditionelt end personer, der har en fast samlever eller er alene. Til gengæld spiser de to sidste grupper, som man kunne forvente, oftere færdigretter end de gifte.

Bor sammen med børn under 16 år. Personer, der bor sammen med børn under 16 år, spiser lidt sjældnere traditionel dansk mad, mens der er en svag tendens til, at personer i børnefamilier spiser lidt flere færdigretter (forskellen i gennemsnit er ikke statistisk signifikant).

Måltider og socialt samvær

Mad er ikke bare en kilde til ernæring. At spise sammen er en vigtig del af det at leve sammen og er i sig selv en vigtig trivselsfaktor. Muligvis bidrager det også til bedre kostvaner. En sociologisk undersøgelse fra Glasgow af spisesevanerne hos nyetablerede par viste, at især mændene oplevede, at de havde forbed-

ret deres kostvaner, fordi deres måltider blev mere regelmæssige, kosten mere "afbalanceret" og indtaget af grøntsager større (21).

Samvær i forbindelse med måltider er i nærværende undersøgelse belyst gennem spørgsmålet *Hvor tit spiser du din aftensmad sammen med andre?* med seks svaralternativer, der går fra *hver dag* til *aldrig/meget sjældent*. I det følgende beskrives sammenhængen mellem, hvor hyppigt man spiser aftensmad med andre og alder, samlivsforhold, generel trivsel og oplevelsen af at være uønsket alene.

Resultater

Langt de fleste indtager hovedparten af deres aftensmåltider sammen med andre. Otte ud af ti spiser aftensmad sammen med andre hver dag eller næsten hver dag (tabel 1.15). Kun 8 pct gør det mindre end en gang om ugen, sjældent eller aldrig. I gennemsnit spiser man aftensmad sammen med andre 5,7 af ugens syv dage.

Tabel 1.16 viser sammenhængen mellem, hvor tit man spiser aftensmad sammen med andre og alder, samlivsforhold, trivsel og oplevelsen af at være uønsket alene.

Tabel 1.15

Måltider og socialt samvær

• Hvor tit spiser du din aftensmad sammen med andre?	
Hver dag	Pct 64
Næsten hver dag	18
Et par gange om ugen	7
En gang om ugen	4
Mindre end én gang om ugen	5
Aldrig/meget sjældent	3
	100
Antal dage pr. uge i gennemsnit N = 3909	5.7

Alder. Der er lidt færre unge og ældre end midaldrende, der spiser aftensmad sammen med andre. Forskellen mellem aldersgrupperne er imidlertid ikke stor.

Samlivsforhold. Der er en tæt sammenhæng mellem samlivsforhold og det at spise aftensmad sammen med andre. Næsten alle gifte og samlevede indtager de fleste af deres aftensmåltider sammen med andre, mens det kun er knap en tredjedel af de enlige, der gør det.

Trivsel. En forholdsvis stor del af de personer, der vurderer deres trivsel og livskvalitet som nogenlunde eller dårlig, spiser sjældent eller aldrig aftensmad sammen med andre.

Uønsket alene. Fire ud af ti, der ofte er uønsket alene, spiser sjældent eller aldrig aftensmad sammen med andre.

Resultaterne understreger måltidets sociale dimension. At være enlig, at have en dårlig trivsel og livskvalitet og at føle sig uønsket alene er for mange også forbundet med, at man spiser sit aftensmåltid alene.

Tabel 1.16

Sammenhængen mellem hvor tit man spiser aftensmad sammen med andre og alder, samlivsforhold og trivsel

	Hver dag/ næsten hv. dag	1-2 gange om ugen	Sjældnere/ aldrig	Total	Gennem- snit ³	Antal
	Pct					
Alder						
25-34 år	78	15	7	100	* 5.46	964
35-44 år	88	8	4	100	6.05	913
45-54 år	84	9	7	100	* 5.74	911
55-64 år	82	9	9	100	* 5.73	744
65-74 år	71	12	17	100	* 5.08	424
p < 0.000 gamma 0.07					p < 0.000	
Samlivsforhold						
Gift	97	2	0.6	100	6.61	2359
Fast samlever	92	7	1.4	100	* 6.18	711
Alene	31	36	33	100	* 2.73	847
p < 0.000					p < 0.000	
Selvurderet trivsel og livskvalitet						
Virkelig god	87	8	4	100	6.15	873
God	83	10	6	100	* 5.77	2254
Nogenlunde	70	16	14	100	* 4.98	682
Dårlig	63	11	26	100	* 4.37	126
p < 0.000 gamma 0.35					p < 0.000	
Uønsket alene						
Oftes	37	20	43	100	* 2.80	154
En gang imellem	63	20	17	100	* 4.58	631
Sjældent	78	15	7	100	* 5.42	1094
Nej	93	5	3	100	6.36	2035
p < 0.000 gamma -0.61					p < 0.000	

* angiver at undergruppens gennemsnitsværdi er signifikant mindre ($p < 0.05$) end referenceværdien, der er den højeste gennemsnitsværdi indenfor hver variabel. Referenceværdien er markeret med fed.

Sammenfatning og diskussion

► Sunde og usunde kostmønstre.

Der er i et stort antal undersøgelser påvist en sammenhæng mellem kostens indhold af frugt og grønt, fisk, fedtstof og forekomsten af bl.a. hjertekarsygdomme og visse former for kræft. I de landsdækkende kostkampagner er der især lagt vægt på, at maden bør være fedtfattig, at flerumættede fedtsyrer (plante- og fiskeolier) bør foretrækkes frem for animalsk fedt (fedt fra kød og mælk), og at man bør spise meget frugt og grønt (600 gram om dagen) og anden fiberrig kost.

I undersøgelsen er der brugt tre indikatorer for et sundt kostmønster: 1. Et stort dagligt forbrug af frugt og grønt. 2. Fisk indgår hyppigt i kosten. 3. Der bruges ikke eller sjældent fedtstof på brødet. De tre indikatorer belyser nogle vigtige sider af kostmønstret, mens andre som forbruget af sukker og det samlede energiindtag pr. dag ikke indgår i undersøgelsen.

På baggrund af de tre indikatorer kan der tegnes et groft billede af udbredelsen af sunde og usunde kostmønstre i den østjyske befolkning. For den voksne befolkning som helhed gælder det, at følgen-

de andel opfylder hvert af de tre kriterier, således som de er definerede i undersøgelsen:

- 35 pct spiser frugt og grønt hver dag og 600 gram frugt og grønt mindst et par gange om ugen
- 38 pct spiser fisk til middag til dagens varme måltid en gang om ugen eller oftere
- 41 pct bruger aldrig/sjældent eller kun en gang imellem fedtstof på brødet

Det er imidlertid kun få, der lever op til alle tre kriterier for sund kost:

- 10 pct lever op til alle kriterier
- 25 pct lever op til to af kriterierne
- 36 pct lever op til et af kriterierne
- 29 pct lever ikke op til nogen af kriterierne

Der er således vide muligheder for forbedringer i kosten hos den voksne befolkning i Århus amt.

Undersøgelsen viser også, at der er betydelige forskelle i kostvaner i befolkningen både

med hensyn til sociale forhold, geografi, helbred, livsstil og madkultur. I [figur 1.3](#) er de forskellige variable, der har været inddraget i analysen i det foregående, ordnet efter graden af sammenhæng med kostmønstret. Ud fra et forebyggelsesperspektiv har det særlig interesse at vide, hvilke variable der især er forbundet med et usundt kostmønster. Der er derfor fokuseret på de undergrupper, hvor andelen af personer, der ikke opfylder nogen af de tre kriterier for sund kost, er størst.

Der skelnes i [figur 1.3](#) mellem følgende grader af sammenhæng:

En *stærk sammenhæng* hvor andelen med et usundt kostmønster er mindst 1,5 gange så stor i en eller flere undergrupper sammenlignet med undergruppen med den laveste andel ($RR \geq 1.50$).

En *moderat til svag sammenhæng* hvor andelen med et usundt kostmønster er mindre end 1,5 gange større i undergruppen med den største andel, men større end den statistiske usikkerhed ($RR < 1.50$).

Figur 1.3

Sammenhængen mellem kostmønster og sociale forhold, geografi, helbred, livsstil og madkultur

	SAMMENHÆNG MED KOSTMØNSTER		
	stærk	moderat til svag	ingen
	Undergrupper med størst andel med et usundt kostmønster er fremhævet		
• Sociale forhold	Køn Mænd	Uddannelsesniveau Lavt Middel	
	Alder Unge Midaldrende	Samlivsforhold Samlevende	
		Bor med børn under 16 år? Ja	
• Geografi		Lokalområde Nord Vest Syd	By/landsby/land (Ingen forskel)
• Helbred og livsstil	Rygevaner Storrygere	Fysisk aktivitet Fysisk inaktive	Selvurderet helbred (Ingen forskel)
		Langvarig sygdom Personer uden langvarig sygdom	Body Mass Index (Ingen forskel)
• Madkultur	Traditionel dansk middagsmad Spiser ofte traditionel dansk mad	Færdigretter til frokost og middag Spiser ofte færdigretter	
Relativ risiko	$RR \geq 1.50$	$RR < 1.50$	RR n.s.

Ingen sammenhæng hvor forskellen mellem undergruppernes andel med et usundt kostmønster er så lille, at den kan skyldes statistiske tilfældigheder (RR n.s.).

I skemaet er de undergrupper, der har den største andel med et usundt kostmønster, fremhævet.

I det foregående er sammenhængen mellem kostmønster og de enkelte variable analyseret hver for sig. De forskellige variable indgår imidlertid i et kompliceret samspil. Bliver sammenhængen mellem alder og kostmønster f.eks. svagere, når man tager højde for forskelle i uddannelsesniveau mellem unge og ældre? Ved hjælp af en *multivariat analyse* er det undersøgt, om sammenhængen mellem kostmønster og de enkelte variable påvirkes, når de øvrige variable inddrages i analysen.⁴

► **Sociale forhold.** Der er en stærk sammenhæng mellem forekomsten af et usundt kostmønster og køn og alder. Der er en moderat sammenhæng i forhold til uddannelsesniveau og samlivsforhold og en svag sammenhæng i forhold til, om man bor sammen med børn under 16 år eller ej.

- **Køn.** Flere mænd end kvinder har et usundt kostmønster. Især er der en større andel af mændene, der ikke har et stort dagligt forbrug af frugt og grønt, og færre der ikke eller sjældent bruger fedtstof på brødet.

- **Alder.** Flere unge end ældre har et usundt kostmønster. Der er flest i den yngste tiårs-

gruppe (25-34 år), der ikke opfylder nogen af de tre kriterier for sund kost. Herefter følger de 35-44-årige og de 45-54-årige. Unge og midaldrende spiser især mindre fisk til middag end ældre.

- **Uddannelsesniveau.** Der er en højere andel af personer med et lavt og middel uddannelsesniveau (= ufaglærte og faglærte), der ikke opfylder nogen af de tre kriterier for sund kost, end gruppen med et højt uddannelsesniveau. Personer med en boglig uddannelse spiser mere frugt og grønt, og især er der færre der bruger fedtstof på brødet.

- **Samlivsforhold.** Flere personer med en fast samlever har et usundt kostmønster end gifte og enlige. De spiser især mindre frugt og grønt og får sjældnere fisk til aftensmad.

- **Bor sammen med børn under 16 år.** Der er lidt flere af de personer, der bor i en børnefamilie, der har et usundt kostmønster, end personer, der ikke bor sammen med børn under 16 år. Der spises mindre fisk til middag i børnefamilierne og lidt flere bruger fedtstof på brødet.

Multivariat analyse

I den multivariate analyse er sammenhængen mellem køn og kostmønster uændret, mens sammenhængen med alder yderligere styrkes. Sammenhængen med uddannelsesniveau er til gengæld betydeligt svagere. Det skyldes først og fremmest, at en større andel på laveste og mellemste uddannelsesniveau ryger, er fysisk inaktive og spiser

traditionel dansk mad end personer på højeste uddannelsesniveau - faktorer der alle hænger sammen med en forøget forekomst af usunde kostvaner. Derfor svækkes sammenhængen mellem uddannelsesniveau og kostmønster, når disse faktorer inddrages i analysen. Uddannelsesniveau er dog fortsat en selvstændig faktor i forhold til kostmønsteret. Sammenhængen med samlivsforhold svækkes ligeledes, men er stadig statistisk signifikant. Der er imidlertid ikke længere nogen forskel på forekomsten af usunde kostvaner mellem personer, der bor sammen med børn under 16 år, og dem der ikke gør det.

► **Geografi.** Der er en moderat sammenhæng mellem forekomsten af et usundt kostmønster og lokalområde. Der er ikke forskel på andelen med et usundt kostmønster i byer, landsbyer og på landet.

- **Lokalområde.** Der er flere med et usundt kostmønster i den nordlige del af Århus amt (Randers og omliggende kommuner) og færrest i den midterste del (Århus-området). Især bliver der spist mindre frugt og grønt samt fisk til middag i Nord. De øvrige lokalområder har også en noget højere forekomst af usunde kostvaner end Århus-området.

- **By/landsby/land.** Kostmønsteret er som helhed lidt sundere i byer end i landsbyer og på landet, men når man specifikt sammenligner andelen, der ikke opfylder nogen af de tre kriterier for sund kost, er der ingen forskel.

⁴ Der er lavet en *logistisk regressionsanalyse* med forekomst/ikke forekomst af et usundt kostmønster som den afhængige variabel, og de 14 variable, der indgår i de bivariante analyser, som de uafhængige variable..

Multivariat analyse

I den multivariate analyse svækkes sammenhængen mellem kostmønster og lokalområde. Det er kun i Nord, at der er en statistisk signifikant højere andel med et usundt kostmønster.

► *Helbred og livsstil.* Der er en stærk sammenhæng mellem forekomsten af et usundt kostmønster og rygevaner og en moderat sammenhæng i forhold til fysisk aktivitet og langvarig sygdom. Der er ingen sammenhæng mellem et usundt kostmønster og selv-vurderet helbred og Body Mass Index.

- *Rygevaner.* Mange storrygere har et usundt kostmønster. Væsentligt færre storrygere end ikke-rygere har et stort dagligt forbrug af frugt og grønt, og væsentligt færre undlader at bruge fedtstof på brødet.

- *Fysisk aktivitet.* Flere fysisk inaktive end fysisk aktive har et usundt kostmønster. De fysisk aktive spiser mere frugt og grønt, får oftere fisk til middag og undlader oftere at bruge fedtstof på brødet.

- *Langvarig sygdom.* Blandt personer uden en langvarig sygdom er der en lidt større andel med et usundt kostmønster end blandt personer, der har en langvarig sygdom.

- *Selvurderet helbred.* Ingen sammenhæng.

- *Body Mass Index.* Ingen sammenhæng.

Multivariat analyse

Den multivariate analyse ændrer ikke væsentligt på de beskrevne sammenhænge. Sammenhængen mellem

kostmønster og rygevaner svækkes noget, men er stadig stærk. Sammenhængen mellem Body Mass Index og andelen med et usundt kostmønster er nu signifikant, men forholdsvis svag. Der er paradoksalt nok en større andel med et usundt kostmønster blandt personer, der ikke er overvægtige (BMI < 25), end hos moderat overvægtige (BMI 25-29,9).

