

Hvordan har du det? 2013

SUNDHEDSPROFIL FOR REGION OG KOMMUNER — BIND 1

Finn Breinholt Larsen, Karina Friis, Mathias Lasgaard, Marie Hauge Pedersen, Jes Bak Sørensen,
Louise Margrethe Arildsen Jakobsen og Julie Christiansen



Hvordan har du det? 2013

SUNDHEDSPROFIL FOR REGION OG KOMMUNER — BIND 1

Udarbejdet af:

Finn Breinholt Larsen

Karina Friis

Mathias Lasgaard

Marie Hauge Pedersen

Jes Bak Sørensen

Louise Margrethe Arildsen Jakobsen

Julie Christiansen

Titel:

Hvordan har du det? 2013
Sundhedsprofil for region og kommuner | Bind 1

Forfattere:

Finn Breinholt Larsen (projektansvarlig) finn.breinholt@stab.rm.dk
Karina Friis
Mathias Lasgaard
Marie Hauge Pedersen
Jes Bak Sørensen
Louise Margrethe Arildsen Jakobsen
Julie Christiansen

Copyright:

© CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling 2014
Gengivelse af uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse – det skal herunder fremhæves, at rapporten er udarbejdet af CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling.

Udgiver:

Region Midtjylland
CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
Olof Palmes Allé 15
8200 Aarhus N
Tlf.: 7841 4310 (sekretær Ingerlise Andersen)
E-mail: hvordanhardudet@rm.dk

Denne rapport citeres således:

Larsen FB, Friis K, Lasgaard M, Pedersen MH, Sørensen JB, Jakobsen LMA, Christiansen J. Hvordan har du det? 2013 – Sundhedsprofil for region og kommuner. Bind 1. Aarhus: CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling; 2014.

ISBN-nr: 978-87-92400-47-5

EAN-nr: 9788792400475

Udgivelse:

Marts 2014

Oplag:

2.000

Tryk:

Zeuner Grafisk A/S

Layout:

DESIGN CONCERN

Forside:

Hanne Ravn Hermansen

FORORD

Hermed foreligger Region Midtjyllands tredje sundhedsprofil. Profilen er udarbejdet på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen *Hvordan har du det?* 2013.

Den første sundhedsprofil blev lavet i 2006, da regionen endnu var under dannelse, og den anden i 2010.

Sundhedsprofilerne er i den mellemliggende periode blevet brugt ved udarbejdelse af sundhedspolitikker i kommunerne, i forbindelse med regionens sundhedsplanlægning, ved udarbejdelse af psykiatriplan, som reference-data ved evaluering af sundhedstilbud til borgerne samt til en række andre formål. Sundhedsprofilen er skrevet ind i sundhedsaftalen mellem region og kommuner. Undersøgelsen bliver desuden i stigende grad brugt til forskning.

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

Den nye undersøgelse giver samtidig mulighed for at beskrive ændringer i sundhedstilstanden fra 2006 til 2013. Hvor meget er andelen af rygere faldet? Er stressniveauet steget? Er der flere, som har en kronisk sygdom? Er fedmekurven knækket? Disse og mange andre resultater fra undersøgelsen tegner tilsammen et billede af udviklingen i folkesundheden i hele befolkningen og i forhold til køn, alder og forskellige sociale grupperinger.

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

For anden gang gennemføres der *Hvordan har du det?*-undersøgelser i landets fem regioner samtidig.

Begge gange har Statens Institut for Folkesundhed desuden lavet en landsdækkende undersøgelse.

I de seks undersøgelser er der en fælles kerne af spørgsmål, som muliggør sammenligninger på tværs af landets 98 kommuner og fem regioner. Baggrunden for dette er, at der i 2009 blev indgået en aftale om organisering og finansiering af sammenlignelige sundhedsprofiler for alle regioner og kommuner med start i 2010.

Aftalen blev indgået mellem Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Finansministeriet. De regionale sundhedsprofiler gentages med en frekvens på fire år, dog med undtagelse af denne sundhedsprofil, der gennemføres allerede nu for at følge sundhedsaftaleprocessen.

Gennem aftalen er der etableret et system for monitoring af sundhedstilstanden på landsplan, som er helt unikt. Det samlede datasæt indeholder oplysninger fra mere end 150.000 borgere i alderen 16 år og opefter. De mange oplysninger om borgernes sundhed vil i de kommende år blive brugt i såvel den praktiske tilrettelæggelse af sundhedsarbejdet som til forskning, der kan bidrage til at forbedre folkesundheden.

INDHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENFATNING	8
1. BAGGRUND, FORMÅL OG METODE	14
Baggrund og formål	14
Beskrivelse af undersøgelsens baggrundsvariable	18
Sociogeografiske grupper	21
Læsevejledning	28
Medarbejdere	28
2. RYGNING	32
Hvor mange ryger?	33
Hvor mange vil gerne stoppe med at ryge?	51
Rådgivning fra egen læge om rygestop	63
Sammenfatning	66
3. ALKOHOL	68
Hvor mange har et risikabelt alkoholforbrug?	71
Hvor mange ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug?	91
Rådgivning fra egen læge i forhold til alkohol	99
Sammenfatning	101
4. FYSISK AKTIVITET	104
Hvor mange er fysisk aktive, inaktive eller stillesiddende fritiden?	109
Hvor mange vil gerne være mere fysisk aktive?	125
Rådgivning fra egen læge om at dyrke motion	135
Sammenfatning	141
5. KOST	144
Hvor mange har et usundt kostmønster?	147
Hvor mange ønsker at spise mere sundt?	159
Rådgivning fra egen læge i forhold til kost	167
Sammenfatning	169

6. OVERVÆGT

172

Hvor mange er overvægtige?	175
Ønske blandt overvægtige om vægttab, sundere kost og mere fysisk aktivitet	185
Sammenhængen mellem vægtklasser, vurdering af egen vægt og ønske om vægttab	193
Rådgivning fra egen læge om vægttab	197
Sammenfatning	199

7. FYSISK OG MENTAL SUNDHED

202

Selv vurderet helbred	202
Trivsel og livskvalitet	210
Stress	216
Sammenfatning	221

8. KRONISK SYGDOM OG MULTISYGDOM

224

Kroniske sygdomme i <i>Hvordan har du det?</i>	225
Kroniske sygdomme i regionen	229
Rangordning af kommunerne i forhold til sygdomsforekomst	230
Sygdomsprofiler for kommunerne	234
Multisygdom	263
Sammenfatning	277

9. DE UNGES SUNDHED

280

Rygning	282
Alkohol	286
Euforiserende stoffer	292
Seksualitet	300
Fysisk aktivitet	308
Kost	312
Overvægt	316
Søvn	322
Sammenfatning	328

10. DE ÆLDRES SUNDHED 334

Behov for støtte og hjælp	336
Rygning	342
Alkohol	346
Fysisk aktivitet	350
Kost	354
Overvægt	358
Selvurderet helbred	362
Kronisk sygdom og multisygdom	366
Sammenfatning	374

11. SUNDHED OG BESKÆFTIGELSE 378

Beskæftigelsesstatus	379
Nedsat arbejdsevne	384
Sundhedstilstand, sygelighed og sundhedsvaner blandt personer i arbejde ..	393
Arbejds miljø	398
Sammenfatning	402

12. SOCIAL ULIGHED I SUNDHED 406

Social ulighed i sundhed: definition og begreber	406
Politiske målsætninger og initiativer	408
Fra politik til handling	409
Analyseplan	411
Uddannelsesniveau og sundhed	415
Sociogeografi og sundhed	427
Etnisk baggrund og sundhed	439
Sammenfatning	450

13. SUNDHED PÅ ÉN SIDE 454

Den sociogeografiske opdeling af sognene	454
Kommunernes sociogeografiske karakteristik	454
De valgte mål for sundhedstilstanden i kommunerne	456
Læsevejledning	457
Kommuner i Region Midtjylland	
Favrskov Kommune	458
Hedensted Kommune	460
Herning Kommune	462
Holstebro Kommune	464
Horsens Kommune	466
Ikast-Brande Kommune	468
Lemvig Kommune	470
Norddjurs Kommune	472
Odder Kommune	474

Randers Kommune	476
Ringkøbing-Skjern Kommune	478
Samsø Kommune	480
Silkeborg Kommune	482
Skanderborg Kommune.....	484
Skive Kommune	486
Struer Kommune	488
Syddjurs Kommune.....	490
Viborg Kommune	492
Aarhus Kommune.....	494

BILAG	496
--------------	------------

Bilag 1.....	496
--------------	-----

SAMMENFATNING

Denne sundhedsprofil er udarbejdet på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen *Hvordan har du det?* 2013. Undersøgelsen belyser sundhed, sygdom og trivsel blandt borgere i Region Midtjylland i alderen fra 16 år og op. I slutningen af januar 2013 blev der udsendt et spørgeskema til 54.300 tilfældigt udvalgte borgere. 33.285 deltog i undersøgelsen, hvilket giver en svarprocent på 61. De mange oplysninger om borgernes sundhed vil i de kommende år blive brugt i såvel den praktiske tilrettelæggelse af sundhedsarbejde som til forskning, der kan bidrage til at forbedre folkesundheden.

Formålet med sundhedsprofilen er, at den kan fungere som et planlægningsredskab for kommuner, region og andre aktører inden for social- og sundhedsområdet. Helt konkret kan sundhedsprofilen danne grundlag, når de kommunale sundhedspolitikker skal udformes, og der skal prioriteres mellem forskellige forebyggelses- og sundhedsindsatser. I profilen peges der således på, hvilke befolkningsgrupper og geografiske områder, der har de største udfordringer på sundhedsområdet. I forhold til det behandlende sundhedsvæsen giver sundhedsprofilen et overblik over sundhed og sygelighed i den samlede befolkning (populationsperspektivet).

I denne rapport (kapitel 2-8) beskrives sundhedsvaner og sundhedstilstanden blandt den voksne del af befolkningen (25-79 år) i Region Midtjylland. Som supplement hertil beskrives unges sundhedsvaner (16-24 år; kapitel 9) og ældres sundhedsvaner og sundhedstilstand (65-102 år; kapitel 10). I kapitel 11 beskrives sundhedsvaner og sundhedstilstand i forhold til arbejdsmarkedstilknytning og type af beskæftigelse i aldersgruppen 25-64 år. Borgere af anden etnisk baggrund end dansk indgår ikke i analyserne, der rapporteres i kapitel 2-11. I kapitel 12 beskrives forskellige aspekter af social ulighed i sundhed i den voksne befolkning (25-79 år) i forhold til tre mål for social position: uddannelsesniveau, sociogeografi og etnisk baggrund. Den sociogeografiske inddeling tager udgangspunkt i mindre geografiske områder og gradueres på baggrund af: 1) andel med kort uddannelse, 2) andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder og 3) gennemsnitlig bruttoindkomst. I kapitel 13 resumeres og præsenteres sundhedstilstanden i de 19 kommuner i kort form. Analyserne her bygger på svar fra 25-79-årige etnisk danske personer, som det også er tilfældet i størstedelen af rapporten.

I Region Midtjylland blev en tilsvarende undersøgelse gennemført i 2006 og 2010, hvilket giver mulighed for at følge udviklingen i befolkningens sundhedsvaner og -tilstand fra 2006 over 2010 til 2013. Udviklingen i befolkningens sundhedsvaner og sundhedstilstand er beskrevet i bind 2 (sammenligningsbindet).

Sundhedsvaner

Rygning (voksne; 25-79 år). Andelen af dagligrygere blandt voksne borgere er 18 %. Der er sket et fald fra 27 % siden 2006. Andelen af dagligrygere varierer markant efter uddannelsesniveau og tilknytning til arbejdsmarked, idet rygning er særlig udbredt i mindre ressourcestærke grupper. Næsten halvdelen af de lavtuddannede mænd i alderen 25-34 år ryger dagligt.

12 % oplyser, at der dagligt bliver røget indendørs i deres hjem. I hjem med børn ryges der dagligt indendørs hos 5 %. Andelen er mindre end i hjem uden børn. Der er desuden sket en betydelig ændring fra 2006 til 2013. I 2006 blev der røget indendørs dagligt i hjem med børn hos 19 %. Denne andel er således faldet fra 19 % til 5 %.

I 11 ud af 18 sygdomsgrupper er der en større andel af dagligrygere end i befolkningen som helhed. I perioden fra 2006 til 2013 har der været et fald i andelen af dagligrygere i 11 ud af 15 sygdomsgrupper, der er sammenlignelige mellem 2006 og 2013. Det største fald ses blandt personer med kronisk bronkitis/for store lunger/rygerlunger, hvor der dog stadig er 40 %, der ryger.

Størstedelen af rygerne er motiverede for rygestop, idet 70 % angiver, at de gerne vil holde op. Det er dog kun 16 %, som ønsker at holde op med at ryge inden for de næste seks måneder. Næsten halvdelen af storrygerne (15+ cigaretter om dagen), som inden for det sidste år har været hos lægen, er blevet rådet til at holde op med at ryge.

Alkohol (voksne; 25-79 år). I alt 7 % af de voksne borgere har et højrisikoforbrug af alkohol, hvilket for kvinder betyder et forbrug på mere end 14 genstande om ugen og for mænd mere end 21 genstande om ugen. I alt 10 % af de voksne borgere drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed mindst én gang om ugen (rusdrikeri), mens i alt 14 % viser tegn på at have alkoholproblemer. Flere mænd end kvinder har et risikabelt alkoholforbrug uanset alder og uddannelsesniveau. Den sociale uddannelsesmæssige gradient, som findes i andre former for risikable sundhedsvaner, genfindes ikke for alkoholindtag. Tværtimod ses den laveste forekomst af tegn på alkoholproblemer hos gruppen af lavtuddannede.

Fra 2010 til 2013 er andelen med et højrisikoforbrug af alkohol faldet fra 9 % til 7 %. Endvidere er der fra 2006 til 2013 sket et lille fald i andelen, der henholdsvis rusdriker og viser tegn på alkoholproblemer.

I alt 32 % blandt personer med et højrisikoforbrug af alkohol ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug. Det er særligt de 45-54-årige, der udtrykker ønske om dette. 14 % af de, der har et højrisikoforbrug af alkohol, er blevet rådet af egen læge til at nedsætte deres alkoholforbrug.

Fysisk aktivitet (voksne; 25-79 år). Andelen af fysisk inaktive voksne borgere er 18 %. Tæt ved halvdelen af befolkningen dyrker ikke idræt eller anden motion i fritiden, og 15 % er overvejende stillesiddende i fritiden. Op mod 70 % af befolkningen vælger en passiv transportform til og fra arbejde og uddannelse. Potentialet for at fremme fysisk aktivitet i fritiden og som led i transport er således meget stort. De inaktive findes overvejende blandt mænd, ældre og borgere med et lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau. Der er dog en del variation på tværs af de forskellige mål for fysisk aktivitet. Der er endvidere en del variation mellem kommunerne med hensyn til fysisk inaktivitet. Variationen i forhold til alder og sociale forhold er imidlertid væsentligt større end variationen mellem kommunerne.

Samlet set er der sket et fald i andelen af fysisk inaktive fra 2006 til 2013. Hovedparten af udviklingen er imidlertid sket fra 2006 til 2010.

Der er et stort potentiale i forhold til at fremme den fysiske aktivitet, da 66 % gerne vil være mere fysisk aktive.

Personer med kroniske sygdomme er generelt mindre fysisk aktive sammenlignet med hele befolkningen. Ønsket om at være mere fysisk aktiv er til gengæld større for en række sygdomsgrupper (fx psykiske lidelser), mens der i andre sygdomsgrupper (fx knogleskørhed og hjerneblødning) er en mindre andel, der ønsker at være mere fysisk aktive.

18 % af befolkningen i Region Midtjylland er i løbet af det seneste år blevet rådet til at dyrke motion af deres egen læge.

Kost (voksne; 25-79 år). 12 % af de voksne borgere spiser usundt, mens 20 % spiser sundt. Resten har et middelsundt kostmønster. Mænd har i langt højere grad end kvinder et usundt kostmønster. Tilsvarende har voksne med et lavt uddannelsesniveau oftere et usundt kostmønster sammenlignet med hele befolkningen. Opdeles kostmønsteret i fire kostkomponenter – frugt, grønt, fisk og fedt – viser det sig, at der især bliver spist for lidt fisk og for meget fedt.

Fra 2006 til 2013 er andelen med et usundt kostmønster faldet fra 14 % til 12 %. Fra 2010 til 2013 er der imidlertid ikke sket nogen ændring i andelen med et usundt kostmønster. Andelen af voksne borgere med et sundt kostmønster er fra 2010 til 2013 faldet fra 24 % til 20 %.

Omkring halvdelen af den voksne befolkning ønsker at spise sundere. Ønsket om at spise mere sundt hænger i højere grad sammen med vurderingen af egne kostvaner end det faktiske kostmønster. Endvidere ønsker en større andel af kvinder, 25-34-årige og personer med højt uddannelsesniveau at spise sundere.

10 % er blevet rådet af lægen til at spise sundere. Blandt personer, der vurderer egne kostvaner som meget usunde, er 45 % blevet rådet af lægen til at spise sundere.

Overvægt (voksne; 25-79 år). Andelen af overvægtige i den voksne befolkning er 52 % fordelt på 16 % svært overvægtige og 36 % moderat overvægtige. Forekomsten af svær overvægt er størst blandt personer i alderen 45-54 år og 65-74 år, mens andelen af moderat overvægtige øges med stigende alder. Der er stor social ulighed i svær overvægt, hvor den laveste forekomst ses blandt personer med højt uddannelsesniveau. Endvidere ses den største forekomst af svær overvægt blandt lavtuddannede kvinder i alderen 25-34 år, hvor hver tredje er svært overvægtig. Der ses endvidere nogen variation mellem kommunerne med hensyn til andelen af overvægtige.

I 16 ud af 18 sygdomsgrupper er forekomsten af svær overvægt højere end i hele befolkningen.

I perioden fra 2010 til 2013 er der i den voksne befolkning sket en stagnation i forekomsten af både moderat og svær overvægt, hvilket indikerer, at der er sket en opbremsning af fedmeepidemien. Fedmekurven er dog endnu ikke knækket.

19 % af den voksne befolkning ønsker i høj grad at tabe sig. Blandt svært og moderat overvægtige er der henholdsvis 55 % og 22 %, som i høj grad ønsker et væggtab. Blandt de svært overvægtige er det især kvinder, yngre personer i alderen 25-44 år, højtuddannede, personer med børn i hjemmet og personer uden arbejde, der er motiverede for at tabe sig.

Blandt de svært overvægtige har 45 % modtaget råd fra lægen om at tabe sig, mens blot 12 % af de moderat overvægtige har modtaget råd fra lægen om at tabe sig.

Sundhedstilstand

Selv vurderet helbred (voksne; 25-79 år). Hovedparten af den voksne befolkning oplever at have et godt helbred. Der er dog 14 %, som vurderer deres eget helbred som dårligt. Der ses en betydelig social ulighed i selvvurderet helbred opgjort i forhold til uddannelsesniveau, socio-geografi, boligforhold og arbejdstilknytning.

Alderens betydning for selvvurderet helbred afhænger af køn og uddannelsesniveau. Blandt de lavtuddannede er der en høj andel med dårligt selvvurderet helbred i alle aldersgrupper. Samtidig er der blandt de 25-44-årige en betydeligt større andel kvinder end mænd med dårligt selvvurderet helbred. Blandt de højtuddannede er der mindre forskel på mænd og kvinders selvvurderede

helbred, men til gengæld stiger andelen med dårligt selv-vurderet helbred markant med alderen.

Der er samlet set sket en lille forbedring i befolkningens vurdering af eget helbred fra 2006 til 2013.

Trivsel og livskvalitet (voksne; 25-79 år). Hovedparten af den voksne befolkning oplever at have en god trivsel og livskvalitet. Der er dog 24 %, som vurderer deres trivsel og livskvalitet som nogenlunde eller dårlig.

Der ses en betydelig social ulighed i trivsel og livskvalitet opgjort i forhold til uddannelsesniveau, sociogeografi, boligforhold og arbejdsmarkedstilknøytning.

Der er sket en lille forværring i befolkningens vurdering af egen trivsel og livskvalitet fra 2006 til 2013.

Stress (voksne; 25-79 år). 24 % af de voksne borgere har et højt et stressniveau (målt ved brug af Perceived Stress Scale). Et højt stressniveau finder man generelt hos personer med få ressourcer i form af blandt andet lavt uddannelsesniveau og manglende arbejdstilknytning.

Fra 2006 til 2013 er der ikke sket ændringer i andelen af voksne borgere med højt stressniveau. Der er sket et fald i andelen, der angiver et moderat stressniveau.

Kronisk sygdom (voksne; 25-79 år). Undersøgelsen belyser forekomsten af 18 kroniske sygdomme, heraf syv potentielt livstruende kroniske sygdomme og 11 ikke-livstruende kroniske sygdomme.

I det samlede sygdomsbillede dominerer de ikke-livstruende sygdomme med muskel-skelet-sygdomme som den hyppigste gruppe. 31 % af den voksne befolkning har muskel-skelet-sygdomme eller eftervirkninger af disse. Andre hyppige ikke-livstruende sygdomme er allergi, psykiske lidelser samt migræne/hyppig hovedpine og tinnitus. Blandt de potentielt livstruende sygdomme er hjerte-kar-sygdomme de hyppigste.

De potentielt livstruende sygdomme er hyppigst hos mænd, mens de ikke-livstruende sygdomme er hyppigst hos kvinder. Endvidere er de potentielt livstruende sygdomme hyppigst hos de ældre, mens billedet ved de ikke-livstruende sygdomme er mere komplekst. Ved 14 ud af de 18 kroniske sygdomme er forekomsten størst hos de lavtuddannede, efter at der er justeret for forskelle i alderssammensætning mellem uddannelsesniveauerne. Der er således en udpræget social ulighed i forekomsten af kroniske sygdomme.

Der er generelt sket en forøgelse af forekomsten af kronisk sygdom fra 2006 til 2013. Forøgelsen er størst ved forhøjet blodtryk, slidgigt/leddegigt og allergi.

Der er en betydelig forskel i forekomsten af de enkelte sygdomme mellem kommunerne.

Multisygdom (voksne; 25-79 år). 39 % af den voksne befolkning lider af multisygdom, defineret som to eller flere samtidige kroniske sygdomme hos samme person. Hver tiende borger lider af fire eller flere kroniske sygdomme. Forekomsten af multisygdom stiger markant med alderen. Multisygdom er hyppigere hos kvinder, hos personer med lavt uddannelsesniveau og i socio-geografisk gruppe 3, 4 og 5.

Der er sket en stigning i forekomsten af multisygdom fra 2006 til 2013.

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

Unge (16-24 år)

For gruppen af unge gælder, at 14 % er dagligrygere, mens 28 % rusdrikker ugentligt og 18 % har et højrisikoforbrug af alkohol. Endvidere har 5 % røget hash ti eller flere gange inden for det seneste år, mens 4 % har brugt andre stoffer end hash inden for det seneste år. I alt 17 % har haft flere end ti seksualpartnere, og 23 % dyrker typisk usikker sex ved samleje med ny partner. Endelig er 13 % fysisk inaktive og 15 % har et usundt kostmønster, mens 6 % er svært overvægtige og 23 % sover mindre end 7 timer dagligt.

Der ses en generel tendens til mere risikovillig og potentielt sundhedsskadelig adfærd blandt unge mænd. Endvidere er der sammenlignet med de 16-19-årige en hyppigere forekomst af risikable sundhedsvaner blandt de 20-24-årige. Risikable sundhedsvaner optræder til gengæld ikke konsekvent i større omfang i dårligt stillede sociogeografiske områder. 16-19-årige på erhvervsuddannelserne adskiller sig fra den samlede gruppe ved at markant flere har risikable sundhedsvaner. Endvidere har 16-19-årige grundskoleelever generelt en mindre risikobetonet adfærd end øvrige unge i den aldersgruppe, hvilket indikerer, at skiftet fra grundskole til ungdomsuddannelse giver adgang til nye arenaer, der er karakteriseret ved øget eksperimenteren og nye risici. Blandt 20-24-årige ses en hyppigere forekomst af risikable sundhedsvaner blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse. De unge er generelt motiverede for at ændre uhensigtsmæssige sundhedsvaner, især hvad angår rygning, fysisk inaktivitet, usund kost og overvægt. En væsentlig undtagelse er dog alkohol.

Fra 2010 til 2013 er der sket en positiv udvikling i forhold til de unges sundhedsvaner. Der har i perioden været et fald i forhold til rygning, rusdrikkeri, højrisikoforbrug af alkohol samt usund kost. Disse fald ses hovedsageligt hos unge mænd og blandt de 16-19-årige. Der er dog sket en stigning i andelen af fysisk inaktive unge mænd og 16-19-årige. Andelen af overvægtige unge er uændret.

Ældre (65-102 år)

For gruppen af ældre gælder, at 24 % har behov for støtte og hjælp til dagligdagens gøremål og 5 % er afhængige af hjælp til at vaske sig, klæde sig på og/eller spise. 16 % er dagligrygere, mens 7 % har et højrisikoforbrug af alkohol og 14 % viser tegn på alkoholproblemer. I alt er 22 % fysisk inaktive, mens 13 % har et usundt kostmønster og 15 % er svært overvægtige. Endvidere har 24 % et dårligt selvvurderet helbred. Endelig har 84 % mindst én kronisk sygdom og 60 % er multisyge (to eller flere kroniske sygdomme), mens 21 % har fire eller flere kroniske sygdomme.

Flere ældre mænd end kvinder udviser risikable sundhedsvaner på tværs af forskellige parametre. Til gengæld har en større andel kvinder end mænd behov for hjælp i dagligdagen og et dårligere selvvurderet helbred, ligesom flere lider af kroniske sygdomme. Sammenlignet med hele ældregruppen har en markant større andel af de ældste ældre (85+ år) behov for støtte og hjælp i dagligdagen, ligesom flere af de ældste ældre (85+ år) lider af kroniske sygdomme, herunder multisygdom.

Forekomsten af risikable sundhedsvaner hos ældre stiger generelt med faldende uddannelsesniveau. Endvidere er sundhedstilstanden betydeligt ringere hos lavtuddannede ældre end hos ældre med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Tilsvarende stiger forekomsten af fysisk inaktivitet og usund kost klart med faldende sociogeografisk position, men derudover optræder risikabel sundhedsadfærd ikke konsekvent i større omfang hos ældre, der er bosat i de dårligst stillede sociogeografiske områder.

De ældre er generelt mindre motiverede for at ændre risikable sundhedsvaner end den øvrige del af befolkningen. Dog ønsker hver anden ældre dagligryger at stoppe, ligesom knap hver anden ældre har ønske om at tabe sig.

Sundhed og beskæftigelse (voksne; 25-64 år)

Blandt de 25-64-årige som helhed er 22 % ikke i arbejde og 31 % har nedsat arbejdsevne. Personer, der ikke er i arbejde, har generelt en mere risikabel sundhedsadfærd og en dårligere sundhedstilstand end personer, der er i arbejde. Blandt beskæftigede forekommer nedsat arbejdsevne væsentligt hyppigere hos personer med dårligt selvvurderet helbred, multisygdom, højt stressniveau og nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet end blandt beskæftigede som helhed.

Blandt personer i beskæftigelse er der endvidere store forskelle på tværs af arbejdsmarkedssituation (stillings-type, sektor og branche) i forhold til nedsat arbejdsevne, sundhedstilstand samt sundhedsvaner. Især ufaglærte arbejdere og brancher, hvor de ufaglærte og til dels de faglærte er hyppigst repræsenterede, har de største

udfordringer. Ufaglærte oplever i højere grad end faglærte og funktionærer/tjenestemænd, at arbejdet slider fysisk. De føler samtidig, at de i mindre grad har indflydelse på arbejdets udførelse og i lidt mindre grad får anerkendelse eller er tilfredse med arbejdet. Personer med et højt stressniveau føler i væsentlig højere grad, at arbejdet slider på dem både fysisk og psykisk. Endvidere har de mindre indflydelse, får mindre anerkendelse og er alt i alt mindre tilfredse med arbejdet end personer med et lavt stressniveau.

Sammenfattende er der en stor social ulighed i sundhed i sammenhæng med beskæftigelse, hvor det i overvejende grad er lavtuddannede og ufaglærte arbejdere, der er dårligere stillet end beskæftigede generelt. Det er således en vigtig samfundsmæssig opgave at være opmærksom på især de ufaglærtes og til dels de faglærtes udvikling og arbejdstilpasning i en tid, der er præget af nedlæggelser af ufaglærte stillinger og øgede kompetencekrav i mange jobtyper. Samtidig skal det fremhæves, at der også blandt de bedre stillede på arbejdsmarkedet er sundhedsmæssige udfordringer. Det gælder særligt i forhold til stressniveau, håndtering af multisygdom og fysisk inaktivitet.

Social ulighed (voksne; 25-79 år)

Forskellige aspekter af social ulighed i sundhed er belyst i forhold til tre mål for social position: uddannelsesniveau, sociogeografi og etnisk baggrund. Formålet er at tegne et sammenhængende billede af den sociale ulighed i sundhed.

Af de 16 % i regionen, der har et lavt uddannelsesniveau, er 27 % dagligrygere, 62 % dyrker ikke idræt eller motion i fritiden, 20 % har et usundt kostmønster og 23 % er svært overvægtige. For alle disse tal gælder, at de er markant højere end de tilsvarende tal for middelhøjt og højtuddannede.

Blandt lavtuddannede i arbejde oplever 17 % at deres arbejde slider rent fysisk, 7 % rent psykisk, 57 % har tungt eller hurtigt arbejde i deres hovedbeskæftigelse og 6 % har været udsat for en ulykke i forbindelse med arbejde inden for de sidste 12 måneder. 39 % af de lavtuddannede i den erhvervsaktive alder er ikke i arbejde, 18 % har svag social støtte, 25 % har oplevet belastende livsomstændigheder inden for de sidste 12 måneder og 35 % har et højt stressniveau.

Der er en større sygelighed blandt de lavtuddannede, ligesom sygdom har større konsekvenser i forhold til bl.a. arbejdsmarkedstilknytning og boligsituation sammenlignet med personer med et middelhøjt og højt uddannelsesniveau.

Et ligende billede tegner sig, når man sammenligner de dårligst stillede sociogeografiske områder med de bedst stillede, samt når man sammenligner personer med anden etnisk baggrund end dansk med personer med dansk baggrund.

På baggrund af analyserne kan det konkluderes, at socialt dårligt stillede grupper ofte har mange samtidige helbredsbelastninger i deres liv. Indsatser for at fremme sundheden i disse grupper bør tilrettelægges ud fra et helhedsperspektiv.

Sundheden hos yngre og midaldrende personer blandt socialt dårligt stillede grupper er i særlig grad belastet, både med hensyn til risikable sundhedsvaner, belastninger i arbejdslivet og generelle psykosociale belastninger. De bør derfor have særlig opmærksomhed i det forebyggende arbejde.

Der er samtidig en stor motivation for at ændre sundhedsvaner hos lavtuddannede, personer i dårligt stillede sociogeografiske områder og personer med anden etnisk baggrund end dansk. Dette er et godt udgangspunkt for sundhedsarbejdet.

De store sociale forskelle i sygelighed og konsekvenser af sygdom understreger vigtigheden af, at man inden for den behandlende del af sundhedsvæsenet har øje for patienternes sociale baggrund og situation. Herved kan der tages højde for denne gennem socialt differentierede indsatser, der koordineres mellem almen praksis, hospitaler og kommuner.

1. BAGGRUND, FORMÅL OG METODE

Baggrund og formål

Denne sundhedsprofil er udarbejdet på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen *Hvordan har du det?* 2013. En sundhedsprofil er en helhedsbeskrivelse af sundhed og sygelighed i et område eller i en befolkning. Formålet med profilen er, at den kan fungere som et planlægningsredskab både for kommuner og region. Oplysningerne i sundhedsprofilen kan overordnet set bruges til at monitorere sundhedstilstanden i Region Midtjylland og i de enkelte kommuner i regionen. Helt konkret kan sundhedsprofilen danne grundlag, når de kommunale sundhedspolitikker skal udformes, og der skal prioriteres mellem forskellige forebyggelses- og sundhedsindsatser i kommunerne, idet der i profilen peges på, hvilke befolkningsgrupper og geografiske områder, der har de største udfordringer på sundhedsområdet. I forhold til det behandlende sundhedsvæsen – praksissektor og hospitaler – giver sundhedsprofilen et overblik over sundhed og sygelighed i den samlede befolkning (populationsperspektivet).

Spørgeskema. Region Midtjylland har valgt at udarbejde to spørgeskemaer: ét til unge (16-24 år) og ét til voksne (25+ år). Langt hovedparten af spørgsmålene er identiske i de to udgaver og omhandler blandt andet sundhedsvaner (rygning, alkohol, fysisk aktivitet, kost mv.), sygelighed og fysisk og mental sundhed. Der er dog spørgsmål, som udelukkende stilles til de unge (eksempelvis brug af euforiserende stoffer og seksualvaner) samt spørgsmål, der udelukkende stilles til de voksne. De voksne har eksempelvis fået spørgsmål angående deres behov for støtte og hjælp til daglige gøremål, om de er hæmmet af sygdom i deres hverdag, om deres erfaringer med sundhedsvæsenet og om deres arbejdsmiljø.

Der er så vidt muligt brugt spørgsmål, der er afprøvet og valideret. Skemaerne er reviderede udgaver af dem, der blev benyttet i *Hvordan har du det?* 2006 og 2010. En betydelig del af spørgsmålene er identiske i alle tre undersøgelser, hvilket gør det muligt at beskrive udviklingen fra 2006 til 2013 for en række forhold.

Stikprøve. *Hvordan har du det?* 2013 er baseret på en stikprøveudvælgelse blandt borgere, der per 1. januar 2013 havde folkeregisteradresse i Region Midtjylland og var i alderen 16 år og opefter. Stikprøven på i alt 54.300 personer blev udtrukket fra CPR-registeret.

For at sikre et tilstrækkeligt datamateriale fra alle 19 kommuner er der udtrukket 2.500 personer fra hver kommune, undtagen Aarhus og Samsø kommuner. I alt udgøres stikprøven i Aarhus Kommune af 10.100 personer. Denne større stikprøve skyldes, at Aarhus er en stor kommune, samt at der efter ønske fra Aarhus

Kommune blev udtrukket en ekstra stikprøve på 1.900 personer, der var bosiddende i boligområder med mange socialt udsatte, således at der kunne laves særskilte analyser for denne gruppe af borgere. Derudover er stikprøvestørrelsen på Samsø 1.700, og denne mindre stikprøvestørrelse skyldes, at det i den nationale aftale om sundhedsprofiler er besluttet, at der i hver kommune højst må udtrækkes 40 % af den samlede befolkning på 16 år og derover.

Personer, der indgår i stikprøven, er tilfældigt udvalgt uanset køn, alder, uddannelsesniveau, etnicitet og lignende. Personer med adressebeskyttelse og personer, der har frabedt sig henvendelse fra forskere, er ikke blevet inviteret til at deltage i undersøgelsen.

Dataindsamling. Dataindsamlingen bestod af udsendelse af et spørgeskema, en frankeret svarkuvert samt et følgebrev med oplysninger om undersøgelsens formål og indhold til alle personer i stikprøven. Det var muligt at besvare spørgeskemaet i papirform eller på internettet. Det blev i følgebrevet gjort klart, at deltagelse i undersøgelsen var frivillig, og at alle svar ville blive behandlet fortroligt.

Spørgeskemaerne blev postomdelt til borgerne den 30. januar 2013 og de følgende dage. Personer, der ikke besvarede spørgeskemaet, modtog i alt tre påmindelser. Den første påmindelse var et postkort med opfordring om at udfylde og returnere spørgeskemaet eller udfylde spørgeskemaet på internettet. Den anden og tredje påmindelse bestod af endnu et spørgeskema, en frankeret svarkuvert samt et følgebrev.

De inviterede havde under hele dataindsamlingsperioden mulighed for at ringe til en borgertelefon, hvis de havde spørgsmål eller kommentarer til undersøgelsen, eller hvis de ikke ønskede at modtage flere påmindelser om udfyldelse af spørgeskemaet.

For at fremme en høj svarprocent blev de inviterede ved udsendelsen af spørgeskemaerne informeret om, at der blev trukket lod mellem alle besvarede spørgeskemaer om en række præmier.

Deltagelse og bortfald. Ud af de 54.300 personer, der blev inviteret til at deltage i undersøgelsen, valgte 33.285 personer at svare på spørgeskemaet, hvilket giver en svarprocent på 61. Af de indkomne svar har 87 % udfyldt et papirspørgeskema, mens 13 % har svaret på internettet. I 2010 var der en svarprocent på 65.

FIGUR 1.1

Stikprøvesammensætning og svarprocent i de enkelte kommuner

	Antal inviterede	Antal besvarelser	Svarprocent	
Favrskov	2.500	1.639	66	
Skanderborg	2.500	1.659	66	
Ringkøbing-Skjern	2.500	1.619	65	
Syddjurs	2.500	1.613	65	
Randers	2.500	1.595	64	
Hedensted	2.500	1.570	63	
Herning	2.500	1.574	63	
Holstebro	2.500	1.565	63	
Odder	2.500	1.580	63	
Viborg	2.500	1.574	63	
Struer	2.500	1.540	62	
Skive	2.500	1.560	62	
Silkeborg	2.500	1.552	62	
Norddjurs	2.500	1.536	61	
Ikast-Brande	2.500	1.528	61	
Horsens	2.500	1.473	59	
Lemvig	2.500	1.462	58	
Samsø	1.700	974	57	
Aarhus	10.100	5.672	56	
Region Midtjylland	54.300	33.285	61	

Antallet af besvarede spørgeskemaer og svarprocent i de enkelte kommuner fremgår af figur 1.1. Som man kan se i figuren, varierer svarprocenterne i kommunerne fra 56 % til 66 %.

I Aarhus Kommune blev svarprocenten påvirket negativt af den ekstra stikprøve fra de udsatte boligområder. Svarprocenten i disse områder var på 38 % mod 63 % i den øvrige del af kommunen.

Svarprocenterne varierer ligeledes på tværs af køn, alder og etnisk baggrund, hvilket fremgår af figur 1.2. Svarprocenten følger et mønster, der normalt ses i denne type undersøgelser, hvor svarprocenten er lavest blandt unge mænd og ældre kvinder og generelt er lavere blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk.

For de 25-79-årige med dansk etnisk baggrund, der beskrives i kapitel 2-8, var svarprocenten 67 %. For de unge med dansk etnisk baggrund, der beskrives i kapitel 9, var svarprocenten 52 %. For de ældre (65+ år) med etnisk dansk baggrund, der beskrives i kapitel 10, var svarprocenten 67 % for gruppen som helhed, men svarprocenten faldt markant med alderen (73 % for 65-74 år, 64 % for 75-84 år og 43 % for 85+ år). Svarprocenten blandt voksne i den erhvervsdygtige alder, 25-64 år, med dansk etnisk baggrund, der beskrives i kapitel 11, var 65 %. For personer af anden etnisk baggrund end dansk i aldersgruppen 25-79 år, der beskrives i kapitel 12, var svarprocenten 34 %. Eftersom risikoen for, at data ikke afspejler forholdene i befolkningen, øges med faldende svarprocent, bør resultater, der bygger på grupper med lave svarprocenter, tages med forbehold – det gælder her unge, de "ældste ældre" (85+ år) og i særdeleshed personer med anden etnisk baggrund end dansk.

Vægtning og statistisk metode. Som nævnt er der udtrukket 2.500 personer per kommune uanset befolkningsstørrelse (dog 10.100 i Aarhus og 1.700 i Samsø Kommune). Det betyder, at antallet af inviterede ikke svarer til den relative befolkningsstørrelse i de enkelte kommuner. Borgere i nogle kommuner er således overrepræsenterede i stikprøven, mens andre er underrepræsenterede. For at korrigere for denne forskel i udtræksandsynlighed og dermed at gøre dataene mere repræsentative for regionens befolkning, er der anvendt vægtning i rapportens statistiske analyser.

Med vægten korrigeres desuden for responsrate, det vil sige for forskelle i svarprocenter i forhold til køn, alder, kommune og en række sociale baggrundsvariable samt brug af sundhedsvæsenet, da det i en undersøgelse som denne er væsentligt, at svarpersonerne ligner den øvrige voksne befolkning i regionen så meget som muligt. Vægten er konstrueret ved brug af en avanceret vægtningsprocedure (1), der er foretaget af Danmarks Statistik, hvor cpr-numrene på alle i stikprøven er koblet sammen med en række af Danmarks Statistiks registre. Der er dermed benyttet én samlet vægt per svarperson til at korrigere for forskelle i udtræksandsynlighed og responsrate i rapportens analyser.

Af hensyn til sammenligneligheden med data fra *Hvordan har du det?* 2006 og 2010 er disse data ligeledes vægtet efter den beskrevne metode.

Til alle statistiske test er der benyttet et signifikansniveau på $p < 0,05$. Hvis ikke andet er nævnt i teksten,

testes der i analyserne for, hvorvidt forekomsten i de enkelte subgrupper adskiller sig signifikant fra forekomsten i hele befolkningen i Region Midtjylland (kontrastanalyser).

Hvis ikke andet er angivet, er der i alle figurer benyttet ujusterede, men vægtede tal. Hvor det ved sammenligning mellem forskellige grupperinger har været relevant, er der korrigeret for forskelle i køn, alder og uddannelsesniveau ved hjælp af statistiske modeller.

De statistiske analyser er foretaget ved hjælp af survey-procedurerne i statistikprogrammet Stata 13.1.

Opbygning af denne rapport. Sundhedsprofilen er en deskriptiv rapport inddelt i 13 kapitler. I kapitel 1 beskrives undersøgelsens baggrund, formål og metode, og der findes en detaljeret beskrivelse af de baggrundsvariable, der er benyttet i rapporten, herunder en opdeling af regionen i sociogeografiske grupper.

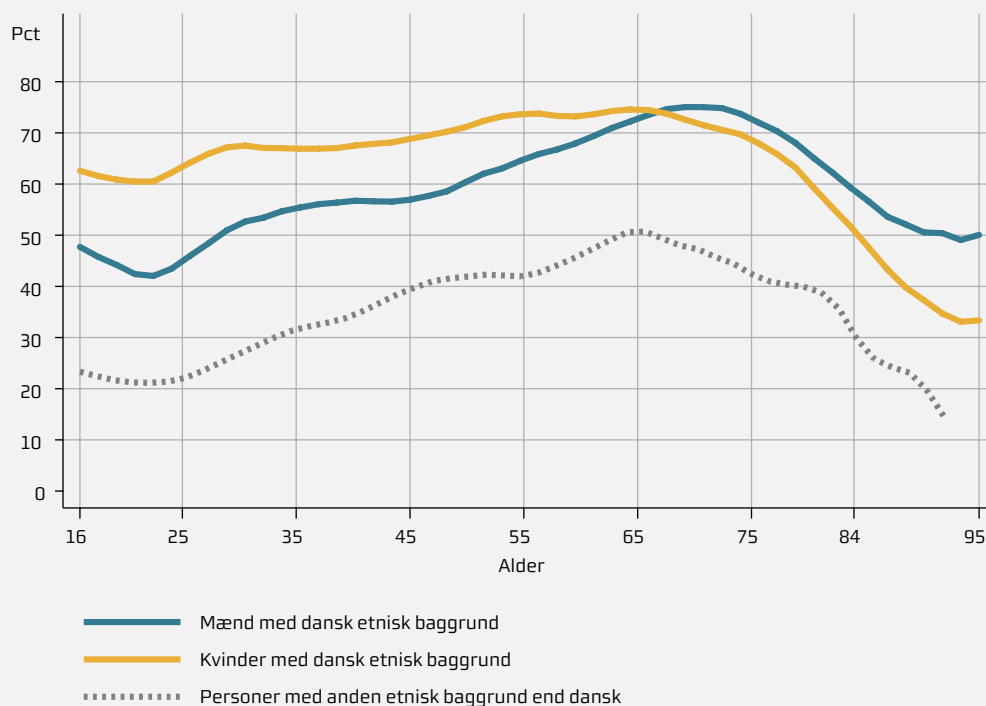
Kapitel 2 til 6 kortlægger sundhedsvanerne rygning, alkohol, fysisk aktivitet, kost og overvægt. I disse kapitler beskrives forekomsten af de forskellige sundhedsvaner i forhold til køn, alder og sociale forhold, geografi og kroniske sygdomme. Derudover sættes fokus på motivation for ændring af sundhedsvaner samt en beskrivelse af, i hvilket omfang svarpersoner oplever at modtage råd om ændring af sundhedsvaner fra egen læge.

I kapitel 7 belyses borgernes fysiske og mentale sundhed (selvvurderet helbred, stress, livskvalitet og trivsel), og i kapitel 8 sættes der fokus på kronisk sygdom og multi-sygdom.

I kapitel 2-8 udgøres studiepopulationen udelukkende af etnisk danske svarpersoner i alderen 25-79 år. Det betyder, at data er sammenlignelige med sundhedsprofilerne fra 2006 og fra 2010, der også var afgrænset til denne gruppe. Det er samtidig en gruppe med en høj svarprocent, jævnfør ovenfor, hvilket øger pålideligheden af data.

I rapportens kapitel 9 sættes der fokus på at belyse sundhed blandt unge i alderen 16-24 år, og i kapitel 10 på de ældre på 65 år og opefter. I disse to kapitler inddrages temaer, som er særligt relevante for disse to aldersgrupper, eksempelvis rusdrikkeri, brug af euforiserende stoffer og seksualvaner blandt unge og forekomst af kronisk sygdom og behov for hjælp til daglige gøremål blandt ældre.

I kapitel 11 belyses sammenhængen mellem sundhed og beskæftigelse for personer i den erhvervsdygtige alder mellem 25-64 år med dansk etnisk baggrund. Her gives et overblik over sundhedstilstanden for personer i arbejde kontra ikke i arbejde, og der sættes blandt andet fokus på borgernes selvvurderede arbejdsevne i sammenhæng med deres sundhedstilstand og beskæftigelsestype.

FIGUR 1.2Svarprocenter i *Hvordan har du det?* 2013

I kapitel 12 sættes der særligt fokus på social ulighed i sundhed, herunder på uddannelsesmæssige, socio-geografiske og etniske forskelle i sundhedsvaner og sundhedstilstande. I sidste del af kapitlet laves der særskilte analyser for etniske minoriteter som det eneste sted i rapporten.

Rapporten afsluttes med kapitel 13, hvor væsentlige resultater på tværs af rapporten opsummeres på to sider for hver kommune.

Der er generelt i rapporten lagt vægt på at belyse forebyggelsespotentialer i såvel kommuner som i region. Det betyder, at fokus i de enkelte kapitler primært vil være på de grupper af borgere, der har størst behov for forebyggelsesindsatser, eksempelvis borgere med forekomst af sygdom eller dårligt helbred.

Da sundhedsprofilen for Region Midtjylland både skal kunne anvendes af regionens 19 kommuner og af regionen, vil resultaterne i rapporten i mange tilfælde være opgjort på både kommune- og regionsniveau.

Som nævnt er mange af spørgsmålene identiske eller næsten identiske med spørgsmålene i de to tidligere *Hvordan har du det?*-undersøgelser fra 2006 og 2010. Hvor det er relevant og muligt, beskrives udviklingen på en række faktorer i sammenligningsbindet (bind 2), og i hovedbindet (bind 1) henvises der løbende til sammenligningsbindet.

Beskrivelse af undersøgelsens baggrundsvARIABLE

Som noget gennemgående i rapporten beskrives sundhed og sygelighed i forhold til køn, alder og sociale forhold. Figur 1.3 viser fordelingen på disse grupper samt antallet af borgere i hver gruppe blandt de 25-79-årige med dansk etnisk baggrund.

Inddelingen af befolkningen efter demografiske og sociale kriterier gør det muligt at tegne et mere detaljeret billede af sundhedstilstanden samt at identificere grupper og sociale arenaer, hvor behovet for forebyggelse, behandling og rehabilitering er særlig stort. Informationerne kan anvendes ved tilrettelæggelsen af sundhedsindsatsen i region og kommuner, herunder ved indsatsen for større social lighed i sundhed. I det følgende gives en kort beskrivelse af de enkelte variable samt en begrundelse for deres relevans.

Køn. Køn er en grundlæggende faktor i forhold til sundhed og sygelighed. Mænd lever i gennemsnit kortere end kvinder, men kvinder kan forvente flere sygdomsbelastede leveår, og flere kvinder rapporterer livet igennem om dårligere helbred og trivsel (2). Forskelle mellem mænds og kvinders sundhed skyldes formentlig både forskelle i biologi, livsstil, levevilkår samt forskelle i brug af sundhedsvæsenet (3).

Det kan være relevant at have forskellige tilgange til sundhedsfremme og forebyggelse i forhold til mænd og kvinder. Som eksempel på en kønsspecifik forebyggelsesindsats kan nævnes Sundhedsstyrelsens *Tidlig opsporing af kronisk sygdom og risikofaktorer hos mænd* med fokus på mænds sundhed (4). I 2010 udgav Sundhedsstyrelsen *Mænds sundhed – en oversigt over danske mænds sundhed og en gennemgang af effektive forebyggelsesmetoder* (5). Tilsvarende har Hjerteforeningen med kampagnen *Elsk hjertet* i de senere år sat fokus på forebyggelse og behandling af hjertesygdomme hos kvinder (6).

I undersøgelsen er der 51 % mænd og 49 % kvinder i aldersgruppen 25-79 år med dansk etnisk baggrund.

Alder. Alder er ligesom køn en af de grundlæggende faktorer i forhold til sundhed og sygelighed. Generelt øges sygelighed og dødelighed med alderen, men alle aldre har sine helbredsmæssige udfordringer. Allergi og psykiske lidelser forekommer fx hyppigere hos yngre end hos ældre. Stigningen i antallet af borgere i den ældre del af befolkningen stiller sundhedsvæsenet over for nye opgaver (7). I nogle tilfælde er det hensigtsmæssigt at målrette sundhedsfremme og forebyggelse mod bestemte aldersgrupper.

I analyserne i kapitel 2-8 er befolkningen opdelt i seks aldersgrupper. Fordelingen på disse grupper er som følger: 25-34 år (16 %), 35-44 år (20 %), 45-54 år (22 %), 55-64 år (20 %), 65-74 år (16 %) og 75-79 år (5 %).

Uddannelsesniveau. Der er en stærk sammenhæng mellem uddannelse og sundhed. Jo flere års uddannelse jo lavere dødelighed, jo mindre sygelighed og jo færre risikable sundhedsvaner. Uddannelse er en vigtig årsag til social ulighed i sundhed. Årsagskæden mellem uddannelsesniveau og sundhed er imidlertid kompleks. Uddannelse giver mulighed for bedre levevilkår i form af højere indkomst, mindre belastende job, sundere bolig m.v., hvilket forklarer noget af forskellen i sundhed mellem uddannelsesgrupperne, men ikke det hele. En antagelse er, at uddannelse desuden påvirker tankemåde og måden at træffe beslutninger på. Personer med uddannelse har lettere ved at træffe sunde valg for sig selv og deres familie (8-11).

Kortuddannede er en vigtig målgruppe, hvis den sociale ulighed i sundhed skal reduceres. Som et eksempel på forebyggelsesinitiativer rettet specifikt mod kortuddannede kan nævnes 3F's *Projekt ulighed i sundhed*, der henvender sig til fagforbundets medlemmer med en række tilbud om bl.a. ændring af sundhedsvaner, forebyggelse af stress og sundhedstjek på arbejdspladsen (12).

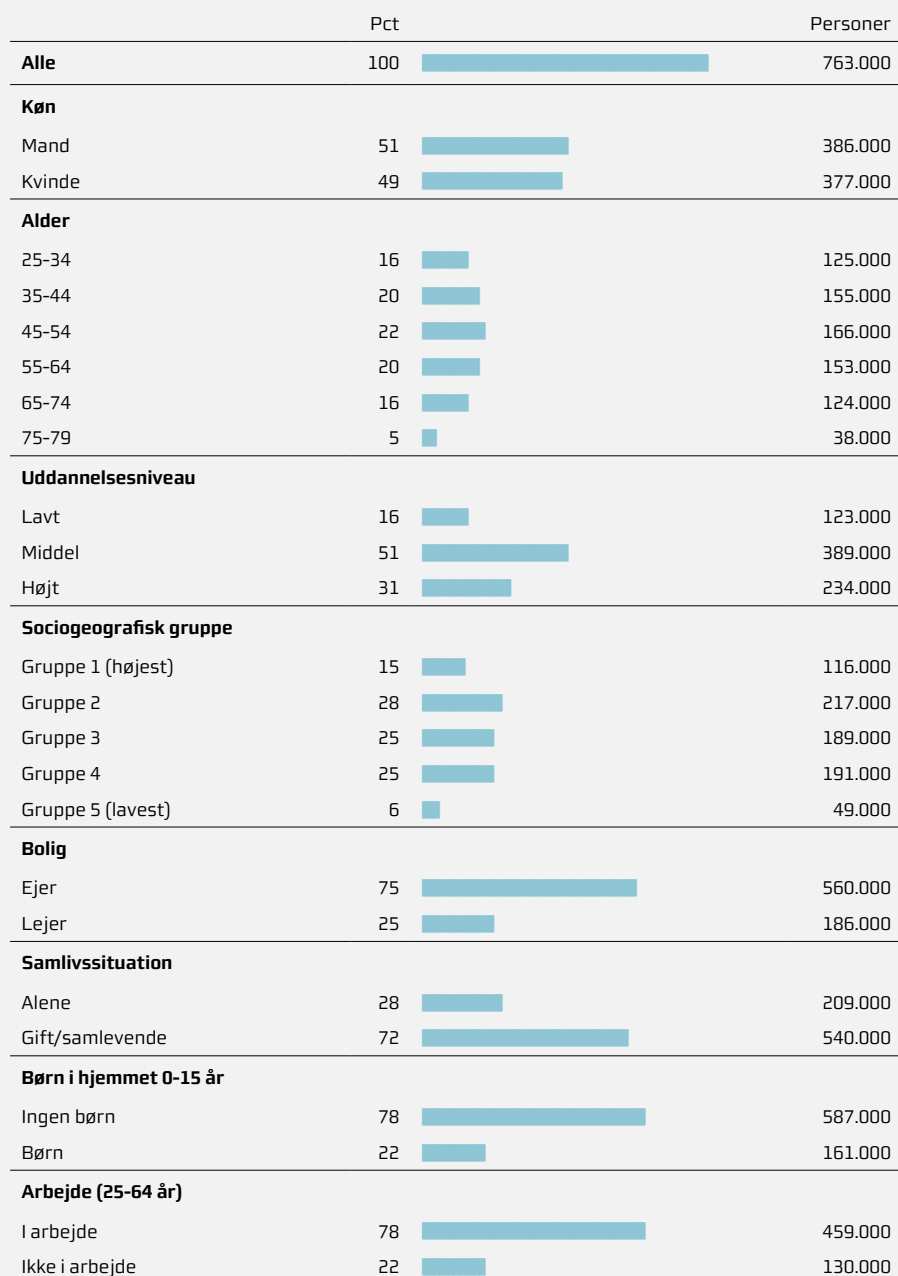
Der skelnes i det følgende mellem tre uddannelsesniveauer: lavt, middelhøjt og højt. Opdelingen bygger på *Dansk Uddannelsesnomenklatur (DUN)*, der opererer med en niveauopdeling af nuværende og tidligere danske uddannelser fra 0 til 8 (13). De ni niveauer er her slået sammen til tre. Lavt uddannelsesniveau svarer i store træk til ufaglærte og specialarbejdere. Middelhøjt uddannelsesniveau omfatter i store træk lærlinge/elevuddannelser, andre faglige uddannelser og korte videregående uddannelser. Højt uddannelsesniveau omfatter personer med en mellemlang og lang videregående boglig uddannelse.

I undersøgelsen er der 16 % med lavt uddannelsesniveau, 51 % med middelhøjt uddannelsesniveau og 31 % med højt uddannelsesniveau i aldersgruppen 25-79 år med dansk etnisk baggrund.

Sociogeografiske grupper. I forskningen er der en voksende opmærksomhed på de nære omgivers betydning for sundheden. Beboerne i socialt belastede kvarterer udsættes gennemgående for større helbredsrisici fra omgivelserne end andre. Enten direkte fx i form af luftforurening, støj og ulykkesrisici eller indirekte ved, at det er vanskeligere at leve sundt, fordi der er færre muligheder for motion, indkøb af sunde madvarer m.v. i området (14). Samtidig har den sociale sammensætning af beboerne i et område en væsentlig betydning for sundheden i den pågældende befolkning (15).

FIGUR 1.3

Borgere i Region Midtjylland i alderen 25-79 år med dansk etnisk baggrund - køn, alder og sociale forhold



Forskning i sammenhængen mellem nærmiljø og sundhed giver ikke noget entydigt billede af den relative betydning af henholdsvis omgivelser og beboersammensætning. Der er givetvis tale om et samspil, men en række undersøgelser bekræfter, at der ofte er store forskelle i såvel dødelighed som i sygelighed og sundhedsadfærd mellem kvarterer med høj og lav social status. Det gør det relevant at beskrive sundhedstilstanden i befolkningen opdelt på sociogeografiske grupper. Denne viden kan bruges som grundlag for tilrettelæggelse af sundhedsfremmende aktiviteter i udvalgte lokalområder.

Region Midtjylland er i nærværende undersøgelse opdelt i fem sociogeografiske grupper på tværs af kommuner. Denne variabel adskiller sig fra de øvrige idet den trækker på en række sociale informationer og indeholder en geografisk dimension. I det følgende afsnit gives en grundig introduktion til, hvordan variabelen er konstrueret.

Gruppe 1 omfatter de socialt bedst stillede lokalområder og gruppe 5 de socialt dårligst stillede lokalområder. Fordelingen på de fem sociogeografiske grupper er som følger: 15 % i gruppe 1, 28 % i gruppe 2, 25 % i gruppe 3, 25 % i gruppe 4 og 6 % i gruppe 5.

Bolig. Der skelnes mellem personer, der bor i henholdsvis ejerbolig og lejerbolig. Ligesom ved de sociogeografiske grupper er der tale om en geografisk opdeling, der kan bruges ved tilrettelæggelse af lokale sundhedsaktiviteter. Især kan større almennyttige og kommunale udlejningsbyggerier være en arena for sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter. Disse boligområder har som oftest en overrepræsentation af grupper med en dårligere helbredstilstand end befolkningen som helhed: enlige, ældre og personer af anden etnisk baggrund end dansk.

I undersøgelsen er der 75 %, som bor i ejerbolig og 25 %, som bor i lejerbolig i aldersgruppen 25-79 år med dansk etnisk baggrund.

Samlivssituation. Mange undersøgelser har vist, at gifte lever længere og har et bedre fysisk og psykisk helbred end ugifte (16). Det gælder både mænd og kvinder, selv om nogle undersøgelser tyder på, at mænd har størst helbredsmæssig gevinst ved ægteskabet (17). Danske undersøgelser har vist, at der også er lavere dødelighed blandt samlevende, uanset om de er gift eller ej, sammenlignet med personer, der lever alene (18-19). To udbredte forklaringer på forskellen i sygelighed og dødelighed er, at ægteskab/samliv har en beskyttende effekt på helbredet, og at mennesker med et godt helbred har større chance for at blive gift (20).

I analyserne skelnes mellem personer, der er alene, og personer, der er gift/samlevende. 28 % er alene og 72 % er gift/samlevende i aldersgruppen 25-79 år med dansk etnisk baggrund.

Børn i hjemmet. Barndommen er en sårbar periode. Børn modtager en række påvirkninger i hjemmet, som både har betydning for deres aktuelle sundhedstilstand og for deres helbred senere i livet (21). Det er derfor vigtigt at have kendskab til sundhedsvanerne i familier med børn. En del af den sociale ulighed i sundhed i den voksne befolkning grundlægges i barndomsårene. Forældrene har det primære ansvar for deres børns sundhed, men sundhedspleje, dagsinstitutioner m.fl. har mulighed for at støtte børnefamilier til at skabe gode opvækstbetingelser for børnene.

22 % i aldersgruppen 25-79 år med dansk etnisk baggrund bor sammen med børn i alderen fra 0 til 15 år, mens 78 % ikke bor sammen med børn.

Arbejde (25-64 år). Der er en række kendte sammenhænge mellem arbejde og sundhed. Forhold på arbejdspladsen kan medføre sygdom, ulykker og død, og dårligt helbred kan føre til udstødelse fra arbejdsmarkedet med tab af indkomst og social position til følge. Arbejdsløshed forårsaget af økonomisk nedgang m.v. øger risikoen for sygdom og død (22). For personer med nedsat arbejdsevne tyder forskningen endvidere på, at støttet beskæftigelse frem for ledighed fremmer sundhed og trivsel (23).

De mangeartede relationer mellem arbejde og helbred gør det væsentligt at beskrive sundhedsforholdene hos personer i den erhvervsaktive alder (her defineret som 25-64 år) opdelt på personer i arbejde og personer, som ikke er i arbejde.

Der sker i disse år en omstrukturering af velfærdsstatens ydelser til personer i den erhvervsaktive alder, der ikke har arbejde, fra passiv forsørgelse til forskellige former for aktivering. Det sker dels ved at fjerne nogle af de barrierer, der kan være for at ledige, langtidssygemeldte og personer på andre former for overførselsindkomster i den erhvervsaktive alder kommer i arbejde, og dels ved at begrænse retten til passiv forsørgelse. Samtidig er arbejdspladsen en vigtig arena for sundhedsfremme og forebyggelse, hvor både nationale politikker som fx indførelse af rygeforbud og lokale sundhedspolitikker, herunder kostpolitikker og motionstilbud på arbejdspladsen, påvirker folks hverdag i forskellig grad. Disse forhold gør det ekstra vigtigt at følge udviklingen i helbredstilstanden både hos personer, der er i arbejde og hos personer, der ikke er i arbejde.

Blandt personer i den erhvervsaktive alder med dansk etnisk baggrund er 78 % i arbejde, mens 22 % ikke er i arbejde.

Sociogeografiske grupper

Social ulighed i sundhed har en geografisk dimension. Via boligmarkedet sker en geografisk sortering af befolkningen i forhold til indkomst. Uddannelse og beskæftigelse påvirker ligeledes den geografiske fordeling af befolkningen. Især større bysamfund er som regel opdelt i mere eller mindre attraktive kvarterer, der adskiller sig fra hinanden med hensyn til mængden af sociale problemer, trafikbelastning, skoleforhold, nærhed til rekreative områder m.v.

Sundhedstilstanden vil ofte være bedre i kvarterer domineret af økonomisk velstillede husstande sammenholdt med kvarterer domineret af husstande med lave indkomster (24-25). Ligesom et kvarters sundhedstilstand præges af dets beboere, bliver beboernes helbred påvirket af kvarteret, både af det fysiske og det sociale miljø. De træk ved sundhedstilstanden i et område, der kan forklares af beboersammensætningen, kaldes den kompositoriske effekt, mens forhold, der skyldes påvirkninger fra omgivelserne, kaldes den kontekstuelle effekt.

For at understøtte indsatser i forhold til lokalområder med særlige sundhedsmæssige udfordringer er der som noget nyt i *Hvordan har du det?* 2013 lavet en socio-geografisk inddeling af Region Midtjylland. Inddelingen kan danne grundlag for målrettede kommunale sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser, hvad enten de retter sig direkte mod beboerne i et område eller mod områdets fysiske og sociale rammer.

Den sociogeografiske inddeling er en videreudvikling af en sociogeografisk model udviklet af Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed i Region Hovedstaden. Region Hovedstaden introducerede i *Sundhedsprofil for region og kommuner 2008* kommune-socialgrupper, hvor regionens kommuner og Københavns Kommunes bydele blev opdelt i fire grupper - betegnet kommune-socialgruppe 1 til 4 - i forhold til deres placering på et socialt indeks (26).

Generelt er der i Region Hovedstaden en tydelig sammenhæng mellem kommune-socialgrupper og sundhed. En opdeling af de 19 kommuner i Region Midtjylland efter samme principper lavet af Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed på data fra *Hvordan har du det?* 2006 viste imidlertid ikke nogen tydelig sammenhæng mellem kommune-socialgrupper og sundhedstilstanden.

Det skyldes formentlig, at hovedstadens kommuner og bydele hver især er mere socialt homogene end de midtjyske kommuner. Beskrivelse af sammenhængen mellem sociogeografi og sundhed i Region Midtjylland forudsætter derfor en opdeling i geografiske enheder med større social homogenitet end kommunerne.

Analyseenhed og opdelingskriterier. Den nye socio-geografiske inddeling af Region Midtjylland tager udgangspunkt i sogne, der er den mindste administrative enhed i befolkningsregistre. Der er 643 sogne i regionen med en gennemsnitlig befolkning på 1.340 personer i alderen 25 år og derover. Sognene er slået sammen til fem sociogeografiske grupper på tværs af kommuner.

Til at beskrive sognenes sociale sammensætning er de samme variable som ved Region Hovedstadens kommune-socialgrupper benyttet:

- Andel med kort uddannelse
- Andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder
- Gennemsnitlig bruttoindkomst

Der er brugt data fra 2012 udtrukket fra Danmarks Statistik (se bilag 1 for en beskrivelse af de benyttede registre og udtrækskriterier).

Der er fordele og ulemper ved at benytte sogne som inddelingsgrundlag. Fordelen er, at sognene udgør "kendte steder" i lokalområderne. Det gør det let for kommunerne at lave områdespecifikke indsatser. Ulempen er, at sognene varierer en del i størrelse. Især er det problematisk, at enkelte sogne har en stor befolkning, hvilket kan maskere sociogeografiske forskelle i det pågældende område. Således har 44 sogne over 5.000 voksne indbyggere, heraf 19 i Aarhus, og et enkelt sogn i Skanderborg har godt 10.000 voksne indbyggere, svarende til 27 % af kommunens voksne indbyggere. Her ville det være ønskeligt med en finere geografisk inddeling.

Statistisk metode. Sognene er grupperet ved hjælp af en latent variabel model (27-28). De tre variable, der beskriver sognene, er kontinuerte. Derfor er der anvendt den særlige variant, der kaldes latent profil analyse. Ved denne modeltype forudsættes det, at de observerede variable er kontinuerte, mens den latente variabel – det vil sige den variabel, der dannes ved hjælp af modellen – er kategorial. Den estimerede model bruges til at beregne det enkelte sogns sandsynlighed for at tilhøre hver af kategorierne i den latente variabel. Hvert sogn henregnes herefter til den klasse, som det har størst sandsynlighed for at tilhøre.

Den grundlæggende idé bag en latent variabel model er, at en ikke-observeret (= latent) variabel forklarer korrelationen imellem et antal observerede variable, i dette tilfælde de tre variable, der beskriver sognenes sociale sammensætning. Klasserne i den latente variabel består hver især af enheder, der ligner hinanden med hensyn til disse karakteristika. Når undersøgelsesenhederne – i dette tilfælde sogne – opdeles i de latente klasser, er variablene inden for hver klasse statistisk uafhængige,

TABEL 1.1

Beskrivelse af fem sociografiske grupper

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	Gruppe 5	Alle
Sociogeografiske kendetegn						
Pct med lavt uddannelsesniveau	21	28	33	37	39	31
Pct uden arbejde (24-65 år)	9	11	13	18	29	14
Gennemsnitlig indkomst i kr.	372.628	334.241	306.032	282.358	259.027	314.334
Størrelse						
Andel af den voksne befolkning i pct	15	28	24	25	8	100
Antal voksne indbyggere (25+ år)	125.069	237.027	207.374	224.812	67.359	861.641
Antal sogne	56	190	211	158	28	643

hvilket vil sige, at der ikke er nogen korrelation imellem dem. Klasserne er med andre ord homogene.

Fordelen ved at inddele sognene ved hjælp af en statistisk model frem for at anvende mere ad hoc-prægede metoder er, at man får en, i statistisk forstand, mere "sand" typologi.

Ved hjælp af den latente profilanalyse kan følgende spørgsmål besvares: 1) Hvor mange sociogeografiske grupper er der? 2) Hvad kendetegner den enkelte gruppes sammensætning med hensyn til de tre variable? 3) Hvor stor er hver sociogeografisk gruppe? 4) Er det muligt at "tolke" de enkelte sociogeografiske grupper (er inddelingen meningsfuld)? 5) Er opdelingen i sociogeografiske grupper stabil og valid?

Den latente profilanalyse peger på en model, hvor de 643 sogne opdeles i fem latente klasser. Modellen er både enkel og godt tilpasset til data. Modeller med færre eller flere latente klasser viste en dårligere tilpasning til data. Modellen er endvidere let at tolke. Hver af de fem latente klasser kan tolkes som en sociogeografisk gruppe med en tydelig placering i en social rangorden, det vil sige en højere eller lavere socioøkonomisk placering. I det

følgende beskrives de fem sociogeografiske grupper, der er dannet ved hjælp af den latente profilanalyse. Gruppe 1 betegner i det følgende de socialt mest velstillede lokalområder og gruppe 5 de mindst velstillede lokalområder.

Beskrivelsen af de sociogeografiske grupper. Som det fremgår af tabel 1.1, varierer andelen med lavt uddannelsesniveau fra 21 % i gruppe 1 til 39 % i gruppe 5. Andelen uden arbejde i den erhvervsaktive alder varierer fra 9 % i gruppe 1 til 29 % i gruppe 5. Den gennemsnitlige indkomst varierer fra 372.628 kr. i gruppe 1 til 259.027 kr. i gruppe 5. Der er således tale om markante forskelle mellem de sociogeografiske grupper.

Den største sociogeografiske gruppe er gruppe 2 med en befolkningsandel på 28 % efterfulgt af gruppe 4 med 25 % og gruppe 3 med 24 % af den samlede befolkning i Region Midtjylland. 15 % af befolkningen bor i sogne tilhørende gruppe 1, de mest velstillede områder. 8 % af befolkningen bor i sogne tilhørende gruppe 5, de mindst velstillede områder. Antallet af voksne indbyggere varierer fra 67.359 i gruppe 5 til 237.027 i gruppe 2. Antallet af sogne varierer fra 28 i gruppe 5 til 211 i gruppe 3.

TABEL 1.2

De fem sociogeografiske grupper - kommuner, antal voksne indbyggere (25+ år) i 2012

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	Gruppe 5	Alle
	Antal					
Favrskov	5.194	14.985	9.941	1.867	0	31.987
Hedensted	1.052	10.446	18.064	2.113	13	31.688
Herning	5.617	21.537	11.771	18.016	1.471	58.412
Holstebro	5.491	10.437	11.033	7.137	4.911	39.009
Horsens	4.270	22.400	8.203	10.282	12.582	57.737
Ikast-Brande	0	4.511	8.768	14.497	0	27.776
Lemvig	36	5.269	3.779	5.940	85	15.109
Norddjurs	0	694	2.548	23.929	0	27.171
Odder	149	6.107	9.790	336	101	16.483
Randers	2.905	6.956	30.011	11.292	15.582	66.746
Ringkøbing-Skjern	1.366	8.090	19.541	10.884	0	39.881
Samsø	0	0	394	2.661	0	3.055
Silkeborg	12.300	16.380	12.716	18.920	431	60.747
Skanderborg	10.214	28.834	0	0	0	39.048
Skive	208	3.962	5.242	22.832	1.296	33.540
Struer	0	2.155	5.004	8.517	0	15.676
Syddjurs	0	8.966	16.145	4.564	217	29.892
Viborg	5.669	16.519	19.004	19.569	3.501	64.262
Aarhus	70.598	48.779	15.420	41.456	27.169	203.422
Region Midtjylland	125.069	237.027	207.374	224.812	67.359	861.641

Tabel 1.2 viser indbyggertallet i hver af de fem sociogeografiske grupper opdelt på kommuner. Som det fremgår, varierer indbyggertallet betydeligt i de enkelte grupper på tværs af kommuner. Ti kommuner har sogne i alle fem sociogeografiske grupper. De resterende ni kommuner har sogne i to til fire grupper.

Med hensyn til de mindst velstillede lokalområder, gruppe 5, er der syv kommuner, som har mindst 1.000 indbyggere i denne kategori varierende fra 1.300 i Skive til 27.000 i Aarhus.

Kommunernes sociogeografiske sammensætning.

Kommunernes sociogeografiske sammensætning kan beskrives ud fra, hvordan befolkningen fordeler sig på sogne i de fem sociogeografiske grupper.

I det følgende inddrages to dimensioner af denne fordeling:

- 1) Andelen af den voksne befolkning, der tilhører de dårligst stillede sociogeografiske grupper (gruppe 4 og 5).
- 2) Graden af sociogeografisk homogenitet. Er kommunens befolkning kendetegnet ved en stor spredning på sociogeografiske grupper, eller er den fortrinsvis koncentreret på få sociogeografiske grupper?

Den første dimension har betydning, når man skal vurdere det generelle behov for sundhedsfremme forebyggelse og rehabilitering i kommunen. I kommuner med en stor andel af borgere i gruppe 4 og 5 vil der i udgangspunktet være et større behov for sundhedsydelser end i kommuner med en lav andel. Den anden dimension er vigtig, når man skal vurdere behovet for at differentiere indsatsen i forhold til udvalgte områder og kvarterer i kommunen. Jo mere heterogen befolkningen er, i jo højere grad bør man overveje at differentiere de kommunale sundhedstilbud i forhold til udvalgte geografiske områder.

Figur 1.4 viser andelen af befolkningen, der tilhører de laveste sociogeografiske grupper (gruppe 4 og 5) i forhold til graden af sociogeografisk homogenitet. Befolkningens homogenitet er beskrevet ved hjælp af Shannons indeks, hvor en lav værdi er lig med en høj grad af homogenitet.

For at kunne beskrive afvigelser mellem den enkelte kommunes sociogeografiske profil og hele regionen er der beregnet et Dissimilarity Index. Figuren er inddelt i ni felter for at lette tolkningen.

I felt nr. 1 er der to kommuner, Norddjurs og Samsø, der begge er kendetegnet ved en høj grad af sociogeografisk homogenitet og en stor overvægt af borgere i gruppe 4 og 5.

I felt nr. 2 er der én kommune, Skive, der er kendetegnet ved en moderat grad af sociogeografisk homogenitet og en stor overvægt af borgere i gruppe 4 og 5.

Felt nr. 3 og 4 er tomme.

I felt nr. 5 er der tre kommuner, Struer, Ikast-Brande og Lemvig, der er kendetegnet ved en moderat grad af sociogeografisk homogenitet og ved at mellem 40 % og 55 % af borgerne tilhører gruppe 4 og 5.

I felt nr. 6 er der syv kommuner med regionens største bysamfund: Randers, Horsens, Viborg, Herning, Aarhus, Silkeborg og Holstebro. De er kendetegnet ved en høj grad af sociogeografisk heterogenitet og ved at mellem 30 % og 40 % af borgerne tilhører gruppe 4 og 5.

I felt nr. 7 er der én kommune, Skanderborg, der er kendetegnet ved en høj grad af sociogeografisk homogenitet og ved at alle borgere i kommunen bor i områder, der tilhører gruppe 1 og 2.

I felt nr. 8 er der fem kommuner: Odder, Hedensted, Syddjurs, Ringkøbing-Skjern og Favrskov. De er kendetegnet ved en moderat til høj grad af homogenitet og en forholdsvis lav andel af borgere i gruppe 4 og 5 (fra 3 % i Odder til 27 % i Ringkøbing-Skjern).

Felt nr. 9 er tomt.

Figur 1.5 viser fordelingen på de fem sociogeografiske grupper i hver kommune og i regionen som helhed (den gule linje). Kommunerne er sorteret efter andelen af befolkningen, der bor i de to lavest placerede sociogeografiske grupper, gruppe 4 og 5, fra laveste til højeste andel.

Her følger en kort karakteristik af de enkelte kommuner:

Skanderborg. Skanderborg har ingen sogne i gruppe 3, 4 og 5. Den sociogeografiske homogenitet i kommunen er stor, idet 74 % af den voksne befolkning bor i sogne, der

tilhører gruppe 2, og de resterende 26 % bor i sogne, der tilhører gruppe 1. Som nævnt ovenfor har et enkelt sogn i Skanderborg (Skanderborg Sogn) godt 10.000 voksne indbyggere, hvilket kan få kommunen til at fremstå mere homogen, end den i virkeligheden er. Skanderborg er ud fra de her anvendte kriterier den mest velstillede kommune i regionen. Kommunen har en sociogeografisk profil, der afviger stærkt fra regionen som helhed. Skanderborg og Samsø har de mest forskellige sociogeografiske profiler.

Odder. I Odder bor kun 3 % af befolkningen i sogne i gruppe 4 og 5. Kommunen er kendetegnet ved en forholdsvis høj grad af sociogeografisk homogenitet, idet hovedparten af befolkningen bor i sogne, der tilhører gruppe 3 (59 %) og gruppe 2 (37 %). Odder hører ud fra de anvendte kriterier til blandt de mest velstillede kommuner i regionen. Kommunen har en sociogeografisk profil, der afviger stærkt fra regionen som helhed.

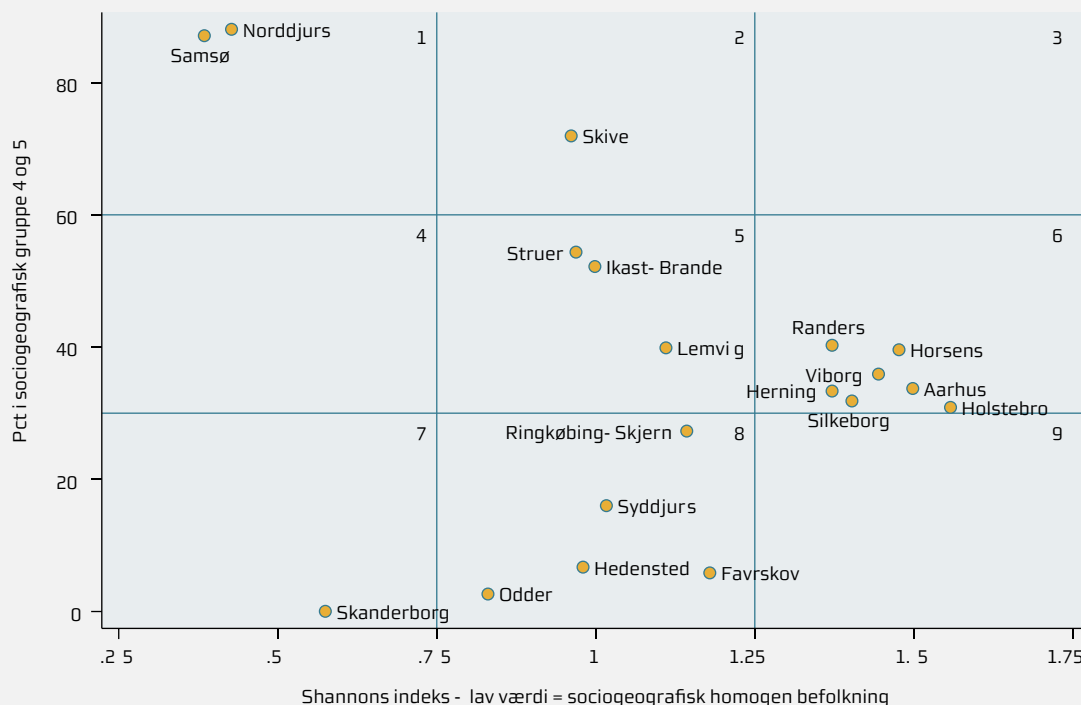
Favrskov. Favrskov har ingen sogne i gruppe 5, og kun 6 % af befolkningen bor i sogne i gruppe 4. Den største andel af befolkningen bor i sogne i gruppe 2 (47 %) og den næststørste i gruppe 3 (31 %). Kommunen hører ud fra de anvendte kriterier til blandt de mest velstillede i regionen. Der er en moderat grad af sociogeografisk homogenitet. Favrskovs sociogeografiske profil afviger især fra regionen som helhed ved, at en markant større andel af befolkningen bor i sogne i gruppe 2, mens en betydeligt mindre andel bor i sogne i gruppe 4 og 5.

Hedensted. Hedensted har ingen sogne i gruppe 5, og kun 7 % af befolkningen bor i sogne i gruppe 4. Den største andel af befolkningen bor i sogne i gruppe 3 (57 %) og den næststørste i gruppe 2 (33 %). Der er tale om en moderat til høj sociogeografisk homogenitet. Kommunen hører ud fra de anvendte kriterier til blandt de mest velstillede i regionen. Hedensteds sociogeografiske profil afviger især fra regionen som helhed ved at have en større befolkningsandel i sogne i gruppe 3 og en mindre befolkningsandel i sogne i gruppe 1, 4 og 5, det vil sige i ydergrupperne.

Syddjurs. I Syddjurs bor over halvdelen (54 %) af befolkningen i sogne i den midterste sociogeografiske gruppe, gruppe 3, mens 30 % bor i sogne i gruppe 2 og 15 % i sogne i gruppe 4. Kun 1 % bor i et sogn i gruppe 5. Ud fra de anvendte kriterier tilhører Syddjurs den mest velstillede halvdel af kommunerne. Der er tale om en moderat til høj grad af sociogeografisk homogenitet. Syddjurs' sociogeografiske profil afviger fra regionen som helhed ved, at en større andel af befolkningen bor i sogne i gruppe 3, mens en mindre andel bor i sogne i gruppe 4 og 5, og ved at der ikke er sogne i gruppe 1.

FIGUR 1.4

Andelen af befolkningen i sociogeografisk gruppe 4 og 5 samt graden af sociogeografisk homogenitet



Ringkøbing-Skjern. Ringkøbing-Skjern er kendetegnet ved en koncentration af befolkningen i sogne i de tre midterste grupper, heraf flest i gruppe 3, der omfatter 49 % af befolkningen. Sognene i gruppe 2 omfatter 20 % og sognene i gruppe 4 27 % af befolkningen. Kun 3 % af befolkningen bor i sogne i gruppe 1, mens ingen sogne tilhører gruppe 5. Kommunens sociogeografiske profil er kendetegnet ved en moderat grad af homogenitet. I forhold til regionen som helhed afviger Ringkøbing-Skjern især ved at have en større befolkningsandel i sogne i gruppe 3 og en mindre andel i sogne i gruppe 1 og 5.

Holstebro. Holstebro er den kommune i regionen, hvor befolkningen er mest jævnt fordelt på de fem sociogeografiske grupper. Kommunen er således kendetegnet ved stor sociogeografisk heterogenitet ligesom de øvrige store bykommuner i regionen. Holstebro udgør sammen med Viborg de kommuner, hvis sociogeografiske profil har den største lighed med regionens samlede profil.

Silkeborg. Silkeborg er kendetegnet ved stor sociogeografisk heterogenitet. Kommunen har en sociogeografisk profil, der i store træk ligner regionen som helhed. Dog har Silkeborg en større andel af befolkningen i sogne i gruppe 1 og en betydelig lavere andel i sogne i gruppe 5. Kommunen hører ud fra de anvendte kriterier til den mere velstillede del af de 19 kommuner.

Herning. I Herning er befolkningen spredt på sogne tilhørende alle fem sociogeografiske grupper. Der er således en betydelig grad af sociogeografisk heterogenitet. Herning har en sociogeografisk profil, der ligner regionen som helhed. Dog er der en større befolkningsandel i sogne i gruppe 2 og gruppe 4 og en mindre andel i de to ydergrupper, gruppe 1 og 5. Kommunen hører ud fra de anvendte kriterier til den mere velstillede del af de 19 kommuner.

Aarhus. I Aarhus er befolkningen spredt på sogne tilhørende alle fem sociogeografiske grupper. Kommunens sociogeografiske profil viser tegn på en todelt struktur, idet hovedparten af befolkningen bor i sogne i henholdsvis gruppe 1 og 2 (59 %) og gruppe 4 og 5 (33 %). Kun 8 % af befolkningen bor i sogne i gruppe 3. Kommunen har en sociogeografisk profil, der især afviger ved en større andel af befolkningen i den mest velstillede kategori af sogne, gruppe 1, og en betydelig mindre andel af befolkningen i den midterste kategori af sogne, gruppe 3.

Viborg. I Viborg bor 35 % af befolkningen i sogne i gruppe 4 og 5. Befolkningen i Viborg er som i de øvrige store bykommuner spredt på sogne i alle fem sociogeografiske grupper. Der er med andre ord tale om en lav grad af sociogeografisk homogenitet. Viborg er, sammen med Holstebro, den kommune, hvis sociogeografiske profil har den største lighed med profilen for hele regionen.

Horsens. I Horsens bor 40 % af befolkningen i sogne, der tilhører gruppe 4 og 5. Der bor ligeledes 39 % i sogne i gruppe 2. Der er således tegn på en todelt fordeling af befolkningen ligesom i Aarhus, om end ikke helt så udpræget. Horsens er som de øvrige store bykommuner kendetegnet ved en lav grad af sociogeografisk homogenitet. I forhold til regionen som helhed bor en større andel af befolkningen i sogne i gruppe 2 og 5 og en mindre andel i gruppe 1, 3 og 4.

Lemvig. Befolkningen i Lemvig er koncentreret i de tre midterste sociogeografiske grupper. Den største andel af befolkningen bor i sogne i gruppe 4 (39 %), mens den næststørste andel bor i sogne i gruppe 2 (35 %). Kommunens sociogeografiske profil er kendetegnet ved en moderat grad af homogenitet. I forhold til regionen som helhed afviger Lemvig ved, at der kun er ganske få indbyggere i de to ydergrupper, gruppe 1 og gruppe 5.

Randers. Randers er en af regionens store bykommuner og kendetegnet ved en lav grad af sociogeografisk homogenitet. I Randers bor 40 % af befolkningen i sogne i gruppe 4 og 5. Det er den kommune i regionen, hvor den største andel af befolkningen bor i sogne i gruppe 5 (23 %). Samtidig bor en betydelig andel af kommunens befolkning i sogne i gruppe 3 (45 %). Ud fra de anvendte kriterier tilhører Randers den mindre velstillede del af kommunerne. I forhold til regionen som helhed bor en større andel af befolkningen i sogne i gruppe 3 og 5 og en mindre andel i gruppe 1, 2 og 4.

Ikast-Brande. Befolkningen i Ikast-Brande er koncentreret i de tre midterste sociogeografiske grupper med en overvægt af befolkningen i sogne i gruppe 4 (52 %). Kommunen har en moderat grad af sociogeografisk homogenitet. Ikast-Brande er ud fra de anvendte kriterier en af de mindre velstillede kommuner i regionen. Kommunen har en sociogeografisk profil, der afviger ret markant fra regionen som helhed, især på grund af en betydeligt højere befolkningsandel i sogne i gruppe 4 og ved, at der ikke er sogne i de to ydergrupper, gruppe 1 og 5. Ikast-Brande og Struer har ens sociogeografiske profiler.

Struer. Befolkningen i Struer er koncentreret i de tre midterste sociogeografiske grupper med en overvægt af befolkningen i sogne i gruppe 4 (54 %). Kommunen har en moderat grad af sociogeografisk homogenitet. Struer er ud fra de anvendte kriterier en af de mindre velstillede kommuner i regionen. Kommunen har en sociogeografisk profil, der afviger ret markant fra regionen som helhed, især på grund af en betydeligt højere befolkningsandel i sogne i gruppe 4 og ved, at der ikke er sogne i de to ydergrupper, gruppe 1 og 5. Struer og Ikast-Brande har ens sociogeografiske profiler.

Skive. I Skive bor 68 % af befolkningen i sogne i gruppe 4. Den resterende del af befolkningen fordeler sig på sogne i gruppe 1, 2, 3 og 5. Kommunen er således sociogeografisk ret homogen. Skive hører ud fra de anvendte kriterier til de mindst velstillede kommuner i regionen. Kommunen har en sociogeografisk profil, der afviger stærkt fra regionen som helhed.

Samsø. På Samsø bor 87 % af befolkningen i sogne i gruppe 4, mens resten bor i et sogn, der tilhører gruppe 3. Der er således ingen sogne i gruppe 1, 2 og 5. Kommunen er den sociogeografisk mest homogene i regionen. Samsø er desuden ud fra de anvendte kriterier en af de mindst velstillede kommuner i regionen. Kommunen har en sociogeografisk profil, der afviger stærkt fra regionen som helhed. Samsø og Skanderborg har de mest forskellige sociogeografiske profiler.

Norrdjurs. I Norrdjurs bor 88 % af befolkningen i sogne i gruppe 4, mens resten bor i sogne i gruppe 2 og 3. Der er således ingen sogne i gruppe 1 og 5. Kommunen er næst efter Samsø den sociogeografisk mest homogene kommune i regionen. Norrdjurs er ud fra de anvendte kriterier en af de mindst velstillede kommuner i regionen. Kommunen har en sociogeografisk profil, der afviger stærkt fra regionen som helhed.

FIGUR 1.5

Kommunernes sociogeografiske profiler. Den gule linje viser den sociogeografiske profil for hele regionen



Læsevejledning

I hovedbindet præsenteres forekomsten af forskellige former for sundhedsvaner, sundhed og sygelighed i Region Midtjylland som helhed. I figur 1.6 ses et eksempel på en figur i rapporten, hvor andelen af dagligrygere belyses i forhold til køn, alder og en række forskellige social forhold. På denne måde kan man se, hvilke befolkningsgrupper, der har de største forekomster af daglig rygning.

Farverne på søjlerne indikerer, hvorvidt forekomsten af dagligrygere i de enkelte subgrupper er signifikant større eller mindre end gennemsnittet blandt alle 25-79-årige personer med dansk etnisk baggrund i Region Midtjylland.

Medarbejdere

CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, har stået for den praktiske gennemførelse af *Hvordan har du det?*

Det daglige arbejde, herunder udformning af spørgeskemaer, indsamling af data, analyser og skrivning af rapport er udført af en projektgruppe bestående af Finn Breinholt Larsen (projektansvarlig), Karina Friis, Mathias Lasgaard og Marie Hauge Pedersen. Jes Bak Sørensen, Louise Margrethe Arildsen Jakobsen og Julie Christiansen har været med til at lave analyserne og skrive rapporten.

Trine Oksbjerg og Ane Lykke Nielsen har været studentermedhjælpere på projektet.

Anna Glavind har stået for kontakten til pressen.

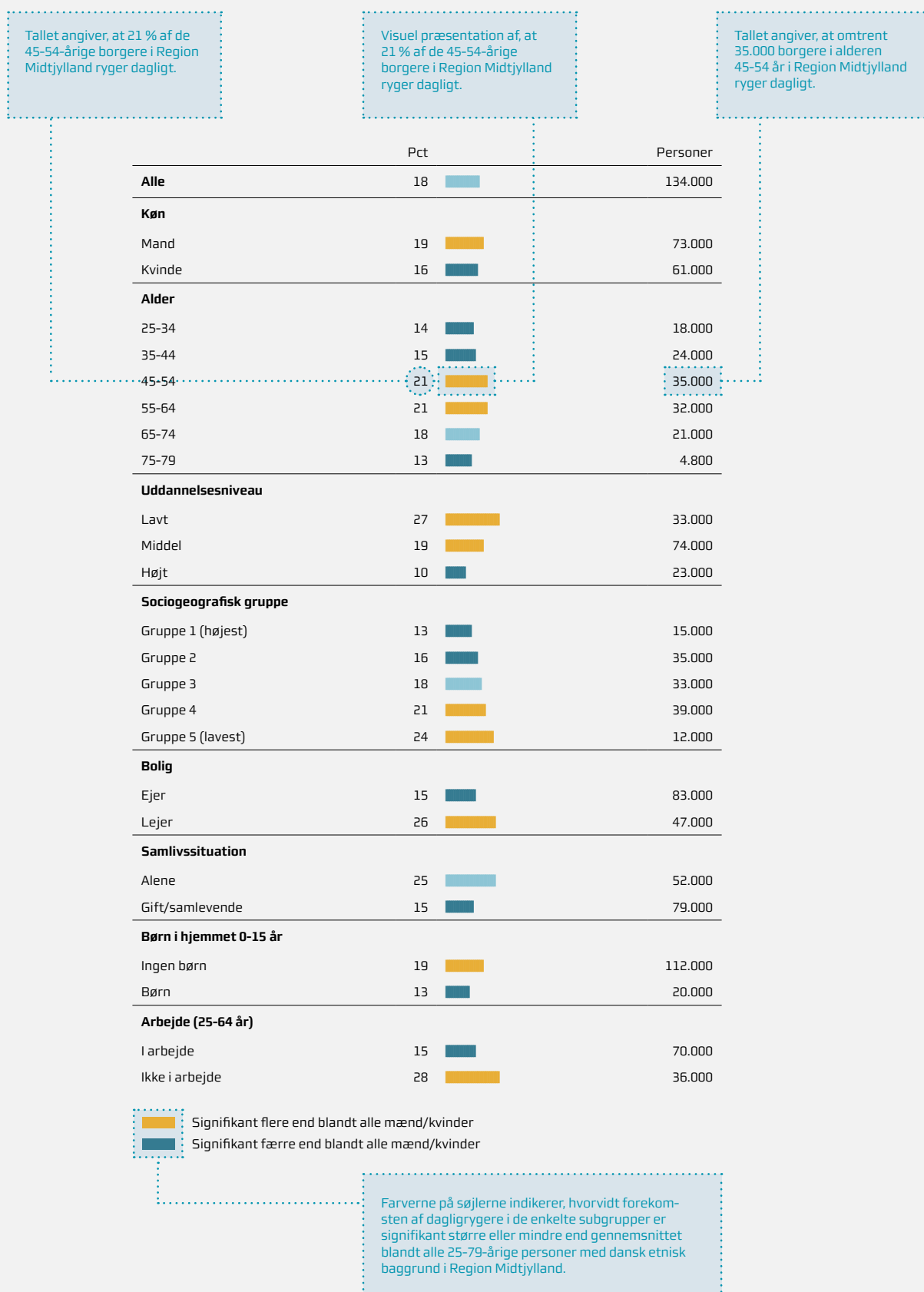
Titina Vinter Pedersen, Søren Bech Morsing og Anne Marie Schak Jensen har stået for datamanagement.

Stinne Møller Christensen har været korrekturlæser på rapporten.

Ingerlise Andersen har været sekretær på projektet.

FIGUR 1.6

Dagligrygere - køn, alder og sociale forhold (Eksempel på figur i rapporten)



Referencer

1. Fangel S, Linde PC, Thorsted BL. Nye problemer med repræsentativitet i surveys, som opregning med registre kan reducere. Metode & Data nr. 93; 2007.
2. Kruse M, Helweg-Larsen K. Kønsforskelle i sygdom og sundhed. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2004.
3. Christensen K, Helweg-Larsen K. Forskelle mellem mænd og kvinder. I Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F. Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2007: 425-432.
4. <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/folkesundhed/maend>
5. Sundhedsstyrelsen. Mænds sundhed – en oversigt over mænds sundhedstilstand og en gennemgang af effektive forebyggelsesmetoder. København: Sundhedsstyrelsen; 2010.
6. www.elskhjetet.dk
7. Good health adds life to years: Global brief for World Health Day. Geneve: WHO; 2012.
8. Cutler DM, Lleras-Muney A. Education and health: Evaluating theories and evidence. Cambridge MA: NBER Working Paper No. 12352; 2006.
9. Elstad JI. Utdanning og helseulikheter. Oslo: NOVA; 2008.
10. Lindblad E, Lyttkens CH. Habit versus choice: the process of decision-making in health-related behaviour. Social Science and Medicine 55: 451-465; 2002.
11. Kjellson G, Gerdtham UG, Lyttkens CH. Breaking bad habits by education – smoking dynamics among Swedish women. Health Economics 20: 876-881; 2011.
12. http://tema.3f.dk/apps/pbcs.dll/section?Kategori=TEMA_ULIGHEDISUNDHED&SectionCat=TEMA_ULIGHEDISUNDHED&Profile=3344&ExpNodes=3344
13. Danmarks Statistik. DUN 2006. Dansk Uddannelses-Nomenklatur. København: Danmarks Statistik og Undervisningsministeriet; 2006.
14. Stock C, Ellaway A (eds.). Neighbourhood structure and health promotion. New York: Springer; 2013.
15. Blackman T. Placing health. Neighbourhood renewal, health improvement and complexity. Bristol: Policy Press; 2006.
16. Wood RG, Goesling B, Avellar S. The effects of marriage on health: A synthesis of recent research evidence. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, Office of Human Services Policy; 2007.
17. Wilson CM, Oswald AJ. How does marriage affect physical and psychological health? A survey of the longitudinal evidens. Bonn: IZA Discussion Paper No 1619; 2005.
18. Lund R, Due P, Modvig J, Holstein BE et al. Cohabitation and marital status as predictors of mortality – an eight year follow-up study. Social Science and Medicine 55: 673-679; 2002.
19. Frisch M, Simonsen J. Marriage, cohabitation and mortality in Denmark: national cohort study of 6.5 million persons followed for up to three decades (1982-2011). Int J of Epi 42: 559-578; 2013.
20. Averett SL, Argys LM, Sorkin J. In sickness and in health: an examination of relationship status and health using data from Canadian National Public Health Survey. Rev Econ Household 11: 599-633; 2013.
21. Lawlor DA, Mishra GD (eds.). Family matters. Designing, analysing and understanding family based studies in life course epidemiology. Oxford: Oxford University Press; 2009.
22. Bambra C. Work, worklessness, and the political economy of health. Oxford: Oxford University Press; 2011.
23. Waddell G, Burton K. Is work good for your health and well-being? London: TSO; 2006.
24. Blackman T. Placing Health. Neighborhood renewal, health improvement and complexity. Bristol: The Policy Press; 2006.
25. Schærström A, Rämgård M, Löfman O. Hälsans och ohälsans landskap. Från medicinsk geografi til hälsogeografi. Lund: Studentlitteratur; 2011.
26. Glümer C, Hilding-Nørkjær H, Jensen HN, Jørgensen T, Andreassen AH, Ladelund S. Sundhedsprofil for region og kommuner 2008. Glostrup: Region Hovedstaden; 2008.
27. Bartholomew D, Knott M, Moustaki I. Latent variable models and factor analysis. A unified approach. 3rd edition. West Sussex: John Wiley & Sons; 2011.
28. Bacher J, Vermunt JK. Analyse latenter Klassen. In Wolf C, Best H (Hrsg.). Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften ; 2010.

2. RYGNING

Rygning er den væsentligste forebyggelige risikofaktor i forhold til langvarig sygdom og dødelighed. I gennemsnit dør en storryger 8-10 år tidligere end en person, der aldrig har røget (1), og i perioden fra 2005 til 2009 var hvert fjerde dødsfald i Danmark relateret til rygning (2). Rygning øger risikoen for en lang række alvorlige sygdomme såsom lungekræft, hjerte-kar-sygdomme og kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) (1,3).

Der er ikke blot tale om, at rygning øger risikoen for tidlig død, men også at rygere kan forvente flere leveår med sygdom end ikke-rygere. Risikoen for en rygerrelateret sygdom øges med tobaksmængde samt antallet af år, der er blevet røget (4).

Tobaksrøg kan have helbredsmæssige konsekvenser for andre end rygerne selv. Passiv rygning kan give gener som irritation af øjne og slimhinder i luftveje, hoste og hovedpine. Derudover øger passiv rygning risikoen for alvorlige sygdomme såsom lungekræft, hjerte-kar-sygdomme og kroniske luftvejslidelser. Børn, der udsættes for tobaksrøg, har desuden større risiko for vuggedød, mellemørebetændelse og luftvejssygdomme som f.eks. astma, end børn, der ikke udsættes for tobaksrøg (3). Derudover kan rygning nedsætte fertiliteten og er desuden en risikofaktor i forhold til lav fødselsvægt hos nyfødte.

Rygning har ikke blot store konsekvenser på individniveau, men medfører også massive omkostninger for samfundet. Beregninger fra 2006 har vist, at sundhedsvæsenets årlige nettoomkostninger på grund af rygning var 3,4 milliarder kroner (3,5), som dog muligvis er faldet lidt siden da, idet andelen af rygere i dag er mindre end for syv år siden. Derudover kommer samfundets udgifter til produktionstab grundet sygefravær, førtidspension og tidlig død, som i 2006 blev opgjort til omkring 16 milliarder kroner årligt (6). Der er således store gevinster at hente ved rygestop, både for den enkelte ryger og for samfundet, og behandling af tobaksafhængighed er tilmed yderst kosteffektivt (7).

Antallet af rygere i Danmark har været faldende over en årrække, men til trods for dette er rygning fortsat den risikofaktor, hvor forebyggelsesindsatser potentielt kan bidrage mest til at reducere sygelighed og dødelighed. Det kan dog være meget svært at stoppe med at ryge. Tobak indeholder stoffet nikotin, der påvirker hjerne og centralnervesystem og som kan skabe afhængighed. Det er ikke alle rygere, der er tobaksafhængige, men det vurderes, at cirka 60 % af alle danske rygere er fysisk afhængige af tobak (7). Derudover oplever mange rygere at være psykisk og socialt afhængige af tobak.

For at understøtte kommunerne i deres arbejde med blandt andet at udarbejde planer og iværksætte indsatser, der kan medvirke til at begrænse andelen af rygere,

har Sundhedsstyrelsen i 2012 udarbejdet en forebyggelsespakke for tobak. Heri peges der blandt andet på de mest effektive instrumenter til at begrænse brugen af tobak (8).

Tobaksforebyggelse retter sig mod hele befolkningen. I forhold til rygerne handler det om at motivere til rygestop og støtte og hjælpe de rygere, der ønsker at holde op. Rygestop har en signifikant positiv effekt på helbredet (9-11). Jo tidligere man kan holde op med at ryge, desto bedre, men selv ældre personer, der har røget i mange år, har stor helbredsgevinst af rygestop (9). I forhold til ikke-rygerne handler tobaksforebyggelse om at forebygge rygestart hos børn, unge og eksrygere samt at sikre, at ingen mod deres vilje udsættes for passiv rygning.

Viden om befolkningens rygevaner kan bruges til at målrette indsatsen mod grupper og miljøer, der har særligt behov. I det følgende belyses befolkningens rygevaner. Der sættes fokus på, hvor stor en andel af den voksne (25-79 år) befolkning i Region Midtjylland, som ryger. Andelen af rygere beskrives i forhold til køn, alder og sociale forhold, geografi og kroniske sygdomme. Derudover sættes fokus på passiv rygning. Afslutningsvist vil der være en beskrivelse af rygernes motivation for ryge-ophør samt en beskrivelse af, i hvilket omfang rygerne oplever at modtage råd om rygestop fra egen læge.

Følgende spørgsmål anvendes til at belyse befolkningens rygevaner:

- Ryger du?

Til dette spørgsmål er svarmulighederne 1) Ja, hver dag, 2) Ja mindst én gang om ugen, 3) Ja, sjældnere end hver uge, 4) Nej, jeg er holdt op og 5) Nej, jeg har aldrig røget.

Personer, der svarer, at de ryger hver dag, får stillet følgende spørgsmål:

- Hvor meget ryger du i gennemsnit per dag?

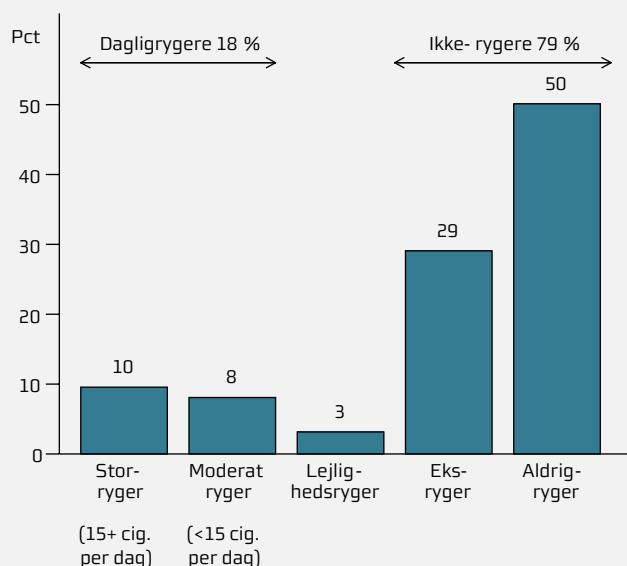
I forhold til passiv rygning anvendes følgende spørgsmål:

- Hvor mange timer om dagen opholder du dig i rum, hvor der bliver røget, eller hvor der lugter af tobaksrøg?

I forhold til passiv rygning i hjem med børn under 16 år anvendes følgende spørgsmål:

- Bliver der røget indendørs i dit hjem?

FIGUR 2.1
Rygevaner



I forhold til at belyse motivation for rygestop og råd fra egen læge anvendes følgende spørgsmål:

- Vil du gerne holde op med at ryge?
- Hvis du vil holde op med at ryge, vil du så gerne have støtte og hjælp til at gennemføre det? F.eks. rygestopkursus, støtte fra egen læge
- Har din læge inden for de seneste 12 måneder rådet dig til at holde op med at ryge?

Hvor mange ryger?

Figur 2.1 viser, at andelen, der ryger dagligt, er 18 %, hvilket svarer til omtrent 134.000 personer i Region Midtjylland.

Dagligrygerne er opdelt i storrygere, som har et dagligt forbrug på 15 cigaretter eller flere, samt rygere, der dagligt ryger, men færre end 15 cigaretter (moderat rygning). 10 % er storrygere og 8 % ryger færre end 15 cigaretter om dagen.

I alt 3 % er lejlighedsrygere, hvilket betyder at man ryger, men ikke hver dag.

I alt 79 % af befolkningen i Region Midtjylland ryger ikke. 29 % har tidligere røget dagligt og 50 % har aldrig røget dagligt.

► **2006-2013.** I perioden fra 2006 til 2013 har der været et stort fald i andelen af dagligrygere fra 27 % til 18 %, jævnfør [figur 2.2.S i bind 2](#). Andelen af storrygere er faldet fra 17 % til 10 %. Samtidig er andelen, der ryger færre end 15 cigaretter om dagen og andelen af lejlighedsrygere også faldet en smule, mens andelen af eksrygere og aldrig-rygere er steget. Se [figur 2.1.S i bind 2](#). ◀

► **2010-2013.** I perioden fra 2010 til 2013 har der været et fald i andelen af dagligrygere fra 22 % til 18 %, jævnfør [figur 2.2.S i bind 2](#). Der har i perioden været et fald i andelen af storrygere fra 13 % til 10 % samt en stigning i andelen af eksrygere. Se [figur 2.1.S i bind 2](#). ◀

FIGUR 2.2
Dagligrygere - køn, alder og sociale forhold

	Pct		Personer
Alle	18		134.000
Køn			
Mand	19		73.000
Kvinde	16		61.000
Alder			
25-34	14		18.000
35-44	15		24.000
45-54	21		35.000
55-64	21		32.000
65-74	18		21.000
75-79	13		4.800
Uddannelsesniveau			
Lavt	27		33.000
Middel	19		74.000
Højt	10		23.000
Sociogeografisk gruppe			
Gruppe 1 (højest)	13		15.000
Gruppe 2	16		35.000
Gruppe 3	18		33.000
Gruppe 4	21		39.000
Gruppe 5 (lavest)	24		12.000
Bolig			
Ejer	15		83.000
Lejer	26		47.000
Samlivssituation			
Alene	25		52.000
Gift/samlevende	15		79.000
Børn i hjemmet 0-15 år			
Ingen børn	19		112.000
Børn	13		20.000
Arbejde (25-64 år)			
I arbejde	15		70.000
Ikke i arbejde	28		36.000

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

Dagligrygere - køn, alder og sociale forhold

Af figur 2.2 fremgår det, at der ikke er store forskelle i andelen af dagligrygere blandt mænd og kvinder. Til gengæld ses der store variationer mellem aldersgrupperne, hvor de største forekomster af dagligrygere ses blandt de 45-64-årige. Der er også en klar sammenhæng mellem andelen af dagligrygere og uddannelsesniveau. Der er en markant større andel af personer med lavt uddannelsesniveau, der ryger dagligt end i befolkningen generelt. Endvidere ses en markant større forekomst af dagligrygere blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke er i arbejde.

Køn. Der er en lidt større andel af mænd end kvinder, der ryger dagligt.

Alder. Andelen af dagligrygere er størst blandt de 45-64-årige og mindst blandt de 25-44-årige og 75-79-årige.

Uddannelsesniveau. Andelen af dagligrygere falder med stigende uddannelsesniveau. Der er 27 % dagligrygere blandt personer med lavt uddannelsesniveau og 10 % blandt personer med højt uddannelsesniveau.

Sociogeografisk gruppe. Der er en signifikant større andel af dagligrygere blandt personer i gruppe 4 og 5 end det er tilfældet hos hele befolkningen. Andelen af dagligrygere er lavest i gruppe 1 og 2.

Bolig. Der er flere dagligrygere blandt personer, der bor i lejebolig sammenlignet med personer, der bor i ejerbolig.

Samlivssituation. En større andel blandt personer, der bor alene, er dagligrygere end blandt personer, der er gift/samlevende.

Børn i hjemmet. En større andel blandt personer uden børn i hjemmet ryger dagligt, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

Arbejde. Der er en markant større andel af personer, der ryger dagligt blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke har et arbejde sammenlignet med personer, der har et arbejde.

Sammenlignet med andelen af dagligrygere i hele befolkningen er der signifikant flere rygere blandt følgende grupper:

- Mænd
- Personer i alderen 45-64 år
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Sociogeografisk gruppe 4 og 5
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der bor alene
- Personer, der ikke bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke er i arbejde

► **2006-2013.** I perioden fra 2006 til 2013 har der været et fald i andelen af dagligrygere både for mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveau. Se [figur 2.2.5 i bind 2](#). ◀

► **2010-2013.** I perioden fra 2010 til 2013 har der været et fald i andelen af dagligrygere både for mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveau. Se [figur 2.2.5 i bind 2](#). ◀

FIGUR 2.3

Dagligrygere - køn, alder og uddannelsesniveau



Rygning – samspil mellem køn, alder og uddannelsesniveau

Der ses store variationer i andelen af dagligrygere i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau, hvilket fremgår af figur 2.3.

Den største forekomst af dagligrygere er 46 % og ses blandt de lavtuddannede mænd i alderen 25-34 år. Som kontrast hertil kan man se, at kun 3 % af de højtuddannede kvinder i alderen 75-79 år ryger dagligt.

Lavt uddannelsesniveau. Blandt alle aldersgrupper med lavt uddannelsesniveau – undtagen de 75-79-årige – ses der en signifikant større andel af dagligrygere end i hele befolkningen. Dette gælder både for kvinder og mænd. Der ses et markant fald i andelen af dagligrygere med stigende alder både for mænd og kvinder.

Middelhøjt uddannelsesniveau. Blandt mænd og kvinder i alderen 45-64 år med et middelhøjt uddannelsesniveau er der signifikant flere dagligrygere end i hele befolkningen.

Højt uddannelsesniveau. Blandt højtuddannede kvinder er der for samtlige aldersgrupper – undtagen de 55-64-årige – færre dagligrygere end i hele befolkningen. Blandt højtuddannede mænd er der for de 25-54-årige og 65-74-årige færre dagligrygere end i hele befolkningen.

FIGUR 2.4
Dagligrygere - kommuner

	Pct		Personer
Samsø	23		600
Lemvig	21		2.700
Horsens	21		9.900
Ikast-Brande	20		4.800
Norrdjurs	20		4.600
Randers	19		12.000
Ringkøbing-Skjern	19		6.600
Hedensted	19		5.300
Syddjurs	19		5.000
Holstebro	19		6.400
Skive	19		5.500
Struer	18		2.500
Favrskov	18		5.200
Viborg	18		10.000
Herning	18		9.200
Skanderborg	16		5.700
Aarhus	16		28.000
Odder	16		2.100
Silkeborg	15		8.300
Region Midtjylland	18		134.000

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



Dagligrygere - kommuner

Andelen af dagligrygere varierer mellem kommunerne fra 15 % i Silkeborg til 23 % på Samsø, hvilket fremgår af figur 2.4.

Der er signifikant flere dagligrygere end i hele befolkningen i:

- Samsø
- Lemvig
- Horsens

Der er signifikant færre dagligrygere end i hele befolkningen i:

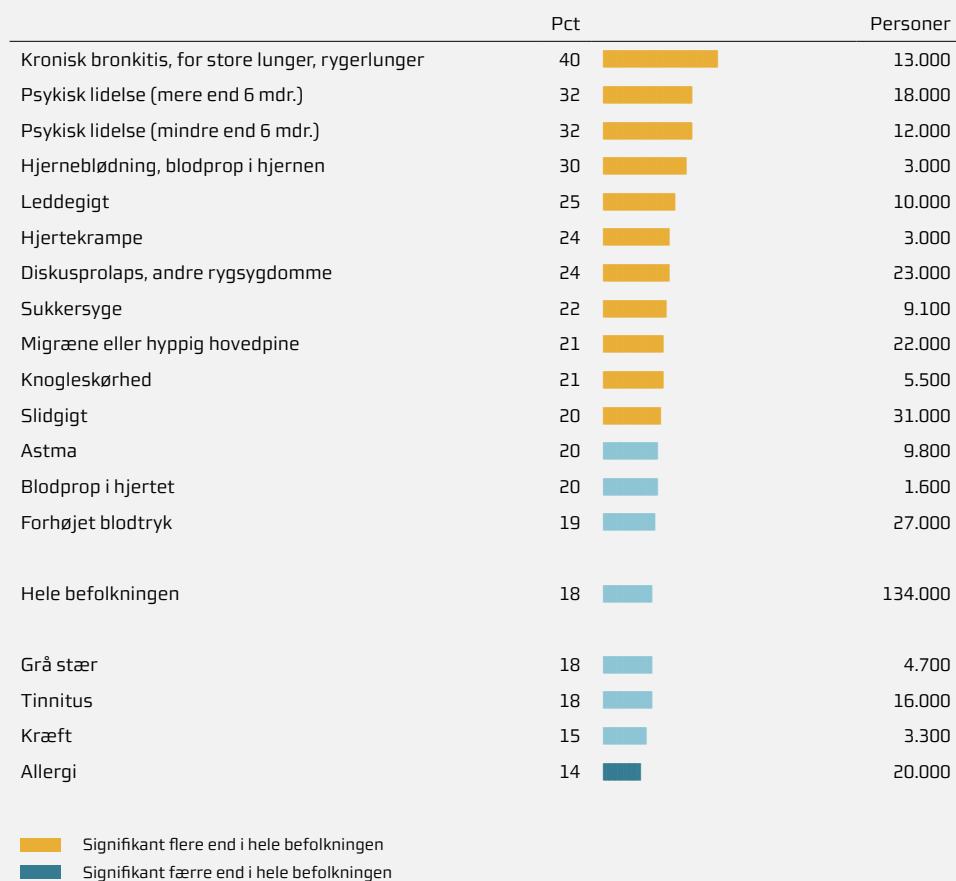
- Aarhus
- Silkeborg

► **2006-2013.** I perioden fra 2006 til 2013 har der været et fald i andelen af dagligrygere i alle kommuner. Faldet svinger fra 4 procentpoint i Ringkøbing-Skjern til 13 procentpoint i Silkeborg. Se [figur 2.3.5 i bind 2](#). ◀

► **2010-2013.** I perioden fra 2010 til 2013 har der været et fald i andelen af dagligrygere i følgende kommuner: Viborg, Skanderborg, Aarhus, Ringkøbing-Skjern, Silkeborg, Randers, Skive, Struer, Syddjurs, Norddjurs og Odder. Faldet svinger fra 3 procentpoint i Viborg, Skanderborg og Aarhus til 7 procentpoint i Odder. Se [figur 2.3.5 i bind 2](#). ◀

FIGUR 2.5

Dagligrygere - kroniske sygdomme



Dagligrygere - kroniske sygdomme

En særlig interesse knytter sig til rygevaner hos kronisk syge. Rygning er en medvirkende årsag, og nogle gange hovedårsagen, til flere langvarige sygdomme, herunder kræft, hjerte-kar-sygdomme og KOL (1,3). Rygning kan mindske virkningen af den lægelige behandling og fremme udviklingen af sygdommen eller eventuelle følgesygdomme (f.eks. hjerte-kar-sygdomme i forbindelse med sukkersyge). Rygning svækker endvidere den almene sundhedstilstand og kan derfor sammen med den kroniske sygdom medvirke til at forværre patientens helbred.

Af figur 2.5 fremgår det, at der ved 11 ud af de 18 sygdomme er en større andel dagligrygere end i hele befolkningen.

Den største andel af dagligrygere findes blandt personer med kronisk bronkitis/for store lunger/rygerlunger. 40 % med disse sygdomme ryger dagligt. Personer med psykiske lidelser har den næsthøjeste andel af rygere, idet 32 % blandt disse personer ryger dagligt.

Sammenlignet med hele befolkningen er der signifikant flere dagligrygere blandt personer med følgende sygdomme:

- Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger
- Psykisk lidelse (mere end 6 måneders varighed)
- Psykisk lidelse (mindre end 6 måneders varighed)
- Hjerneblødning, blodprop i hjernen
- Leddegigt
- Hjertekrampe
- Diskusprolaps og andre rygsygdomme
- Sukkersyge
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Knogleskørhed
- Slidgigt

Sammenlignet med hele befolkningen er der signifikant færre dagligrygere blandt personer med:

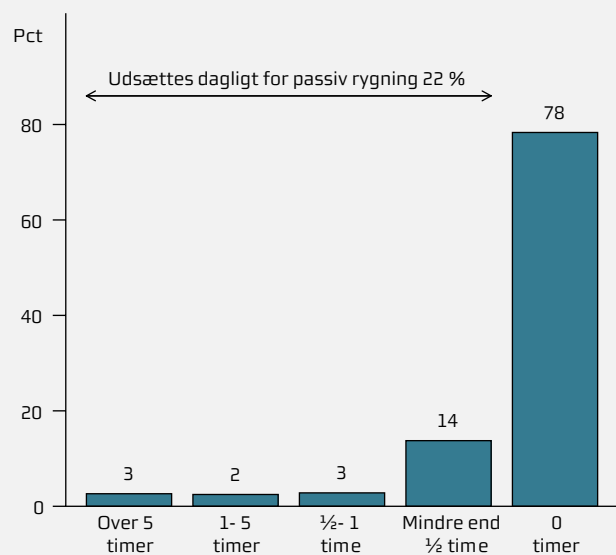
- Allergi

► **2006-2013.** I perioden fra 2006 til 2013 har der været et fald i andelen af dagligrygere blandt 11 ud af 15 sygdomme. Det største fald ses blandt personer med kronisk bronkitis/for store lunger/rygerlunger, hvor andelen er faldet med 16 procentpoint i perioden. Se [figur 2.4.5 i bind 2](#) ◀

► **2010-2013.** I perioden fra 2010 til 2013 har der været et fald i andelen af dagligrygere blandt 11 ud af 15 sygdomme. Se [figur 2.4.5 i bind 2](#) ◀

FIGUR 2.6

Passiv rygning blandt ikke-rygere



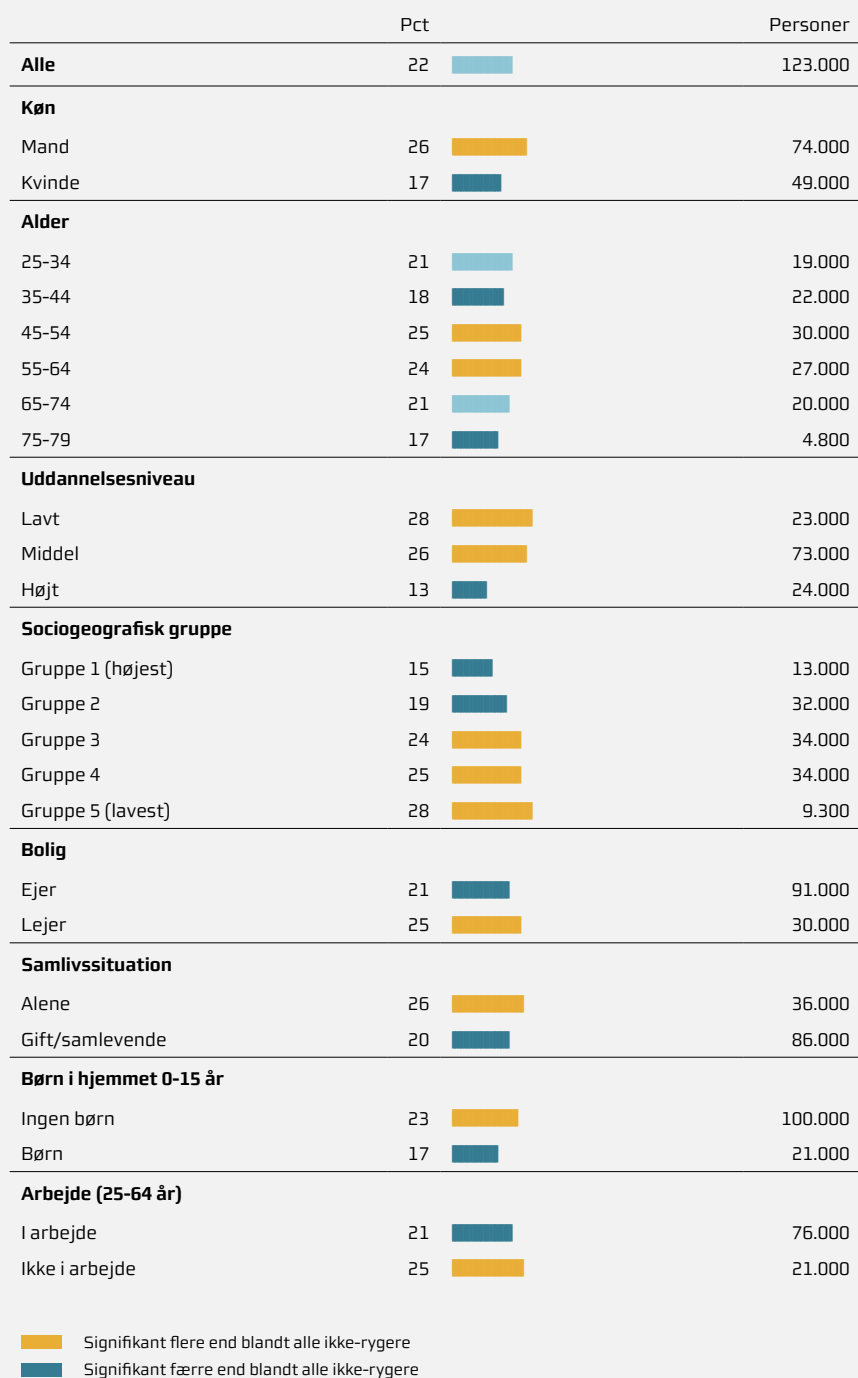
Passiv rygning blandt ikke-rygere

Som nævnt indledningsvist kan passiv rygning kan give gener som irritation af øjne og slimhinder i luftveje, hoste og hovedpine. Derudover øger passiv rygning risikoen for alvorlige sygdomme såsom lungekræft, hjerte-kar-sygdomme og kroniske luftvejslidelser. Figur 2.6 viser, hvor stor en del af dagen ikke-rygerne typisk opholder sig i rum, hvor der bliver røget, eller hvor der lugter af tobaksrøg.

Figuren viser, at i alt 22 % af ikke-rygerne dagligt udsættes for passiv rygning, hvoraf hovedparten (14 %) dog kun udsættes for dette i mindre end en halv time om dagen. 3 % udsættes for passiv rygning i over fem timer om dagen. Lidt flere end tre ud af fire ikke-rygere i Region Midtjylland udsættes ikke for passiv rygning dagligt.

FIGUR 2.7

Passiv rygning blandt ikke-rygere - køn, alder og sociale forhold



Passiv rygning blandt ikke-rygere - køn, alder og sociale forhold

Af figur 2.7 fremgår det, at mænd i højere grad end kvinder dagligt udsættes for passiv rygning. Der er også variationer mellem aldersgrupperne, hvor de største forekomster af passiv rygning ses blandt de 45-64-årige. Derudover er der dobbelt så mange lavtuddannede som højtuddannede, der udsættes for passiv rygning dagligt.

Køn. Der er en større andel af mænd end kvinder, der udsættes for passiv rygning.

Alder. Andelen, der udsættes for passiv rygning, er størst blandt de 45-64-årige og mindst blandt de 35-44-årige og 75-79-årige.

Uddannelsesniveau. Andelen, der udsættes for passiv rygning, falder med stigende uddannelsesniveau. Der er 28 %, der udsættes for passiv rygning, blandt personer med lavt uddannelsesniveau og 13 % blandt personer med højt uddannelsesniveau.

Sociogeografisk gruppe. Der er en signifikant større andel, der udsættes for passiv rygning, blandt personer i gruppe 3, 4 og 5, end det er tilfældet hos hele befolkningen.

Bolig. Der er flere, der udsættes for passiv rygning blandt personer, der bor i lejebolig sammenlignet med personer, der bor i ejerbolig.

Samlivssituation. Til sammenligning med gifte/samlevende personer er der flere personer, som bor alene, der udsættes for passiv rygning.

Børn i hjemmet. Flere personer uden børn i hjemmet udsættes for passiv rygning, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

Arbejde. Der er en større andel af personer, der udsættes for passiv rygning blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke har et arbejde sammenlignet med personer, der har et arbejde.

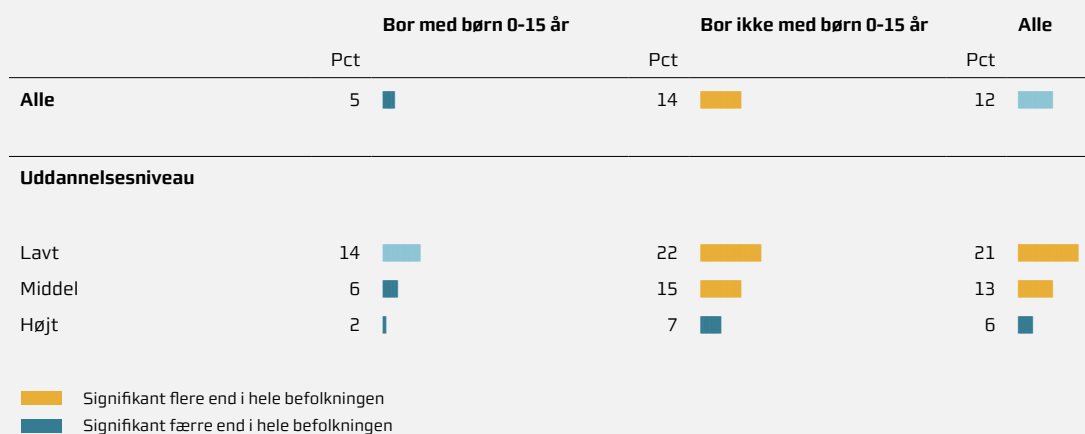
Sammenlignet med andelen af ikke-rygere, der dagligt udsættes for passiv rygning i hele befolkningen, er der signifikant flere blandt følgende grupper:

- Mænd
- Personer i alderen 45-64 år
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Sociogeografisk gruppe 3, 4 og 5
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der bor alene
- Personer, der ikke bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke er i arbejde

FIGUR 2.8

Rygning i hjem med børn 0-15 år

Personer, der på spørgsmålet "Bliver der røget indendørs i dit hjem?" har svaret, "Ja, hver dag"



Rygning i hjem med børn

Risikoen for rygestart hos børn og unge øges væsentligt, hvis forældrene ryger, og rygning i hjemmet udgør desuden en helbredsrisiko for børnene, idet risikoen for vuggedød, mellemørebetændelse og luftvejssygdomme som f.eks. astma er større hos børn, der udsættes for tobaksrøg (3). Der har i de seneste år været sat fokus på børn og passiv rygning fra blandt andre Sundhedsstyrelsen og sundhedsplejen i flere kommuner (eksempelvis kampagnen "Ren luft til ungerne").

Af figur 2.8 fremgår det, at 12 % oplyser, at der bliver røget indendørs i deres hjem hver dag. Der bliver generelt røget væsentligt mindre i hjem, hvor der bor børn, end i hjem, hvor der ikke bor børn.

I alt 5 % af de, der bor sammen med børn, oplyser, at der dagligt bliver røget indendørs i hjemmet.

Blandt personer, der ikke bor sammen med børn, bliver der dagligt røget indendørs hos 14 %.

Som det fremgår af figur 2.8 er der en stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og rygning i hjemmet, både i hjem med og uden børn. Der ryges generelt mere indendørs blandt personer med lavt uddannelsesniveau. Andelen af personer, der bor i rygerhjem, og som har hjemmeboende børn under 16 år, er 14 % blandt personer med lavt uddannelsesniveau og 2 % blandt personer med højt uddannelsesniveau. For personer, der ikke bor sammen med børn, er de tilsvarende tal 22 % og 7 %.

Til sammenligning med hele befolkningen er der en mindre andel hos personer med middelhøjt uddannelsesniveau, der ryger i hjemmet, hvis der er hjemmeboende børn. Signifikant flere personer med middelhøjt uddannelsesniveau, som ikke bor sammen med børn, ryger dagligt indendørs i hjemmet.

► **2006-2013.** Der har været en markant ændring i andelen af hjem med børn, hvori der ryges dagligt, i perioden fra 2006 til 2013. Andelen er faldet fra 19 % til 5 %.
Se figur 2.5.S i bind 2. ◀

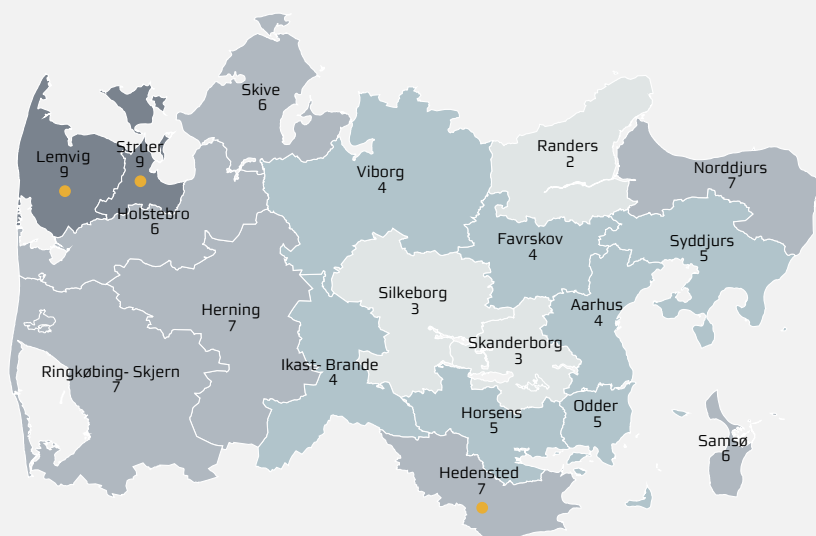
► **2010-2013.** Der har i perioden fra 2010 til 2013 næsten været en halvering i andelen af hjem med børn, hvori der ryges dagligt. Andelen er faldet fra 9 % til 5 %.
Se figur 2.5.S i bind 2. ◀

FIGUR 2.9

Daglig rygning i hjemmet blandt personer, som bor sammen med 0-15-årige børn - kommuner

	Pct		Personer
Lemvig	9	■	200
Struer	9	■	200
Hedensted	7	■	500
Norddjurs	7	■	300
Ringkøbing-Skjern	7	■	500
Herning	7	■	800
Holstebro	6	■	400
Samsø	6	■	20
Skive	6	■	300
Odder	5	■	200
Horsens	5	■	600
Syddjurs	5	■	200
Viborg	4	■	500
Aarhus	4	■	1.300
Ikast-Brande	4	■	200
Favrskov	4	■	300
Skanderborg	3	■	300
Silkeborg	3	■	400
Randers	2	■	200
Region Midtjylland	5	■	134.000

■ Signifikant flere end blandt alle, der bor sammen med 0-15-årige børn



Rygning i hjem med børn - kommuner

Figur 2.9 viser andelen af hjem med børn i kommunerne, hvor der dagligt ryges indendørs.

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

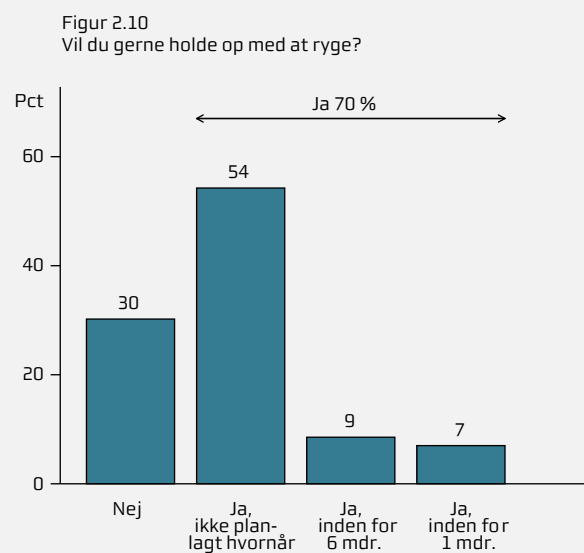
- Lemvig
- Struer
- Hedensted

► **2006-2013.** Fra 2006 til 2013 har der været et signifikant fald i alle kommuner i andelen af hjem med børn, hvor der ryges indendørs dagligt. De største fald i perioden fra 2006 til 2013 ses i Norddjurs, Randers og Samsø. I Norddjurs var andelen af personer, der bor i rygerhjem, og som havde hjemmeboende børn under 16 år, 33 % i 2006, mens andelen er nede på 7 % i 2013. Tilsvarende tal for Randers og Samsø er henholdsvis 26 % til 2 % og 30 % til 6 %. Se [figur 2.5.S i bind 2](#) ◀

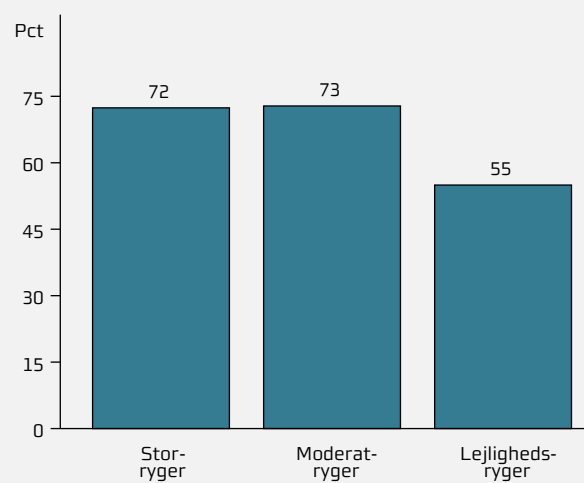
► **2010-2013.** I perioden fra 2010 til 2013 har der været et signifikant fald i 12 ud af 19 kommuner i andelen af hjem med børn, hvor der ryges indendørs dagligt. Se [figur 2.5.S i bind 2](#) ◀

FIGUR 2.10 - 2.12

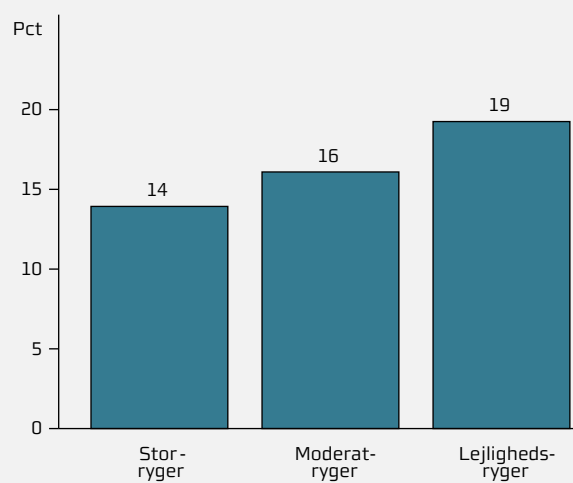
Hvor mange vil gerne stoppe med at ryge?



Figur 2.11
Andel, der gerne vil holde op med at ryge, i forhold til tobaksforbrug



Figur 2.12
Andel, der gerne vil holde op med at ryge inden for 6 måneder, i forhold til tobaksforbrug



Hvor mange vil gerne stoppe med at ryge?

Størstedelen af befolkningen, som ryger, ønsker at stoppe med at ryge, hvilket fremgår af figur 2.10.

70 % har svaret, at de gerne vil holde op med at ryge. 54 % har ikke planlagt hvornår, 9 % ønsker at stoppe inden for 6 måneder, og 7 % ønsker at stoppe inden for 1 måned.

Der er stor sammenhæng mellem ønsket om at stoppe med at ryge og tobaksforbrug, jævnfør figur 2.11.

Blandt storrygere og rygere, der ryger færre end 15 cigaretter om dagen, ønsker henholdsvis 72 % og 73 % at stoppe med at ryge. Blandt lejlighedsrygere ønsker 55 % at stoppe med at ryge.

Figur 2.12 viser sammenhængen mellem ønsket om at stoppe med at ryge og tobaksforbrug blandt de, som siger, at de vil holde op med at ryge inden for 6 måneder. Blandt storrygere, rygere, der ryger færre end 15 cigaretter om dagen og lejlighedsrygere ønsker henholdsvis 14 %, 16 % og 19 % at stoppe med at ryge inden for 6 måneder.

► **2010-2013.** I perioden fra 2010 til 2013 har der ikke været nogen signifikant udvikling i andelen af rygere, der ønsker at holde op med at ryge. Selv om der har været et ret markant fald i andelen af rygere, er rygerne i 2013 altså ligeså motiverede for at holde op med at ryge, som det var tilfældet i 2010. Se [figur 2.6.5-2.8.5 i bind 2](#) ◀

FIGUR 2.13

Dagligygere, der gerne vil holde op med at ryge inden for 6 måneder - køn alder og sociale forhold

	Pct		Personer
Alle	15		20.000
Køn			
Mand	16		11.000
Kvinde	14		8.300
Alder			
25-34	22		3.800
35-44	18		4.200
45-54	14		4.900
55-64	13		4.200
65-74	12		2.400
75-79	5		200
Uddannelsesniveau			
Lavt	12		3.800
Middel	15		11.000
Højt	17		4.000
Sociogeografisk gruppe			
Gruppe 1 (højest)	15		2.300
Gruppe 2	15		5.100
Gruppe 3	14		4.700
Gruppe 4	14		5.500
Gruppe 5 (lavest)	18		2.100
Bolig			
Ejer	15		12.000
Lejer	15		6.900
Samlivssituation			
Alene	13		6.700
Gift/samlevende	16		12.000
Børn i hjemmet 0-15 år			
Ingen børn	14		16.000
Børn	17		3.400
Arbejde (25-64 år)			
I arbejde	16		11.000
Ikke i arbejde	16		5.600

 Signifikant flere end end blandt alle dagligrygere
 Signifikant færre end end blandt alle dagligrygere

Dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge inden for de næste 6 måneder - køn, alder og sociale forhold

Figur 2.13 viser, at 15 % af dagligrygerne ønsker at holde op med at ryge inden for højst 6 måneder, hvilket svarer til omtrent 20.000 personer i Region Midtjylland. Det fremgår, at der ikke er forskel på mænd og kvinder i forhold til ønsket om at stoppe med at ryge. Til gengæld ses der variationer mellem aldersgrupperne. De største andele af dagligrygere, der ønsker at holde op med at ryge, ses blandt de 25-44-årige, mens motivationen for at stoppe med at ryge er lavest blandt de 75-79-årige. Figuren viser også, at ønsket om at stoppe med at ryge er mindre blandt personer med lavt uddannelsesniveau end i befolkningen generelt.

Køn. Der er ikke forskel på mænd og kvinder i forhold til ønsket om at holde op med at ryge inden for 6 måneder.

Alder. Lidt over hver femte dagligryger i alderen 25-34 år ønsker at stoppe med at ryge inden for 6 måneder, mens dette kun er tilfældet for hver tyvende dagligryger i alderen 75-79 år.

Uddannelsesniveau. Andelen af dagligrygere, som ønsker at stoppe med at ryge, er mindre blandt personer med lavt uddannelsesniveau end i befolkningen generelt.

Sociogeografisk gruppe. Der er ikke forskel mellem de sociogeografiske grupper og andelen af dagligrygere, der ønsker at holde op med at ryge inden for 6 måneder.

Bolig. Der er ikke forskel på boligtype i forhold til andelen af dagligrygere, der ønsker at holde op med at ryge inden for 6 måneder.

Samlivssituation. Sammenlignet med dagligrygere blandt de, der bor alene, er der en større andel blandt de gifte/samlevende dagligrygere, der ønsker at stoppe med at ryge inden for 6 måneder.

Børn i hjemmet. Der er ingen sammenhæng mellem, hvorvidt man har børn i hjemmet eller ej, og ønsket om at holde op med at ryge inden for 6 måneder.

Arbejde. Der er ikke forskel mellem dagligrygere i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der er i arbejde og ikke er i arbejde i forhold til ønsket om at holde op med at ryge inden for 6 måneder.

Sammenlignet med dagligrygere i hele befolkningen er der signifikant flere dagligrygere, som ønsker at stoppe med at ryge inden for 6 måneder blandt følgende grupper:

- Personer i alderen 25-44 år
- Personer, der er gift/samlevende

FIGUR 2.14

Dagligygere, der gerne vil holde op med at ryge inden for 6 måneder - kommuner

	Pct		Personer
Odder	20		400
Favrskov	20		1.000
Samsø	20		100
Syddjurs	19		900
Horsens	18		1.800
Skanderborg	17		900
Herning	16		1.500
Randers	16		1.800
Skive	16		800
Aarhus	15		4.200
Hedensted	15		800
Struer	15		400
Silkeborg	14		1.100
Lemvig	13		300
Ikast-Brande	12		600
Viborg	12		1.200
Norddjurs	11		500
Ringkøbing-Skjern	9		600
Holstebro	9		600
Region Midtjylland	15		20.000

 Signifikant flere end end blandt alle dagligrygere

 Signifikant færre end end blandt alle dagligrygere



Rygere, der gerne vil holde op med at ryge inden for 6 måneder - kommuner

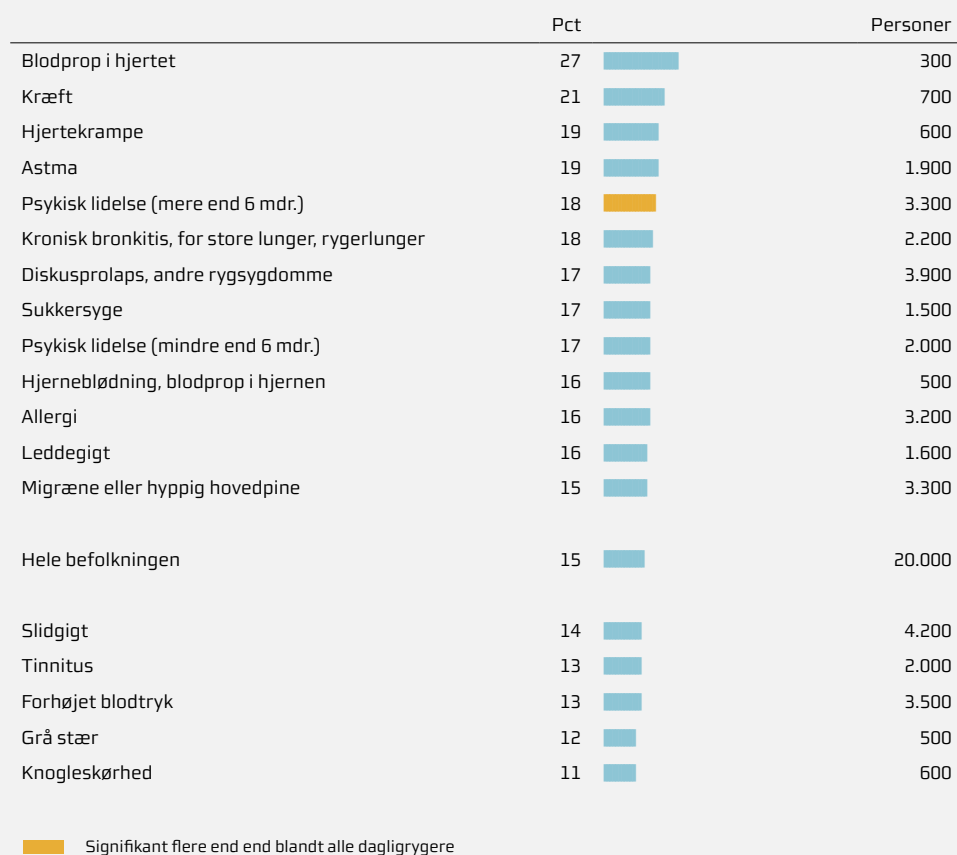
Andelen af rygere, som ønsker at stoppe med at ryge inden for 6 måneder, varierer fra 9 % i Ringkøbing-Skjern og Holstebro til 20 % i Odder, Favrskov og Samsø, jævnfør figur 2.14.

Sammenlignet med alle rygere i befolkningen er der signifikant flere rygere, der ønsker at holde op med at ryge inden for 6 måneder i:

- Favrskov

FIGUR 2.15

Dagligrygere der gerne vil holde op med at ryge inden for 6 måneder - kroniske sygdomme

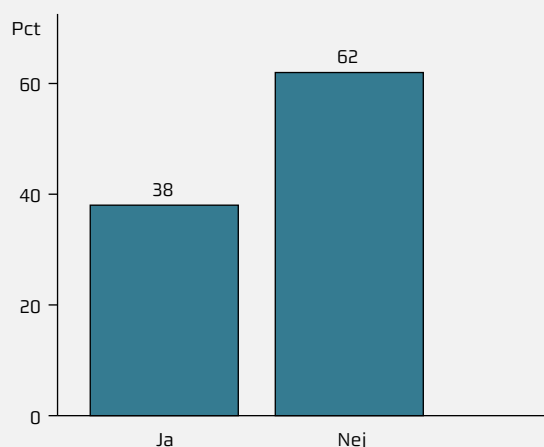


Dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge inden for 6 måneder - kroniske sygdomme

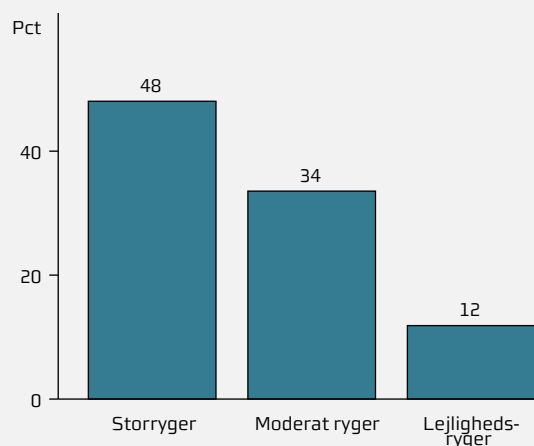
Figur 2.15 viser, at til sammenligning med dagligrygere i hele befolkningen, er der en signifikant større andel blandt personer med psykisk lidelser af mere end 6 måneders varighed, der ønsker at stoppe med at ryge inden for det næste halve år.

FIGUR 2.16 OG 2.17**Ønske om støtte og hjælp til rygestop**

Figur 2.16
Vil du gerne have støtte og hjælp til rygestop?



Figur 2.17
Vil gerne vil have støtte og hjælp til rygestop - tobaksforbrug



Hvor mange vil gerne have støtte og hjælp til rygestop?

Af figur 2.16 fremgår det, at 38 % af rygerne, som gerne vil stoppe med at ryge, ønsker støtte og hjælp hertil. I alt 62 % ønsker ikke støtte og hjælp til rygestop.

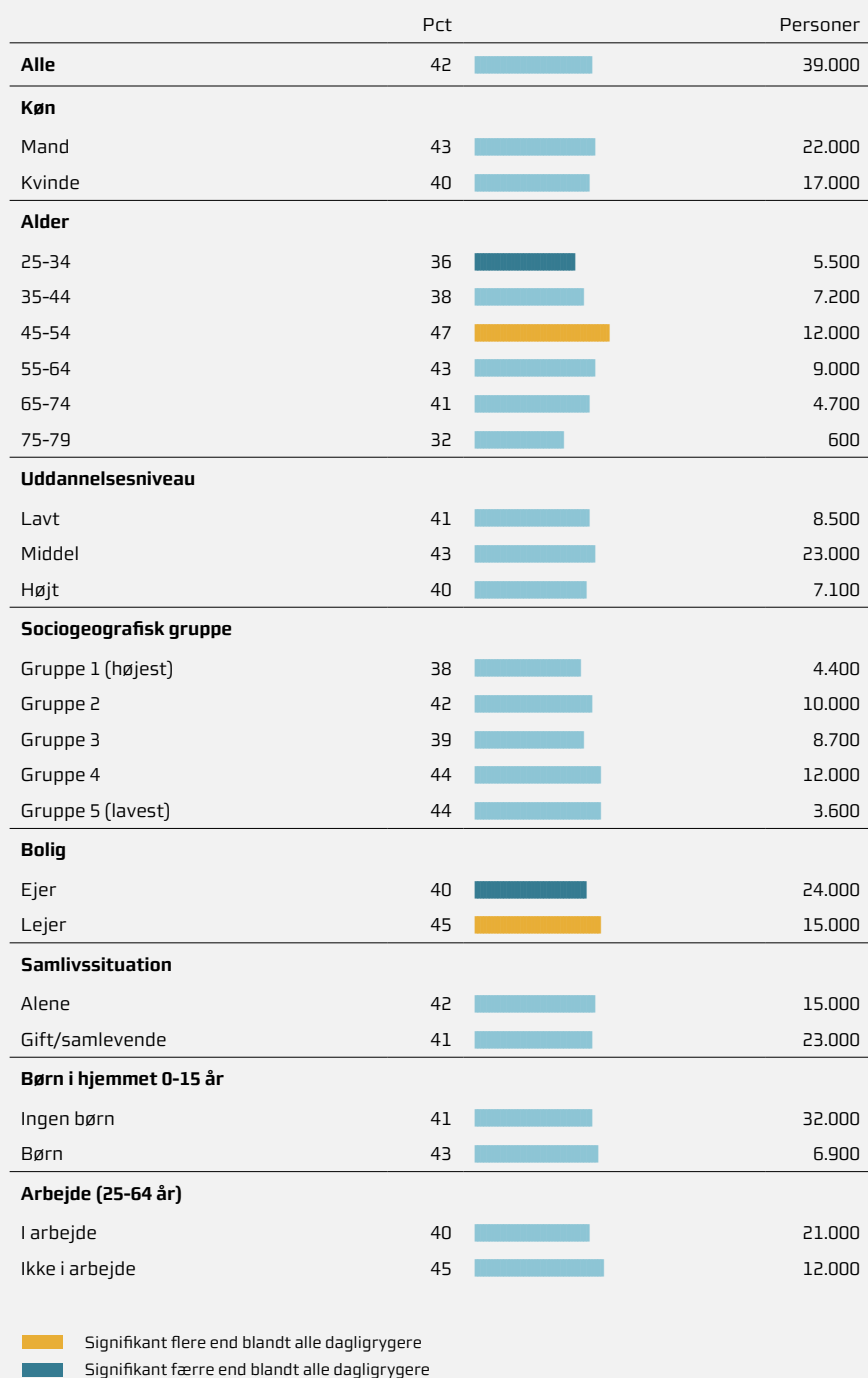
Der er sammenhæng mellem ønsket om støtte og hjælp til rygeophør og tobaksforbrug, jævnfør figur 2.17. Blandt storrygere ønsker 48 % at få støtte og hjælp til at stoppe med at ryge. Det samme gælder for 34 % blandt de, der ryger færre end 15 cigaretter om dagen, og 12 % blandt lejlighedsrygere.

► **2006-2013.** Andelen af storrygere, der ønsker støtte og hjælp til rygestop, er i perioden fra 2006 til 2013 faldet fra 66 % til 48 %. Ligeledes har der i samme periode været et fald fra 51 % til 34 % blandt de, der ryger færre end 15 cigaretter om dagen. Se [figur 2.10.S i bind 2](#). ◀

► **2010-2013.** Andelen af storrygere, der ønsker støtte og hjælp til rygestop, er i perioden fra 2010 til 2013 faldet fra 57 % til 48 %. Ligeledes har der i samme periode været et fald fra 40 % til 34 % blandt personer, der ryger færre end 15 cigaretter om dagen. Se [figur 2.10.S i bind 2](#). ◀

FIGUR 2.18

Dagligrygere, der gerne vil have støtte og hjælp til rygestop - køn, alder og sociale forhold



Dagligrygere, som ønsker støtte og hjælp til rygestop - køn, alder og sociale forhold

Figur 2.18 viser, at 42 % af dagligrygerne, der ønsker at holde op med at ryge, gerne vil have støtte og hjælp til dette. Det fremgår, at der ikke er store variationer mellem de forskellige grupper i forhold til dette. Den største andel, der ønsker støtte og hjælp til rygestop, ses blandt de 45-54-årige, mens den mindste andel ses hos de 25-34-årige.

Køn. Der er ikke forskel mellem mænd og kvinder i forhold til ønsket om støtte og hjælp til rygestop.

Alder. Den største andel, der ønsker støtte og hjælp til rygestop, ses blandt de 45-54-årige, mens den mindste andel ses hos de 25-34-årige.

Uddannelsesniveau. Der er ikke forskel mellem uddannelsesniveauerne i forhold til ønsket om støtte og hjælp til rygestop.

Sociogeografisk gruppe. Der er ikke forskel mellem de sociogeografiske grupper og andelen af dagligrygere, der gerne vil have støtte og hjælp til rygestop.

Bolig. Der er en lidt større andel af de, der bor i lejebolig, der ønsker at få støtte og hjælp til rygestop, end det er tilfældet blandt personer, der bor i ejerbolig.

Samlivssituation. Der er ingen sammenhæng mellem, om man bor alene eller er gift/samlevende, og ønsket om støtte og hjælp til rygestop.

Børn i hjemmet. Der er ingen sammenhæng mellem, hvorvidt man har børn i hjemmet eller ej, og ønsket om støtte og hjælp til rygestop.

Arbejde. Der er ingen sammenhæng mellem, hvorvidt man er i arbejde eller ej, og ønsket om støtte og hjælp til rygestop blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år).

Sammenlignet med hele befolkningen er der signifikant flere dagligrygere, som ønsker støtte og hjælp til rygestop blandt følgende grupper:

- Personer i alderen 45-54 år
- Personer, der bor i lejebolig

FIGUR 2.19

Dagligrygere, der gerne vil have støtte og hjælp til rygestop - kommuner

	Pct		Personer
Horsens	55		3.700
Skive	49		1.800
Norddjurs	47		1.500
Odder	46		700
Ikast-Brande	45		1.300
Aarhus	44		8.900
Favrskov	43		2.300
Ringkøbing-Skjern	41		1.900
Silkeborg	41		2.400
Syddjurs	41		1.400
Samsø	39		200
Herning	39		2.600
Hedensted	38		1.300
Skanderborg	36		1.500
Randers	36		2.900
Lemvig	36		600
Viborg	35		2.700
Holstebro	35		1.500
Struer	34		600
Region Midtjylland	42		39.000

 Signifikant flere end blandt alle dagligrygere

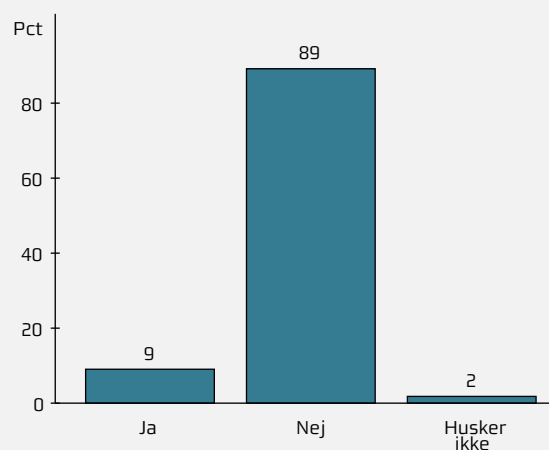

Dagligrygere, som ønsker støtte og hjælp til rygestop - kommuner

Af figur 2.19 fremgår andelen af dagligrygere i kommunerne, som ønsker støtte og hjælp til at stoppe med at ryge. Der er signifikant flere, der ønsker støtte og hjælp til rygestop end i hele befolkningen i:

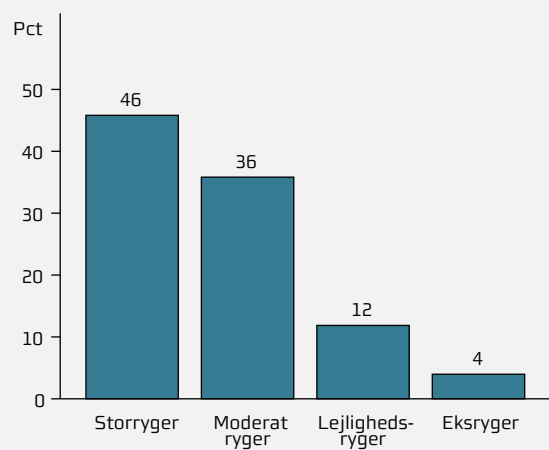
- Horsens

FIGUR 2.20 OG 2.21
Råd fra egen læge om rygestop

Figur 2.20
Har modtaget råd om rygestop fra egen læge



Figur 2.21
Har modtaget råd om rygestop fra egen læge - tobaksforbrug



Rådgivning fra egen læge om rygestop

I alt er 9 % af befolkningen, der har været ved lægen inden for de seneste 12 måneder, blevet rådet til at stoppe med at ryge, jævnfør figur 2.20.

Der er stærk sammenhæng mellem råd fra lægen om rygestop og tobaksforbrug, hvilket fremgår af figur 2.21.

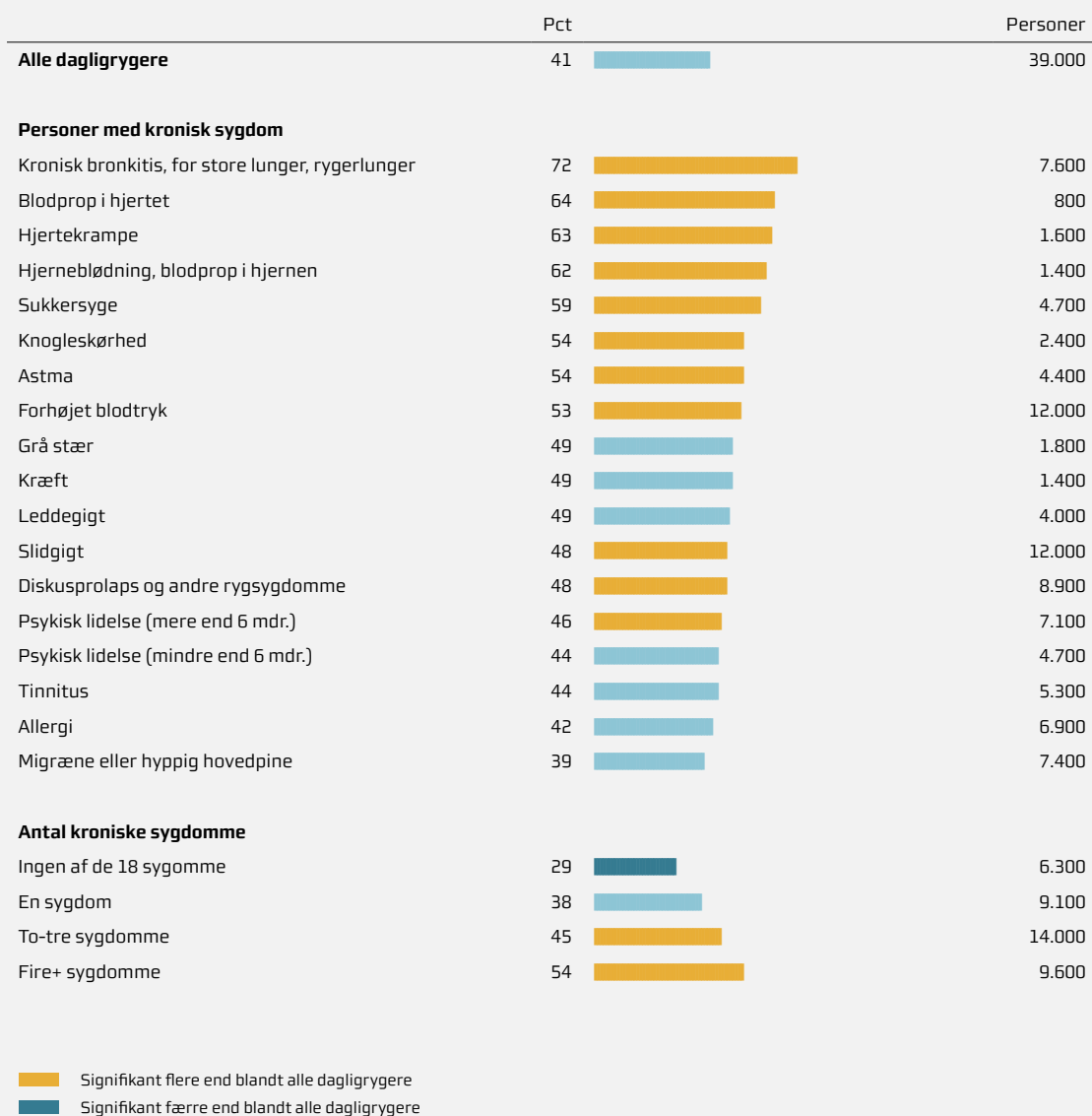
I alt er 46 % blandt storrygerne og 36 % blandt personer, der ryger færre end 15 cigaretter om dagen, blevet rådet til at stoppe med at ryge. Det samme gælder for 12 % blandt lejlighedsrygerne og 4 % blandt eksrygerne.

► **2006-2013.** I perioden fra 2006 til 2013 har der været en stigning fra 36 % til 46 % blandt storrygerne, der af egen læge i løbet af de sidste 12 måneder er blevet rådet til at stoppe med at ryge. Ligeledes har der i samme periode været en stigning fra 28 % til 36 % blandt lejlighedsrygerne, der er blevet rådet til at stoppe med at ryge. Se [figur 2.12.5 i bind 2](#). ◀

► **2010-2013.** I perioden fra 2010 til 2013 har der været en stigning fra 41 % til 46 % blandt storrygere, der af egen læge i løbet af de sidste 12 måneder er blevet rådet til at stoppe med at ryge. Se [figur 2.12.5 i bind 2](#). ◀

FIGUR 2.22

Råd fra lægen om rygestop blandt dagligrygere - kroniske sygdomme



Rådgivning fra lægen om rygestop blandt dagligrygere - kroniske sygdomme

41 % af alle dagligrygerne, der har været ved lægen inden for de seneste 12 måneder, er blevet rådet til at stoppe med at ryge.