► *Madkultur.* Der er en stærk sammenhæng mellem forekomsten af et usundt kostmønster, og hvor hyppigt man spiser traditionel dansk mad til dagens varme måltid. Der er en moderat sammenhæng i forhold til, hvor ofte man spiser færdigretter til frokost og middag.

- *Traditionel dansk mad til middagsmad.* En større andel af de personer, der overvejende spiser traditionel dansk mad til middag, har et usundt kostmønster end dem, der sjældent eller aldrig gør det. Langt færre har et stort indtag af frugt og grønt, og langt færre undlader at bruge fedtstof på brødet i den første gruppe end i den anden gruppe.

- *Færdigretter til frokost og middag.* En større andel blandt dem, der ofte spiser færdigretter, har et usundt kostmønster, sammenholdt med personer, der ikke gør det. Det er først og fremmest indtaget af frugt og grønt, der adskiller de to grupper.

Multivariat analyse

Den multivariate analyse ændrer ikke nævneværdigt ved disse sammenhænge.

.....
Tolkning. Kostmønsteret påvirkes af både sociale, geografiske og helbredsmæssige forhold samt af livsstil og madkultur. Man kan antage, at der bag disse faktorer ligger en mere generel faktor, en *orientering mod sund levevis*, som er en kombination af *interesse for, viden om og praktiske færdigheder* i at leve sundt. Der er stor forskel på, hvor meget mennesker går op i at leve sundt.

Kvinder er mere orienterede mod sund levevis end mænd - måske fordi de er mere optaget af deres børns og families sundhed. Bogligt uddannede er mere orienterede mod sund levevis end faglærte og ufaglærte - måske fordi de har lettere ved at afkode de forskellige sundhedsbudskaber og omsætte dem i praksis. Ældre og syge er mere orienterede mod sund levevis - måske fordi de er mere bekymrede for deres helbred end unge og raske.

Hvor optaget den enkelte er af sund levevis hænger således sammen med vedkommendes levevilkår. Knaphed på tid kan være en begrænsende faktor hos f.eks. børnefamilier i forhold til det at spise sundt. Det samme kan reklamer i børne-TV for produkter med et højt indhold af animalsk fedt eller "tomme kalorier". Det er ligeledes mere besværligt at sammensætte en sund og varieret kost, når husholdningsbudgettet er stramt, fordi der er færre valgmuligheder.

Den større eller mindre grad af orientering mod sund levevis kommer til

udtryk i sundhedsadfærden hos den enkelte. Derfor ser man en tendens til, at såvel sunde som usunde vaner optræder i "klumper":

Røgfrihed, fysisk aktivitet og sunde kostvaner følges ofte ad. Ligesom rygning, fysisk inaktivitet og usunde kostvaner.

Der er uden tvivl også andre forhold end den større eller mindre orientering i retning af sund levevis, der påvirker kostmønstret. At unge spiser betydeligt mindre fisk end ældre, kan næppe alene forklares med, at ældre er mere optaget af deres helbred. Det er snarere en følge af de generelle ændringer i madvaner, der er sket hos de yngre generationer.

► *Madkultur og kostmønster.*

Indsatsen for at fremme bedre kostvaner i befolkningen må til enhver tid tage udgangspunkt i den madkultur, der findes i befolkningen. Udgangspunktet for 1990'ernes landsdækkende oplysningskampagner var det traditionelle danske køkken. *Hvordan har du det?* viser, at der stadig er en stor del af befolkningen, der fortrinsvis spiser traditionel dansk mad. Men også at der er mange, der ikke gør det. Hos mange udgøres en del af dagens måltider ligeledes af færdigretter.

- *Køn.* Mænd spiser ofte traditionel dansk middagsmad og spiser oftere færdigretter til frokost eller middag.

- *Alder.* Ældre spiser væsentligt oftere traditionel dansk middagsmad end unge, som til gengæld oftere spiser færdigretter.

- *Uddannelsesniveau.* Personer på højeste uddannelsesniveau spiser langt sjældnere traditionel dansk middagsmad end personer på mellemste og laveste uddannelsesniveau. Til gengæld spiser de højt uddannede oftere færdigretter.

- *Samlivsforhold.* Giftede spiser oftere traditionel dansk mad end personer med en fast samlever og enlige. Til gengæld spiser de sjældnere færdigretter end de to andre grupper.

- *Bor med børn under 16 år.* Personer der ikke bor sammen med børn under 16 år spiser oftere traditionel dansk middagsmad end personer i børnefamilier. Der er kun lille forskel på de to gruppers forbrug af færdigvarer.

De bedste kostvaner finder man blandt personer, der sjældent eller aldrig spiser traditionel dansk mad eller færdige frokost- og middagsretter. Det er samtidig denne gruppe, der via TV og trykte medier bliver rigeligst forsynet med inspiration til madlavningen. "Trendy madlavning" med et internationalt tilsnit har gennemgående et mindre indhold af animalsk fedt og et større indhold af grøntsager, fisk og planteolie end traditionel dansk mad.

Det understreger, at der fortsat er brug for ernæringsoplysning til den del af befolkningen, der spiser mere traditionelt. Det er vigtigt fortsat at arbejde for at mindske mængden af fedt og øge mængden af grøntsager i det traditionelle danske køkken.

Der er endvidere brug for at fremme sunde kostvaner hos personer, der ofte spiser færdigretter. Her drejer det

sig om at fremme udviklingen af kompetente forbrugere, som er i stand til at sammensætte en sund kost ud fra færdigretter. Dette kan yderligere understøttes gennem bedre regler for deklarering af fødevarer, kvalitetsmærkning af sunde fødevarer og en indsats for sundere mad i kantiner og institutionskøkkener. Både offentlige myndigheder og fødevarebranchen er centrale aktører i denne sammenhæng.

Der synes ligeledes at være behov for en indsats, der tilskynder unge og familier med børn til at spise en varieret kost, herunder at spise mere fisk.

► *Måltider og socialt samvær.*

Der er ikke noget, der tyder på, at det fælles aftensmåltid er på retur i de østjyske familier. Giftede og samlevende spiser langt de fleste af deres aftensmåltider sammen med andre. Enlige derimod indtager i gennemsnit under halvdelen af deres aftensmåltider sammen med andre. Mennesker med dårlig selv vurderet trivsel og personer, som ofte føler sig uønsket alene, spiser også ofte deres aftensmåltid alene. Det understreger, at fællesspisning kan være et relevant led i en sundhedsfremmende indsats blandt personer med svagt socialt netværk og dårlig trivsel.

1. *Nordiske Næringsrekommandationer 1996*. Publ. 28. København: Nordisk Ministerråd, 1996.
2. Forbrugerstyrelsen. *De syv kostråd*. København: Forbrugerstyrelsen, 1995.
3. Trolle E, Fagt S, Ovesen L eds. *Frukt og grøntsager, anbefalinger for indtagelse*. Publ. nr. 244. København: Veterinær- og Fødevarerdirektoratet, 1998.
4. Berg T, Würtzen G. *Fisk som levnedsmiddel vurderet ud fra et helhedssyn*. København: Levnedsmiddelstyrelsen, 1987.
5. Stender S, Astrup AV, Dyerberg J, Færgeman O, Godtfredsen J, Lind EM, Marckmann P, Viggers L. Kostens betydning for patienter med iskæmisk hjertesygdom. *Ugeskrift for Læger* 1996; 158: 6885-91.
6. Haraldsdóttir J, Holm L, Jensen JH, Møller A. *Danskernes kostvaner 1985. 1. Hovedresultater*. Publ. nr. 136. København: Levnedsmiddelstyrelsen, 1986.
7. Haraldsdóttir J, Holm L, Jensen JH, Møller A. *Danskernes kostvaner 1985. 2. Hvem spiser hvad?* Publ. nr. 154. København: Levnedsmiddelstyrelsen, 1987.
8. Andersen NL, Fagt S, Groth MV, Hartkopp HB, Møller A, Ovesen L et al. *Danskernes kostvaner 1995. Hovedresultater*. Publ. nr. 235. København: Levnedsmiddelstyrelsen, 1996.
9. Fagt S, Groth MV, Andersen NL. *Danskernes kostvaner 1995. Mad og måltider*. FødevareRapport 2000:06. København: Fødevaredirektoratet, 2000.
10. *Danskernes kostvaner 2000-2001. Udviklingen i danskernes kost - forbrug, indkøb og vaner*. FødevareRapport 2002: 10. København: Fødevaredirektoratet, 2002.
11. Fagt S, Trolle E. *Forsyningen af fødevarer 1955-1999. Udviklingen i danskernes kost - forbrug, indkøb og vaner*. Søborg: Fødevaredirektoratet, 2001.
12. Groth MV, Fagt S. Udviklingen i kostvaner i Danmark og Sverige siden 1960'erne. *Ugeskrift for Læger* 2001; 163: 425-429.
13. *National kræftplan. Status og forslag til initiativer i relation til kræftbehandlingen*. København: Sundhedsstyrelsen, 2000.
14. Osler M, Godtfredsen J, Grønbæk M, Marckmann P, Overvad OK. En kvantitativ vurdering af kostens betydning for dødeligheden af hjertesygdomme i Danmark. *Ugeskrift for Læger* 2000; 162: 4921-4925.
15. Gundgaard J, Nielsen JN, Olsen J, Sørensen J. *Vurdering af de sundhedsøkonomiske konsekvenser ved et øget indtag af frugt og grøntsager*. Teknisk rapport. Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering, Syddansk Universitet, 2002.
16. *6 om dagen: sundhedsmæssige og sundhedsøkonomiske konsekvenser*. Kræftens Bekæmpelse, Syddansk Universitet og Fødevaredirektoratet, 2002.
17. Veer PV, Jansen MCJF, Klerk M, Kok FJ. Fruits and Vegetables in the Prevention of Cancer and Cardiovascular Disease. *Public Health and Nutrition* 2000;3(1): 103-7.
18. Holm L, Dynesen AW, Astrup AV, Haraldsdóttir J. De store ernæringskampagner virker faktisk! *Ugeskrift for Læger* 2002; 164: 649-651.
19. Haraldsdóttir J, Astrup A, Dynesen AW, Holm L. *Befolkningens fødevarerforbrug i 2001- sammenlignet med 1995 og 1998*. København: Ernæringsrådet, 2002.
20. Haraldsdóttir J, Dynesen A. Vis mig dit brød - og jeg ved, hvad du spiser! *Ernæringsrådets nyhedsbrev* 2002; 3: 2-3.
21. Kemmer D, Anderson AS, Marshall DW. Living together and eating together: changes in food choice and eating habits during the transition from single to married/cohabitating. *The Sociological Review*, 1998; (1): 48-72.

Motion

For lidt og for meget fordærver alt. Hårdt legemligt arbejde har gennem generationer ført til fysisk nedslidning i store dele af befolkningen. Men i dag er det alvorligste sundhedsproblem manglen på fysisk aktivitet. Fysisk inaktivitet udgør en væsentlig risiko for at udvikle en række alvorlige sygdomme, først og fremmest kredsløbssygdomme og type 2-diabetes (1, 2). Fysisk inaktivitet fremskynder endvidere den aldersbetingede svækkelse af musklerne med funktionstab og manglende selvhjulpethed til følge. Fremme af befolkningens fysiske aktivitet er derfor et vigtigt middel til at forbedre folkesundheden. Bevægelse i form af leg, sport og motionsaktiviteter skaber samtidig glæde og trivsel i dagligdagen.

Fysisk aktivitet er et forholdsvis nyt område i dansk sundhedspolitik. Der har fra både central og lokal side været mange tiltag for at motivere til mere fysisk aktivitet, men der er ikke formuleret en egentlig national motionspolitik. Med *Regeringens Folkesundhedsprogram 1999-2008* blev det et sundhedspolitisk mål, at øge andelen af fysisk aktive i befolkningen. Det skulle ske gennem oplysning og gennem lettere adgang til fysisk udfoldelse. Indsatsen i forhold til børn og unge blev for at sikre gode vaner tidligt i livet prioriteret højt. I *Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10* er målet, at antallet af fysisk aktive øges markant,

og at fysisk aktivitet skal være en naturlig del af hverdagen.

Hvor meget motion skal der til?

Opfattelsen af hvor meget og hvilken slags motion, der skal til, har ændret sig gennem tiden. Under 1970'ernes og 1980'ernes kondi-bølge var det fremherskende synspunkt blandt motionseksperter, at den forebyggende effekt ved fysisk træning hovedsageligt lå i en forbedring af konditionen. Det blev underbygget med resultater fra nogle af de epidemiologiske undersøgelser, der forelå på det tidspunkt. Konditionsforbedring opnås lettest gennem træning ved høj intensitet, og tidlige anbefalinger fra bl.a. *American College of Sports Medicine* lød på, at man skulle dyrke motion ved høj intensitet i 15-60 minutter ad gangen i 3-5 dage om ugen, f.eks. jogging og aerobic (3).

I løbet af 1990'erne blev det imidlertid dokumenteret, at også træning ved lav og moderat intensitet mindsker risikoen for at udvikle kredsløbssygdomme og type 2-diabetes. De nyeste undersøgelser tyder på, at selv moderat fysisk aktivitet medfører længere levetid end fysisk inaktivitet (4). Det er baggrunden for de officielle motionsanbefalinger, hvor der fokuseres på betydningen af let og moderat motion.

Kondi-bølgen har uden tvivl fået mange mennesker til at øge deres motionsaktivitet, men der er også mange, der ikke føler sig tiltrukket af hård

motion, måske fordi de synes, at det er ubehageligt, for krævende at indpasse i dagligdagen, eller fordi de synes, at de ikke magter det rent helbredsmæssigt. Forestillingen om, at "der skal sved på panden, for at det virker", at motion er noget, man skal klæde om til osv. har fået en del mennesker til på forhånd at opgive at lave motion. Andre er begyndt at motionere enten på egen hånd eller i en idrætsforening, men er holdt op igen efter en periode.

En gennemgang af 127 interventionsstudier viser, at let motion giver en større samlet stigning i den fysiske aktivitet end moderat eller hård motion, fordi personer med en stillesiddende livsstil er mindre tilbøjelige til at følge de mere krævende aktiviteter (5). Skader i forbindelse med intensive motionsformer er endvidere påvist som en vigtig grund til, at en del stopper med at motionere (6). Et kontrolleret forsøg med gangmotion med voksne, der til daglig var fysisk inaktive, viste, at ud af de fire kombinationer med *moderat/høj frekvens af motion* og *moderat/hård motion* var det kombinationen med høj frekvens og moderat motion, der gav den største samlede motionsmængde, fordi deltagerne i denne gruppe i højere grad end i de tre øvrige grupper fulgte træningsprogrammet (3).

Anbefalinger

I Danmark, ligesom i det øvrige EU og i USA, anbefaler sundhedsmyndighederne, at

voksne som minimum får 3-4 timers moderat motion om ugen (f.eks. rask gang eller cykling) jævnt fordelt med 30 minutter om dagen alle ugens dage. Virkningen kan opnås gennem flere mindre aktivitetsperioder på 5-10 minutter (1).

Det anbefales, at børn og unge er fysisk aktive en time om dagen. Aktiviteten bør være af mindst moderat intensitet. To gange ugentligt bør de desuden lave mere intensive aktiviteter, som f.eks. løb, spring og hop.