Der er signifikant flere end blandt alle dagligrygere, der er blevet rådet til rygestop, blandt følgende sygdomsgrupper:

- Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger
- Blodprop i hjertet
- Hjertekrampe
- Hjerneblødning, blodprop i hjernen
- Sukkersyge
- Knogleskørhed
- Astma
- Forhøjet blodtryk
- Slidgigt
- Diskusprolaps og andre rygsygdomme
- Psykisk lidelse af mere end 6 måneders varighed

Derudover er der sammenhæng mellem råd fra lægen om rygeophør og antallet af kroniske sygdomme. Andelen af dagligrygere, der er blevet rådet til rygestop, stiger med antallet af sygdomme. 29 % dagligrygere uden en af de 18 sygdomme er blevet rådet af lægen til at stoppe med at ryge. Det samme gælder for 54 % med fire eller flere sygdomme.

Sammenfatning

Andelen af dagligrygere blandt voksne borgere i Region Midtjylland er 18 %. Der er sket et fald fra 27 % siden 2006. Over halvdelen af dagligrygerne kan betegnes som storrygere, idet de har et dagligt forbrug på mindst 15 cigaretter om dagen.

Der er en stærk sammenhæng mellem rygning og sociale faktorer. Eksempelvis varierer rygerandelen markant efter uddannelsesniveau og tilknytning til arbejdsmarkedet. Næsten halvdelen af lavtuddannede mænd i alderen 25-34 år ryger dagligt.

I hjem med børn ryges der dagligt indendørs hos 5 % af befolkningen. Andelen er mindre end i hjem uden børn. Der er sket en betydelig ændring i perioden fra 2006 til 2013, idet andelen er faldet fra 19 % til 5 %. I forbindelse med rygning i hjem med børn ses der også stor social ulighed, idet forekomsten er markant højere blandt personer med lavt uddannelsesniveau end blandt personer med højt uddannelsesniveau.

Det ses endvidere, at rygerne i høj grad er motiverede for rygestop, idet 70 % rapporterer, at de gerne vil holde op med at ryge. Det er dog kun 16 %, som ønsker at holde op med at ryge inden for de næste seks måneder. Næsten halvdelen af storrygerne, som inden for det sidste år har været hos lægen, er blevet rådet til at holde op med at ryge.

Referencer

1. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risk factors and public health in Denmark. *Scand.J.Public Health* 2008;36 Suppl 1:11-227.
2. Juel K, Koch MB. Social ulighed i dødelighed i Danmark gennem 25 år. Betydningen af rygning og alkohol. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2013.
3. Juel K., Sørensen J., Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. 2006. København: Statens Institut for Folkesundhed.
4. Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F red. Folkesundhedsrapporten. København: Syddansk Universitet; Statens Institut for Folkesundhed, 2007.
5. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Folkesundhed og risikofaktorer – tal på sundhed til kommunen. København: Sundhedsstyrelsen, 2006.
6. Rasmussen SR. The total lifetime costs of smoking and smoking cessation. *DSI*, 2006.
7. Pisinger CH. Behandling af tobaksafhængighed – Anbefalinger til en styrket klinisk praksis. Sundhedsstyrelsen, 2011.
8. Falk J; Asserhøj MSL; Pedersen AD. Forebyggelsespakke tobak. København: Sundhedsstyrelsen, 2012.
9. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004; 328(7455):1519.
10. The Surgeon General's 1990 Report on The Health Benefits of Smoking Cessation. Executive Summary. *MMWR Recomm Rep* 1990; 39(RR-12):i-12.
11. Office on Smoking and Health, editor. The 2004 United States Surgeon General's Report: The Health Consequences of Smoking. 2004. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention.

3. ALKOHOL

Sammenlignet med de andre skandinaviske lande er danskernes alkoholforbrug generelt stort, og forbruget har været nogenlunde konstant siden 1970'erne (1,2). Mange forbinder alkohol med hyggeligt samvær, fritidsliv og fest, men et stort forbrug af alkohol kan have konsekvenser for helbredet.

Alkohol øger risikoen for kroniske sygdomme, herunder kræft og hjerte-kar-sygdomme (2-4). Personer, der har et stort forbrug af alkohol, dør i gennemsnit 4-5 år tidligere end personer, der ikke har et stort forbrug af alkohol, og derudover har storforbrugere af alkohol ofte færre gode leveår (5,6).

Et stort alkoholforbrug kan endvidere have en række afledte negative konsekvenser som for eksempel øget kriminalitet, arbejdsskader, trafikuheld, sygefravær, tab af tilknytning til arbejdsmarkedet, skilsmisser og omsorgssvigt af børn (6-8).

Ifølge Sundhedsstyrelsen er der en lav risiko for at blive syg på grund af alkohol ved et forbrug på højst syv genstande om ugen for kvinder og 14 for mænd. Hvis kvinder over en længere periode drikker mere end 14 genstande om ugen og mænd mere end 21 genstande, vurderes det, at der er høj risiko for at blive syg på grund af alkohol. Desuden anbefaler Sundhedsstyrelsen, at man ikke drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed (9).

For ganske specifikke grupper kan et meget lille alkoholforbrug (en genstand hver anden dag) reducere risikoen for hjertesygdom. Sundhedsstyrelsen fraråder dog, at man forebygger hjertesygdom ved at drikke alkohol, når man ved hjælp af andre sundhedsfremmende vaner (eksempelvis sund kost og motion) kan opnå samme beskyttende effekt.

Sundhedsstyrelsen påpeger, at kvinder generelt er mere sårbare end mænd over for alkohol, blandt andet i forhold til udvikling af afhængighed og alkoholrelateret sygdom. Ved et typisk forbrug på 3-4 genstande om dagen ligger kvinders risiko for alkoholrelateret død 20-30 % over mænds (9). Brystkræft er den mest udbredte kræftform af de alkoholrelaterede kræftformer, og denne sygdom rammer primært kvinder (10).

Ældre er mere følsomme over for alkohols negative helbredseffekter. Kroppens væskemængde reduceres med alderen, og den samme mængde alkohol skal derfor fordeles i en mindre væskemængde, hvilket resulterer i en højere alkoholpromille. Derudover nedsættes kroppens evne til at omsætte alkoholen, og kroppen får sværere ved at tilpasse sig tilstedeværelsen af alkohol i kroppen, hvilket f.eks. kan give koordinationsproblemer, som kan resultere i faldulykker. Mange ældre indtager desuden medicin, og der kan opstå bivirkninger eller nedsat effekt af medicinen, når der indtages alkohol (9).

Det er vanskeligt at måle personers alkoholforbrug i et spørgeskema, idet der findes mange forskellige slags alkoholiske drikke, samtidig med at indtaget af alkohol kan variere meget fra dag til dag og fra uge til uge. For at belyse, hvor mange genstande svarpersonerne drikker i løbet af en uge, er de blevet bedt om at oplyse, hvor mange genstande, der indtages på hver af ugens dage for hver af kategorierne øl/alkoholcider, vin/hedvin og spiritus/alkoholsodavand. Desuden er der i spørgeskemaet givet eksempler på, hvad en genstand er. Det er velkendt, at det selvrapporterede alkoholforbrug øges, jo mere detaljeret der spørges, og derfor er denne spørgeteknik blevet valgt (11).

På baggrund af ovenstående spørgsmål inddeles forbruget i tre grupper:

- **Lavrisikoforbrug.** Et forbrug på højst syv genstande om ugen for kvinder og 14 genstande om ugen for mænd.
- **Moderat forbrug.** Et forbrug på mellem otte og 14 genstande om ugen for kvinder og mellem 15 og 21 genstande om ugen for mænd.
- **Højrisikoforbrug.** Et forbrug på flere end 14 genstande om ugen for kvinder og flere end 21 genstande om ugen for mænd.

Ud over at blive spurgt til antallet af genstande i løbet af en uge har respondenterne også fået spørgsmålet: "Hvor tit drikker du fem genstande eller flere ved samme lejlighed?" Dette spørgsmål bruges til at definere ugentligt rusdrikkeri:

- **Ugentligt rusdrikkeri.** Indtagelse af fem eller flere genstande ved samme lejlighed mindst én gang om ugen.

Ugentlig rusdrikkeri er relevant at inddrage i kapitlet, da det er veldokumenteret, at det ikke kun er mængden, men også drikkemønstret, der er afgørende for de skader, man risikerer at få af alkohol (9).

Sundhedsstyrelsens generelle udmeldinger om alkohol har primært fokus på sygdomsrisikoen i forbindelse med indtagelse af mange genstande i løbet af ugen og rusdrikkeri. Det er herudover også vigtigt at være opmærksom på, at alkoholindtagelse for nogle medfører alkoholproblemer og afhængighed. Alkoholproblemer kan ud over at øge risikoen for sygdom også medføre psykiske og sociale problemer. Det er derfor relevant at vide, hvor stor en del af befolkningen, der viser tegn på at have alkoholproblemer.

Tegn på alkoholproblemer måles ved hjælp af CAGE-C, der består af seks spørgsmål om alkoholvaner (se boks 3.1). Disse spørgsmål omhandler både personens egne oplevel-

Boks 3.1. CAGE-C

1. Har du inden for det sidste år følt, at du burde nedsætte dit alkoholforbrug?
2. Er der nogen, der inden for det sidste år har 'brokket' sig over, at du drikker for meget?
3. Har du inden for det sidste år følt dig skidt tilpas eller skamfuld på grund af dine alkoholvaner?
4. Har du inden for det sidste år jævnligt taget en genstand som det første om morgenen for at 'berolige nerverne' eller blive 'tømmermændene' kvit?
5. Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?
6. Hvor mange dage om ugen drikker du alkohol?

Hvis der i spørgsmål 1-5 svares ja to eller flere gange, eller der svares ja én gang i spørgsmål 1-5, og der i spørgsmål 6 svares, at der drikkes alkohol mere end fire dage om ugen, tolkes det som tegn på, at personen har alkoholproblemer (12).

elser af, at alkoholforbruget er problematisk, samt at personer i netværket har givet udtryk for, at alkoholforbruget er for stort. Derudover er der et enkelt spørgsmål om den fysiske afhængighed af alkohol samt to spørgsmål om drikkemønstret og hyppigheden af indtaget.

Risikabelt alkoholforbrug, Personer betegnes som havende et risikabelt alkoholforbrug, hvis de har et højrisikoforbrug af alkohol, ugentligt drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed og/eller viser tegn på alkoholproblemer målt ved CAGE-C. I kapitlet om alkohol vil disse tre former for risikabelt alkoholforbrug alle blive belyst i forhold til køn, alder og sociale/geografiske forhold, idet disse tre typer af alkoholforbrug i varierende grad knytter sig til forskellige grupper i samfundet. Rusdrikeri er eksempelvis meget mere udbredt blandt unge end blandt ældre, mens et højrisikoforbrug af alkohol er mere udbredt blandt midaldrende end blandt de øvrige aldersgrupper.

I et forebyggelsesperspektiv er det desuden vigtigt at vide, hvor mange med et stort alkoholforbrug, der er motiveret for at nedsætte deres alkoholforbrug. Disse personer er oplagte som målgrupper for tiltag på alkoholområdet, f.eks. kommunale indsatser. Personer, der har et stort alkoholforbrug, men som ikke er motiveret for at nedsætte deres alkoholforbrug, er i højere grad målgruppe for oplysningskampagner eller råd og vejledning fra egen læge med henblik på at skabe motivation for ændring af adfærd. Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 2012 en forebyggelsespakke for alkohol, der har til formål at understøtte kommunernes arbejde for, at borgere får gode muligheder for at reducere alkoholfor-

bruget og derved at forebygge sygdom og understøtte god trivsel (13).

I denne rapport beskrives motivation og rådgivning på alkoholområdet ud fra følgende to spørgsmål:

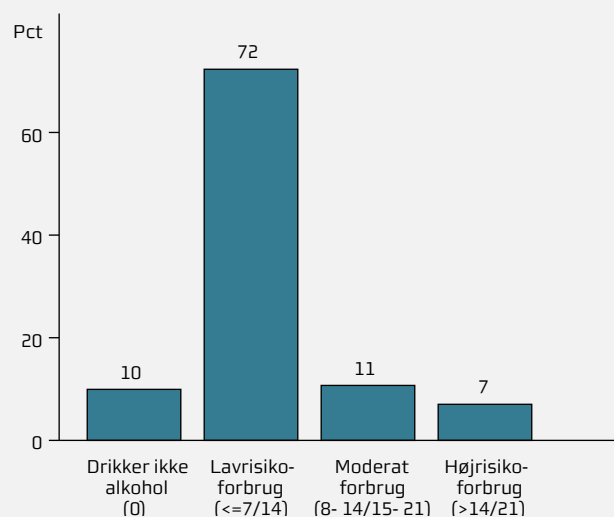
- Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?
- Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at nedsætte dit alkoholforbrug?

FIGUR 3.1 OG 3.2

Forskellige former for alkoholforbrug

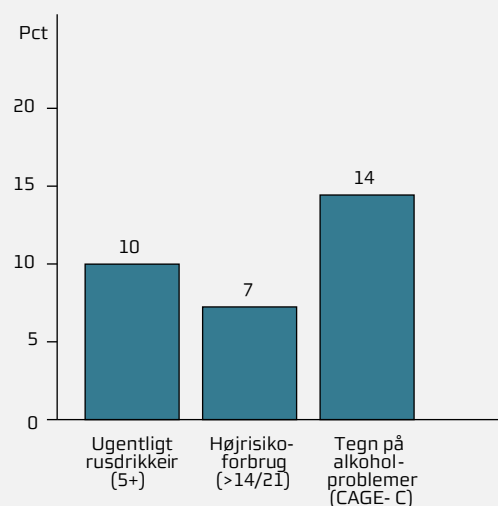
Figur 3.1

Fire former for alkoholforbrug: Drikker ikke alkohol, lavrisikoforbrug, moderat forbrug og højriskoforbrug



Figur 3.2

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



Hvor mange har et risikabelt alkoholforbrug?

Af figur 3.1 fremgår andelen af personer, der ikke har drukket alkohol i løbet af de seneste 12 måneder samt andelen, der har et lavrisikoforbrug af alkohol, et moderat alkoholforbrug eller et højriskoforbrug af alkohol.

Det ses, at 10 % af befolkningen ikke har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder.

I alt 72 % har et lavrisikoforbrug af alkohol, hvilket vil sige et forbrug på højst syv genstande om ugen for kvinder og 14 genstande om ugen for mænd.

I alt 11 % har et moderat alkoholforbrug, hvilket vil sige et forbrug på mellem otte og 14 genstande om ugen for kvinder og mellem 15 og 21 genstande om ugen for mænd.

I alt 7 % har et højriskoforbrug af alkohol, hvilket vil sige et forbrug på flere end 14 genstande om ugen for kvinder og flere end 21 genstande om ugen for mænd. Personer, der har så stort et alkoholforbrug, har høj risiko for at blive syge af deres forbrug.

Som tidligere nævnt betegnes højriskoforbrug, ugentligt rusdrikkeri og tegn på alkoholproblemer som risikable former for alkoholforbrug. Figur 3.2 viser, hvor stor en andel, der har et risikabelt alkoholforbrug fordelt på de tre former.

I alt 10 % drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed mindst én gang om ugen.

Som nævnt ovenfor har 7 % et højriskoforbrug af alkohol.

I alt 14 % af befolkningen viser tegn på at have alkoholproblemer målt ved CAGE-C.

► **2006-2013.** Der har været et lille fald i andelen, der mindst én gang om ugen drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed. Der har ligeledes været et lille fald i andelen, der viser tegn på alkoholproblemer. Se figur 3.1.S i bind 2. ◀

► **2010-2013.** Der har været et lille fald i andelen, der har et højriskoforbrug af alkohol. Der har ligeledes været et lille fald i andelen, der viser tegn på alkoholproblemer. Se figur 3.1.S i bind 2. ◀

FIGUR 3.3

Drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed en gang om ugen eller oftere - køn, alder og sociale forhold

	Pct		Personer
Alle	10		75.000
Køn			
Mand	15		58.000
Kvinde	4		17.000
Alder			
25-34	13		17.000
35-44	8		12.000
45-54	12		20.000
55-64	11		17.000
65-74	6		7.700
75-79	4		1.600
Uddannelsesniveau			
Lavt	9		10.000
Middel	10		39.000
Højt	11		25.000
Sociogeografisk gruppe			
Gruppe 1 (højest)	12		14.000
Gruppe 2	9		19.000
Gruppe 3	8		16.000
Gruppe 4	11		21.000
Gruppe 5 (lavest)	11		5.300
Bolig			
Ejer	9		48.000
Lejer	14		26.000
Samlivssituation			
Alene	14		29.000
Gift/samlevende	8		45.000
Børn i hjemmet 0-15 år			
Ingen børn	11		64.000
Børn	6		9.500
Arbejde (25-64 år)			
I arbejde	11		49.000
Ikke i arbejde	12		16.000

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

Risikabelt alkoholforbrug - køn, alder og sociale forhold

I det følgende beskrives de tre former for risikabelt alkoholforbrug i forhold til køn, alder og sociale forhold.

Af figur 3.3 fremgår det, at ugentligt rusdrikkeri forekommer markant hyppigere blandt mænd end blandt kvinder, og det er især de 25-34-årige og de 45-64-årige, der ofte drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed. Der er til gengæld ikke store forskelle mellem de forskellige uddannelsesgrupper.

Køn. Andelen af rusdrikkere er næsten fire gange så stor blandt mænd som blandt kvinder.

Alder. Andelen, der ofte drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed, er størst blandt de 25-34-årige og blandt de 45-64-årige.

Uddannelsesniveau. Der er en større andel af rusdrikkere blandt personer med et højt uddannelsesniveau end blandt personer med lavt uddannelsesniveau. Forskellene er dog ikke markante.

Sociogeografisk gruppe. Der er en signifikant større andel af rusdrikkere blandt personer i gruppe 1 og 4, end det er tilfældet hos hele befolkningen. Andelen af rusdrikkere er lavest i gruppe 2 og 3.

Bolig. Andelen, der ofte drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed, er markant større hos personer, der bor i lejlighed sammenlignet med personer, der bor i ejerbolig.

Samlivssituation. Andelen af rusdrikkere er næsten dobbelt så stor blandt personer, der lever alene, sammenlignet med personer, der er gift/samlevende.

Børn i hjemmet. Personer, der ikke bor sammen med børn, drikker oftere fem genstande eller flere ved samme lejlighed end personer, der bor sammen med børn.

Arbejde. Der er en lidt større andel af rusdrikkere blandt personer, der ikke er i arbejde sammenlignet med hele befolkningen i alderen 25-64 år.

Der er en signifikant større andel, der ofte drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed end i hele befolkningen, blandt:

- Mænd
- Personer i alderen 25-34 år og 45-64 år
- Personer med højt uddannelsesniveau
- Sociogeografisk gruppe 1 og 4
- Personer, der bor i lejlighed
- Personer, der bor alene
- Personer, der ikke bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke er i arbejde

► **2006-2013.** Der har været et lille fald i andelen, der mindst én gang om ugen drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed blandt mænd, blandt 35-54-årige og blandt personer med et middelhøjt uddannelsesniveau. Se [figur 3.2.S i bind 2](#) ◀

► **2010-2013.** Der har overordnet set ikke været en ændring i andelen af rusdrikkere i denne periode, men der ses dog et mindre fald i andelen af rusdrikkere blandt 35-44-årige og blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau. Se [figur 3.2.S i bind 2](#) ◀

FIGUR 3.4

Højrisikoforbrug af alkohol (>14/21 genstande pr. uge) - køn, alder og sociale forhold

	Pct		Personer
Alle	7		51.000
Køn			
Mand	9		33.000
Kvinde	5		18.000
Alder			
25-34	7		8.500
35-44	4		5.400
45-54	7		11.000
55-64	10		14.000
65-74	9		10.000
75-79	6		1.900
Uddannelsesniveau			
Lavt	7		7.700
Middel	7		27.000
Højt	7		15.000
Sociogeografisk gruppe			
Gruppe 1 (højest)	8		8.600
Gruppe 2	6		13.000
Gruppe 3	7		12.000
Gruppe 4	8		14.000
Gruppe 5 (lavest)	8		3.600
Bolig			
Ejer	6		34.000
Lejer	9		16.000
Samlivssituation			
Alene	10		19.000
Gift/samlevende	6		31.000
Børn i hjemmet 0-15 år			
Ingen børn	8		46.000
Børn	3		4.200
Arbejde (25-64 år)			
I arbejde	6		26.000
Ikke i arbejde	10		12.000

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

Højrisikoforbrug af alkohol - køn, alder og sociale forhold

Figur 3.4 viser sammenhængen mellem at have et højrisikoforbrug af alkohol (flere end 14 genstande om ugen for kvinder og flere end 21 genstande om ugen for mænd) og køn, alder og sociale forhold.

Andelen med højrisikoforbrug af alkohol er næsten dobbelt så stor blandt mænd som blandt kvinder, og forekomsten af højrisikoforbrug af alkohol er størst blandt de 55-74-årige. Hver tiende person, der ikke har et arbejde, har et højrisikoforbrug af alkohol. Til gengæld er der ingen sammenhæng mellem uddannelsesniveau og højrisikoforbrug af alkohol.

Køn. Markant flere mænd end kvinder har et højrisikoforbrug af alkohol. Omtrent hver tiende mand har et alkoholforbrug på mere end 21 genstande om ugen.

Alder. Andelen, der har et højrisikoforbrug af alkohol, er størst blandt de 55-74-årige og mindst blandt de 35-44-årige.

Uddannelsesniveau. Der er ingen sammenhæng mellem uddannelsesniveau og højrisikoforbrug af alkohol.

Sociogeografisk gruppe. Der er en signifikant større andel med et højrisikoforbrug af alkohol blandt personer i gruppe 4. Den mindste forekomst ses i gruppe 2.

Bolig. Andelen, der har et højrisikoforbrug af alkohol, er større blandt personer, der bor i lejebolig, end blandt personer, der bor i egen bolig.

Samlivssituation. Der er en større forekomst af højrisikoforbrug af alkohol blandt personer, der lever alene, end blandt personer, som er gift/samlevende.

Børn i hjemmet. Personer, der ikke har børn i hjemmet, har tre gange så ofte et højrisikoforbrug af alkohol som personer, der har børn i hjemmet.

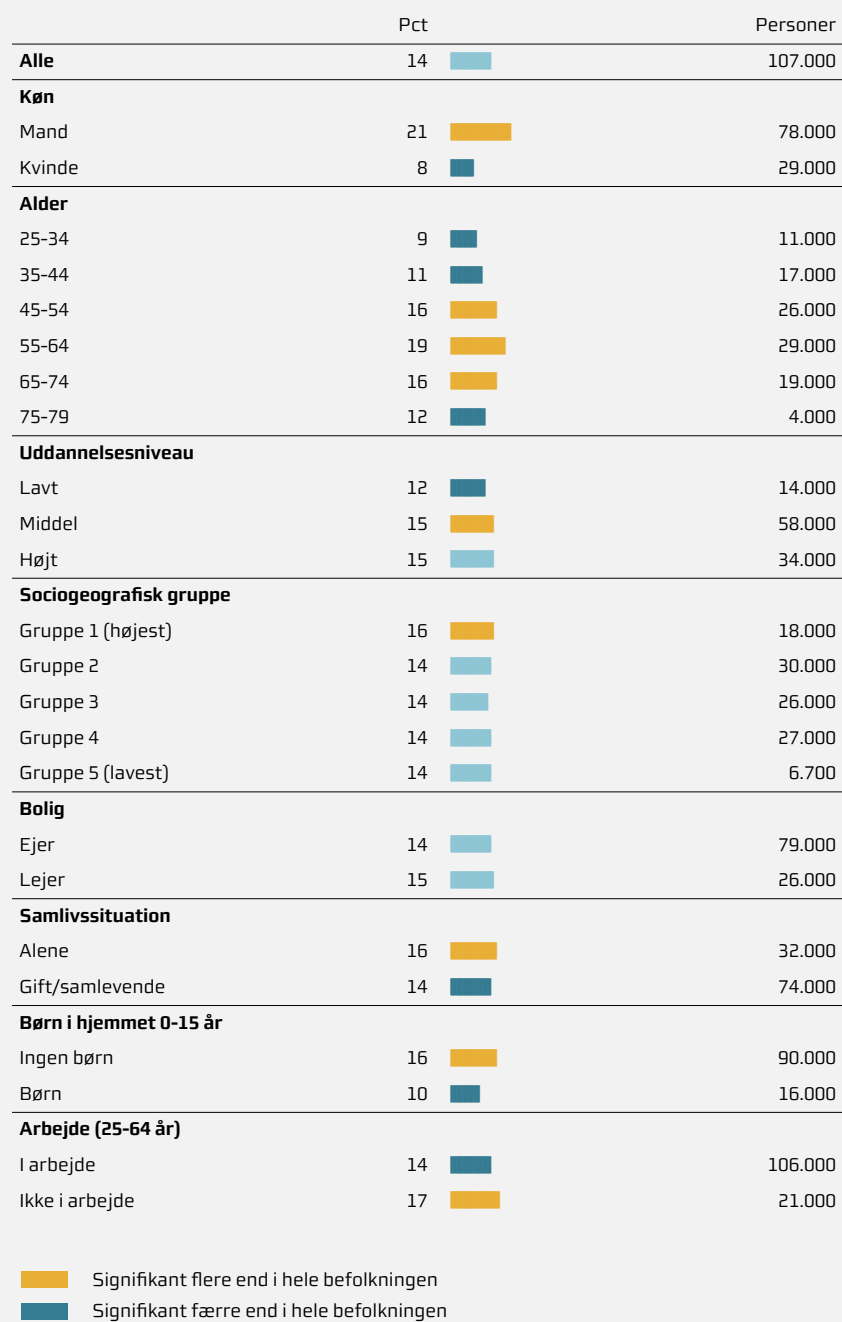
Arbejde. Blandt 25-64-årige er der en større andel med et højrisikoforbrug af alkohol blandt personer, der ikke har et arbejde, end blandt personer, der har et arbejde. Der er signifikant flere end i hele befolkningen, der har et højrisikoforbrug af alkohol, blandt:

- Mænd
- Personer i alderen 55-74 år
- Sociogeografisk gruppe 4
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der lever alene
- Personer, der ikke bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke har et arbejde

► **2010-2013.** Der har været et lille fald i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol både blandt mænd og kvinder, på tværs af uddannelsesniveau og blandt alle aldersgrupper, bortset fra de 25-34-årige. Se [figur 3.3.S i bind 2](#). ◀

FIGUR 3.5

Tegn på alkoholproblemer (CAGE-C) - køn, alder og sociale forhold



Tegn på alkoholproblemer - køn, alder og sociale forhold

Sammenhængen mellem tegn på alkoholproblemer (målt ved CAGE-C) og køn, alder og sociale forhold fremgår af figur 3.5. Det ses, at tegn på alkoholproblemer forekommer markant hyppigere blandt mænd end blandt kvinder. Omtrent hver femte mand viser tegn på alkoholproblemer mod lidt under hver tiende af kvinderne. Andelen, der viser tegn på alkoholproblemer, er størst blandt de 45-74-årige. I forhold til uddannelsesniveau ses det, at andelen, der viser tegn på alkoholproblemer, er størst blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau.

Køn. Andelen med tegn på alkoholproblemer er markant større blandt mænd end blandt kvinder. Således viser omtrent hver femte mand tegn på alkoholproblemer mod lidt under hver tiende af kvinderne.

Alder. En større andel i alderen 45-74 år viser tegn på alkoholproblemer end blandt de øvrige aldersgrupper.

Uddannelsesniveau. Andelen med tegn på alkoholproblemer er større blandt borgere med middelhøjt uddannelsesniveau end i befolkningen generelt.

Sociogeografisk gruppe. Forekomsten af tegn på alkoholproblemer er størst i gruppe 1.

Bolig. Der er ikke forskel på andelen, der viser tegn på alkoholproblemer, alt efter om man bor i ejer- eller lejebolig.

Samlivssituation. Der er en større andel af personer, der viser tegn på alkoholproblemer, blandt de, der lever alene end blandt gifte/samlevende.

Børn i hjemmet. Der er en større andel, der viser tegn på alkoholproblemer, blandt personer, der ikke bor sammen med børn end blandt personer, der bor sammen med børn.

Arbejde. Der er en større andel, som viser tegn på alkoholproblemer blandt personer, der ikke er i arbejde, end blandt hele befolkningen i den erhvervsaktive alder.

Blandt følgende grupper er der signifikant flere end i hele befolkningen, der viser tegn på alkoholproblemer:

- Mænd
- Personer i alderen 45-74 år
- Personer med et middelhøjt uddannelsesniveau
- Sociogeografisk gruppe 1
- Personer, der lever alene
- Personer, der ikke bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke har et arbejde

► **2006-2010.** Der har været et lille fald i andelen, der viser tegn på alkoholproblemer, blandt mænd og hos 35-54-årige. I samme periode har der dog været en lille stigning blandt de 65-74-årige. Se [figur 3.4.S i bind 2](#). ◀

► **2010-2013.** Der har været et lille fald i andelen, der viser tegn på alkoholproblemer, blandt mænd og blandt 45-54-årige. Se [figur 3.4.S i bind 2](#). ◀

FIGUR 3.6
Risikabelt alkoholforbrug - mænd



Risikabelt alkoholforbrug - køn, alder og sociale forhold

Det forrige afsnit viste store kønsforskelle i alkoholforbruget. Der er derfor foretaget separate analyser for hvert køn i forhold til sammenhængen mellem de tre typer af risikabelt alkoholforbrug/alkoholmønstre og alder og uddannelsesniveau, jævnfør figur 3.6 og 3.7.

Mænd. Rusdrikkeri er mest udbredt blandt de højtuddannede mænd i alderen 25-34 år, hvor hver fjerde mand mindst én gang om ugen drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed. De laveste forekomster af rusdrikkeri ses blandt de 65-79-årige mænd med lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau.

Hos mænd med middelhøjt og højt uddannelsesniveau forekommer rusdrikkeri mindre i aldersgruppen 35-44 år. Dette mønster forekommer ikke blandt mænd med lavt uddannelsesniveau.

De største andele af mænd, der drikker flere end 21 genstande om ugen (højrisikoforbrug), ses blandt de 55-74-årige med middelhøjt og højt uddannelsesniveau og blandt de 55-64-årige med lavt uddannelsesniveau. De mindste andele af mænd, der har et højrisikoforbrug af alkohol, ses blandt de 35-44-årige med højt uddannelsesniveau.

Med hensyn til tegn på alkoholproblemer ses de største forekomster blandt de 55-74-årige mænd med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Blandt højtuddannede mænd i denne aldersgruppe er det omtrent hver tredje, der viser tegn på alkoholproblemer, og blandt mænd med et middelhøjt uddannelsesniveau er det omtrent hver fjerde i denne aldersgruppe.

FIGUR 3.7
Risikabelt alkoholforbrug - kvinder



Kvinder. Rusdrikkeri forekommer i langt mindre grad blandt kvinder end blandt mænd uanset alder og uddannelsesniveau.

Der er kun beskedne forskelle i forekomsten af rusdrikkeri blandt kvinder i forhold til alder og uddannelsesniveau. Den største forekomst af rusdrikkeri ses blandt de 25-34-årige kvinder med højt uddannelsesniveau, hvor hver tiende rusdrikker mindst en gang om ugen. De mindste forekomster ses hos de lavtuddannede 65-74-årige og blandt de 35-44-årige med højt uddannelsesniveau.

Færre kvinder end mænd, uanset alder og uddannelsesniveau, har et højrisikoforbrug af alkohol.

Det er specielt kvinder i alderen 55-74 år med højt uddannelsesniveau, der har et højrisikoforbrug af alkohol. Den laveste forekomst ses hos de højtuddannede kvinder i alderen 35-44 år.

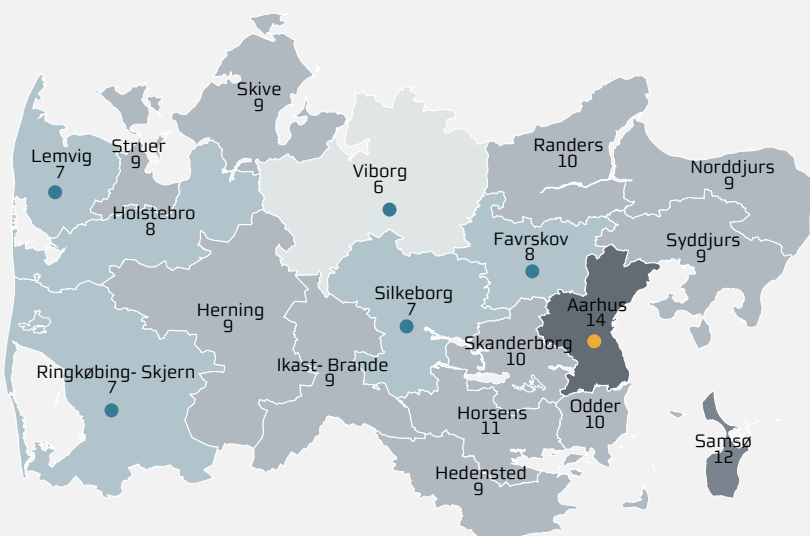
Tegn på alkoholproblemer er ligeledes mindre udbredt blandt kvinder end blandt mænd uanset alder og uddannelsesniveau. Det er særligt de højtuddannede kvinder i alderen 45-79 år og de 55-64-årige kvinder med et middelhøjt uddannelsesniveau, der viser tegn på alkoholproblemer. De laveste forekomster ses blandt de 25-34-årige kvinder på tværs af uddannelsesgrupper.

FIGUR 3.8

Drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed én gang om ugen eller oftere - kommuner

	Pct		Personer
Aarhus	14	■	25.000
Samsø	12	■	300
Horsens	11	■	5.300
Randers	10	■	6.000
Odder	10	■	1.300
Skanderborg	10	■	3.300
Syddjurs	9	■	2.500
Herning	9	■	4.700
Norddjurs	9	■	2.200
Skive	9	■	2.700
Ikast-Brande	9	■	2.200
Hedensted	9	■	2.400
Struer	9	■	1.200
Holstebro	8	■	2.800
Favrskov	8	■	2.200
Silkeborg	7	■	3.900
Ringkøbing-Skjern	7	■	2.400
Lemvig	7	■	900
Viborg	6	■	3.700
Region Midtjylland	10	■	74.900

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



Rusdrikkeri - kommuner

Figur 3.8 viser andelen i kommunerne, der mindst én gang om ugen drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed (rusdrikkeri).

Andelen varierer fra 6 % i Viborg til 14 % i Aarhus.

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der rusdrikker, i:

- Aarhus

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant mindre andel, der rusdrikker, i:

- Favrskov
- Lemvig
- Ringkøbing-Skjern
- Silkeborg
- Viborg

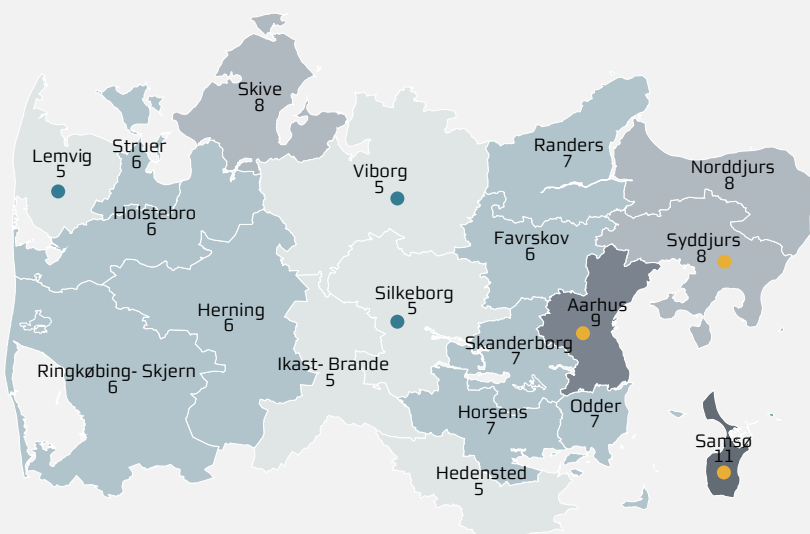
► **2006-2013.** Der har været et fald i andelen af rusdrikkere i Samsø, Lemvig, Syddjurs, Viborg og Silkeborg. Se [figur 3.5.S i bind 2](#). ◀

► **2010-2013.** Der er ikke sket nogen statistisk signifikant udvikling i kommunerne fra 2010 til 2013 i andelen, der rusdrikker. Se [figur 3.5.S i bind 2](#). ◀

FIGUR 3.9
Højrisikoforbrug af alkohol (>14/21 genstande pr. uge) - kommuner

	Pct		Personer
Samsø	11	■	300
Aarhus	9	■	15.000
Syddjurs	8	■	2.100
Norddjurs	8	■	1.800
Skive	8	■	2.200
Randers	7	■	4.000
Horsens	7	■	3.300
Odder	7	■	900
Skanderborg	7	■	2.200
Holstebro	6	■	2.100
Favrskov	6	■	1.700
Herning	6	■	3.000
Ringkøbing-Skjern	6	■	1.900
Struer	6	■	800
Hedensted	5	■	1.400
Ikast-Brande	5	■	1.200
Viborg	5	■	2.800
Lemvig	5	■	600
Silkeborg	5	■	2.600
Region Midtjylland	7	■	51.000

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



Højrisikoforbrug af alkohol - kommuner

Figur 3.9 viser andelen, der har et højrisikoforbrug af alkohol i kommunerne.

Andelen varierer fra 5 % i Viborg, Lemvig og Silkeborg til 11 % på Samsø.

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der har et højrisikoforbrug af alkohol, i:

- Syddjurs
- Aarhus
- Samsø

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant mindre andel, der har et højrisikoforbrug af alkohol, i:

- Silkeborg
- Viborg
- Lemvig

► **2010-2013.** Der har været et signifikant fald i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol i følgende kommuner: Odder, Silkeborg, Struer, Lemvig, Ringkøbing-Skjern, Aarhus, Ikast-Brande, Favrskov, Skanderborg og Hedensted. Se [figur 3.6.5 i bind 2](#) ◀

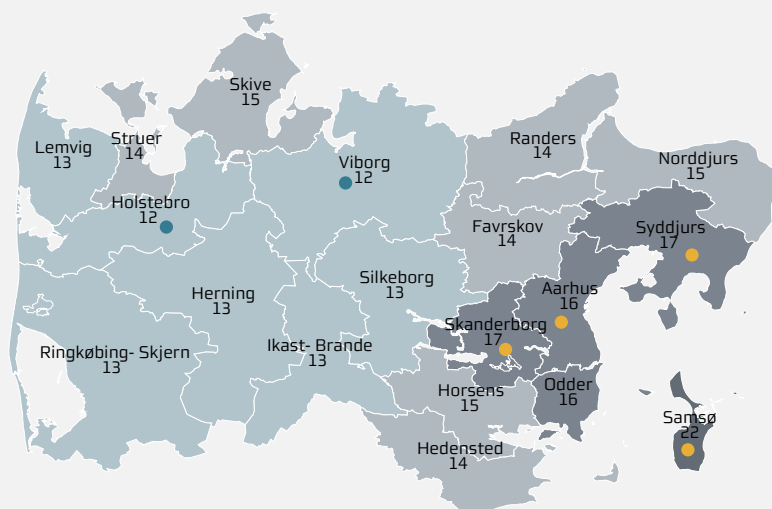
FIGUR 3.10

Tegn på alkoholproblemer (CAGE-C) - kommuner

	Pct		Personer
Samsø	22		600
Syddjurs	17		4.400
Skanderborg	17		5.800
Aarhus	16		28.000
Odder	16		2.100
Norddjurs	15		3.600
Horsens	15		7.300
Skive	15		4.300
Randers	14		8.400
Struer	14		1.900
Favrskov	14		3.900
Hedensted	14		3.700
Herning	13		6.800
Lemvig	13		1.600
Ikast-Brande	13		3.000
Silkeborg	13		6.700
Ringkøbing-Skjern	13		4.200
Viborg	12		6.800
Holstebro	12		4.000
Region Midtjylland	14		107.000

 Signifikant flere end i hele befolkningen

 Signifikant færre end i hele befolkningen



Tegn på alkoholproblemer - kommuner

I figur 3.10 ses andelen, der viser tegn på alkoholproblemer i kommunerne.

Andelen varierer fra 12 % i Viborg og Holstebro til 22 % på Samsø.

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der viser tegn på alkoholproblemer, i:

- Samsø
- Syddjurs
- Skanderborg
- Aarhus

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant mindre andel, der viser tegn på alkoholproblemer, i:

- Viborg
- Holstebro

► **2006-2013.** Der har været et fald i andelen med tegn på alkoholproblemer i Samsø og Odder. Se [figur 3.7.5 i bind 2](#) ◀

► **2010-2013.** Der har været et fald i andelen med tegn på alkoholproblemer i Ringkøbing-Skjern og i Silkeborg. Se [figur 3.7.5 i bind 2](#). ◀

FIGUR 3.11

Personer der har et højrisikoforbrug af alkohol (>14/21 genstande pr. uge) - kroniske sygdomme

	Pct		Personer
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	13		3.900
Psykisk lidelse (mindre end 6 mdr.)	10		3.900
Psykisk lidelse (mere end 6 mdr.)	10		5.600
Blodprop i hjertet	10		700
Grå stær	9		2.300
Forhøjet blodtryk	9		13.000
Hjertekrampe	9		1.100
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	9		800
Leddegigt	9		3.400
Slidgigt	8		12.000
Astma	8		3.800
Diskusprolaps, rygsygdom	8		7.100
Tinnitus	7		6.300
Kræft	7		1.400
Hele befolkningen	7		51.000
Sukkersyge	7		2.500
Allergi	6		8.800
Knogleskørhed	6		1.500
Migræne eller hyppig hovedpine	5		4.700

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

Højrisikoforbrug af alkohol - kroniske sygdomme

Som led i behandlingen af mange af de kroniske sygdomme er hensigtsmæssige sundhedsvaner afgørende for prognosen. Af figur 3.11 fremgår andelen af personer med kroniske sygdomme, som har et højrisikoforbrug af alkohol.

Andelen med et højrisikoforbrug af alkohol blandt personer med kronisk sygdom varierer fra 5 % blandt personer med migræne eller hyppig hovedpine til 13 % blandt personer med kronisk bronkitis/for store lunger/rygerlunger.

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med et højrisikoforbrug af alkohol blandt personer med følgende sygdomme:

- Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger
- Psykisk lidelse (mindre end 6 måneders varighed)
- Psykisk lidelse (mere end 6 måneders varighed)
- Grå stær
- Forhøjet blodtryk
- Leddegigt
- Slidgigt

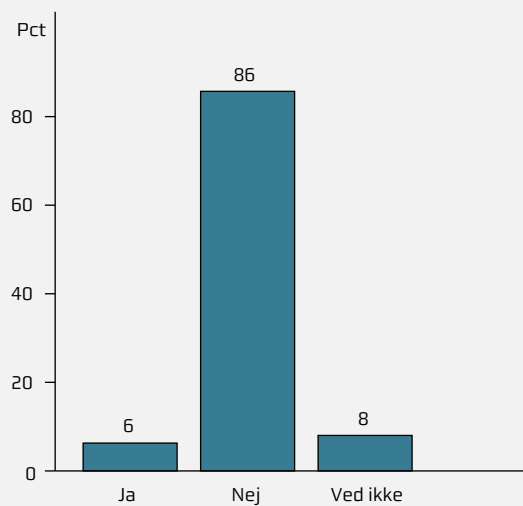
Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant mindre andel med et højrisikoforbrug af alkohol blandt personer med:

- Migræne eller hyppig hovedpine

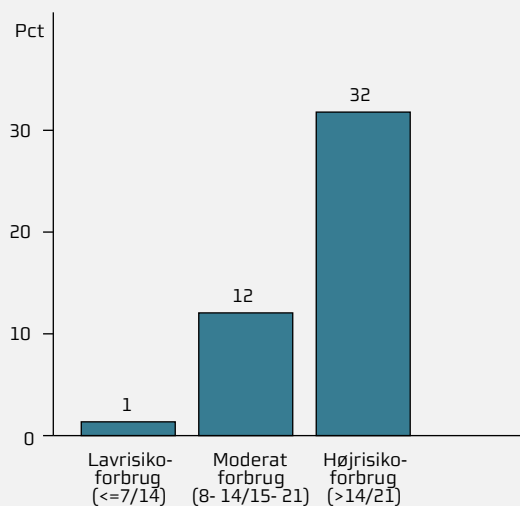
► **2010-2013.** Der har været et fald i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol blandt personer med følgende sygdomme: hjerneblødning, kronisk bronkitis/for store lunger/rygerlunger, knogleskørhed, tinnitus, astma, sukkersyge, forhøjet blodtryk, slidgigt/leddegigt, allergi, diskusprolaps, migræne. Se [figur 3.8.5 i bind 2](#). ◀

FIGUR 3.12, 3.13 OG 3.14**Ønske om nedsættelse af alkoholforbrug**

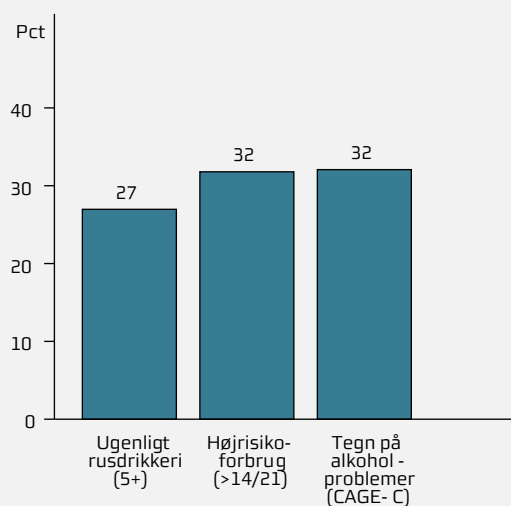
Figur 3.12
Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?



Figur 3.13
Ønsker at nedsætte sit alkoholforbrug i forhold til, hvor stort forbruget er



Figur 3.14
Ønsker at nedsætte alkoholforbrug i forhold til tre former for risikabelt alkoholforbrug



Hvor mange ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug?

Figur 3.12 viser, at 6 % af befolkningen ønsker at nedsætte alkoholforbruget.

Der er en stærk sammenhæng mellem alkoholforbrugets omfang og ønsket om at nedsætte alkoholforbruget. Blandt personer med et lavrisikoforbrug af alkohol (et forbrug på højst syv genstande om ugen for kvinder og 14 genstande om ugen for mænd) har 1 % svaret, at de gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug. Det samme gælder for 12 % med moderat alkoholforbrug og 31 % med højriskoforbrug (over 14 genstande om ugen for kvinder og over 21 for mænd), se figur 3.13.

Figur 3.14 viser, at blandt personer, der mindst en gang om ugen drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed (rusdrikkeri), har 27 % svaret, at de gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug. Dette gælder for 32 % blandt personer med et højriskoforbrug af alkohol og for 32 % blandt personer med tegn på alkoholproblemer.

► **2010-2013.** Der har været et fald i andelen, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, blandt rusdrikkerne, men ikke blandt personer med højriskoforbrug af alkohol eller blandt personer, der viser tegn på alkoholproblemer. Se figur 3.10.5 i bind 2. ◀

I det følgende fokuseres på personer med et højriskoforbrug af alkohol i forhold til ønsket om at nedsætte alkoholforbruget.

FIGUR 3.15

Personer med et højrisikoforbrug af alkohol (>14/21 genstande pr. uge), der ønsker at nedsætte forbruget - køn, alder og sociale forhold

	Pct		Personer
Alle	32		16.000
Køn			
Mand	32		10.000
Kvinde	32		5.700
Alder			
25-34	24		2.100
35-44	39		2.100
45-54	47		5.200
55-64	34		4.700
65-74	18		1.800
75-79	12		200
Uddannelsesniveau			
Lavt	30		2.300
Middel	31		8.300
Højt	35		5.400
Sociogeografisk gruppe			
Gruppe 1 (højest)	29		2.500
Gruppe 2	32		4.000
Gruppe 3	27		3.100
Gruppe 4	34		4.900
Gruppe 5 (lavest)	44		1.600
Bolig			
Ejer	32		11.000
Lejer	32		5.000
Samlivssituation			
Alene	34		6.500
Gift/samlevende	30		9.400
Børn i hjemmet 0-15 år			
Ingen børn	31		14.000
Børn	36		1.500
Arbejde (25-64 år)			
I arbejde	37		9.500
Ikke i arbejde	36		4.400

 Signifikant flere end blandt alle personer med et højrisikoforbrug af alkohol

 Signifikant færre end blandt alle personer med et højrisikoforbrug af alkohol

Ønsker at nedsætte alkoholforbrug – køn, alder og sociale forhold

Figur 3.15 viser sammenhængen mellem andelen, der har svaret, at de gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug, og køn, alder og sociale forhold blandt personer, der har et højriskforbrug af alkohol.

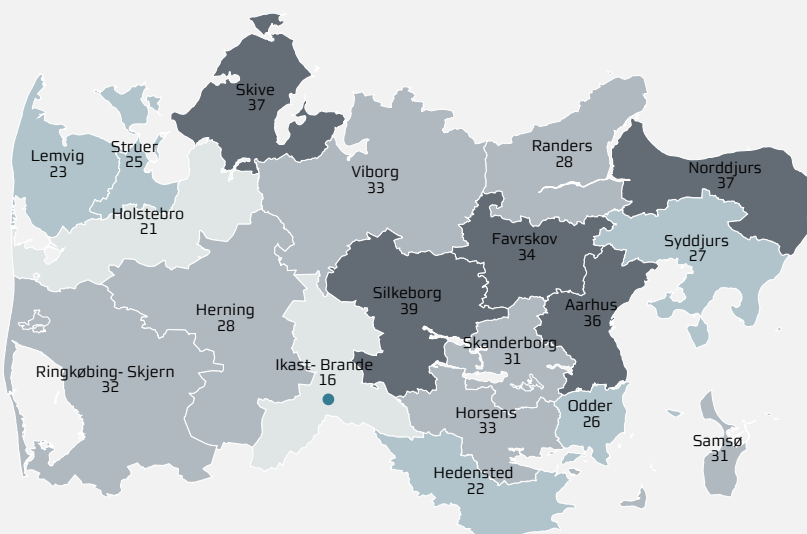
Det er kun i forhold til alder, at der er signifikante forskelle mellem grupperne i forhold til ønsket om at nedsætte alkoholforbruget. Den største forekomst ses blandt de 45-54-årige, hvor næsten halvdelen af de, som har et højriskforbrug, ønsker at nedsætte deres forbrug. Til gengæld er der betydeligt færre blandt de 65-79-årige, der ønsker at nedsætte alkoholforbruget, end det er tilfældet blandt alle med et højriskforbrug af alkohol.

FIGUR 3.16

Personer med et højriskoforbrug af alkohol (>14/21 genstande pr. uge), der ønsker at nedsætte forbruget - kommuner

	Pct		Personer
Silkeborg	39		1.000
Norddjurs	37		700
Skive	37		800
Aarhus	36		5.500
Favrskov	34		600
Horsens	33		1.100
Viborg	33		900
Ringkøbing-Skjern	32		600
Samsø	31		90
Skanderborg	31		700
Randers	28		1.100
Herning	28		800
Syddjurs	27		600
Odder	26		200
Struer	25		200
Lemvig	23		100
Hedensted	22		300
Holstebro	21		500
Ikast-Brande	16		200
Region Midtjylland	32		16.000

Signifikant færre end end blandt alle personer med et højriskoforbrug af alkohol



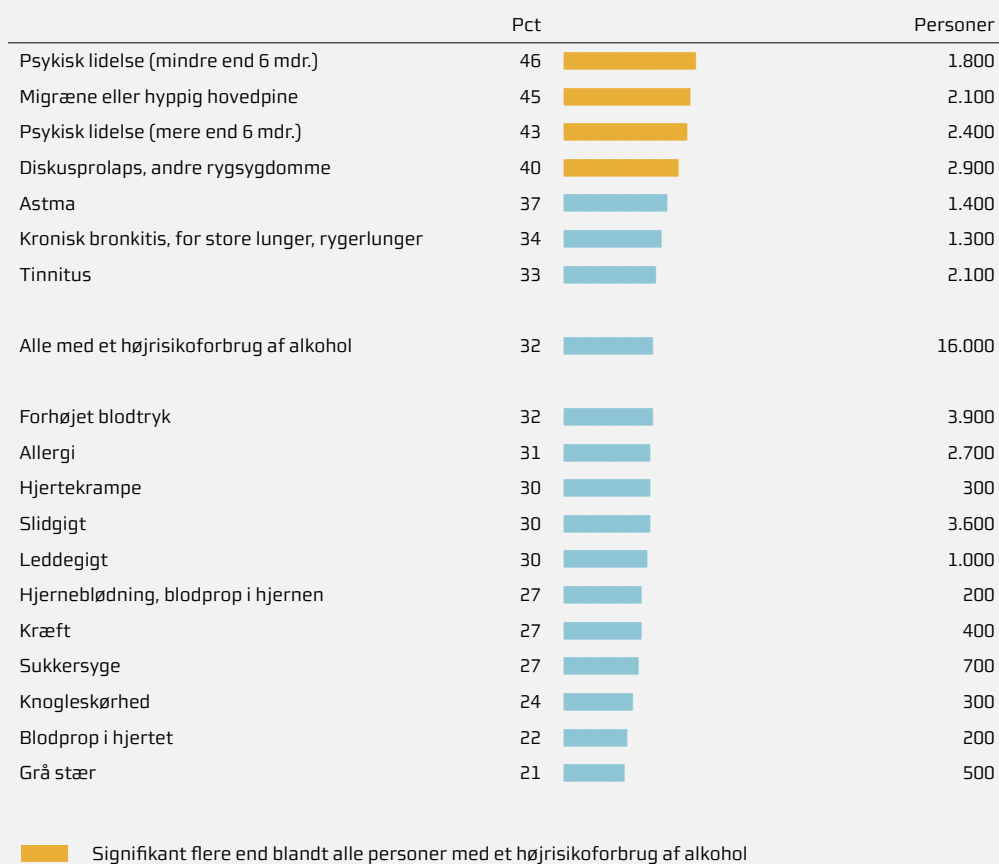
Ønsker at nedsætte alkoholforbrug – kommuner

Figur 3.16 viser andelen af personer med et højrisikoforbrug af alkohol, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, fordelt på kommuner.

Det fremgår, at det kun er Ikast-Brande, der adskiller sig signifikant fra hele befolkningen, idet der her er en mindre andel af borgere med et højrisikoforbrug af alkohol, der ønsker at nedsætte forbruget.

FIGUR 3.17

Personer med et højrisikoforbrug af alkohol (>14/21 genstande pr. uge), der ønsker at nedsætte forbruget - kroniske sygdomme



Ønsker at nedsætte alkoholforbrug – kroniske sygdomme

Som led i behandlingen af mange af de kroniske sygdomme er hensigtsmæssige sundhedsvaner af afgørende betydning for prognosen, og derfor er det relevant at vide, hvor stor en andel, der er motiverede for at nedsætte deres alkoholforbrug. Figur 3.17 viser andelen af kronisk syge personer med et højrisikoforbrug af alkohol, som ønsker at nedsætte forbruget.

Der er en signifikant større andel af personer med et højrisikoforbrug af alkohol, der ønsker at nedsætte forbruget, blandt følgende sygdomsgrupper:

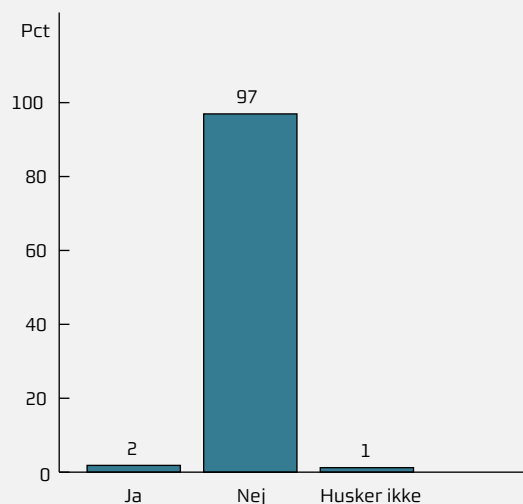
- Psykisk lidelse af mere end 6 måneders varighed
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Psykisk lidelse af mindre end 6 måneders varighed
- Diskusprolaps, andre rygsygdomme

FIGUR 3.18, 3.19 OG 3.20

Råd fra lægen om at nedsætte alkoholforbruget

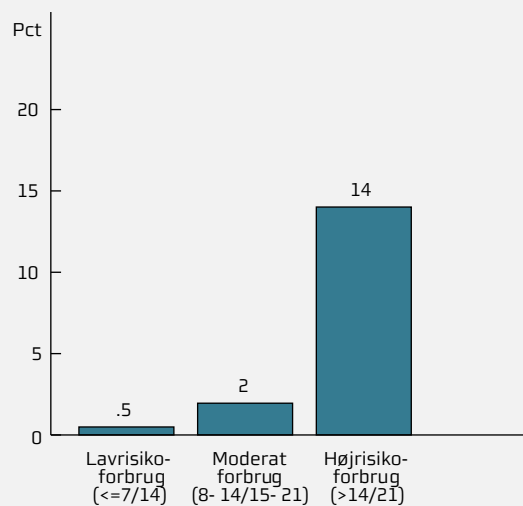
Figur 3.18

Har egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at nedsætte dit alkoholforbrug?



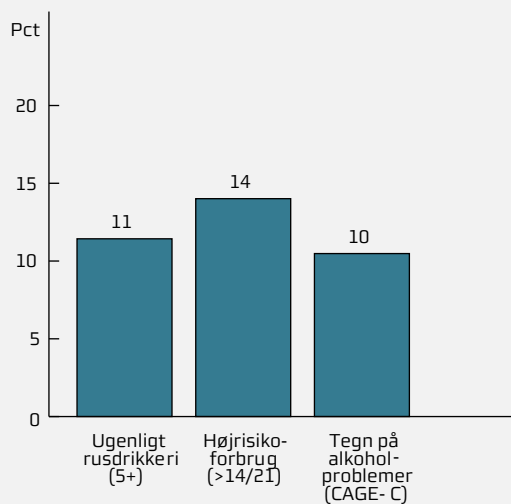
Figur 3.19

Har modtaget råd fra lægen om nedsættelse af alkoholforbrug i forhold til, hvor stort forbruget er



Figur 3.20

Har modtaget råd fra lægen om nedsættelse af alkoholforbrug i forhold til tre former for risikabelt alkoholforbrug



Rådgivning fra egen læge i forhold til alkohol

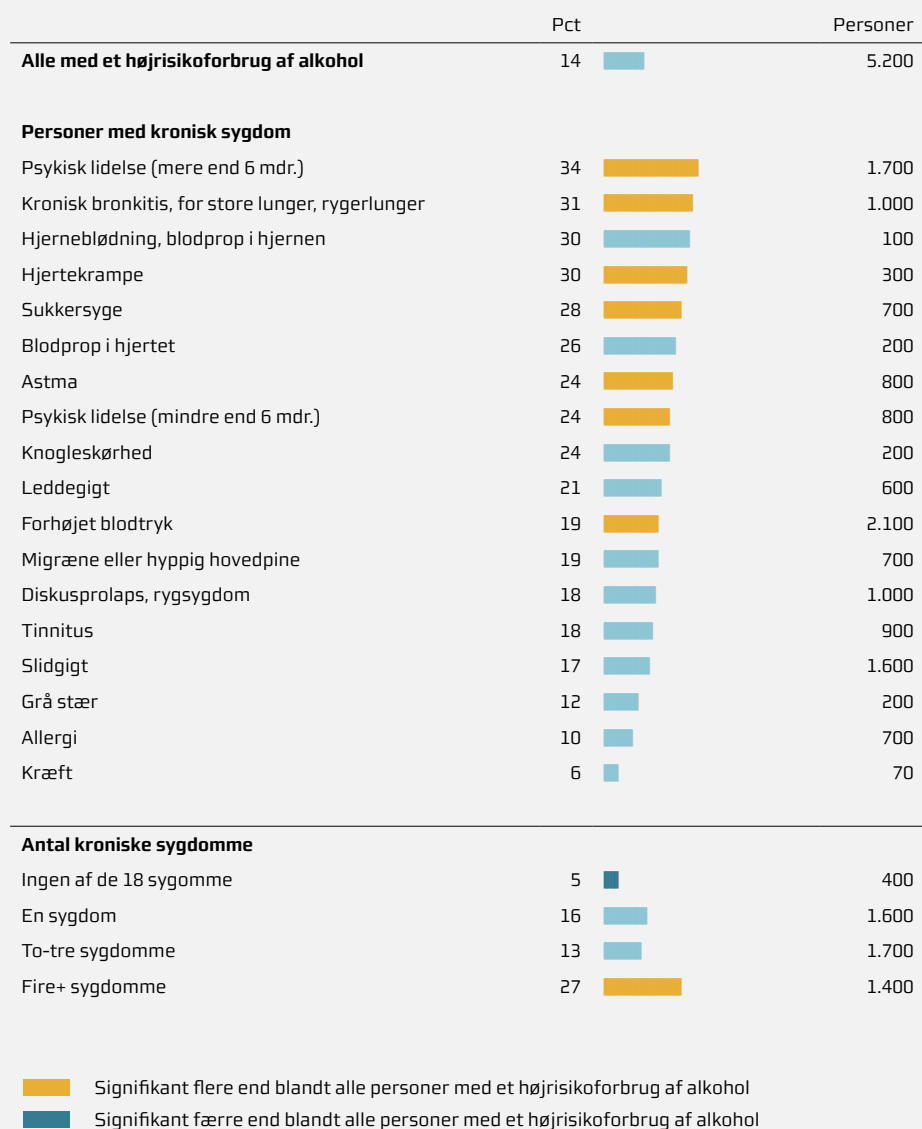
2 % af dem, som har været til læge inden for de seneste 12 måneder, er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug, jævnfør figur 3.18. Blandt personer med et ugentligt højrisikoforbrug har 14 % modtaget råd fra lægen om at nedsætte forbruget, hvilket fremgår af figur 3.19. Det samme gælder for 2 % med et moderat forbrug og 0,5 % med et lavrisikoforbrug. Der er altså en tydelig sammenhæng mellem alkoholforbrug og andelen, der har fået råd fra lægen om at nedsætte deres alkoholforbrug.

Figur 3.20 viser, at 11 % blandt personer, der mindst en gang om ugen drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed, har modtaget råd om at nedsætte alkoholforbruget fra lægen, mens det samme gælder for 10 % blandt dem, der viser tegn på alkoholproblemer.

► **2006-2013 og 2010-2013.** Der er ikke sket nævneværdige ændringer i, hvor mange der har fået råd fra lægen om at nedsætte alkoholforbruget. Se [figur 3.11.S og 3.12.S i bind 2](#) ◀

FIGUR 3.21

Personer med et højriskoforbrug af alkohol (>14/21 genstande pr. uge), som har fået råd fra læge om at nedsætte forbruget - kroniske sygdomme



Rådgivning fra egen læge i forhold til at nedsætte alkoholforbruget – kroniske sygdomme

Som led i behandlingen af mange af de kroniske sygdomme er hensigtsmæssige sundhedsvaner afgørende for forløbet af sygdommen, og det er derfor relevant at få viden om, hvorvidt borgere med kronisk sygdom modtager råd og vejledning fra egen læge om deres alkoholforbrug. Figur 3.21 viser andelen af kronisk syge, som har et højrisikoforbrug af alkohol, og som har modtaget råd fra lægen om at nedsætte forbruget.

Andelen varierer fra 6 % blandt personer med kræft til 34 % blandt personer med en psykisk lidelse af mere end 6 måneders varighed.

Der er en signifikant større andel end blandt alle med et højrisikoforbrug af alkohol, der har modtaget råd om nedsættelse af alkoholforbrug fra lægen, blandt følgende sygdomsgrupper:

- Psykisk lidelse af mere end 6 måneders varighed
- Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger
- Hjertekrampe
- Sukkersyge
- Astma
- Psykisk lidelse af mindre end 6 måneders varighed
- Forhøjet blodtryk

Andelen med et højrisikoforbrug af alkohol, som har modtaget råd om at nedsætte alkoholforbruget fra lægen, stiger med antallet af sygdomme, jævnfør figur 3.21.

5 % blandt personer med et højrisikoforbrug af alkohol, som ikke har en af de 18 sygdomme, har modtaget råd fra lægen om at nedsætte alkoholforbruget. Det samme gælder for 27 % blandt personer med fire eller flere sygdomme.

Sammenfatning

I alt 7 % af befolkningen i Region Midtjylland har et højrisikoforbrug af alkohol, hvilket for kvinder betyder et forbrug på mere end 14 genstande om ugen og for mænd mere end 21 genstande om ugen. Andelen med et højrisikoforbrug er faldet fra 9 % til 7 % i perioden fra 2010 til 2013.

I alt 10 % af borgerne i Region Midtjylland drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed mindst én gang om ugen (rusdrikker).

I alt 14 % af borgerne i Region Midtjylland viser tegn på at have alkoholproblemer.

Der er stor sammenhæng mellem alkoholforbrug og demografiske og sociale forhold. Særligt er der stor forskel mellem mænds og kvinders alkoholforbrug. Flere mænd end kvinder har et risikabelt alkoholforbrug uanset alder og uddannelsesniveau. Den sociale uddannelsesmæssige gradient, som findes i andre former for uhensigtsmæssige sundhedsvaner, genfindes ikke for alkoholindtag. I forhold til at vise tegn på alkoholproblemer ses den laveste forekomst faktisk hos gruppen af lavtuddannede.

Det ses, at 32 % blandt personer med et højrisikoforbrug af alkohol ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug. Det er særligt 45-54-årige, der udtrykker ønske om dette. Analyserne viser også, at 14 % af de, der har et højrisikoforbrug af alkohol, er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug af egen læge.

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. Alkohol, narkotika og tobak. København: Sundhedsstyrelsen; 2004.
2. Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F. Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2007.
3. Sundhedsstyrelsen. Alkohol og helbred. København: Sundhedsstyrelsen; 2008.
4. Ronksley PE, Brien SE, Turner BJ, Mukamal KJ, Ghali WA. Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and metaanalysis. BMJ. 2011; 342:d671
5. Forebyggelsespakke alkohol. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
6. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2006.
7. Alkoholproblemer i børnefamilier – En analyse af alkoholfokus i forvaltningens børnesager, København: CASA; 2011.
8. Forebyggelseskommissionen. Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats. København: Forebyggelseskommissionen; 2009.
9. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens nye udmelding vedrørende alkohol. København: Sundhedsstyrelsen; 2010.
10. Wendy YC, Rosner B, Hankinson SE, Colditz GA, Willett WC. Moderate Alcohol Consumption During Adult Life, Drinking Patterns, and Breast Cancer Risk. JAMA. 2011;306(17):1884-1890.
11. Ekholm O, Strandberg-Larsen K, Christensen K, Grøn-bæk M. Comparison of assessment methods for self-reported alcohol consumption in health interview surveys. Eur J Clin Nutr. 2008; 62: 286-291.
12. Zierau F, Hardt F, Henriksen JH, Holm SS, Jørring S, Melsen T, et al. Validation of a self-administered modified CAGE test (CAGE-C) in a somatic hospital ward: Comparison with biochemical markers. Scand J Clin Lab Invest. 2005; 65(7): 615-22.
13. Aabel MK, Broholm K, Fischerman M. Forebyggelsespakke alkohol. Sundhedsstyrelsen 2012.

4. FYSISK AKTIVITET

Formålet med dette kapitel er at give en beskrivelse af befolkningens fysiske aktivitetsniveau med særligt fokus på den mindst aktive del af befolkningen.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en forebyggelses-pakke for fysisk aktivitet, der har til formål at understøtte kommunernes indsats for, at borgerne får gode muligheder for at være fysisk aktive gennem hele livet. Målet er at forebygge sygdom, bevare funktionsevnen og understøtte god trivsel (1).

Det fremhæves i forebyggelsespakken, at der især er en betydelig gevinst ved, at de fysisk inaktive bliver fysisk aktive. Der vil derfor i kapitlet blive fokuseret på områder, hvor der er oplagte muligheder for at fremme den fysiske aktivitet hos borgere, der i dag er fysisk inaktive.

Det gælder generel fysisk inaktivitet, passiv transport til og fra arbejde og uddannelse, manglende brug af cykel i dagligdagen, manglende deltagelse i idræt og motion i fritiden og udbredelsen af en stillesiddende livsstil i fritiden.

Fysisk aktivitet, inaktivitet og stillesiddende adfærd

En fysisk aktiv livsstil fremmer den enkeltes sundhed i forhold til både fysisk og psykisk velvære og bidrager samtidig til at forebygge en lang række sygdomme samt nedsætter risikoen for tidlig død (2). Fysisk aktivitet (jævnfør boks 4.1) eller mangel på samme kan både påvirke sygdommes opståen, udvikling og specifikke symptomer samt den generelle fysiske form og livskvalitet (3). Fysisk aktivitet er forebyggende i alle

aldersgrupper og er desuden virkningsfuld som behandling og rehabilitering i forhold til en lang række sygdomme, herunder hjerte-kar-sygdomme, type 2-diabetes, knogleskørhed, muskel-skelet-sygdomme og visse former for kræft (2-4).

Ud over den overordnede betydning for sundhed og helbred påvirker det fysiske aktivitetsniveau en lang række risikofaktorer for livsstilssygdomme, herunder insulinfølsomhed, fedt og kolesterol i blodet, blodtryk, overvægt og kropsfedt (2, 5). Det betyder således også, at fysisk inaktivitet (jævnfør boks 4.1) har en række negative konsekvenser for blandt andet kredsløb, muskler, knogler og stofskifte samt kan betragtes som en selvstændig risikofaktor for sygdom og tidlig død (6).

Stillesiddende adfærd (jævnfør boks 4.1) kan bidrage til en fysisk inaktiv livsstil. Det er dog muligt at have en dagligdag, hvor man sidder stille det meste af tiden, og stadig leve op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger (7). Et eksempel på dette er at køre til og fra arbejde i bil, sidde ned hovedparten af arbejdsdagen og derefter gå eller løbe en tur om aftenen på en halv time.

Stillesiddende adfærd bliver mere og mere udbredt i den danske befolkning og betragtes i forskningen som en selvstændig helbredsmæssig risikofaktor (7). Det anbefales at begrænse stillesiddende aktiviteter i dagligdagen, men der er endnu ikke tilstrækkeligt forskningsmæssigt belæg for at anbefale en maksimumgrænse for stillesiddende adfærd. Rapporten fra Vidensråd for Forebyggelse om stillesiddende adfærd peger på, at det er stillesiddende adfærd i fritiden – og ikke i arbejdstiden – der øger risikoen for sygdom og tidlig død (7).

Boks 4.1

Definitioner af fysisk aktivitet og inaktivitet samt stillesiddende adfærd

Fysisk aktivitet omfatter al bevægelse, der øger energiomsætningen, dvs. både ustruktureret aktivitet og mere bevidst, målrettet og regelmæssig fysisk aktivitet (2). Fysisk aktivitet indeholder således et bredt spektrum af aktiviteter lige fra idræt, sport og hård motion til hverdagsaktiviteter som leg, havearbejde, en gåtur, cykling som transport samt at tage trappen (1).

Fysisk inaktivitet kan defineres som manglende efterlevelse af de officielle anbefalinger for fysisk aktivitet (3, 6) (se boks 4.2).

Stillesiddende adfærd kan defineres som den del af vores vågne tid, vi tilbringer i siddende eller liggende position, hvor hovedparten af kroppens muskulatur er i hvile (7).

Fysisk aktivitet i forbindelse med arbejde, fritid og transport

Nyere studier fra blandt andet Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) peger på, at fysisk aktivitet i arbejdsliv og fritid ikke har samme virkning på sundhed, risiko for sygdom og tidlig død (8). Således angives fysisk aktivitet i fritiden at være en beskyttende faktor, mens et fysisk krævende arbejde synes at være en risikofaktor for helbredet (9, 10). NFA peger på, at et fysisk meget krævende arbejde medfører en større risiko for tidlig død blandt mænd (10). Dog beskytter fysisk aktivitet i fritiden både mænd og kvinder uanset de fysiske krav, der stilles i deres arbejdsliv (11).

Årsagerne til de forskellige virkninger på helbredet af fysisk aktivitet afhængig af, om den finder sted i fritid eller på arbejde, skal måske findes i typen af aktivitet. NFA beskriver fysisk aktivitet i forbindelse med arbejde som typisk bestående af tunge løft, at stå i lange perioder, gentagelse af de samme bevægelser, aktivitet med hænderne løftet til eller over skulderhøjde samt aktiviteter med en uhensigtsmæssig stilling for ryggen (8). I modsætning hertil er fysisk aktivitet i fritiden kendetegnet ved at være dynamisk, at aktivere store muskelgrupper med høj energiomsætning og høj puls samt at give mulighed for hvil i forbindelse med træthed.

Et fysisk inaktivt fritidsliv er forbundet med en markant forhøjet risiko for udvikling af kronisk sygdom samt for tidlig død. Hvis den fysiske aktivitet i fritiden reduceres, forøges risikoen, og omvendt mindskes risikoen, hvis den fysiske aktivitet øges (2).

Denne sammenhæng er observeret i en lang række studier og er fundet for både mænd og kvinder.

Der er i internationale studier fundet en sammenhæng mellem cykling som transport og sundhedsgevinster blandt både børn, voksne og ældre (12, 13). For voksne og ældre gælder, at regelmæssig cykling øger konditionen, reducerer en række risikofaktorer og reducerer den absolutte risiko for sygdom og tidlig død.

Resultater fra en national spørgeskemaundersøgelse i Storbritannien viser, at der er store variationer i valg af transport til arbejde på tværs af regioner og sociodemografiske grupper (14). Undersøgelsen viser også, at cykling og gang som transport til og fra arbejde hænger sammen med en lavere risiko for overvægt og en lavere risiko for at have diabetes. Brug af offentlig transport er sammenhængende med en lavere risiko for at være overvægtig (14). Sidstnævnte skyldes måske, at de fleste går til og fra offentlig transport.

Anbefalinger for fysisk aktivitet

Sundhedsstyrelsens anbefalinger er udarbejdet på baggrund af den eksisterende viden på området og er i overensstemmelse med internationale anbefalinger (2, 15). Der ligger desuden pædagogiske overvejelser bag anbefalingerne. Der er fra Sundhedsstyrelsens side et ønske om at bevare motivationen i forhold til fysisk aktivitet, og samtidig er det hensigten at aktivere de mindst fysisk aktive (2).

Boks 4.2

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for fysisk aktivitet for voksne mellem 18 og 64 år (2):

Vær fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen. Aktiviteten skal være med moderat til høj intensitet og ligge ud over almindelige kortvarige dagligdagsaktiviteter. Hvis de 30 minutter deles op, skal aktiviteten vare mindst 10 minutter.

Mindst to gange om ugen skal der indgå fysisk aktivitet med høj intensitet af mindst 20 minutters varighed for at vedligeholde eller øge konditionen og muskelstyrken. Der skal indgå aktiviteter, som øger knoglestyrken og bevægeligheden.

Fysisk aktivitet ud over det anbefalede vil medføre yderligere sundhedsmæssige fordele.

Forekomst af og omkostning ved fysisk inaktivitet

Danskerne er blevet mindre aktive i deres arbejdsliv og mere fysisk aktive i deres fritid siden 1980'erne (16, 17). Det er imidlertid vanskeligt at sige, hvorvidt befolkningen samlet set er blevet mere eller mindre fysisk aktiv.

Statens Institut for Folkesundhed vurderede i 2006, at cirka 4.500 dødsfald hvert år skyldes fysisk inaktivitet (18). En fysisk inaktiv person mister i gennemsnit cirka fem leveår sammenlignet med en fysisk aktiv person. Dertil kommer syv år med nedsat livskvalitet.

Flere danske og internationale studier peger på, at fysisk aktivitet i fritiden er mere udbredt blandt højtuddannede end blandt lavt uddannede (17, 19).

Beregninger foretaget af Statens Institut for Folkesundhed anslår, at fysisk inaktivitet koster en gennemsnitskommune 9,6 mio. kr. årligt i kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet (1). Oven i disse udgifter skal lægges øgede omkostninger i forbindelse med blandt andet overførselsindkomst og kommunale serviceydelser.

Metode til afdækning af fysisk aktivitet

Der er endnu ikke fundet nogen sikker metode til måling af, hvorvidt befolkningen lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om fysisk aktivitet (20). I SUSY-undersøgelserne anvender Statens Institut for Folkesundhed ét spørgsmål om fysisk aktivitet i fritiden, der tidligere har vist sig anvendeligt i forhold til dødelighed (21, 22). Spørgsmålet lyder: "Dyrker du idræt i din fritid, eller deltager du regelmæssigt i andre aktiviteter, der giver motion?" Det samme spørgsmål er anvendt i *Hvordan har du det?* i 2006, 2010 og 2013, hvor det desuden er suppleret med en række andre spørgsmål til vurdering af fysisk aktivitet og inaktivitet (jævnfør boks 4.3).

I det følgende belyses fysisk inaktivitet, passiv transport til og fra arbejde og uddannelse, manglende brug af cykel i dagligdagen, manglende deltagelse i idræt og motion i fritiden samt stillesiddende livsstil i fritiden. Hertil kommer motivation for og rådgivning fra egen læge om fysisk aktivitet.

Boks 4.3

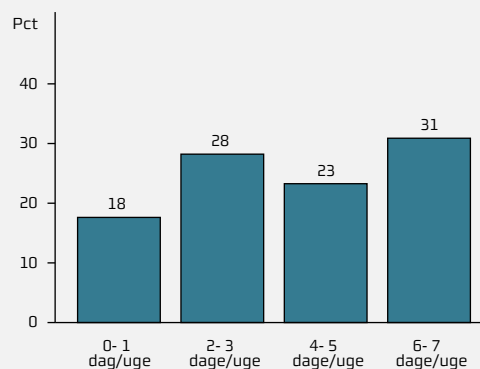
Spørgsmål, der anvendes i *Hvordan har du det?* 2013 til at belyse befolkningens fysiske aktivitetsniveau:

- Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen?
- Dyrker du idræt i din fritid, eller deltager du regelmæssigt i andre aktiviteter, der giver motion?
- Hvis du ser på det seneste år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse af din fysiske aktivitet i fritiden?
- Hvad er dit vigtigste transportmiddel, når du skal til og fra arbejde eller uddannelse?
- På en almindelig uge: Hvor tit cykler du til og fra dine daglige gøremål?
- Vil du gerne være mere fysisk aktiv?
- Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at dyrke motion?

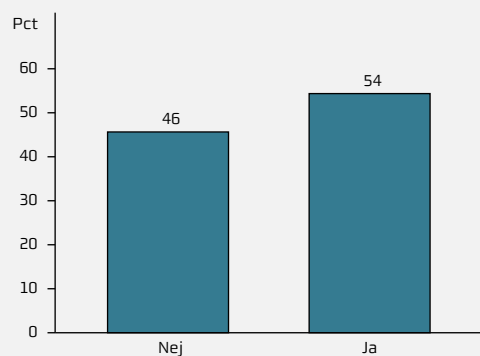
FIGUR 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 OG 4.5

Hvor mange er fysisk aktive, inaktive eller stillesiddende i fritiden?

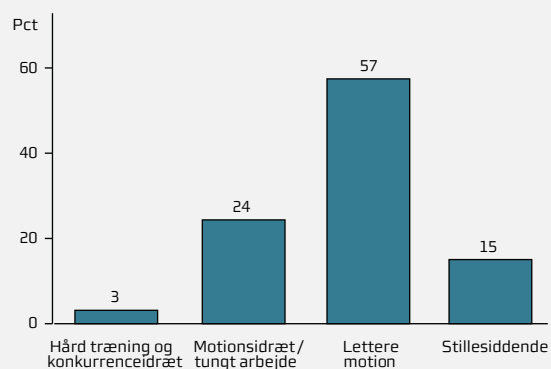
Figur 4.1
Fysisk aktivitet mindst 30 minutter om dagen



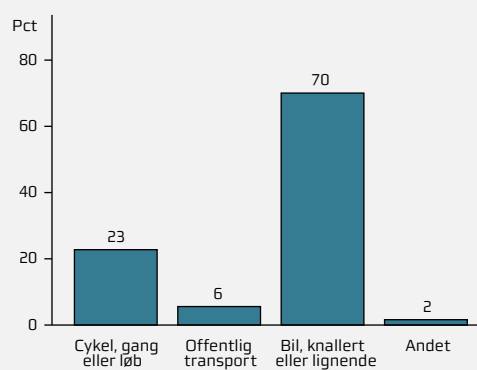
Figur 4.2
Dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden



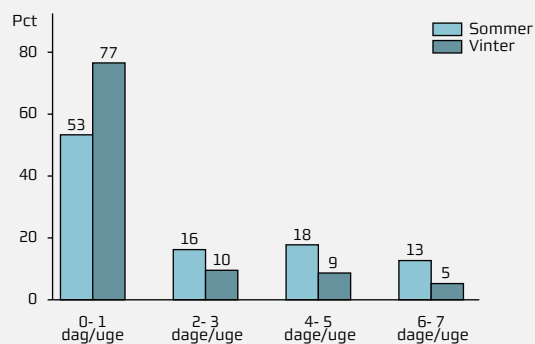
Figur 4.3
Fysisk aktivitet i fritiden det seneste år



Figur 4.4
Vigtigste transportmiddel til og fra arbejde eller uddannelse



Figur 4.5
Cykling til og fra daglige gøremål



Hvor mange er fysisk aktive, inaktive eller stillesiddende fritiden?