Det skal understreges, at der er tale om minimumsanbefalinger, der bygger på den videnskabelige dokumentation, der eksisterer i dag. Der findes ikke noget korrekt svar på spørgsmålet "Hvor meget fysisk aktivitet er nok?" (7) Træning ved højere intensitet og af længere varighed øger den forebyggende effekt, men der er udbredt enighed blandt eksperter om, at den største reduktion af risikofaktorerne indtræder ved en minimalt

forøget fysisk aktivitet for den helt eller næsten inaktive person. Enhver fysisk aktivitet er bedre end ingen aktivitet, når det drejer sig om forebyggelse af en række livsstilsbetingede sygdomme.

Det er ligeledes vigtigt, at være fysisk aktiv hver dag. Det skyldes, at den positive virkning af fysisk aktivitet på en række stofskifteprocesser ikke er "langtidsholdbar", men aftager i løbet af nogle timer. At korte aktivitetsperioder også tæller med i det samlede motionsregnskab, støttes af undersøgelser, der viser en positiv effekt af aktiviteter som at gå på trapper, at slå græs og at gå op ad bakke. F.eks. har rask gang på trapper af en varighed på blot to minutter vist sig at øge blodets indhold af "det gode kolesterol" (HDL kolesterol) hos unge, utrænede kvinder (8).

Danskernes motionsvaner

De væsentligste kilder til motion er arbejde, transport, hus-

arbejde og fritidsaktiviteter. Siden midten af 1950'erne har flere danskere fået stillesiddende arbejde. Samtidig har bilen overtaget en stor del af den transport, der før foregik til fods og på cykel, og en del af husarbejdet er blevet mekaniseret. Der er derfor sket en reduktion i den motion, der tidligere var "indbygget" i udførelsen af de daglige rutiner i og uden for hjemmet.

I *Sund hele livet* skønnes det, at 20-30 pct er så fysisk inaktive, at det indebærer en sundhedsrisiko. I Sundhedsstyrelsens håndbog om fysisk aktivitet anslås det, at 30-40 pct i 40-50 års alderen har så lave kondital, at de har en markant øget risiko for sygelighed og død (2).

Arbejde. I løbet af de sidste 50 år er andelen af arbejdsstyrken, der er beskæftiget i erhverv, der traditionelt er præget af hårdt fysisk arbejde som landbrug, fiskeri, industri og bygge- og anlægsvirksomhed reduceret fra 60 pct

MOTIONSANBEFALINGER

Voksne

- Alle voksne bør dagligt være fysisk aktive i 30 minutter af moderat intensitet, helst alle ugens dage. Et eksempel på moderat intensitet er moderat gang som forøger åndedrættet, men ikke mere end man stadig kan samtale. De 30 minutters daglige fysiske aktiviteter kan akkumuleres gennem flere seancer af 5-10 minutters varighed udført ved dagligdags aktiviteter.
- Folk, som p.t. er inaktive eller minimalt aktive, bør gradvist forøge aktiviteten med nogle minutter om dagen, indtil målet på 30 minutter er nået for at mindske risikoen for skader ved pludselig intensitetsforøgelse.
- De, som allerede opfylder ovennævnte minimumsanbefalinger, kan opnå yderligere præventiv effekt ved at blive endnu mere aktive eller øge intensiteten. Imidlertid ses den største forskel i sygdomsrater mellem de inaktive og de moderat aktive.

Børn og unge

- *Primær anbefaling:* Alle børn og unge bør være fysisk aktive af mindst moderat intensitet i en time om dagen. Børn og unge, som i øjeblikket er fysisk aktive, bør starte aktivitet af mindst moderat intensitet i en halv time om dagen.
- *Sekundær anbefaling:* Mindst to gange om ugen bør aktiviteterne fremme og vedligeholde muskelstyrke, bevægelighed og knoglesundhed.

Kilde: Sundhedsstyrelsen, 2001

til 27 pct, og samtidig er der sket en væsentlig mekanisering af arbejdet inden for disse erhverv (9).

De landsdækkende sundheds- sygelighedsundersøgelser fra Statens Institut for Folkesundhed viser, at andelen af beskæftigede med stillesiddende arbejde er øget fra 33 pct i 1987 til 37 pct i 2000 (10). En undersøgelse af udviklingen i stillesiddende arbejde fra 1985 til 1995 viser, at der i denne periode især er sket en kraftig stigning i andelen af mænd med stillesiddende arbejde. Særlig stor har stigningen været blandt unge mænd (11).

Fritidsaktiviteter. Mens der er sket en betydelig reduktion i den fysiske aktivitet i forbindelse med arbejde, transport og husarbejde, er der til gengæld langt flere, der dyrker motion i fritiden. Socialforskningsinstituttets fritidsundersøgelser viser, at der siden 1964 er sket en kraftig stigning i de midaldrende og ældres deltagelse i sport og motionsaktiviteter. Det er ikke længere kun børn og unge, der dyrker sport og motion. I de ældste aldersgrupper er deltagelsen næsten 20-doblet, og hos de midaldrende er deltagelsen 5-15-doblet. I 1964 dyrkede 15 pct af befolkningen på 16 år og derover sport og motion, mens det i 1998 var 51 pct. Der har samtidig været en kraftig stigning i andelen, der dyrker motion uden for idrætsforeningerne (12).

Frem til 1975 var det idrætter som gymnastik, fodbold, badminton, svømning og håndbold, der var de mest populære idrætsaktiviteter. Fra 1975 til 1993 begyndte nye aktivitetsformer at komme til, og i 1993 var jogging, aerobic og styrketræning således nået

op blandt de ti mest populære. Samtidig oplevede flere af de klassiske idrætsgrene fremgang såsom svømning, badminton, fodbold, sejlsport, golf og dans (12).

Tendensen med fremgang for de nye idrætter er fortsat siden 1993, og i 1998 angav en tredjedel af den voksne befolkning, at den dyrkede enten jogging, aerobic, styrketræning, kampsport eller yoga/afspænding. Holdidrætter dyrkes nu som før hovedsageligt af unge og yngre voksne, mens individuelle idrætter dyrkes af ældre (12).

Samtidig med at der dyrkes motion som aldrig før, er det sandsynligt, at fritiden som helhed er blevet mere præget af stillesiddende aktiviteter som TV-kiggeri og brug af computer. Antallet af timer der tilbringes foran TV har gennem en årrække været stigende for både børn og voksne og antallet af hjemmecomputere er steget næsten eksplosivt (9).

Udviklingen i den samlede fysiske aktivitet. Det er vanskeligt at opgøre udviklingen i den samlede fysiske aktivitet i befolkningen. I Glostrupundersøgelsen har man konstrueret et indeks over det samlede aktivitetsforbrug i arbejde og fritid og analyseret udviklingen fra 1964 til 1991. Mændenes indeks for fysisk aktivitet faldt med 1,6 pct pr. år, mens kvindernes steg med 1,7 pct. Det var især grupper med høj uddannelse, som forbedrede deres motionsvaner (13).

Forebyggelsespotentiale

Den foreliggende forskning tyder på, at øget fysisk aktivitet i befolkningen kan reducere (1, 2):

- Den samlede dødelighed.
- Forekomsten af kredsløbs- sygdomme og type 2-diabetes.
- Forekomsten af en række andre sygdomme som knogleskørhed, depression, visse former for kræft og hjerneblødning/blodprop i hjernen.
- Funktionstab, faldrisiko og forekomsten af hoftebrud hos ældre.
- Forekomsten af fedme.

Sundhedsstyrelsen peger endvidere i sin håndbog om fysisk aktivitet på, at motion ud over at forebygge også har vist sig som et effektivt middel til behandling og genoptræning i forbindelse med en lang række sygdomme (2).

I tre store danske epidemiologiske undersøgelser har man fulgt godt 30.000 mænd og kvinder i hovedstadsområdet i gennemsnitlig 14,5 år (14). Deltagerne blev inddelt i fire grupper i forhold til deres fysiske aktivitet på arbejde, til og fra arbejde i form af cykling og i fritiden. Gruppe 1 var de fysisk inaktive, og gruppe 4 var de mest aktive. Undersøgelsen viste følgende sammenhæng mellem fysisk aktivitet og dødelighed:

- Den relative risiko for død var reduceret betydeligt i aktivitetgrupperne 2 til 4 i forhold til gruppen af inaktive.
- Cykling til arbejde reducerede dødeligheden med yderligere 40 pct.
- En yderligere reduktion af dødeligheden sås blandt aktive sportsudøvere sammenlignet med personer, der ikke dyrkede sport.

Nationale initiativer på motionsområdet

Som nævnt er fysisk aktivitet et forholdsvis nyt område i dansk sundhedspolitik. Af tidligere nationale initiativer kan nævnes Forebyggelsesrådets indsats *Motion styrker livet - fire timer om ugen*, der blev lanceret i 1989, og som året efter blev til en vandreudstilling, der i en revideret udgave fortsat benyttes på gymnasier og seminarier.

Som led i *Regeringens Folkesundhedsprogram* blev *Forum for Motion* oprettet i 1999. Det har til formål at bidrage til at øge antallet af fysisk aktive i Danmark og sikre, at fysisk aktivitet i højere grad bliver en integreret del af både den centrale og lokale forebyggelse. Det er et sagkyndigt, uafhængigt forum under Indenrigs- og Sundhedsministeriet, som dels har en rådgivende rolle over for indenrigs- og sundhedsministeren, dels en debatterende og igangsættende rolle i forhold til konkrete initiativer på motionsområdet.

Hovedparten af den offentlige støtte i Danmark til fremme af befolkningens fysiske aktivitet går til den organiserede

idræt. Den centrale støtte gives til idrættens hovedorganisationer som bloktilskud, det vil sige uden særlige anvisninger fra politikernes side om midlernes anvendelse. I 1998 lancerede regeringen *Idrætspolitisk idéprogram 1999-2002*, der skulle anviser nye veje for idrætsudfoldelsen og skabe kontakt til grupper, som traditionelt ikke benytter tilbuddene i det organiserede idrætsliv (indvandrere, ældre og handicappede). Idéprogrammet blev finansieret af tipsmidlerne med 20 millioner årligt og støttede en række utraditionelle motionsaktiviteter. Programmet blev nedlagt i 2002 i forbindelse med regeringens sanering af råd, nævn og puljer.

For at styrke brugen af fysisk aktivitet i forebyggelse og behandling inden for sundhedssektoren udgav Sundhedsstyrelsen i 2003 *Fysisk aktivitet - en håndbog om forebyggelse og behandling* (2).

De fysisk inaktive

Set i et forebyggelsesperspektiv er det især interessant, at den største sundhedsmæssige effekt af motion indtræder ved en lille øgning i den fysiske aktivitet hos personer, der

er fysisk inaktive. Der ligger en stor sundhedsmæssig gevinst i at få den inaktive del af befolkningen til blot at være moderat fysisk aktiv.

Den ændrede opfattelse af, hvad der skal til for at opnå en forebyggende effekt gennem motion, åbner samtidig nye muligheder i det forebyggende arbejde i forhold til den del af befolkningen, der ikke føler sig tiltrukket af eller magter at dyrke sport. Daglig motion af let til moderat intensitet og af kort varighed kan nemmere integreres i hverdagens gøremål end "omklædningsmotion".

En fremtidig strategi til fremme af den fysiske aktivitet i befolkningen må derfor tage udgangspunkt i følgende elementer:

1. Identifikation af grupper med mange fysisk inaktive.
2. Forslag til aktiviteter som involverer personer med ringe fysisk aktivitet.
3. Forslag til hvordan man bedst sikrer, at den fysiske aktivitet bliver en integreret del af hverdagen.

Motionsvaner i Århus amt

I *Hvordan har du det?* indgår der fem spørgsmål vedrørende motion. Det er præciseret overfor svarpersonerne, hvad der lægges i ordet motion: "Ved *motion* menes her alle aktiviteter, hvor du får rørt dine muskler, bruger dine kræfter og bliver forpustet. Der tænkes altså ikke kun på motion i forbindelse med idræt og lignende." Der er stillet separate spørgsmål vedrørende motion på arbejde, motion til og fra arbejde (cykling, gang m.m.) og motion i fritiden. Der er spurgt til, om man dyrker idræt, eller om man deltager i andre aktiviteter i fritiden, som giver motion. Svarpersonerne er endvidere blevet bedt om at angive, hvor mange timers motion de får i alt ved de forskellige aktiviteter i løbet af en uge.

Fysisk aktive og inaktive

For at få et samlet mål for fysisk aktivitet er svarpersonerne efterfølgende opdelt i fysisk aktive og fysisk inaktive. Opdelingen kombinerer oplysningerne om motion på arbejde, til og fra arbejde, i fritiden og i alt i løbet af en uge (se boks). Der er ikke tale om en standardiseret metode, da en sådan ikke findes. I en oversigtsartikel om brug af spørgeskemaer til undersøgelse af fysisk aktivitet konkluderes det, at pålideligheden af de spørgsmål, der anvendes, er ringe til trods for, at man har anvendt spørgeskemaer til at beskrive fysisk aktivitet i over 40 år (14). Forfatterne efterlyser en international standard på området.

PERSONER REGNES SOM FYSISK AKTIVE

- hvis de:

- får *meget motion* på arbejde

ELLER

- får *mere end 4 timers motion* til og fra arbejde om ugen

ELLER

- får *en del motion* på arbejde og *2-4 timers motion* til og fra arbejde om ugen

ELLER

- dyrker idræt eller regelmæssigt deltager i andre motionsgivende aktiviteter i fritiden

UNDER FORUDSÆTNING AF

- at de ikke sammenlagt får mindre end to timers motion om ugen

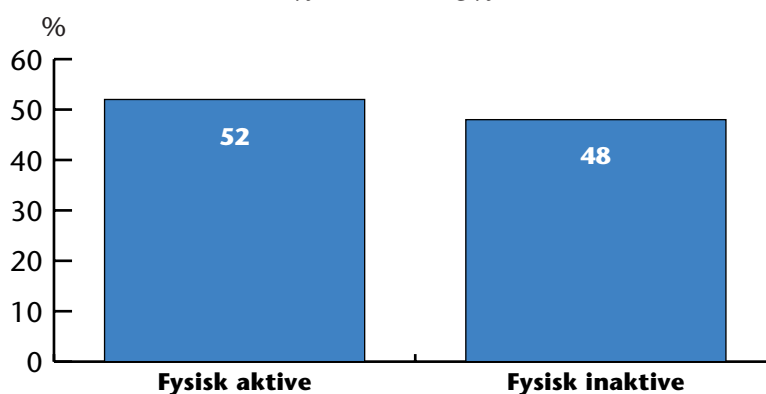
Resultater

Godt halvdelen (52 pct) af den voksne befolkning er fysisk aktiv ud fra de opstillede kriterier (figur 2.1). Der er en meget tæt sammenhæng mellem fysisk aktivitet og deltagelse i sport og motionsaktiviteter i fritiden (gamma 0,96). 86 pct af de aktive dyrker

sport eller motionsaktiviteter i fritiden, mens kun 11 pct af de inaktive gør det (og i givet fald mindre end to timer om ugen). Der er således meget få, der er klassificeret som fysisk aktive alene i kraft af den motion, de får på arbejde eller til og fra arbejde. Over halvdelen af dem, der får meget

Figur 2.1

Andel der er henholdsvis fysisk aktive og fysisk inaktive



N = 3790

motion på arbejde eller til og fra arbejde, dyrker også idræt eller anden motion i fritiden.