Figur 4.1 viser befolkningen inddelt i fire grupper efter, hvor mange dage om ugen, man er fysisk aktiv i mindst 30 minutter: 0-1 dag, 2-3 dage, 4-5 dage og 6-7 dage. I spørgsmålet blev svarpersonerne bedt om at medregne moderat eller hård fysisk aktivitet både i arbejde og fritid.

18 % har sat kryds ved 0-1 dag om ugen og er således fysisk inaktive, hvad angår generel fysisk aktivitet. Henholdsvis 28 % og 23 % er fysisk aktive 2-3 og 4-5 dage om ugen. Samlet set er det dermed 69 % af befolkningen, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om at være fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen. 31 % af befolkningen er fysisk aktive 6-7 dage om ugen.

Figur 4.2 viser befolkningens deltagelse i idræt eller andre motionsaktiviteter i fritiden. 46 % af befolkningen dyrker ikke idræt eller anden form for motion i fritiden og lever således ikke op til Sundhedsstyrelsens anbefaling om mindst to gange om ugen at lave fysisk aktivitet med høj intensitet af mindst 20 minutters varighed. 54 % af befolkningen dyrker idræt eller anden form for regelmæssig motion.

Figur 4.3 viser befolkningen inddelt i fire grupper efter hvor fysisk aktive, de har været i fritiden det seneste år. 15 % af befolkningen læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse i fritiden og 57 % af befolkningen dyrker lettere motion i fritiden. Det betyder, at i alt 72 % af befolkningen udelukkende er fysisk aktive i fritiden ved lavere intensiteter. 24 % af befolkningen dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde eller lignende i fritiden og 3 % af befolkningen træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt i fritiden.

Figur 4.4 viser, at 70 % af de personer, der har arbejde eller er under uddannelse, benytter en fysisk inaktiv og stillesiddende transportform (bil, knallert, scooter eller lignende). 6 % benytter offentlig transport. 23 % cykler, går eller løber. 2 % benytter anden form for transport.

Afstand fra hjemmet til arbejde eller uddannelse har stor betydning for valg af transportform (ikke vist). Ved en afstand på 0-2 km er det 54 %, der cykler eller går, 2 % der benytter offentlig transport, 35 % der kører i bil og 8 %, der benytter anden form for transport. Ved en afstand på 2-5 km er det 47 %, der cykler eller går, 5 % der benytter offentlig transport og 48 % der kører i bil. Biltransporten fortsætter med at stige til over 85 % ved afstande over 10 km, mens cykling og gang falder til 20 % ved 5-10 km og 4-5 % over 10 km. Offentlig transport stiger svagt og er 9 % ved afstande over 50 km.

Figur 4.5 viser befolkningen inddelt i fire grupper efter hvor mange dage om ugen, man cykler til og fra daglige gøremål henholdsvis sommer og vinter: 0-1 dag, 2-3 dage, 4-5 dage og 6-7 dage.

Afhængigt af årstiden er det mellem 53 % og 77 %, der ikke eller stort set ikke cykler (0-1 dag/uge), mens mellem 5 % og 13 % cykler dagligt (6-7 dage/uge). Blandt de, der sjældent cykler i sommerperioden, har 62 % mere end 10 km til arbejde eller uddannelse, hvorimod det kun er 25 % blandt de, der cykler dagligt, der har mere end 10 km til arbejde eller uddannelse (ikke vist). For vinterperioden er billedet det samme. Der fokuseres i analyserne på cykling om sommeren, da potentialet for at motivere fysisk inaktive personer til at cykle vurderes at være størst i sommerhalvåret. Et arbejdspapir fra Transportministeriets arbejde med en ny national cykelstrategi viser, at der kun cykles halvt så meget i december til februar, som i de måneder, hvor der cykles mest (23).

► **2006-2013.** I perioden er der sket et betragteligt fald i andelen, der er fysisk aktive 30 minutter om dagen højst én dag om ugen (fysisk inaktivitet), samt et betragteligt fald i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden form for motion i fritiden. Se [figur 4.1.S](#) og [figur 4.2.S](#) i bind 2. ◀

► **2010-2013.** I perioden er der overordnet set ikke sket store ændringer. Der er sket en lille stigning i andelen, der er fysisk aktive 30 minutter om dagen højst én dag om ugen (fysisk inaktivitet) mens der er et lille fald i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden form for motion i fritiden. Se [figur 4.1.S](#) og [4.2.S](#) i bind 2. Der ses en lille stigning i andelen, der benytter passiv transport til og fra arbejde eller uddannelse, samt i andelen, der sjældent cykler om sommeren, jævnfør [figur 4.4.S](#) og [4.5.S](#) i bind 2. Der er sket et lille fald i andelen, der sjældent cykler om vinteren. Se [figur 4.6.S](#) i bind 2. Der er ikke sket ændringer i andelen, der er stillesiddende i fritiden. Se [figur 4.3.S](#) i bind 2. ◀

FIGUR 4.6

Fysisk aktivitet mindst 30 minutter om dagen højst én dag om ugen (fysisk inaktivitet) - køn, alder og sociale forhold

	Pct		Personer
Alle	18		132.000
Køn			
Mand	17		65.000
Kvinde	18		67.000
Alder			
25-34	16		20.000
35-44	20		31.000
45-54	18		29.000
55-64	16		24.000
65-74	16		19.000
75-79	21		7.800
Uddannelsesniveau			
Lavt	22		26.000
Middel	17		64.000
Højt	17		39.000
Sociogeografisk gruppe			
Gruppe 1 (højest)	15		17.000
Gruppe 2	18		38.000
Gruppe 3	18		34.000
Gruppe 4	18		34.000
Gruppe 5 (lavest)	19		9.100
Bolig			
Ejer	16		91.000
Lejer	21		38.000
Samlivssituation			
Alene	19		39.000
Gift/samlevende	17		91.000
Børn i hjemmet 0-15 år			
Ingen børn	17		98.000
Børn	20		32.000
Arbejde (25-64 år)			
I arbejde	17		76.000
Ikke i arbejde	21		28.000

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

Fysisk inaktivitet - køn, alder og sociale forhold

Som det fremgår af figur 4.6, er 18 % af befolkningen, svarende til 132.000 personer, fysisk aktive højst én dag om ugen, hvilket betyder, at de er fysisk inaktive. Fysisk inaktivitet er mest udbredt blandt personer med lavt uddannelsesniveau.

Køn. Der er ingen forskel mellem mænd og kvinder med hensyn til andelen af fysisk inaktive.

Alder. Andelen af fysisk inaktive er større blandt 35-44-årige og 75-79-årige end i befolkningen som helhed.

Uddannelsesniveau. Andelen af fysisk inaktive er større for personer med et lavt uddannelsesniveau end i hele befolkningen.

Sociogeografisk gruppe. En mindre andel i gruppe 1 er fysisk inaktive end i hele befolkningen.

Bolig. Der er en større andel i lejeboliger end i ejerboliger, som er fysisk inaktive.

Samlivssituation. En større andel af personer, der bor alene, er fysisk inaktive i sammenligning med gifte eller samlevende.

Børn i hjemmet. En større andel af personer med hjemmeboende børn er fysisk inaktive i sammenligning med personer, der ikke har hjemmeboende børn.

Arbejde. En større andel af de personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), som ikke er i arbejde, er fysisk inaktive sammenlignet med personer i arbejde.

Der er en signifikant større andel, der er fysisk inaktive end i hele befolkningen blandt:

- 35-44- og 75-79-årige
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der bor alene
- Personer, der har hjemmeboende børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke er i arbejde

► **2006-2013.** Der ses et fald i andelen af fysisk inaktive. Faldet ses både hos mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper og alle uddannelsesniveauer. Se figur 4.7.S i bind 2. ◀

► **2010-2013.** I perioden er der overordnet set kun sket små forskydninger i andelen af fysisk inaktive, hvoraf disse i overvejende grad er stigninger blandt kvinder, 45-54-årige, 65-74-årige samt lavtuddannede. Se figur 4.7.S i bind 2. ◀

FIGUR 4.7

Hvor mange dyrker ikke idræt eller motion og/eller er stillesiddende i fritiden? - køn, alder og sociale forhold

	Ingen idræt eller motion i fritiden	Stillesiddende i fritiden	Ingen idræt eller motion	Stille- siddende
	Pct	Pct	Personer	Personer
Alle	46 	15 	342.000	112.000
Køn				
Mand	49 	15 	184.000	57.000
Kvinde	43 	15 	157.000	55.000
Alder				
25-34	38 	13 	47.000	15.000
35-44	39 	16 	60.000	24.000
45-54	45 	14 	73.000	22.000
55-64	52 	14 	78.000	21.000
65-74	51 	16 	62.000	19.000
75-79	58 	27 	21.000	9.500
Uddannelsesniveau				
Lavt	62 	23 	74.000	27.000
Middel	47 	14 	181.000	54.000
Højt	34 	12 	80.000	27.000
Sociogeografisk gruppe				
Gruppe 1 (højest)	37 	11 	43.000	12.000
Gruppe 2	44 	14 	93.000	30.000
Gruppe 3	49 	16 	90.000	29.000
Gruppe 4	49 	17 	92.000	31.000
Gruppe 5 (lavest)	51 	21 	25.000	10.000
Bolig				
Ejer	44 	13 	244.000	71.000
Lejer	50 	21 	91.000	38.000
Samlivssituation				
Alene	48 	19 	99.000	39.000
Gift/samlevende	45 	13 	238.000	71.000
Børn i hjemmet 0-15 år				
Ingen børn	47 	15 	273.000	88.000
Børn	40 	14 	64.000	22.000
Arbejde (25-64 år)				
I arbejde	41 	12 	186.000	56.000
Ikke i arbejde	53 	20 	68.000	26.000

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

Dyrker ikke idræt eller motion og/eller er stillesiddende i fritiden - køn, alder og sociale forhold

Som det fremgår af figur 4.7, er der 46 %, der ikke dyrker idræt eller andre aktiviteter i fritiden, der giver motion, hvilket svarer til omtrent 342.000 personer. 15 %, svarende til cirka 112.000 personer, er stillesiddende i fritiden.

Jo højere alder og jo lavere uddannelsesniveau, desto større er andelen, der ikke bruger fritiden på idræt eller andre aktiviteter, der giver motion. Andelen, der er stillesiddende i fritiden øges med faldende uddannelsesniveau og fra gruppe 1 til 5 i den sociogeografiske opdeling.

Køn. Flere mænd end kvinder dyrker ikke idræt eller motion i fritiden. Lige mange mænd og kvinder er stillesiddende i fritiden.

Alder. Andelen, der ikke dyrker idræt eller motion i fritiden, stiger med alderen. Der er en større andel blandt de 55-79-årige end i hele befolkningen, der ikke dyrker idræt eller motion i fritiden. Der er en større andel blandt de 75-79-årige end i befolkningen som helhed, som har en stillesiddende fritid.

Uddannelsesniveau. Jo lavere uddannelsesniveau, jo større er andelen, der ikke dyrker idræt eller motion i fritiden. Blandt de lavtuddannede er der en større andel med en stillesiddende fritid end i hele befolkningen.

Sociogeografisk gruppe. Andelen, der ikke dyrker motion eller idræt, øges fra gruppe 1 til gruppe 5. Andelen i gruppe 4 og 5, der er stillesiddende i fritiden, er større end i hele befolkningen.

Bolig. Der er en større andel i lejeboliger end i ejerboliger, som ikke dyrker motion eller idræt i fritiden og som er stillesiddende i fritiden.

Samlivssituation. Der er en større andel blandt personer, der bor alene, som ikke dyrker motion eller idræt i fritiden, og som er stillesiddende i fritiden.

Børn i hjemmet. En større andel uden hjemmeboende børn end med hjemmeboende børn dyrker ikke motion eller idræt i fritiden og er stillesiddende i fritiden.

Arbejde. En større andel af personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), som ikke er i arbejde, dyrker ikke motion eller idræt og er stillesiddende i fritiden sammenlignet med personer i arbejde.

Der er en signifikant større andel, der ikke dyrker idræt eller motion i fritiden end i hele befolkningen blandt:

- Mænd
- 55-79-årige
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Sociogeografisk gruppe 3, 4 og 5
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der bor alene
- Personer, der ikke har hjemmeboende børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke er i arbejde

Der er en signifikant større andel, der er stillesiddende i fritiden end i hele befolkningen blandt:

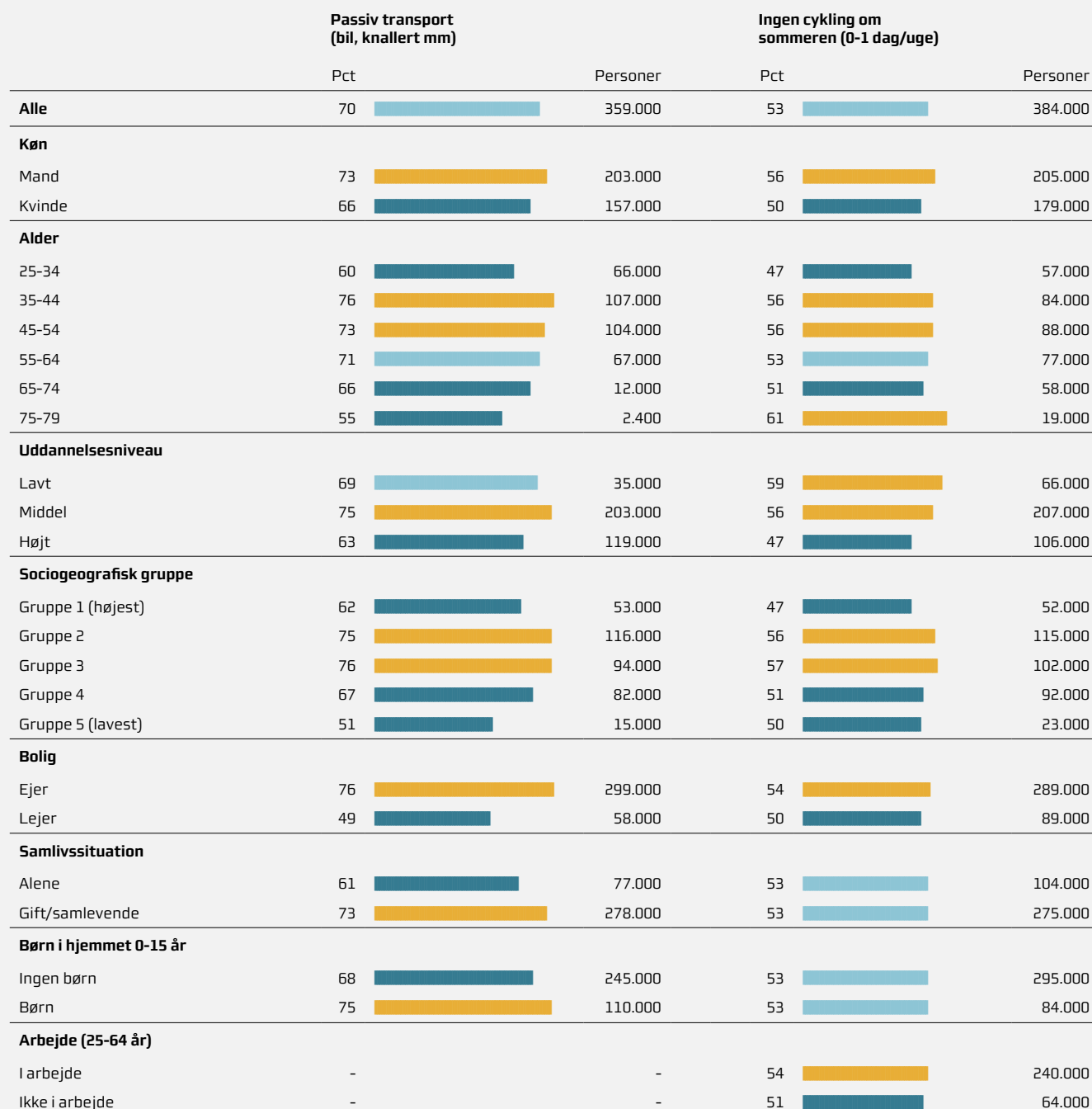
- 75-79-årige
- Personer med et lavt uddannelsesniveau
- Sociogeografisk gruppe 4 og 5
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der bor alene
- Personer, der ikke har hjemmeboende børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke er i arbejde

► **2006-2013.** Der er i perioden sket et betragteligt fald i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden form for motion i fritiden. Faldet ses for begge køn, alle aldersgrupper og alle uddannelsesniveauer. Se [figur 4.8.S i bind 2](#). ◀

► **2010-2013.** Der er sket et mindre fald i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden form for motion i fritiden. Faldet ses hos mænd, samt blandt 35-44-årige. Se [figur 4.8.S i bind 2](#). Der ses næsten ingen ændringer i andelen, der er stillesiddende i fritiden, dog er der små fald blandt 25-34-årige, samt 75-79-årige. Se [figur 4.9.S i bind 2](#). ◀

FIGUR 4.8

Hvor mange transporterer sig passivt til arbejde eller uddannelse, og hvor mange cykler sjældent? - køn, alder og sociale forhold



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

Transporterer sig passivt til arbejde eller uddannelse og/eller cykler sjældent - køn, alder og uddannelse

Figur 4.8 viser, at 70 %, svarende til cirka 359.000 personer, benytter bil eller lignende (ikke offentlig transport) som vigtigste transportmiddel til og fra arbejde eller uddannelse. Samtidig er der 53 %, der ikke cykler dagligt om sommeren, hvilket svarer til omtrent 384.000 personer i Region Midtjylland. Der er 77 %, som ikke cykler dagligt om vinteren, svarende til 559.000 personer i Region Midtjylland (ikke vist).

Der er store forskelle i forhold til passiv transport og cykling på tværs af forskellige grupper. Mænd, 35-54-årige samt personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau vælger oftere passive transportformer og cykler sjældnere end befolkningen som helhed.

Køn. Flere mænd end kvinder benytter passiv transport og cykler sjældent.

Alder. En større andel benytter passiv transport blandt de 35-54-årige end i hele befolkningen og andelen, der sjældent cykler om sommeren, er større blandt de 35-54-årige og 75-79-årige end i befolkningen som helhed.

Uddannelsesniveau. Passiv transport vælges af en større andel med middelhøjt uddannelsesniveau og af en mindre andel med højt uddannelsesniveau sammenlignet med hele befolkningen. Desuden er der en større andel med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau, der cykler sjældent.

Sociogeografisk gruppe. Flere vælger passiv transport og cykler sjældent i gruppe 2 og 3 sammenlignet med hele befolkningen.

Bolig. En større andel i ejerboliger end i lejeboliger vælger passiv transport og cykler sjældent.

Samlivssituation. En større andel vælger passiv transport blandt personer, der er gift eller samlevende i sammenligning med personer, der bor alene. I forhold til cykling er der ingen forskel mellem, hvorvidt man bor alene eller er samlevende.

Børn i hjemmet. En større andel blandt personer med hjemmeboende børn vælger passiv transport sammenholdt med personer uden hjemmeboende børn. I forhold til cykling er der ingen forskel mellem, hvorvidt der er børn i hjemmet eller ej.

Arbejde. Blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der er i arbejde, er der en større andel, der sjældent cykler, i forhold til personer, der ikke er i arbejde.

Der er en signifikant større andel end i hele befolkningen, der transporterer sig passivt til arbejde eller uddannelse, blandt:

- Mænd
- 35-54-årige
- Personer med middelhøjt uddannelsesniveau
- Sociogeografisk gruppe 2 og 3
- Personer, der bor i ejerbolig
- Personer, der er gift eller samlevende
- Personer, der har hjemmeboende børn

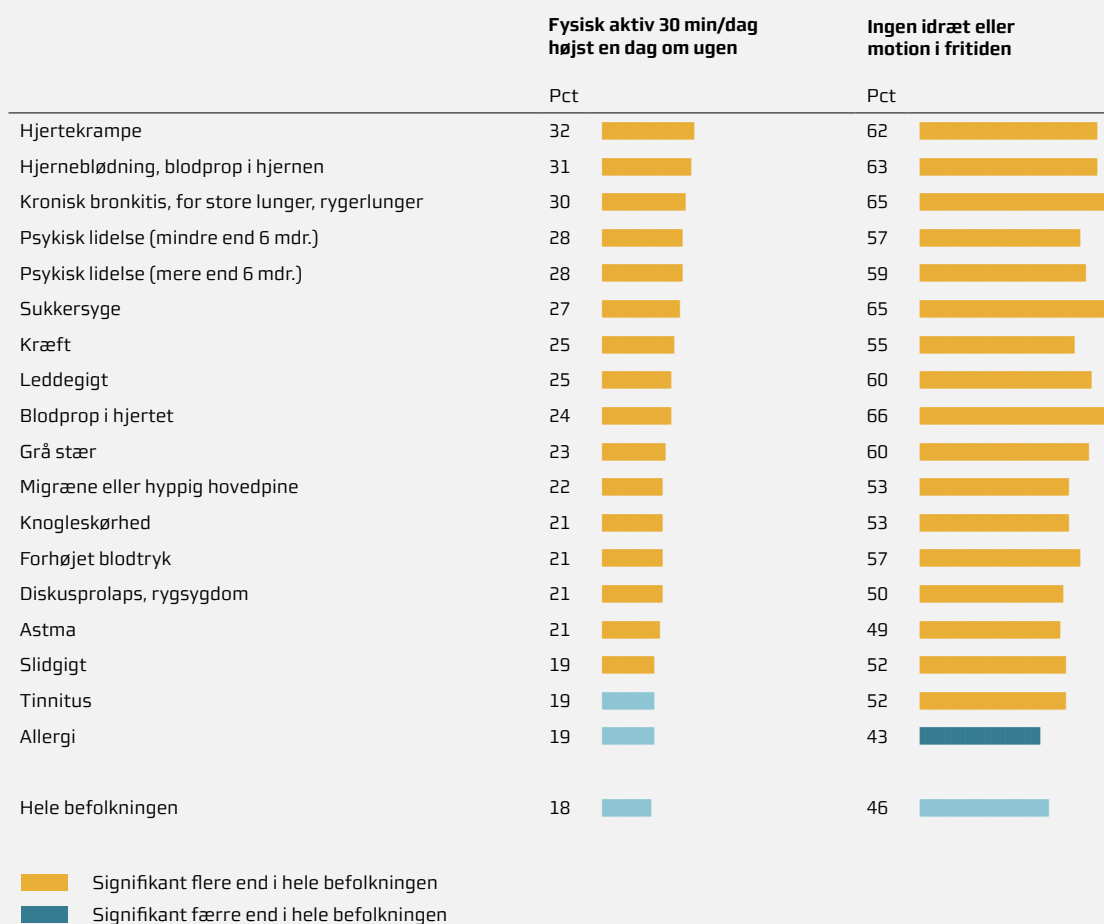
Der er en signifikant større andel end i hele befolkningen, der sjældent cykler, blandt:

- Mænd
- 35-54-årige og 75-79-årige
- Personer med et lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Sociogeografisk gruppe 2 og 3
- Personer, der bor i ejerbolig
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der er i arbejde

► **2010-2013.** Overordnet set er der sket en lille stigning i andelen, der benytter passiv transport til arbejde eller uddannelse. Stigningen ses blandt kvinder, personer over 34 år, samt blandt personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau. Se [figur 4.10.S i bind 2](#). ◀

FIGUR 4.9

Hvor mange er fysisk inaktive, dyrker ikke idræt eller motion i fritiden og/eller er stillesiddende i fritiden?
- kroniske sygdomme



Fysisk inaktivitet – kroniske sygdomme

Figur 4.9 viser andelen af fysisk inaktive blandt personer med kronisk sygdom opgjort på tre måder (fysisk aktiv 30 minutter om dagen højst en dag om ugen, ingen idræt eller motion i fritiden samt stillesiddende i fritiden).

For næsten alle sygdomsgrupper gælder det, at der er en større andel af fysisk inaktive på alle tre områder end i befolkningen som helhed. Andelen, der højst en gang om ugen er fysisk aktiv i 30 minutter eller mere, varierer fra 19 % blandt personer med allergi, tinnitus og slidgigt til 32 % blandt personer med hjertekrampe. Andelen der ikke dyrker idræt eller motion i fritiden varierer fra 43 %

ved allergi til 66 % ved blodprop i hjertet. Stillesiddende fritid varierer fra 15 % hos personer med allergi til 35 % hos personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen.

► **2006-2013.** Der er sket et fald i andelen, der er fysisk inaktive blandt personer med gråstær, sukkersyge, tinnitus, kronisk bronkitis/for store lunger/rygerlunger, forhøjet blodtryk, migræne/hyppig hovedpine, slidgigt/leddegigt, allergi, diskusprolaps/andre rygsygdomme, knogleskørhed og astma. Se [figur 4.11.S i bind 2](#).

► **2010-2013.** Der er i perioden sket en stigning i andelen af fysisk inaktive blandt personer med kræft, tinnitus og forhøjet blodtryk. Se [figur 4.11.S i bind 2](#).

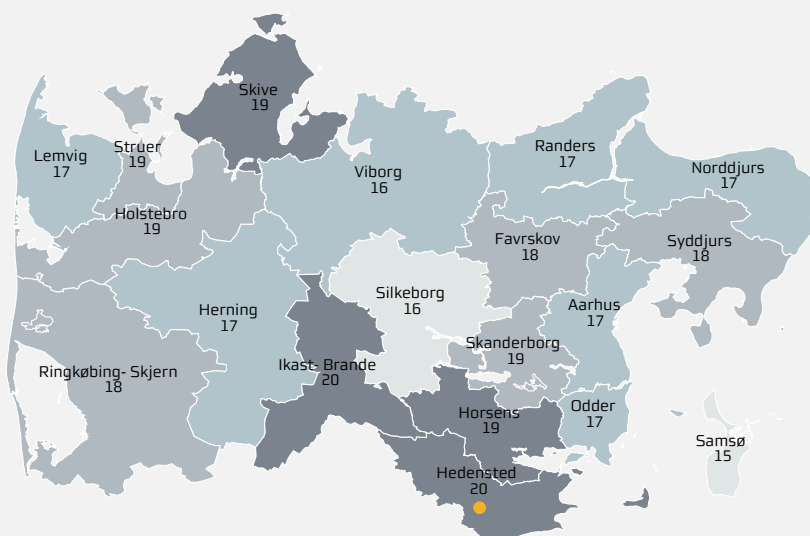
Stillesiddende i fritiden	Fysisk aktiv 30 min/dag højst en dag om ugen	Ingen idræt eller motion i fritiden	Stillesiddende i fritiden
Pct	Personer	Personer	Personer
28 	4.000	7.700	3.400
35 	3.200	6.400	3.500
31 	9.400	21.000	9.700
25 	11.000	22.000	9.500
27 	16.000	33.000	15.000
29 	11.000	26.000	12.000
22 	5.400	12.000	4.700
24 	10.000	25.000	9.600
30 	2.000	5.600	2.400
25 	6.000	16.000	6.500
20 	22.000	54.000	20.000
24 	5.500	14.000	6.300
21 	31.000	82.000	29.000
19 	21.000	49.000	18.000
20 	10.000	24.000	9.600
18 	28.000	78.000	26.000
17 	17.000	46.000	15.000
15 	27.000	62.000	21.000
15 	132.000	342.000	112.000

FIGUR 4.10

Fysisk aktivitet mindst 30 minutter om dagen højst én dag om ugen (fysisk inaktivitet) - kommuner

	Pct		Personer
Hedensted	20		5.600
Ikast-Brande	20		4.800
Horsens	19		9.400
Skive	19		5.600
Struer	19		2.600
Skanderborg	19		6.500
Holstebro	19		6.400
Syddjurs	18		4.800
Favrskov	18		5.100
Ringkøbing-Skjern	18		6.100
Herning	17		8.900
Randers	17		10.000
Odder	17		2.300
Aarhus	17		30.000
Norddjurs	17		4.000
Lemvig	17		2.100
Viborg	16		9.100
Silkeborg	16		8.400
Samsø	15		400
Region Midtjylland	18		132.000

 Signifikant flere end i hele befolkningen



Fysisk aktivitet mindst 30 minutter om dagen højst én dag om ugen - kommuner

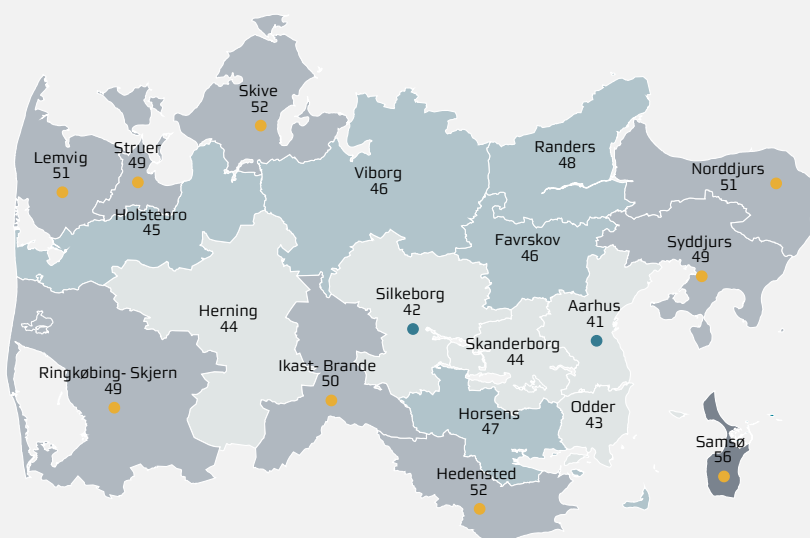
Figur 4.10 viser, at der kun er mindre forskelle mellem kommunerne med hensyn til andelen af fysisk inaktive. Hedensted har som den eneste kommune en signifikant større andel af fysisk inaktive personer end regionen som helhed.

► **2006-2013.** Der er sket et fald i andelen, der er fysisk inaktive i Syddjurs, Horsens, Struer, Ikast-Brande, Odder, Skanderborg, Ringkøbing-Skjern, Aarhus, Herning, Randers, Norddjurs, Favrskov, Viborg, Silkeborg og Lemvig, jævnfør [figur 4.12.S i bind 2](#). ◀

► **2010-2013.** Der er ikke sket ændringer i andelen af fysisk inaktive i perioden. Se [figur 4.12.S i bind 2](#). ◀

FIGUR 4.11

Hvor mange dyrker ikke idræt eller motion og/eller er stillesiddende i fritiden? - kommuner



Bemærk: Kortet viser andelen, der ikke dyrker idræt eller deltager i andre aktiviteter i fritiden, der giver motion

Dyrker ikke idræt eller motion og/eller er stillesiddende i fritiden - kommuner

Af figur 4.11 fremgår det, at 46 % ikke dyrker idræt eller deltager regelmæssigt i andre aktiviteter i fritiden, der giver motion, hvilket svarer til omtrent 342.000 personer i Region Midtjylland. Samtidig viser figuren, at 15 %, svarende til cirka 112.000 personer, overvejende har en stillesiddende adfærd i fritiden.

Andelen, der ikke dyrker idræt eller anden motion i fritiden, varierer fra 41 % i Aarhus til 56 % på Samsø. Stillesiddende adfærd i fritiden varierer fra 12 % i Silkeborg til 18 % i Skive.

Der er en større andel personer, der ikke dyrker idræt eller deltager i andre aktiviteter i fritiden, der giver motion i følgende kommuner:

- Samsø
- Hedensted
- Skive
- Lemvig
- Norddjurs
- Ikast-Brande
- Ringkøbing-Skjern
- Struer
- Syddjurs

Der er en større andel personer, der har en stillesiddende adfærd i fritiden i en enkelt kommune:

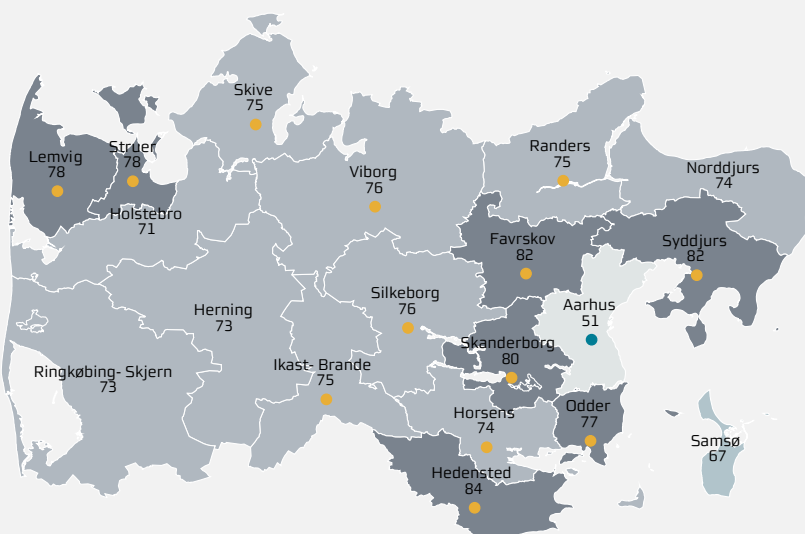
- Skive

► **2006-2013.** Der er sket et væsentligt fald i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden form for motion i alle kommuner på nær én. Se [figur 4.13.S i bind 2](#). ◀

► **2010-2013.** Der er sket et mindre fald i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden form for motion i Silkeborg, jævnfør [figur 4.13.S i bind 2](#). Der er ikke sket ændringer i andelen, der er stillesiddende i fritiden i perioden, jævnfør [figur 4.14.S i bind 2](#). ◀

FIGUR 4.12

Hvor mange transporterer sig passivt til arbejde eller uddannelse og hvor mange cykler sjældent? - kommuner



Bemærk: Kortet viser andelen, der fortrinsvis benytter passiv transport til og fra arbejde eller uddannelse

Hvor mange transporterer sig passivt til arbejde eller uddannelse og hvor mange cykler sjældent? - kommuner

Af figur 4.13 fremgår det, at der er betragtelige forskelle mellem kommunerne, både med hensyn til brug af passiv transport til og fra arbejde og uddannelse og brug af cykel. Andelen, der benytter passiv transport, varierer fra 51 % i Aarhus til 84 % i Hedensted. Andelen, der ikke bruger cyklen til og fra daglige gøremål, varierer fra 46 % i Aarhus til 64 % i Syddjurs.

Hovedparten af kommunerne har en højere andel, der benytter passiv transport, end i regionen som helhed. Dette skyldes, at andelen er markant lavere i Aarhus, hvilket trækker det samlede gennemsnit ned.

Afstand til arbejde eller uddannelse er vigtig for valg af transportmiddel. Den gennemsnitlige afstand til arbejde eller uddannelse i Region Midtjylland er 20 km (ikke vist). Borgere i Syddjurs, Favrskov, Randers og Skanderborg har alle gennemsnitlige afstande til arbejde eller uddannelse, der er højere end i regionen som helhed, mens man i Samsø, Aarhus og Ringkøbing-Skjern ligger under gennemsnittet. 33 % har 0-5 km, 15 % har 5-10 km og 51 % har mere end 10 km til arbejde eller uddannelse.

Der er en større andel personer, der benytter passiv transport til og fra arbejde eller uddannelse i følgende kommuner:

- Hedensted
- Syddjurs
- Favrskov
- Skanderborg
- Struer
- Lemvig
- Odder
- Silkeborg
- Viborg
- Skive
- Randers
- Ikast-Brandø
- Horsens

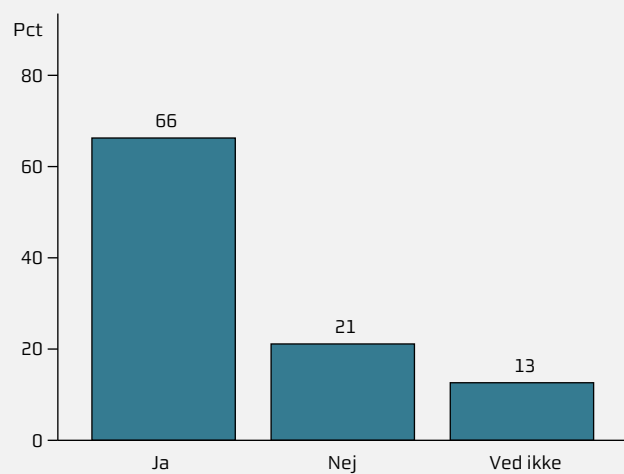
Der er en større andel personer, der aldrig eller sjældent cykler til og fra daglige gøremål i følgende kommuner:

- Hedensted
- Syddjurs
- Favrskov
- Skanderborg
- Struer
- Lemvig
- Viborg (kun sommer)
- Skive (kun vinter)
- Randers

► **2010-2013.** I Struer og Syddjurs er der sket en stigning i andelen, der benytter sig af passiv transport til og fra arbejde, jævnfør figur 4.15.S i bind 2. ◀

FIGUR 4.13

Hvor mange vil gerne være mere fysisk aktive?



Hvor mange vil gerne være mere fysisk aktive?

Mange borgere vil gerne øge deres fysiske aktivitetsniveau. Figur 4.13 viser hvor mange, der gerne vil være mere fysisk aktive. 66 % af befolkningen ønsker at være mere fysisk aktive, mens 21 % ikke ønsker at være mere fysisk aktive og 13 % er uafklarede.

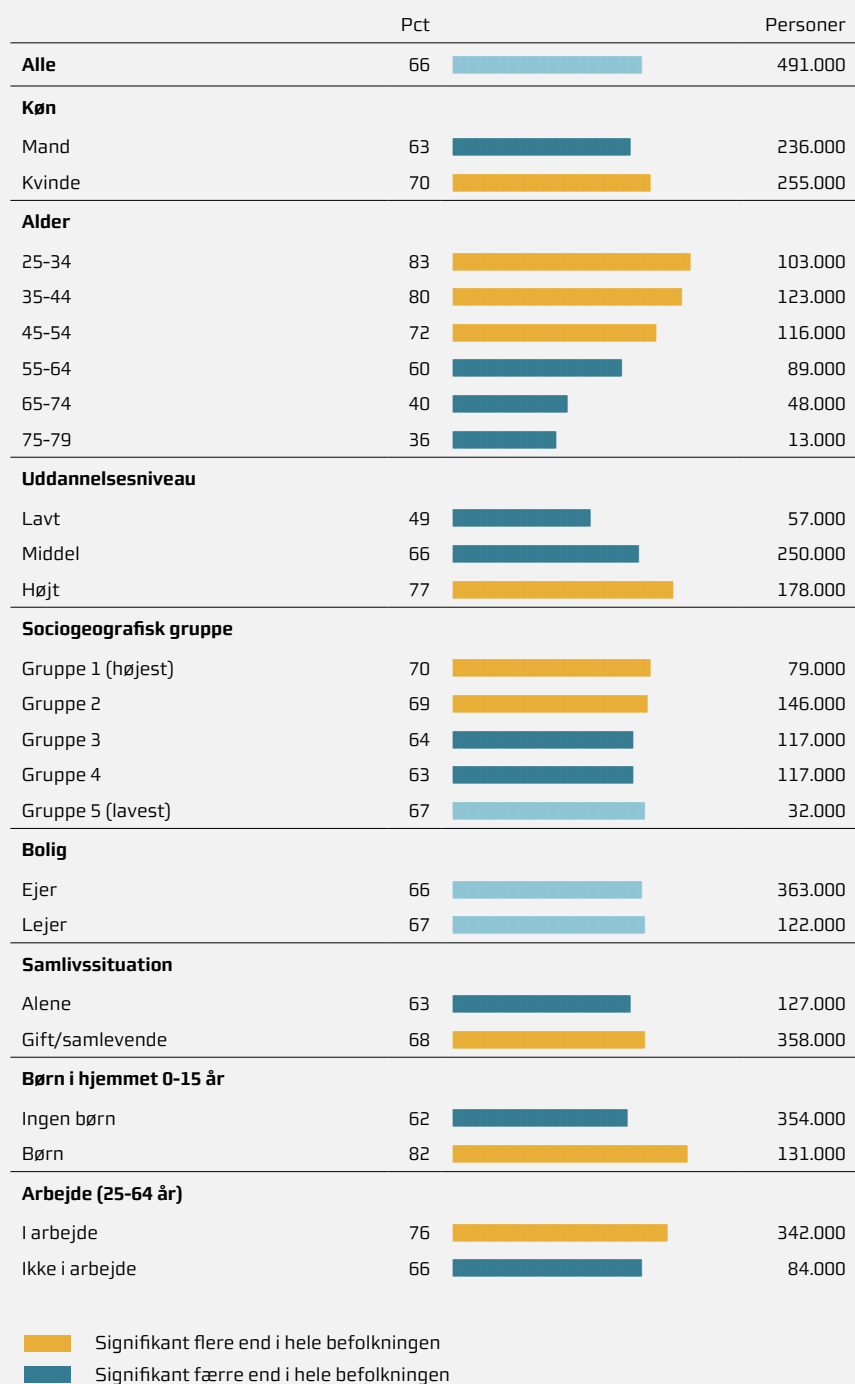
Der er et udtalt ønske om at være mere fysisk aktiv blandt de fysisk inaktive. Motivationen er således den samme eller større i sammenligning med hele befolkningen (ikke vist).

► **2006-2013.** I perioden er der sket en lille stigning i andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive, jævnfør [figur 4.16.S i bind 2](#). Denne stigning ses ligeledes blandt personer, der er fysisk inaktive, se [figur 4.17.S i bind 2](#). ◀

► **2010-2013.** Der er i denne periode sket et lille fald i andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive, jævnfør [figur 4.16.S i bind 2](#). Dette fald ses også blandt de fysisk inaktive, se [figur 4.17.S i bind 2](#). ◀

FIGUR 4.14

Hvor mange vil være mere fysisk aktive? - køn, alder og sociale forhold



Ønske om at være mere fysisk aktiv - køn, alder og sociale forhold

Det fremgår af figur 4.14, at der er flere kvinder, personer mellem 25 og 54 år, personer med højt uddannelsesniveau samt personer i sociogeografisk gruppe 1 og 2, som ønsker at være mere fysisk aktive end i befolkningen som helhed. På trods af forskelle i motivation mellem grupperne er der i alle grupper mange, der gerne vil være mere fysisk aktive. Dette er et godt udgangspunkt for fremme af den fysiske aktivitet i befolkningen.

Køn. En større andel kvinder end mænd ønsker at være mere fysisk aktive.

Alder. Med stigende alder er der en faldende andel, som ønsker at være mere fysisk aktive. Der er en større andel blandt de 25-54-årige, der ønsker at være mere fysisk aktive, end i hele befolkningen.

Uddannelsesniveau. Jo højere uddannelsesniveau, jo større andel er der, som ønsker at være mere fysisk aktive.

Sociogeografisk gruppe. Der er en større andel i gruppe 1 og 2, samt en mindre andel i gruppe 3 og 4, der ønsker at være mere fysisk aktive, end i befolkningen som helhed.

Bolig. Der er ingen forskel i andelen, der ønsker at være mere fysisk aktiv, i sammenligning mellem de, der bor i ejerboliger, og de, der bor i lejeboliger.

Samliv. En større andel blandt personer, der er gift eller samlevende, ønsker at være fysisk aktive sammenlignet med personer, der bor alene.

Børn. Der er en større andel af personer med hjemmeboende børn, der ønsker at være mere fysisk aktive, sammenlignet med personer, der ikke har hjemmeboende børn.

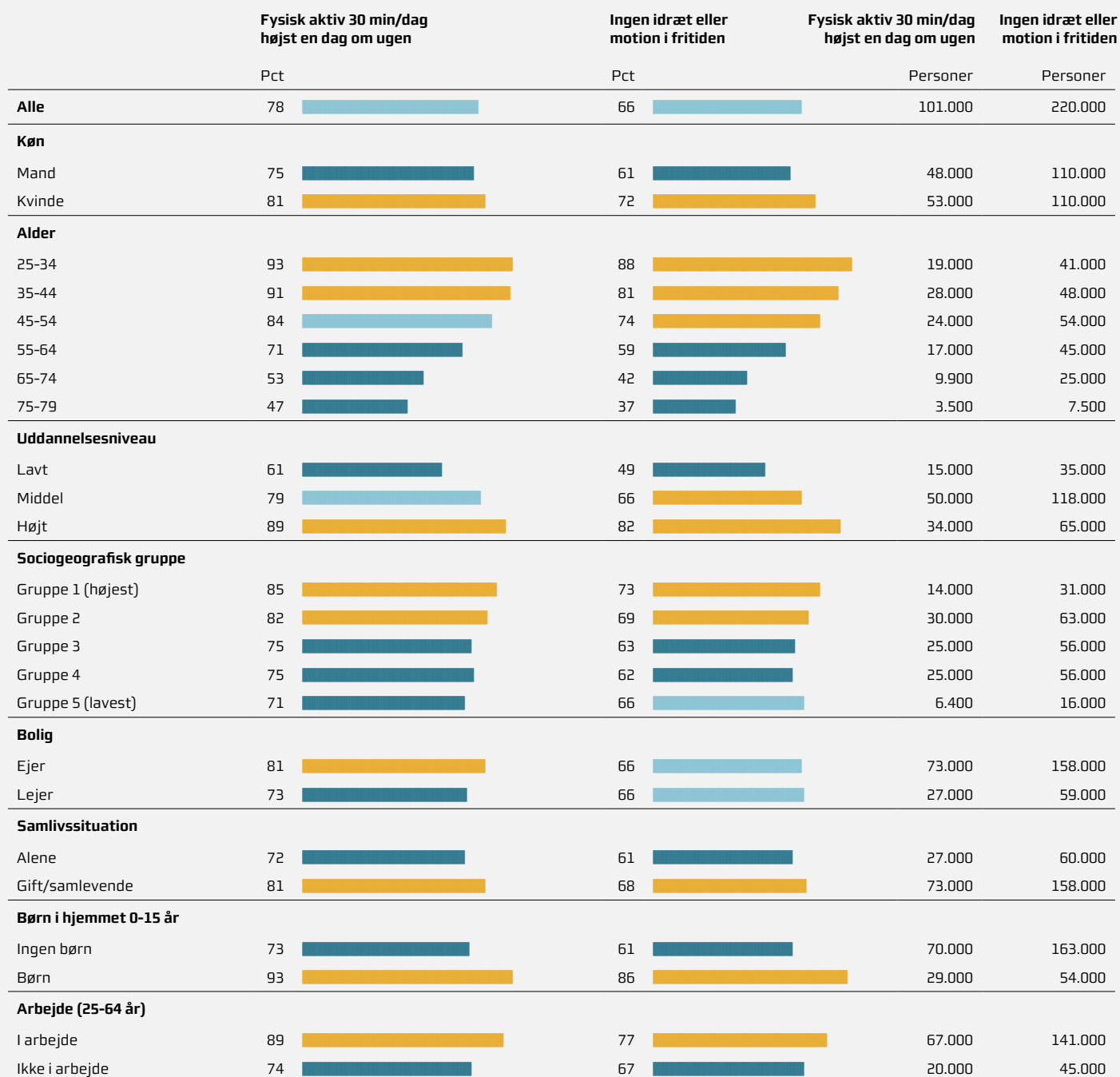
Arbejde. En større andel i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der er i arbejde, ønsker at være fysisk aktive sammenlignet med personer uden for arbejdsmarkedet.

Der er signifikant flere end i hele befolkningen, der ønsker at være mere fysisk aktive blandt:

- Kvinder
- 25-54-årige
- Personer med et højt uddannelsesniveau
- Sociogeografisk gruppe 1 og 2
- Personer, der er gift eller samlevende
- Personer med hjemmeboende børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der er i arbejde

FIGUR 4.15

Hvor mange vil være mere fysisk aktive blandt de inaktive? - køn, alder og sociale forhold



 Signifikant flere end blandt alle fysisk inaktive

 Signifikant færre end blandt alle fysisk inaktive

Ønske om at være mere fysisk aktiv blandt de inaktive - køn, alder og sociale forhold

Figur 4.15 viser andelen af de fysisk inaktive, der ønsker at være mere fysisk aktiv.

Der er generelt mange af de fysisk inaktive, der ønsker at være mere aktive. Andelen er særlig høj blandt kvinder, yngre personer, personer med højt uddannelsesniveau, personer bosiddende i sociogeografisk gruppe 1 og 2 områder, gifte eller samlevende, personer med børn i hjemmet og personer i arbejde.

Køn. Flere fysisk inaktive kvinder end mænd ønsker at være mere aktive.

Alder. Med stigende alder falder andelen af fysisk inaktive personer, der ønsker at være mere aktive. En større andel af de inaktive 25-44-årige ønsker at være mere fysisk aktive i sammenligning med alle fysisk inaktive. En større andel af de 25-54-årige, der ikke dyrker idræt eller motion i fritiden ønsker at være mere fysisk aktive i sammenligning med alle, der ikke dyrker idræt eller motion i fritiden.

Uddannelse. Med stigende uddannelsesniveau stiger andelen af fysisk inaktive, der ønsker at være mere aktive. En større andel af de højtuddannede end alle fysisk inaktive ønsker at være mere fysisk aktiv.

Sociogeografisk gruppe. Gruppe 1 og 2 skiller sig ud ved at have en større andel personer, der ønsker at være mere fysisk aktive i sammenligning med alle fysisk inaktive.

Bolig. For dem, der er fysisk aktive 30 minutter/dag højst én dag om ugen, er der en større andel personer, der bor i ejerboliger, der ønsker at være fysisk aktive i sammenligning med personer, der bor i lejerbolig. Der er ingen forskel mellem at bo i ejer- og lejerbolig i forhold til idræt eller motion i fritiden.

Samliv. Der er en større andel af de fysisk inaktive, som gerne vil være mere aktive, blandt gifte og samlevende end blandt personer, der bor alene.

Børn. Der er en større andel af de fysisk inaktive med hjemmeboende børn, der ønsker at være mere fysisk aktive, i forhold til personer uden hjemmeboende børn.

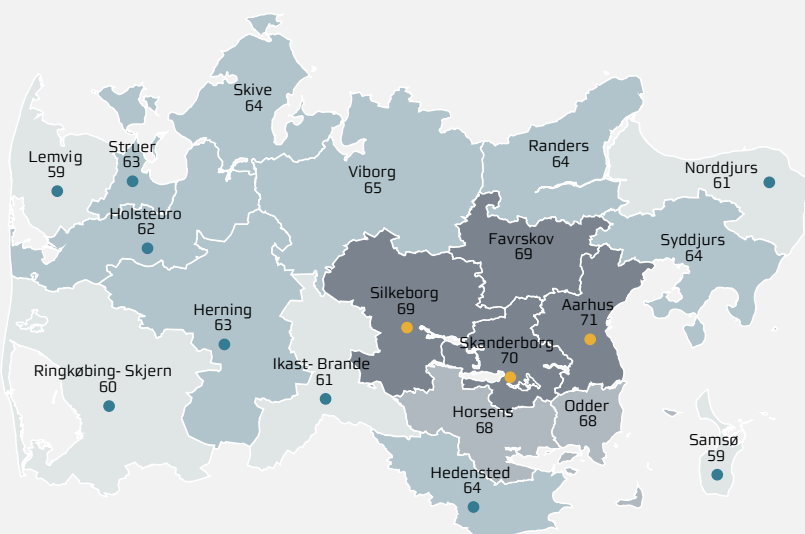
Arbejdssituation. Flere af de fysisk inaktive, der er i arbejde, vil gerne være mere aktive end personer uden arbejde i den erhvervsaktive alder (25-64 år).

Der er en signifikant større andel fysisk inaktive personer, der ønsker at være mere aktive blandt:

- Kvinder
- 25-44-årige og 45-54-årige (kun for idræt/motion)
- Personer med et middel (kun for idræt/motion) og højt uddannelsesniveau
- Sociogeografisk gruppe 1 og 2
- Personer, der bor i ejerbolig (kun for 30 min/dag)
- Personer, der er gift eller samlevende
- Personer, der har hjemmeboende børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der er i arbejde

FIGUR 4.16

Hvor mange vil være mere fysisk aktive? - kommuner



Ønske om at være mere fysisk aktiv - kommuner

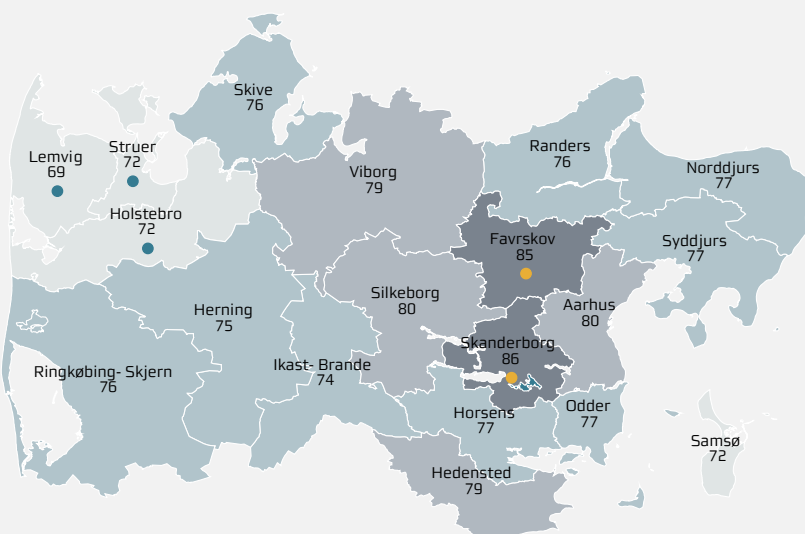
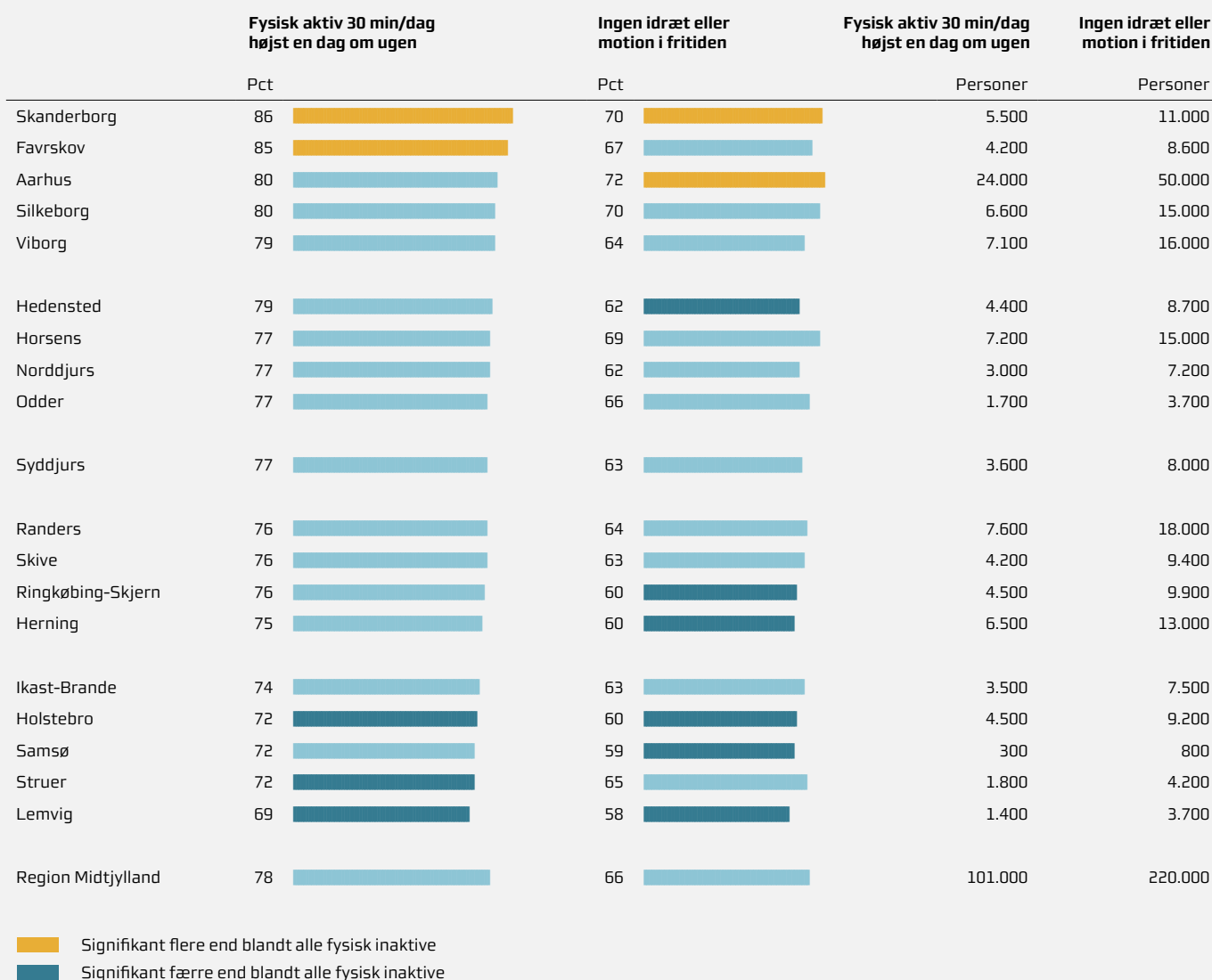
I alle kommuner, er der en stor andel af befolkningen, der ønsker at være mere fysisk aktiv, jævnfør figur 4.16. Det er 66 % i hele regionen, der ønsker at være mere fysisk aktive, svarende til 491.000 personer. Andelen, der ønsker at være mere fysisk aktiv, varierer fra 59 % i Lemvig og på Samsø til 71 % i Aarhus.

Der er en større andel, end i hele regionen, der ønsker at være mere fysisk aktive, i følgende kommuner:

- Aarhus
- Skanderborg
- Silkeborg

FIGUR 4.17

Hvor mange vil være mere fysisk aktive blandt de inaktive? - kommuner



Bemærk: Kortet viser andelen, der gerne vil være fysisk mere aktive blandt personer der er fysisk aktive 30 minutter/dag højest én dag om ugen

Ønske om at være mere fysisk aktiv blandt de inaktive - kommuner

Figur 4.17 viser andelen af de fysisk inaktive i hver kommune, der gerne vil være mere aktive.

Der er en signifikant større andel blandt de fysisk inaktive end i hele regionen, der ønsker at være mere fysisk aktive, i to kommuner:

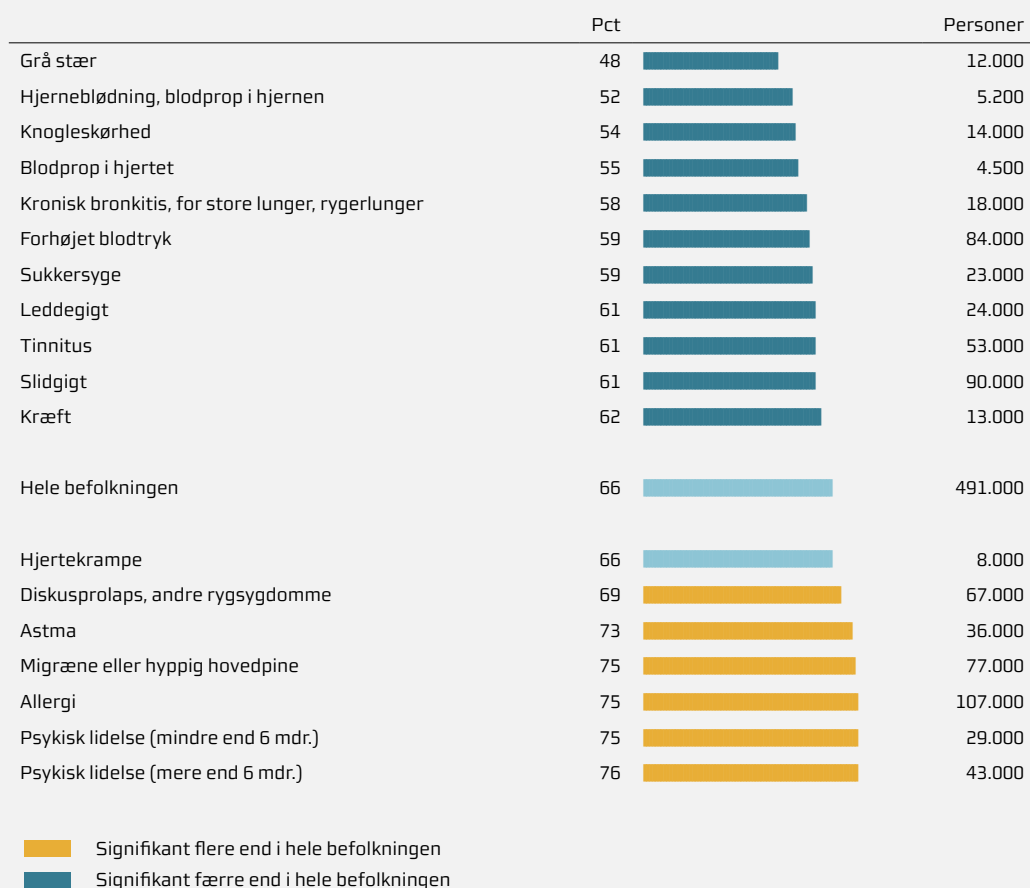
- Skanderborg
- Favrskov

Der er en signifikant større andel blandt de, der ikke dyrker idræt eller anden form for motion i fritiden, end i hele regionen, der ønsker at være mere fysisk aktive, i to kommuner:

- Skanderborg
- Aarhus

FIGUR 4.18

Hvor mange vil være mere fysisk aktive? - kroniske sygdomme



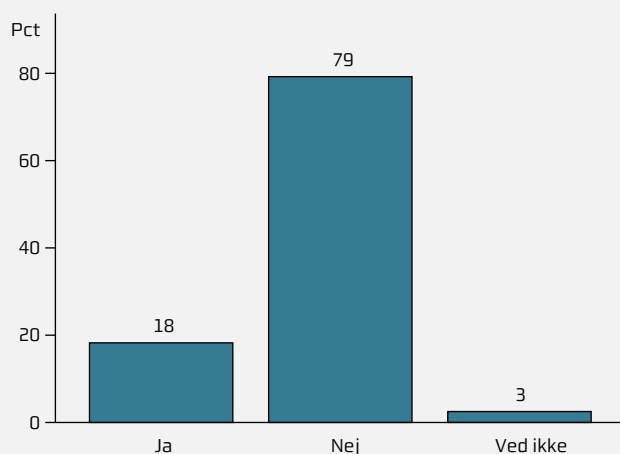
Ønske om at være mere fysisk aktiv – kroniske sygdomme

Der er generelt et udbredt ønske blandt personer med kroniske sygdomme om at være mere fysisk aktive. Der er imidlertid en betydelig variation mellem sygdomsgrupperne, jævnfør figur 4.18. Personer med følgende kroniske sygdomme er mere motiverede end befolkningen som helhed for at øge deres fysiske aktivitetsniveau:

- Kortere og længerevarende psykiske lidelser
- Allergi
- Migræne/hyppig hovedpine
- Astma
- Diskusprolaps/andre rygsygdomme

FIGUR 4.19

Råd fra egen læge om at dyrke motion de seneste 12 måneder



Rådgivning fra egen læge om at dyrke motion

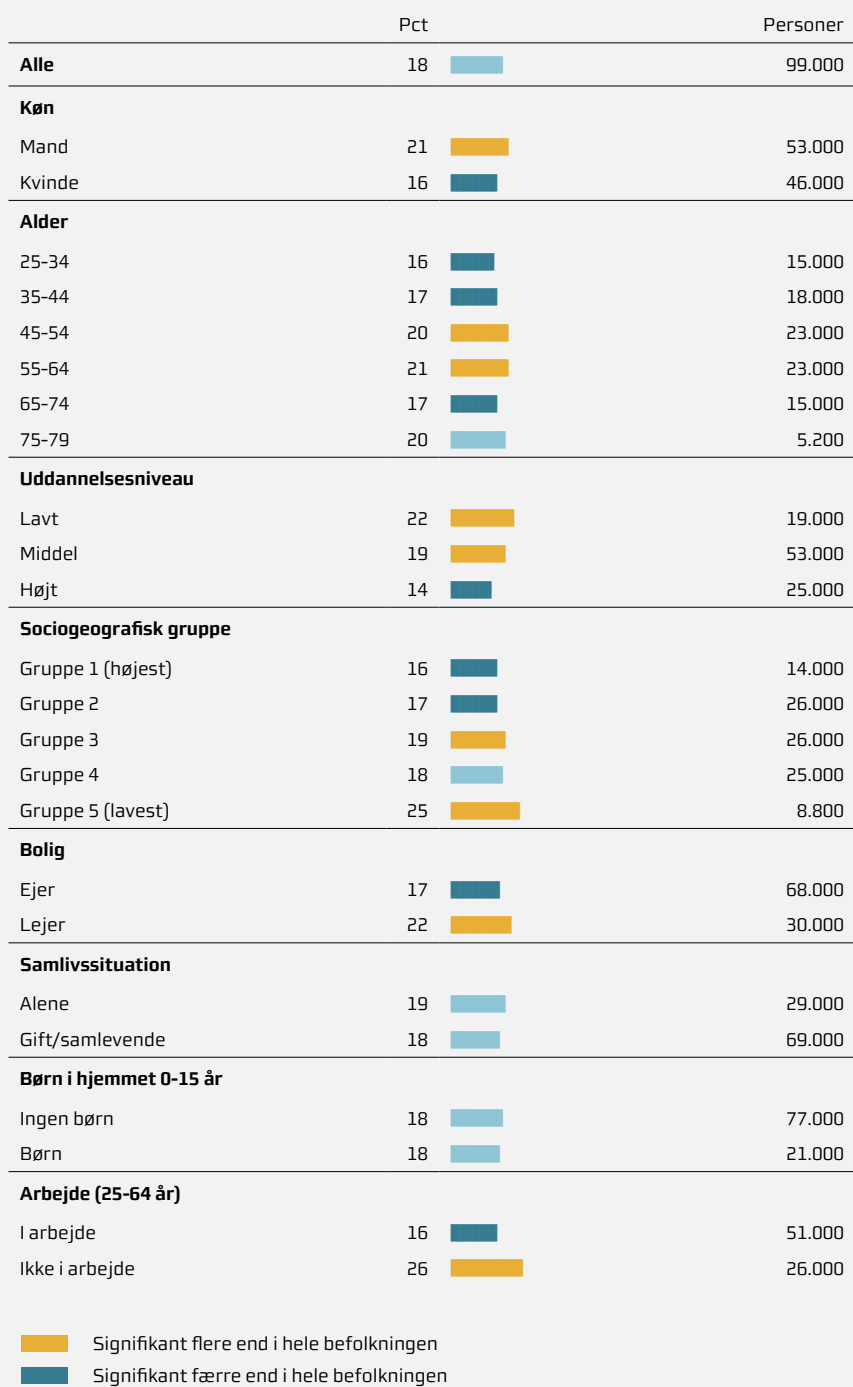
Figur 4.19 viser, hvor mange der af egen læge er blevet rådet til at dyrke motion inden for de seneste 12 måneder. 18 % har fået råd om at dyrke motion, 79 % har ikke fået råd om at dyrke motion og 3 % har svaret 'ved ikke'.

Blandt de fysisk inaktive er andelen, der har modtaget råd fra egen læge om at dyrke motion de seneste 12 måneder, den samme eller større i sammenligning med hele befolkningen (ikke vist).

► **2010-2013.** Der er ikke sket ændringer i andelen, der af egen læge er blevet rådet til at dyrke mere motion, jævnfør figur 4.18.5 og 4.19.5 i bind 2. ◀

FIGUR 4.20

Har din læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at dyrke motion? - køn, alder og sociale forhold



Rådgivning fra egen læge om at dyrke mere motion - køn, alder og sociale forhold

Figur 4.20 viser, at der er nogen variation i, hvem der har fået råd af egen læge om at dyrke motion.

Køn. Der er en større andel af mænd end kvinder, der har fået råd fra lægen om at dyrke motion.

Alder. Andelen, der har fået råd fra lægen om at dyrke motion, stiger fra de yngste og op til 64 år, hvorefter billedet er mindre entydigt. Færre blandt de 25-44-årige og 65-74-årige og flere blandt de 45-64-årige har fået råd om at dyrke motion af lægen end i hele befolkningen.

Uddannelse. Andelen, der har fået råd fra lægen om at dyrke motion, falder med stigende uddannelsesniveau. Der er en mindre andel, der har fået råd om motion, blandt personer med et højt uddannelsesniveau end i hele befolkningen.

Sociogeografisk gruppe. Andelen, der har fået råd fra lægen om at dyrke motion, stiger fra sociogeografisk gruppe 1 til 5. I gruppe 1 og 2 er der en mindre andel, og i gruppe 3 og 5 er der en større andel end i befolkningen som helhed, der har fået råd af lægen om at dyrke motion.

Bolig. En større andel af de personer, der bor i lejlighed har fået råd om at dyrke motion af egen læge i forhold til personer, der bor i ejerbolig.

Samliv. Gifte eller samlevende og personer, der bor alene, har i samme omfang modtaget råd om motion fra egen læge.

Børn. Personer, med og uden hjemmeboende børn har i samme omfang modtaget råd om motion fra egen læge.

Arbejdssituation. En større andel personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), som ikke er i arbejde, har fået råd om at dyrke motion af egen læge sammenlignet med personer, der er i arbejde.

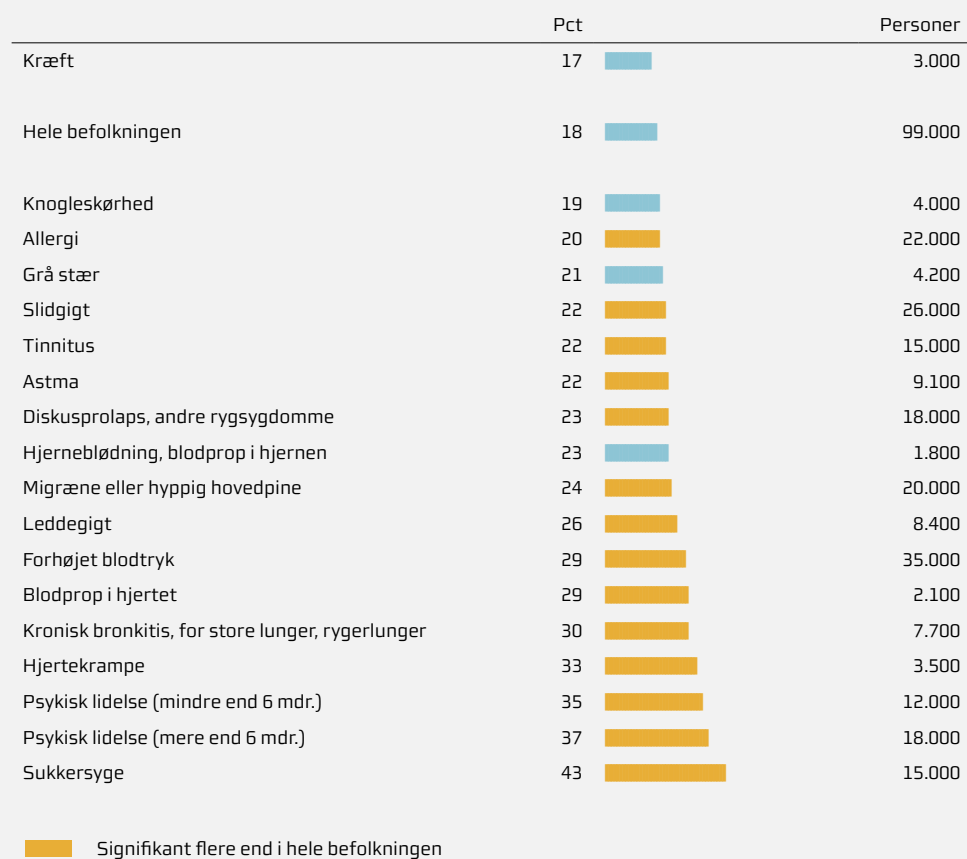
Der er en større andel end i hele regionen, der har modtaget råd fra egen læge om at være mere fysisk aktiv, blandt:

- Mænd
- 45-64-årige
- Personer med et lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau
- Sociogeografisk gruppe 3 og 5
- Personer, der bor i lejlighed
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke er i arbejde

De nævnte grupper er kendetegnet ved, at der er en stor andel fysisk inaktive på tværs af de forskellige mål for fysisk inaktivitet (jævnfør figur 4.7-4.9). Det tyder således på, at de praktiserende læger overvejende retter deres rådgivning om motion til grupper, hvor behovet er stort.

FIGUR 4.21

Har din egen læge i løbet af de senste 12 måneder rådet dig til at dyrke motion? - kroniske sygdomme



Rådgivning fra egen læge om at dyrke mere motion – kroniske sygdomme

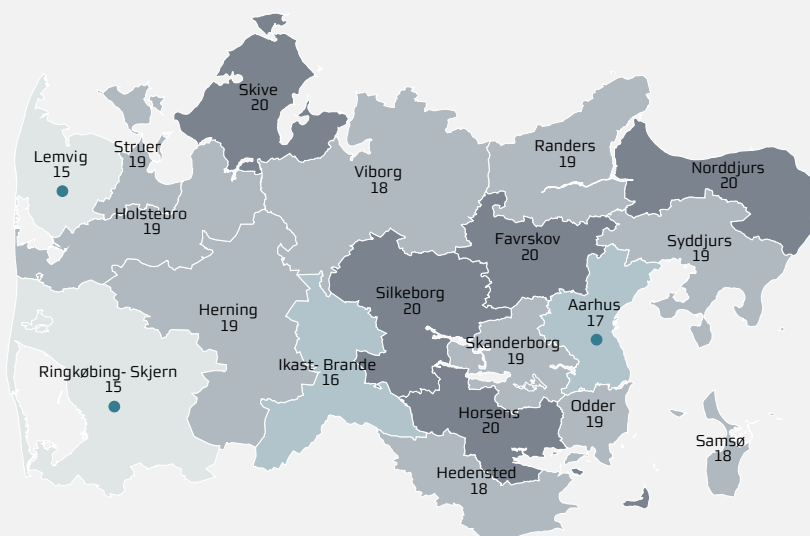
Figur 4.21 viser, at en større andel af personer med kroniske sygdomme har fået råd af egen læge om at dyrke motion sammenholdt med befolkningen som helhed. Der er imidlertid en betydelig variation i forhold til de enkelte sygdomme. Personer med hjertekrampe, psykiske lidelser og sukkersyge har i særlig stor udstrækning fået råd om motion fra egen læge.

FIGUR 4.22

Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at dyrke motion? - kommuner

	Pct		Personer
Norddjurs	20		3.300
Skive	20		4.100
Favrskov	20		4.000
Silkeborg	20		7.500
Horsens	20		7.100
Holstebro	19		4.600
Herning	19		7.100
Odder	19		1.800
Randers	19		8.300
Syddjurs	19		3.600
Skanderborg	19		5.000
Struer	19		1.800
Samsø	18		300
Viborg	18		7.600
Hedensted	18		3.600
Aarhus	17		21.000
Ikast-Brande	16		2.600
Ringkøbing-Skjern	15		3.700
Lemvig	15		1.300
Region Midtjylland	18		99.000

Signifikant færre end i hele befolkningen



Rådgivning fra egen læge om at dyrke motion - kommuner

Det fremgår af figur 4.22, at kun ganske få kommuner afviger fra regions gennemsnittet i forhold til rådgivning om motion fra den praktiserende læge. I Lemvig, Ringkøbing-Skjern og Aarhus har en lidt mindre andel af befolkningen end i regionen som helhed fået råd om motion fra egen læge det seneste år.

Sammenfatning

Formålet med kapitlet er at beskrive fysisk aktivitet med særligt fokus på fysisk inaktivitet og pege på oplagte muligheder for at fremme befolkningens fysiske aktivitetsniveau.

De forskellige mål for fysisk inaktivitet i *Hvordan har du det?* 2013 indeholder hver for sig oplysninger, der er nyttige i indsatsen for at fremme befolkningens fysiske aktivitet. Ved at bruge forskellige mål, kommer der fokus på flere dimensioner af fysisk aktivitet og inaktivitet. Den viden, der ligger i afsnittet om fysisk aktivitet, kan anvendes sammen med Sundhedsstyrelsens forebyggelsesplan til lokal prioritering af indsatsområder (eksempelvis i forhold til bestemte aldersgrupper eller geografiske områder), der skal have særligt fokus i den enkelte kommune.

Andelen af fysisk inaktive blandt voksne borgere i Region Midtjylland er 18 %. Tæt ved halvdelen af befolkningen dyrker ikke idræt eller anden motion i fritiden og 15 % er overvejende stillesiddende i fritiden. Op mod 70 % af befolkningen vælger en passiv transportform til og fra arbejde og uddannelse, og afhængig af årstiden er det mellem 53 % og 77 %, der sjældent cykler i dagligdagen.

De inaktive findes overvejende blandt mænd, ældre og borgere med et lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau. Der er dog en del variation mellem de forskellige mål for fysisk aktivitet.

Samlet set har der været en stor positiv udvikling i andelen af fysisk aktive og inaktive fra 2006 til 2013. Hovedparten af udviklingen er imidlertid sket fra 2006 til 2010.

Personer med kroniske sygdomme er generelt mindre fysisk aktive end hele befolkningen i Region Midtjylland. Ønsket om at være mere fysisk aktiv er til gengæld større end i gennemsnitsbefolkningen for en række sygdomsgrupper (fx psykiske lidelser), mens der i andre sygdomsgrupper er en mindre andel (fx knogleskørhed og hjerneblødning). I alle sygdomsgrupper er der dog et betydeligt antal motiverede personer.

Der er en del variation mellem kommunerne med hensyn til fysisk aktivitet og inaktivitet. Dog er variationen mellem sociodemografiske grupper væsentligt større end variationen mellem kommunerne.

Der er et stort potentiale for at fremme den fysiske aktivitet, da 66 % gerne vil være mere fysisk aktive. Det er samtidig således, at de inaktive i højere grad end hele befolkningen ønsker at være mere fysisk aktive. Andelen af inaktive personer, der gerne vil være mere fysisk aktive, er mellem 66 % og 78 % afhængig af, hvordan inaktiviteten måles.

18 % af befolkningen i Region Midtjylland er blevet rådet til at dyrke motion af deres egen læge i løbet af det seneste år. De praktiserende læger målretter deres rådgivning til de grupper af personer, hvor behovet er størst. Således er der næsten i alle sygdomsgrupper en større andel, der har fået råd om motion, end i befolkningen som helhed. En mulig forklaring på dette kan være, at personer med kroniske sygdomme oftere går til egen læge og således har bedre mulighed for at få råd om motion (og andre sundhedsvaner). En anden forklaring kan være, at fysisk aktivitet i højere grad end tidligere indgår i den anbefalede behandling for en række kroniske sygdomme.

Referencer

1. Von Huth Smith L, Kristensen T. Forebyggelsespakke – fysisk aktivitet. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
2. Pedersen BK, Andersen LB. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
3. Pedersen BK, Saltin B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scand J Med Sci Sports*. 2006; 16 suppl. 1:3-63.
4. Naci H, Ioannidis JPA. Comparative effectiveness of exercise and drug intervention on mortality outcome: metaepidemiological study. *British Medical Journal*. 2013; 347: f5577
5. Sørensen JB. The effect of intervention with 'Exercise on Prescription' on physical activity, fitness and health in sedentary patients with lifestyle diseases. Odense: Syddansk Universitet; 2008.
6. Kiens B, Beyer N, Brage S, Hyldstrup L, Ottesen LS, Overgaard K, Pedersen BK, Puggaard L. Fysisk inaktivitet – konsekvenser og sammenhænge. København: Motions- og Ernæringsrådet; 2007.
7. Overgaard K, Grøntved A, Nielsen K, Dahl-Pedersen IK, Aadahl M. Stillesiddende adfærd – en helbredsrisiko? København: Vidensråd for Forebyggelse; 2012.
8. Holtermann A, Hansen JV, Burr H, Søgaard K, Sjøgaard G. The health paradox of occupational and leisure-time physical activity. *Br J Sports Med*. 2012; 46: 291-295.
9. Holtermann A, Mortensen OS, Burr H, Søgaard K, Gyntelberg F, Suadicani P. The interplay between physical activity at work and during leisure time – risk of ischemic heart disease and all-cause mortality in middle-aged Caucasian men. *Scand J Work Environ Health*. 2009; 35(6): 466-474.
10. Holtermann A, Burr H, Hansen JV, Krause N, Søgaard K; Mortensen OS. Occupational physical activity and mortality among Danish workers. *Int Arch Occup Environ Health*. 2012; 85: 205-310.
11. Holtermann A, Marott JL, Gyntelberg F, Søgaard K, Suadicani P, Mortensen OS, Prescott E, Schnohr P. Does the benefit on survival from leisure time physical activity depend on physical activity at work? A prospective cohort study. *Plos ONE*. 2013; 8(1): e54548.
12. Oja P, Titze S, Bauman A, de Geus B, Krenn P, Reger-Nash B, Kohlberger T. Health benefits of cycling: a systematic review. *Scand J Med Sci Sports*. 2011; 21: 496-509.
13. Schnohr P, Marott JL, Jensen JS, Jensen GB. Intensity versus duration of cycling, impact on all-cause and coronary heart disease mortality: the Copenhagen City Heart Study. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2012; 19(1): 73-80.
14. Laverty AA, Mindell JS, Webb EA, Millett C. Active travel to work and cardiovascular risk factors in the United Kingdom. *Am J Prev Med*. 2013; 45(3): 282-288.
15. U.S. Department of Health and Human Services. 2008 Physical Activity Guidelines for Americans. Washington D.C.: The Secretary of Health and Human Services; 2008.
16. Forebyggelseskommissionen. Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2009.
17. Petersen CB, Thygesen LC, Helge JW, Grønbæk M, Tolstrup JS. Time trends in physical activity in leisure time in the Danish population from 1987 to 2005. *Scand J Public Health*. 2010; 38(2): 121-128.
18. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2006.
19. Mäkinen TE, Sippola R, Borodulin K, Rahkonen O, Kunst A, Klumbiene J, Regidor E, Ekholm O, Mackenbach J, & Prattala R. Explaining educational differences in leisure-time physical activity in Europe: the contribution of work-related factors. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*. 2012; 22: 439-447.
20. Jørgensen ME, Rosenlund M. National monitoring af den officielle anbefaling om fysisk aktivitet – Et metodestudie. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2005.
21. Illemann Christensen A, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2012.
22. Andersen LB, Schnohr P, Schroll M, Hein HO. All-cause mortality associated with physical activity during leisure time, work, sports and cycling to work. *Arch Intern Med*. 2000; 160: 1621-1628.
23. Transportministeriet. Cykling i Danmark – hvor står vi? Arbejdsrapport 1 – Den nationale cykelstrategi 2013. Transportministeriet; 2013.