Motion på arbejde. Blandt de beskæftigede er der 15 pct, der får meget motion, og 31 pct der får en del motion på arbejde, mens resten kun får lidt eller ingen motion (tabel 2.1). En fjerdedel af de 25-74-årige har ikke arbejde. Når disse regnes med, er det kun cirka hver tiende, der får meget motion, og en fjerdedel der får en del motion i forbindelse med arbejde. Der er flere ældre end yngre, der får motion på arbejde (ikke vist i tabellen). Andelen, der får meget motion på arbejde, er således kun halv så stor i den yngste som i den ældste del af arbejdsstyrken, nemlig 12 pct mod 24 pct. Man må derfor forvente, at der fremover vil være endnu færre, der får motion i forbindelse med deres arbejde.

Motion til og fra arbejde. Der er forholdsvis få, der får motion til og fra arbejde (tabel 2.1). Seks ud af ti af de erhvervsaktive får som regel ingen motion til og fra arbejde. Kun fire procent får mindst fire timers motion om ugen til og fra ar-

bejde, og otte procent mellem to og fire timer om ugen. Regner man dem med, der ikke har arbejde, er det knap hver tiende, der får mindst to timers motion om ugen i forbindelse med transport til og fra arbejde.

Tabel 2.2 viser andelen af de erhvervsaktive, der får mindst to timers motion om ugen til og fra arbejde i forskellige dele af befolkningen. Flere kvinder end mænd får mindst to timers motion om ugen til og fra arbejde. Det samme gælder de bogligt uddannede i forhold til personer med en faglig uddannelse og ufaglærte, personer uden bil i husstanden i forhold til personer der har bil, byboere i forhold til folk, der bor i en landsby eller et landområde. Der er ligeledes væsentligt flere personer i Midt (Århus, Hinnerup, Hørning), der får mindst to timers motion til og fra arbejde om ugen, end i resten af amtet.

Den fysiske aktivitet i fritiden er belyst ved spørgsmålet *Hvad passer bedst som beskrivelse på din fysiske aktivitet i fritiden?* efterfulgt af en beskrivelse af fire aktivitetsniveauer (tabel

2.1). Tre procent placerer sig selv på det højeste aktivitetsniveau (hård træning, konkurrenceidræt), 29 pct på det næsthøjeste (motionsidræt eller fysisk krævende arbejde i hus og have), 56 pct på det næstlaveste niveau (gang, cykling og anden let motion nogle timer om ugen), mens 13 pct placerer sig på det laveste aktivitetsniveau (stillesiddende fritidsaktiviteter).

49 pct dyrker idræt eller deltager i andre aktiviteter i fritiden, der giver motion (tabel 2.1).

Den samlede mængde motion om ugen. 36 pct får mere end fire timers motion om ugen, 42 pct får mellem to og fire timer, og 22 pct får mindre end to timers motion om ugen (tabel 2.1).

20 TILFÆLDIGT UDVALGTE SVARPERSONER, DER FÅR HENHOLDSVIS MEGET MOTION OG INGEN MOTION PÅ ARBEJDE

Får meget motion på arbejde:

- Social- og sundhedsmedhjælper på et plejehjem
- Murermester
- Standsemaskineoperatør
- Instruktør i træningscenter på en fysioterapiklinik
- Postomdeler/kontorpakmester ved Post Danmark
- Pædagog i skovbørnehave
- Selvstændig VVS-installatør
- Entreprenør/brolægger
- Gaffeltruckmontør
- Gårdejer med malkekvæg

Får ingen motion på arbejde:

- Passer kontoret på et autoværksted
- Overlærer på 80% tid i folkeskolen
- Medhjælpende ægtefælle, regnskab m.v.
- Direktør i revisionsfirma
- Laborant på mejeri
- Frisørmester
- Sekretariatsleder/direktionssekretær
- Kørselsleder
- Bladtegner på avis
- Teknisk chef

Tabel 2.1*Motion på arbejde, til og fra arbejde og i fritiden*

- Hvor meget motion får du på arbejde?

	I arbejde	Pct	Alle
Meget motion	15		11
En del motion	31		24
Lidt motion	32		24
Ingen motion	22		16
Har ikke arbejde	-		25
	100		100
	N = 2963		N = 3929

- Hvor meget motion får du til og fra arbejde i løbet af en uge?

	I arbejde	Pct	Alle
Mere end 4 timer om ugen	4		3
2-4 timer om ugen	8		6
1-2 timer om ugen	13		10
Op til 1 time om ugen	17		13
Får som regel ingen motion	58		44
Har ikke arbejde	-		24
	100		100
	N = 2953		N = 3882

- Hvad passer bedst som beskrivelse af din fysiske aktivitet i fritiden det sidste år?

	Pct
- Jeg træner hårdt eller dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen	3
- Jeg dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde eller andet krævende husarbejde nogle timer om ugen	29
- Jeg spadserer, cykler eller får anden lettere motion i nogle timer om ugen (f.eks. søndagsture, lettere havearbejde samt motion i forbindelse med husarbejde)	56
- Jeg får kun lidt eller næsten ingen motion i fritiden	13
	100
	N = 3932

- Dyrker du nogen form for idræt eller deltager i andre aktiviteter, der giver motion?

	Pct
Ja	49
Nej	51
	100
	N = 3905

- Hvor meget motion får du alt i alt i løbet af en uge?

	Pct
Mere end 4 timers motion om ugen	36
2-4 timers motion om ugen	42
Mindre end to timers motion om ugen	22
	100
	N = 3896

Tabel 2.2*Andel af de erhvervsaktive der får 2 timers motion eller mere pr. uge til og fra arbejde*

	Pct
Alle	12
Køn	
Mand	9
Kvinde	15
Uddannelsesniveau	
Lavt	10
Middel	10
Højt	16
Bil i husstanden	
Ja	9
Nej	27
By/landsby/land	
By	14
Landsby	6
Landområde	6
Lokalområde	
Midt	17
Syd	6
Vest	7
Nord	7
Øst	7

Sociale forskelle

Tabel 2.3 viser sammenhængen mellem fysisk inaktivitet og en række sociale variable. I første kolonne er angivet sammenhængen mellem fysisk inaktivitet og de enkelte variable hver for sig. I anden kolonne er der justeret for de øvrige variable i tabellen ved hjælp af en multivariat analyse.

Køn. Der er ingen forskel mellem andelen af fysisk inaktive mænd og kvinder. Det gælder også efter, at der er justeret for de øvrige variable.

Alder. Som man kan forvente, stiger andelen af fysisk inaktive med alderen. Mere bemærkelsesværdigt er det, at der i den yngste aldersgruppe er 42 pct fysisk inaktive. Efter justering for de øvrige variable reduceres især andelen af fysisk inaktive blandt den ældste aldersgruppe. Den højere andel af fysisk inaktive i den ældste aldersgruppe forklares delvist af, at uddannelsesniveaut her er lavere end i de øvrige aldersgrupper, og at kun en mindre del af dem fortsat er i arbejde.

Uddannelsesniveau. Der er en markant sammenhæng mellem uddannelsesniveau og fysisk inaktivitet. Jo lavere uddannelsesniveau, jo større er andelen af fysisk inaktive. Forskellen reduceres ikke, når der justeres for alder og de øvrige variable i tabellen.

En nærmere analyse viser, at der også blandt de yngste aldersgrupper er en større andel af fysisk inaktive blandt personer på laveste uddannelsesniveau. Forskellen i fysisk aktivitet mellem uddannelsesniveauerne øges imidlertid, når man bevæger sig opad i aldersgrupperne. Det skyldes,

Tabel 2.3

Sammenhængen mellem fysisk inaktivitet og en række sociale kendetegn

	Fysisk inaktive		Antal
	Ujusteret	Justeret ¹	
	Pct		
Køn			
Mænd	49	49	1809
Kvinder	48	47	1981
$p = 0.474$ gamma -0.02			
Alder			
25-34 år	42	43	954
35-44 år	* 50	* 49	895
45-54 år	* 47	* 50	895
55-64 år	* 51	* 49	696
65-74 år	* 61	* 52	350
$p < 0.000$ gamma 0.13			
Uddannelsesniveau			
Lavt	* 57	* 55	695
Middel	* 50	* 50	2108
Højt	39	41	985
$p < 0.000$ gamma -0.21			
I arbejde			
Ja	45	45	2915
Nej	* 60	* 59	875
$p < 0.000$ gamma 0.30			
Samlivsforhold			
Gift	* 49	48	2265
ast samlever	44	47	698
Alene	* 50	50	792
$p = 0.054$ gamma -0.01			
Bor med børn under 16 år			
Nej	48	52	2444
Ja	49	* 59	1335
$p = 0.65$ gamma 0.02			

* angiver at undergruppens andel er signifikant større ($p < 0.05$) end referenceværdien, der her er den laveste andel indenfor hver variabel. Referenceværdien er markeret med fed.

¹ Der er justeret for køn, alder, uddannelsesniveau, i arbejde, samlivsforhold og bor med børn under 16 år ved hjælp af logistisk regression.

at andelen af fysisk aktive blandt de højtuddannede stort set ikke ændrer sig med alderen, mens andelen af fysisk aktive daler med alderen blandt personer på såvel laveste som mellemste uddannelsesniveau.

I arbejde. Der er betydeligt færre, der er fysisk inaktive blandt personer, der er i arbejde, end blandt personer der ikke er i arbejde. Heller ikke denne forskel forsvinder, når der justeres for alder og de øvrige variable i tabellen.

Samlivsforhold. Der er flere fysisk inaktive blandt personer, der er gift, og personer, der er alene, sammenholdt med personer, der har en fast samlever. Forskellen forsvinder, når der justeres for de øvrige variable. Forskellen skyldes først og fremmest, at der er en stor overvægt af unge blandt personer med en fast samlever.

Bor med børn under 16 år. Der er ikke forskel i andelen af fysisk inaktive i forhold til om man bor i en børnefamilie eller ej. Efter justering for de øvrige variable i tabellen, er der imidlertid flere fysisk inaktive i børnefamilier. En forklaring kan være, at børnefamiliers dagligdag gennemgående er mere presset sammenlignet med andre i samme aldersgruppe, og at det derfor kan være vanskeligere at få tid til at motionere.

Geografiske forskelle

Det fremgår af [tabel 2.4](#) at Midt (Århus, Hinnerup og Hørning) er det lokalområde, der har den laveste andel af fysisk inaktive i Århus amt, mens Nord (Randers og de otte omliggende kommuner), har den højeste andel af fysisk inaktive. Forskellen reduceres en smule, når der justeres for de variable, der indgår i [tabel 2.3](#) og [2.4](#).

Der er lidt flere fysisk inaktive i landsbyer end i by og på land. Forskellen forbliver uændret, når der justeres for variablene i [tabel 2.3](#) og [2.4](#).

Tabel 2.4

Sammenhængen mellem fysisk inaktivitet og geografiske forhold

	Fysisk inaktive		Antal
	Ujusteret	Justeret ¹	
	Pct		
Lokalområde			
Midt	45	47	1738
Syd	49	48	264
Vest	48	47	592
Nord	* 54	* 52	808
Øst	49	45	388
p = 0.002			
By/landsby/land			
By	47	47	2745
Landsby	* 53	* 52	546
Land	49	47	396
p = 0.039			

* angiver at undergruppens andel er signifikant større ($p < 0.05$) end referenceværdien, der her er den laveste andel indenfor hver variabel. Referenceværdien er markeret med fed.

¹ Der er justeret for lokalområde, by/landsby/land, køn, alder, uddannelsesniveau, i arbejde, samlivsforhold og bor med børn under 16 år ved hjælp af logistisk regression.

Forskelle i forhold til helbredsforhold og sundhedsadfærd

Tabel 2.5 viser, at der er en betydelig sammenhæng mellem helbred og fysisk inaktivitet. Der er således væsentligt flere fysisk inaktive blandt personer, der:

- føler sig hæmmet af langvarig sygdom
- har et nogenlunde/dårligt selv vurderet helbred
- er begrænset med hensyn til at gå på trapper
- har følt sig nedtrykt og deprimeret i de seneste 14 dage
- er overvægtige eller svært overvægtige

end blandt personer, der ikke dør med disse helbredsproblemer. Forskellene reduceres ikke, når der justeres for en række sociale baggrundsvariable.

Der er ligeledes en markant sammenhæng mellem såvel rygevaner som kostvaner og fysisk inaktivitet. Der er flere fysisk inaktive blandt rygere end blandt ikke-rygere. Der er en endnu større forskel i aktivitetsniveau mellem personer med et usundt og et sundt kostmønster. 57 pct af de personer, der har et usundt kostmønster, er fysisk inaktive, mod 29 pct blandt personer med et sundt kostmønster.

Tabel 2.5

Sammenhængen mellem fysisk inaktivitet og helbred og sundhedsadfærd

	Fysisk inaktive		Antal
	Ujusteret	Justeret ¹	
	Pct		
Hæmmet af langvarig sygdom			
Ingen sygdom	46	46	2350
Ikke hæmmet trods sygdom	48	47	241
En smule hæmmet	* 50	49	691
Meget hæmmet	* 62	* 58	364
p < 0.000 gamma 0.15			
Selv vurderet helbred			
Virkelig godt/godt	44	45	2893
Nogenlunde/dårligt	* 62	* 59	886
p < 0.000 gamma 0.36			
Funktionsbegrænsning - gang på trapper			
Meget begrænset	* 69	* 65	177
Lidt begrænset	* 64	* 61	737
Slet ikke begrænset	43	44	2864
p < 0.000 gamma -0.40			
Nedtrykt, deprimeret, ulykkelig seneste 14 dage			
Nej	45	45	2831
Lidt generet	* 55	* 55	747
Meget generet	* 62	* 61	126
p < 0.000 gamma 0.21			
Body Mass Index			
< 25	44	45	2072
25-29.9	* 50	* 49	1238
30 ≥	* 62	* 60	425
p < 0.000 gamma 0.19			
Rygevaner - cigaretter pr. dag			
15 eller flere	* 59	* 58	816
1-14	* 53	* 53	491
Tidligere ryger	* 46	* 45	893
Aldrig ryger	42	43	1517
p < 0.000 gamma -0.21			
Opfyldte kriterier for sundt kostmønster			
0	* 57	* 57	1113
1	* 49	* 49	1369
2	* 44	* 43	932
3	29	29	353
p < 0.000 gamma -0.23			

* angiver at undergruppens andel er signifikant større ($p < 0.05$) end referenceværdien, der her er den laveste andel indenfor hver variabel. Referenceværdien er markeret med fed.

¹ Der er justeret for køn, alder, uddannelsesniveau, i arbejde, samlivsforhold og bor med børn under 16 år ved hjælp af logistisk regression.

Sammenfatning og diskussion

Opfattelsen af hvor meget og hvilken slags motion, der skal til for at opnå en forebyggende virkning, har ændret sig i de senere år. Under 1970'ernes og 1980'ernes kondi-bølge var opfattelsen blandt motionseksperter, at motionen skulle være intensiv. I løbet af 1990'erne blev det imidlertid dokumenteret, at også træning ved lav og moderat intensitet mindsker risikoen for at udvikle forskellige livsstilssygdomme.

Sundhedsstyrelsen anbefaler at voksne som minimum får en halv times moderat motion hver dag. Det betones, at regelmæssig motion er vigtigere end motion af høj intensitet. Børn bør have mindst en times motion om dagen, og to gange om ugen bør de lave mere intensive aktiviteter.

Den største sundhedsmæssige effekt opnås ved en lille øgning af den fysiske aktivitet hos personer, der er fysisk inaktive. Det er derfor vigtigt at belyse, hvilke dele af befolkningen, der især er fysisk inaktive.

Ser man på motion i forbindelse med arbejde, til og fra arbejde og i fritiden under ét viser *Hvordan har du det?*, at halvdelen af den voksne befolkning i Århus amt er fysisk inaktive ud fra de anvendte kriterier. Der er derfor et stort spillerum for at øge den fysiske aktivitet i befolkningen. En forholdsvis lille del af befolkningen får motion på arbejde eller til og fra arbejde. Langt flere dyrker idræt eller anden form for motion i fritiden.

- Halvdelen af den voksne befolkning kan betegnes som fysisk inaktiv
- Halvdelen dyrker idræt eller laver andre former for motion i fritiden
- Over halvdelen af de erhvervsaktive får kun lidt eller ingen motion på arbejde
- Hver tiende får meget motion og en fjerdedel får en del motion i forbindelse med arbejde
- Færre unge end ældre blandt de erhvervsaktive får motion på arbejde
- Seks ud af ti får ingen motion til og fra arbejde
- Knap hver tiende får to timers motion eller mere om ugen til og fra arbejde

► *Sociale forskelle.* Der er flere fysisk inaktive blandt de ældre end blandt de yngre. Selv i den yngste aldersgruppe er der imidlertid 42 pct fysisk inaktive. Den højere andel af fysisk inaktive i den ældste aldersgruppe forklares delvist af, at uddannelsesniveaut her er lavere end i de øvrige aldersgrupper, og at kun en mindre del af dem fortsat er i arbejde.

Jo lavere uddannelsesniveau, jo større er andelen af fysisk inaktive. Forskellen er størst i de ældste aldersgrupper. Blandt de højtuddannede ændrer andelen af fysisk aktive sig stort set ikke med alderen, mens andelen af fysisk aktive daler med alderen blandt personer på laveste og mellemste uddannelsesniveau.

Der er flere fysisk inaktive blandt personer i arbejde, end blandt personer, der ikke er i arbejde. Det gælder også efter at der er justeret for alder og andre sociale faktorer.

Der er ingen forskel på andelen af fysisk inaktive blandt

mænd og kvinder. Der er færre fysisk inaktive blandt personer, der er samlevende, end blandt gifte og enlige. Denne forskel forsvinder, når der justeres for alder og andre sociale faktorer.

.....
Tolkning. Mange ældre med faglærte og ufaglærte job (mellemste og laveste uddannelsesniveau) har været vant til at få meget motion i forbindelse med deres arbejde. Denne gruppe har derfor ikke i samme udstrækning som personer med en mellemlang og lang boglig uddannelse (højeste uddannelsesniveau) følt et behov for at motionere i fritiden. De har måske også manglet overskud til at dyrke motion, fordi de har været fysisk trætte efter arbejde og haft smerter i ryggen eller andre dele af bevægeapparatet.

Der er derfor færre blandt de faglærte og ufaglærte, som har indarbejdet faste vaner med hensyn til motion i fritiden. De bogligt uddannede har derimod i højere grad vænnet sig til at dyrke motion i fritiden. Det kan forklare, at flere af de bogligt uddannede fortsat er fysisk aktive op i årene, mens den fysiske aktivitet daler markant hos faglærte og ufaglærte, når de forlader arbejdsmarkedet.

.....

► *Geografi.* De geografiske forskelle i fysisk aktivitet er små. Der er færrest fysisk inaktive i Århus-området (Århus, Hinnerup og Hørning) og flest fysisk inaktive i den nordlige del af Århus amt (Randers og de otte omliggende kommuner). Der er lidt flere fysisk inaktive i landsbyer end i by og landområder.

► *Helbred og livsstil.* Der er en betydelig sammenhæng mellem helbred og fysisk inaktivitet. Der er flere fysisk inaktive blandt personer med langvarig sygdom og dårligt selvvurderet helbred. Der er en stor andel af fysisk inaktive blandt gangbesværede, men også blandt personer med psykiske symptomer. Gruppen af overvægtige og i endnu højere grad svært overvægtige har ligeledes en større andel af fysisk inaktive.

Der er ligeledes flere fysisk inaktive blandt rygere end blandt ikke-rygere og blandt personer med et usundt kostmønster end blandt personer med et sundt kostmønster.

Figur 2.2

Sammenhængen mellem fysisk aktivitet og sociale forhold, geografi, helbred og livsstil

	Sammenhæng med fysisk aktivitet		
	stærk	moderat til svag	ingen
	Undergrupper med størst andel af fysisk inaktivitet er fremhævet		
• Sociale forhold		Alder Ældre Uddannelsesniveau Lavt Middel I arbejde Nej Samlivsforhold Gift Alene	Køn (Ingen forskel) Bor med børn under 16 år (Ingen forskel)
• Geografi		Lokalområde Nord By/landsby/land Landsby	
• Helbred og livsstil	Gang på trapper Meget begrænset Lidt begrænset	Hæmmet af langvarig sygdom Meget hæmmet En smule hæmmet Langvarig sygdom Selvvurderet helbred Nogenlunde/dårligt Nedtrykt Meget generet Lidt generet Body Mass Index Svær overvægt Overvægt	
	Kostmønster Usundt kostmønster	Rygevaner Storryger Moderat ryger	
Relativ Risiko	RR \geq 1.50	RR<1.50	RR n.s.

Referencer

1. *Fysisk aktivitet og sundhed*. København: Sundhedsstyrelsen, 2001.
2. *Fysisk aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling*. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, 2003.
3. Perri M et al. Adherence to exercise prescriptions: effects of prescribing moderate versus higher levels of intensity and frequency. *Health Psychology* 2002; 21(5): 452-458.
4. Lee IM, Paffenbarger RS. Associations of light, moderate, and vigorous intensity physical activity with longevity. *American Journal of Epidemiology* 2000; 151: 293-299.
5. Dishman RK, Buckworth J. Increasing physical activity: a quantitative synthesis. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 1996; 38: 706-719.
6. Dishman RK, Buckworth J. Adherence to physical activity. In Morgan WP (ed.), *Physical activity and mental health* (pp. 63-80). Philadelphia: Taylor & Francis, 1997.
7. Kjær M, Andersen LB, Hansen ILK. Fysisk aktivitet: hvilket minimum er tilstrækkeligt i et sundhedsmæssigt perspektiv? *Ugeskrift for Læger* 2000; 162: 2164-2168.
8. Boreham CAG, Wallace WFM, Nevill A. Training effects of accumulated daily stair-climbing exercise in previously sedentary young women. *Preventive Medicine* 2000; 30: 277-81.
9. *Den danske fedmeepidemi. Oplæg til en forebyggelsesstrategi*. København: Ernæringsrådet, 2003.
10. Kjøller M, Rasmussen NK (red.). *Sundhed og sygdom i Danmark & udviklingen siden 1987*. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002.
11. Matthiessen J, Andersen NL, Ovesen LF. Betydningen af kost og fysisk aktivitet for fedmeudviklingen i Danmark fra 1985 til 1995. *Ugeskrift for Læger* 2001; 163: 2941-2945.
12. Larsen K. *Idrætsdeltagelse og idrætsforbrug i Danmark*. Århus: Klim, 2003.
13. Schroll M. Forebyggelse af hjerte-kar-sygdomme - erfaringer fra Glostrup-undersøgelserne. *Rapport fra konsensus-konference 4.-6. marts 1996*. Dansk Sygehus Institut 1996: 59-69.
14. Shepard RJ. Limits to the measurement of habitual physical activity by questionnaires. *British Journal of Sports and Medicine* 2003; 37: 197-206.

Fedme

Globalt overstiger antallet af overvægtige nu antallet af undervægtige. WHO karakteriserer den stigende forekomst af svær overvægt som et af de væsentligste kommende globale folkesundhedsproblemer (1). I Danmark er det et sundhedspolitisk mål, at stigningen i antallet af svært overvægtige skal stoppes. Målet indgik i *Regeringens Folkesundhedsprogram 1999-2008* og er gentaget i *Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*.

Fedme som sundhedsproblem

Fedme defineres som en tilstand, hvor mængden af fedt i kroppen er forøget i en grad, så det har konsekvenser for helbredet. Den nøjagtige mængde eller andel af kropsfedt, som medfører negative helbredskonsekvenser, kendes ikke (2).

Det mest anvendte mål for overvægt og fedme er *Body Mass Index*, der beregnes ud

fra kropsvægt og højde (se boks). WHO betegner et BMI på 25 eller mere som overvægt og et BMI på 30 eller mere som svær overvægt/fedme (3).

Dødeligheden er kun let øget hos personer med overvægt, mens dødeligheden er dobbelt så stor hos personer med svær overvægt/fedme. En svaghed ved BMI er, at det ikke kan skelne mellem fedt- og muskelmasse. Bugfedme, der forekommer hyppigst hos mænd, udgør en særlig risiko. Der er tale om bugfedme, når taljemål divideret med hofte-mål er større end 0,85 for kvinder og større end 1,0 for mænd (15).

De fire mest almindelige helbredsproblemer i forbindelse med fedme er (4):

- Hjertesygdomme
- Type 2-diabetes
- Forhøjet blodtryk
- Slidgigt

Fedme forøger ligeledes risikoen for forskellige former for kræft bl.a. tyktarmskræft, brystkræft og livmoderkræft.

Hertil kommer de psykiske og sociale følger af fedme i form af lavt selvværd og negative reaktioner fra omgivelser, samt sociale konsekvenser som f.eks. arbejdsløshed og førtidspension.

En svensk undersøgelse viser, at midaldrende mænd med svær overvægt har en øget risiko for førtidspension (6). En dansk undersøgelse viser, at overvægtige kvinder har flere komplicerede fødselsforløb end normalvægtige (5).

Det anslås, at 5-8 pct af det danske sundhedsbudget nu går til fedmens følgesygdomme (hjertekarsygdomme, sukkersyge, pensioner m.v.) (2).

Overvægt og fedme i Danmark

I *Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt* anslås

BODY MASS INDEX

$BMI = \text{kropsvægt i kilo divideret med højden i anden målt i meter} - \text{kg}/(\text{højde i meter})^2$

Der bruges følgende kriterier for inddeling i undervægt, overvægt og fedme:

	BMI (kg/m ²)	Risiko for følgesygdomme
Undervægt	under 18,5	
Normalvægt	18,5-24,9	-
Overvægt	25 og derover	let øget
Svær overvægt/fedme	30 og derover	
- klasse 1	30-34,9	moderat øget
- klasse 2	35-39,9	meget øget
- klasse 3 (ekstrem overvægt)	40 og derover	voldsomt øget

det, at 30-40 pct af den voksne befolkning er overvægtige. Det drejer sig om mere end 1,3 millioner danskere.

10-13 pct er svært overvægtige, hvilket svarer til mindst 400.000 personer (7). Ernæringsrådet vurderer, at der alene blandt de 30-60-årige er 350.000 personer, der lider af egentlig fedme (8).

Forekomsten af overvægt i Danmark er steget inden for de seneste årtier. Fra sessionsundersøgelser vides, at forekomsten af fedme blandt unge mænd er forøget cirka 30 gange gennem de sidste 40 år. Siden 1987 er der i den voksne befolkning sket en stigning i forekomsten på 75 pct. Stigningen har især fundet sted i de yngste aldersgrupper og hos personer med lav uddannelse. Også blandt børn er der sket en foruroligende stigning i overvægt i de senere år. I 1997 var 7-10 pct af børnene i 8.-9. klasse overvægtige. Cirka 4 pct var svært overvægtige, hvilket er en tredobling i perioden 1972-1997. Udviklingen i Danmark afspejler en global trend, som ifølge WHO indebærer, at 60-70 pct af alle europæere vil være overvægtige i 2030, hvis udviklingen fortsætter som hidtil (8).

Hvorfor stiger antallet af overvægtige?

Fedme udvikler sig gennem vægtstigning, der sædvanligvis foregår gradvist over mange år. Indtager man mere energi, end man forbrænder, ophobes der fedt i kroppens depoter. Der er tale om et samspil mellem arv, ernæring og motion. Den præcise mekanisme ved udvikling af fedme er endnu ikke klarlagt. Muligvis er der hos nogle mennesker en øget tendens til at optage og holde på fedtet, således at udvikling af fedme

ikke blot er et spørgsmål om "at spise for meget og motionere for lidt" (9).

Fedmeforskerne har i de senere år været optaget af det fænomen, der kaldes *det amerikanske paradoks*: det forhold at fedtindholdet i kosten tilsyneladende falder, samtidig med at antallet af overvægtige stiger. Fænomenet blev første gang iagttaget i USA, men har nu også vist sig i Danmark. En nærliggende forklaring på paradokset er, at den fysiske aktivitet og dermed energibehovet i befolkningen er faldet endnu hurtigere end faldet i det samlede energiindtag. Det kan imidlertid ikke udelukkes, at der også er andre forhold, der spiller ind. F.eks. kan der være grupper i befolkningen, som har haft et stigende indtag af fedt på trods af, at fedtprocenten i kosten som helhed har været faldende (10).

Forebyggelsespotentiale

En analyse af data fra det kendte *Framingham Heart Study* fra 1948 til 1990 viser, at personer med svær overvægt (BMI \geq 30) som 40-årige i gennemsnit levede 6-7 år kortere end normalvægtige (11). Overvægtige (BMI 25-29,9) som ikke røg levede tre år kortere end normalvægtige. Svært overvægtige rygere levede 13-14 år kortere end normalvægtige ikke-rygere. Det viser en reduktion i livslængde ved fedme, der stort set svarer til den, der kendes fra rygning.

En anden undersøgelse, der bygger på en række amerikanske befolkningsundersøgelser, viser en reduktion i livslængde, der svinger fra 0-1 år for 40-årige overvægtige af begge køn (BMI 25-29,9) til 13 år for 20-årige mænd med særdeles svær overvægt (BMI \geq 45) (12).

Grunde til at forebygge fedme

I klaringsrapporten *Fedme i Danmark* opregnes en række grunde til, at man bør satse på forebyggelse af fedme frem for behandling, når fedmen først er fuldt udviklet (2):

- Fedme udvikles over tid, og når den først er udviklet er den svær at behandle.
- En række undersøgelser har vist, at behandling af fedme ikke giver tilfredsstillende resultater på langt sigt.
- De helbredsmæssige konsekvenser, der er forbundet med fedme, skyldes akkumuleret fysisk og metabolisk stress på grund af lang tids overvægt, som måske ikke ændres ved vægttab.
- Andelen af befolkningen, som er overvægtige eller fede, er nu så stor i mange vestlige lande, at der ikke er tilstrækkelige ressourcer til at kunne tilbyde alle behandling.

Det er dog stadig relevant at arbejde med forebyggelse i forhold til svært overvægtige. Mange af de sundhedsproblemer der relaterer sig til fedme som forhøjet blodtryk, unormal fordeling af fedtstof i blodet (dyslipidæmi) og nedsat insulinfølsomhed, kan påvirkes gennem motion uden vægttab (13). Flere undersøgelser tyder på, at fysisk aktivitet har en beskyttende effekt uanset BMI. Det gælder i forhold til dødsfald på grund af hjertesygdom og udvikling af type 2-diabetes (14).