5. KOST

Kosten har stor betydning for befolkningens sundhedstilstand (1,2). En uhensigtsmæssig kost med et højt fedt-, salt- og sukkerindhold samt et lavt indhold af frugt, grønt og fisk øger risikoen for hjerte-kar-sygdomme, type 2 diabetes, overvægt samt visse kræftformer (3,4).

Mange danskere har en kost, der generelt er for fed og sukkerholdig og som mangler vigtige næringsstoffer (5). Det anslås, at kosten er relateret til omkring 30 % af alle nyopståede kræfttilfælde i den vestlige verden (1,6). Ny forskning tyder dog på, at dette tal måske er for højt (12). Desuden har beregninger vist, at risikoen for hjerte-kar-sygdom ville kunne reduceres med 10-20 %, hvis hele befolkningen fulgte Fødevarestyrelsens kostråd om at spise den anbefalede mængde frugt og grønt (1,7). Ydermere ville cirka 9 % færre dø af hjerte-kar-sygdom, hvis befolkningen nedsatte indtaget af fedt til den anbefalede mængde (1).

Ud over de nævnte livsstilssygdomme er jernmangel hyppigt forekommende blandt kvinder i den fødedygtige alder hvilket øger risikoen for blodmangel (anæmi), især ved graviditet, hvor behovet for jern øges (8). Desuden er der mange personer, der ikke indtager tilstrækkeligt med D-vitamin og calcium. Dette øger risikoen for knogleskørhed, især hos ældre (5). Ydermere har studier vist, at der er stor social ulighed i kostvaner (9,10). Der er samlet set et stort sundhedsmæssigt potentiale i at forbedre befolkningens kostvaner.

Fødevarestyrelsen har ti officielle kostråd. Efterlevelse af kostrådene medvirker til, at det daglige behov for vitaminer, mineraler og andre vigtige næringsstoffer bliver dækket. Desuden gør de det nemmere at undgå overvægt. Et sundt kostmønster kan være en medvirkende faktor til et godt fysisk og psykisk velbefindende og kan desuden nedsætte risikoen for en lang række livsstilsrelaterede sygdomme (3,11).

Kostrådene hviler på forskningsbaseret viden om sammenhængen mellem indtag af kostkomponenter (energi, fedt, protein, kulhydrat, vitaminer og mineraler) og helbred (3,4,11).

Kostrådene revideres med opdateringer af mængdeangivelser og hyppighed for indtag af de enkelte fødevarer, når der er tilstrækkeligt med videnskabelig belæg for det.

Kostrådene kan følges af hovedparten af befolkningen. Børn under 3 år, småtspisende ældre og personer med en sygdom kan dog have særlige behov i forhold til kosten (3).

Kostrådene er suppleret med en anbefaling om, at voksne bør spise mindst 600 gram grøntsager og frugt om dagen, hvoraf mindst halvdelen skal være grøntsager - gerne de grove typer såsom rodfrugter, kål og bælgfrugter. Det daglige indtag af fuldkorn bør være minimum 75 gram. Til gengæld bør man højst spise 500 gram rødt kød (okse, kalv, lam eller svin) per uge. Desuden anbefales det at spise omkring 350 gram fisk om ugen, heraf cirka 200 gram fed fisk. Alle former for fisk tæller med, både frisk fisk og konserves. Endvidere anbefales det, at de fedtstoffer, der indtages, er rige på umættede fedtsyrer og har en lav andel af mættede fedtsyrer. Det vil sige, at man bør vælge planteolier og flydende margarine frem for smør og hårde fedtstoffer. I forhold til sukker anbefales det, at man højst indtager en halv liter sodavand, saft, juice eller energidrik om ugen og i stedet drikker vand eller mager mælk til måltiderne (3).

Måling af befolkningens kostmønstre

Kostmønstre er nok den del af befolkningens sundhedsvaner, der er vanskeligst at kortlægge i detaljer. Hvis man skal beskrive befolkningens samlede kostmønstre, kræver det en specialiseret undersøgelse, hvor man f.eks. beder et repræsentativt udsnit af befolkningen føre dagbog over alt, hvad de spiser i en periode (5).

Det samlede kostmønster ser ud til at påvirke befolkningens sundhed mere end enkelte næringsstoffer eller kostkomponenter. Det er derfor vigtigt at se på den samlede kost, når man vurderer kostens sundhedsværdi.

Boks 5.1 Kostrådene 2013 (3)

- Spis varieret, ikke for meget og vær fysisk aktiv
- Spis frugt og mange grønsager
- Spis mere fisk
- Vælg fuldkorn
- Vælg magert kød og kødpålæg
- Vælg magre mejeriprodukter
- Spis mindre mættet fedt
- Spis mad med mindre salt
- Spis mindre sukker
- Drik vand

I en folkesundhedsundersøgelse som *Hvordan har du det?* må spørgsmålene vedrørende kost begrænses til udvalgte fødevareremner, der kan siges at repræsentere lødigheden af den samlede kost. I undersøgelsen fokuseres der derfor på, i hvilket omfang befolkningen efterlever kostrådene vedrørende indtag af frugt, grønt, fisk og fedt.

Frugt og grønt har et lavt energiindhold og har et højt indhold af vitaminer, mineraler og kostfibre samt andre stoffer med sygdomsforebyggende virkning. Den sygdomsforebyggende effekt stiger med mængden og kan tilskrives samspil mellem indholdsstofferne. Ved at variere indtaget af frugt og grønt varieres ligeledes indtaget af forskellige indholdsstoffer. Frugt og grønt ser ud til at være vigtigt med henblik på forebyggelse af hjerte-kar-sygdomme, type 2 diabetes, visse kræftformer og overvægt (3,4,12).

Fisk indeholder fiskeolier (også kaldet omega-3 eller n-3-fedtsyrer) samt vigtige vitaminer og mineraler, herunder D-vitamin og selen, der kan være svære at få fra andre madvarer (3). Fisk kan erstatte andre madvarer såsom kød og kødprodukter i kosten og hermed forbedre fedtsyresammensætningen. Fiskeolie kan forebygge hjerte-kar-sygdomme, og risikoen for at dø af en blodprop kan nedsættes med en tredjedel, hvis indtaget af fisk øges fra 50 gram per uge til 2-300 gram per uge (13). Mindre indtag har dog også helbredsgavnige effekter. Det er bedre at spise lidt end slet ingen fisk (3,4,14,15).

Fedt kan inddeles i mættet, enkeltumættet og flerumættet fedt. Uanset typen indeholder fedt meget energi. Fedt øger således kostens energitæthed, og risikoen for at indtage for meget energi og blive overvægtig øges. Det er dog sundt med et moderat indhold af fedt i kosten, da fedt blandt andet er nødvendigt for optagelsen af de fedtopløselige vitaminer (A, D, E og K). Det er især begrænsning af indtaget af mættet fedt, der har været i fokus i forhold til at forebygge hjerte-kar-sygdomme (16). Mættet fedt findes især i fede mejeriprodukter (ost, fløde, smør) og kød (3,4).

Kostscoren

I dette kapitel opgøres sundheden af befolkningens kostvaner ud fra kostscoren, der er udviklet af Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden (17).

Kostscoren giver et samlet mål for kostens kvalitet. På baggrund af indtag af fire kostfaktorer (frugt, grønt, fisk og fedt) inddeles befolkningens kostvaner ved hjælp af et pointsystem i tre kategorier: 1) usund kost, 2) midt-sund kost og 3) sund kost.

Udvælgelse af kostfaktorer og konstruering af pointsystemet er foretaget ud fra ernærings- og sundhedsmæssige overvejelser i relation til udvikling af hjerte-kar-sygdom (17). Med hensyn til brug af fedtstof på brød og i madlavning er det overvejelser omkring fedtsyresammensætningen i de enkelte typer fedtstoffer, der danner grundlag for pointfordelingen, mens det er udvalgte kostråd (mindst 600 gram frugt og grønt per dag; mindst 300 g fisk om ugen), der danner grundlag for pointfordelingen for frugt, grøntsager som tilbehør, fisk til aften og fiskepålæg. Det skal dog nævnes, at der siden kostscorens udvikling er kommet nye kostråd, hvor det anbefalede indtag af fisk er sat op til 350 gram per uge. Dette er der ikke taget højde for i kostscoren.

Kostscoren er valideret i forhold til forebyggelse af hjerte-kar-sygdom (17) og afspejler således ikke, om kostmønsteret er hensigtsmæssigt i forhold til forebyggelse af andre kostrelaterede sygdomme som for eksempel knogleskørhed. Dog vil et kostmønster, der forebygger hjerte-kar-sygdom, til dels også virke forebyggende på overvægt og livsstilsrelaterede sygdomme såsom diabetes.

Motivation og rådgivning

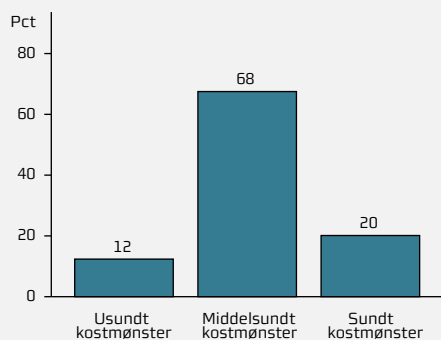
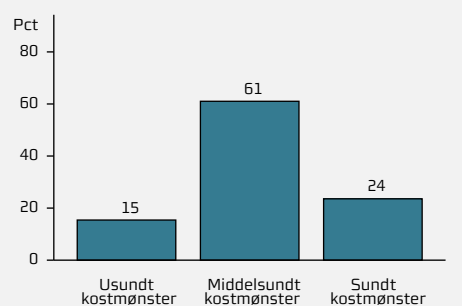
Motivationen til at spise mere sundt hænger tæt sammen med den enkeltes egen opfattelse af at spise sundt. Derfor er det i *Hvordan har du det?* relevant at spørge ind til befolkningens egen oplevelse af kostvanerne samt motivationen til at spise mere sundt.

Kostvaner formes gennem et komplekst netværk af påvirkninger, som kan relateres til vores fysiske omgivelser, kulturelle normer og forestillinger samt erfaringer, der udvikles gennem livet. Med hensyn til aktivt at ændre kostvaner fra et usundt til et sundt kostmønster er der ligeledes mange aspekter, som spiller ind (18). Dagligdagens gøremål kan virke uoverskuelige, hvorfor tilberedning af sund mad og planlægning af fornuftige indkøb nedprioriteres. Det kan derfor være en ond spiral at komme ud af, da kostmønstre er meget vanebaserede og derfor svære at ændre. Konsekvenserne af et usundt kostmønster kan være nedsat fysisk og psykisk velbefindende.

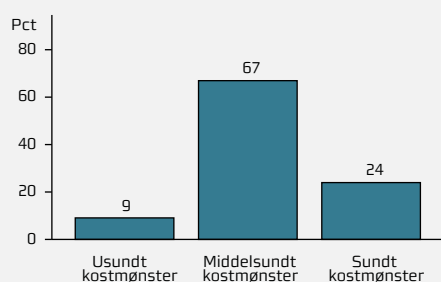
Kommunale indsatser kan påvirke befolkningens kostmønster i positiv retning. Sundhedsstyrelsen anbefaler i Forebyggelsespakke - Mad og Måltider, at kommunerne iværksætter indsatser for borgerne om sund mad og måltider, som involverer indsatsområderne rammer, tilbud og tidlig opsporing samt information og undervisning (19).

Hvis de sunde kostvaner skal fremmes, skal sund kost give mening i hverdagen for den enkelte. For eksempel skal kosten opleves som overkommelig at tilberede, den skal smage godt og den skal være til at betale (20).

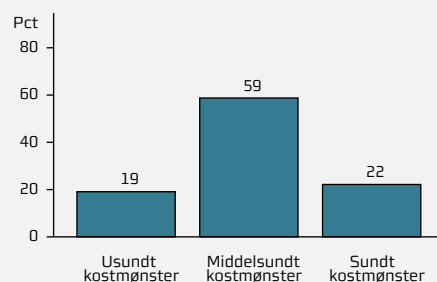
FIGUR 5.1, 5.2, 5.3, 5.4 OG 5.5
 Kostmønstre

 Figur 5.1
 Det samlede kostmønster vurderet ved kostscoren

 Figur 5.2
 Kostmønster i forhold til frugt


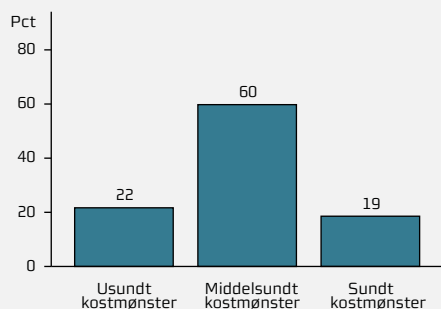
Note:
 Usundt: 0 til 2 stykker frugt per uge
 Middelsundt: fra 3 stykker frugt per uge til 2 stykker frugt per dag
 Sundt: 3 eller flere stykker frugt per dag

 Figur 5.3
 Kostmønster i forhold til grønt


Note:
 Usundt: 0 til 2 portioner grøntsager (kogte, rå) eller grøntsagsretter per uge
 Middelsundt: over 2 portioner grøntsager (kogte, rå, salat) eller grøntsagsretter per uge, men mindre end nedenstående indtag
 Sundt: over 1 portion grøntsager (salat, kogte) og/eller grøntsagsretter per dag eller 2 slags grønt mindst 5 gange per uge

 Figur 5.4
 Kostmønster i forhold til fisk


Note:
 Usundt: fisk som varm mad og/eller fiskepålæg spises sjældent eller aldrig
 Middelsundt: fisk som varm mad mindst 1- 2 gange per uge eller fiskepålæg 1- 3 gange per uge, men mindre end nedenstående indtag
 Sundt: fisk som varm mad mindst 5- 7 gange per uge eller mindst 1- 2 gange per uge samt fiskepålæg mindst 4- 6 gange per uge

 Figur 5.5
 Kostmønster i forhold til fedt


Note:
 Inddeling i usundt, middelsundt og sundt kostmønster i forhold til fedt er baseret på en rangordning af fedtsstoffernes vurderede sundhedsværdi.

Desuden er viden omkring de helbredsskadelige effekter ved usund kost samt de helbredsgavnige effekter af sund kost vigtig i forhold til at motivere til en adfærdssændring hen mod et sundere kostmønster (3,20).

I de følgende afsnit beskrives befolkningens kostmønster i forhold til køn, alder og sociale forhold samt i forhold til kroniske sygdomme og fordeling i de forskellige kommuner. Herefter belyses befolkningens ønske om at spise sundere i forhold til selvvalgte kostvaner, køn, alder og sociale forhold samt i forhold til kroniske sygdomme og fordeling i de forskellige kommuner.

Hvor mange har et usundt kostmønster?

Af figur 5.1 fremgår andelen af personer, der har henholdsvis et usundt, et middelsundt og et sundt kostmønster.

Når de fire kostkomponenter, frugt, grønt, fisk og fedt, vurderes samlet i kostscoren, har 12 % af befolkningen et usundt kostmønster, 68 % har et middelsundt kostmønster og 20 % har et sundt kostmønster. Andelen med et usundt kostmønster svarer til omkring 91.000 personer

Det generelle billede viser således, at kun en femtedel af befolkningen spiser sundt, og flere end hver tiende spiser usundt.

Figur 5.2-5.5 viser kostmønsteret for de enkelte kostkomponenter: frugt, grønt, fisk og fedt.

Andelen med usunde kostvaner inden for henholdsvis frugt, grønt, fisk og fedt varierer mellem 9 % og 22 %. Den mindste andel (9 %) får for lidt grønt, mens den største andel (22 %) spiser for meget fedt og/eller den forkerte slags fedt.

Mellem 19 % og 24 % har et dagligt indtag af de enkelte kostkomponenter, som kan betragtes som sundt. Mens færrest (19 %) har et indtag af fedt, der kan betragtes som sundt, er der flere (24 %), som spiser tilstrækkelig med frugt og grønt.

► **2006-2013.** I det samlede kostmønster er der sket et fald i andelen med et usundt kostmønster fra 14 % i 2006 til 12 % i 2013, jævnfør [figur 5.1.S i bind 2](#). Der er færre, der har et usundt kostmønster i forhold til frugt, grønt og fisk, mens andelen med et usundt kostmønster i forhold til fedt er steget, jævnfør [figur 5.2.S-5.5.S i bind 2](#). ◀

► **2010-2013.** Der er ikke sket signifikante ændringer i andelen med usundt kostmønster fra 2010 til 2013, hvorimod andelen med et sundt kostmønster er faldet fra 24 % til 20 % se [figur 5.1.S i bind 2](#). I forhold til de enkelte kostkomponenter er der kun sket en lille stigning i andelen med usundt kostmønster i forhold til frugt, jævnfør [figur 5.2.S-5.5.S i bind 2](#). ◀

FIGUR 5.6

Usundt kostmønster - køn, alder og sociale forhold

	Pct		Personer
Alle	12		91.000
Køn			
Mand	17		63.000
Kvinde	8		28.000
Alder			
25-34	13		16.000
35-44	14		21.000
45-54	12		19.000
55-64	11		17.000
65-74	11		13.000
75-79	14		4.600
Uddannelsesniveau			
Lavt	20		23.000
Middel	15		55.000
Højt	5		11.000
Sociogeografisk gruppe			
Gruppe 1 (højest)	7		8.400
Gruppe 2	11		23.000
Gruppe 3	14		26.000
Gruppe 4	14		26.000
Gruppe 5 (lavest)	16		7.700
Bolig			
Ejer	11		60.000
Lejer	16		29.000
Samlivssituation			
Alene	17		33.000
Gift/samlevende	11		57.000
Børn i hjemmet 0-15 år			
Ingen børn	13		73.000
Børn	10		16.000
Arbejde (25-64 år)			
I arbejde	11		51.000
Ikke i arbejde	17		21.000

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

Usundt kostmønster - køn, alder og sociale forhold

I det følgende fokuseres der på personer med et usundt kostmønster. Af figur 5.6 fremgår det, at 12 % af alle voksne i Region Midtjylland har et usundt kostmønster.

Det usunde kostmønster forekommer i højere grad blandt mænd, personer med lavt uddannelsesniveau, personer i sociogeografisk gruppe 3, 4 og 5 samt blandt personer, der bor alene og personer i den erhvervsaktive alder, som ikke er i arbejde.

Køn. Der er stor forskel på mænd og kvinders kostmønstre. Næsten hver sjette mand har et usundt kostmønster, mens dette kun gælder for mindre end en tiendedel af kvinderne.

Alder. Andelen med et usundt kostmønster er størst blandt de 35-44-årige og lavest blandt de 65-74-årige.

Uddannelsesniveau. Usundt kostmønster er hyppigere blandt personer med et lavt og middelhøjt uddannelsesniveau end i befolkningen generelt.

Sociogeografisk gruppe. Andelen med et usundt kostmønster stiger gradvist med sociogeografisk gruppe. Der ses en højere forekomst blandt de tre sociogeografiske grupper 3, 4 og 5 end i hele befolkningen.

Bolig. Andelen, der har et usundt kostmønster, er højere blandt personer, der bor i lejebolig, sammenlignet med personer, der bor i ejerbolig.

Samlivssituation. Personer, der lever alene, har oftere et usundt kostmønster end personer, der er gift/samlevende.

Børn i hjemmet. Et usundt kostmønster forekommer sjældnere hos personer med børn i hjemmet end hos personer, der ikke bor sammen med børn.

Arbejde. Andelen, der har et usundt kostmønster er højere blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), som ikke har et arbejde end blandt personer i arbejde.

Der er en signifikant større andel med et usundt kostmønster end i hele befolkningen blandt:

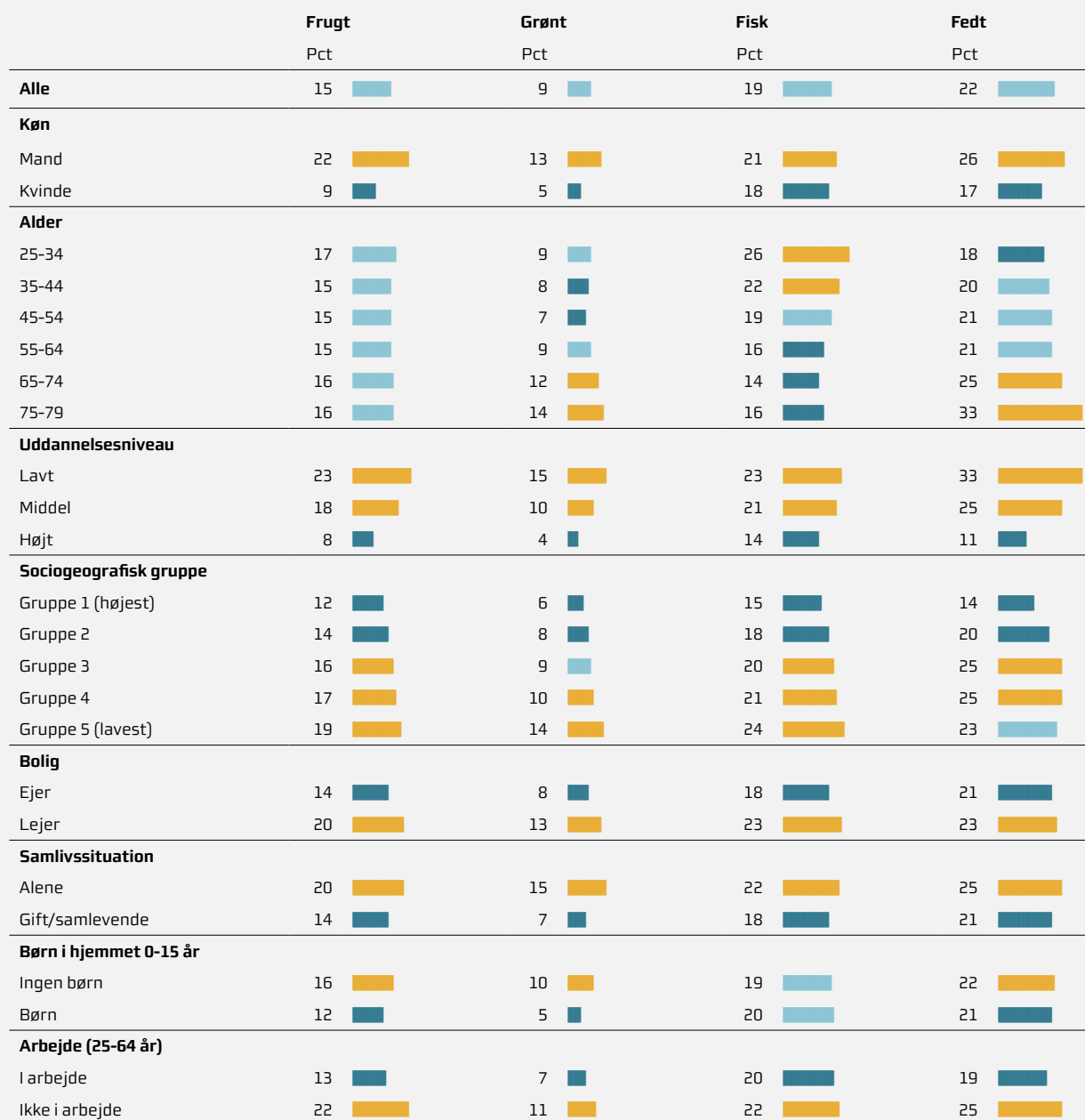
- Mænd
- 35-44-årige
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Sociogeografisk gruppe 3, 4 og 5
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der bor alene
- Personer, der ikke bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke er i arbejde

► **2006-2013.** Der er overordnet set sket et fald i andelen, der har et usundt kostmønster. Faldet gælder begge køn, aldersgrupperne 25-34 år, 35-44 år samt 75-79 år og blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Se figur 5.6.5 i bind 2 ◀

► **2010-2013.** Overordnet set er der ikke sket ændringer i andelen, der har et usundt kostmønster. Der ses dog en lille stigning blandt personer i alderen 55-64 år. Se figur 5.6.5 i bind 2. ◀

FIGUR 5.7

Usundt kostmønster i forhold til frugt, grønt, fisk og fedt - køn, alder og sociale forhold



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

Usundt kostmønster opdelt på frugt, grønt, fedt og fisk - køn, alder og sociale forhold

Figur 5.7 viser forekomsten af et usundt kostmønster opdelt i de fire kostkomponenter frugt, grønt, fisk og fedt i forhold til køn, alder og sociale forhold.

Usunde kostmønstre delt ud på frugt, grønt, fisk og fedt forekommer især blandt mænd og personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau. Det usunde kostmønster i forhold til frugt, grønt og fisk forekommer især blandt personer i sociogeografisk gruppe 5, mens det for fedt især forekommer i sociogeografisk gruppe 3 og 4. Andelen med et usundt kostmønster i forhold til fisk falder med stigende alder, mens andelen med et usundt kostmønster stiger med alderen, når der ses på grønt og fedt.

Køn. Der er flere mænd end kvinder, der har et usundt kostmønster i forhold til alle fire kostkomponenter. Særligt skæv er fordelingen i forhold til frugt og grønt, mens den er mindst for fisk.

Alder. Et usundt kostmønster i forhold til grønt og fedt forekommer især blandt de to ældste aldersgrupper (65-74 år og 75-79 år), mens et usundt kostmønster i forhold til fisk især forekommer i de to yngste aldersgrupper (25-34 år og 35-44 år). Der ses ingen sammenhæng mellem alder og et usundt kostmønster i forhold til frugt.

Uddannelsesniveau. Usundt kostmønster i forhold til frugt, grønt, fisk og fedt forekommer hyppigere blandt personer med et lavt og middelhøjt uddannelsesniveau end i befolkningen generelt.

Sociogeografisk gruppe. Der ses en stigende forekomst af usundt kostmønster i sociogeografisk gruppe 3, 4 og 5. Et usundt kostmønster i forhold til frugt og fisk forekommer især blandt de sociogeografiske grupper 3, 4 og 5. Et usundt kostmønster i forhold til grønt forekommer især blandt gruppe 4 og 5, mens et usundt kostmønster i forhold til fedt især forekommer blandt gruppe 3 og 4.

Bolig. Personer, der bor i lejlighed, har i højere grad et usundt kostmønster i forhold til alle fire kostkomponenter end personer, der bor i ejerbolig.

Samlivssituation. Personer, der er enlige, har i højere grad et usundt kostmønster i forhold til alle fire kostkomponenter end personer, der er gift/samlevende.

Børn i hjemmet. Et usundt kostmønster i forhold til frugt, grønt og fedt forekommer sjældnere hos personer med børn i hjemmet. Der er ingen forskel i forekomsten af et usundt kostmønster i forhold til fisk.

Arbejde. Andelen med et usundt kostmønster i forhold til frugt, grønt, fisk og fedt er højere blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke har et arbejde, end blandt personer, der har et arbejde.

Der er signifikant større andel med et usundt kostmønster i forhold til frugt blandt:

- Mænd
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Sociogeografisk gruppe 3, 4 og 5
- Personer, der bor i lejlighed
- Personer, der er enlige
- Personer, der ikke bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke er i arbejde

Der er signifikant større andel med et usundt kostmønster i forhold til grønt blandt:

- Mænd
- 65-79-årige
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Sociogeografisk gruppe 4 og 5
- Personer, der bor i lejlighed
- Personer, der er enlige
- Personer, der ikke bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke er i arbejde

Der er signifikant større andel med et usundt kostmønster i forhold til fisk blandt:

- Mænd
- 25-44-årige
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Sociogeografisk gruppe 3, 4 og 5
- Personer, der bor i lejlighed
- Personer, der er enlige
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke er i arbejde

Der er signifikant større andel med et usundt kostmønster i forhold til fedt blandt:

- Mænd
- 65-79-årige
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Sociogeografisk gruppe 3 og 4
- Personer, der bor i lejlighed
- Personer, der er enlige
- Personer, der ikke bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke er i arbejde

FIGUR 5.8
Kostmønstre - mænd



Usundt og sundt kostmønster – samspil mellem køn, alder og uddannelsesniveau

Der er markante forskelle i køn, alder og uddannelsesniveau i forhold til kostmønstre. Der er foretaget separate analyser af mænds og kvinders kostmønstre opdelt på alder og uddannelsesniveau, jævnfør figur 5.8 og 5.9.

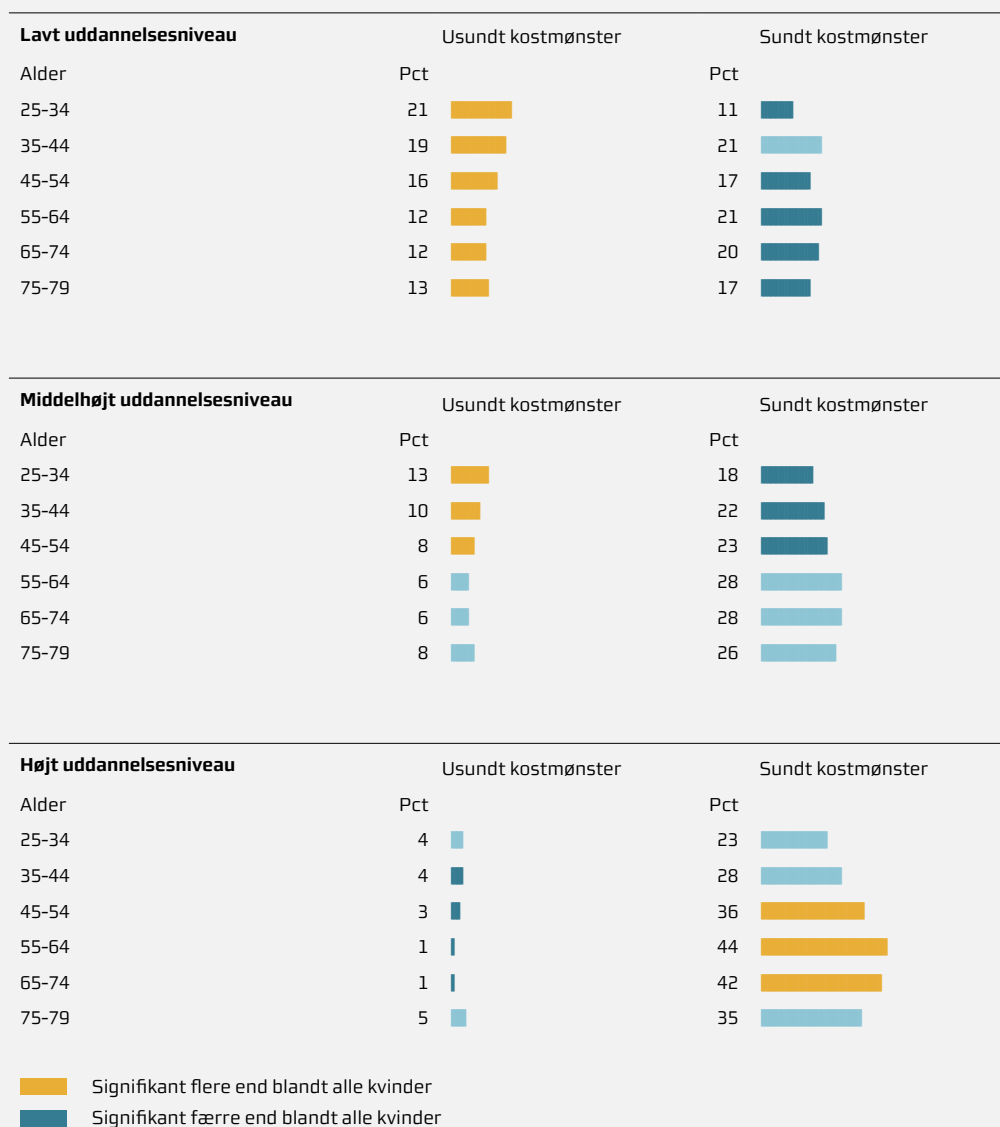
Det overordnede billede viser, at der blandt mænd og kvinder er flest personer med lavt uddannelsesniveau, der spiser usundt. Der ses en tydelig gradient i forhold til uddannelse og forekomsten af henholdsvis usundt og sundt kostmønster.

Mænd. Der ses en tydelig sammenhæng mellem uddannelsesniveau og forekomsten af henholdsvis usundt og sundt kostmønster, jævnfør figur 5.8.

De største forskelle i mænds kostmønstre er at finde mellem mænd med lavt og højt uddannelsesniveau. Andelen med et usundt kostmønster varierer fra 22 % til 36 % mellem de seks aldersgrupper blandt mænd med lavt uddannelsesniveau. Den højeste forekomst af usundt kostmønster findes blandt de 25-44-årige lavtuddannede mænd. Blandt mænd med højt uddannelsesniveau er andelen med usundt kostmønster generelt lav.

FIGUR 5.9

Kostmønster - kvinder



Andelen af mænd, der har et sundt kostmønster, er størst blandt højtuddannede, med en forekomst helt op til 26 % blandt de 55-64-årige mænd. For personer med lavt uddannelsesniveau er forekomsten generelt lav med en forekomst helt ned til 6 % hos de 25-34-årige.

Kvinder. Kvinder har generelt set bedre kostvaner end mænd, men også blandt kvinder er der store forskelle i forhold til alder og uddannelsesniveau, hvilket fremgår af figur 5.9.

Hos kvinder findes de største forskelle i kostmønstre mellem de 25-34-årige med lavt uddannelsesniveau og

55-74-årige med højt uddannelsesniveau. Den højeste andel af kvinder med usundt kostmønster findes blandt de yngre, lavtuddannede kvinder, hvor omkring hver femte har et usundt kostmønster. Den laveste andel af usundt kostmønster findes hos 55-74-årige højtuddannede kvinder, hvor kun 1 % har et usundt kostmønster.

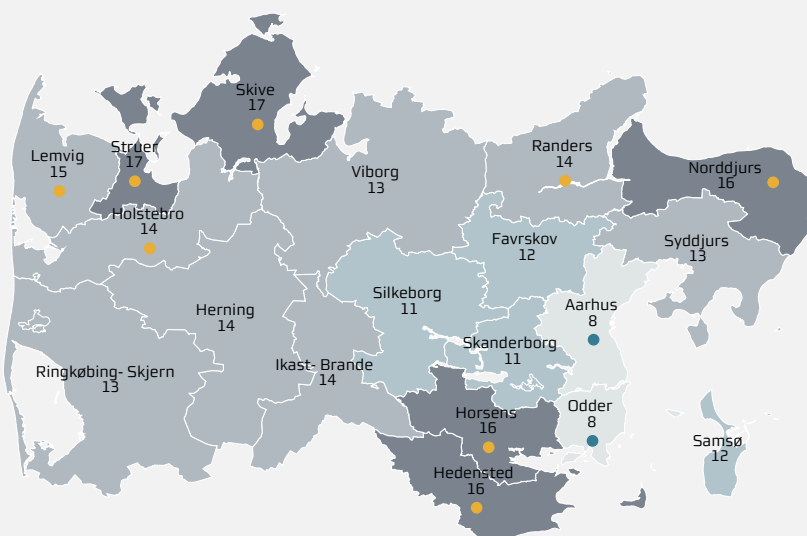
Den største andel med et sundt kostmønster findes blandt højtuddannede kvinder i aldersgrupperne 55-64 år og 65-74 år, hvor henholdsvis 44 % og 42 % har et sundt kostmønster. Denne forekomst er dobbelt så stor som hos lavtuddannede kvinder.

FIGUR 5.10

Usundt kostmønster - kommuner

	Pct		Personer
Skive	17		5.000
Struer	17		2.200
Norddjurs	16		3.700
Hedensted	16		4.300
Horsens	16		7.400
Lemvig	15		1.900
Randers	14		8.400
Holstebro	14		4.800
Herning	14		6.900
Ikast-Brande	14		3.300
Ringkøbing-Skjern	13		4.400
Syddjurs	13		3.300
Viborg	13		7.100
Samsø	12		300
Favrskov	12		3.300
Silkeborg	11		5.600
Skanderborg	11		3.700
Aarhus	8		14.000
Odder	8		1.100
Region Midtjylland	12		91.000

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



Usundt kostmønster - kommuner

Figur 5.10 viser kostmønsteret i kommunerne. Andelen med et usundt kostmønster varierer fra 8 % i Aarhus og Odder til 17 % i Struer og Skive.

Sammenlignet med hele befolkningen er der signifikant flere med et usundt kostmønster i:

- Skive
- Struer
- Norddjurs
- Hedensted
- Horsens
- Lemvig
- Randers
- Holstebro

► **2006-2013.** Der er sket et fald i andelen med usundt kostmønster i Aarhus, Randers, Viborg og Odder. Se [figur 5.7.5 i bind 2.](#) ◀

► **2010-2013.** Der er sket en stigning i andelen med usundt kostmønster i Horsens og Holstebro, mens der er sket et fald i andelen i Odder. Se [figur 5.7.5 i bind 2.](#) ◀

FIGUR 5.11

Usundt kostmønster - kroniske sygdomme

	Pct		Personer
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	21		6.300
Psykisk lidelse (mere end 6 mdr.)	17		9.600
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	17		1.600
Leddegigt	16		6.500
Psykisk lidelse (mindre end 6 mdr.)	15		5.700
Astma	14		6.800
Migræne eller hyppig hovedpine	14		14.000
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	14		13.000
Blodprop i hjertet	13		1.100
Tinnitus	13		12.000
Forhøjet blodtryk	13		18.000
Grå stær	13		3.200
Knogleskørhed	13		3.200
Hele befolkningen	12		91.000
Hjertekrampe	12		1.500
Sukkersyge	12		4.600
Allergi	11		16.000
Slidgigt	11		17.000
Kræft	10		2.000

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

Usundt kostmønster - kroniske sygdomme

Som et led i behandlingen af mange af de kroniske sygdomme er hensigtsmæssige sundhedsvaner afgørende for prognosen. Af figur 5.11 fremgår sammenhængen mellem usundt kostmønster og de 18 kroniske sygdomme.

Blandt personer med en kronisk sygdom, varierer andelen af personer med usundt kostmønster fra 10 % hos personer med kræft til 21 % blandt personer med kronisk bronkitis/for store lunger/rygerlunger.

Der er signifikant flere med et usundt kostmønster end i hele befolkningen blandt personer med følgende sygdomme:

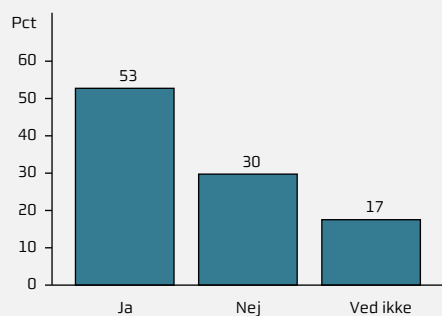
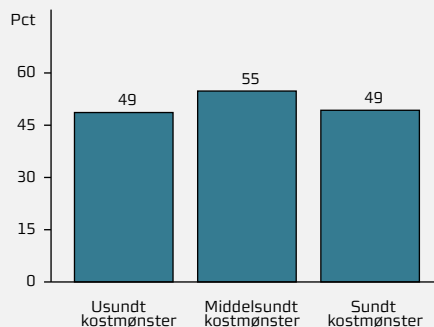
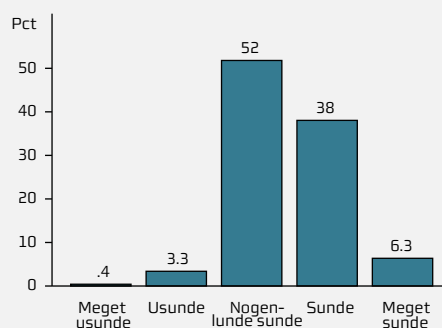
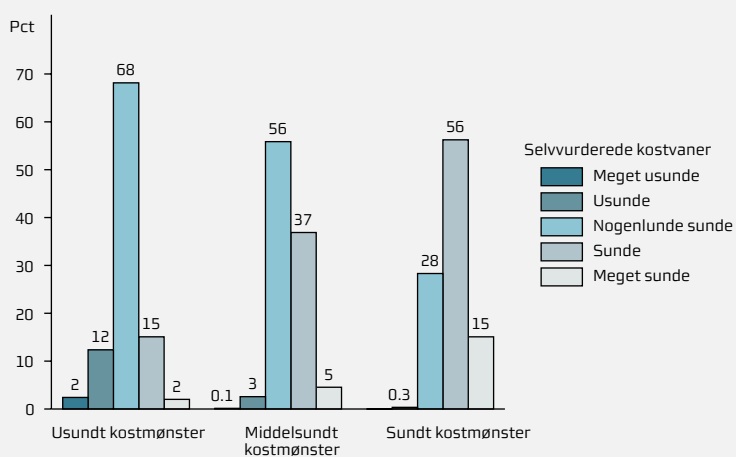
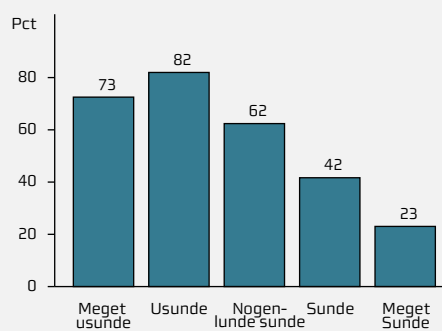
- Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger
- Psykisk lidelse af mere end 6 måneders varighed
- Hjerneblødning, blodprop i hjernen
- Leddegigt
- Psykisk lidelse af mindre end 6 måneders varighed
- Migræne eller hyppig hovedpine

► **2006-2013.** Andelen med et usundt kostmønster er mindsket ved tre af de kroniske sygdomme: diskusprolaps/andre rygsygdomme, slid- og leddegigt samt tinnitus, jævnfør [figur 5.8.S i bind 2](#). ◀

► **2010-2013.** Andelen med et usundt kostmønster er øget ved tre af de kroniske sygdomme: migræne/hyppig hovedpine, forhøjet blodtryk samt allergi, jævnfør [figur 5.8.S i bind 2](#). ◀

FIGUR 5.12, 5.13, 5.14, 5.15 OG 5.16

Ønsker at spise mere sundt og selvvurderede kostvaner

Figur 5.12
Vil du gerne spise mere sundt?Figur 5.13
Ønsker at spise mere sundt i forhold til kostmønsterFigur 5.14
Hvordan vurderer du dine kostvaner alt i alt?Figur 5.15
Selvvurderede kostvaner i forhold til faktisk kostmønsterFigur 5.16
Ønsker at spise mere sundt i forhold til de selvvalgte kostvaner

Hvor mange ønsker at spise mere sundt?

Figur 5.12 viser andelen blandt hele befolkningen, der har svaret 'ja', 'nej' eller 'ved ikke' til spørgsmålet "Vil du gerne spise mere sundt?"

- 53 % har svaret 'ja' til, at de gerne vil spise mere sundt
- 30 % har svaret 'nej'
- 17 % har svaret 'ved ikke'

Der ses ingen sammenhæng mellem kostmønster og ønsket om at spise mere sundt, jævnfør figur 5.13. 49 % med et usundt kostmønster, 55 % med et middelsundt og 49 % med et sundt kostmønster vil gerne spise sundere.

Der er i undersøgelsen desuden spurgt til, hvordan man selv vurderer sine kostvaner, jævnfør figur 5.14.

- 38 % og 6,3 % vurderer egne kostvaner som henholdsvis sunde eller meget sunde
- 52 % vurderer sine kostvaner som nogenlunde sunde
- 3,3 % og 0,4 % vurderer sine kostvaner som usunde eller meget usunde

Figur 5.15 viser forholdet mellem selv vurderede kostvaner og kostmønster ifølge kostscoren. Denne sammenhæng er interessant, fordi selv vurderede kostvaner hænger tæt sammen med viden om sund kost og ønsket om at spise mere sundt.

- Blandt personer med et usundt kostmønster vurderer 68 %, 15 % og 2 % egne kostvaner som henholdsvis 'nogenlunde sunde', 'sunde' og 'meget sunde'. Kun 12 % og 2 % vurderer egne kostvaner som henholdsvis 'usunde' og 'meget usunde'.
- Blandt personer med et middelsundt kostmønster vurderer 56 % og 37 % egne kostvaner som henholdsvis 'nogenlunde sunde' og 'sunde'.
- Blandt personer med et sundt kostmønster vurderer 56 % og 15 % egne kostvaner som henholdsvis 'sunde' og 'meget sunde'. 28 % vurderer egne kostvaner som 'nogenlunde sunde', mens en marginal andel i gruppen vurderer egne kostvaner som 'usunde' eller 'meget usunde'.

Blandt personer med et usundt kostmønster ser der således ud til at være større uoverensstemmelse mellem selv vurderede kostvaner og faktisk kostmønster end blandt personer med et middelsundt eller sundt kostmønster. Personer med et usundt kostmønster vurderer egne kostvaner som værende mere sunde end hvad der afspejles i kostmønsteret vurderet ved kostscoren.

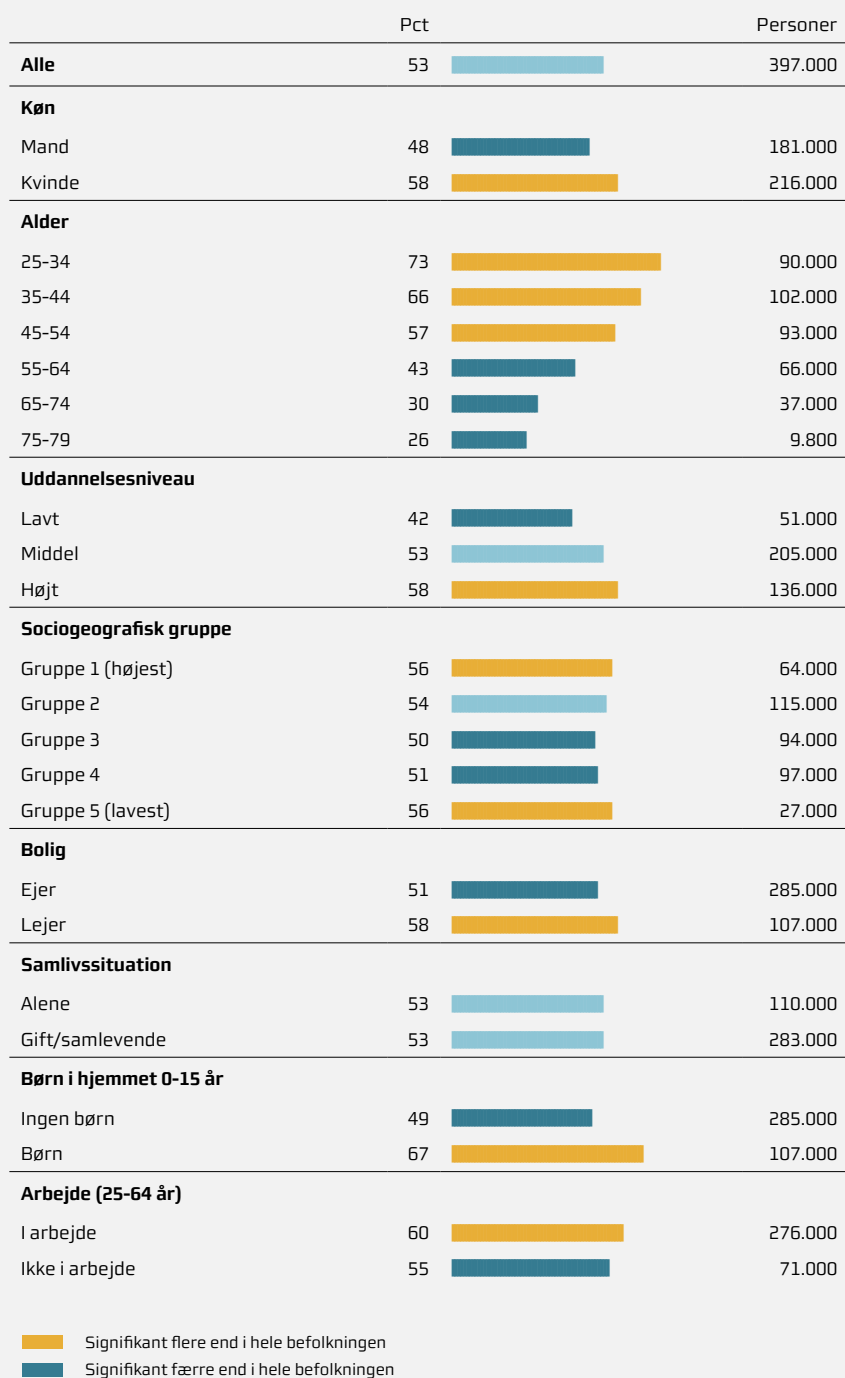
Der er en stærk sammenhæng mellem selv vurderede kostvaner og andelen, der gerne vil spise mere sundt, hvilket fremgår af figur 5.16.

- 42 % og 23 % af de, som vurderer deres kostvaner som henholdsvis 'sunde' og 'meget sunde', ønsker at spise mere sundt
- 62 % blandt personer, der vurderer egne kostvaner som 'nogenlunde sunde', vil gerne spise mere sundt
- 82 % og 73 % blandt personer, der vurderer deres egne kostvaner som henholdsvis 'usunde' og 'meget usunde', vil gerne spise mere sundt

► **2010-2013.** Andelen, der ønsker at spise mere sundt, er faldet fra 56 % i 2010 til 53 % i 2013. Der er ingen ændringer i andelen, der ønsker at spise mere sundt blandt personer med et usundt kostmønster, mens der er små fald blandt personer med middelsundt og sundt kostmønster, se [figur 5.9.5 i bind 2](#). ◀

FIGUR 5.17

Vil gerne spise mere sundt - køn, alder og sociale forhold



Ønsker at spise mere sundt – køn, alder og sociale forhold

Figur 5.17 viser sammenhængen mellem andelen, der gerne vil spise mere sundt, og køn, alder og sociale forhold.

Det er især kvinder, personer i de yngre aldersgrupper, højtuddannede samt personer med børn i hjemmet, der ønsker at spise mere sundt.

Køn. Færre mænd end kvinder ønsker at spise mere sundt.

Alder. Der er flest i de yngre aldersgrupper, der ønsker at spise mere sundt, og færrest blandt de ældre aldersgrupper. Blandt personer i alderen 25-34 år ønsker 73 % at spise mere sundt, mens dette tal kun er 26 % for personer i alderen 75-79 år.

Uddannelse. Andelen, der ønsker at spise mere sundt, er lavest blandt lavtuddannede og størst blandt højtuddannede.

Sociogeografisk gruppe. Der er en signifikant større andel, der ønsker at spise mere sundt i de to sociogeografiske grupper 1 og 5, end det er tilfældet i resten af befolkningen. Andelen er lavest i gruppe 3 og 4.

Bolig. Der er flere blandt personer, der bor i lejebolig, som ønsker at spise mere sundt, sammenlignet med personer, der bor i ejerbolig.

Samlivssituation. Der er ingen sammenhæng mellem samlivssituation og ønske om at spise mere sundt.

Børn i hjemmet. Der er flere med børn i hjemmet, der ønsker at spise mere sundt, sammenlignet med personer, der ikke har børn i hjemmet.

Arbejde. Der er en lidt større andel, der ønsker at spise mere sundt, blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der er i arbejde, sammenlignet med befolkningen i samme aldersgruppe, som ikke er i arbejde.

Der er signifikant flere end i hele befolkningen, som gerne vil spise mere sundt, blandt følgende grupper:

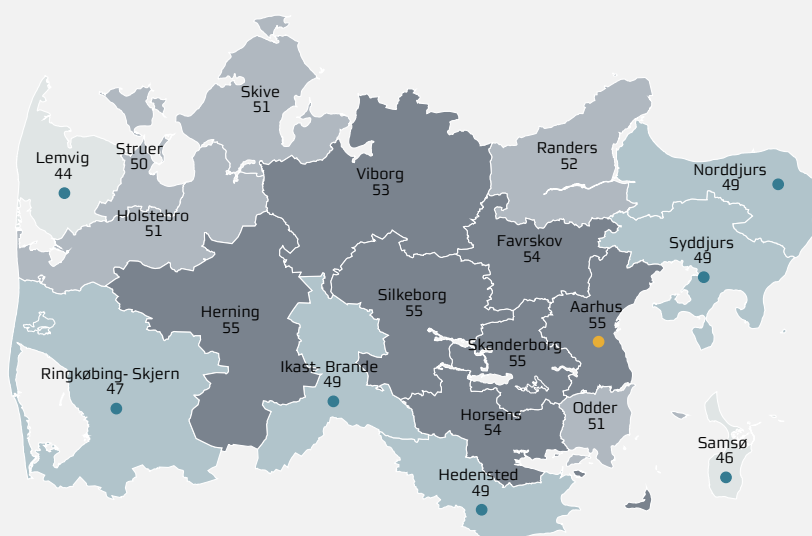
- Kvinder
- Personer i alderen 25-54 år
- Personer med højt uddannelsesniveau
- Sociogeografisk gruppe 1 og 5
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), som har et arbejde

FIGUR 5.18

Vil gerne spise mere sundt - kommuner

	Pct		Personer
Aarhus	55		97.000
Skanderborg	55		20.000
Silkeborg	55		30.000
Herning	55		28.000
Horsens	54		27.000
Favrskov	54		15.000
Viborg	53		30.000
Randers	52		31.000
Skive	51		15.000
Odder	51		6.900
Holstebro	51		18.000
Struer	50		6.900
Hedensted	49		14.000
Syddjurs	49		13.000
Ikast-Brande	49		12.000
Norddjurs	49		12.000
Ringkøbing-Skjern	47		16.000
Samsø	46		1.200
Lemvig	44		5.800
Region Midtjylland	53		397.000

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



Ønsker at spise mere sundt – kommuner

Andelen, der gerne vil spise mere sundt, varierer fra 44 % i Lemvig til 55 % i Aarhus, jævnfør figur 5.18.

Der er signifikant flere end i hele befolkningen, som gerne vil spise mere sundt, i:

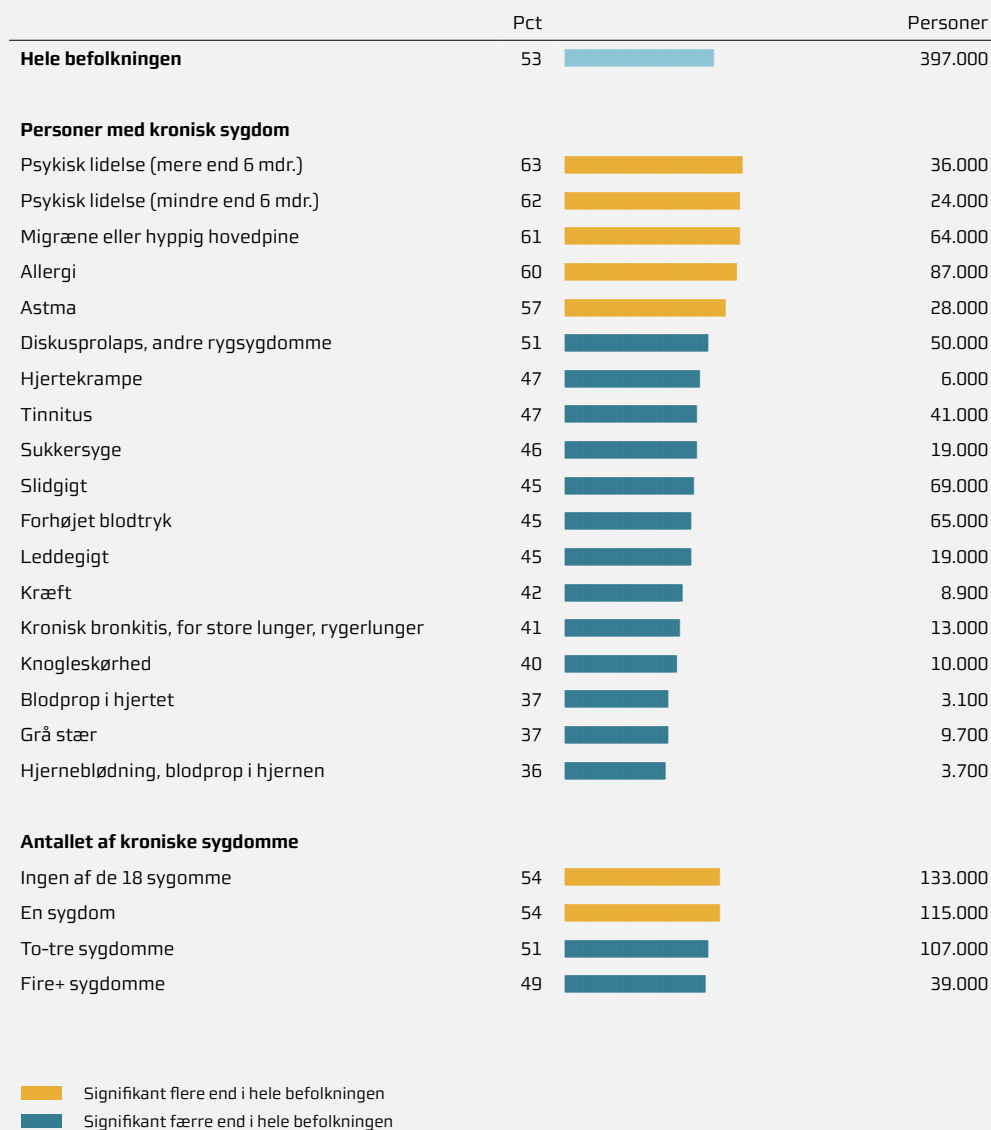
- Aarhus

Der er signifikant færre end i hele befolkningen, som ønsker at spise mere sundt, i følgende kommuner:

- Hedensted
- Syddjurs
- Ikast-Brande
- Norddjurs
- Ringkøbing-Skjern
- Samsø
- Lemvig

FIGUR 5.19

Vil gerne spise sundt - kroniske sygdomme



Ønsker at spise mere sundt – kroniske sygdomme

Der er stor variation mellem sygdomsgrupper i andelen, der gerne vil spise sundere, hvilket fremgår af figur 5.19.

Andelen varierer fra 36 % hos personer, der har haft eller har eftervirkninger fra en hjerneblødning/blodprop i hjernen til 63 % hos personer med en psykisk lidelse (mere end 6 mdr.).

Blandt følgende sygdomsgrupper er der signifikant flere end i hele befolkningen, som ønsker at spise sundere:

- Psykisk lidelse af mere end 6 måneders varighed
- Psykisk lidelse af mindre end 6 måneders varighed
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Allergi
- Astma

Blandt følgende sygdomsgrupper er der signifikant færre end i hele befolkningen, som ønsker at spise sundere:

- Diskusprolaps, andre rygsygdomme
- Hjertekrampe
- Tinnitus
- Sukkersyge
- Slidgigt
- Forhøjet blodtryk
- Leddegigt
- Kræft
- Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger
- Knogleskørhed
- Blodprop i hjertet
- Grå stær
- Hjerneblødning, blodprop i hjernen

Det kan dog bemærkes, at personer, der har ovenstående kroniske sygdomme, ikke nødvendigvis har mindre fokus på sund kost, men at de netop i kraft af deres sygdom måske allerede har ændret kostvaner, hvorved forbedringspotentialer kan være mindre end i den generelle befolkning.

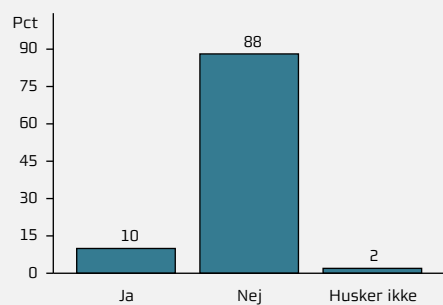
Der er en svag negativ sammenhæng mellem antallet af kroniske sygdomme og andelen, der ønsker at spise mere sundt, jævnfør figur 5.19. 54 % blandt personer uden en kronisk sygdom eller med én kronisk sygdom ønsker at spise mere sundt, mens det gælder for lidt færre, 49 %, blandt personer med fire eller flere sygdomme.

FIGUR 5.20, 5.21 OG 5.22

Rådgivning fra egen læge i forhold til kost og selv vurderede kostvaner

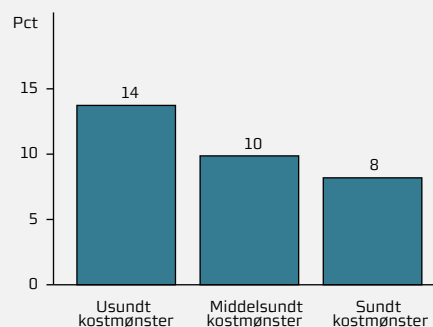
Figur 5.20

Har egen læge rådet dig til at ændre kostvaner inden for de sidste 12 måneder?



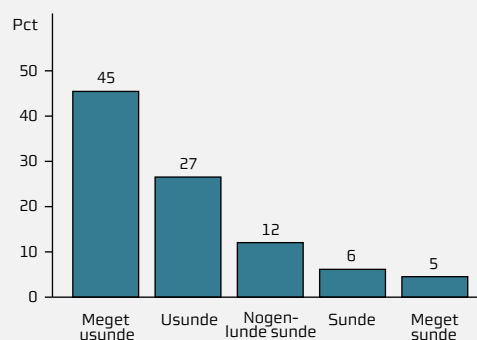
Figur 5.21

Har modtaget råd om at ændre kostvaner i forhold til kostmønster



Figur 5.22

Har modtaget råd om at ændre kostvaner i forhold til selv vurderede kostvaner



Rådgivning fra egen læge i forhold til kost

10 % af de, som har været til læge inden for de sidste 12 måneder, er blevet rådet til at ændre kostvaner, jævnfør figur 5.20.

Af figur 5.21 fremgår det, at blandt personer med et usundt kostmønster har 14 % modtaget råd om at ændre kostvaner. Det samme gælder for 10 % med et midt-sundt kostmønster og 8 % med et sundt kostmønster.

Til sammenligning ses en stor sammenhæng mellem selvvalgte kostvaner og andelen, der er blevet rådet til at ændre kostvaner, jævnfør figur 5.22. Blandt personer, der vurderer egne kostvaner som usunde eller meget usunde, er henholdsvis 27 % og 45 % blevet rådet til at spise sundere, mens dette kun gælder for 6 % og 5 % af de, der vurderer egne kostvaner som værende henholdsvis sunde eller meget sunde.

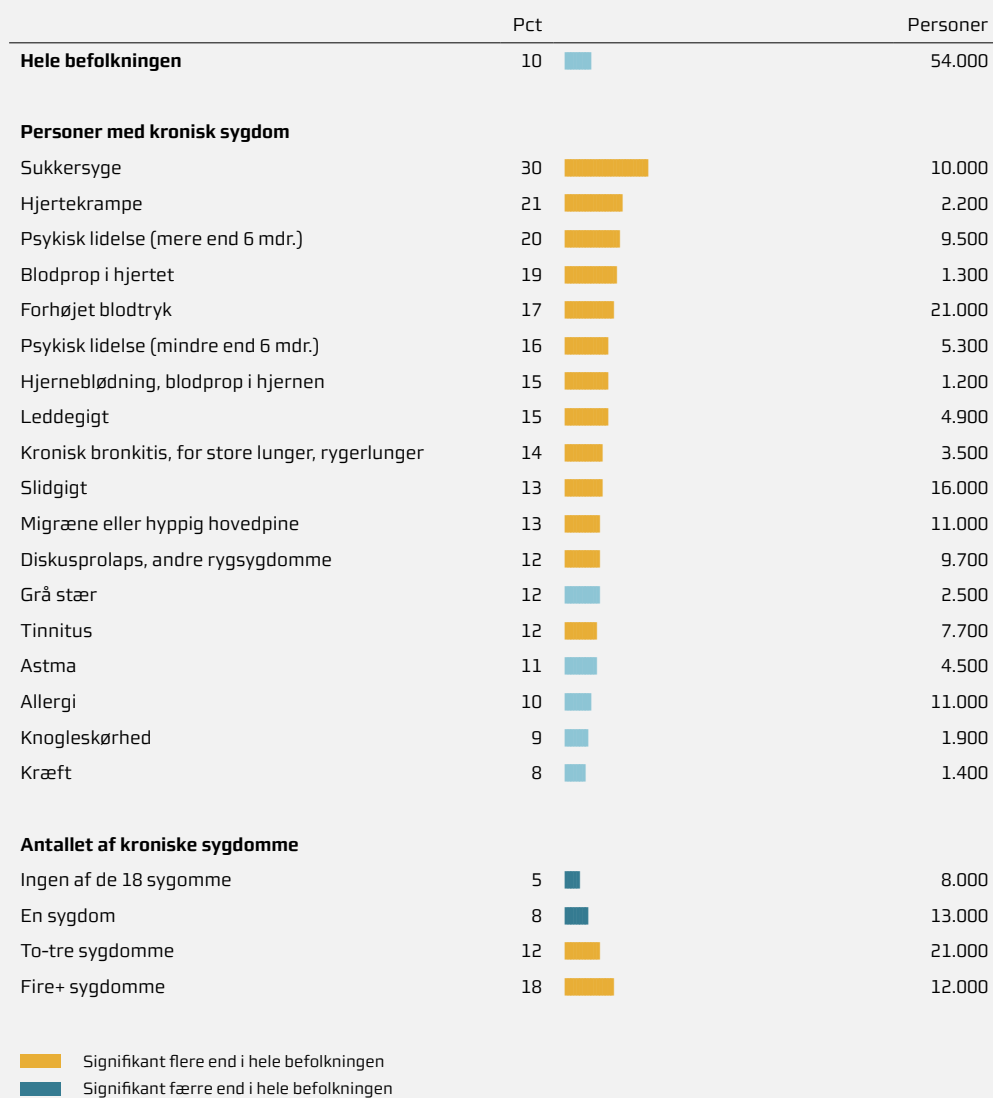
Tallene afspejler muligvis, at personer, der opfatter sine kostvaner som usunde, i højere grad har spurgt lægen til råd om sund kost.

► **2006-2013.** Fra 2006 til 2013 er der sket et fald i andelen, der har modtaget råd fra egen læge om at ændre kostvaner. Se [figur 5.11.S i bind 2](#). Der er ingen signifikant ændring i andelen, der har et usundt kostmønster, som har fået råd fra egen læge om at ændre kostvaner. Faldet skyldes således, at grupperne med middelsundt og sundt kostmønster i mindre grad er blevet rådet til at ændre kostvaner, jævnfør [figur 5.12.S](#). ◀

► **2010-2013.** Overordnet er der sket et fald i andelen, der har modtaget råd fra egen læge om at ændre kostvaner i perioden fra 2010 til 2013, jævnfør [figur 5.11.S i bind 2](#). Der er ingen signifikant ændring i andelen, der har et usundt kostmønster, som har fået råd fra egen læge om at ændre kostvaner. Faldet skyldes således, at grupperne med middelsundt og sundt kostmønster i mindre grad er blevet rådet til at ændre kostvaner, jævnfør [figur 5.12.S](#). ◀

FIGUR 5.23

Har du fået råd fra lægen om at ændre kostvaner - kroniske sygdomme



Rådgivning fra egen læge i forhold til kost – kroniske sygdomme

Flere personer med en kronisk sygdom er blevet rådet til at ændre kostvaner af lægen, hvilket fremgår af figur 5.23.

Ved 13 ud af de 18 kroniske sygdomme er der signifikant flere end i hele befolkningen, der har fået råd fra lægen om at ændre kostvaner. Det gælder følgende sygdomme:

- Sukkersyge
- Hjertekrampe
- Psykisk lidelse af mere end 6 måneders varighed
- Blodprop i hjertet
- Forhøjet blodtryk
- Psykisk lidelse af mindre end 6 måneders varighed
- Hjerneblødning, blodprop i hjernen
- Leddegigt
- Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger
- Slidgigt
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Diskusprolaps, andre rygsygdomme
- Tinnitus

Det ses, at mange af de kroniske sygdomme på listen er livsstilssygdomme, hvor der er fokus på, at forværring af sygdommen kan forebygges eller at udbyttet af behandlingen kan forbedres ved et sundt kostmønster.

Derudover er der en stærk sammenhæng mellem antallet af kroniske sygdomme og andelen, der har fået råd fra lægen om at ændre kostvaner, jævnfør figur 5.23. 5 % blandt personer uden en kronisk sygdom har fået råd herom, mens det samme gælder for 18 % med fire eller flere sygdomme.

Sammenfatning

Når man ser på det samlede kostmønster målt ud fra kostscoren, spiser 12 % af befolkningen i Region Midtjylland usundt, mens 20 % spiser sundt.

Andelen med et usundt kostmønster er uændret fra 2010 til 2013, hvorimod andelen af personer med et sundt kostmønster er faldet omkring 4 procentpoint i perioden.

Opdeles kostmønsteret i de fire kostkomponenter frugt, grønt, fisk og fedt, viser det sig, at der især bliver spist for lidt fisk og for meget fedt.

Der er store forskelle i kostmønstre i forhold til demografiske og sociale forhold. Særligt er der stor forskel mellem køn, alder og uddannelsesniveau. Mænd har i langt højere grad end kvinder et usundt kostmønster. Personer med et lavt uddannelsesniveau har oftere et usundt kostmønster end hele befolkningen. Mens en større andel i den ældre del af befolkningen spiser for lidt grønt og for meget fedt, er der flere i den yngre del af befolkningen, som ikke får nok fisk.

Omkring halvdelen af den voksne befolkning ønsker at spise sundere. Ønsket om at spise mere sundt hænger i højere grad sammen med selvvalgte kostvaner end faktisk kostmønster vurderet ved hjælp af den anvendte kostscore.

Der er desuden en sammenhæng mellem ønsket om at spise mere sundt og køn, alder og sociale forhold. Der er en større andel af kvinder, 25-34-årige og personer med højt uddannelsesniveau, som ønsker at spise mere sundt.

10 % er blevet rådet af lægen til at spise sundere. Blandt personer, der vurderer egne kostvaner som meget usunde er 45 % blevet rådet af lægen til at spise sundere. Samtidig er der en større andel blandt personer med kroniske sygdomme, der er blevet rådet til at spise sundere.

Referencer

1. Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F. Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. 1st ed. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2007. p. 247–60.
2. World Health Organisation. The European health report 2012: charting the way to well-being. Copenhagen: World Health Organisation. Regional office for Europe; 2013.
3. Fødevarestyrelsen. De officielle kostråd. 1st ed. Glostrup: Fødevarestyrelsen; 2013.
4. Becker W, Konde ÅB, Ohlander E-M, Lyhne N, Pedersen AN, Aro A, et al. Nordic Nutrition Recommendations 2004. Integrating nutrition and physical activity. Copenhagen (Denmark); 2004.
5. Pedersen AN, Fagt S, Groth MV, Christensen T, Billetoft-Jensen A, Matthiesen J, et al. Danskernes kostvaner 2003 - 2008. 1st ed. Søborg: DTU Fødevareinstituttet; 2010.
6. World Health Organisation. Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Geneva (Switzerland): World Health Organisation; 2003.
7. Ovesen L, Andersen NL, Dragsted LO, Godtfredsen J, Haraldsdóttir J, Stender S, et al. Frugt, grønt og helbred. Opdatering af vidensgrundlaget. Søborg; 2002.
8. Ovesen L, Astrup A, Dyerberg J, Stender S. Vand, salt, mineraler og sporstoffer. In: Astrup A, Dyerberg J, Stender S, editors. Menneskets ernæring 2. udgave. København: Munksgaard; 2008. p. 149–62.
9. Cohen a K, Rai M, Rehkopf DH, Abrams B. Educational attainment and obesity: a systematic review. *Obes Rev*. 2013 Jul 25;(16):1–17.
10. De Irala-Estevez J, Groth M, Johansson L, Oltersdorf U, Prättälä R, Martinez-Gonzalez MA. A systematic review of socio-economic differences in food habits in Europe: consumption of fruit and vegetables. *Eur J Clin Nutr*. Nature Publishing Group; 54(9):706–14; 2000.
11. Haraldsdóttir J. Næringstofanbefalinger - principper og anvendelse. In: Astrup A, Dyerberg J, Stender S, editors. Menneskets ernæring. 2nd ed. København: Munksgaard; 2008. p. 77–82.
12. Boeing H, Bechthold A, Bub A, Ellinger S, Haller D, Kroke A, et al. Critical review: vegetables and fruit in the prevention of chronic diseases. *Eur J Nutr* (Internet). 2012 Sep (cited 2013 Sep 18);51(6):637–63. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3419346&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
13. Osler M, Godtfredsen J, Grønbæk MN, Marckmann P, Overvad OK. En kvantitativ vurdering af kostens betydning for dødeligheden af hjertesygdomme i Danmark. Beregning af ætiologisk fraktion. *Ugeskr Læger*. 2000;162:4921–5.
14. He K, Song Y, Daviglus ML, Liu K, Van Horn L, Dyer AR, et al. Accumulated evidence on fish consumption and coronary heart disease mortality: a meta-analysis of cohort studies. *Circulation* (Internet). 2004 Jun 8 (cited 2013 Oct 15);109(22):2705–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15184295>
15. Mozaffarian D, Rimm EB. Fish intake, contaminants, and human health: evaluating the risks and the benefits. *JAMA* (Internet). 2006 Oct 18 (cited 2013 Feb 26);296(15):1885–99. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17047219>
16. Hu FB, Manson JE, Willett WC. Types of dietary fat and risk of coronary heart disease: a critical review. *J Am Coll Nutr* (Internet). 2001 Feb;20(1):5–19. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11293467>
17. Toft U, Kristoffersen LH, Lau C, Borch-Johnsen K, Jørgensen T. The Dietary Quality Score: validation and association with cardiovascular risk factors: the Inter99 study. *Eur J Clin Nutr*. 2007 Feb;61(2):270–8.
18. Holm L. Hvad styrer kostvanerne? In: Astrup A, Dyerberg J, Stender S, editors. Menneskets ernæring. 2nd ed. København: Munksgaard; 2008. p. 212–23.
19. Ziebell B, Eriksen K. Forebyggelsespakke: Mad og Måltider. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
20. Forebyggelseskommissionen. Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats. København: Forebyggelseskommissionen; 2009.

6. OVERVÆGT

I år 2000 valgte WHO at betegne den stadigt stigende forekomst af overvægt som en fedmeepidemi (1). En global undersøgelse af udviklingen i Body Mass Index (BMI) fra 1980 til 2008 viser, at der i stort set samtlige lande har været en betydelig stigning i BMI i hele perioden (2).

I Danmark har udviklingen også været markant. På baggrund af sessionsdata, hvor højde og vægt er målt på værnepligtige mænd, kan det dokumenteres, at forekomsten af svær overvægt blandt unge mænd er 50 gange større nu, end den var i slutningen af 1960'erne (3,4). I perioden fra 1987 til 2010 er der ligeledes sket en væsentlig stigning i forekomsten af både moderat og svær overvægt blandt voksne i alle aldersgrupper og både blandt mænd og kvinder (5).

Inden for de seneste år har det dog været diskuteret, om fedmekurven er knækket (3,4). Blandt den ældre befolkning i Spanien er der dokumenteret et fald i overvægtige (6). Baseret på tal fra 2002-2010 ser det ud til, at udviklingen blandt danske børn har nået et plateau, hvor andelen hverken stiger eller falder (7). En metaanalyse fra 2010, der er baseret på 52 undersøgelser fra 25 lande, viser en opbremsning i den meget kraftige vækst i andelen af svært overvægtige. Der er dog store forskelle i udviklingen landene imellem samt udviklingen inden for forskellige befolkningsgrupper i samme lande (4).

Der er sociale forskelle i forekomsten af overvægt. Svær overvægt forekommer især i befolkningsgrupper med de korteste uddannelser, laveste indkomster og blandt personer i ufaglærte jobs samt i højere grad på landet end i byerne (8-12). Der er desuden en særlig høj forekomst af overvægt blandt borgere med psykisk sygdom (13).

Moderat og svær overvægt indebærer en forøget risiko for tidlig død og kroniske sygdomme som type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdomme samt visse former for kræft (8-10,14-16). Desuden er overvægt relateret til lidelser i bevægeapparatet såsom slidgigt og leddegigt (15). Psykisk mistrivsel og reproduktionsproblemer er andre eksempler på problematikker, der kan henføres til overvægt (15).

Omtrent 1.300-1.400 dødsfald om året er relateret til moderat eller svær overvægt, hvilket svarer til omkring 2 % af alle dødsfald (10). Svær overvægt reducerer markant antallet af leveår uden langvarig belastende sygdom, gode leveår samt kvalitetsjusterede leveår hos både mænd og kvinder. Overvægtige kvinder har generelt flere tabte leveår, større tab i middellevetid samt flere tabte kvalitetsjusterede leveår end overvægtige mænd (10).

I 2006 blev overvægt i Danmark relateret til 55.000 hospitalsindlæggelser, 1,1 mio. ekstra kontakter til alment praktiserende læge samt 1,8 mio. ekstra fraværdsdage fra arbejdet på grund af sygdom (10). Sundhedsvæsenets årlige nettoomkostninger relateret til overvægt er estimeret til 1.473 mio. kroner (10), og WHO skønner, at 8-15 % af de industrialiserede landes omkostninger ved sygdomme kan henføres til overvægt (11). Der er således et stort helbredsmæssigt og økonomisk potentiale i at nedbringe forekomsten af overvægt og især svær overvægt.

Overvægt skyldes en manglende evne til at regulere energibalancen, hvormed fedtdepoternes størrelse øges i en grad, der medfører øget risiko for følgesygdomme og for tidlig død (17).

Landsdækkende kostundersøgelser har dokumenteret et fald i det gennemsnitlige kalorieindtag for den voksne befolkning igennem en årrække (3,18). Når forekomsten af overvægt alligevel er øget, tyder det på, at der er sket en meget kraftig reduktion i den fysiske aktivitet som følge af ændringer i arbejdsliv, transportmønster og motionsvaner i fritiden.

Derudover peger forskning på genetisk disposition, søvn og stress, rygeophør samt fødselsvægt og betingelser i fosterstadiet som relevante faktorer i forhold til vægtudvikling (19, 20). Desuden har borgere med psykisk sygdom eller psykisk og fysisk handicap en særlig høj risiko for at udvikle overvægt, hvilket blandt andet kan skyldes den psykofarmakologiske behandling (21), samt de usunde kost- og fysiske aktivitetsvaner, der ofte forekommer i denne gruppe (13). Graviditet kan ligeledes være en udløsende faktor i forhold til overvægt. Gennemsnitligt er vægtøgningen et år efter fødslen 2 kg, men dette dækker over, at cirka en tredjedel har tabt sig, mens flertallet har taget på (17).

Definition af overvægt

Vægtstatus er i *Hvordan har du det?* målt ved hjælp af BMI på baggrund af svarpersonernes oplysninger om højde og vægt.

BMI beregnes ved at dividere vægten i kg med højden i meter i anden (kg/m²). På baggrund af BMI foretages der en inddeling i fire vægtklasser:

Svær overvægt:	BMI $\geq$ 30
Moderat overvægt:	BMI 25-29,9
Normalvægt:	BMI 18,5-24,9
Undervægt:	BMI < 18,5

Ovenstående grænser er fastlagt af WHO i forhold til helbredsrisikoen forbundet med de forskellige vægtklasser (22). Helbredsrisikoen omfatter i denne sammenhæng for eksempel hjerte-kar-sygdom og diabetes. Når personer med moderat overvægt sammenlignes med normalvægtige personer, har de en forøget helbredsrisiko. Denne risiko er yderligere forøget blandt personer med svær overvægt (22).

Det skal nævnes, at der er en tilbøjelighed blandt overvægtige til at oplyse en lavere vægt end den faktiske (20). Derfor må undersøgelsens opgørelse over overvægtige betragtes som et minimum.

BMI anvendt som mål for fedtmassen er behæftet med en vis usikkerhed, fordi det ikke tager højde for kroppens sammensætning. Størrelsen af fedtdepoter og muskelmasse varierer meget mellem mænd og kvinder, trænede og utrænede, yngre og ældre samt hos gravide, personer med ødem og forskellige etniske grupper (15,22). I nogle tilfælde kan taljemål derfor være et godt supplement til BMI. Et forhøjet taljemål øger risikoen for de fleste livsstilssygdomme, fordi fedt omkring maven er mere skadeligt for helbredet end fedt, der sidder på hofterne (14,22).