Nationale initiativer i forhold til fedme

Erfaringerne med at forebygge fedme i større befolkningsgrupper er endnu begrænse-

de. Der er meget sparsom dokumentation for langsigtet effekt af intervention til forebyggelse af fedme som sådan. Interventionsprogrammer rettet mod reduktion af risikofaktorer for hjertekarsygdomme viser, at det er muligt at mindske øgningen af svær overvægt i en befolkning. Men resultaterne tyder også på, at det er væsentligt svære at forebygge fedme end at sænke kolesteroltal og begrænse rygning (7).

Ernæringsrådet nedsatte i 2000 en arbejdsgruppe med henblik på at beskrive udviklingen i fedme i Danmark og komme med oplæg til en forebyggelsesindsats. Arbejdet mundede ud i rapporten *Den danske fedmeepidemi. Oplæg til en forebyggelsesindsats* (8). Arbejdsgruppen konkluderer, at en ren ernæringsmæssig tilgang til problemet ikke er tilstrækkelig. I rapporten foreslås det, at man både arbejder for at fremme en sund, energifattig kost i befolkningen og at øge den fysiske aktivitet. Arbejdsgruppen peger på, at det især er vigtigt at lave en forebyggende indsats i forhold til børn og unge og deres familier og henviser til interventionsundersøgelser, der tyder på, at en reduktion af TV- og videoforbruget kan være

med til at forebygge overvægt blandt børn og unge.

Sundhedsstyrelsen tog i 2001 initiativ til at udarbejde en national handlingsplan for forebyggelse og behandling af svær overvægt (7). Ernæringsrådets rapport udgør den faglige dokumentation for handlingsplanen.

Det overordnede mål i handlingsplanen er:

- at forebygge, at flere personer får et BMI på 30 eller mere
- at reducere vægten blandt personer med et BMI på 30 eller mere

Delmål er:

- at forebygge overvægt hos normalvægtige
- at forebygge vægtstigning hos personer med overvægt (BMI \geq 25) og/eller stabilisere vægten hos personer, der har gennemført vægttab
- at forebygge følgesygdomme til overvægt
- at fremme vægttab hos personer med svær overvægt eller overvægstrelaterede tilstande

Det anbefales, at der sættes ind på tre niveauer: *Det private niveau* - den enkelte, familien og hjemmet samt de nærmeste omgivelser. *Fællesskaberne* - de hverdagssammenhænge vi indgår i uden for hjemmet f.eks. skoler, arbejdspladser, fritidsorganisationer, erhvervslivet. *Det offentlige niveau* - stat, amter, kommuner.

Indsatsen bør omfatte både kost og fysisk aktivitet. Der præsenteres i alt 66 konkrete anbefalinger i planen.

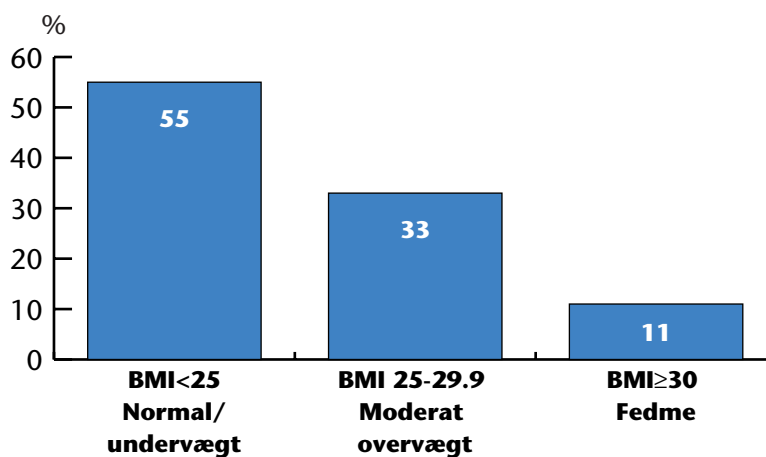
Fedme i Århus amt

Forekomsten af fedme belyses her ved hjælp af Body Mass Index. Beregningen af BMI er foretaget ud fra svarpersonernes egen opgivelse af højde og vægt. Erfaringsmæssigt er der en tendens til, at svarpersoner underdriver deres egen vægt (7), og man må derfor anse den beregnede forekomst af fedme som et minimumstal.

Hvordan har du det? viser, at 33 pct af den voksne befolkning i Århus amt er moderat overvægtige (BMI 25-29,9). 11 pct er så overvægtige, at der er tale om fedme (BMI \geq 30), hvilket svarer til mindst 50.000 personer (figur 3.1). Den mere detaljerede fordeling på vægtkategorier fremgår af tabel 3.1.

Figur 3.1

Forekomst af moderat overvægt og fedme



N = 3905

Tabel 3.1

Fordeling på vægtkategorier

	BMI	Pct
Undervægt	<18.5	2
Normalvægt	18.5-24.9	53
Moderat overvægt	25-29.9	33
Svær overvægt klasse 1	30-34.9	9
Svær overvægt klasse 2	35-39.9	1.5
Svær overvægt klasse 3	\geq 40	0.8
N = 3905		100

Sociale forskelle

Fedme forekommer stort set lige hyppigt hos mænd og kvinder (tabel 3.2). Moderat overvægt er til gengæld langt hyppigere hos mænd end kvinder. Andelen af svært overvægtige stiger lidt med alderen, mens der er betydeligt flere moderat overvægtige blandt midaldrende og ældre end blandt unge.

Der er en markant sammenhæng mellem fedme og uddannelsesniveau. Dobbelt så

mange på laveste uddannelsesniveau (= ufaglærte) og 75 pct flere på mellemste uddannelsesniveau (= faglærte) er svært overvægtige i forhold til personer på det højeste uddannelsesniveau (= mellemlang eller lang boglig uddannelse). Der er også flere på laveste og mellemste uddannelsesniveau, der er moderat overvægtige.

Ser man på de yngste deltagere i undersøgelsen, de 25-34-årige, er forskellen endnu

større (ikke vist i tabellen). Her er der tre gange så mange på laveste uddannelsesniveau, der er svært overvægtige, sammenholdt med det højeste uddannelsesniveau. Det er formentlig udtryk for, at andelen af svært overvægtige øges blandt de lavest uddannede, efterhånden som uddannelsesniveauet generelt stiger i befolkningen. Fedme bliver i stigende grad en helbredsbelastning og et stigma, som er forbundet med lav social status.

Tabel 3.2

Sammenhængen mellem BMI og en række sociale kendetegn

	Body Mass Index			Total	Antal
	<25	25-29.9	≥30		
	Pct				
Køn					
Mænd	46	42	12	100	1864
Kvinder	64	25	11	100	2041
	p = 0.000 gamma -0.28				
Alder					
25-34 år	64	26	10	100	956
35-44 år	58	31	10	100	905
45-54 år	54	33	13	100	901
55-64 år	46	42	13	100	732
65-74 år	47	41	12	100	411
	p < 0.000 gamma 0.16				
Uddannelsesniveau					
Lavt	48	37	15	100	763
Middel	52	36	12	100	2151
Højt	68	25	7	100	986
	p < 0.000 gamma -0.23				
I arbejde					
Ja	57	33	10	100	2926
Nej	49	35	15	100	942
	p < 0.000 gamma 0.16				
Samlivsforhold					
Gift	53	36	11	100	2324
Fast samlever	58	32	10	100	704
Alene	60	27	13	100	838
	p < 0.000				
Boligforhold					
Ejerbolig	54	35	10	100	2751
Lejebolig	58	28	14	100	1112
	p < 0.000 gamma -0.03				

Tabel 3.3

Sammenhængen mellem BMI og geografiske forhold

	Body Mass Index			Total	Antal
	<25	25-29.9	≥30		
	Pct				
Lokalområde					
Midt	60	30	10	100	1781
Syd	57	34	9	100	271
Vest	52	36	12	100	614
Nord	51	36	14	100	835
Øst	48	36	16	100	404
p < 0.000					
By/landsby/land					
By	57	33	11	100	2810
Landsby	51	35	14	100	564
Land	52	37	12	100	411
p = 0.026					

Der er flere svært overvægtige blandt personer uden arbejde end med arbejde.

Lidt flere enlige end gifte og samlevende er svært overvægtige. En nærmere analyse viser, at andelen af svært overvægtige er størst blandt personer, der lever alene og aldrig har haft en partner, og hos enker/enkemænd (ikke vist i tabellen). Her er henholdsvis 16 pct og 18 pct svært overvægtige.

Der er også flere svært overvægtige blandt personer i lejligheder end i ejerbolig.

Geografiske forskelle

Den geografiske fordeling af fedme i Århus amt er temmelig ujævn (tabel 3.3). Der er flest svært overvægtige i Nord og Øst (Randers og de otte omliggende kommuner samt de fem kommuner på Djursland) og færrest i Midt og Vest (Århus-området samt Silkeborg og de fem omliggende kommuner). Der er 80 pct flere svært overvægtige i Øst sammenlignet med Vest, nemlig henholdsvis 16 pct og 9 pct.

Der er flere svært overvægtige i landsbyer end i byer og landområder.

Kostvaner

Sammenhængen mellem kostmønster og fedme er belyst i kapitel 1. Andelen med et usundt kostmønster er ikke større blandt de stærkt overvægtige end blandt den øvrige befolkning.

En nærmere analyse viser, at stærkt overvægtige i forhold til resten af befolkningen spiser lidt mindre frugt og grønt, lidt sjældnere fisk til middag, men til gengæld oftere afholder sig fra at bruge fedtstof på brødet. Svært overvægtige og moderat overvægtige spiser også lidt oftere traditionel dansk mad til dagens varme måltid end normalvægtige. Der er ingen forskel med hensyn til indtagelse af færdigretter til frokost og middag.

Undersøgelsen underdriver muligvis forskellen i kostvaner mellem stærkt overvægtige og andre. *Hvordan har du det?* indeholder ikke data for det samlede energiindtag eller en detaljeret beskrivelse af

kostvanerne. Der kan endvidere blandt overvægtige være en større tilbøjelighed til at underdrive, hvor ofte de bruger fedtstof på brødet eller spiser traditionel dansk mad med sovs og kartofler.

Fedme behøver imidlertid ikke at være et resultat af voldsom overspisning. Et lille dagligt overskud på energibalancen gennem en årrække er nok til at udvikle fedme. Teoretisk vil en daglig positiv energibalance på 1-2 pct resultere i, at en person i løbet af ti år tager 20 kg fedt på. Det kan opnås ved at indtage 6 gram fedt ekstra, eller være fysisk aktiv 6 minutter mindre pr. dag. En forskel der ikke vil kunne registreres med de eksisterende undersøgelsesmetoder (16).

Motionsvaner

Det fremgik af kapitel 2, at seks ud af ti af de svært overvægtige er fysisk inaktive efter de kriterier for fysisk aktivitet, der er anvendt. Sammenholdt hermed er halvdelen af de moderat overvægtige og fire ud af ti af de normalvægtige fysisk inaktive (tabel 3.4).

Den større andel af fysisk inaktive blandt de svært overvægtige skyldes kun i ringe grad forskelle i motion på arbejde og til og fra arbejde. Derimod er der betydeligt færre svært overvægtige, der dyrker motion i fritiden, end personer med moderat overvægt og normalvægtige. Hver femte af de svært overvægtige har fortrinsvis stillesiddende fritidssysler, hvilket er dobbelt så mange som blandt de normalvægtige.

Tabel 3.4

Sammenhængen mellem BMI og motionsvaner

	Body Mass Index		
	<25	25-29.9	≥30
	Pct		
Fysisk aktivitet			
Fysisk aktiv	56	50	38
Fysisk inaktiv	44	50	62
	100	100	100
p < 0.000 gamma 0.19	N = 2072	N = 1238	N = 425
Motion på arbejde			
Meget motion	11	11	9
En del motion	25	22	23
Lidt motion	25	25	21
Ingen motion	17	16	15
Har ikke arbejde	22	26	33
	100	100	100
p < 0.000 gamma 0.19	N = 2139	N = 1287	N = 442
Motion til og fra arbejde			
Mere end 4 timer om ugen	3	2	1
2-4 timer om ugen	8	4	3
1-2 timer om ugen	11	10	8
Op til 1 time om ugen	14	12	13
Får ingen motion	43	46	43
Har ikke arbejde	21	25	32
	100	100	100
p < 0.000 gamma -0.15	N = 2117	N = 1267	N = 439
Motion i fritiden			
Dyrker motion	53	47	62
Dyrke ikke motion	47	53	38
	100	100	100
p < 0.000 gamma -0.16	N = 2125	N = 1281	N = 437
Fysisk aktivitet i fritiden			
Træner hårdt	4	2	0.2
Dyrker motionsidræt	31	28	19
Spadserer, cykler	54	56	58
Stillesiddende	11	13	22
	100	100	100
p < 0.000 gamma 0.20	N = 2138	N = 1239	N = 442

Arbejds- og funktionsevne

Fysisk inaktivitet kan både være årsag til og en følge af svær overvægt. Når først fedme er udviklet, kan det i sig selv være en væsentlig hindring for at passe et arbejde eller lave motion i fritiden. **Tabel 3.5** sammenfatter en række oplysninger om selv-vurderet arbejds- og funktionsevne.

Hver ottende af de svært overvægtige vurderer, at deres arbejdsevne er meget nedsat, hvilket er dobbelt så mange som blandt de normalvægtige. Der er også en betydelig større andel, der føler, at deres arbejdsevne er en del eller en smule nedsat.

Hver fjerde af de svært overvægtige vurderer, at de har svært ved at udføre krævende aktiviteter så som at løbe, løfte tunge ting og deltage i anstrengende sport. Det er mere end to en halv gange så mange som blandt de normalvægtige, og knap dobbelt så mange som blandt de moderat overvægtige. Der er ligeledes flere svært overvægtige, der føler sig begrænset i udførelsen af lettere aktiviteter så som at flytte et bord, støvsuge eller cykle.

Tre gange så mange overvægtige som normalvægtige har svært ved at gå flere etager op ad trapper. Gener i form af åndedrætsbesvær og forpustethed er langt hyppigere hos svært overvægtige end normalvægtige.

Tabel 3.5

Sammenhængen mellem BMI og selv-vurderet arbejds- og funktionsevne

	Body Mass Index		
	<25	25-29.9	≥30
	Pct		
Vurderer at egen arbejdsevne er nedsat			
Meget nedsat	5	7	13
En del nedsat	6	6	9
En smule nedsat	12	19	21
Ikke nedsat	77	68	57
	100	100	100
p<0.000 gamma 0.25	N = 2038	N = 1202	N = 415
Udførelse af krævende aktiviteter så som at løbe, løfte tunge ting, deltage i anstrengende sport			
Meget begrænset	9	13	24
Lidt begrænset	35	43	50
Ikke begrænset	56	44	26
	100	100	100
p<0.000 gamma -0.30	N = 2151	N = 1295	N = 447
Udførelse af lettere aktiviteter så som at flytte et bord, støvsuge eller cykle			
Meget begrænset	4	3	7
Lidt begrænset	13	16	25
Ikke begrænset	84	81	68
	100	100	100
p<0.000 gamma -0.21	N = 2150	N = 1294	N = 448
At gå flere etager op ad trapper			
Meget begrænset	4	6	12
Lidt begrænset	14	22	39
Ikke begrænset	82	72	49
	100	100	100
p<0.000 gamma -0.39	N = 2150	N = 1295	N = 447
Generet af åndedrætsbesvær, forpustethed			
Meget generet	3	3	8
Lidt generet	13	22	32
Ikke generet	84	75	60
	100	100	100
p<0.000 gamma 0.34	N = 2104	N = 1262	N = 438

Selvurderet helbred og langvarig sygdom

16 pct blandt de svært overvægtige føler sig meget hæmmet af langvarig sygdom og 29 pct føler sig en smule hæmmet. De tilsvarende tal for de normalvægtige er 9 pct og 16 pct. Der er ligeledes dobbelt så mange af de svært overvægtige end blandt de normalvægtige, der vurderer, at deres helbred er mindre end godt. Forskellen mellem de moderat overvægtige og normalvægtige er ringe.