Der er dog enighed om, at BMI kan bruges til at sammenligne vægtniveau, både blandt forskellige befolkningsgrupper, aldersgrupper, etniske grupper og blandt mænd og kvinder. BMI grænserne muliggør identifikation af individer eller grupper, der har forhøjet risiko for sygelighed og dødelighed og dermed, hvem interventioner og behandling bør rettes mod.

Motivation og rådgivning

Overvægt er ikke en sundhedsvane, men kan betegnes som en typisk konsekvens af usunde vaner i forhold til kost og fysisk aktivitet. Reduktion i forekomsten af overvægt kan således benyttes som en simpel indikation for effekten af indsatser, der er foretaget i forhold til forbedring af kostmønstre og fysisk aktivitet. Det skal dog understreges, at mennesker kan være mere eller mindre disponerede for at udvikle overvægt som følge af forskelle i genetik, opvækstvilkår og aktuel livssituation, herunder medicinering.

Forebyggelse af overvægt hænger tæt sammen med kost, fysisk aktivitet og mental sundhed, og det kan være vigtigt at sætte tidligt ind over for børn og unge, da overvægt i barn- og ungdommen også ofte fortsætter i voksenlivet (23). Vægttab hos borgere, der er blevet overvægtige, opnås dels ved øget fysisk aktivitet og dels ved en mindske i energiindtaget. Lægemedler og kirurgiske indgreb bør være sidste udvej (17).

Motivation til at tabe sig er generelt høj, men det kan virke som en uoverskuelig opgave at ændre kost- og motionsvaner. En forudsætning for varige ændringer i sundhedsvaner mod en sundere livsstil er, at der er de fornødne rammer for fysisk aktivitet, og at sund kost er tilgængelig og overskuelig i hverdagen.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet rapporten *Forebyggelsespakke - Overvægt*, der har til formål at understøtte kommunernes arbejde med at fremme normalvægt, forebygge moderat overvægt blandt borgere med normalvægt og forebygge svær overvægt hos borgere med moderat overvægt (14). Skellen mellem moderat og svær overvægt er ligeledes gennemgående i dette kapitel, hvilket muliggør indsatser specifikt rettet mod hver af disse to grupper.

Desuden er størstedelen af anbefalingerne i forebyggelsespakkerne om *Mad og Måltider* og *Fysisk Aktivitet* afgørende elementer i en bred kommunal indsats til forebyggelse af overvægt (14,24,25).

I det følgende beskrives forekomsten af moderat og svær overvægt i forhold til køn, alder og sociale forhold, samt i forhold til kroniske sygdomme og fordeling i de forskellige kommuner. Der skal gøres opmærksom på, at ved opgørelser af moderat overvægt udgøres baggrundsbeholdningen både af normalvægtige såvel som af undervægtige og svært overvægtige.

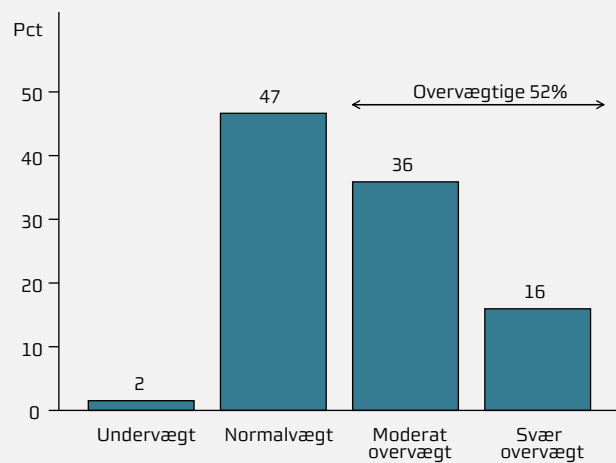
Herefter belyses motivation og rådgivning i forhold til vægttab samt ønske om at spise mere sundt i forhold til vægtklasser. Ønske om vægttab beskrives desuden i forhold til køn, alder og sociale forhold samt kroniske sygdomme og fordelingen i de forskellige kommuner.

Boks 6.1 Spørgsmål, der anvendes til at belyse befolkningens vægtstatus

- Hvor høj er du (uden sko)?
- Hvor meget vejer du i hele kg (uden tøj)?
- Hvordan vurderer du selv din vægt?
- Vil du gerne tabe dig?
- Har din læge i løbet af de sidste 12 måneder rådet dig til at tabe dig?

FIGUR 6.1

Befolkningens fordeling på vægtklasser



Hvor mange er overvægtige?

Figur 6.1 viser, at omtrent halvdelen af befolkningen er overvægtige (52 %). 36 % er moderat overvægtige og 16 % er svært overvægtige. Dette svarer til, at der i regionen er omtrent 268.000 moderat overvægtige og 119.000 svært overvægtige (jævnfør figur 6.2).

► **2006-2013.** Der har været en lille stigning i andelen af svært overvægtige fra 14 % til 16 %. Ligeledes har der i samme periode været et fald fra 49 % til 47 % i andelen af normalvægtige. Se [figur 6.1.S i bind 2](#). ◀

► **2010-2013.** Der har ikke været nogen signifikant ændring i vægtklasserne i perioden fra 2010 til 2013. Se [figur 6.1.S i bind 2](#). ◀

FIGUR 6.2

Overvægt - køn, alder og sociale forhold

	Moderat overvægt		Svær overvægt		Overvægtige	
	Pct		Pct		Moderat	Svær
Alle	36		16		268.000	119.000
Køn						
Mand	43		16		163.000	60.000
Kvinde	29		16		105.000	59.000
Alder						
25-34	28		13		35.000	16.000
35-44	34		16		51.000	24.000
45-54	38		17		61.000	28.000
55-64	39		17		58.000	25.000
65-74	39		18		48.000	21.000
75-79	40		15		14.000	5.300
Uddannelsesniveau						
Lavt	38		23		45.000	28.000
Middel	38		17		147.000	64.000
Højt	31		11		71.000	25.000
Sociogeografisk gruppe						
Gruppe 1 (højest)	32		10		36.000	12.000
Gruppe 2	36		15		77.000	31.000
Gruppe 3	38		18		70.000	33.000
Gruppe 4	37		18		68.000	34.000
Gruppe 5 (lavest)	34		19		16.000	9.300
Bolig						
Ejer	37		15		205.000	85.000
Lejer	32		18		59.000	32.000
Samlivssituation						
Alene	33		17		67.000	34.000
Gift/samlevende	37		16		196.000	83.000
Børn i hjemmet 0-15 år						
Ingen børn	37		17		211.000	95.000
Børn	33		14		52.000	22.000
Arbejde (25-64 år)						
I arbejde	35		14		159.000	65.000
Ikke i arbejde	34		20		44.000	26.000

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

Overvægt - køn, alder og sociale forhold

Figur 6.2 viser andelen af moderat og svært overvægtige i forhold til køn, alder og sociale forhold.

Det fremgår af figuren, at 43 % af alle mænd er moderat overvægtige og 16 % er svært overvægtige. Det betyder, at i alt 59 % af alle mænd i alderen 25-79 år er overvægtige. Blandt kvinder er 29 % moderat overvægtige og 16 % er svært overvægtige, hvilket betyder, at i alt 45 % af alle kvinder i alderen 25-79 år er overvægtige. Med hensyn til moderat overvægt stiger andelen med stigende alder, mens der ikke er samme tydelige tendens for svær overvægt. For både moderat og svær overvægt ses de laveste forekomster blandt personer med højt uddannelsesniveau. Hver femte person i den erhvervsaktive alder, der ikke har et arbejde, er svært overvægtig.

Køn. Der er en markant større andel af mænd end kvinder, der er moderat overvægtige. Andelen af svært overvægtige er den samme for mænd og kvinder.

Alder. Andelen af moderat overvægtige stiger med stigende alder. Forekomsten af svær overvægt er størst blandt personer i alderen 45-54 år og 65-74 år.

Uddannelsesniveau. Andelen af moderat overvægtige er større blandt personer med lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau sammenlignet med befolkningen generelt. Omtrent hver fjerde person med lavt uddannelsesniveau er svært overvægtig, og andelen falder med stigende uddannelsesniveau.

Sociogeografisk gruppe. Den største forekomst af moderat overvægt ses i gruppe 3, og i forhold til svær overvægt findes de største forekomster i gruppe 3, 4 og 5.

Bolig. Andelen af moderat overvægtige er størst blandt personer, der bor i ejerbolig. Omvendt forholder det sig for andelen af svært overvægtige, som er størst for personer, der bor i lejebolig.

Samlivssituation. Andelen af moderat overvægtige er størst blandt personer, der er gift/samlevende. I forhold til svær overvægt er der stort set ingen forskel blandt personer, der er gift/samlevende eller bor alene.

Børn i hjemmet. Andelen af moderat og svær overvægtige er større blandt personer, der ikke har hjemmeboende børn til sammenligning med personer, der har børn i hjemmet.

Arbejde. Der er ikke forskel i andelen af moderat overvægtige i forhold til, om man er i arbejde eller ej. Til gengæld er der en større andel af svært overvægtige blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der

ikke har et arbejde, i forhold til personer i samme alder, der er i arbejde. Hver femte person i den erhvervsaktive alder, der ikke har et arbejde, er svært overvægtig.

Sammenlignet med hele befolkningen er der signifikant flere *moderat overvægtige* blandt følgende grupper:

- Mænd
- Personer i alderen 45-79 år
- Personer med lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau
- Sociogeografisk gruppe 3
- Personer, der bor i ejerbolig
- Personer, der er gift eller samlevende
- Personer, der ikke har hjemmeboende børn

Sammenlignet med hele befolkningen er der signifikant flere *svært overvægtige* blandt følgende grupper:

- Personer i alderen 45-54 år og 65-74 år
- Personer med lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau
- Sociogeografisk gruppe 3, 4 og 5
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der bor alene
- Personer, der ikke har hjemmeboende børn
- Personer, der ikke er i arbejde (25-64 år)

► **2006-2013.** I forhold til *moderat overvægt* har der fra 2006 til 2013 generelt ikke været nogen ændring i andelen af moderat overvægtige i de forskellige undergrupper. Der har dog været en lille stigning på 1 procentpoint blandt kvinder. Se [figur 6.2.S i bind 2](#). I forhold til *svær overvægt* har der været en stigning på 2 procentpoint i andelen af svært overvægtige, både blandt mænd og kvinder. I forhold til alder har stigningen været størst blandt de 35-54-årige. Der har desuden været en stigning i andelen af svært overvægtige i alle uddannelsesgrupper, men den største stigning på 5 procentpoint ses blandt personer med lavt uddannelsesniveau. Se [figur 6.3.S i bind 2](#). ◀

► **2010-2013.** I forhold til *moderat overvægt* har der i perioden været et lille fald på 2 procentpoint blandt mænd og på 3 procentpoint blandt de 65-74-årige i andelen af moderat overvægtige. Se [figur 6.2.S i bind 2](#). I forhold til *svær overvægt* har der i perioden fra 2010 til 2013 været en lille stigning på 2 procentpoint blandt de 45-54-årige. Se [figur 6.3.S i bind 2](#). ◀

FIGUR 6.3

Svær overvægt - køn, alder og uddannelsesniveau



Overvægt – samspil mellem køn, alder og uddannelsesniveau

Figur 6.3 viser forekomsten af svær overvægt i befolkningen fordelt på køn, alder, og uddannelsesniveau.

Den største forekomst af svær overvægt ses blandt lavtuddannede kvinder i alderen 25-34 år, hvor hver tredje er svært overvægtig. Til sammenligning hermed ses den laveste forekomst blandt højtuddannede mænd i alderen 25-34 år, hvor kun hver tyvende er svært overvægtig.

Generelt viser figuren, at der er en tydelig uddannelsesmæssig gradient i andelen af svært overvægtige med de største forekomster blandt personer med lavt uddannelsesniveau og de laveste forekomster blandt personer med højt uddannelsesniveau.

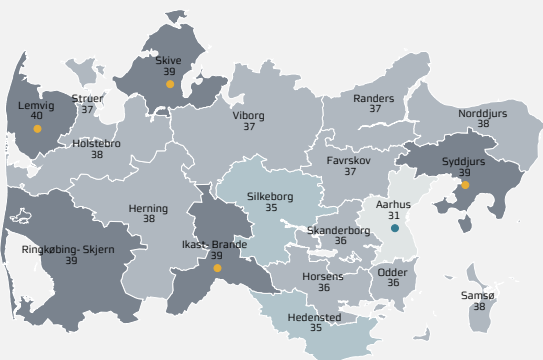
Blandt kvinder med lavt uddannelsesniveau ses der en aldersgradient med en faldende forekomst af svær overvægt med stigende alder. Der ses ikke en klar gradient i nogle af de andre grupper, omend der ses en lignende tendens blandt kvinder med middelhøjt uddannelsesniveau.

FIGUR 6.4
Overvægt - kommuner

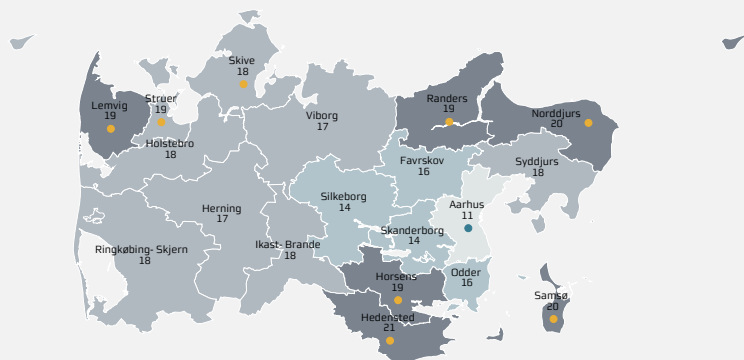
	Moderat overvægt		Svær overvægt		Overvægtige	
	Pct		Pct		Moderat	Svær
Hedensted	35		21		9.800	5.800
Samsø	38		20		1.000	500
Norddjurs	38		20		8.900	4.500
Horsens	36		19		17.000	9.300
Lemvig	40		19		5.200	2.500
Randers	37		19		22.000	11.000
Struer	37		19		4.900	2.500
Skive	39		18		11.000	5.200
Holstebro	38		18		13.000	6.000
Ringkøbing-Skjern	39		18		13.000	6.000
Ikast-Brande	39		18		9.300	4.200
Syddjurs	39		18		10.000	4.600
Viborg	37		17		21.000	9.800
Herning	38		17		19.000	8.600
Favrskov	37		16		11.000	4.500
Odder	36		16		4.900	2.100
Silkeborg	35		14		19.000	7.500
Skanderborg	36		14		12.000	4.700
Aarhus	31		11		54.000	19.000
Region Midtjylland	36		16		268.000	119.000

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

Moderat overvægt



Svær overvægt



Overvægt - kommuner

Figur 6.4 er en oversigt over andelen af moderat og svært overvægtige i de 19 kommuner i Region Midtjylland.

Andelen af moderat overvægtige varierer fra 31 % i Aarhus til 40 % i Lemvig. Med hensyn til svær overvægt varierer andelen fra 11 % i Aarhus til 21 % i Hedensted.

Sammenlignet med hele befolkningen er der signifikant flere *moderat overvægtige* i følgende kommuner:

- Lemvig
- Skive
- Ringkøbing-Skjern
- Ikast-Brande
- Syddjurs

Sammenlignet med hele befolkningen er der signifikant flere *svært overvægtige* i følgende kommuner:

- Hedensted
- Samsø
- Norddjurs
- Horsens
- Lemvig
- Randers
- Struer
- Skive

► **2006-2013.** I forhold til *moderat overvægt* har der ikke været nogen signifikant udvikling i de enkelte kommuner. Se [figur 6.4.S i bind 2](#). I forhold til *svær overvægt* har der været en stigning i følgende kommuner: Hedensted, Odder, Randers, Ikast-brande, Lemvig, Struer, Herning, Skive, Ringkøbing-Skjern, Holstebro og Favrskov. Se [figur 6.5.S i bind 2](#). ◀

► **2010-2013.** I forhold til *moderat overvægt* har der i perioden fra 2010 til 2013 generelt ikke været nogen signifikant udvikling i de enkelte kommuner. Undtagelsen er i Syddjurs, hvor andelen af moderat overvægtige i perioden er steget med 4 procentpoint. Se [figur 6.4.S i bind 2](#). I forhold til *svær overvægt* har der ikke været nogen signifikant ændring i andelen i nogen af kommunerne. Se [figur 6.5.S i bind 2](#). ◀

FIGUR 6.5
Overvægt - kroniske sygdomme



Overvægt - kroniske sygdomme

Figur 6.5 er en oversigt over moderat og svær overvægt blandt personer med kroniske sygdomme. Svær overvægt kan både være en medvirkende årsag til udvikling af sygdom, som ved type 2-diabetes og slidgigt, og en følge af sygdom (15). Desuden er svær overvægt – og i nogle tilfælde moderat overvægt – en særlig problematisk helbredsbelastning hos personer, der har en kronisk sygdom.

Sammenlignet med hele befolkningen er der signifikant flere *moderat overvægtige* i følgende sygdomsgrupper:

- Blodprop i hjertet
- Tinnitus
- Forhøjet blodtryk
- Leddegigt
- Slidgigt

Der er generelt markant flere med kroniske sygdomme, som er svært overvægtige, end i befolkningen som helhed. Undtagelsen er blandt personer med kræft og personer med knogleskørhed. Blandt sidstnævnte gruppe er svær overvægt mindre udbredt end i hele befolkningen. Variationen på tværs af de kroniske sygdomme er større for de svært overvægtige end for de moderat overvægtige.

Sammenlignet med hele befolkningen er der signifikant flere *svært overvægtige* i følgende sygdomsgrupper:

- Sukkersyge
- Hjertekrampe
- Forhøjet blodtryk
- Blodprop i hjertet
- Psykisk lidelse af mere end 6 måneders varighed
- Psykisk lidelse af mindre end 6 måneders varighed
- Leddegigt
- Hjerneblødning, blodprop i hjernen
- Slidgigt
- Grå stær
- Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger
- Astma
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Tinnitus
- Allergi

Samlet set er forekomsten af overvægt (moderat og svær overvægt lagt sammen) 74 % blandt personer med sukkersyge, 71 % blandt personer, der har haft blodprop i hjertet og 68 % blandt personer med forhøjet blodtryk og hjertekrampe. Andelen af overvægtige er således betydelig højere for disse sygdomsgrupper end for befolkningen som helhed, hvor andelen er 52 %.

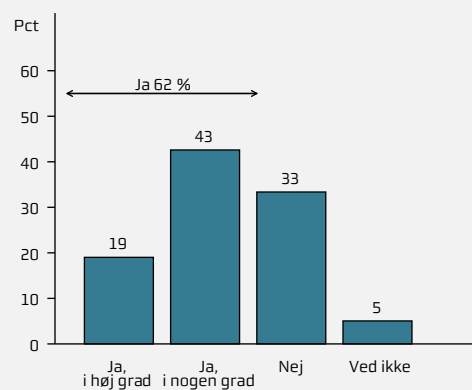
► **2006-2013.** I forhold til *moderat overvægt* har der for langt de fleste kroniske sygdomme ikke har været nogen signifikante ændringer i perioden fra 2006 til 2013. Dog er andelen af moderat overvægtige faldet med 4 procentpoint blandt personer med tinnitus. Se [figur 6.6.S i bind 2](#). I forhold til *svær overvægt* har der været en stigning blandt personer med følgende sygdomme: hjertekrampe, grå stær, sukkersyge, migræne eller hyppig hovedpine, allergi, forhøjet blodtryk, tinnitus og diskusprolaps og andre rygsygdomme. Se [figur 6.7.S i bind 2](#). ◀

► **2010-2013.** I forhold til *moderat overvægt* har der i perioden fra 2010 til 2013 været et fald blandt personer med hjertekrampe. Se [figur 6.6.S i bind 2](#). I forhold til *svær overvægt* har der i perioden ikke været nogen signifikante ændringer blandt personer med kronisk sygdom. Undtagelsen er hos personer med hjertekrampe, hvor andelen er steget med 7 procentpoint. Se [figur 6.7.S i bind 2](#). ◀

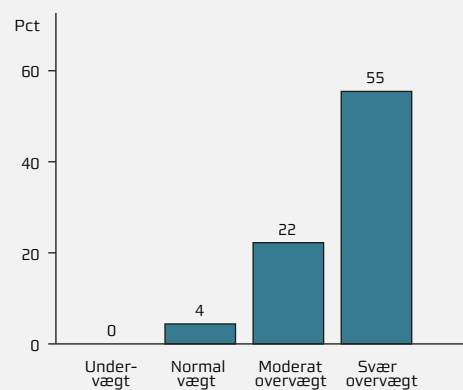
FIGUR 6.6, 6.7, 6.8 OG 6.9

Hvor mange ønsker at tabe sig, spise mere sundt og være mere fysisk aktive?

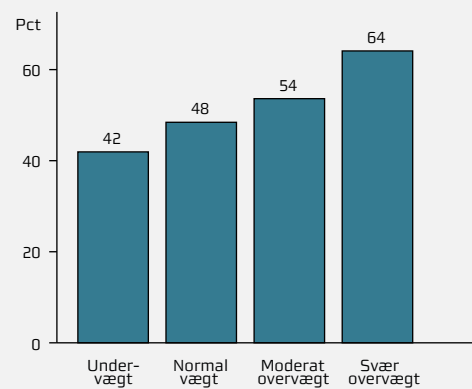
Figur 6.6
Vil du gerne tabe dig?



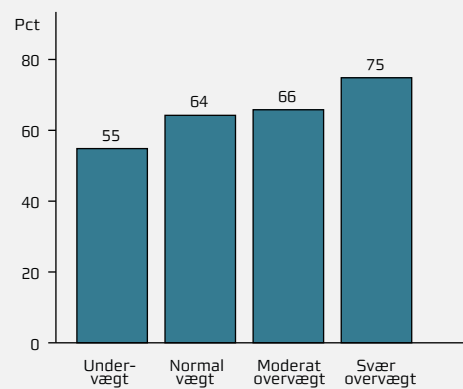
Figur 6.7
Ønsker i 'høj grad' at tabe sig i forhold til vægtklasse



Figur 6.8
Ønsker at spise mere sundt i forhold til vægtklasse



Figur 6.9
Ønsker at være mere fysisk aktiv i forhold til vægtklasse



Ønske blandt overvægtige om vægttab, sundere kost og mere fysisk aktivitet

Figur 6.6 viser, at 62 % af befolkningen ønsker at tabe sig. 19 % ønsker i høj grad et vægttab, mens 43 % i nogen grad ønsker et vægttab.

Figur 6.7 viser andelen inden for hver vægtklasse, som i høj grad ønsker et vægttab. 55 % af alle svært overvægtige ønsker i høj grad at tabe sig, mens 22 % af de moderat overvægtige i høj grad ønsker et vægttab. Der er således en stærk sammenhæng med graden af overvægt og motivationen for vægttab.

Figur 6.8 viser, at 54 % af de moderat overvægtige ønsker at spise sundere og tilsvarende ønsker 64 % af de svært overvægtige at spise sundere.

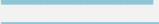
Figur 6.9 viser, at 66 % af de moderat overvægtige ønsker at være mere fysisk aktive, og tilsvarende ønsker 75 % af de svært overvægtige at være mere fysisk aktive.

Der tegner sig altså et billede, hvor både de moderat og svært overvægtige i høj grad er motiverede for at spise mere sundt og at være mere fysisk aktive, og især de svært overvægtige ønsker at tabe sig i vægt.

► **2010-2013.** I perioden fra 2010 til 2013 har der ikke været nogen forandring i andelen af hele befolkningen, der ønsker at tabe sig. Se [figur 6.8.S i bind 2](#). Der har i samme periode været et lille fald fra 58 % til 55 % i andelen af de svært overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig. Se [figur 6.9.S i bind 2](#). ◀

FIGUR 6.10

Overvægtige der i høj grad ønsker at tabe sig - køn, alder og sociale forhold

	Moderat overvægtige		Svært overvægtige		Overvægtige	
	Pct		Pct		Moderat	Svær
Alle	22		55		59.000	66.000
Køn						
Mand	13		45		22.000	27.000
Kvinde	36		67		37.000	39.000
Alder						
25-34	30		73		10.000	11.000
35-44	28		64		14.000	15.000
45-54	25		55		15.000	16.000
55-64	20		53		12.000	13.000
65-74	13		43		6.200	9.100
75-79	10		28		1.500	1.400
Uddannelsesniveau						
Lavt	17		46		7.600	13.000
Middel	21		56		31.000	36.000
Højt	28		64		20.000	16.000
Sociogeografisk gruppe						
Gruppe 1 (højest)	23		59		8.200	7.000
Gruppe 2	23		58		17.000	18.000
Gruppe 3	21		52		14.000	17.000
Gruppe 4	21		54		15.000	18.000
Gruppe 5 (lavest)	28		60		4.600	5.600
Bolig						
Ejer	21		55		44.000	46.000
Lejer	25		58		15.000	19.000
Samlivssituation						
Alene	25		54		17.000	19.000
Gift/samlevende	21		56		42.000	47.000
Børn i hjemmet 0-15 år						
Ingen børn	21		53		43.000	50.000
Børn	29		66		15.000	15.000
Arbejde (25-64 år)						
I arbejde	25		58		39.000	38.000
Ikke i arbejde	27		64		12.000	16.000

 Signifikant flere end blandt alle moderat/svært overvægtige

 Signifikant færre end blandt alle moderat/svært overvægtige

Ønske om vægttab blandt overvægtige - køn, alder og sociale forhold

Figur 6.10 viser sammenhængen mellem andelen af henholdsvis moderat og svært overvægtige, der i høj grad ønsker et vægttab i forhold til køn, alder og sociale forhold.

Figuren viser, at det i særlig grad er kvinder, 25-44-årige og højtuddannede, der i høj grad ønsker at tabe sig blandt de moderat og svært overvægtige. Det ses også, at moderat og svært overvægtige personer, der har hjemmeboende børn, i høj grad er motiverede for et vægttab.

Køn. Det gælder for både moderat og svært overvægtige kvinder, at de i markant højere grad end moderat og svært overvægtige mænd ønsker et vægttab.

Alder. Der ses en tydelig aldersmæssig gradient for både moderat og svært overvægtige, idet ønsket om at tabe sig falder med stigende alder.

Uddannelsesniveau. Moderat og svært overvægtige personer med højt uddannelsesniveau ønsker i højere grad et vægttab end overvægtige personer med et lavt uddannelsesniveau.

Sociogeografisk gruppe. Flere af de moderat overvægtige i sociogeografisk gruppe 5 ønsker i høj grad at tabe sig sammenlignet med hele befolkningen. Færre af de svært overvægtige i gruppe 3 ønsker i høj grad et vægttab sammenlignet med hele befolkningen.

Bolig. Der er en større andel af moderat overvægtige, der ønsker et vægttab, blandt personer, der bor i lejebolig sammenlignet med personer, der bor i ejerbolig. I forhold til svær overvægt er der ingen forskel på ønsket om vægttab, blandt personer der bor til leje kontra ejer deres bolig.

Samlivssituation. Der er en større andel af moderat overvægtige, der ønsker at tabe sig, blandt personer, der bor alene, sammenlignet med personer, der er gift eller samlevende. I forhold til svær overvægt er der ikke forskel i forhold til samlivssituation.

Børn i hjemmet. Flere moderat og svært overvægtige med børn i hjemmet ønsker i høj grad et vægttab, end det er tilfældet blandt personer, der ikke har børn i hjemmet.

Arbejde. I forhold til moderat overvægtige i alderen 25-64 år er der ingen sammenhæng mellem arbejdssituation og andelen, der i høj grad ønsker at tabe sig.

Blandt de svært overvægtige ses, at der er en større andel, af dem, der ikke er i arbejde i den erhvervsaktive alder, som i høj grad ønsker at tabe sig, end det er tilfældet blandt befolkningen i alderen 25-64 år, der har et arbejde.

Der er signifikant flere end blandt alle *moderat overvægtige*, der i høj grad ønsker et vægttab, blandt:

- Kvinder
- Personer i alderen 25-54 år
- Personer med et højt uddannelsesniveau
- Sociogeografisk gruppe 5
- Personer, der bor til leje
- Personer, der bor alene
- Personer, der har hjemmeboende børn

Der er signifikant flere end blandt alle *svært overvægtige*, der i høj grad ønsker et vægttab, blandt:

- Kvinder
- Personer i alderen 25-44 år
- Personer med et højt uddannelsesniveau
- Personer, der har hjemmeboende børn
- Personer, der ikke er i arbejde (25-64 år)

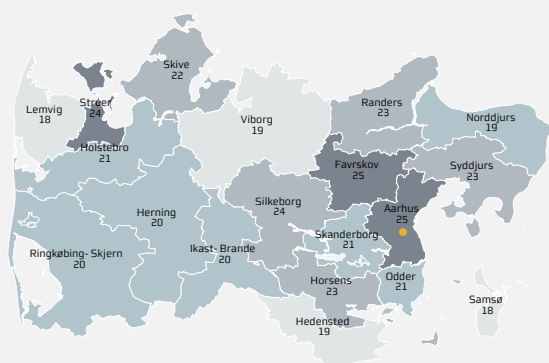
FIGUR 6.11

Overvægtige der i høj grad ønsker at tabe sig - kommuner

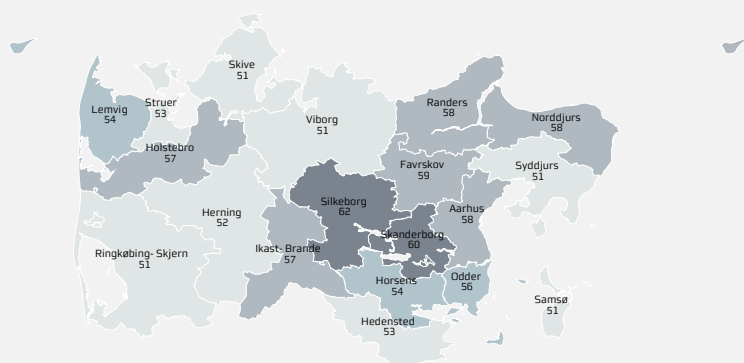
	Moderat overvægtige		Svært overvægtige		Personer, der 'i høj grad' ønsker at tabe sig	
	Pct		Pct		Moderat	Svært
Silkeborg	24		62		4.500	4.600
Skanderborg	21		60		2.600	2.800
Favrskov	25		59		2.600	2.700
Randers	23		58		5.000	6.500
Norddjurs	19		58		1.700	2.600
Aarhus	25		58		14.000	11.000
Ikast-Brande	20		57		1.900	2.400
Holstebro	21		57		2.700	3.400
Odder	21		56		1.000	1.200
Lemvig	18		54		1.000	1.400
Horsens	23		54		4.000	5.000
Hedensted	19		53		1.900	3.000
Struer	24		53		1.200	1.300
Herning	20		52		3.900	4.400
Ringkøbing-Skjern	20		51		2.700	3.100
Samsø	18		51		200	300
Viborg	19		51		4.000	5.000
Syddjurs	23		51		2.400	2.400
Skive	22		51		2.500	2.600
Region Midtjylland	22		55		59.000	66.000

 Signifikant flere end blandt alle moderat overvægtige

Moderat overvægt



Svært overvægt



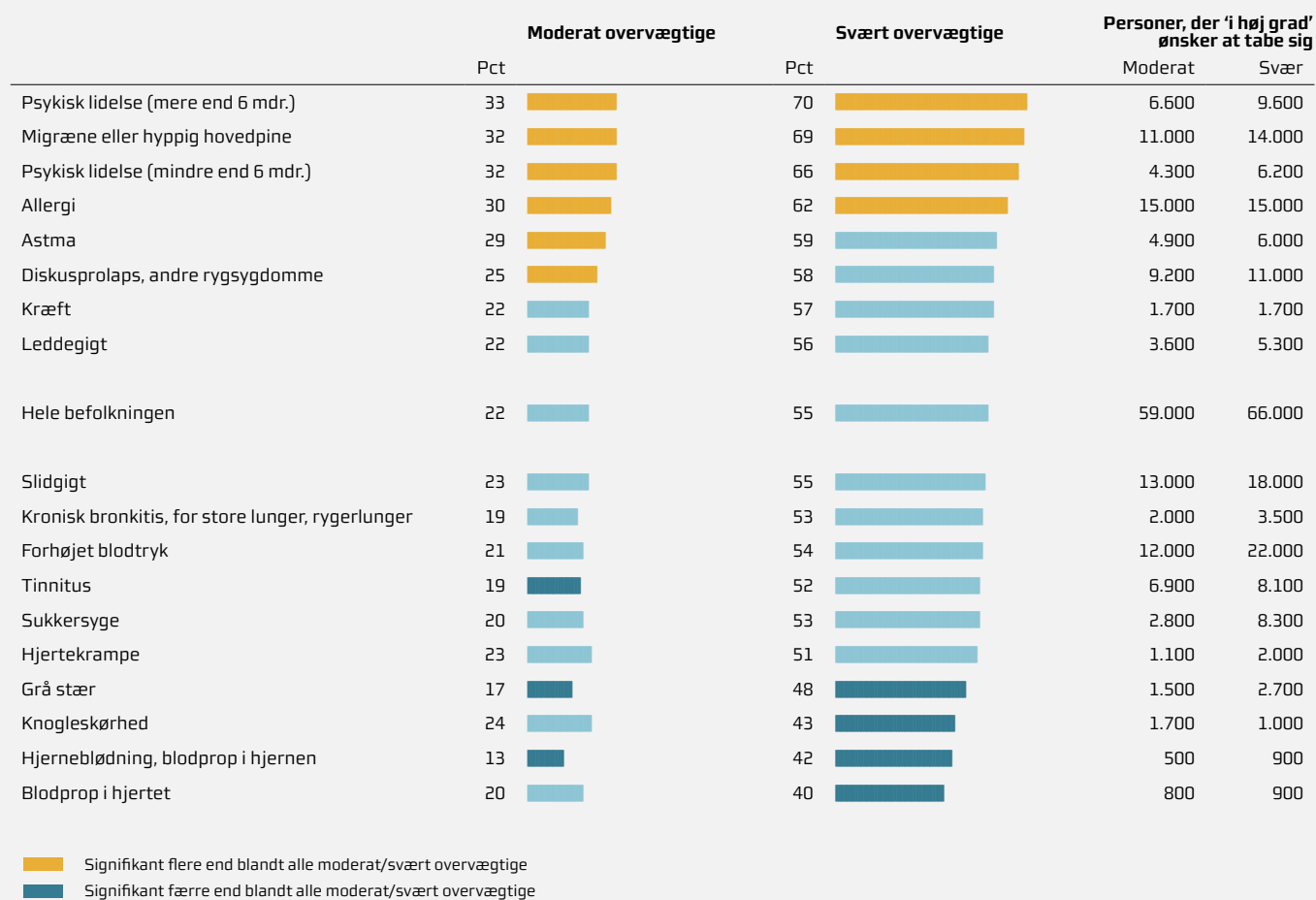
Ønske om vægttab blandt overvægtige – kommuner

Figur 6.11 viser andelen, der i høj grad ønsker at tabe sig blandt henholdsvis moderat og svært overvægtige i de forskellige kommuner.

Der er kun en enkelt kommune, nemlig Aarhus, der adskiller sig signifikant fra regionsgennemsnittet, idet 25 % af de moderat overvægtige i Aarhus Kommune i høj grad ønsker et vægttab mod 22 % i hele befolkningen.

FIGUR 6.12

Overvægtige der i høj grad ønsker at tabe sig - kroniske sygdomme



Ønske om vægttab blandt overvægtige - kroniske sygdomme

Figur 6.12 viser, at andelen af moderat overvægtige med kroniske sygdomme, som i høj grad ønsker et vægttab, varierer fra 13 % blandt personer, der har haft en hjerneblødning til 33 % blandt personer med psykiske lidelser af mere end seks måneders varighed.

Andelen af svært overvægtige, som i høj grad ønsker et vægttab, varierer fra 40 % blandt dem, der har haft en blodprop i hjertet, til 70 % blandt personer med psykiske lidelser af mere end seks måneders varighed.

Der er signifikant flere end blandt alle med *moderat overvægt*, der i høj grad ønsker et vægttab, blandt følgende sygdomsgrupper:

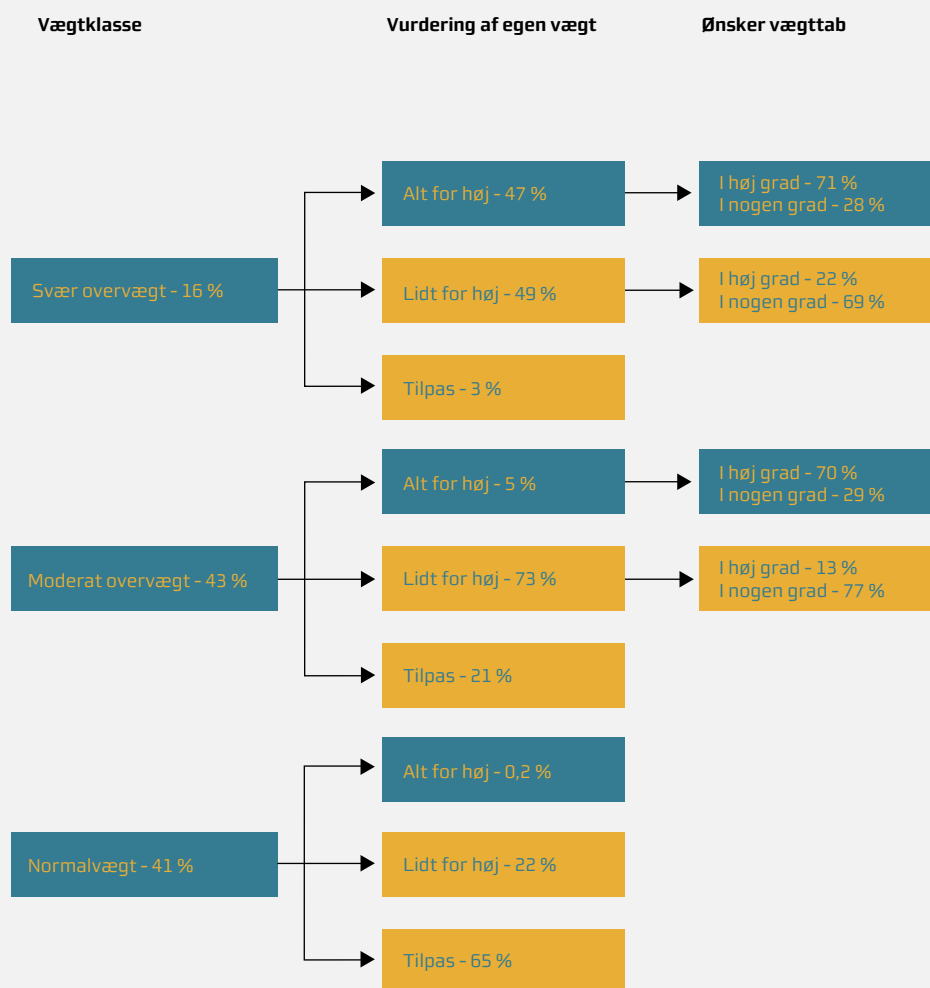
- Psykisk lidelse af mere end 6 måneders varighed
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Psykisk lidelse af mindre end 6 måneders varighed
- Allergi
- Astma
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme

Der er signifikant flere end blandt alle med *svær overvægt*, der i høj grad ønsker et vægttab, blandt følgende sygdomsgrupper:

- Psykisk lidelse af mere end 6 måneders varighed
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Psykisk lidelse af mindre end 6 måneders varighed
- Allergi

FIGUR 6.13

Sammenhæng mellem vægtklasse, vurdering af egen vægt og ønske om væggtab - mænd



Sammenhængen mellem vægtklasser, vurdering af egen vægt og ønske om vægttab

Figurerne 6.13 og 6.14 viser sammenhængen for henholdsvis mænd og kvinder mellem vægtklasser, vurderingen af egen vægt og i hvor høj grad, man ønsker vægttab.

Motivation for vægttab er en afgørende forudsætning for, at overvægtige forsøger at opnå vægttab. Et vigtigt aspekt i den forbindelse er, hvordan den overvægtige opfatter sin egen vægt. Som det fremgår af figur 6.13 og 6.14 er der en stærk sammenhæng mellem vægtklasse, vurderingen af egen vægt samt i hvor høj grad, man ønsker vægttab. Der er dog en større sammenhæng mellem vægtklasse og vurderingen af egen vægt blandt overvægtige kvinder end der er blandt overvægtige mænd.

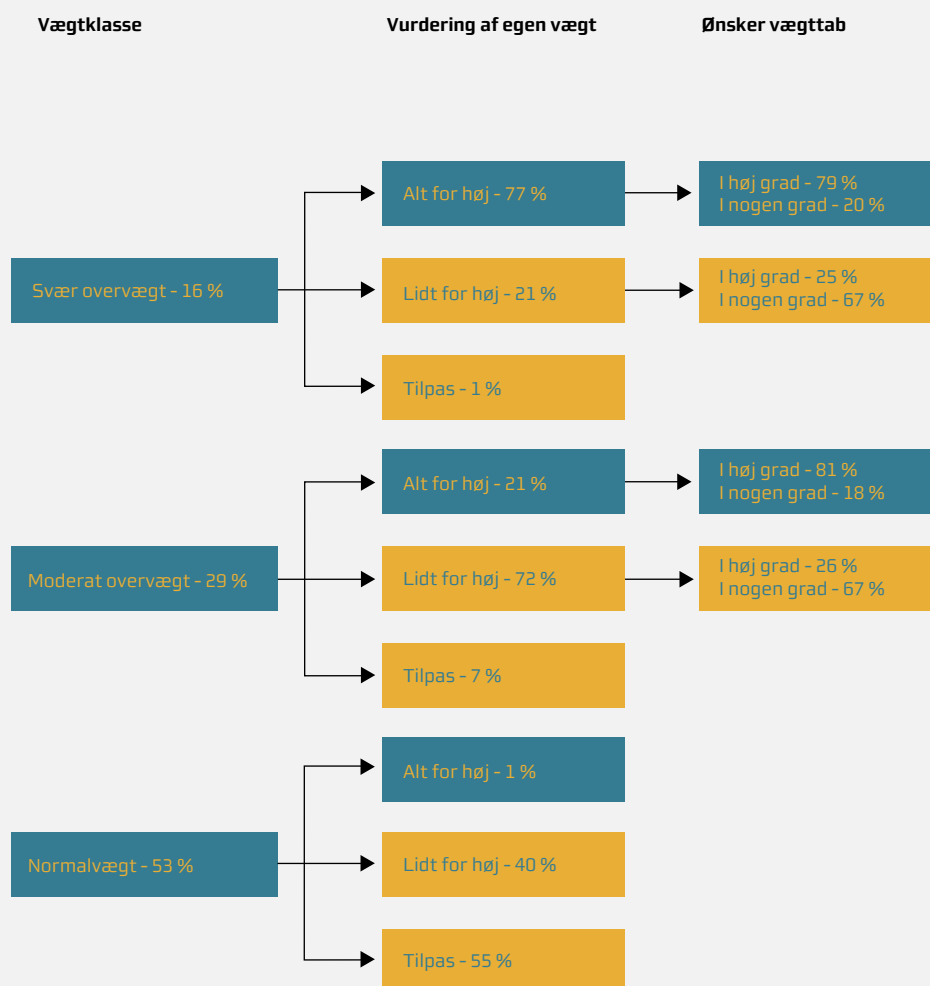
Mænd. Blandt svært overvægtige mænd vurderer 47 %, at deres vægt er alt for høj, mens 49 % vurderer deres vægt som værende lidt for høj, jævnfør figur 6.13.

5 % af moderat overvægtige mænd vurderer, at deres vægt er alt for høj, 73 % vurderer, at deres vægt er lidt for høj og 21 % vurderer, at deres vægt er tilpas.

71 % af de svært overvægtige mænd, der vurderer deres vægt som alt for høj, ønsker i høj grad vægttab. Det samme gælder for 70 % af de moderat overvægtige mænd, som vurderer deres vægt som alt for høj.

FIGUR 6.14

Sammenhæng mellem vægtklasse, vurdering af egen vægt og ønske om væggtab - kvinder



Kvinder. Der er som nævnt en stærkere sammenhæng mellem vægtklasse og vurderingen af egen vægt blandt overvægtige kvinder end blandt overvægtige mænd, jævnfør figur 6.13 og figur 6.14.

Blandt svært overvægtige kvinder vurderer 77 %, at deres vægt er alt for høj, og 21 % vurderer, at deres vægt er lidt for høj.

Blandt moderat overvægtige kvinder vurderer 21 % deres vægt som alt for høj, 72 % vurderer deres vægt som lidt for høj, og 7 % vurderer vægten som tilpas.

Sammenhængen mellem i hvor høj grad, man ønsker vægttab og vurderingen af egen vægt, er ligeledes større for overvægtige kvinder end for overvægtige mænd. 79 % blandt svært overvægtige kvinder, som vurderer deres vægt som alt for høj, ønsker i høj grad vægttab. Blandt moderat overvægtige kvinder, der vurderer deres vægt som alt for høj, er der 81 %, der i høj grad ønsker et vægttab.

Det gælder for både moderat og svært overvægtige mænd og kvinder, at hvis de kun vurderer deres vægt som værende lidt for høj, ønskes vægttab kun i nogen grad. Det gennemgående mønster på tværs af køn er således, at det i højere grad er vurderingen af egen vægt end den egentlige vægt, der har betydning for, i hvor høj grad man ønsker et vægttab.

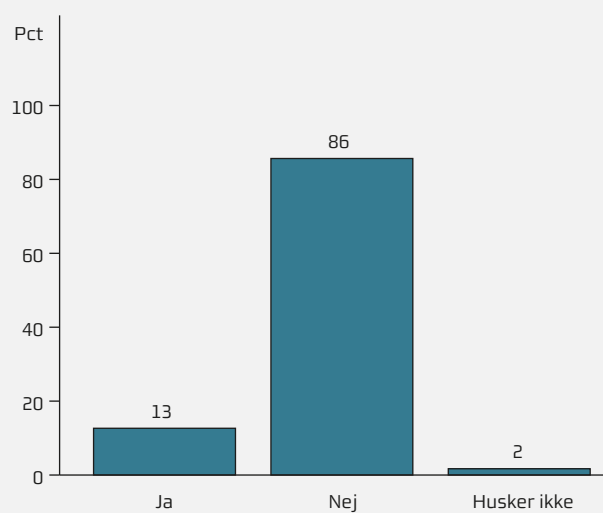
På baggrund af ovenstående kan det tilrådes, at der ved tilbud om vægttab i første omgang undersøges, om der er overensstemmelse mellem en persons egen vurdering af sin vægt og den faktiske vægt (i forhold til højde). Er der uoverensstemmelse mellem egen vurdering og et højt BMI, vil det være hensigtsmæssigt at søge at etablere en erkendelse af vægtproblemets omfang. Det er specielt vigtigt i forhold til svært overvægtige mænd, hvor omtrent halvdelen vurderer, at deres vægt kun er lidt for høj. Blandt svært overvægtige kvinder er det hver femte person, der vurderer, at deres vægt kun er lidt for høj.

FIGUR 6.15 OG 6.16

Rådgivning fra egen læge i forhold til vægttab

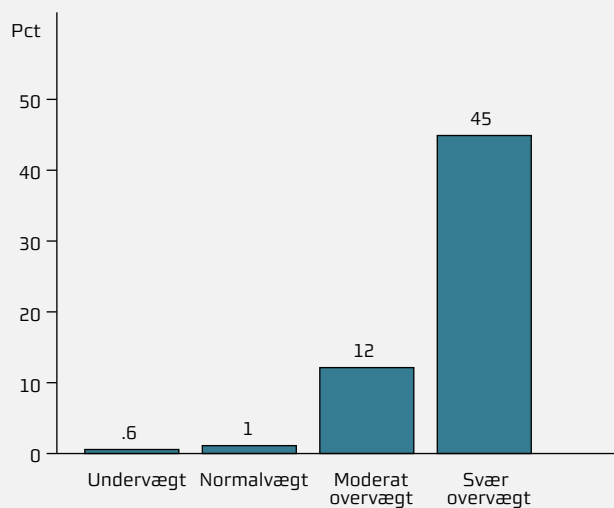
Figur 6.15

Har egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til vægttab?



Figur 6.16

Har modtaget råd fra lægen om vægttab i forhold til vægtklasser



Rådgivning fra egen læge om vægttab

13 % af de, som har været til læge inden for de seneste 12 måneder, er blevet rådet til et vægttab, jævnfør figur 6.15.

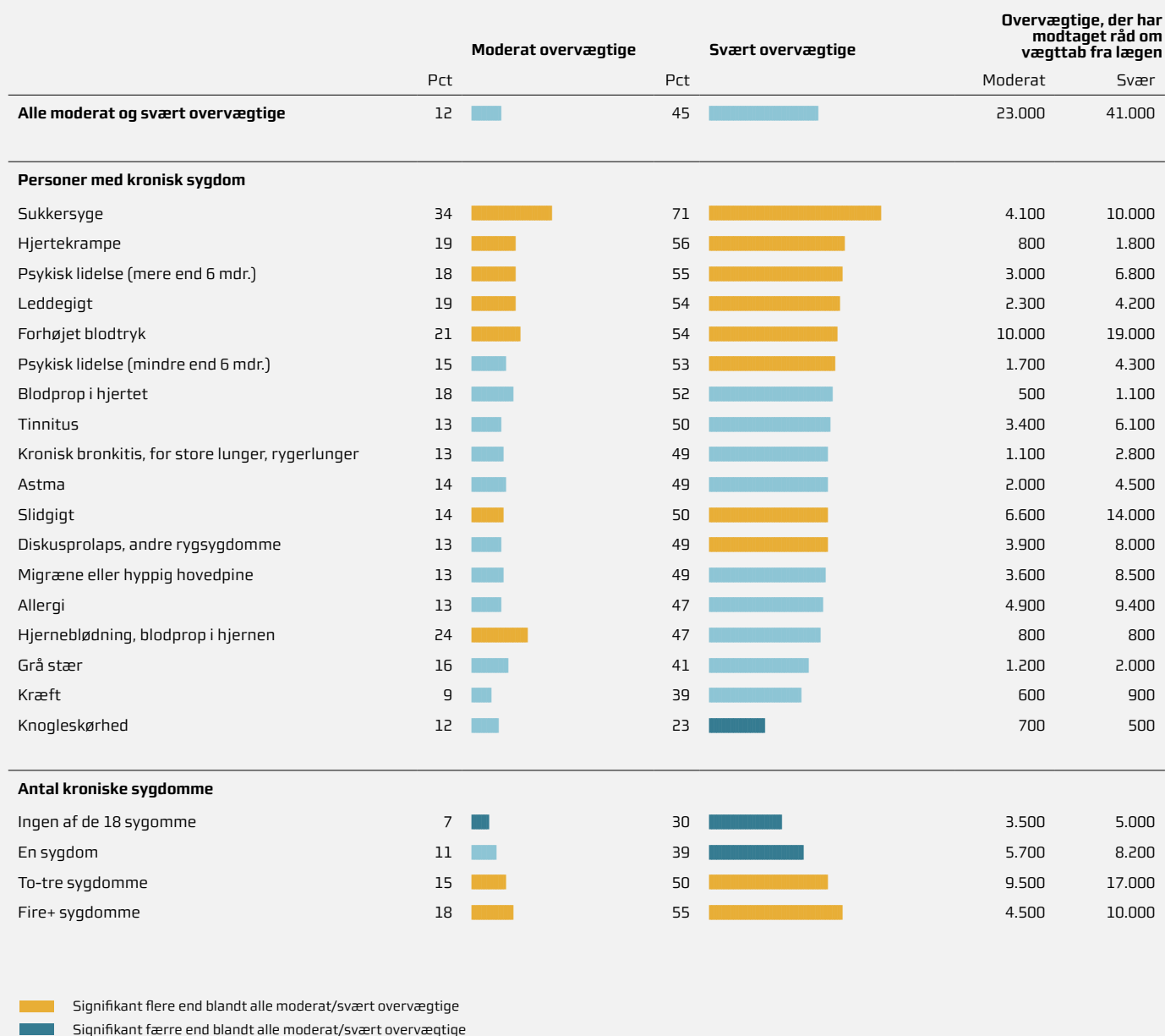
Blandt moderat overvægtige har 12 % modtaget råd fra lægen om at tabe sig, jævnfør figur 6.16. Blandt de svært overvægtige har 45 % modtaget råd fra lægen om at tabe sig.

Der er altså en ganske stærk sammenhæng mellem vægtklasser, og om man har modtaget råd fra lægen om vægttab.

► **2010-2013.** I perioden fra 2010 til 2013 har der været et lille fald i andelen af svært overvægtige, der af lægen er blevet rådet til at tabe sig. Se [figur 6.11.S i bind 2](#). ◀

FIGUR 6.17

Har modtaget råd fra lægen om at tabe sig - kroniske sygdomme



Rådgivning fra egen læge om vægttab – kroniske sygdomme

Figur 6.17 viser andelen af moderat og svært overvægtige med en kronisk sygdom, som har modtaget råd fra lægen om at tabe sig.

Blandt personer med kronisk sygdom, der er moderat overvægtige, varierer andelen, som har modtaget råd om vægttab fra lægen, fra 9 % blandt personer med kræft til 34 % blandt personer med sukkersyge. Det er især moderat overvægtige personer med sukkersyge, hjerneblødning eller forhøjet blodtryk, som har fået råd om at tabe sig.

Inden for gruppen af svært overvægtige med kronisk sygdom varierer andelen, som har modtaget råd fra lægen om vægttab, fra 23 % blandt personer med knogleskørhed til 71 % blandt personer med sukkersyge.

Der er signifikant flere end blandt alle *moderat overvægtige*, der har modtaget råd om vægttab fra lægen, blandt følgende sygdomsgrupper:

- Sukkersyge
- Hjerneblødning, blodprop i hjernen
- Forhøjet blodtryk
- Hjertekrampe
- Leddegigt
- Psykisk lidelse af mere end 6 måneders varighed
- Slidgigt

Der er signifikant flere end blandt alle *svært overvægtige*, der har modtaget råd om vægttab fra lægen, blandt følgende sygdomsgrupper:

- Sukkersyge
- Hjertekrampe
- Psykisk lidelse af mere end 6 måneders varighed
- Leddegigt
- Forhøjet blodtryk
- Psykisk lidelse af mindre end 6 måneders varighed
- Slidgigt
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme

Nederst i figur 6.17 ses andelen af moderat og svært overvægtige, som har modtaget råd fra lægen om at tabe sig, i forhold til antallet af kroniske sygdomme.

Blandt de moderat overvægtige er der 7 % blandt personer, som ikke har en af de 18 sygdomme, som har modtaget råd om vægttab fra lægen. Det er en signifikant mindre andel end blandt alle moderat overvægtige. Blandt moderat overvægtige med to eller flere sygdomme (multisyge) har signifikant flere modtaget råd om vægttab end blandt alle moderat overvægtige.

Blandt de svært overvægtige er der 30 % blandt personer, som ikke har en af de 18 sygdomme, der har modtaget råd om vægttab fra lægen. Det er en signifikant mindre andel end blandt alle svært overvægtige. Blandt svært overvægtige med to eller flere sygdomme (multisyge) har signifikant flere modtaget råd om vægttab end blandt alle svært overvægtige.

Sammenfatning

Omtrent halvdelen af befolkningen i alderen 25-79 år i Region Midtjylland er overvægtig. I alt er 16 % svært overvægtige og 36 % er moderat overvægtige.

Andelen med svær overvægt er 16 % for både kvinder og mænd. Moderat overvægt er til gengæld mere udbredt blandt mænd, hvor andelen er 43 % mod 29 % blandt kvinder.

Andelen af moderat overvægtige øges med stigende alder. Forekomsten af svær overvægt er størst blandt personer i alderen 45-54 år og 65-74 år.

Der er generelt stor social ulighed i overvægt, hvor de laveste forekomster ses blandt personer med højt uddannelsesniveau. Når der ses på forekomsten af svær overvægt i befolkningen fordelt efter køn, alder og uddannelsesniveau ses den største forekomst af svær overvægt blandt lavtuddannede kvinder i alderen 25-34 år, hvor hver tredje er svært overvægtig. Til sammenligning hermed ses den laveste forekomst blandt højtuddannede mænd i alderen 25-34 år, hvor kun hver tyvende er svært overvægtig. Desuden er hver femte person i den erhvervsaktive alder, der ikke har et arbejde, svært overvægtig.

Der er også variationer i andelen af overvægtige kommunerne imellem. Andelen af moderat overvægtige varierer fra 31 % i Aarhus til 40 % i Lemvig. Med hensyn til svær overvægt varierer andelen fra 11 % i Aarhus til 21 % i Hedensted.

I 16 ud af 18 sygdomsgrupper er forekomsten af svær overvægt højere end i hele befolkningen. Sammenlignet med hele befolkningen er der signifikant flere moderat overvægtige blandt personer med forhøjet blodtryk, blodprop i hjertet, leddegigt, slidgigt og tinnitus.

I indledningen stilledes spørgsmålet om, hvorvidt fedmekurven er knækket? I perioden fra 2010 til 2013 er der sket en stagnation i forekomsten af både moderat og svær overvægt, hvilket peger på, at der er sket en opbremsning af fedmeepidemien i Region Midtjylland. Fedmekurven er dog endnu ikke knækket.

Hvis fedmekurven skal knækkes fordrer det, at færre bliver overvægtige og/eller at de overvægtige taber sig i vægt. Forudsætningen for sidstnævnte er, at de overvægtige er motiverede for et vægttab. Analyserne peger på, at i befolkningen som helhed vil 19 % i høj grad gerne tabe sig. Blandt moderat og svært overvægtige er der henholdsvis 22 % og 55 %, som i høj grad ønsker et vægttab.

Blandt de svært overvægtige er det især kvinder, yngre personer i alderen 25-44 år, højtuddannede, personer med børn i hjemmet og personer uden arbejde, der er motiverede for at tabe sig.

Der ses en ganske stærk sammenhæng mellem vægtklasser og hvorvidt man har modtaget råd fra lægen om vægttab. Blandt de svært overvægtige har 45 % modtaget råd fra lægen om at tabe sig, mens blot 12 % af de moderat overvægtige har modtaget råd fra lægen om at tabe sig.

Referencer

1. World Health Organisation. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Geneva (Switzerland); 2000.
2. Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, Danaei G, Lin JK, Paciorek CJ, et al. On behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Body Mass Index). National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet*; 2011;(377):557–67.
3. Matthiessen J, Rasmussen LB, Andersen LB, Astrup A, Helge JW, Kjær M, et al. Kost og fysisk aktivitet - fælles aktører i sygdomsforebyggelsen. Søborg; 2003.
4. Rokholm B, Baker JL, Sørensen TIA. The levelling off of the obesity epidemic since the year 1999 – a review of evidence and perspectives. *Obes Rev*. 2010;11:835–46.
5. Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 og udviklingen siden 1987. København; 2012.
6. Gutiérrez-Fisac JL, León-Muñoz LM, Regidor E, Bane-gas J, Rodríguez-Artalejo F. Preventing and managing the global epidemic. Trends in Obesity and Abdominal Obesity in the Older Adult Population of Spain (2000–2010). *Obes Facts*. 2013;6(1):1–8.
7. Morgen CS, Rokholm B, Brixval CS, Andersen CS, Andersen LG, Rasmussen M, et al. Trends in Prevalence of Overweight and Obesity in Danish Infants, Children and Adolescents – Are We Still on a Plateau? *PLoS One*. 2013;8(7):1–10.
8. Forebyggelseskommisionen. Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommisionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats. København: Forebyggelseskommisionen; 2009.
9. Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F. Folkesundheds-rapporten Danmark 2007. 1st ed. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2007. p. 247–60.
10. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktor-er og folkesundhed i Danmark. København; 2006.
11. OECD Health Ministerial Meeting. Sesión 2 - Healthy Choices. Paris: OECD; 2010.
12. Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M, Hesse U, Eriksen L, Christensen AI, et al. Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 og udviklingen siden 1987. København; 2006.
13. Larsen FB, Nielsen AL. Psykisk syges sundhed i Region Midtjylland. Aarhus; 2012.
14. Hejgaard T, von Huth Smith L. Forebyggelsespakke: Overvægt. København S: Sundhedsstyrelsen; 2013.
15. Dansk Selskab for Almen Medicin. Opsporing og be-handling af overvægt hos voksne. København; 2009.
16. Alberti KGMM, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, et al. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and Interna-tional Association for the Study of Obesity. *Circulation*. 2009;120:1640–5.
17. Astrup A. Kost og overvægt. In: Astrup A, Dyerberg J, Stender S, editors. *Menneskets ernæring*. 2nd ed. Købe-havn: Munksgaard; 2008. p. 322–39.
18. Caballero B. The global epidemic of obesity: an over-view. *Epidemiol Rev*. 2007;29:1–5.
19. Monasta L, Batty GD, Cattaneo A, Lutje V, Ronfani L, Lenthe FJ van, et al. Early-life determinants of over-weight and obesity: a review of systematic reviews. *Obes Rev*. 2010;11:695–708.
20. Due P, Heitmann BL, Sørensen TIA. Prevalence of obesity in Denmark. *Obes Rev*. 2007;8:187–9.
21. Richelsen B. Fedme (Internet). Dansk Lægemed. Inf. 2012 (cited 2013 Dec 4). Available from: <http://min.medicin.dk/Sygdomme/Sygdom/39>
22. World Health Organisation. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Geneva (Switzerland); 2000. p. 5–37.
23. Waters E, de Silva-Sanigorski A, Burford B, Brown T, Campbell K, Gao Y, et al. Interventions for prevent-ing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(12):1–224.
24. Ziebell B, Eriksen K. Forebyggelsespakke: Mad og Måltider. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
25. Von Huth Smith L, Kristensen T. Forebyggelsespakke: Fysisk aktivitet. København; 2012.

7. FYSISK OG MENTAL SUNDHED

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

- Oplevelsen af eget helbred
- Oplevelsen af egen trivsel og livskvalitet
- Oplevet stressniveau

Borgenes oplevelse af egen helbredstilstand, trivsel og livskvalitet er vigtig, fordi det er et mål i sig selv, at så mange mennesker som muligt har et godt helbred og en høj livskvalitet. Endvidere har mange undersøgelser vist, at der er en betydelig sammenhæng mellem oplevelsen af dårligt helbred og risiko for sygdom, kortere levetid og andre negative helbredsrelaterede forhold (1-6).

Stress er et væsentligt sundhedsmæssigt fænomen med store personlige og samfundsmæssige omkostninger. Jo højere stressniveau, jo dårligere trivsel og jo større risiko for sygdom. Det oplevede stressniveau er derfor et vigtigt element i befolkningens mentale sundhed.

I det efterfølgende kapitel udvides beskrivelsen af den voksne befolknings sundhedstilstand, idet fokus rettes mod forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom.

Selvvrurderet helbred

Formålet med dette afsnit er at beskrive, hvordan borgerne selv oplever deres helbred. Der benyttes et generelt mål: selvvurderet helbred.

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

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

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

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

Selvvrurderet helbred i hele befolkningen

Figur 7.1 viser, hvordan svarene fordeler sig på det generelle spørgsmål om selvvurderet helbred.

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

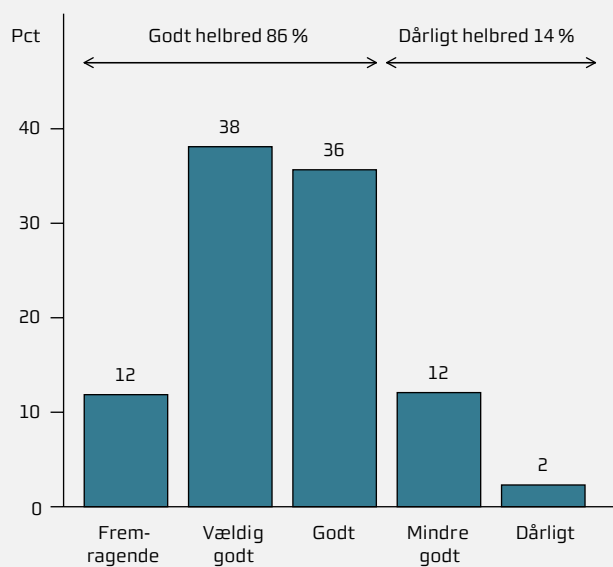
Hovedparten af den voksne befolkning i Region Midtjylland oplever således at have et godt helbred. Dog vurderer 14 %, at deres helbred er dårligt, hvilket svarer til knap 110.000 borgere.

► **2006-2013.** Signifikant flere personer angiver, at deres helbred er fremragende. Endvidere angiver signifikant færre, at deres helbred er henholdsvis godt og dårligt. Se figur 7.1.5 i bind 2. ◀

► **2010-2013.** Signifikant flere personer angiver, at deres helbred er fremragende. Se figur 7.1.5 i bind 2. ◀

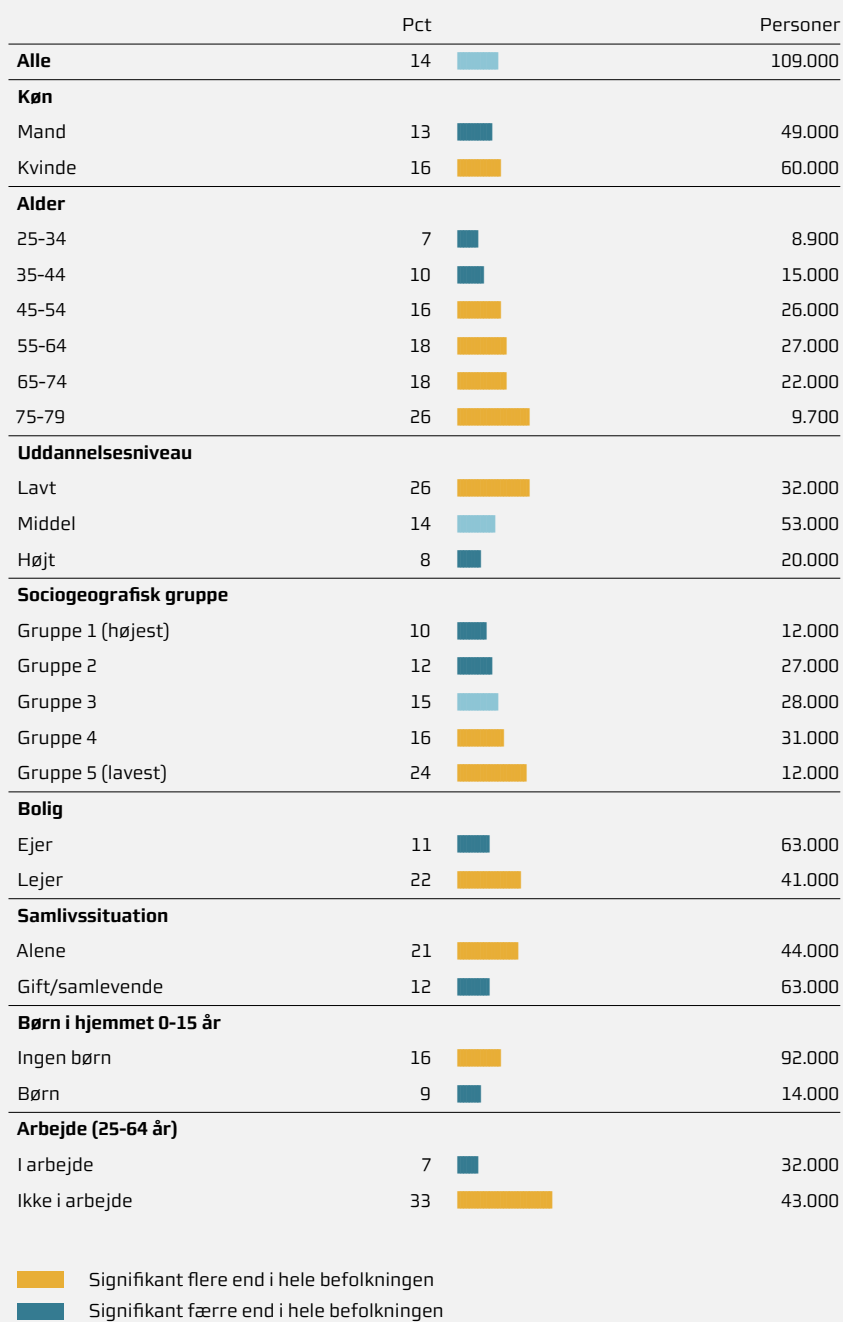
FIGUR 7.1

Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?



FIGUR 7.2

Dårligt selvvurderet helbred - køn, alder og sociale forhold



Selvurderet helbred - køn, alder og sociale forhold

Som det fremgår af figur 7.2 er der store forskelle i selvvurderet helbred i forhold til køn, alder og sociale forhold. Andelen med dårligt selvvurderet helbred øges med stigende alder, ligesom dårligt selvvurderet helbred er hyppigt forekommende hos personer med lavt uddannelsesniveau og personer, der tilhører sociogeografisk gruppe 5. Endvidere ses en markant større forekomst af dårligt selvvurderet helbred blandt personer, der ikke er i arbejde.

Køn. En større andel af kvinder end mænd vurderer deres helbred som værende dårligt.

Alder. Andelen med dårligt selvvurderet helbred øges stærkt med stigende alder og er knap fire gange større i den ældste aldersgruppe (75-79 år) sammenlignet med den yngste (25-34 år).

Uddannelsesniveau. Dårligt selvvurderet helbred er tre gange så hyppigt hos personer med lavt uddannelsesniveau som hos personer med højt uddannelsesniveau.

Sociogeografi. Andelen med dårligt selvvurderet helbred stiger gradvist med sociogeografisk gruppe (fra gruppe 1 til gruppe 5). Der ses en særligt høj forekomst af personer med dårligt selvvurderet helbred i gruppe 5.

Bolig. Mens cirka hver femte, der bor i lejebolig, vurderer sit helbred som værende dårligt, er det kun tilfældet for hver niende af de, der bor i ejerbolig.

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

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

Arbejde. Der er en særdeles stærk sammenhæng mellem selvvurderet helbred og arbejdstilknytning blandt personer i den erhvervsaktive alder. Mens en ud af tre uden arbejde vurderer sit helbred som dårligt, gælder det kun en ud af fjorten blandt de, som er i arbejde.

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

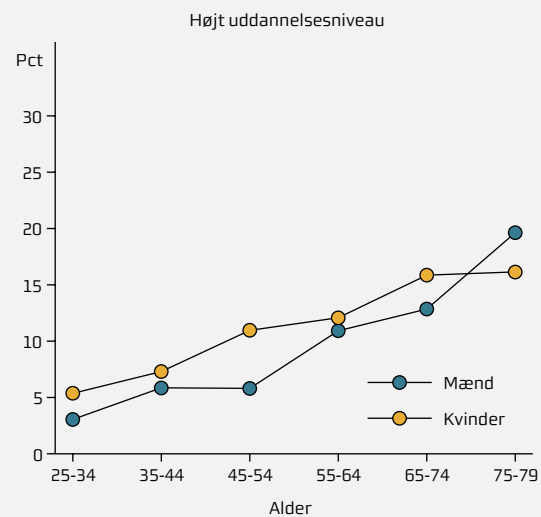
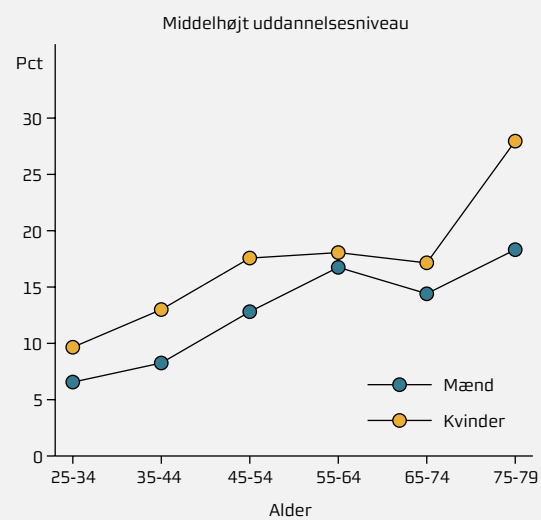
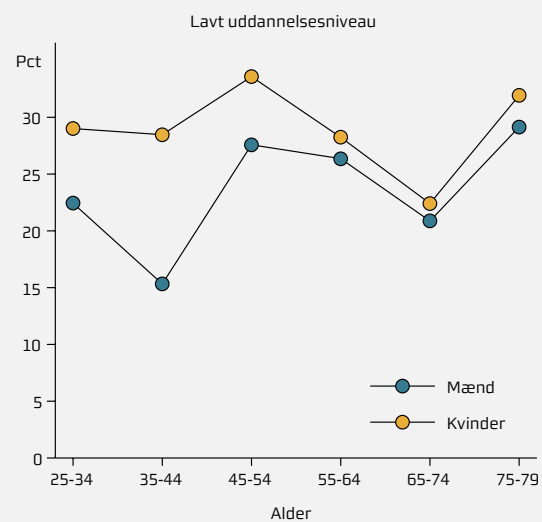
- Kvinder
- Aldersgruppen 45-79 år
- Personer med et lavt uddannelsesniveau
- Sociogeografisk gruppe 4 og 5
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der lever alene
- Personer, der ikke bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-65 år), der ikke har et arbejde

► **2006-2013.** Andelen med dårligt selvvurderet helbred er faldet i to aldersgrupper: 35-44 år og 65-74 år. Se figur 7.2.S i bind 2. ◀

► **2010-2013.** Andelen med dårligt selvvurderet helbred er steget lidt blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau. Se figur 7.2.S i bind 2. ◀

FIGUR 7.3

Dårligt selv vurderet helbred – køn, alder og uddannelsesniveau



Dårligt selvvrurderet helbred - samspil mellem køn, alder og uddannelsesniveau

Der er et betydeligt samspil mellem de forskellige demografiske og sociale faktorer med hensyn til selvvrurderet helbred. Figur 7.3 illustrerer det komplekse samspil mellem køn, alder og uddannelsesniveau.

Lavt uddannelsesniveau. Andelen af personer med dårligt selvvrurderet helbred er generelt høj blandt lavtuddannede.

Forskellen mellem mænd og kvinder er desuden større i aldersgruppen 25-44 år end i de to andre uddannelsesgrupper, idet en betydeligt større andel kvinder end mænd blandt de lavtuddannede har dårligt selvvrurderet helbred.

Andelen med dårligt selvvrurderet helbred er endvidere høj i alle aldersgrupper. Der ses således ingen klar sammenhæng mellem alder og selvvrurderet helbred blandt lavtuddannede. Dette står i kontrast til de to andre uddannelsesniveauer. Endelig ses der et karakteristisk dyk i andelen med dårligt selvvrurderet helbred i aldersgruppen 65-74 år i forhold til aldersgruppen på 45-64 år. Det hænger sandsynligvis sammen med, at mange lavtuddannede 45-64-årige har et arbejde, der belaster dem fysisk, hvorfor en del i de første år efter pensionen oplever en forbedring af deres helbred.

Middelhøjt uddannelsesniveau. I denne gruppe stiger andelen med dårligt selvvrurderet helbred med alderen. Desuden ses også i denne gruppe en større andel af kvinder med dårligt selvvrurderet helbred. Det gælder særligt blandt de ældste (75-79 år).

Højt uddannelsesniveau. De højtuddannede har den laveste andel af personer med dårligt selvvrurderet helbred. Især blandt de yngre aldersgrupper er der en markant lavere andel med dårligt selvvrurderet helbred sammenlignet med de to lavere uddannelsesniveauer.

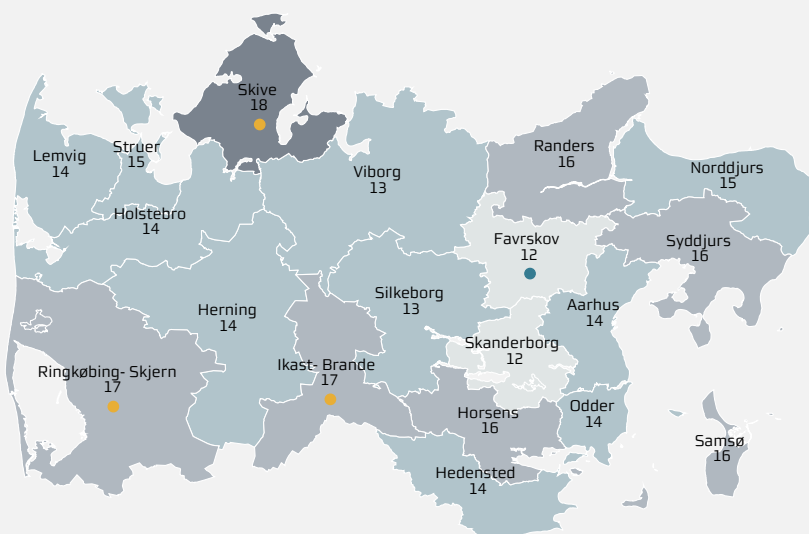
Andelen med dårligt selvvrurderet helbred øges betydeligt med alderen i denne gruppe. Dette gælder særligt blandt mænd.

Endelig er de højtuddannede den gruppe, hvori der er mindst forskel på selvvrurderet helbred mellem mænd og kvinder, om end der også i denne gruppe ses en større andel af kvinder med dårligt selvvrurderet helbred.

FIGUR 7.4
Dårligt selv vurderet helbred - kommuner

	Pct		Personer
Skive	18		5.300
Ikast-Brande	17		4.100
Ringkøbing-Skjern	17		5.700
Syddjurs	16		4.300
Randers	16		9.400
Horsens	16		7.600
Samsø	16		400
Struer	15		2.100
Norddjurs	15		3.600
Lemvig	14		1.900
Herning	14		7.300
Holstebro	14		4.800
Hedensted	14		3.900
Odder	14		1.800
Aarhus	14		24.000
Silkeborg	13		7.100
Viborg	13		7.500
Skanderborg	12		4.400
Favrskov	12		3.500
Region Midtjylland	14		109.000

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



Dårligt selv vurderet helbred - kommuner

Figur 7.4 viser andelen af borgere med dårligt selv vurderet helbred i de 19 kommuner i Region Midtjylland.

Andelen med dårligt selv vurderet helbred varierer fra 12 % i Favrskov og Skanderborg til 18 % i Skive. Forskellene mellem kommunerne er dog små sammenlignet med forskellene i demografiske og sociale faktorer. I hovedparten af kommunerne ses således ikke signifikante forskelle fra regionens befolkning som helhed.

Skive, Ikast-Brande og Ringkøbing-Skjern har en signifikant højere andel med dårligt selv vurderet helbred end regionens befolkning som helhed.

Favrskov har en signifikant lavere andel med dårligt selv vurderet helbred end regionens befolkning som helhed.

► **2006-2013.** Der er sket en stigning i andelen med dårligt selv vurderet helbred i Ringkøbing-Skjern, mens der ses et fald i andelen med dårligt selv vurderet helbred i Holstebro. Se [figur 7.3.5 i bind 2](#). ◀

► **2010-2013.** Der er sket en stigning i andelen med dårligt selv vurderet helbred i Ikast-Brande, Ringkøbing-Skjern og Skive. Se [figur 7.3.5 i bind 2](#). ◀

Enkelte kommuner har en højere andel med dårligt selv vurderet helbred end regionens befolkning som helhed.

Der er sket en lille forbedring i befolkningens vurdering af eget helbred fra 2006 til 2013. Samtidig ses der kun få ændringer i forekomsten af dårligt selv vurderet helbred i forhold til køn, alder og uddannelsesmæssig baggrund samt på kommuneniveau. I enkelte kommuner er der dog sket en stigning i andelen med dårligt selv vurderet helbred.

Sammenfatning

Hovedparten af den voksne befolkning i Region Midtjylland oplever at have et godt helbred. Der er dog 14 %, som vurderer deres eget helbred som værende dårligt, hvilket svarer til knap 110.000 borgere.

Der er store forskelle i selv vurderet helbred, når befolkningen opdeles på køn, alder og sociale forhold. Der ses i særdeleshed en betydelig social ulighed i selv vurderet helbred opgjort i forhold til uddannelsesniveau, socio-geografi, boligforhold og arbejdstilknytning.

Endvidere oplever en større andel kvinder end mænd, at deres helbred er dårligt. Dette gælder i udpræget grad gruppen af lavtuddannede.

Andelen med dårligt selv vurderet helbred stiger desuden med alderen. Alderens betydning for det selv vurderede helbred afhænger dog af køn og uddannelsesniveau. Blandt de lavtuddannede er der en høj andel med dårligt selv vurderet helbred i alle aldersgrupper. Blandt de højtuddannede er der mindre forskel på mænds og kvinders selv vurderede helbred, men til gengæld stiger andelen med dårligt selv vurderet helbred markant med alderen i denne gruppe.

Trivsel og livskvalitet

Borgerens samlede oplevelse af egen trivsel og livskvalitet udgør en bred sundhedsparameter og anvendes indenfor mange discipliner som en opsummering af forhold vedrørende psykisk og social trivsel samt helbreds-mæssige forhold.

Trivsel og livskvalitet er to nært beslægtede paraplybegreber: Trivsel dækker bl.a. over borgerens vurdering af eget liv, vilkår og begivenheder inden for forskellige domæner, mens livskvalitet er en samlebetegnelse, der bl.a. afspejler mentale forhold, interpersonelle relationer, helbred og selvbestemmelse (7). Selvvurderet trivsel og livskvalitet inkluderer således flere livsaspekter end selvvurderet helbred og afspejler WHO's brede sundhedsbegreb, der beskriver sundhed som en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og social velbefindende (8).

Selvvurderet trivsel og livskvalitet er i undersøgelsen belyst med spørgsmålet "Hvordan synes du, din trivsel og livskvalitet er alt i alt?" med svarmulighederne: 'virkelig god', 'god', 'nogenlunde', 'dårlig', 'meget dårlig'.

De første to svarmuligheder betegnes i det følgende som 'god selvvurderet trivsel og livskvalitet', mens de tre sidste betegnes som 'nogenlunde/dårlig selvvurderet trivsel og livskvalitet'.

Selvvurderet trivsel og livskvalitet i hele befolkningen

Figur 7.5 viser, hvordan svarene fordeler sig på spørgsmålet om selvvurderet trivsel og livskvalitet.

- 76 % vurderer, at de har god trivsel og livskvalitet.
- 24 % vurderer, at de har nogenlunde eller dårlig trivsel og livskvalitet.

De fleste personer vurderer således, at de har god trivsel og livskvalitet, om end omtrent 180.000 af den voksne befolkning i Region Midtjylland vurderer, at de har nogenlunde eller dårlig trivsel og livskvalitet.

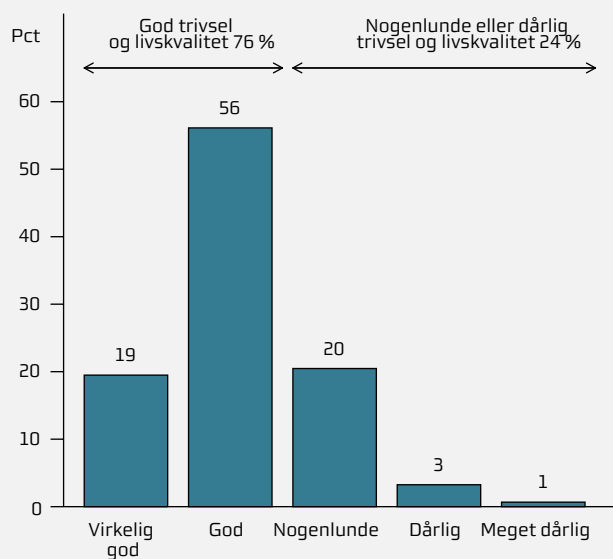
I det følgende fokuseres der på personer, der har nogenlunde eller dårlig trivsel og livskvalitet.

► **2006-2013.** Der er sket et fald i andelen, der angiver at deres trivsel og livskvalitet er virkelig god.

Se figur 7.4.5 i bind 2. ◀

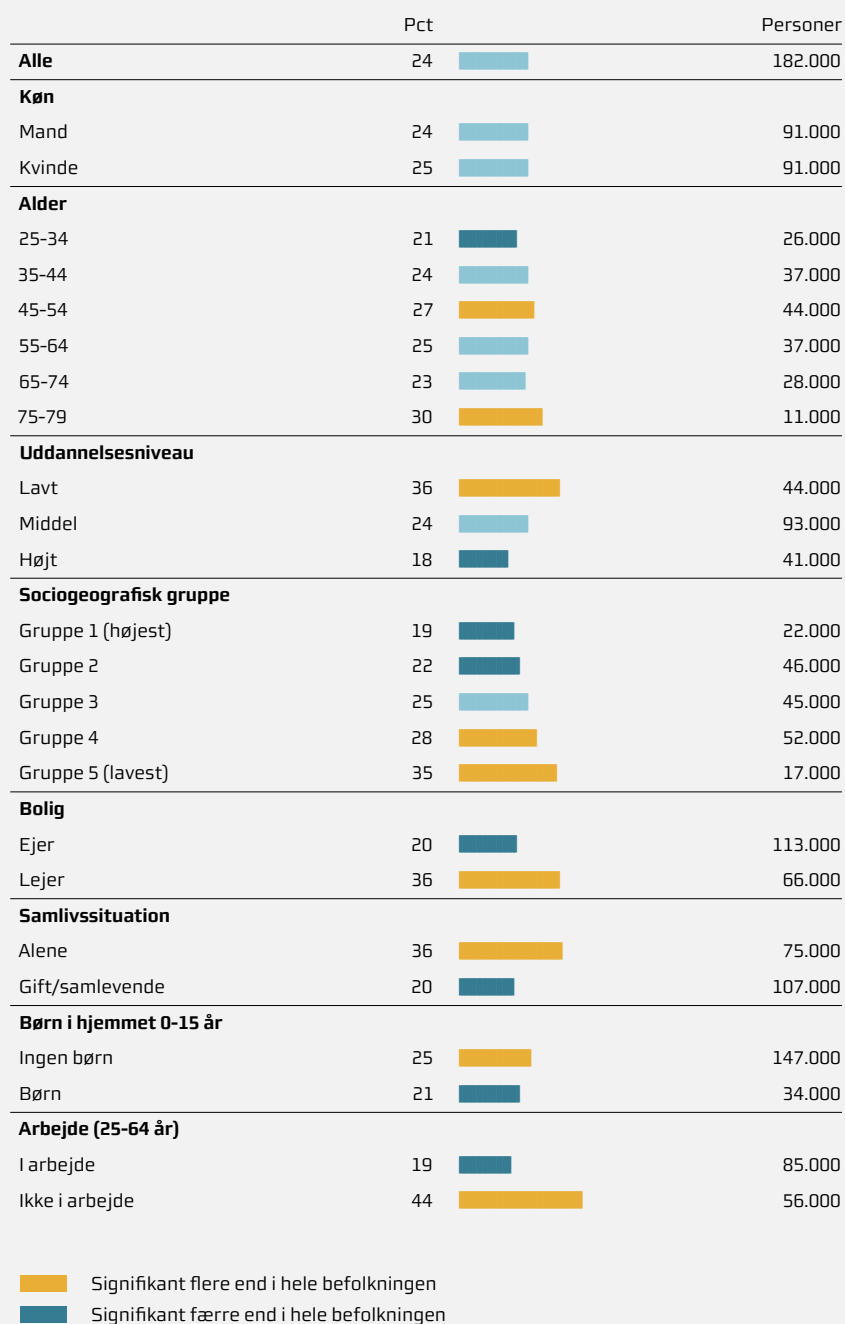
FIGUR 7.5

Hvordan synes du, din trivsel og livskvalitet er alt i alt?



FIGUR 7.6

Nogenlunde/dårlig selv vurderet trivsel og livskvalitet - køn, alder og sociale forhold



Selvvrideret trivsel og livskvalitet - køn, alder og sociale forhold

Som det fremgår af figur 7.6, er der store forskelle i selvvrideret trivsel og livskvalitet i forhold til sociale forhold blandt de voksne. Nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet er hyppigt forekommende hos personer med lavt uddannelsesniveau og hos personer i sociogeografisk gruppe 5. Endvidere ses en markant større andel med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet blandt personer, der bor i lejebolig, personer, der bor alene samt personer, der ikke er i arbejde.

Køn. Der er ikke forskel på kvinder og mænds selvvriderede trivsel og livskvalitet.

Alder. Der er ikke nogen entydig sammenhæng mellem en nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet og alder. Dog er andelen med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet større i aldersgrupperne 45-54 år og 75-79 år end i befolkningen som helhed.

Uddannelsesniveau. Dobbelt så mange personer med lavt uddannelsesniveau angiver, at deres trivsel og livskvalitet er nogenlunde/dårlig, sammenlignet med personer med højt uddannelsesniveau.

Sociogeografi. Andelen med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet stiger gradvist med den sociogeografiske gruppe. En nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet er næsten dobbelt så hyppigt forekommende hos personer i gruppe 5 i forhold til personer i gruppe 1.

Bolig. Der er en markant større andel med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet blandt personer, der bor i lejebolig, i forhold til personer, der bor i ejerbolig.

Samlivssituation. Mens cirka hver femte, der er gift/samlevende, vurderer sin trivsel og livskvalitet som nogenlunde/dårlig, gælder det for mere end hver tredje af de, der lever alene.

Børn i hjemmet. Andelen med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet er lavere hos personer, der bor sammen med børn på 0-15 år i forhold til personer uden børn i hjemmet.

Arbejde. Der er en særdeles stærk sammenhæng mellem selvvrideret trivsel og livskvalitet og arbejdstilknytning blandt personer i den erhvervsaktive alder. Mens næsten hver anden uden arbejde vurderer sin trivsel og livskvalitet som nogenlunde/dårlig, gælder det knap hver femte blandt de, som er i arbejde.

Der er en signifikant større andel med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet end i befolkningen som helhed blandt:

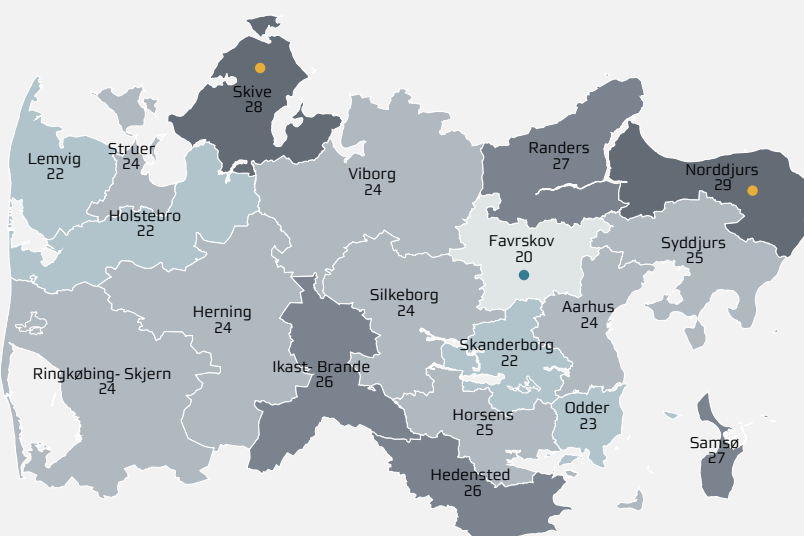
- Aldersgrupperne 45-54 år og 75-79 år
- Personer med et lavt uddannelsesniveau
- Sociogeografisk gruppe 4 og 5
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der lever alene
- Personer, der ikke bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-65 år), der ikke har et arbejde

► **2006-2013.** Der er sket en stigning i forekomsten af nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet blandt mænd, 45-54-årige og personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Se [figur 7.5.S i bind 2](#). ◀

FIGUR 7.7
Nogenlunde/dårlig selv vurderet trivsel og livskvalitet - kommuner

	Pct		Personer
Norddjurs	29		6.700
Skive	28		8.200
Samsø	27		700
Randers	27		16.000
Hedensted	26		7.200
Ikast-Brande	26		6.200
Syddjurs	25		6.600
Horsens	25		12.000
Ringkøbing-Skjern	24		8.100
Viborg	24		14.000
Struer	24		3.300
Herning	24		12.000
Aarhus	24		42.000
Silkeborg	24		13.000
Odder	23		3.100
Holstebro	22		7.700
Skanderborg	22		7.700
Lemvig	22		2.800
Favrskov	20		5.800
Region Midtjylland	24		182.400

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



Nogenlunde/dårlig selv vurderet trivsel og livskvalitet - kommuner

Figur 7.7 viser andelen med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet blandt borgerne i de 19 kommuner i Region Midtjylland.

Andelen med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet varierer fra 20 % i Favrskov til 29 % i Norddjurs. Variationen kommunerne imellem er forholdsvis lille sammenlignet med forskellene i de sociale faktorer, og i hovedparten af kommunerne ses der ikke signifikante forskelle fra regionens befolkning som helhed.

Norddjurs og Skive har en signifikant højere andel med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet end regionens befolkning som helhed. Favrskov har en signifikant lavere andel med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet end regionens befolkning som helhed.

► **2006-2013.** I Hedensted, Ringkøbing-Skjern og Skive er der sket en stigning i andelen med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet. Se [figur 7.6.5 i bind 2](#) ◀

Sammenfatning

Hovedparten af den voksne befolkning i Region Midtjylland oplever at have en god trivsel og livskvalitet. Der er dog 24 %, som vurderer deres trivsel og livskvalitet som nogenlunde/dårlig, hvilket svarer til cirka 180.000 borgere.

Der ses en betydelig social ulighed i trivsel og livskvalitet opgjort i forhold til uddannelsesniveau, sociogeografi, boligforhold og arbejdstilknytning.

I hovedparten af kommunerne er andelen med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet ikke forskellig fra regionens befolkning som helhed. Enkelte kommuner har dog en højere andel med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet.

Der er sket en lille forværring i befolkningens vurdering af egen trivsel og livskvalitet fra 2006 til 2013. Samtidig ses der stigninger i forekomsten af nogenlunde/dårlig trivsel i forhold til køn, alder og uddannelsesmæssig baggrund. Endelig er der i enkelte kommuner sket en stigning i andelen med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet.

Stress

Stress er et vigtigt sundhedsmæssigt problem, der har store personlige og samfundsmæssige omkostninger og er en vigtig årsag til sygefravær (9). Stress kan beskrives som en tilstand af kropslig og psykisk ubalance. Jo højere stressniveau, jo dårligere trivsel.

Stress er ikke en sygdom, men øger risikoen for fysisk og psykisk sygdom og forringet livskvalitet, især hvis der er tale om en tilstand, der strækker sig over en længere periode. Stressniveauet er derfor en vigtig indikator for mental sundhed.

Der er forskningsmæssig dokumentation for at stress øger risikoen for (10,11):

- Forkølelse og influenza
- Hjerte-kar-sygdomme
- Depression
- Kortere levetid

Man kan skelne mellem a) stresspåvirkninger i form af belastende hændelser og levevilkår, b) den enkeltes stressoplevelse og c) stress som en tilstand i organismen, der kan måles i form af koncentrationen af stresshormoner i blodet, hjerterefrekvens mv. (12,13). Stress er således både et socialt, psykologisk og fysiologisk fænomen.

I Hvordan har du det? anvendes et standardiseret og anerkendt mål for oplevet stress: Perceived Stress Scale (PSS) (14,15). PSS omfatter 10 spørgsmål, der belyser, i hvilket omfang svarpersonen føler sig stresset og nervøs samt hvorvidt han eller hun oplever sit liv som uforudsigeligt, ukontrollabelt og belastende.

Personer, der scorer højt på PSS, er blandt andet mere modtagelige for forkølelse, mere sårbare over for alvorlige livsbegivenheder, har sværere ved at holde op med at ryge og har sværere ved at kontrollere blodsukkeret, hvis de er diabetikere (16).

PSS bygger på Richard Lazarus' kognitive stressmodel, der ligger til grund for meget af den nyere psykologiske stressforskning (17). Stress opstår ifølge Lazarus i et samspil mellem individ og omgivelser. Stress udløses af stresspåvirkninger, men personens egen vurdering af, om en begivenhed eller en tilstand er stressende, er et vigtigt mellemled mellem stresspåvirkning og stressreaktion. Belastning og mestring er således koblet sammen i Lazarus' stressmodel.

Stress forbindes ofte med belastninger i arbejdsmiljøet, og arbejdslivet er da også en vigtig kilde til stressreaktioner. Det er imidlertid vigtigt at være opmærksom på, at stress kan opstå som følge af alle slags belastninger. En undersøgelse af sammenhængen mellem stress og belastende livsomstændigheder blandt voksne i Region Midtjylland viste, at en belastende arbejdssituation var den vigtigste stressfaktor for personer i arbejde. Den vigtigste stressfaktor hos personer uden arbejde var imidlertid sygdom. Undersøgelsen viste desuden, at flere end halvdelen af de personer, der var belastet af deres arbejdssituation, samtidig oplevede andre typer af belastninger, såsom sygdom i den nærmeste familie (18).

Mennesker med et højt stressniveau kan blive bedre til at undgå og mestre stresspåvirkninger (19). På arbejdspladser og i andre sociale fællesskaber kan man desuden gøre en indsats for at mindske stresspåvirkningerne og støtte personer, der lider under et højt stressniveau. Mange arbejdspladser har som led heri indført en stresspolitik. På samfundsplan kan man endvidere gøre en indsats for at mindske belastningerne i særligt udsatte grupper samt skabe gode betingelser for børnefamilier, så man opnår en bedre balance mellem arbejds- og familieliv.

Stress er således ikke blot et individuelt problem, men også et socialt fænomen (20). Grupper, der har et højt stressniveau, har imidlertid ofte svært ved at ændre på deres egen livssituation. Således viser en undersøgelse fra Region Midtjylland, at stressniveauet er højest hos erhvervsaktive personer, som er nederst i jobhierarkiet (21).

Stressniveauet i hele befolkningen målt med Perceived Stress Scale

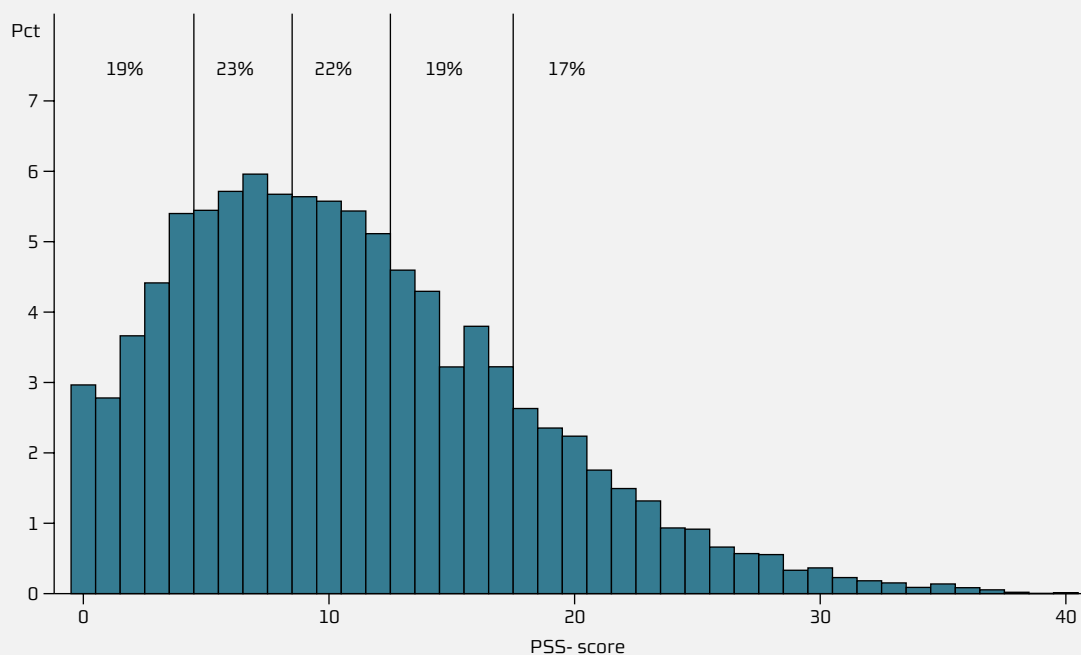
Man kan score fra 0 til 40 point på PSS. Jo højere score, jo højere grad af oplevet stress. Figur 7.8 viser, hvordan scoren fordeler sig i hele den voksne befolkning.

Den gennemsnitlige score er 10,9 point. Som det fremgår af figur 7.8, er der mange, der har en værdi omkring gennemsnittet.

Man kan opleve en større eller mindre grad af stress, men PSS har ikke en indbygget definition af, hvor mange point der skal til for at have et højt stressniveau. Derfor er der foretaget en opdeling af befolkningen i fem tilnærmelsesvis lige store grupper (kvintiler). De fem intervaller er: 0-4 point, 5-8 point, 9-12 point, 13-17 point og 18-40 point.

FIGUR 7.8

Perceived Stress Scale (PSS) – histogram, der viser fordelingen i hele befolkningen

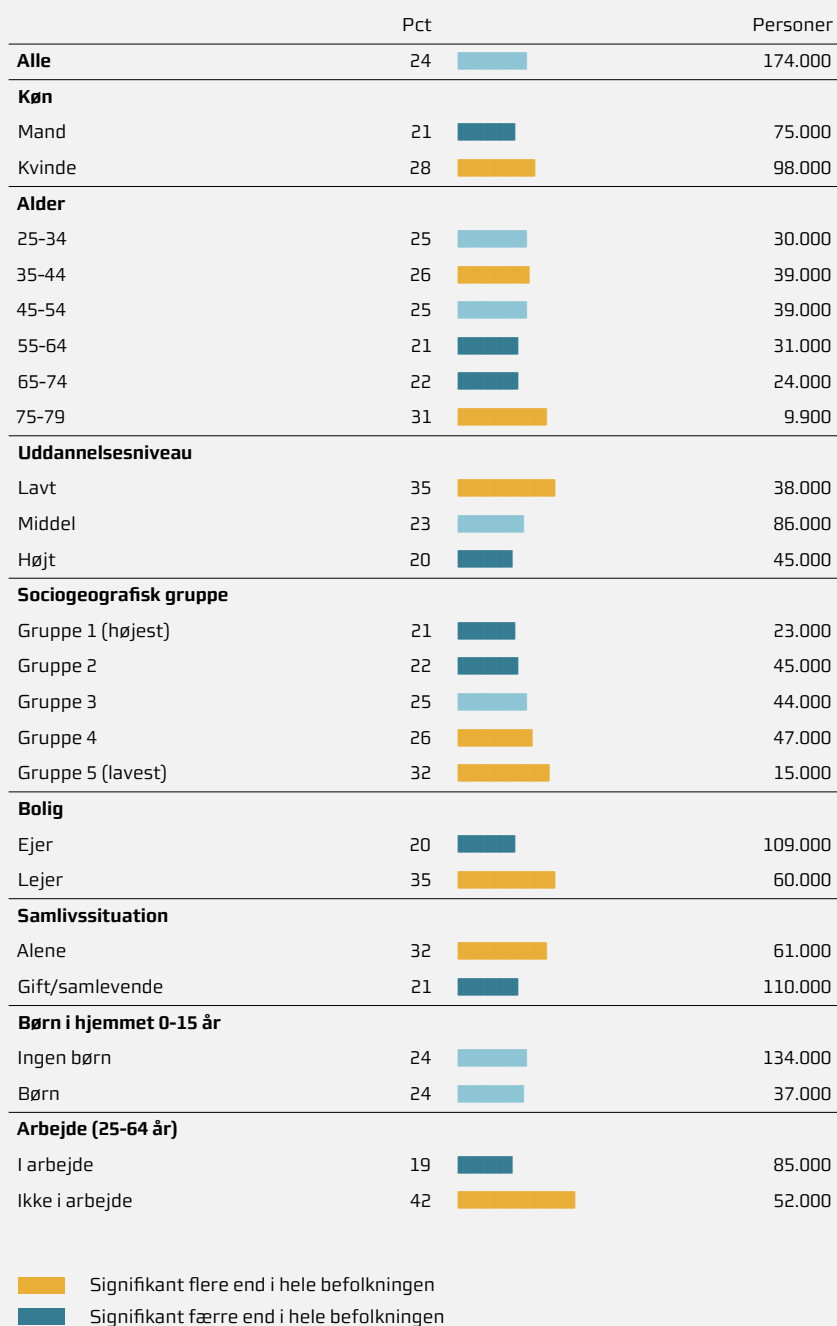


En undersøgelse af sammenhængen mellem stress og risikoen for langtidssygdom viser, at den relative risiko stiger betydeligt ved en PSS-score på 16 point og op efter (22). Dette indikerer, at stress især udgør en helbredsmæssig risiko for den del af befolkningen, der har det højeste stressniveau.

I det følgende fokuseres der på denne gruppe, dvs. personer med en score på PSS på 16-40 point. Dette svarer til knap 175.000 personer i Region Midtjylland eller hver fjerde af regionens voksne borgere.

► **2006-2013.** Der er sket et fald i andelen, der angiver et moderat stressniveau. Se [figur 7.7.5 i bind 2](#). ◀

► **2010-2013.** Der er sket et fald i andelen, der angiver et moderat stressniveau. Se [figur 7.7.5 i bind 2](#). ◀

FIGUR 7.9Højt stressniveau (PSS $\geq$ 16) - køn, alder og sociale forhold

Forekomsten af højt stressniveau - køn, alder og sociale forhold

Som det fremgår af figur 7.9 er der betydelige forskelle i andelen med et højt stressniveau i forhold til køn og sociale forhold. Et højt stressniveau er især hyppigt forekommende hos personer med lavt uddannelsesniveau, personer som bor i lejebolig samt personer, der lever alene. Endvidere ses en markant større andel af personer med et højt stressniveau blandt personer, der ikke er i arbejde.

Køn. En større andel kvinder end mænd har et højt stressniveau.

Alder. Der er ikke nogen entydig sammenhæng mellem alder og stressniveau. Dog ses en større forekomst af personer med et højt stressniveau blandt 35-44-årige og 75-79-årige. Samtidig er et højt stressniveau mindre forekommende i aldersgruppen 55-74 år.

Uddannelsesniveau. Der er en stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og stress, idet godt hver tredje af de lavtuddannede har et højt stressniveau, mens det gælder hver femte med et højt uddannelsesniveau.

Sociogeografi. Andelen med et højt stressniveau stiger gradvist med sociogeografisk gruppe. Den højeste forekomst ses således hos personer i gruppe 5.

Bolig. Der er en markant større andel med et højt stressniveau hos personer, der bor til leje, i forhold til personer, der bor i ejerbolig.

Samlivssituation. Der er en betydeligt større andel med et højt stressniveau hos personer, der er alene, end hos personer, der er gift eller samlevende.

Børn. Der er ikke forskel på andelen med et højt stressniveau hos personer, der bor sammen med børn på 0-15 år og personer uden børn i hjemmet.

Arbejde. Der er mere end dobbelt så mange med et højt stressniveau hos personer uden arbejde sammenholdt med personer i arbejde blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år).

Der er en signifikant højere andel med et højt stressniveau blandt:

- Kvinder
- Aldersgrupperne 35-44 år og 75-79 år
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Sociogeografisk gruppe 4 og 5
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der lever alene
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke har et arbejde

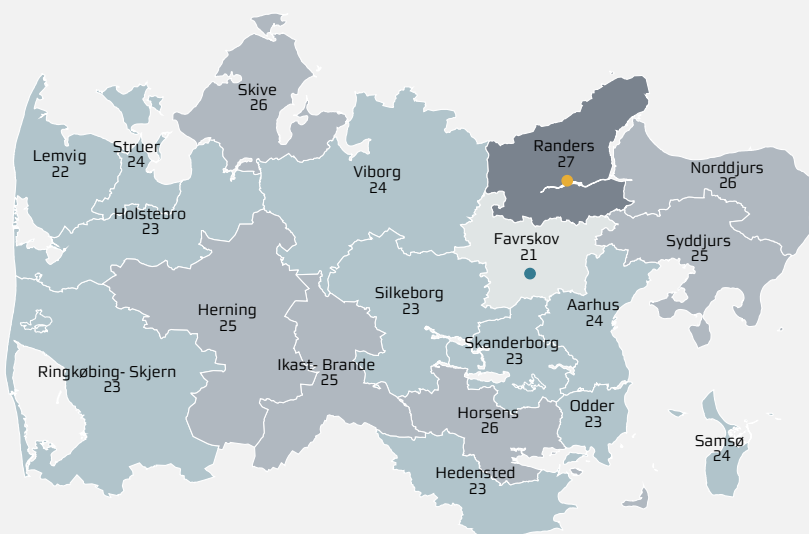
► **2006-2013.** Der er sket et signifikant fald i forekomsten af et højt stressniveau blandt kvinder, personer i alderen 55-74 år samt personer med et lavt og middel-højt uddannelsesniveau. Se [figur 7.8.5 i bind 2](#). ◀

► **2010-2013.** Der er sket et signifikant fald i forekomsten af et højt stressniveau blandt personer i alderen 55-64 år. Se [figur 7.8.5 i bind 2](#). ◀

FIGUR 7.10Højt stressniveau (PSS ≥ 16) – kommuner

	Pct		Personer
Randers	27		15.000
Norddjurs	26		5.900
Skive	26		7.300
Horsens	26		12.000
Syddjurs	25		6.400
Ikast-Brande	25		5.800
Herning	25		12.000
Viborg	24		13.000
Samsø	24		600
Struer	24		3.100
Aarhus	24		40.000
Odder	23		3.000
Hedensted	23		6.200
Silkeborg	23		12.000
Holstebro	23		7.400
Ringkøbing-Skjern	23		7.400
Skanderborg	23		7.700
Lemvig	22		2.700
Favrskov	21		5.800
Region Midtjylland	24		173.800

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



Forekomst af højt stressniveau - kommuner

Figur 7.10 viser forekomsten af højt stressniveau blandt borgerne i kommunerne. Andelen med et højt stressniveau varierer forholdsvis lidt mellem kommunerne. I hovedparten af kommunerne ses der således ikke signifikante forskelle fra regionens befolkning som helhed.

Randers har en signifikant højere andel med højt stressniveau end regionens befolkning som helhed.

Favrskov har en signifikant lavere andel med højt stressniveau end regionens befolkning som helhed.

► **2006-2013.** I Lemvig, Aarhus og Struer er der sket et fald i andelen med højt stressniveau. Se [figur 7.9.5 i bind 2](#). ◀

► **2010-2013.** I Lemvig og Aarhus er der sket et fald i andelen med højt stressniveau. Se [figur 7.9.5 i bind 2](#). ◀

Sammenfatning

Der er i dette afsnit fokuseret på den del af befolkningen, som har et højt stressniveau målt på Perceived Stress Scale (PSS $\geq$ 16).

Det højeste stressniveau finder man generelt hos personer med få ressourcer i form af lavt uddannelsesniveau, lejebolig og manglende arbejdstilknytning. Endvidere har en større andel kvinder end mænd et højt stressniveau.

Der er sket et fald i andelen, der angiver et moderat stressniveau fra 2006 til 2013. Samtidig ses der fra 2006 til 2013 ændringer i forekomsten af højt stressniveau i forhold til køn, alder og uddannelsesmæssig baggrund. Endelig er der i enkelte kommuner sket et fald i andelen med et højt stressniveau.

Sammenfatning

Selvvrurderet helbred (voksne; 25-79 år). Hovedparten af den voksne befolkning oplever at have et godt helbred. Der er dog 14 %, som vurderer deres eget helbred som dårligt. Der ses en betydelig social ulighed i selvvurderet helbred opgjort i forhold til uddannelsesniveau, socio-geografi, boligforhold og arbejdstilknytning.

Alderens betydning for selvvurderet helbred afhænger af køn og uddannelsesniveau. Blandt de lavtuddannede er der en høj andel med dårligt selvvurderet helbred i alle aldersgrupper. Samtidig er der blandt de 25-44-årige en betydeligt større andel kvinder end mænd med dårligt selvvurderet helbred. Blandt de højtuddannede er der mindre forskel på mænd og kvinders selvvurderede helbred, men til gengæld stiger andelen med dårligt selvvurderet helbred markant med alderen.

Der er samlet set sket en lille forbedring i befolkningens vurdering af eget helbred fra 2006 til 2013.

Trivsel og livskvalitet (voksne; 25-79 år). Hovedparten af den voksne befolkning oplever at have en god trivsel og livskvalitet. Der er dog 24 %, som vurderer deres trivsel og livskvalitet som nogenlunde eller dårlig.

Der ses en betydelig social ulighed i trivsel og livskvalitet opgjort i forhold til uddannelsesniveau, sociogeografi, boligforhold og arbejdstilknytning.

Der er sket en lille forværring i befolkningens vurdering af egen trivsel og livskvalitet fra 2006 til 2013.

Stress (voksne; 25-79 år). 24 % af de voksne borgere har et højt et stressniveau (målt ved brug af Perceived Stress Scale). Et højt stressniveau finder man generelt hos personer med få ressourcer i form af blandt andet lavt uddannelsesniveau og manglende arbejdstilknytning.

Fra 2006 til 2013 er der ikke sket ændringer i andelen af voksne borgere med højt stressniveau. Der er sket et fald i andelen, der angiver et moderat stressniveau.

Referencer

1. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med*. 2009 Aug; 69(3):307-16.
2. Kristensen TS, Bjørner J, Smith-Hansen L, Borg V, Skov T. Selvvurderet helbred og arbejdsmiljø – Er selvvurderet helbred et frugtbart og nyttigt begreb i arbejdsmiljøforskning og forebyggelse. Arbejdsmiljøinstituttet og Institut for Folkesundhedsvidenskab. København: Arbejdsmiljøfondet, 1998.
3. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty seven community studies. *J Health Soc Beh*. 1997; 38:21-37.
4. Dominick KL, Ahern FM, Gold CH, Heller DA. Relationship of health related quality of life to health care utilization and mortality among older adults. *Aging Clin Exp Res*. 2002; 14(6):499-508.
5. DeSalvo KB, Jones TM, Peabody J, McDonald J, Fihn S, Fan V, et al. Health care expenditure prediction with a single item, self-rated health measure. *Med Care*. 2009 Apr; 47(4):440-7.
6. DeSalvo KB. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2006 Mar; 21(3):267-75.
7. Camfield L, Skevington, S. On subjective well-being and quality of life. *J Health Psychol*. 2008;13:764-75.
8. World Health Organisation. The first ten years. Geneva: World Health Organisation; 1958.
9. Pallesen E, Dahl T, Jensen OK, Christiansen D, Knudsen B, Ruby K. Hospitalsbaseret rehabilitering af sygemeldte – beskrivelse af den tværfaglige og tværsektorielle indsats. Århus: Center for Folkesundhed. 2008.
10. Kalia M. Assessing the economic impact of stress-the modern day hidden epidemic. *Metabolism*. 2002 Jun; 51(6 Suppl 1):49-53.
11. Pedersen A, Zachariae R, Bovbjerg DH. Influence of psychological stress on upper respiratory infection - a meta-analysis of prospective studies. *Psychosom Med*. 2010 Okt; 72(8):823-32.
12. Nielsen NR. Stress – folkesundhed og forebyggelse. I: Kamper-Jørgensen F, Almind G, Jensen BB, red. Forebyggende sundhedsarbejde. 5. udgave. København: Munksgaard Danmark; 2009. p. 413-419.
13. Netterstrøm B. Stress. I: Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F, red. Folkesundhedsrapporten Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2007. Kapitel 22. p. 275-286.
14. Cohen S, Kamarch T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983; 24:385-396.
15. Cohen S, Williamson G. Perceived stress in a probability sample of the United States. I: Spacapan S, Oskamp S, red. The social psychology of health. Newbury Park, CA: Sage; 1988. p. 31-67.
16. Cohen S, Tyrell DAJ, Smith AP. Negative life events, perceived stress, negative affect, and susceptibility to the common cold. *J Pers Soc Psychol*. 1993; 64:131-140.
17. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and Coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
18. Larsen FB. Stress og belastende livsomstændigheder – hvilke belastninger betyder mest? *Hvordan har du det?* Online (internet). 2007 Apr (citeret 2013 Okt 10); 1:4-10. Tilgængelig fra: <http://www.cfk.rm.dk/files/Sundhed/CFK/Projekter/HHDD%20-%20sundhedsprofil/Te-maanalyser/Online%20nr%201%20Stress.pdf>
19. Willert MV, Thulstrup AM, Hertz J, Bonde JP. Changes in stress and coping from a randomized controlled trial of a three-month stress management intervention. *Scand J Work Environ Health*. 2009;35:145-52.
20. Avison WR, Thomas SS. Stress. I: Cockerham WC, red. The Blackwell Companion to Medical Sociology. London: Wiley-Blackwell; 2010. p. 242-267.
21. Larsen FB. Stress og placeringen i jobhierarkiet. *Hvordan har du det?* Online (internet). 2007 Apr (citeret 2013 Okt 10); 1. Tilgængelig fra: <http://www.cfk.rm.dk/projekter/befolkningsunders%C3%B8gelser/hvordan+har+du+det-c7-/udgivelser>
22. Kellenberger S, Larsen FB. Stress øger risikoen for sygefravær hos raske erhvervsaktive. *Hvordan har du det?* Online (internet). 2008 Dec (citeret 2013 Okt 10); 5. Tilgængelig fra: <http://www.cfk.rm.dk/projekter/befolkningsunders%C3%B8gelser/hvordan+har+du+det-c7-/udgivelser>

8. KRONISK SYGDOM OG MULTISYGDOM

Forekomsten af langvarige, eller som de benævnes i det følgende, kroniske sygdomme er et væsentligt element i beskrivelsen af sundhedstilstanden. Det gælder både set fra en befolkningssynsvinkel, da kroniske sygdomme af mange opleves som en belastning i dagligdagen, og set fra sundhedsvæsenet, idet det skønnes, at 70-80 % af sundhedsvæsenets ressourcer bruges på kroniske sygdomme (1).

Sundhedsvæsenets aktiviteter drejer sig i stigende grad om at opspore, behandle og rehabilitere borgere med kronisk sygdom samt at forebygge, at nye tilfælde af kronisk sygdom opstår. Det er ikke blot praksissektoren og hospitalerne, der tager sig af mennesker med kronisk sygdom. Siden opgave- og strukturreformen i 2007 er tilbud til kronisk syge blevet en fast del af alle kommuners sundhedsindsats, ligesom forebyggelse af kroniske sygdomme udgør en væsentlig del af kommunernes generelle forebyggelsesarbejde (2).

Ved tilrettelæggelsen af sundhedsvæsenets indsats er det vigtigt at kende udbredelsen af kroniske sygdomme i befolkningen og den udvikling, der sker i sygdomsmønsteret som følge af ændringer i forekomsten af specifikke sygdomme.

I det følgende sættes der fokus på forekomst og konsekvenser af kronisk sygdom. Første del af kapitlet handler om forekomsten af en række almindelige kroniske sygdomme og det samlede sygdomsmønster, mens sidste del af kapitlet handler om multisygdom og konsekvenserne af at have en eller flere kroniske sygdomme.

Nogle af de spørgsmål, der belyses i kapitlet og det tilhørende kapitel i bind 2, er: Hvilke kroniske sygdomme forekommer hyppigst? Bliver der færre eller flere borgere med en bestemt sygdom? Hvor mange borgere har to eller flere kroniske sygdomme (multisygdom)?

Konsekvenserne af kronisk sygdom belyses gennem følgende spørgsmål: Hvordan påvirker forekomsten af en eller flere sygdomme det selvvalgte helbred? Hvor mange føler sig hæmmet af sygdom? Og hvor mange mennesker med kronisk sygdom skal have hjælp til at udføre dagligdagens gøremål?

En kronisk sygdom kan defineres som en sygdom, der har et langt forløb eller som er konstant tilbagevendende. Fælles for kroniske sygdomme er således varigheden (gr. *chronos* = tid). Det skal understreges, at ikke alle kroniske sygdomme varer livet ud. Nogle kroniske sygdomme overstås, men der kan være eftervirkninger og blivende forandringer af forskellig art, som nedsætter livskvaliteten og funktionsevnen. Det kan fx være kroniske smerter efter behandling for kræft, vægtøgning som

følge af medicinering for en psykisk lidelse eller usikker gang og talebesvær efter en hjerneblødning.

På trods af de kroniske sygdommes indbyrdes forskellighed med hensyn til årsag, sygdomsforløb og behandling, er der ofte visse fællestræk med hensyn til sygdommenes konsekvenser for de mennesker, der rammes. For eksempel kan den lange varighed betyde, at behandlingsforløbet bliver usammenhængende og dårligt koordineret, eller at mennesker i den erhvervsaktive alder mister tilknytningen til arbejdslivet i en periode eller permanent. Nogle af udfordringerne for den syge og dennes familie og for det omgivende samfund er derfor ens for en række kroniske sygdomme.

Der arbejdes i disse år på at fremme en populationsbaseret tilgang til kronisk sygdom, hvor sundhedsvæsenets aktiviteter tilrettelægges ud fra behovene i de befolkningsgrupper, man betjener (3). En populationsbaseret tilgang indebærer bl.a., at sundhedsydelse til en befolkningsgruppe tilrettelægges ud fra gruppens behov, det vil sige sygdomsmønster, forekomsten af risikofaktorer for forværring af eksisterende og udvikling af ny sygdom samt gruppens sociale og demografiske sammensætning.

I Region Midtjyllands *Sundhedsplan 2013. Fælles ansvar for sundhed* lægges der vægt på, at praksissektoren, hospitalerne og kommunerne varetager et fælles populationsansvar for at fremme befolkningens sundhed (4).

Sundhedsaftaler og forløbsprogrammer er centrale redskaber i den populationsbaserede tilgang til kronikerområdet. Forløbsprogrammer beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats på hospitaler, i kommuner og i almen praksis. Region Midtjylland har i samarbejde med kommunerne indtil nu udarbejdet forløbsprogrammer for følgende sygdomme med afsæt i Sundhedsstyrelsens generelle model for forløbsprogrammer (5, 6): type 2 diabetes (7), kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) (8), hjerte-kar-sygdom (9), lænderygsmerter (10) og depression (11).

Viden om forekomsten af kroniske sygdomme kan understøtte den populationsbaserede tilgang. Ud over udbredelsen og konsekvenserne af kronisk sygdom kan *Hvordan har du det?* belyse forebyggelsespotentialer blandt borgere med kroniske sygdomme. Det gælder især i forhold til livsstilsrelaterede risikofaktorer. Ved en række kroniske sygdomme har rygning, alkohol, fysisk aktivitet, kost og vægtstatus væsentlig indflydelse på sygdommens videre udvikling og på borgerens generelle helbred og livskvalitet samt risiko for at udvikle andre sygdomme.

FIGUR 8.1De 18 kroniske sygdomme i *Hvordan har du det?*

Potentielt livstruende kroniske sygdomme	
Kredsløbssygdomme	Forhøjet blodtryk Hjertekrampe Blodprop i hjertet Hjerneblødning, blodprop i hjernen
Stofskiftesygdomme	Sukkersyge
Svulster	Kræft
Luftvejssygdomme	Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger
Ikke-livstruende kroniske sygdomme	
Luftvejssygdomme	Astma
Overfølsomhedssygdomme	Allergi (ikke astma)
Muskel-skeletsygdomme	Slidgigt Leddegigt Knogleskørhed Diskusprolaps, andre rygsygdomme
Psykiske lidelser	Psykiske lidelser af mindre end 6 måneders varighed Psykiske lidelser af mere end 6 måneders varighed
Sygdomme i nervesystem og sanseorganer	Migræne, hyppig hovedpine Tinnitus Grå stær

Ved tilrettelæggelse af den patientrettede forebyggelse er det derfor vigtigt at kende patientpopulationernes sundhedsvaner. Sundhedsvanerne hos borgere med kronisk sygdom og hvor mange, der er motiverede for at ændre sundhedsvaner, er beskrevet i kapitel 2-6.

Kroniske sygdomme i *Hvordan har du det?*

Hvordan har du det? indeholder oplysninger om forekomsten af 18 kroniske sygdomme, der hver især antages at bidrage væsentligt til sygdomsbyrden i befolkningen, enten fordi de forårsager mange dødsfald, eller fordi de fører til nedsat livskvalitet og funktionsevne hos store grupper af borgere, se figur 8.1.

I WHO's globale strategi for forebyggelse og behandling af kroniske sygdomme prioriteres forebyggelse af fem kroniske sygdomme: hjertesygdom, blodprop i hjernen/hjerneblødning, sukkersyge, kræft og kroniske luftvejssygdomme (12, 13). WHO's strategi sigter mod forebyggelse af de kroniske sygdomme, der forårsager mange dødsfald.

De fem sygdomme skønnes at være årsag til over halvdelen af alle dødsfald på verdensplan. I Danmark forårsager de cirka 70 % af alle dødsfald (14).

I Danmark har de nationale sundhedsmyndigheder i de senere år ligeledes taget en række initiativer til at styrke indsatsen i forhold til de sygdomme, der medfører flest

dødsfald i den danske befolkning som kræft, hjertesygdomme og sukkersyge. En forbedret indsats i forhold til at forebygge og behandle disse sygdomme er væsentlig i forhold til at forlænge befolkningens middellevetid.

Man har samtidig ønsket at styrke indsatsen i forhold til ikke-livstruende sygdomme som astma og allergi, muskel-skelet-lidelser, knogleskørhed og psykiske lidelser, der medfører store begrænsninger i livsudfoldelse og risiko for varig funktionsnedsættelse. Her drejer det sig om at fremme livskvalitet og funktionsevne.

Det har således været en målsætning i dansk sundhedspolitik både at mindske sygdomsbyrden af kroniske sygdomme, der forkorter livet, og ikke-livstruende kroniske sygdomme, der forringer livskvaliteten/funktionsevnen.

I tråd hermed indeholder *Hvordan har du det?* både oplysninger om, hvad man kan betegne som potentielt livstruende og om ikke-livstruende kroniske sygdomme. Af undersøgelsens 18 kroniske sygdomme kan syv betegnes som potentielt livstruende og 11 som ikke-livstruende.

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

Opdelingen i potentielt livstruende kroniske sygdomme og ikke-livstruende kroniske sygdomme er en grov opdeling. Fx er kræft den hyppigste dødsårsag i Danmark, men den mest udbredte kræftform er almindelig hudkræft, som kun forårsager få dødsfald (15).

Omvendt er psykiske lidelser i sig selv ikke nogen væsentlig dødsårsag, men de er forbundet med en stærkt forøget selvmordsrisiko, ligesom der blandt psykiatriske patienter er en stor overdødelighed af en række somatiske sygdomme (16). Astma regnes her til de ikke-livstruende sygdomme, men forårsager ligeledes enkelte dødsfald (17), ligesom knoglebrud som følge af knogleskørhed kan være livstruende.

Opdelingen er imidlertid relevant, når man skal prioritere indsatsen i forhold til kronisk sygdom. Et centralt spørgsmål er, hvordan man skal vægte indsatsen i forhold til sygdomme, der er skyld i mange dødsfald i forhold til ikke-dødelige sygdomme, der belaster mange mennesker.

Det er vanskeligt at sammenligne belastningen af forskellige sygdomme, hvis man skal tage højde for både sygelighed og dødelighed. I WHO's projekt *Global Burden of Disease* har man siden 1990 undersøgt, hvor meget sygdomme og ulykker bidrager til den samlede sygdomsbyrde i en række lande ved hjælp af begrebet tabte sygdomsjusterede leveår (disability adjusted life years, DALY) (18).

Tabte sygdomsjusterede leveår kombinerer effekten af dødelighed og funktionsnedsættelse af en sygdom i et enkelt tal, som udtrykker, hvor meget den pågældende sygdom øger sygdomsbelastningen i befolkningen.

I Danmark var de 10 sygdomme, som forårsagede flest tabte sygdomsjusterede leveår i 2010 ifølge Global Burden of Disease Study – nævnt i aftagende rækkefølge – lænderyg-problemer (diskusprolaps og andre ryglidelser), iskæmiske hjertesygdomme (blodprop i hjertet og hjertekrampe), kronisk obstruktiv lungesygdom, lungekræft, hjerneblødning/blodprop i hjernen, depression, faldulykker, sukkersyge, alkoholrelaterede sygdomme, andre muskel-skelet-lidelser (19).

Resultaterne understreger, at både potentielt livstruende og ikke-livstruende sygdomme bidrager væsentligt til den samlede sygdomsbyrde i den danske befolkning.

Lavere dødelighed og flere år med god livskvalitet/funktionsevne kan til dels opnås med de samme midler. Det gælder især på forebyggelsesområdet, idet flere af de kroniske sygdomme har fælles risikofaktorer. En indsats i forhold til kost, rygning, alkohol og fysisk aktivitet vil derfor have en forebyggende effekt i forhold til mange sygdomme.

Når det drejer sig om opsporing, behandling og rehabilitering, er det derimod nødvendigt at vælge, hvilke kroniske sygdomme man især ønsker at gøre en indsats for. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på, at nogle kroniske sygdomme først og fremmest forringer befolkningens livskvalitet/funktionsevne, mens andre både reducerer livslængde og livskvalitet/funktionsevne.

I Region Midtjylland er der som nævnt udarbejdet forløbsprogrammer for type 2-diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom, hjerte-kar-sygdom, lænderyg-smerter og depression. Regionen har således på linje med de nationale sundhedsmyndigheder valgt at styrke indsatsen for både potentielt livstruende og ikke-livstruende kroniske sygdomme.

Sådan har vi spurgt om kronisk sygdom

Rapporteringen af de 18 sygdomme bygger på svarpersonernes egne oplysninger. Besvarelserne afspejler dermed deltagernes egen sygdomsopfattelse. Denne er ikke nødvendigvis sammenfaldende med en lægelig vurdering.

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

Der skelnes således mellem personer, der ikke har sygdommen, og personer, der har sygdommen/eftervirkninger af sygdommen. Det skyldes, at det ved nogle sygdomme kan være vanskeligt at skelne præcist mellem selve sygdommen og eftervirkninger heraf (det gælder fx muskel-skelet-lidelser). Desuden er det relevant at vide, hvor mange der er præget af en bestemt sygdom, hvad enten det drejer sig om aktuel sygdom eller eftervirkninger af sygdommen.

En undersøgelse fra Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden, der sammenholdt forekomst af sygdom opgjort ved hjælp af spørgeskemaer og sundhedsvæsenets registre, viste en betydelig uoverensstemmelse mellem de to opgørelsesmetoder, og at graden af overensstemmelse er forskellig fra sygdom til sygdom (20).

En del af forklaringen på denne forskel er, at registrene ikke indeholder oplysninger om sygdomme, der udelukkende behandles i almen praksis. Der kan desuden være tale om misklassifikation i både spørgeskema- og registeropgørelser.

Analyserne tyder overordnet på, at de borgere, som identificeres via registre, er mere syge end gruppen, som identificeres via spørgeskemaer. En spørgeskemaundersøgelse kan give et billede af den samlede forekomst af kronisk sygdom i befolkningen samt et billede af, hvor forebyggelse (særligt sekundær forebyggelse) skal sættes ind. Man får her identificeret en større gruppe af borgere, som har tidligere stadier af sygdom, samt de borgere, som udelukkende behandles i almen praksis.

FIGUR 8.2

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

	Pct		Personer
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	20		148.000
Hjertekrampe	1,7		13.000
Blodprop i hjertet	1,2		8.700
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,4		10.000
Sukkersyge			
	6		41.000
Kræft			
	2,9		22.000
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4		32.000
Astma	7		50.000
Allergi			
	19		146.000
Muskel-skelet			
Slidgigt	20		154.000
Leddegigt	6		42.000
Knogleskørhed	4		27.000
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	13		99.000
Psykiske lidelser			
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	5		39.000
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	8		58.000
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	14		105.000
Tinnitus	12		90.000
Grå stær	4		27.000

Kroniske sygdomme i regionen

Figur 8.2 viser forekomsten af de 18 kroniske sygdomme i Region Midtjylland. Forekomsten er både angivet i procent og i antal borgere, der har sygdommen/eftervirkninger af sygdommen. Antallet af borgere med kronisk sygdom skal sammenholdes med, at Region Midtjylland har et befolkningsantal på 760.000 i alderen 25-79 år, ikke medregnet personer af anden etnisk herkomst end dansk.

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

- 20 % har slidgigt, svarende til 154.000 personer
- 6 % har leddegigt, svarende til 42.000 personer
- 13 % har diskusprolaps eller andre rygsygdomme, svarende til 99.000 personer
- 4 % har knogleskørhed, svarende til 27.000 personer

En del har mere end én muskel-skelet-sygdom, så i alt har 31 % af den voksne befolkning en muskel-skelet-sygdom, svarende til 232.000 personer (ikke vist).

Allergi er den næsthyppigste af de ikke-livstruende sygdomme.

- 19 %, svarende til 146.000 personer, lider af allergi

Ved psykiske lidelser udgør psykiske lidelser af mere end 6 måneders varighed den største gruppe.

- 8 % lider af psykiske lidelser, som har varet mere end 6 måneder, svarende til 58.000 personer
- 5 % lider af psykiske lidelser, som har varet mindre end 6 måneder, svarende til 39.000 personer

Nogle har både kort- og langvarige psykiske lidelser, så i alt har 10 % psykiske lidelser af kortere eller længere varighed, svarende til 73.000 personer (ikke vist).

Sygdomme i nervesystem og sanseorganer er ligeledes hyppige.

- 14 % lider af migræne eller hyppig hovedpine, svarende til 105.000 personer
- 12 % lider af tinnitus, svarende til 90.000 personer
- 4 % lider af grå stær, svarende til 27.000 personer

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

- 20 % lider af forhøjet blodtryk, svarende til 148.000 personer

Blandt de andre hjerte-kar-sygdomme er hjertekrampe den hyppigste.

- 1,7 % lider af hjertekrampe, svarende til 13.000 personer
- 1,4 % lider af hjerneblødning eller blodprop i hjernen, svarende til 10.000 personer
- 1,2 % lider af blodprop i hjertet, svarende til 8.700 personer

Der er hovedsagelig tale om eftervirkninger hos personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen (78 %) og blodprop i hjertet (72 %).

I alt lider 21 % af en eller flere af de fire hjerte-kar-sygdomme, svarende til 160.000 personer. Heraf har 8 ud af 10 udelukkende forhøjet blodtryk (ikke vist).

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

- 4 % lider af kronisk bronkitis, for store lunger eller rygerlunger, svarende til 32.000 personer
- 7 % lider af astma, svarende til 50.000 personer.

Der er også mange, der har sukkersyge.

- 6 % har sukkersyge, svarende til 41.000 personer

Der er ikke sondret mellem type 1- og type 2-diabetes ('gammelmandssukkersyge'). Det vides fra andre undersøgelser, at op mod 90 % af sukkersygepatienterne har type 2-diabetes (21).

- 2,9 % lever med kræft, svarende til 22.000 personer

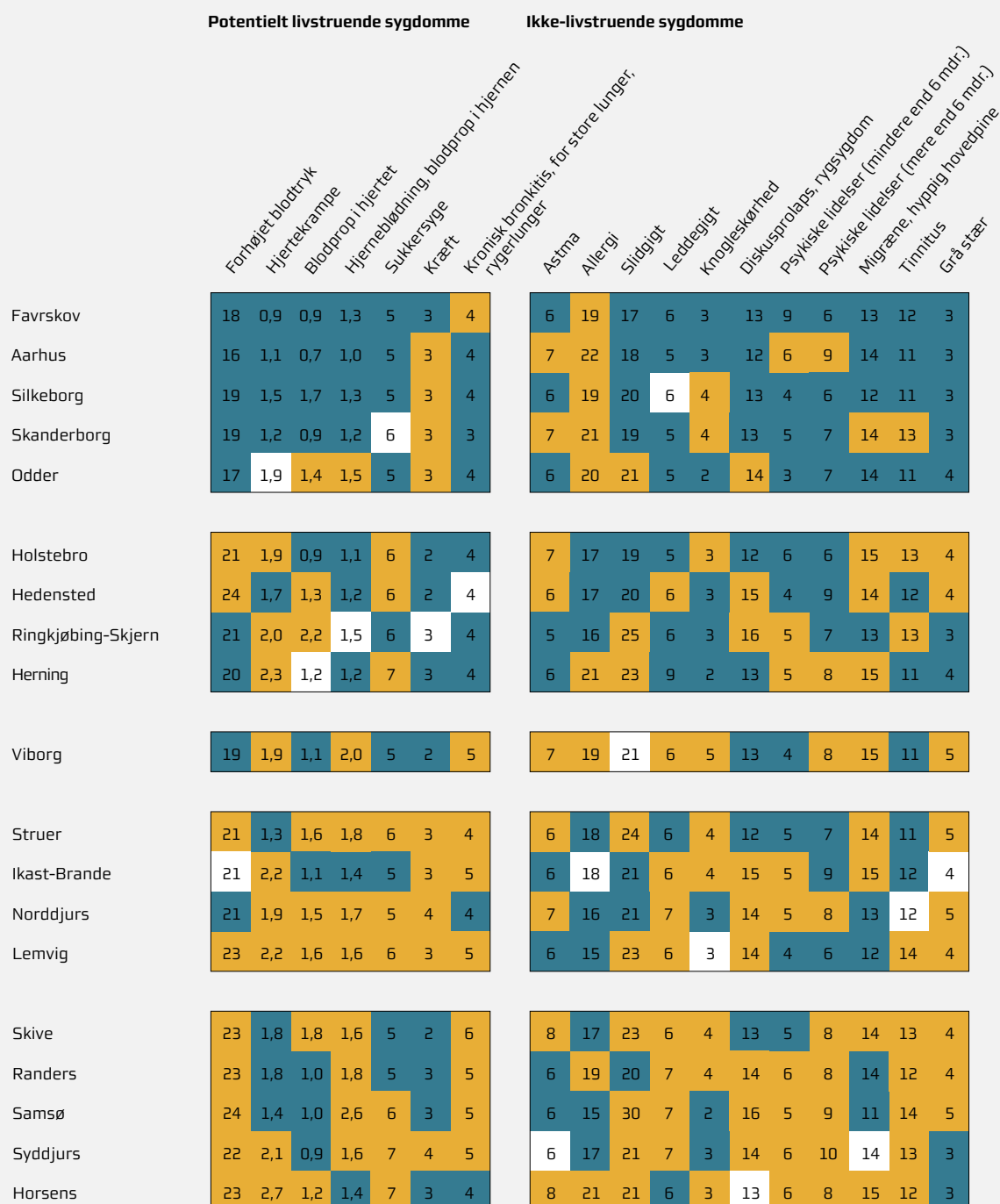
Der er for godt halvdelen vedkommende tale om eftervirkninger (53 %).

► **2006-2013.** Der er generelt sket en forøgelse i forekomsten af kronisk sygdom. Otte ud af de 15 sygdomme, der er sammenlignelige oplysninger om i 2006 og 2013, forekommer hyppigere i 2013, mens der ikke er sket nogen ændring i forekomsten af de øvrige sygdomme. Forøgelsen er størst ved forhøjet blodtryk, slidgigt/leddegigt og allergi. Se [figur 8.1.S i bind 2](#). ◀

► **2010-2013.** Der er generelt sket en forøgelse i forekomsten af kronisk sygdom. Seks ud af de 15 sygdomme, der er sammenlignelige oplysninger om i 2010 og 2013, forekommer hyppigere i 2013, mens der ikke er sket nogen ændring i forekomsten af de øvrige sygdomme. Forøgelsen er størst ved forhøjet blodtryk og allergi. Se [figur 8.1.S i bind 2](#). ◀

FIGUR 8.3

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



Rangordning af kommunerne i forhold til sygdomsforekomst

Figur 8.3 viser forekomsten af de 18 kroniske sygdomme i de 19 kommuner i Region Midtjylland. For at give et indtryk af forskelle i sygdomsmønstre er kommunerne rangordnet efter følgende metode:

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

FIGUR 8.4

Forekomsten af 18 kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger). Kommunerne er rangordnet for hver sygdom (1 = laveste forekomst, 19 = højeste forekomst) og efter den samlede rangsum. **Blå** markerer de ni kommuner med den laveste forekomst, **orange** de ni kommuner med den højeste forekomst, mens den **hvide** farve markerer den midterst placerede kommune ved hver sygdom. Nogle kommuner har samme rangsum og optræder derfor i figuren i tilfældig indbyrdes orden. Det gælder følgende kommuner: Skanderborg, Odder og Holstebro (rangsum = 151), Ringkøbing-Skjern, Herning (rangsum = 182) samt Skive og Randers (rangsum = 212).

		Potentielt livstruende sygdomme							Ikke-livstruende sygdomme										
		Forhøjet blodtryk	Hjertekrampe	Blodprop i hjertet	Hjerneblødning, blodprop i hjernen	Sukkersyge	Kræft	Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	Astma	Allergi	Slidgigt	Leddgigt	Knogleskørhed	Diskusprolaps, rygsygdom	Psyktiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	Psyktiske lidelser (mere end 6 mdr.)	Migræne, hyppig hovedpine	Tinnitus	Grå stær
Favrskov	1	3	1	3	7	2	5	12	4	14	1	6	6	4	9	6	6	8	6
Aarhus	2	1	2	1	1	1	12	3	15	19	2	1	9	1	16	18	8	3	2
Silkeborg	3	6	6	17	6	4	16	4	6	12	5	10	16	5	4	3	2	2	3
Skanderborg	4	4	3	2	4	10	15	2	14	17	4	4	15	9	6	9	12	16	5
Odder	5	2	10	13	11	7	11	7	3	15	13	5	2	13	10	10	7	4	8
Holstebro	6	11	11	4	2	12	2	9	13	9	3	2	12	3	15	5	17	14	11
Hedensted	7	18	7	12	5	14	3	10	12	7	7	11	5	16	3	1	14	9	13
Ringkøbing-Skjern	8	8	14	19	10	9	10	8	1	5	18	9	4	18	12	8	9	17	7
Herning	9	7	18	10	3	19	6	1	8	18	15	3	8	7	14	16	15	5	9
Viborg	10	5	13	8	17	3	1	15	16	11	10	12	19	6	2	13	16	1	18
Struer	11	12	4	15	15	13	17	11	11	4	17	7	13	1	7	7	13	8	17
Ikast-Brande	12	10	17	9	8	8	12	17	9	10	8	15	14	17	8	2	19	7	10
Norddjurs	13	9	12	14	14	11	19	6	17	3	9	17	3	14	11	15	4	10	16
Lemvig	14	14	16	16	18	15	14	16	7	1	16	14	10	11	1	4	3	18	15
Skive	15	15	8	18	12	5	4	19	18	6	14	13	18	8	9	12	11	15	11
Randers	16	17	9	7	16	6	7	18	2	13	6	19	17	12	17	11	9	12	14
Samsø	17	19	5	6	19	16	8	13	5	2	19	16	1	19	13	17	1	19	19
Syddjurs	18	13	15	5	13	18	18	14	10	8	11	18	7	15	19	19	10	13	1
Horsens	19	16	19	11	9	17	9	9	19	16	12	8	11	10	18	14	18	11	4

En placering i toppen af figuren er ensbetydende med en mindre sygdomsforekomst end i de øvrige kommuner, mens en placering i bunden af figuren er ensbetydende med en større sygdomsforekomst. Kommunernes placering på rangstigen for de 18 sygdomme hver for sig og under et fremgår af figur 8.4.

For yderligere at tydeliggøre forskellen i sygdomsforekomst er rang nr. 1-9 markeret med blå, mens rang nr. 11-19 er markeret med orange. Den midterst placerede kommune (rang nr. 10) er markeret med hvid. Som eksempel kan nævnes, at Odder Kommune har en samlet placering som nr. 5. Ved ni af de 18 sygdomme

FIGUR 8.5

Variation i kroniske sygdomme i kommunerne

	Variationskoefficient		Laveste forekomst		Højeste forekomst		Antal signifikante forskelle ud af 117 mulige
			Pct	Kommune	Pct	Kommune	
Blodprop i hjertet	0,31		0,7	Aarhus	2,2	Ringkøbing-Skjern	18
Hjertekrampe	0,25		0,9	Favrskov	2,7	Horsens	24
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	0,25		1,0	Aarhus	2,7	Samsø	11
Knogleskørhed	0,20		2,3	Samsø	5	Viborg	20
Kræft	0,18		2,0	Viborg	4	Norddjurs	13
Psykisk lidelse (mere end 6 mdr.)	0,17		5	Hedensted	10	Syddjurs	37
Grå stær	0,16		2,8	Syddjurs	5	Samsø	17
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	0,14		2,7	Herning	6	Skive	17
Psykisk lidelse (mindre end 6 mdr.)	0,14		4	Lemvig	6	Syddjurs	9
Slidgigt	0,14		17	Favrskov	30	Samsø	61
Allergi	0,12		15	Lemvig	22	Aarhus	57
Astma	0,12		5	Ringkøbing-Skjern	8	Horsens	7
Leddegigt	0,11		5	Aarhus	7	Randers	10
Forhøjet blodtryk	0,11		16	Aarhus	24	Samsø	57
Sukkersyge	0,11		5	Aarhus	7	Herning	5
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	0,09		12	Aarhus	16	Samsø	17
Migræne, hyppig hovedpine	0,09		11	Samsø	15	Ikast-Brande	18
Tinnitus	0,08		11	Viborg	14	Samsø	13

hører Odder til blandt de ni kommuner med den laveste forekomst (blå), ved seks sygdomme hører kommunen til blandt de ni kommuner med den højeste forekomst (orange), mens den ved de resterende tre sygdomme har en midterplacering (hvid).

De fem bedst placerede kommuner efter denne fremgangsmåde er: Favrskov, Aarhus, Silkeborg, Skanderborg og Odder.

Herefter følger i den bedste halvdel Holstebro, Hedensted, Ringkøbing-Skjern og Herning.

Viborg ligger midt på rangstigen.

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

I den dårligste halvdel ligger desuden Struer, Ikast-Brande, Norddjurs og Lemvig.

► **2006-2013.** Der er sket en del ændringer af kommunernes placering på rangstigen for sygdomsforekomst fra 2006 til 2013. Den største forandring er sket i Aarhus, som er gået fra en placering som nr. 12 til nr. 1. Den næststørste forandring er sket i Horsens og Viborg, der begge er rykket ni pladser ned ad rangstigen. Rangordningen er baseret på de 15 sygdomme, der er sammenlignelige oplysninger om i 2006, 2010 og 2013. Se [figur 8.2.S i bind 2](#). ◀

► **2010-2013.** Der er en ret høj grad af overensstemmelse mellem kommunernes placering på rangstigen for sygdomsforekomst i 2010 og 2013. Den største forandring er sket i Silkeborg, der er gået fra en placering som nr. 12 til nr. 3. Rangordningen er baseret på de 15 sygdomme, der er sammenlignelige oplysninger om i 2006, 2010 og 2013. Se [figur 8.2.S i bind 2](#). ◀

Forskelle i forekomsten af kroniske sygdomme mellem kommunerne

Der er en betydelig forskel i forekomsten af de enkelte sygdomme mellem kommunerne. Den relative variation ved de enkelte sygdomme kan opgøres ved hjælp af variationskoefficienten, der beregnes ved at dividere den gennemsnitlige forekomst for de 19 kommuner med standardafvigelsen.

Jo større variationskoefficienten er, jo større er den relative variation for en given sygdom mellem kommunerne. Figur 8.5 viser sygdommene efter faldende værdi af variationskoefficienten. Ved hver sygdom er desuden angivet kommunen med henholdsvis den laveste og den højeste forekomst, samt hvor mange af de 117 indbyrdes forskelle mellem kommunerne, der er statistisk signifikante.

Målt ved hjælp af variationskoefficienten finder man den største variation mellem kommunerne ved hjerte-kar-sygdomme: blodprop i hjertet, hjertekrampe og hjerneblødning/blodprop i hjernen. De tre sygdomme, hvor forekomsten varierer mindst mellem kommunerne, er diskusprolaps/andre rygsygdomme, migræne/hyppig hovedpine og tinnitus.

Sygdomsprofiler for kommunerne

Figur 8.6-8.24 viser sygdomsprofilen for de enkelte kommuner. For hver af de 18 kroniske sygdomme er der angivet, hvor mange procent af den voksne befolkning, der har sygdommen/eftervirkninger, samt hvor mange personer, det drejer sig om. Endvidere er signifikante afvigelser i forhold til befolkningen som helhed markeret, hvis de forekommer.

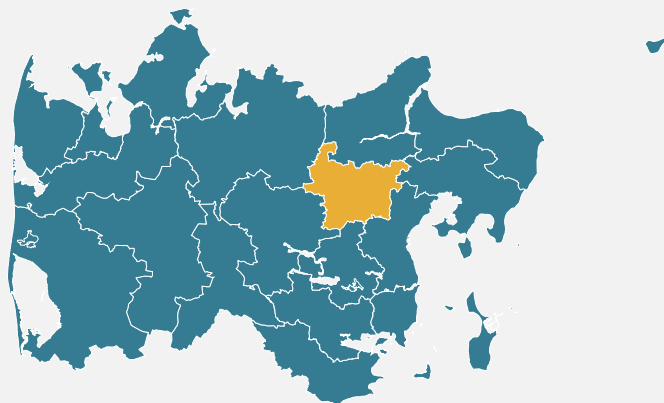
Ser man på alle 19 kommuner, er der signifikante afvigelser fra forekomsten i regionen som helhed ved 16 af de 18 sygdomme. Der er i alt 64 signifikante afvigelser ud af 342 mulige.

► **2006-2013.** Der er generelt sket en forøgelse af sygdomsforekomsten i kommunerne. Der er en statistisk signifikant forøgelse af en eller flere sygdomme i alle 19 kommuner. Kun i tre af kommunerne er der en signifikant lavere forekomst af enkelte sygdomme i 2013 sammenlignet med 2006. Især er forekomsten af forhøjet blodtryk forøget. Af i alt 73 signifikante forøgelser af sygdomme i kommunerne er 17 af dem en forøget forekomst af forhøjet blodtryk. Der er en øget forekomst i én eller flere kommuner af 12 ud af de 15 sygdomme, der er sammenlignelige oplysninger om i 2006, 2010 og 2013. Se [figur 8.3.5-8.21.5 i bind 2](#). ◀

► **2010-2013.** Der er generelt sket en forøgelse af sygdomsforekomsten i kommunerne. Der er en statistisk signifikant forøgelse af en eller flere sygdomme i 12 af de 19 kommuner. Kun i én kommune er der en signifikant lavere forekomst af en enkelt sygdom i 2013 sammenlignet med 2010. Der er en øget forekomst i en eller flere kommuner af 13 ud af de 15 sygdomme, der er sammenlignelige oplysninger om i 2006, 2010 og 2013. Se [figur 8.3.5-8.21.5 i bind 2](#). ◀

FIGUR 8.6

Forekomsten af kroniske sygdomme i Favrskov Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)



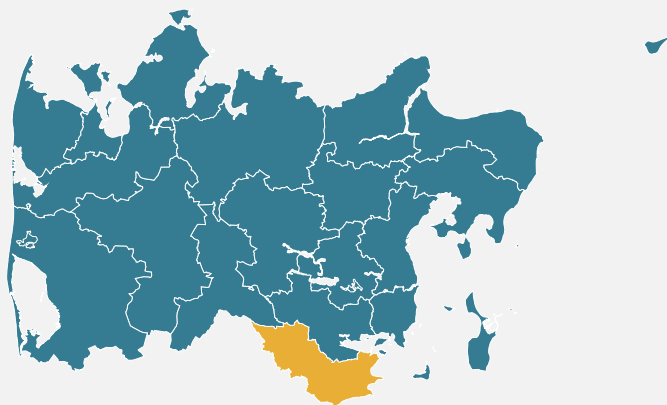
Favrskov

	Pct		Personer
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	18		5.100
Hjertekrampe	0,9		300
Blodprop i hjertet	0,9		200
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,3		400
Sukkersyge			
	5		1.400
Kræft			
	2,5		700
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4		1.300
Astma	6		1.600
Allergi			
	19		5.400
Muskel-skelet			
Slidgigt	17		4.900
Leddegigt	6		1.600
Knogleskørhed	3		800
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	13		3.600
Psykiske lidelser			
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	5		1.400
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	6		1.800
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	13		3.800
Tinnitus	12		3.300
Grå stær	3		1.000

Signifikant færre end i hele befolkningen

FIGUR 8.7

Forekomsten af kroniske sygdomme i Hedensted Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)



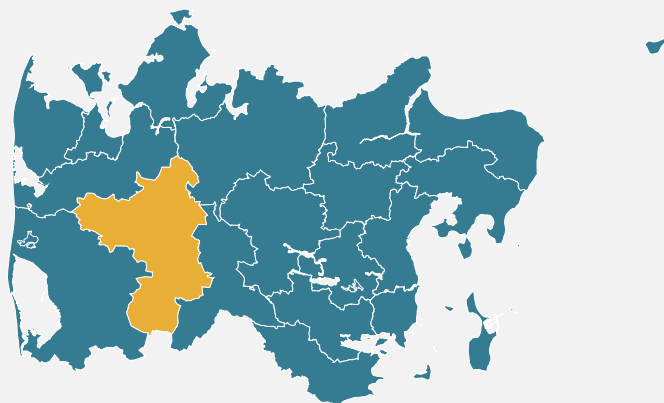
Hedensted

	Pct		Personer
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	24		6.600
Hjertekrampe	1,7		500
Blodprop i hjertet	1,3		400
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,2		300
Sukkersyge			
	6		1.700
Kræft			
	2,3		700
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4		1.200
Astma	6		1.800
Allergi			
	17		4.800
Muskel-skelet			
Slidgigt	20		5.700
Leddegigt	6		1.700
Knogleskørhed	2,9		800
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	15		4.100
Psykiske lidelser			
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	4		1.200
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	5		1.500
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	14		4.000
Tinnitus	12		3.500
Grå stær	4		1.100

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

FIGUR 8.8

Forekomsten af kroniske sygdomme i Herning Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)



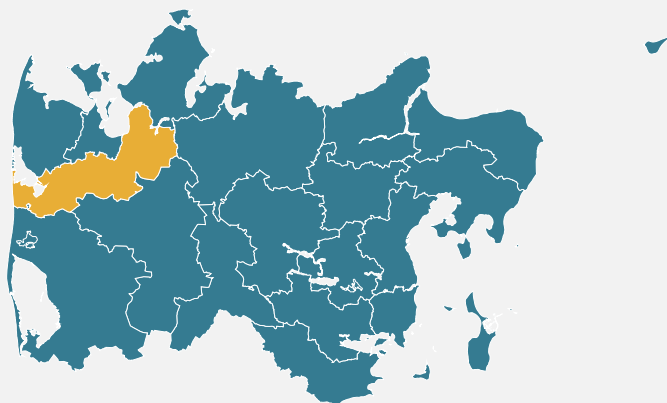
Herning

	Pct		Personer
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	20		10.000
Hjertekrampe	2,3		1.200
Blodprop i hjertet	1,2		600
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,2		600
Sukkersyge			
	7		3.500
Kræft			
	2,5		1.300
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	2,7		1.400
Astma	6		3.200
Allergi			
	21		11.000
Muskel-skelet			
Slidgigt	23		12.000
Leddegigt	5		2.600
Knogleskørhed	3		1.700
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	13		6.800
Psykiske lidelser			
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	5		2.800
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	8		4.100
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	15		7.600
Tinnitus	11		5.800
Grå stær	4		1.900

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

FIGUR 8.9

Forekomsten af kroniske sygdomme i Holstebro Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)



Holstebro

	Pct		Personer
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	21		7.200
Hjertekrampe	1,9		600
Blodprop i hjertet	0,9		300
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,1		400
Sukkersyge			
	6		1.900
Kræft			
	2,3		800
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4		1.400
Astma	7		2.300
Allergi			
	17		5.900
Muskel-skelet			
Slidgigt	19		6.500
Leddegigt	5		1.700
Knogleskørhed	3		1.200
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	12		4.100
Psykiske lidelser			
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	6		1.900
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	6		2.200
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	15		5.100
Tinnitus	13		4.300
Grå stær	4		1.300

FIGUR 8.10

Forekomsten af kroniske sygdomme i Horsens Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)



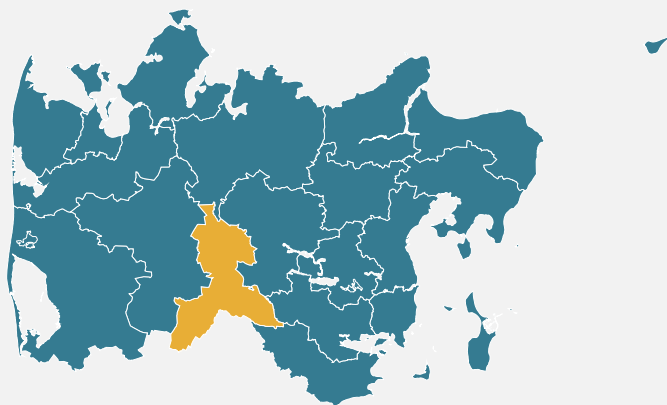
Horsens

	Pct		Personer
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	23		11.000
Hjertekrampe	2,7		1.300
Blodprop i hjertet	1,2		600
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,4		700
Sukkersyge			
	7		3.200
Kræft			
	2,8		1.400
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4		2.100
Astma	8		4.000
Allergi			
	21		10.000
Muskel-skelet			
Slidgigt	21		10.000
Leddegigt	6		2.800
Knogleskørhed	3		1.700
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	13		6.500
Psykiske lidelser			
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	6		2.900
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	8		3.900
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	15		7.400
Tinnitus	12		6.000
Grå stær	3		1.600

Signifikant flere end i hele befolkningen

FIGUR 8.11

Forekomsten af kroniske sygdomme i Ikast-Brande Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)



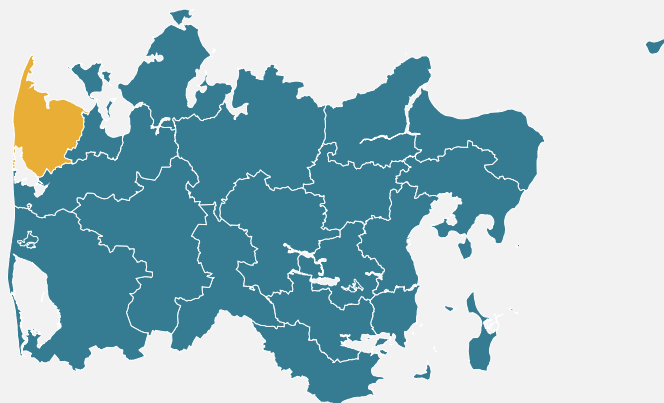
Ikast-Brande

	Pct		Personer
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	21		5.100
Hjertekrampe	2,2		500
Blodprop i hjertet	1,1		300
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,4		300
Sukkersyge			
	5		1.300
Kræft			
	3		700
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	5		1.200
Astma	6		1.500
Allergi			
	18		4.200
Muskel-skelet			
Slidgigt	21		5.000
Leddegigt	6		1.600
Knogleskørhed	4		900
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	15		3.600
Psykiske lidelser			
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	5		1.200
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	5		1.300
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	15		3.800
Tinnitus	12		2.800
Grå stær	4		1.000

 Signifikant færre end i hele befolkningen

FIGUR 8.12

Forekomsten af kroniske sygdomme i Lemvig Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)



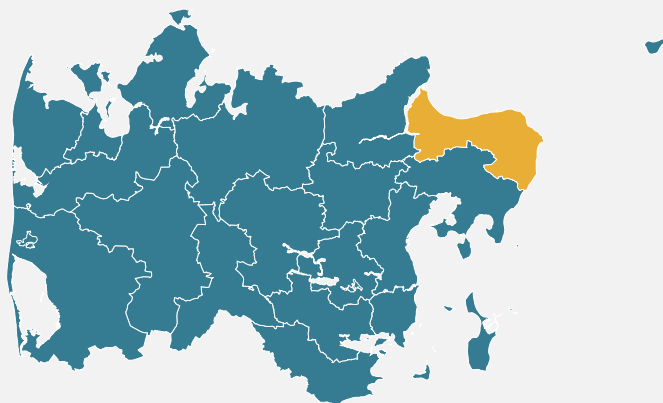
Lemvig

	Pct		Personer
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	23		3.000
Hjertekrampe	2,2		300
Blodprop i hjertet	1,6		200
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2,1		300
Sukkersyge			
	6		800
Kræft			
	3		400
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	5		600
Astma	6		800
Allergi			
	15		1.900
Muskel-skelet			
Slidgigt	23		3.000
Leddegigt	6		800
Knogleskørhed	3		400
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	14		1.800
Psykiske lidelser			
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	4		500
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	6		700
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	12		1.600
Tinnitus	14		1.900
Grå stær	4		600

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

FIGUR 8.13

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



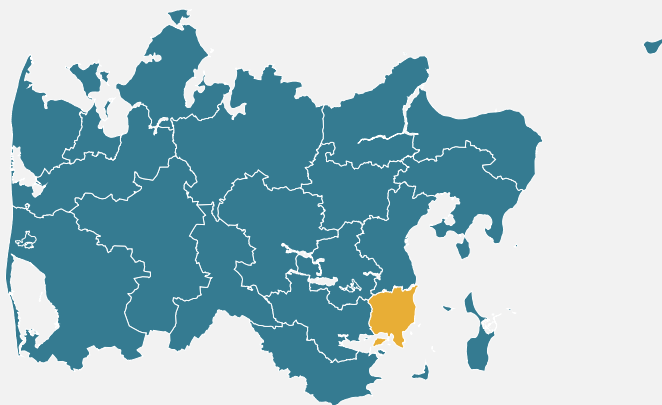
Norddjurs

	Pct		Personer
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	21		4.900
Hjertekrampe	1,9		400
Blodprop i hjertet	1,5		300
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,7		400
Sukkersyge			
	6		1.300
Kræft			
	4		1.000
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4		1.000
Astma	7		1.700
Allergi			
	16		3.700
Muskel-skelet			
Slidgigt	21		4.900
Leddegigt	7		1.600
Knogleskørhed	3		600
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	14		3.300
Psykiske lidelser			
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	5		1.200
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	8		1.900
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	13		3.100
Tinnitus	12		2.900
Grå stær	5		1.100

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

FIGUR 8.14

Forekomsten af kroniske sygdomme i Odder Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)