Sammenfatning og diskussion

Fedme udgør et stigende sundhedsproblem i Danmark og på globalt plan. 10-13 pct af den danske befolkning er nu svært overvægtige. Det anslås, at 5-8 pct af det danske sundhedsbudget går til behandling af fedmens følgesygdomme (hjertekarsygdomme, sukkersyge, pensioner m.v.).

Hvordan har du det? viser, at der blandt den voksne befolkning i Århus amt er:

- 11 pct svært overvægtige (BMI ≥ 30)
- 33 pct moderat overvægtige (BMI 25-29,9)

Mindst 50.000 personer i Århus amt lider af fedme, mens 160.000 er moderat overvægtige. Fedme forekommer lige hyppigt hos mænd og kvinder, mens der er betydeligt flere moderat overvægtige mænd.

Der er lidt flere svært overvægtige blandt ældre end blandt yngre, mens andelen med moderat overvægt øges betydeligt med alderen. Der er en større hyppighed af fedme blandt:

Tabel 3.6

Sammenhængen mellem BMI og selvurderet helbred og langvarig sygdom

	Body Mass Index		
	<25	25-29.9	≥30
	Pct		
Hæmmet af langvarig sygdom			
Ingen sygdom	68	62	48
Ikke hæmmet trods sygdom	7	8	7
En smule hæmmet	16	20	29
Meget hæmmet	9	11	16
	100	100	100
p<0.000 gamma 0.19	N = 2069	N = 1239	N = 425
Selvurderet helbred			
Virkelig godt/godt	80	75	60
Nogenlunde/dårligt	20	25	40
	100	100	100
p<0.000 gamma 0.24	N = 2151	N = 1295	N = 447

- personer med et lavt og middel uddannelsesniveau
- personer uden for arbejdsmarkedet
- enlige og især enker/enkemænd og personer, der altid har været alene
- personer i lejebolig

Geografisk forekommer fedme hyppigst i den nordlige og østlige del af amtet (Randers og de otte omliggende kommuner samt de fem kommuner på Djursland).

.....
Tolkning. Kropsidealet i vores samfund er den slanke og veltrænede krop. Det kræver en høj grad af selvkontrol at bevare en slank krop i et samfund, hvor adgangen til fødevarer er næsten ubegrænset, og det fysiske arbejde er reduceret til et minimum. Det forklarer de kønslige og sociale forskelle i forekomsten af overvægt.

Kvinder lægger mere vægt på at være slanke end mænd og opøver i løbet af

opvæksten en højere grad af selvkontrol i forhold til, hvor meget og hvad de spiser. Til gengæld har kvinder to biologisk betingede risikofaktorer for at udvikle overvægt, som mænd ikke har: fødsler og menopausen.

De sociale forskelle i forekomsten af overvægt og fedme kan forklares ud fra forskelle i levevilkår. Jo flere ressourcer den enkelte råder over til at indrette sin tilværelse i form af uddannelse, familie, indkomst, erhvervsmæssig position m.v., jo lettere er det at mobilisere den fornødne selvkontrol, for at undgå vægtstigninger. Overspisning kan omvendt på samme måde som rygning være en måde at kompensere for belastninger i dagligdagen.

Der er ikke væsentlige forskelle i kostvaner mellem svært overvægtige og resten af befolkningen. Muligvis underdriver undersøgelsen de faktiske forskelle. Fedme behøver imidlertid ikke være et

resultat af voldsom overspisning. Et lille dagligt overskud på energibalancen gennem en årrække er nok til at udvikle fedme.

Der er til gengæld en tæt sammenhæng mellem fedme og fysisk inaktivitet. Langt færre af de svært overvægtige end resten af befolkningen dyrker motion i fritiden.

Hver ottende af de svært overvægtige vurderer, at deres arbejdsevne er stærkt nedsat. Hver fjerde har svært ved

at udføre krævende fysiske aktiviteter så som at løbe, løfte tunge ting og deltage i anstrengende sport. Mange har problemer med at gå på trapper og døjer med åndedrætsbesvær og forpustethed.

Langt flere af de svært overvægtige er hæmmet af langvarig sygdom, og fire ud af ti oplever, at deres helbred er nogenlunde/dårligt, hvilket er dobbelt så mange som blandt de normalvægtige.

.....
Tolkning. Det må antages, at fysisk inaktivitet er en medvirkende årsag til, at mere end hver tiende voksne har udviklet fedme. Når fedmen først er udviklet, udgør den imidlertid i sig selv en væsentlig hindring for at leve et fysisk aktivt liv. Kronisk sygdom og fysiske funktionsbegrænsninger forhindrer mange stærkt overvægtige i at udføre manuelt arbejde eller i at deltage i motionsaktiviteter.

Figur 3.2

Sammenhængen mellem fedme og sociale forhold, geografi, helbred og livsstil

	Sammenhæng med fedme		
	stærk	moderat til svag	ingen
	Undergrupper med størst andel af fedme er fremhævet		
• Sociale forhold	Uddannelsesniveau Lavt Middel I arbejde Nej Samlivsforhold Aldrig gift Enke/enkemand	Alder Midaldrende Ældre Samlivsforhold Alene Boligforhold Lejebolig	Køn (Ingen forskel)
• Geografi	Lokalområde Nord Øst	By/landsby/land Landsby	
• Helbred og livsstil	Hæmmet af langvarig sygdom En smule hæmmet Meget hæmmet Selvvurderet helbred Nogenlunde/dårligt Fysisk aktivitet Fysisk inaktive		Kostmønster (Ingen forskel)
Relativ Risiko	RR \geq 1.50	RR<1.50	RR n.s.

1. *Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity.* WHO Technical Report Series, No. 894, 2000.
2. Svendsen OL, Heitmann BL, Mikkelsen KL, Raben A, Rytting KR, Sørensen TIA et al. *Fedme i Danmark: En rapport fra Dansk "Task Force on Obesity" under Dansk Selskab for Adipositasforskning.* *Ugeskrift for Læger* 2001; 163: Supplement 8.
3. Nysum K, Mølgård C, Michaelsen KF, Hutchings B, Andersen E. Body mass index. *Ugeskrift for Læger* 2002; 164: 5773-5777.
4. *Tackling Obesity in England.* Report by Comptroller and Auditor General. London: National Audit Office 2001.
5. Valentin TD, Sørensen JA, Andreasen EE. Overvægtige kvinder har flere komplicerede fødselsforløb. *Ugeskrift for Læger* 2003; 165: 1027-1030.
6. Månsson NO, Merlo J. The relation between self-rated health, socioeconomic status, body mass index and disability pension among middle-aged men. *European Journal of Epidemiology* 2001; 17: 65-69.
7. *Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt. Forslag til løsninger og perspektiver.* København: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, 2003.
8. *Den danske fedmeepidemi. Oplæg til en forebyggelsesstrategi.* København: Ernæringsrådet, 2003.
9. Sørensen TIA. Fedmens enkle paradigme. *Ugeskrift for Læger* 2001; 163: 2903.
10. Astrup AV, Marckmann P. Går vi mod federe tider? *Ugeskrift for Læger* 1998; 160: 7606-7609.
11. Peeters A, Barendregt JJ, Willeken F, Mackenbach JP, Mamun AA, Nonneux. Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis. *Annals of Internal Medicine* 2002; 138: 24-32.
12. Fontaine KR, Redden RT, Wang C, Westfall AO, Allison DB. Years of life lost due to obesity. *New England Journal of Medicine* 2003; 289: 187-193.
13. *Fysisk aktivitet og sundhed.* København: Sundhedsstyrelsen, 2001.
14. *Fysisk aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling.* København: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, 2003.
15. Asp NG, Björntorp P, Britton M, Carlsson P, Kjellström T, Marcus C, Nerbrand C et al. *Fetma - problem och åtgärder.* Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2002.
16. Richelsen B. Fedme, kost og fysisk aktivitet. *Ugeskrift for Læger* 2001; 163: 2904.

Udfordringer i det forebyggende arbejde

51

Dårlige kostvaner, fysisk inaktivitet og fedme udgør hver især væsentlige risikofaktorer for udvikling af en række alvorlige sygdomme. Der er samtidig tale om indbyrdes forbundne faktorer: Dårlige kostvaner og fysisk inaktivitet kan føre til udvikling af fedme. Fedme hæmmer omvendt bevægelseevnen og fremmer dermed fysisk inaktivitet. Epidemiologiske undersøgelser tyder på, at fedme fører til en gennemsnitlig levetidsforkortelse af samme størrelsesorden som rygning. I de vestlige lande har den hastige vækst i forekomsten af fedme nu antaget karakter af en *fedmeepidemi*. Den kan på længere sigt true nogle af de sundhedsmæssige landvindinger, der er nået gennem de seneste årtier, f.eks. nedgangen i hjertesygelighed og -dødelighed.

Det kræver en målrettet indsats at sikre sunde kostvaner og fysisk aktivitet i et samfund, hvor forsyningen med fødevarer er rigelig, og hvor det fysiske arbejde er reduceret til et minimum. Den enkelte har selv et ansvar for sine kost- og motionsvaner. Det kan imidlertid være svært som forbruger at manøvrere igennem det store udbud af sukker- og fedtholdige produkter, der tilbydes i ethvert supermarked, og nå frem til kassekøen med en indkøbsvogn, hvis indhold lever op til anbefalingerne i Forbrugersstyrelsens syv kostråd. Det kan ligeledes være vanskeligt for familier med en presset hverdag at få indpasset en halv times motion i det dagli-

ge program, eller for syge og bevægelsehæmmede at komme til at motionere overhovedet.

Det er derfor nødvendigt med en indsats på flere niveauer. Centrale myndigheder, amter og kommuner har et ansvar for at fremme sunde kost- og motionsvaner i befolkningen. Men det er samtidig vigtigt at fødevarerbranchen, idrætslivet, arbejdspladser, skoler og de institutioner, der tager sig af syge og ældre, også er med. Hvis man skal fremme sunde kost- og motionsvaner og forebygge fedme, handler det både om at oplyse, motivere og skabe bedre muligheder for den enkelte, så det bliver lettere at træffe sunde valg i dagligdagen.

I de foregående kapitler er der tegnet et billede af den voksne befolknings kost- og motionsvaner i Århus amt. Endvidere er forekomsten af fedme og moderat overvægt beskrevet. På baggrund heraf skal der peges på en række aktuelle udfordringer i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde.

Kost

Der er i undersøgelsen brugt tre indikatorer for et sundt kostmønster: 1. Et stort dagligt forbrug af frugt og grønt. 2. Fisk indgår hyppigt i kosten. 3. Der bruges ikke eller sjældent fedtstof på brødet. Et kostmønster, der lever op til alle tre kriterier, betegnes i undersøgelsen som *et sundt kostmønster*, mens et kostmønster, der ikke lever op til

nogen af de tre kriterier, betegnes som et *usundt kostmønster*. Det skal understreges, at der er tale om et forenklet billede af befolkningens komplekse kostvaner. Undersøgelsen viser, at

- 35 pct spiser frugt og grønt hver dag og 600 gram frugt og grønt mindst et par gange om ugen
- 38 pct spiser fisk til middag til dagens varme måltid en gang om ugen eller oftere
- 41 pct bruger aldrig/sjældent eller kun en gang imellem fedtstof på brødet

Ud fra de opstillede kriterier er der:

- 10 pct som har et sundt kostmønster
- 29 pct som har et usundt kostmønster

Resten af befolkningen har et kostmønster, der ligger imellem de to yderpunkter.

Sociale forhold

- ▶ Flere mænd end kvinder har et usundt kostmønster. Der er især flere mænd, der ikke har et stort dagligt forbrug af frugt og grønt, og færre der ikke eller sjældent bruger fedtstof på brødet.
- ▶ Flere unge end ældre har et usundt kostmønster. Unge og midaldrende spiser navnlig mindre fisk til middag end ældre, men også mindre frugt og grønt.
- ▶ Flere uden eller med en kort uddannelse (ufaglærte og faglærte) end personer med

en mellemlang eller lang boglig uddannelse opfylder ikke nogen af de tre kriterier for sund kost. Personer med en boglig uddannelse spiser mere frugt og grønt, og især er der færre der bruger fedtstof på brødet.

► Flere med en fast samlever har et usundt kostmønster end gifte og enlige. De spiser især mindre frugt og grønt og får sjældnere fisk til aftensmad.

Geografi

► Der er flere med et usundt kostmønster i den nordlige del af Århus amt (Randers og de otte omliggende kommuner) og færrest i den midterste del (Århus, Hørning, Hinnerup). Der spises navnlig mindre frugt og grønt samt fisk til middag i Nord. Der er også en noget højere forekomst af usunde kostvaner i

de øvrige lokalområder i forhold til Århus-området.

Livsstil og madkultur

► Mange storrygere har et usundt kostmønster. Væsentligt færre storrygere end ikke-rygere har et stort dagligt forbrug af frugt og grønt, og væsentligt færre undlader at bruge fedtstof på brødet.

► Flere fysisk inaktive end fysisk aktive har et usundt kostmønster. De fysisk aktive spiser mere frugt og grønt, får oftere fisk til middag og undlader oftere at bruge fedtstof på brødet.

► Flere af de, der overvejende spiser traditionel dansk mad til middag, har et usundt kostmønster end dem, der sjældent eller aldrig gør det. Langt færre har et stort indtag af frugt og grønt, og langt færre undlader at bruge fedtstof på

brødet i den første gruppe end i den anden gruppe.

► Flere af de, der ofte spiser færdigretter, har et usundt kostmønster, sammenholdt med personer, der ikke gør det. Det er først og fremmest indtaget af frugt og grønt, der adskiller de to grupper.

► De dårligste kostvaner finder man hos personer, der både fortrinsvis spiser traditionel dansk mad og ofte spiser færdigretter. De bedste kostvaner finder man blandt personer, der sjældent eller aldrig spiser traditionel dansk mad eller færdige frokost- og middagsretter.

Måltider og socialt samvær

► Der er ikke noget, der tyder på, at det fælles aftensmåltid er på retur i de østjyske familier.

Udfordringer på kostområdet

Hvordan har du det? viser, at der er behov for at fremme sunde kostvaner i befolkningen i almindelighed. Der er dog et særligt behov i forhold til følgende grupper:

- Mænd
- Unge
- Ufaglærte og faglærte

Ved tilrettelæggelse af en indsats i forhold til udvalgte målgrupper, bør man være opmærksom på, at man hyppigere finder et usundt kostmønster hos:

- Storrygere
- Fysisk inaktive
- Personer der fortrinsvis spiser traditionel dansk mad
- Personer der ofte spiser færdigretter til frokost og middag

Man bør ligeledes være opmærksom på, at der er geografiske forskelle i kostvanerne. Der er flest med et sundt kostmønster i Midt (Århus, Hørning, Hinnerup) og færrest i Nord (Randers med de otte omliggende kommuner).

Det er endvidere vigtigt at være opmærksom på, at fællesspisning kan være et relevant led i en sundhedsfremmende indsats blandt personer med et svagt socialt netværk og dårlig trivsel.

► Mennesker som trives dårligt, og som ofte føler sig uønsket alene, spiser imidlertid ofte deres aftensmåltid alene.

MOTION

Der skelnes i undersøgelsen mellem *fysisk aktive* og *fysisk inaktive*. Opdelingen bygger på den samlede mængde motion i forbindelse med arbejde, transport og i fritiden.

Hvordan har du det? viser, at

- Halvdelen af den voksne befolkning kan betegnes som fysisk inaktiv

Den væsentligste kilde til motion er motion i fritiden:

- Halvdelen dyrker idræt eller laver andre former for motion i fritiden

Der er derimod forholdsvis få, der får motion på arbejde:

- Over halvdelen af de erhvervsaktive får kun lidt eller ingen motion på arbejde
- Hver tiende får meget motion og en fjerdedel får en del motion i forbindelse med arbejde
- Færre unge end ældre blandt de erhvervsaktive får motion på arbejde

Der er heller ikke mange, der får motion til og fra arbejde:

- Seks ud af ti får ingen motion til og fra arbejde
- Knap hver tiende får to timers motion eller mere om ugen til og fra arbejde

Sociale forhold

► Der er ingen forskel på andelen af fysisk inaktive blandt mænd og kvinder.

► Der er flere fysisk inaktive blandt de ældre end blandt de yngre. Selv i den yngste aldersgruppe er der imidlertid 42 pct fysisk inaktive.

► Jo lavere uddannelsesniveau, jo større er andelen af fysisk inaktive. Forskellen er størst i de ældste aldersgrupper. Blandt de højtuddannede ændrer andelen af fysisk aktive sig stort set ikke med alderen, mens andelen af fysisk aktive daler med alderen blandt personer uden og med en kort uddannelse.

Udfordringer på motionsområdet

Hvordan har du det? viser, at der er behov for at fremme den fysiske aktivitet hos den halvdel af befolkningen, der er fysisk inaktive. Der er dog et særligt behov i forhold til følgende grupper:

- Unge der er fysisk inaktive
- Ufaglærte og faglærte - især i de ældre aldersgrupper
- Personer uden for arbejdsmarkedet

Der er en væsentlig udfordring i at integrere motion i de daglige gøremål, herunder at:

- fremme brug af cykel til og fra arbejde
- fremme mulighederne for at få motion i arbejdstiden

Ved tilrettelæggelse af en indsats i forhold til udvalgte målgrupper, bør man være opmærksom på, at der er en større andel af fysisk inaktive blandt:

- Rygere
- Personer med et usundt kostmønster

Der er et særligt behov for at fremme den fysiske aktivitet hos personer med helbredsproblemer og fysiske funktionsbegrænsninger:

- Kronisk syge der føler sig meget hæmmet af deres sygdom
- Gangbesværede
- Personer med psykiske symptomer
- Moderat og svært overvægtige

► Der er flere fysisk inaktive blandt personer i arbejde, end blandt personer, der ikke er i arbejde. Det gælder også, efter justering for alder og andre sociale faktorer.

Geografi

► De geografiske forskelle med hensyn til fysisk aktivitet er små. Der er færrest fysisk inaktive i Århus-området (Århus, Hinnerup og Hørning) og flest fysisk inaktive i den nordlige del af Århus amt (Randers og de otte omliggende kommuner). Der er lidt flere fysisk inaktive i landsbyer end i byer og landområder.

Helbred og livsstil

► Der er mange fysisk inaktive blandt personer med langvarig sygdom og dårligt selv-vurderet helbred. Der er mange fysisk inaktive blandt gangbesværede, men også blandt personer med psykiske symptomer. Blandt overvægtige og i endnu højere grad blandt svært overvægtige er der ligeledes en større andel af fysisk inaktive.

► Der er flere fysisk inaktive blandt rygere end blandt ikke-rygere og blandt personer

med et usundt kostmønster end blandt personer med et sundt kostmønster.

FEDME

Fedme er ifølge WHO lig med et Body Mass Index på 30 eller mere, mens moderat overvægt er lig med et BMI på mellem 25 og 29,9.

Hvordan har du det? viser, at der blandt den voksne befolkning i Århus amt er:

- 11 pct svært overvægtige
- 33 pct moderat overvægtige

Mindst 50.000 personer i Århus amt lider af fedme, mens 160.000 er moderat overvægtige.

Sociale forhold

► Fedme forekommer lige hyppigt hos mænd og kvinder, mens der er betydeligt flere moderat overvægtige mænd.

► Der er lidt flere svært overvægtige blandt ældre end blandt yngre, mens andelen med moderat overvægt øges betydeligt med alderen.

► Der er en større hyppighed af fedme blandt personer

uden eller med en kort uddannelse.

► Der er en større hyppighed af fedme blandt personer uden for arbejdsmarkedet.

► Der er en større hyppighed af fedme blandt enlige og især enker/enkemænd og personer, der altid har været alene.

► Der er en større hyppighed af fedme blandt personer i lejebolig.

Geografi

► Geografisk forekommer fedme hyppigst i den nordlige og østlige del af amtet (Randers og de otte omliggende kommuner samt de fem kommuner på Djursland).

Helbred og livsstil

► Langt færre af de svært overvægtige end resten af befolkningen dyrker motion i fritiden.

► Hver ottende af de svært overvægtige vurderer, at deres arbejdsevne er stærkt nedsat. Hver fjerde har svært ved at udføre krævende fysiske aktiviteter så som at løbe, løfte tunge ting og deltage i an-

Udfordringer i forhold til fedme

Hvordan har du det? viser, at der er et generelt behov for at forebygge udviklingen af fedme. Der er et særligt behov for en indsats i forhold til:

- Midaldrende mænd med moderat overvægt
- Ufaglærte og faglærte
- Personer uden for arbejdsmarkedet
- Enker/enkemænd og personer, der altid har været alene
- Sociale boligområder
- Den nordlige og østlige del af amtet (Randers og de otte omliggende kommuner samt de fem kommuner på Djursland)

Der er en væsentlig udfordring i at fremme fysisk aktivitet blandt stærkt overvægtige.

Tabel 4.1

Sammenhængen mellem kost, motion, moderat overvægt og fedme

	Usundt kostmønster	Fysisk inaktivitet	Moderat overvægt	Fedme
Usundt kostmønster →	-	57 pct	33 pct	11 pct
Fysisk inaktivitet →	35 pct	-	35 pct	15 pct
Moderat overvægt →	28 pct	50 pct	-	-
Fedme →	29 pct	62 pct	-	-

strengende sport. Mange har problemer med at gå på trapper og døjer med åndedrætsbesvær og forpustethed.

► Langt flere af de svært overvægtige er hæmmet af langvarig sygdom, og fire ud af ti oplever, at deres helbred er nogenlunde/dårligt, hvilket er dobbelt så mange som blandt de normalvægtige.

SAMMENHÆNG PÅ TVÆRS

Der er et betydeligt sammenfald imellem personer, der har et usundt kostmønster, der er fysisk inaktive og som er moderat eller svært overvægtige. Som det fremgår af [tabel 4.1](#) er sammenfaldet imidlertid langt fra totalt. F.eks. er der 57 pct blandt personer med et usundt kostmønster, der er

fysisk inaktive, 33 der er moderat overvægtige, og 11 pct der er svært overvægtige.

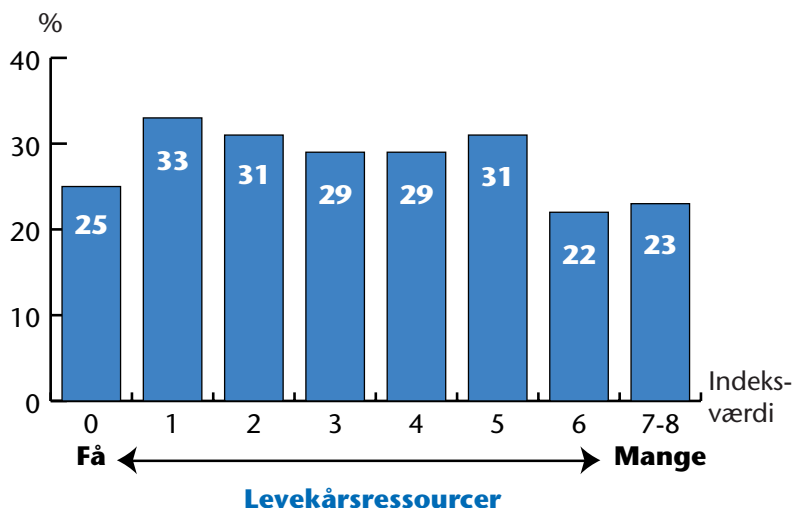
Levekårsressourcer og kost, motion og fedme

Der fokuseres i disse år i stigende grad på individets ressourcer i det praktiske arbejde med socialt udsatte grupper. I rapport nr. 2 fra *Hvordan har du det?* introduceredes et nyt mål for social position: *Index for levekårsressourcer*. Index for levekårsressourcer beskriver på en enkelt måde fordelingen i befolkningen af eftertragtede ressourcer, som f.eks. uddannelse, arbejde, fast ejendom og nære familie-mæssige bånd, som den enkelte kan bruge til at tilfredsstille sine behov med. For en nærmere beskrivelse af indexet se *Selvurderet helbred og ulighed i sundhed*.

Nedenstående grafer viser sammenhængen mellem levekårsressourcer og forekomsten af et usundt kostmønster, fysisk inaktivitet og fedme. Der er ingen sammenhæng mellem levekårsressourcer og forekomsten af et usundt kostmønster. Der er derimod en markant sammenhæng mellem levekårsressourcer og fysisk inaktivitet. 66 pct med færrest ressourcer er fysisk inaktive mod 40 pct blandt dem med flest ressourcer. Sammenhængen imellem levekårsressourcer og fedme er endnu mere udtalt. 22 pct med færrest ressourcer lider af fedme mod 8 pct blandt dem med flest. Der er justeret for køn og alder i analysen.

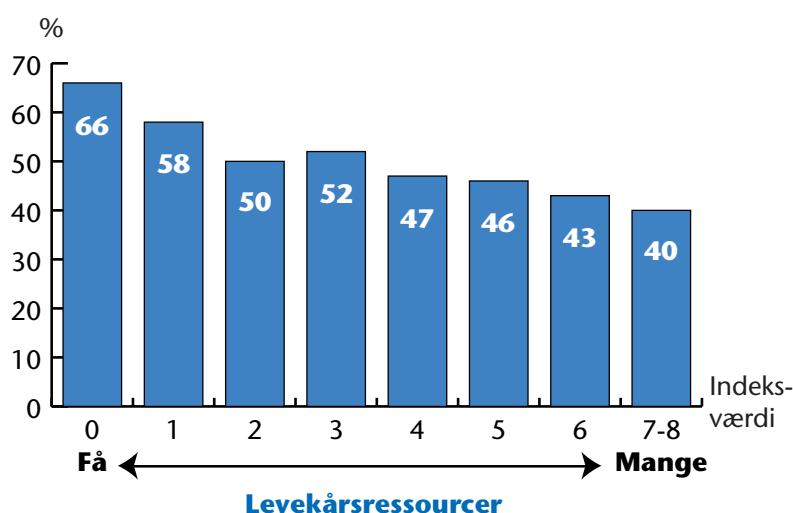
Figur 4.1

Andel med et usundt kostmønster - justeret for køn og alder



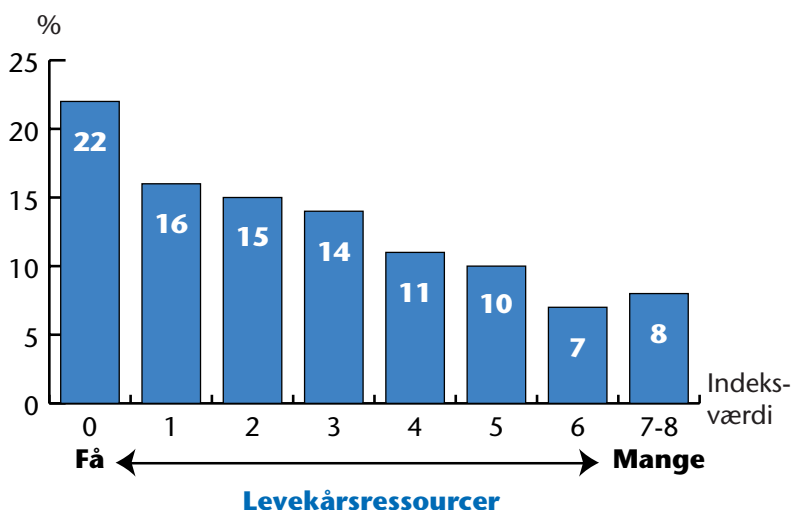
Figur 4.2

Andel der er fysisk inaktive - justeret for køn og alder



Figur 4.3

Andel der er svært overvægtige (BMI ≥ 30) - justeret for køn og alder



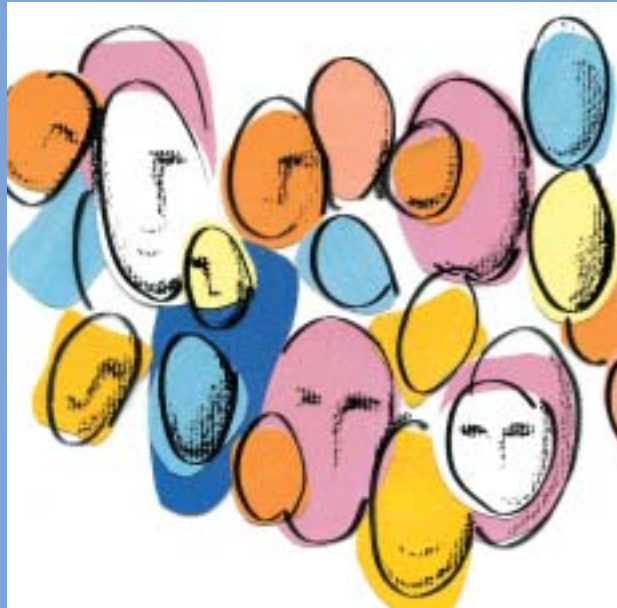


Illustration Hanne Ravn Hermansen

Hvordan har du det? er en undersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Århus amt gennemført i 2001. Knap 4000 personer mellem 25 og 74 år deltog i undersøgelsen. Dette er den tredje rapport fra *Hvordan har du det?* Den handler om kostvaner, motion og fedme. Formålet med rapporten er at styrke det lokale vidensgrundlag til brug for prioritering og tilrettelæggelse af indsatsen for sundere kost- og motionsvaner og forebyggelse af fedme. Resultaterne vil indgå i udarbejdelsen af Århus Amts strategi *Krop, mad og bevægelse*. Rapporten viser bl.a.:

- at tre ud af ti har et usundt kostmønster
- at halvdelen af befolkningen er fysisk inaktiv
- at hver tredje er moderat overvægtig
- at mere end hver tiende lider af fedme
- at flere uden eller med en kort uddannelse er fysisk inaktive og overvægtige end de bogligt uddannede

Der er planlagt endnu tre rapporter fra *Hvordan har du det?* med følgende temaer: • *Sociale netværk og sundhed* • *Helbred og tilknytning til arbejdsmarkedet* • *Alkoholvaner*. Rapporterne publiceres i løbet af 2004.