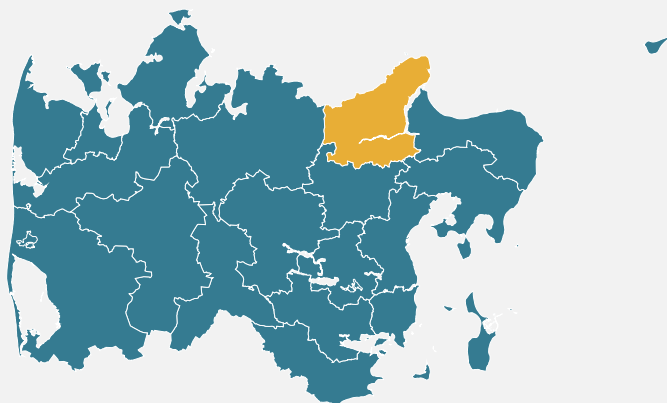
Odder

	Pct		Personer
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	17		2.300
Hjertekrampe	1,9		300
Blodprop i hjertet	1,4		200
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,5		200
Sukkersyge			
	5		700
Kræft			
	3		400
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4		600
Astma	6		800
Allergi			
	20		2.700
Muskel-skelet			
Slidgigt	21		2.900
Leddegigt	5		700
Knogleskørhed	2,5		300
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	14		1.800
Psykiske lidelser			
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	5		700
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	7		1.000
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	14		1.800
Tinnitus	11		1.500
Grå stær	4		500

Signifikant færre end i hele befolkningen

FIGUR 8.15

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



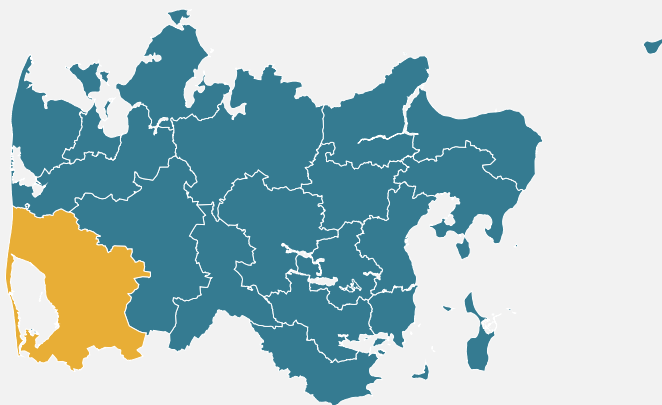
Randers

	Pct		Personer
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	23		14.000
Hjertekrampe	1,8		1.100
Blodprop i hjertet	1,0		600
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,8		1.000
Sukkersyge			
	5		3.200
Kræft			
	3		1.500
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	5		2.900
Astma	6		3.400
Allergi			
	19		11.000
Muskel-skelet			
Slidgigt	20		12.000
Leddegigt	7		4.100
Knogleskørhed	4		2.400
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	14		8.100
Psykiske lidelser			
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	6		3.500
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	8		4.600
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	14		8.300
Tinnitus	12		7.400
Grå stær	4		2.400

Signifikant flere end i hele befolkningen

FIGUR 8.16

Forekomsten af kroniske sygdomme i Ringkøbing-Skjern Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)



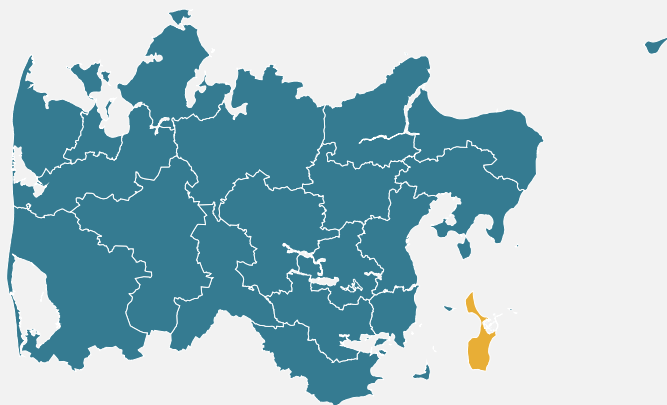
Ringkøbing-Skjern

	Pct		Personer
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	21		7.000
Hjertekrampe	2,0		700
Blodprop i hjertet	2,2		800
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,5		500
Sukkersyge			
	6		1.900
Kræft			
	3		1.000
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4		1.500
Astma	5		1.800
Allergi			
	16		5.500
Muskel-skelet			
Slidgigt	25		8.600
Leddegigt	6		2.000
Knogleskørhed	3		1.000
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	16		5.400
Psykiske lidelser			
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	5		1.800
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	7		2.500
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	13		4.500
Tinnitus	13		4.500
Grå stær	3		1.200

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

FIGUR 8.17

Forekomsten af kroniske sygdomme i Samsø Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)



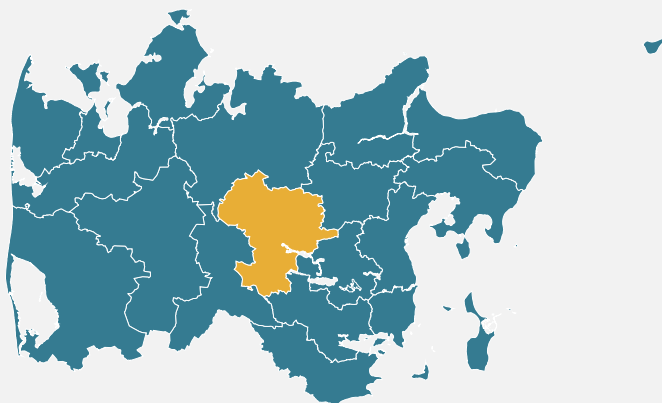
Samsø

	Pct		Personer
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	24		600
Hjertekrampe	1,4		40
Blodprop i hjertet	1,0		30
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	3		70
Sukkersyge			
	6		200
Kræft			
	3		70
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	5		100
Astma	6		100
Allergi			
	15		400
Muskel-skelet			
Slidgigt	30		800
Leddegigt	7		200
Knogleskørhed	2,3		60
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	16		400
Psykiske lidelser			
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	5		100
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	9		200
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	11		300
Tinnitus	14		400
Grå stær	5		100

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

FIGUR 8.18

Forekomsten af kroniske sygdomme i Silkeborg Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)



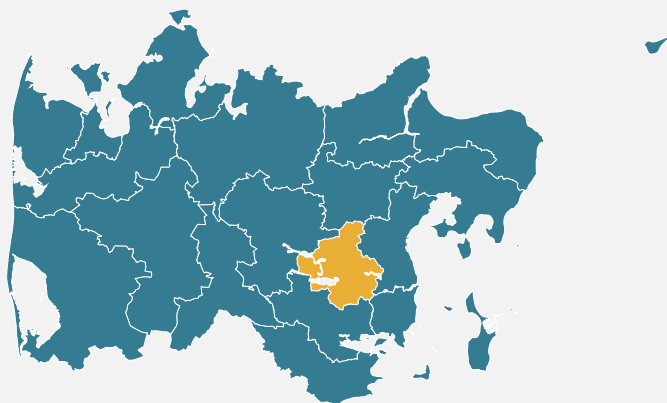
Silkeborg

	Pct		Personer
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	19		10.000
Hjertekrampe	1,5		800
Blodprop i hjertet	1,7		900
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,3		700
Sukkersyge			
	5		2.800
Kræft			
	3		1.800
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4		2.200
Astma	6		3.200
Allergi			
	19		10.000
Muskel-skelet			
Slidgigt	20		11.000
Leddegigt	6		3.200
Knogleskørhed	4		2.100
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	13		7.000
Psykiske lidelser			
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	4		2.300
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	6		3.100
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	12		6.200
Tinnitus	11		6.100
Grå stær	3		1.700

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

FIGUR 8.19

Forekomsten af kroniske sygdomme i Skanderborg Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)

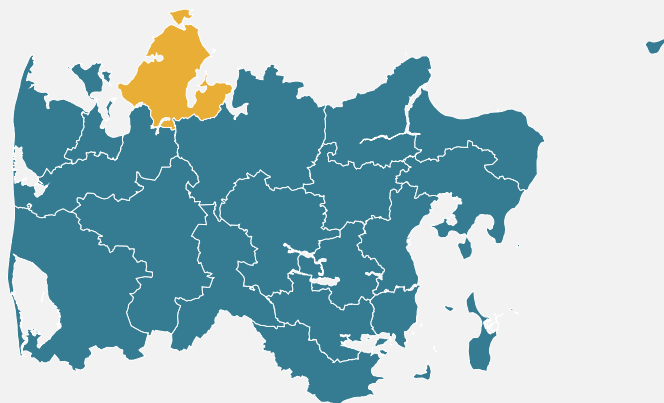


Skanderborg

	Pct		Personer
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	19		6.600
Hjertekrampe	1,2		400
Blodprop i hjertet	0,9		300
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,2		400
Sukkersyge			
	6		2.000
Kræft			
	3		1.200
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	3		1.200
Astma	7		2.400
Allergi			
	21		7.400
Muskel-skelet			
Slidgigt	19		6.900
Leddegigt	5		1.800
Knogleskørhed	4		1.300
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	13		4.700
Psykiske lidelser			
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	5		1.700
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	7		2.600
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	14		5.100
Tinnitus	13		4.600
Grå stær	3		1.200

FIGUR 8.20

Forekomsten af kroniske sygdomme i Skive Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)



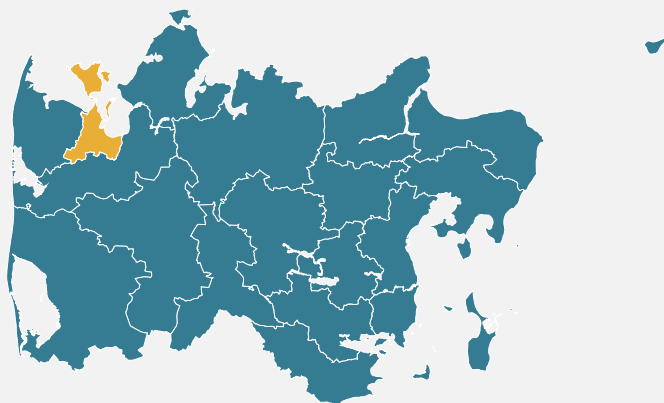
Skive

	Pct		Personer
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	23		6.700
Hjertekrampe	1,8		500
Blodprop i hjertet	1,8		500
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,6		500
Sukkersyge			
	5		1.500
Kræft			
	2,5		700
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	6		1.700
Astma	8		2.200
Allergi			
	17		4.900
Muskel-skelet			
Slidgigt	23		6.700
Leddegigt	6		1.800
Knogleskørhed	4		1.300
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	13		3.900
Psykiske lidelser			
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	5		1.400
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	8		2.300
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	14		4.200
Tinnitus	13		3.800
Grå stær	4		1.200

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

FIGUR 8.21

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



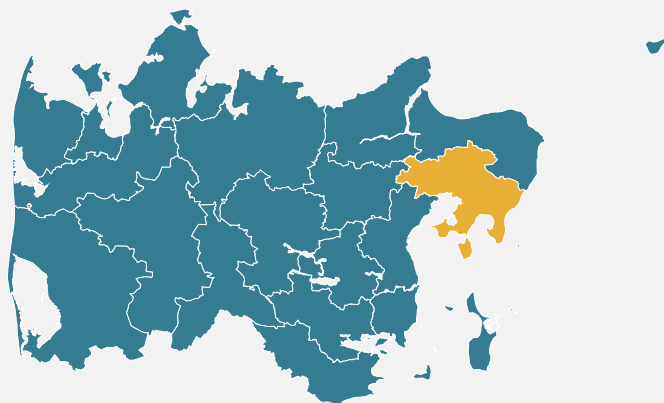
Struer

	Pct		Personer
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	21		2.900
Hjertekrampe	1,3		200
Blodprop i hjertet	1,6		200
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,8		200
Sukkersyge			
	6		800
Kræft			
	3		500
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4		600
Astma	6		900
Allergi			
	16		2.200
Muskel-skelet			
Slidgigt	24		3.300
Leddegigt	6		800
Knogleskørhed	4		500
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	12		1.600
Psykiske lidelser			
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	5		600
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	7		900
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	14		1.900
Tinnitus	11		1.600
Grå stær	5		600

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

FIGUR 8.22

Forekomsten af kroniske sygdomme i Syddjurs Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)



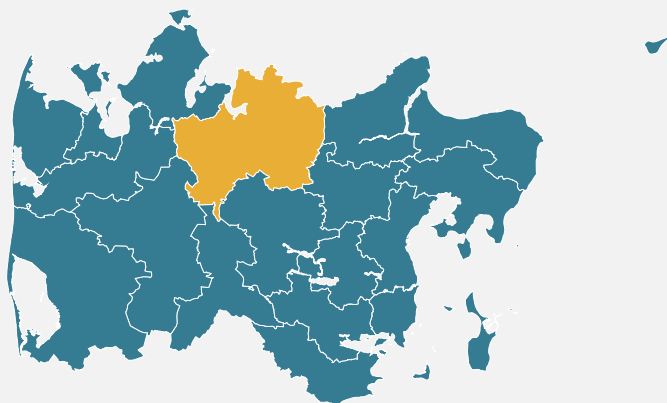
Syddjurs

	Pct		Personer
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	22		5.800
Hjertekrampe	2,1		600
Blodprop i hjertet	0,9		200
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,6		400
Sukkersyge			
	7		1.800
Kræft			
	4		1.000
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	5		1.300
Astma	6		1.700
Allergi			
	17		4.600
Muskel-skelet			
Slidgigt	21		5.600
Leddegigt	7		1.800
Knogleskørhed	3		800
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	14		3.800
Psykiske lidelser			
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	6		1.700
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	10		2.600
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	14		3.700
Tinnitus	13		3.400
Grå stær	3		700

Signifikant flere end i hele befolkningen

FIGUR 8.23

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



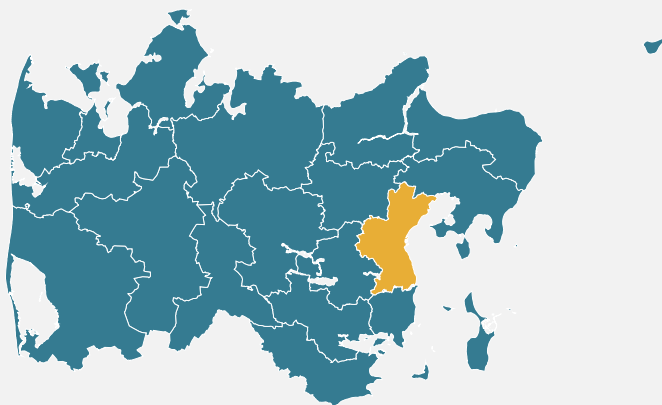
Viborg

	Pct		Personer
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	19		11.000
Hjertekrampe	1,9		1.100
Blodprop i hjertet	1,1		600
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2,0		1.100
Sukkersyge			
	5		3.000
Kræft			
	2,0		1.200
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	5		2.700
Astma	7		4.100
Allergi			
	19		11.000
Muskel-skelet			
Slidgigt	21		12.000
Leddegigt	6		3.400
Knogleskørhed	5		2.900
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	13		7.500
Psykiske lidelser			
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	4		2.300
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	8		4.500
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	15		8.500
Tinnitus	11		6.300
Grå stær	5		2.700

■ Signifikant flere end i hele befolkningen

FIGUR 8.24

Forekomsten af kroniske sygdomme i Aarhus Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)



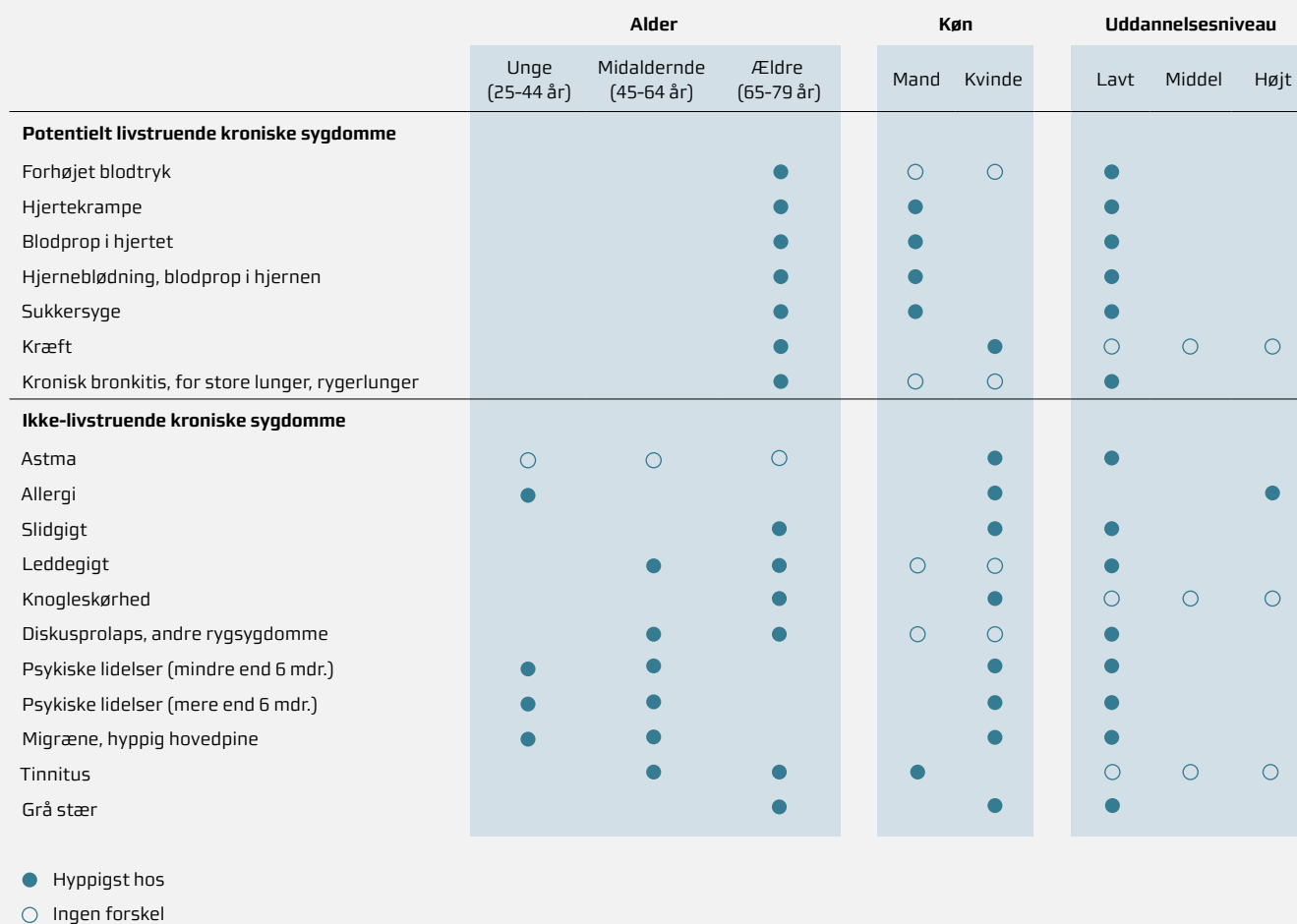
Aarhus

	Pct		Personer
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	16		28.000
Hjertekrampe	1,1		2.000
Blodprop i hjertet	0,7		1.300
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,0		1.700
Sukkersyge			
	5		8.400
Kræft			
	3		5.400
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4		7.100
Astma	7		12.000
Allergi			
	22		39.000
Muskel-skelet			
Slidgigt	18		32.000
Leddegigt	5		8.000
Knogleskørhed	3		6.000
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	12		21.000
Psykiske lidelser			
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	6		10.000
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	9		16.000
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	14		24.000
Tinnitus	11		20.000
Grå stær	3		5.100

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

FIGUR 8.25

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



1. Analysen er foretaget ved hjælp af logistisk regression med hver af de 18 kroniske sygdomme som afhængig variabel og køn, alder og uddannelsesniveau som forklarende variable. Statistisk signifikante interaktionsled er medtaget i modellerne. De justerede procentsatser for sygdomsforekomst er beregnet ud fra modellerne ved hjælp af såkaldte predictive margins, jf. Graubard BI, Korn EL. Predictive margins with survey data. Biometrics 55: 652-659: 2004.

Kroniske sygdomme - køn, alder og uddannelse

Der er betydelige forskelle i forekomsten af de 18 kroniske sygdomme i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau. Her præsenteres resultaterne fra en analyse, hvor alle tre variable er inddraget på én gang. Det vil sige, at for hver af de tre variable er der justeret for forskelle i de to andre variable¹. Det generelle mønster er sammenfattet i figur 8.25, mens forekomsten hos mænd og kvinder i de forskellige aldersgrupper kan ses i figur 8.26 og i forhold til uddannelsesniveau i figur 8.27.

Alder. Forekomsten af kronisk sygdom stiger generelt med alderen, men der er væsentlige undtagelser. Ved de potentielt livstruende sygdomme er mønsteret entydigt.

- Hjerte-kar-sygdomme, sukkersyge, kræft og kronisk bronkitis/for store lunger/rygerlunger forekommer væsentligt hyppigere hos ældre end hos yngre

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

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

- For leddegigt synes forekomsten at stabilisere sig ved 55-64 år
- For diskusprolaps/andre rygssygdomme er der en stigning til og med 55-64 år, hvorefter der er et ret betydeligt fald

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

- Både psykiske lidelser af mindre og mere end 6 måneders varighed forekommer hyppigst i alderen 25-64 år. Herefter falder forekomsten markant

Andre ikke-livstruende sygdomme med en afvigende aldersprofil er:

- Astma, hvor der ikke er større forskel i forekomst mellem aldersgrupperne
- Allergi, hvor forekomsten falder markant med alderen
- Migræne/hyppig hovedpine, hvor der indtræder et kraftigt fald hos kvinder efter 45-54 år, og hos mænd efter 55-64 år

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

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

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

- De potentielt livstruende kroniske sygdomme er hyppigst hos mænd

Undtagelserne er forhøjet blodtryk og kronisk bronkitis/for store lunger/rygerlunger, som forekommer lige så hyppigt hos mænd og kvinder, og kræft, som forekommer hyppigere hos især yngre og midaldrende kvinder.

De ikke-livstruende kroniske sygdomme er hyppigst hos kvinder.

Undtagelserne er leddegigt og diskusprolaps/andre rygssygdomme, der er lige hyppige hos mænd og kvinder, og tinnitus, der forekommer væsentligt hyppigere hos mænd.

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

Forskellen i mænds og kvinders sygdomsmønstre forklarer formentlig det tilsyneladende paradoks, at danske kvinder i gennemsnit lever fire år længere end danske mænd (22) på trods af, at flere kvinder end mænd har et dårligt selv vurderet helbred og at kvinder har et større forbrug af sundhedsydelse.

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

Uddannelsesniveau. Ved 14 ud af de 18 kroniske sygdomme er forekomsten størst hos de lavtuddannede. Ved de potentielt livstruende kroniske sygdomme er kræft den eneste undtagelse. Kræft forekommer lige så hyppigt på alle tre uddannelsesniveauer.

Blandt de ikke-livstruende kroniske sygdomme stiger forekomsten af allergi markant med uddannelsesniveauet.

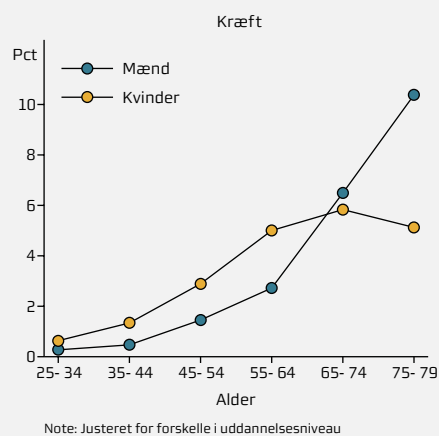
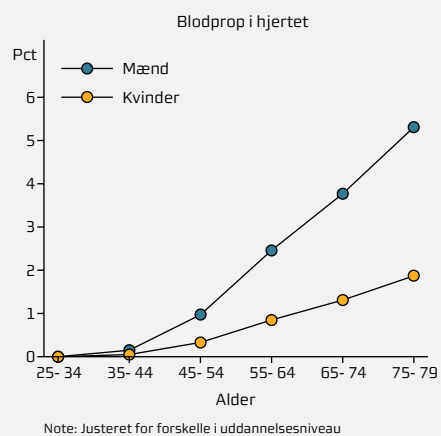
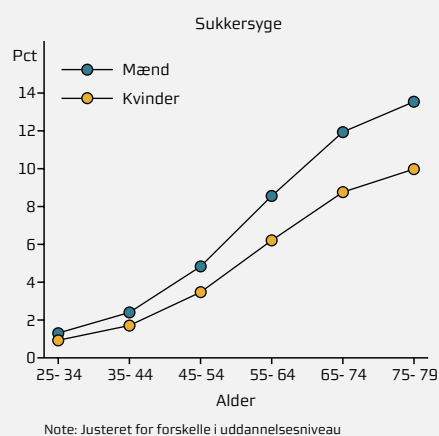
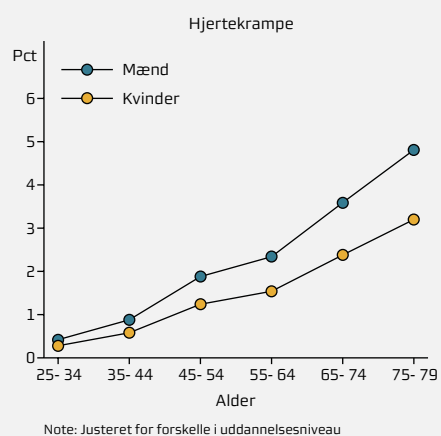
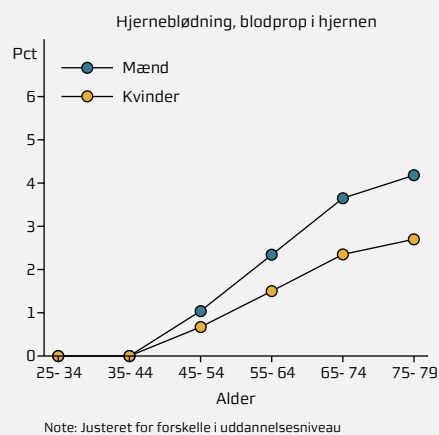
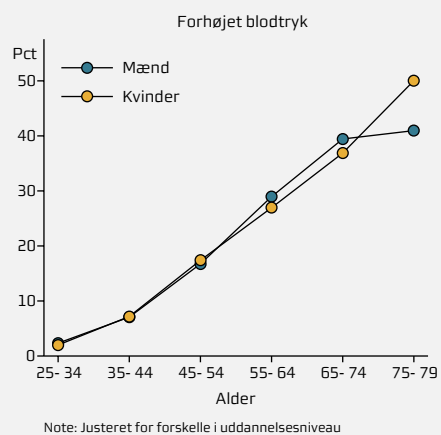
Knogleskørhed og tinnitus er næsten lige hyppigt på alle uddannelsesniveauer.

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

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

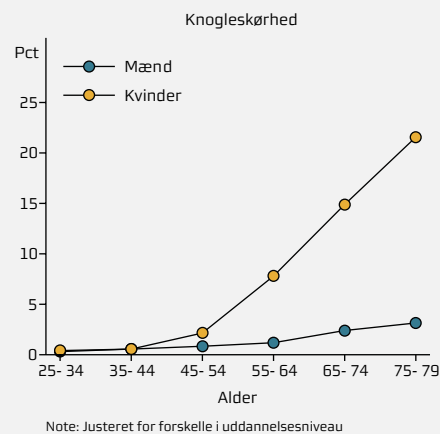
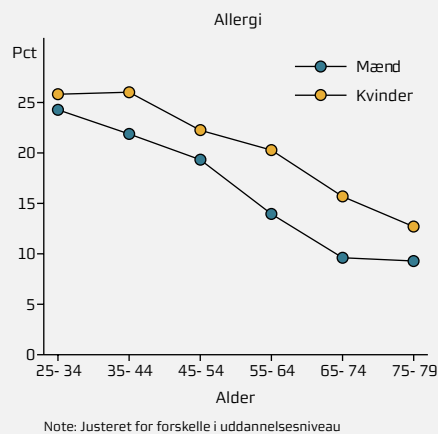
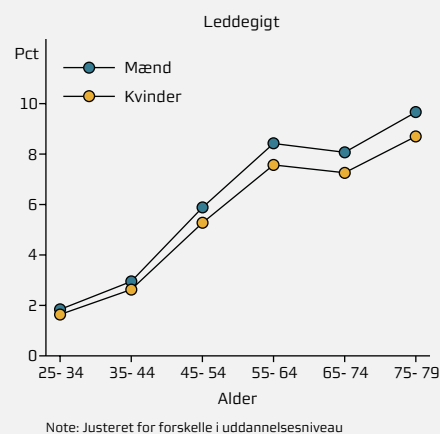
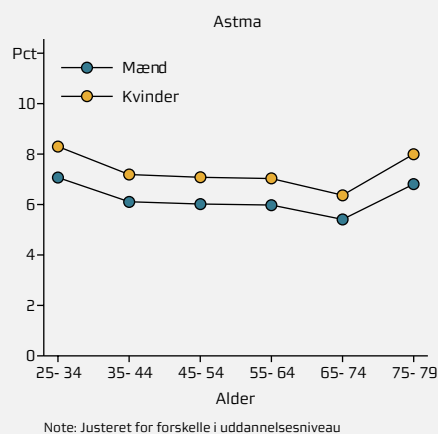
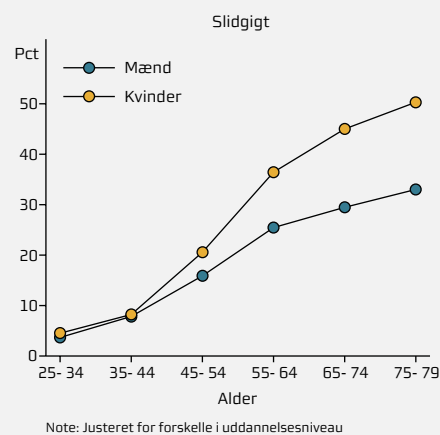
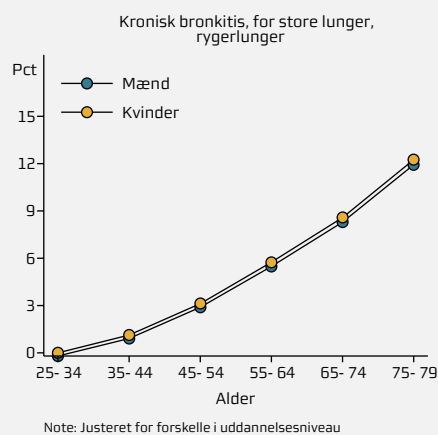
FIGUR 8.26

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



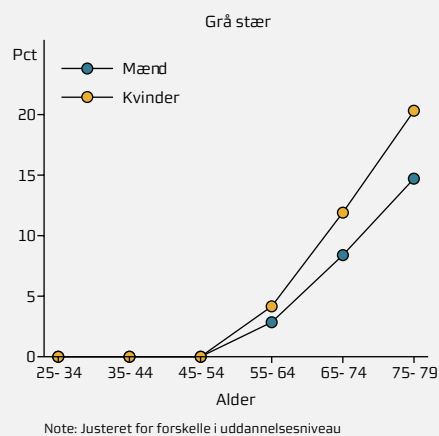
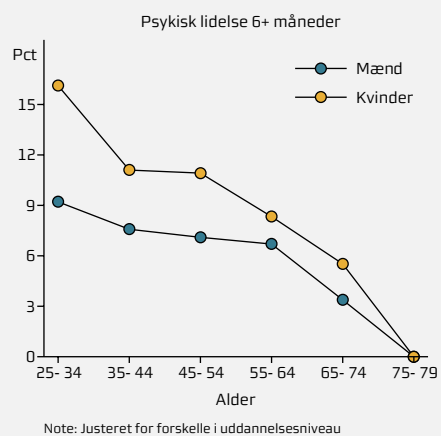
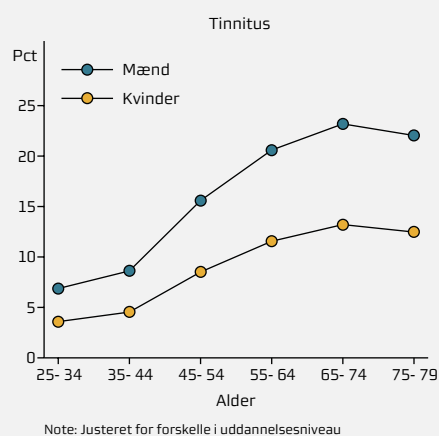
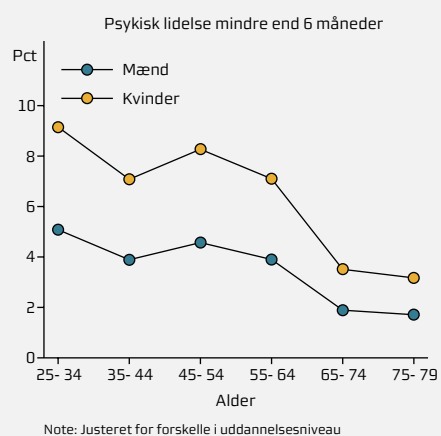
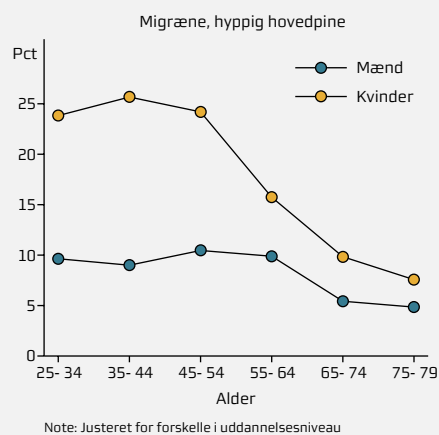
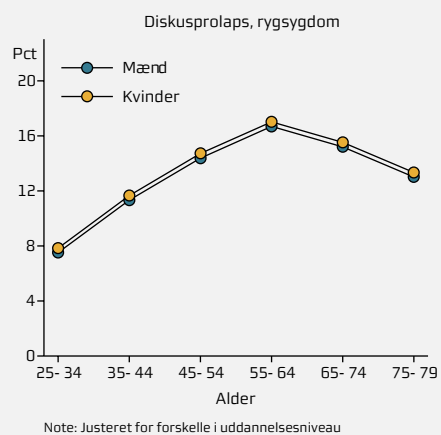
FIGUR 8.26 FORTSAT

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



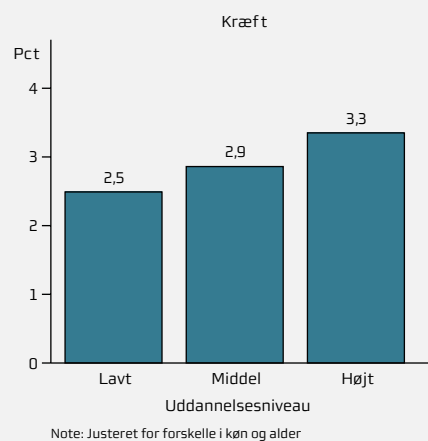
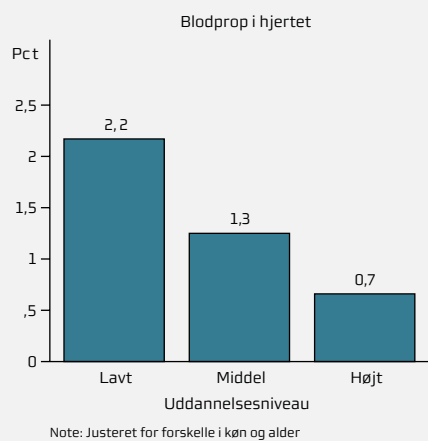
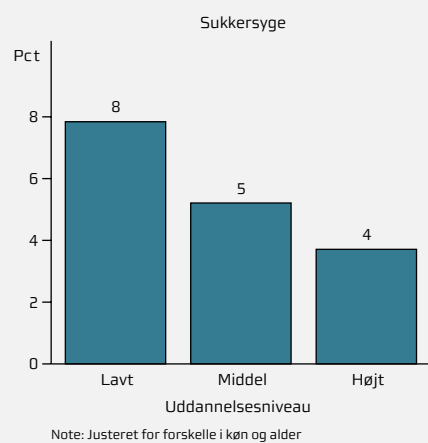
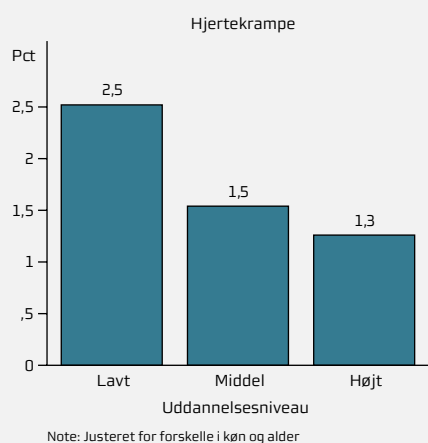
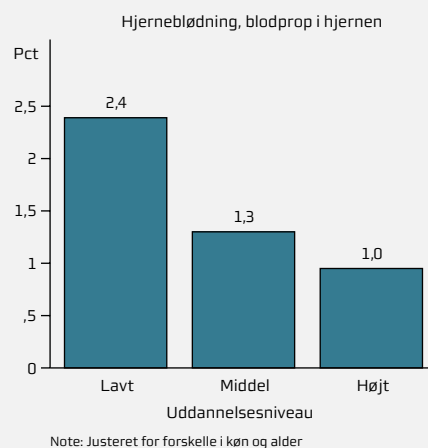
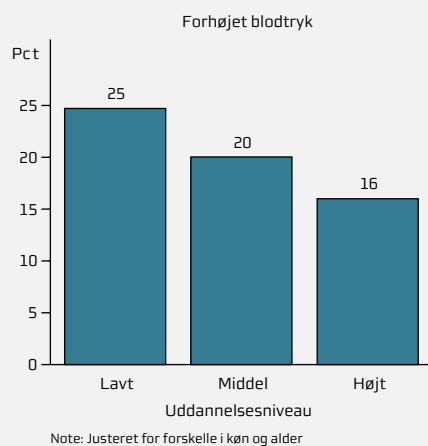
FIGUR 8.26 FORTSAT

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



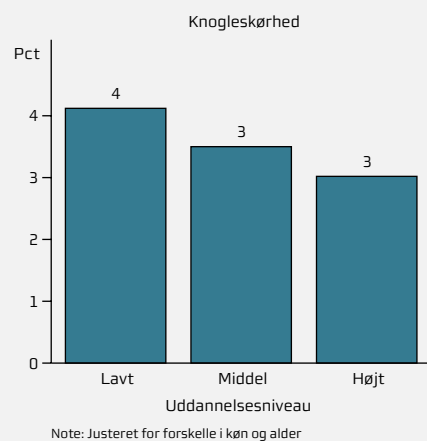
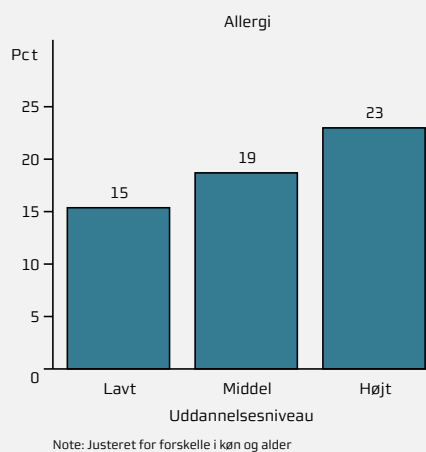
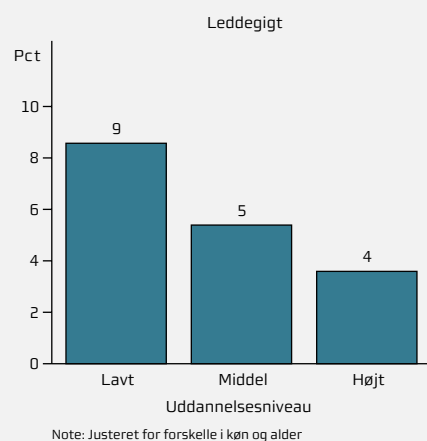
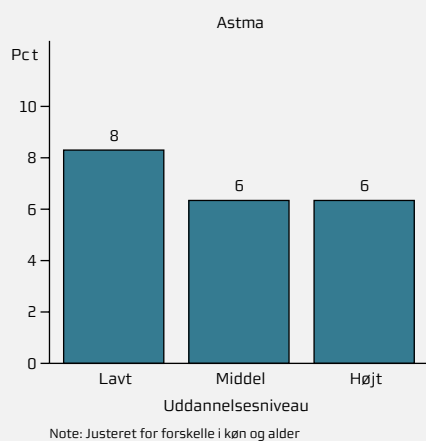
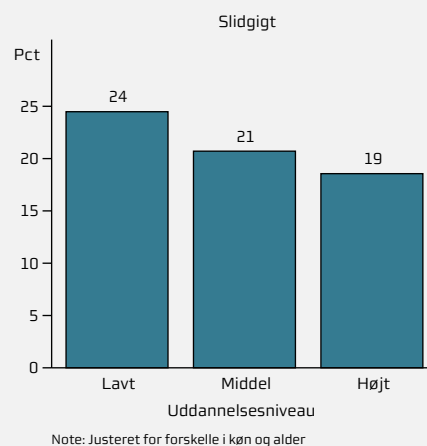
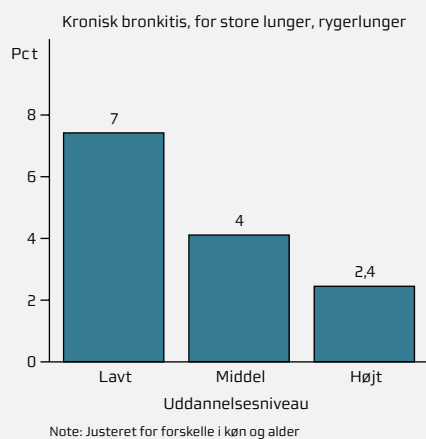
FIGUR 8.27

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



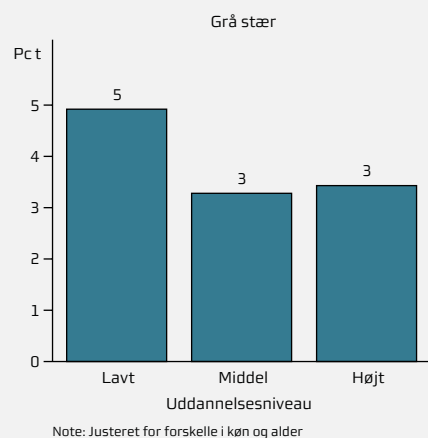
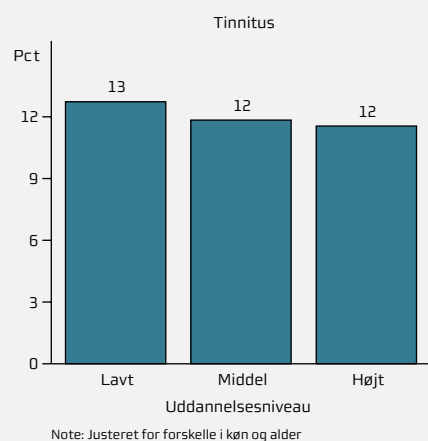
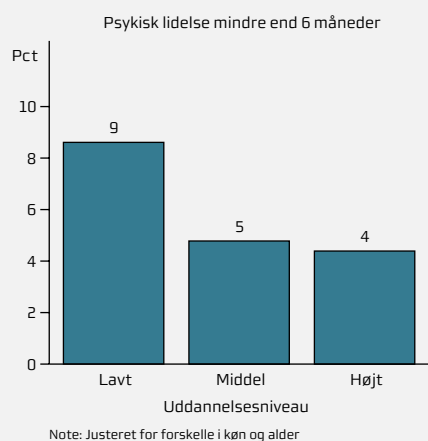
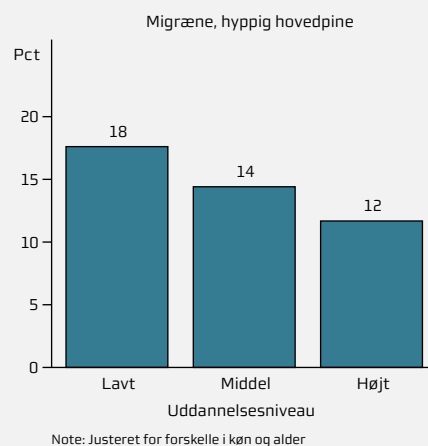
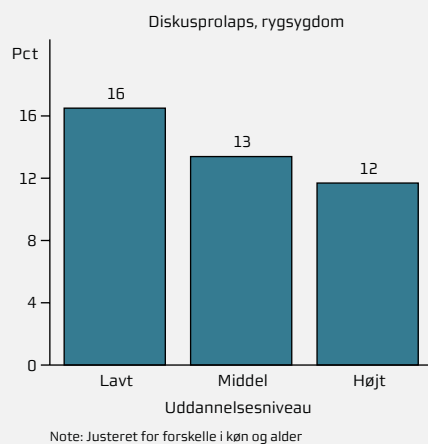
FIGUR 8.27 FORTSAT

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



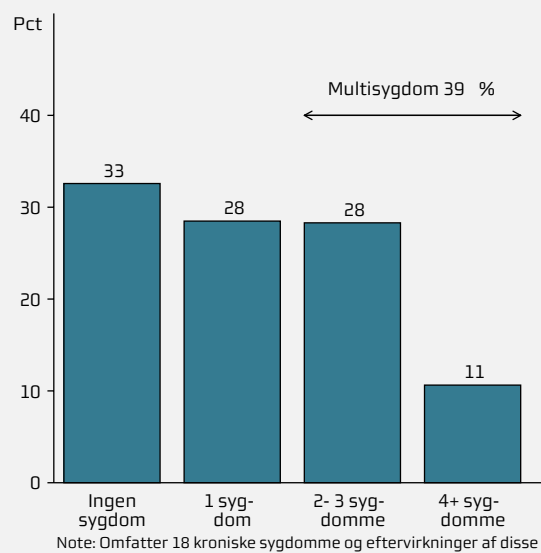
FIGUR 8.27 FORTSAT

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



FIGUR 8.28

Forekomsten af kronisk sygdom og multisygdom (aktuel sygdom og eftervirkninger)



Multisygdom

Multisygdom kan defineres som det, at en person har to eller flere kroniske sygdomme samtidig (23). Mange mennesker med kronisk sygdom er multisyge.

Undersøgelser viser, at personer med multisygdom har forhøjet dødelighed (24), forøget risiko for indlæggelse på hospital (25, 26), og for at indlæggelsen bliver af længere varighed. De har desuden nedsat livskvalitet (27), nedsat fysisk funktionsevne (28) og forøget risiko for at lide af depression.

Multisygdom kan medføre en betydelig behandlingsbyrde for patienten (29). Ved indtagelse af flere lægemidler samtidig (polyfarmaci) øges risikoen for fejlmedicinering, bivirkninger og lægemiddelinteraktioner. Det kan være tids- og ressourcekrævende at følge et omfattende behandlingsprogram. Hvis behandlingsbyrden er stor, kan det mindske motivationen for at følge behandlingen eller simpelthen overstige patientens muligheder og evner, så efterlevelsen af behandlingen bliver dårlig.

Multisygdom er et nyt forskningsfelt, og der mangler systematisk viden om udbredelse og konsekvenser af multisygdom. Der er desuden behov for at udvikle og afprøve modeller i sundhedsvæsenet for udredning og behandling af patienter med multisygdom, herunder forløbsprogrammer for patienter med multisygdom.

I et sundhedsvæsen som det danske med et højt specialiseringsniveau kan det være en faglig og organisatorisk udfordring at give borgere med multisygdom den optimale behandling, især hvis det drejer sig om sygdomme fra to eller flere faglige specialer, hvor behandlingen skal koordineres og afstemmes på tværs af afdelinger og specialer.

Sundhedsstyrelsen påpeger i *Forløbsprogram for kronisk sygdom – den generiske model*, at multisygdom bør indgå som et tema i alle fremtidige forløbsprogrammer (30). I Region Midtjyllands *Sundhedsplan 2013. Fælles ansvar for sundhed* nævnes multisygdom som en af de udfordringer, der skal arbejdes med i sundhedsvæsenet (31).

På Regionshospitalet Silkeborg er der i 2012 som det første sted i Danmark oprettet en klinik for multisygdom med tilbud om speciallægevurdering på tværs af de medicinske specialer samt medicingennemgang.

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

- Multisygdom kan vanskeliggøre behandlingen af den enkelte sygdom. Bl.a. øges risikoen for generende bivirkninger og utilsigtede hændelser ved indtagelse af flere slags medicin samtidig

- Multisygdom kan være en hindring for deltagelse i genoptræning/rehabilitering og i forebyggende og sundhedsfremmende tilbud
- Multisygdom kan føre til fragmenteret og ineffektiv behandling, fordi der er for lidt koordination mellem behandlerne
- Multisygdom øger ofte behovet for hjælp og støtte til dagligdagens gøremål

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

Opgørelsen af multisyge påvirkes af hvilke og hvor mange sygdomme, der tælles med, og om der benyttes selvrapporterede data eller registerdata. Forekomsten af multisygdom i en given befolkning vil derfor ofte variere fra undersøgelse til undersøgelse på grund af forskelle i datakilder og opgørelsesmetoder (32).

Figur 8.28 viser, hvor stor en del af befolkningen, der har én eller flere af de 18 kroniske sygdomme, der indgår i *Hvordan har du det? 2013*:

- 28 % har én kronisk sygdom

Mere end halvdelen af de personer, der har en kronisk sygdom, er multisyge:

- 28 % har to til tre kroniske sygdomme
- 11 % har fire eller flere kroniske sygdomme

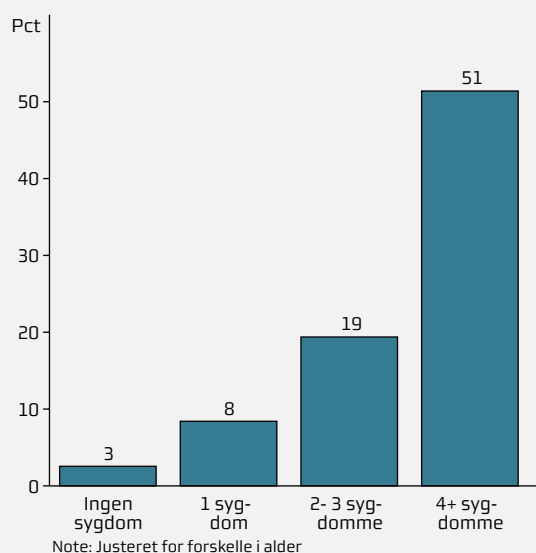
Der er således 39 % af den voksne befolkning, der ud fra den anvendte opgørelsesmetode har multisygdom. Der er medregnet aktuel sygdom og eftervirkninger af sygdom. Andelen med aktuel sygdom udgør langt den største andel (ikke vist).

► **2006-2013.** Opgjort ud fra de 15 sygdomme, der er sammenlignelige oplysninger om i 2006 og 2013, har der været en stigning i andelen med multisygdom fra 30 % til 35 %. Kun en mindre del af denne stigning skyldes ændringer i befolkningens alderssammensætning. Se [figur 8.22.S i bind 2](#). ◀

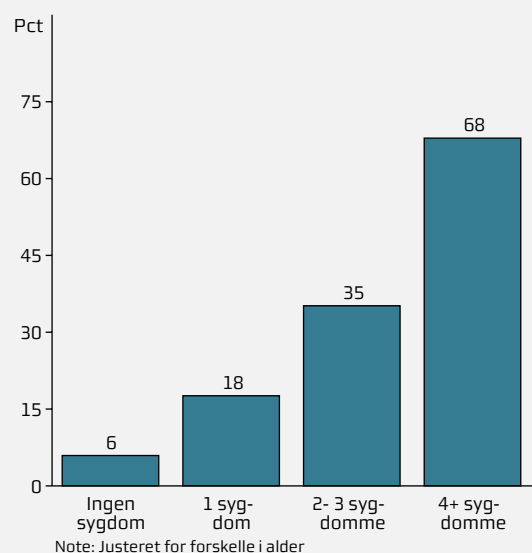
► **2010-2013.** Opgjort ud fra de 15 sygdomme, der er sammenlignelige oplysninger om i 2010 og 2013, har der været en stigning i andelen med multisygdom fra 34 % til 35 %. Se [figur 8.22.S i bind 2](#). ◀

FIGUR 8.29

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

**FIGUR 8.30**

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



Multisygdom og helbredsbelastning

I dette afsnit beskrives sammenhængen mellem multisygdom og helbredsbelastning.

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

Figur 8.29 viser andelen med dårligt selv vurderet helbred hos personer uden kronisk sygdom, med en enkelt kronisk sygdom, med to til tre kroniske sygdomme og med fire eller flere kroniske sygdomme.

- 3 % uden kronisk sygdom har et dårligt selv vurderet helbred
- 8 % med en enkelt kronisk sygdom har et dårligt selv vurderet helbred
- 19 % med to til tre kroniske sygdomme har et dårligt selv vurderet helbred
- 51 % med fire eller flere kroniske sygdomme har et dårligt selv vurderet helbred

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

En tilsvarende analyse er lavet af sammenhængen mellem antallet af kroniske sygdomme og andelen, der er henholdsvis: 1) hæmmet i sine daglige udfoldelser af sygdom, 2) meget hæmmet i sine daglige udfoldelser af sygdom, 3) har brug for hjælp til at klare dagligdagens gøremål.

Figur 8.30 viser andelen, der er hæmmet af sygdom, i forhold til antallet af kroniske sygdomme.

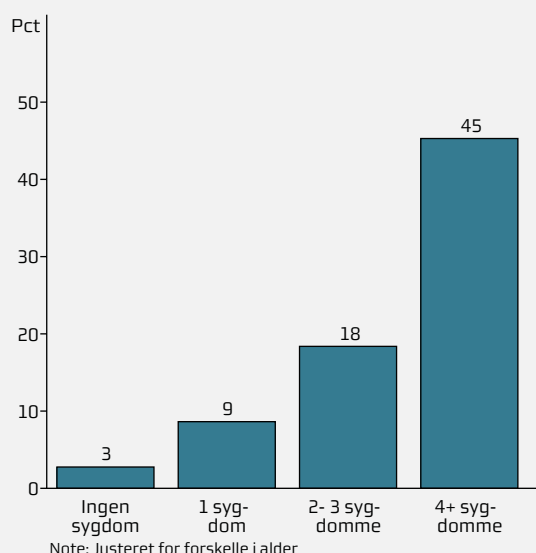
Figur 8.31 viser andelen, der er meget hæmmet af sygdom, i forhold til antallet af kroniske sygdomme.

Figur 8.32 viser andelen, der har brug for hjælp til dagligdagens gøremål, i forhold til antallet af kroniske sygdomme.

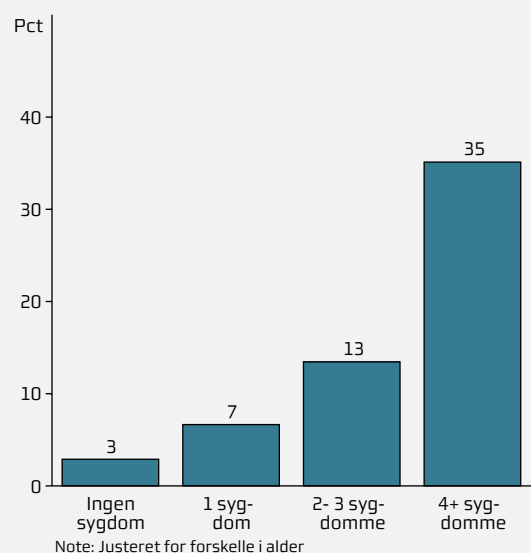
Der er i alle tilfælde justeret for aldersforskelle mellem de analyserede undergrupper.

FIGUR 8.31

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

**FIGUR 8.32**

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



Det generelle billede, der tegner sig, er:

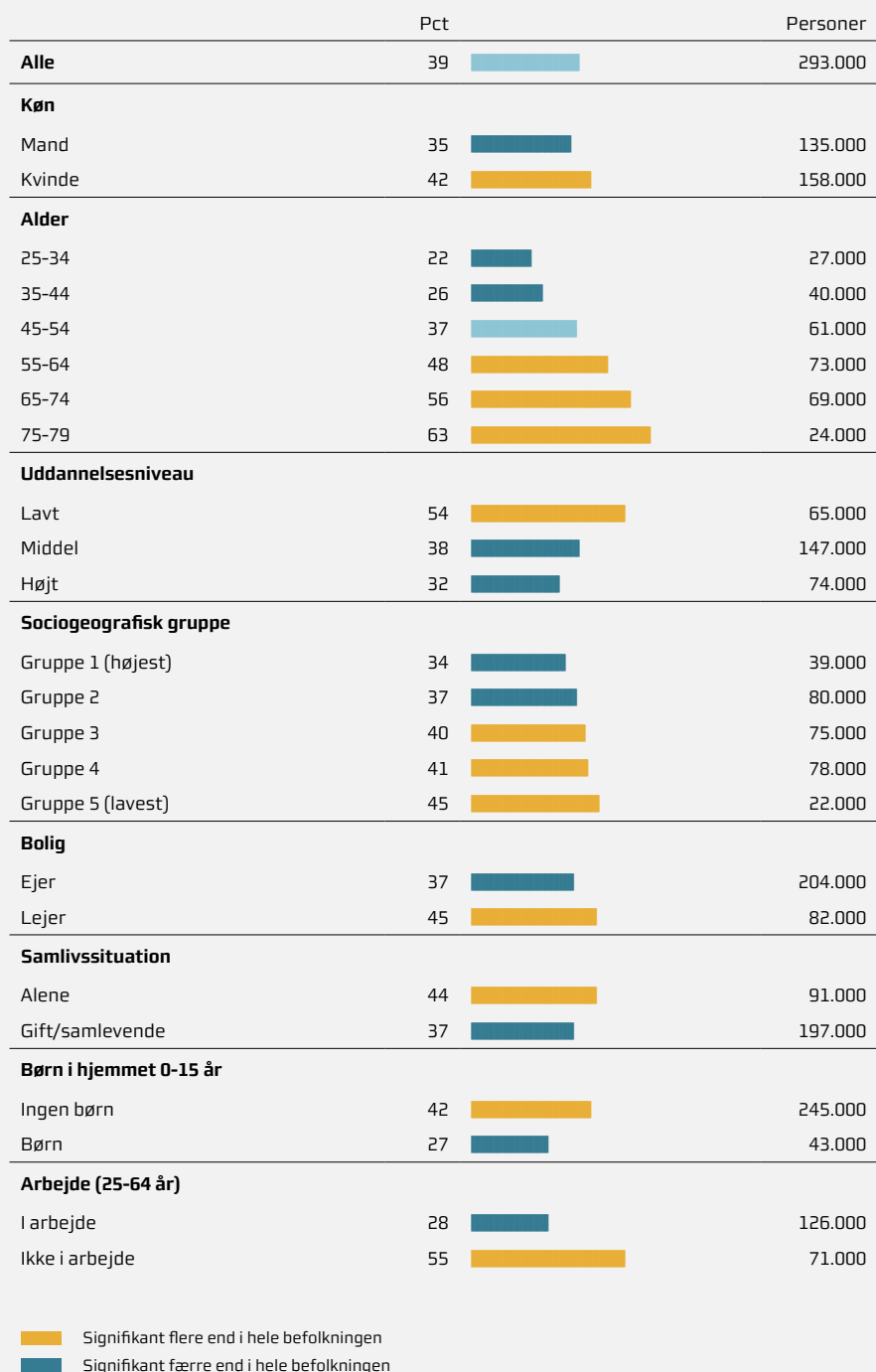
- at der er en meget stærk sammenhæng mellem antallet af kroniske sygdomme og helbredsbelastning, og
- at personer med multisygdom oplever en betydeligt større helbredsbelastning end personer med en enkelt kronisk sygdom

Den største helbredsbelastning ses ved mennesker med fire eller flere kroniske sygdomme. Fx har 35 % med fire eller flere kroniske sygdomme brug for hjælp til deres daglige gøremål mod 3 % blandt personer uden kronisk sygdom og 7 % blandt personer med en enkelt kronisk sygdom.

Det skal bemærkes, at den benyttede opgørelsesmetode viser de "gennemsnitlige" konsekvenser af at have en eller flere kroniske sygdomme, idet antallet af sygdomme hos den enkelte undersøgelsesdeltager er opgjort ved en simpel sammentælling uden hensyntagen til sygdommens alvorlighedsgrad. Det betyder fx, at allergi vægter lige så meget som kræft, når antallet af sygdomme opgøres. Ønsker man at belyse konsekvenserne af særlige kombinationer af sygdomme, kræver det mere detaljerede analyser.

På trods af den simple opgørelsesmetode viser resultaterne, at mange mennesker med multisygdom har særlige behov, både med hensyn til behandling, rehabilitering, forebyggelse og social støtte. Hvis det kan forebygges, at borgere, der allerede har en eller flere sygdomme, udvikler yderligere kroniske sygdomme, vil det være en sundhedsmæssig gevinst, da hver ny sygdom, der kommer til, begrænser funktionsevnen. Det er derfor vigtigt at kende udbredelsen af multisygdom i forskellige dele af befolkningen.

FIGUR 8.33
Multisygdom - køn, alder og sociale forhold



Multisygdom - køn, alder og sociale forhold

I det følgende beskrives forekomsten af multisygdom - det vil sige andelen af borgere med to eller flere kroniske sygdomme - i forhold til køn, alder og sociale forhold.

Det generelle billede er, at der er betydelige forskelle på tværs af grupperne, se figur 8.33.

Køn. Flere kvinder end mænd har multisygdom.

Alder. Andelen med multisygdom stiger markant med alderen fra 22 % blandt de 25-34-årige til 63 % blandt de 75-79-årige.

Uddannelse. Der er en betydelig uddannelsesmæssig skævhed i forekomsten af multisygdom. Der er en markant højere forekomst af multisygdom blandt personer med et lavt uddannelsesniveau. Multisygdom er mere end 60 % så hyppigt her end hos personer med et højt uddannelsesniveau.

Sociogeografisk gruppe. Andelen med multisygdom stiger markant fra højeste til laveste sociogeografiske gruppe.

Bolig. Der er flere med multisygdom blandt personer, der bor til leje, end blandt personer, der bor i ejerbolig.

Samlivssituation. Der er flere med multisygdom blandt personer, der lever alene, end blandt gifte/samlevende.

Børn i hjemmet. Der er markant flere med multisygdom blandt personer, der ikke har børn i alderen 0-15 år i hjemmet.

Arbejde. Der er dobbelt så mange med multisygdom blandt personer, der ikke er i arbejde, end blandt personer, der er i arbejde i alderen 25-64 år.

Der er en signifikant større andel med multisygdom end i hele befolkningen, blandt:

- Kvinder
- Personer i alderen 55-79 år
- Personer med et lavt uddannelsesniveau
- Sociogeografisk gruppe 3, 4 og 5
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der bor alene
- Personer, der ikke bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke er i arbejde

Da andelen med multisygdom stiger stærkt med alderen, er der foretaget en uddybende analyse (ikke vist), hvor forekomsten af multisygdom er beregnet efter, at der er justeret for forskelle i alderssammensætning i de grupper, der sammenlignes i figur 8.33.

Justering for forskelle i alderssammensætning medfører kun små eller ingen ændringer med hensyn til forekomsten af multisygdom ved køn, sociogeografisk gruppe, samlivssituation og i forhold til, om personer i den erhvervsaktive alder er i arbejde eller ej.

Forskellen i forekomsten af multisygdom mellem personer med lavt, middelhøjt og højt uddannelsesniveau reduceres noget, men er dog stadig markant.

Der sker en væsentlig udjævning i forekomsten af multisygdom mellem personer med og uden børn i hjemmet, men der er stadig en signifikant højere andel med multisygdom blandt personer uden børn i hjemmet efter justering for aldersforskelle mellem de to grupper.

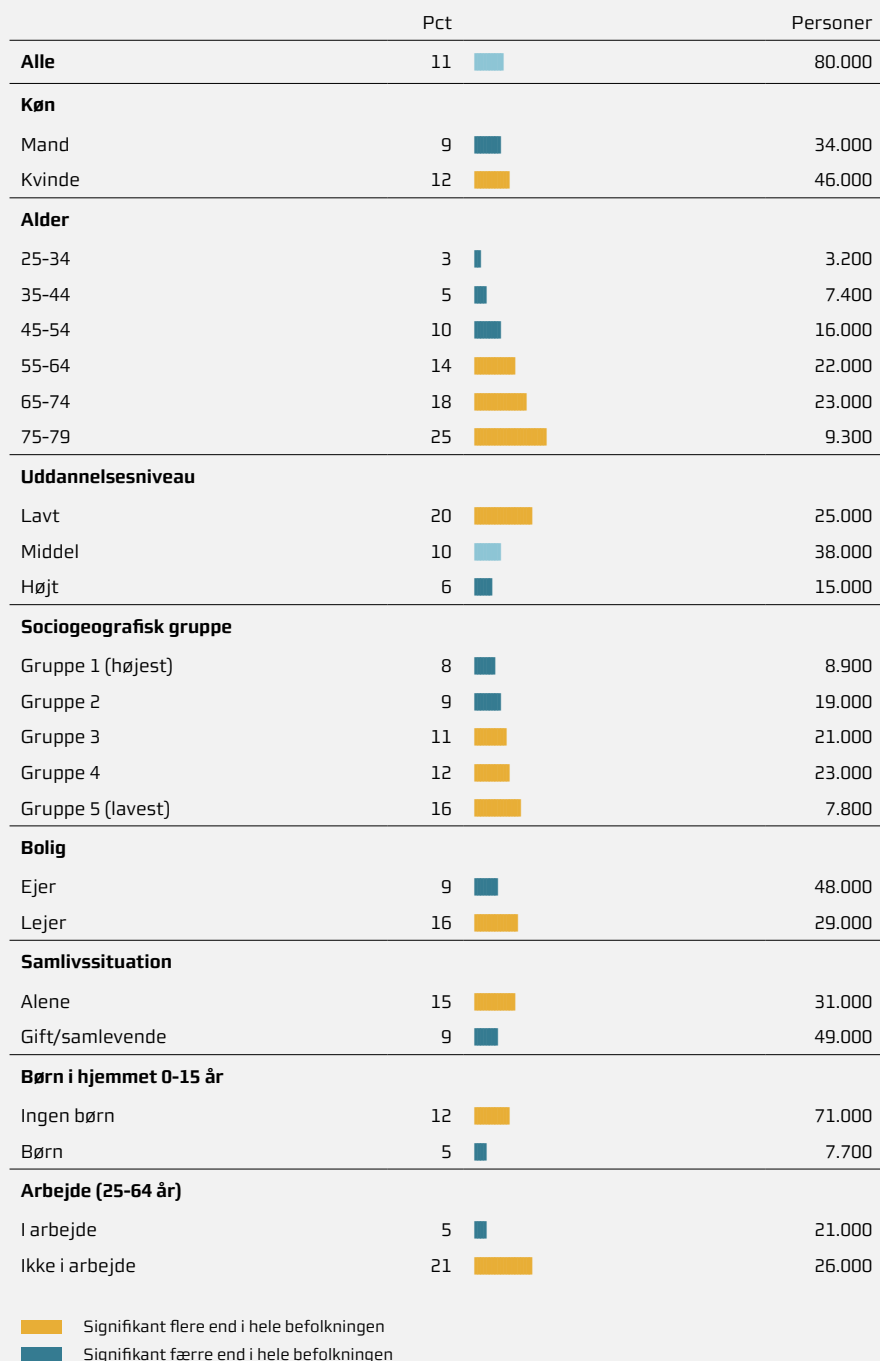
Forskellen i forekomsten af multisygdom øges mellem personer, der bor til leje, og personer, der bor i ejerbolig, efter justering for aldersforskelle.

► **2006-2013.** Opgjort ud fra de 15 sygdomme, der er sammenlignelige oplysninger om i 2006 og 2013, har der været en stigning i andelen med multisygdom hos både mænd og kvinder, hos personer i alderen 45-79 år, samt hos personer på alle uddannelsesniveauer dog mest hos de lavtuddannede. Se [figur 8.23.S i bind 2](#). ◀

► **2010-2013.** Opgjort ud fra de 15 sygdomme, der er sammenlignelige oplysninger om i 2010 og 2013, er forekomsten af multisygdom steget lidt hos kvinder. Desuden er der sket en stigning hos de 65-74-årige samt i alle uddannelsesgrupper, dog mest hos de lavtuddannede. Se [figur 8.23.S i bind 2](#). ◀

FIGUR 8.34

Andel med fire eller flere kroniske sygdomme - køn, alder og sociale forhold



Andel med fire eller flere kroniske sygdomme - køn, alder og sociale forhold

Analyserne i afsnittet om multisygdom og helbredsbelastning viser, at den tiendedel af befolkningen, der har fire eller flere kroniske sygdomme, udgør en særligt belastet gruppe. I det følgende beskrives forekomsten af fire eller flere kroniske sygdomme i forhold til køn, alder og sociale forhold. Se figur 8.34.

Køn. Flere kvinder end mænd har fire eller flere kroniske sygdomme.

Alder. Andelen med fire eller flere kroniske sygdomme øges væsentligt med alderen. I den ældste aldersgruppe (75-79 år) har hver fjerde fire eller flere kroniske sygdomme.

Uddannelse. Mere end tre gange så mange med lavt uddannelsesniveau har fire eller flere kroniske sygdomme sammenlignet med personer med højt uddannelsesniveau.

Sociogeografisk gruppe. Dobbelt så mange i den laveste sociogeografiske gruppe har fire eller flere kroniske sygdomme sammenlignet med den højeste sociogeografiske gruppe.

Bolig. Andelen med fire eller flere kroniske sygdomme er væsentligt større hos personer, der bor i lejebolig, sammenholdt med personer, der bor i ejerbolig.

Samlivssituation. Personer, der bor alene, har oftere fire eller flere kroniske sygdomme end personer, der er gift/samlevende.

Børn i hjemmet. Andelen med fire eller flere kroniske sygdomme er mere end dobbelt så stor blandt personer, hvor der ikke er børn i alderen 0-15 år i hjemmet, sammenholdt med personer med børn i hjemmet.

Arbejde. Blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), er der fire gange så mange med fire eller flere kroniske sygdomme blandt personer, der ikke er i arbejde, sammenholdt med personer, der er i arbejde.

Der er en signifikant større andel med fire eller flere kroniske sygdomme end i hele befolkningen blandt:

- Kvinder
- Personer i alderen 55-79 år
- Personer med et lavt uddannelsesniveau
- Sociogeografisk gruppe 3,4 og 5
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der lever alene
- Personer, der ikke bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke er i arbejde

Ligesom ved analysen af samtlige multisyge i regionen er der fortaget en uddybende analyse (ikke vist) af andelen med fire eller flere sygdomme, hvor der er justeret for forskelle i alderssammensætning i de grupper, der sammenlignes i figur 8.34.

Effekten af aldersjustering på andelen med fire eller flere sygdomme er i store træk den samme som ved to eller flere sygdomme. Der sker en vis udjævning i forskellen mellem de tre uddannelsesniveauer, selv om forskellen stadig er markant, idet dobbelt så mange med lavt uddannelsesniveau har fire eller flere kroniske sygdomme sammenlignet med personer med højt uddannelsesniveau.

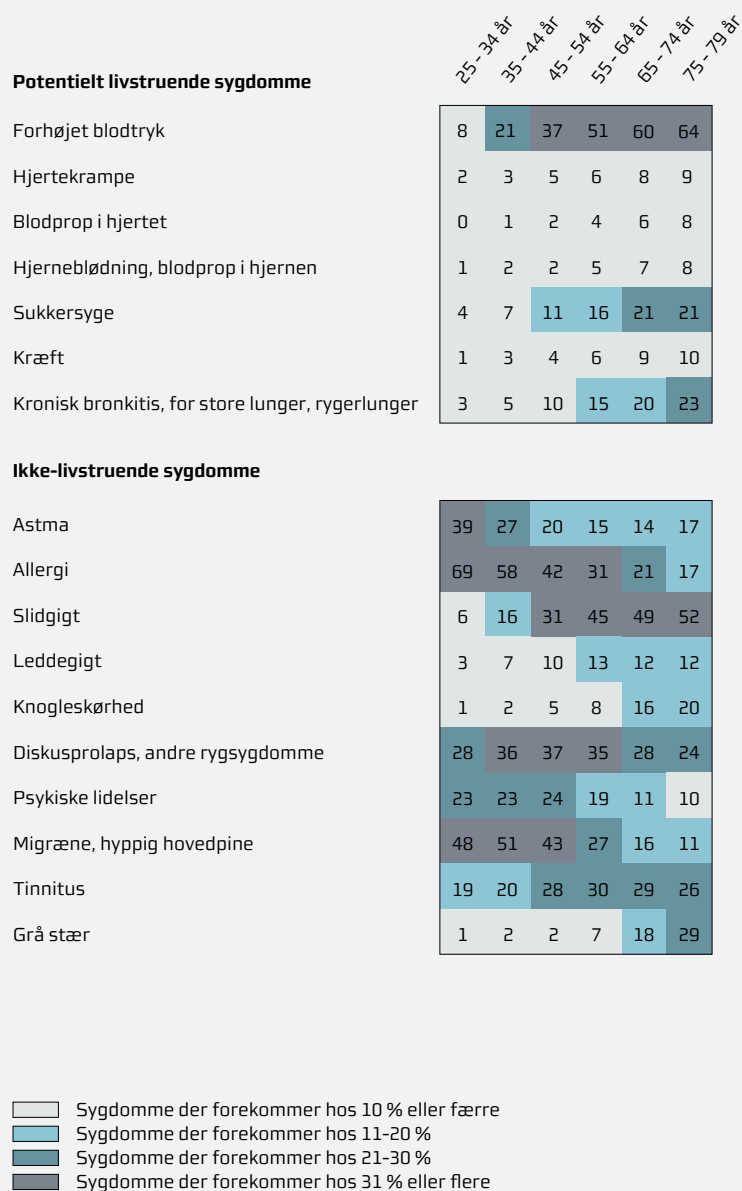
Der sker en væsentlig udjævning i forekomsten af fire eller flere sygdomme mellem personer med og uden børn i hjemmet, men der er stadig en signifikant højere andel hos personer uden børn i hjemmet efter justering for aldersforskelle mellem de to grupper.

Desuden øges forskellen i andelen med fire eller flere sygdomme mellem personer, der bor til leje, og personer, der bor i ejerbolig, efter justering for aldersforskelle.

► **2006-2013.** Opgjort ud fra de 15 sygdomme, der er sammenlignelige oplysninger om i 2006 og 2013, har der været en stigning i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme på 2 %. Der har været en stigning hos både mænd og kvinder, hos 55-79-årige samt hos personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau. Se figur 8.24.S i bind 2. ◀

► **2010-2013.** Opgjort ud fra de 15 sygdomme, der er sammenlignelige oplysninger om i 2010 og 2013, er andelen med fire eller flere kroniske sygdomme steget lidt. Stigningen er sket blandt kvinder og hos personer med et lavt og middelhøjt uddannelsesniveau. Se figur 8.24.S i bind 2. ◀

FIGUR 8.35
Forekomsten af kroniske sygdomme hos multisyge



Hyppige sygdomme hos personer med multisygdom i forhold til alder

Selv om multisygdom bliver væsentlig mere almindeligt med alderen, forekommer multisygdom i alle aldersgrupper. Hyppigheden af de enkelte sygdomme er imidlertid meget forskellig fra aldersgruppe til aldersgruppe, se figur 8.35.

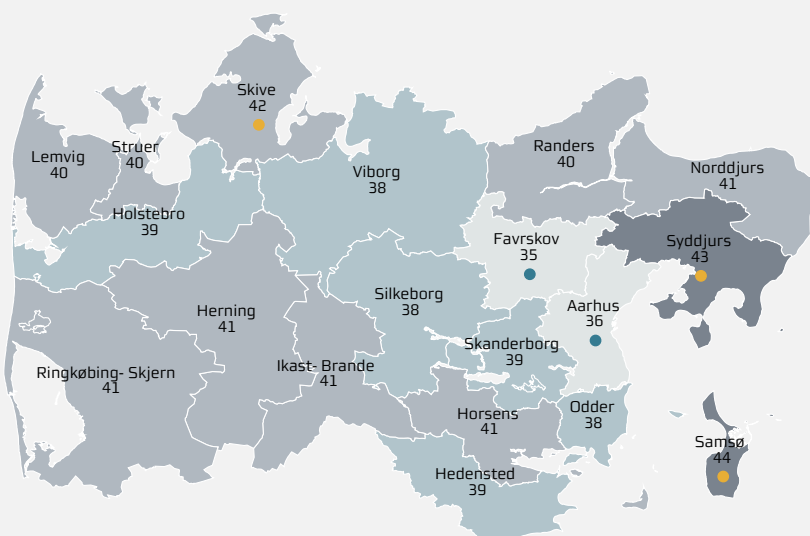
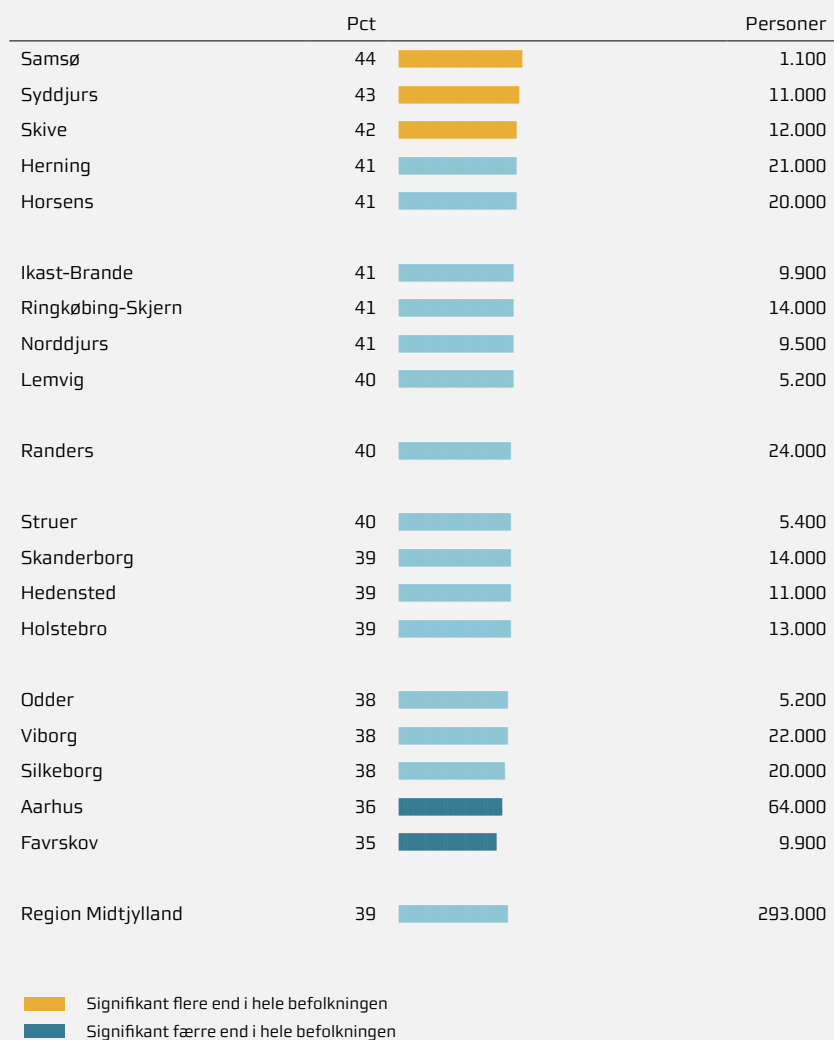
I figur 8.35 er det markeret, hvor hyppigt de 18 sygdomme forekommer inden for hver aldersgruppe.

De fem hyppigste kroniske sygdomme hos personer med multisygdom inden for hver aldersgruppe nævnes i det følgende efter aftagende forekomst.

- 25-34 år: Allergi, migræne/hyppig hovedpine, astma, diskusprolaps/andre rygsygdomme, psykiske lidelser
- 35-44 år: Allergi, migræne/hyppig hovedpine, diskusprolaps/andre rygsygdomme, psykiske lidelser og astma
- 45-54 år: Migræne/hyppig hovedpine, allergi, diskusprolaps/andre rygsygdomme, forhøjet blodtryk, slidgigt
- 55-64 år: Forhøjet blodtryk, slidgigt, diskusprolaps/andre rygsygdomme, allergi, tinnitus
- 65-74 år: Forhøjet blodtryk, slidgigt, tinnitus, diskusprolaps/andre rygsygdomme, allergi
- 75-79 år: Forhøjet blodtryk, slidgigt, grå stær, tinnitus, diskusprolaps/andre rygsygdomme

Der sker en tydelig ændring i sygdomsmønsteret med alderen blandt personer med multisygdom, som går fra at være domineret af overfølsomhedssygdomme og psykiske lidelser til i stigende grad at være præget af kredsløbssygdomme og degenerative lidelser. Diskusprolaps/andre rygsygdomme optræder hyppigt i alle aldersgrupper.

FIGUR 8.36
Multisygdom - kommuner



Multisygdom - kommuner

Figur 8.36 viser andelen med multisygdom – det vil sige andelen af borgere med to eller flere kroniske sygdomme – i kommunerne.

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant højere andel med multisygdom i følgende kommuner:

- Samsø
- Syddjurs
- Skive

Der er en signifikant lavere andel med multisygdom i:

- Aarhus
- Favrskov

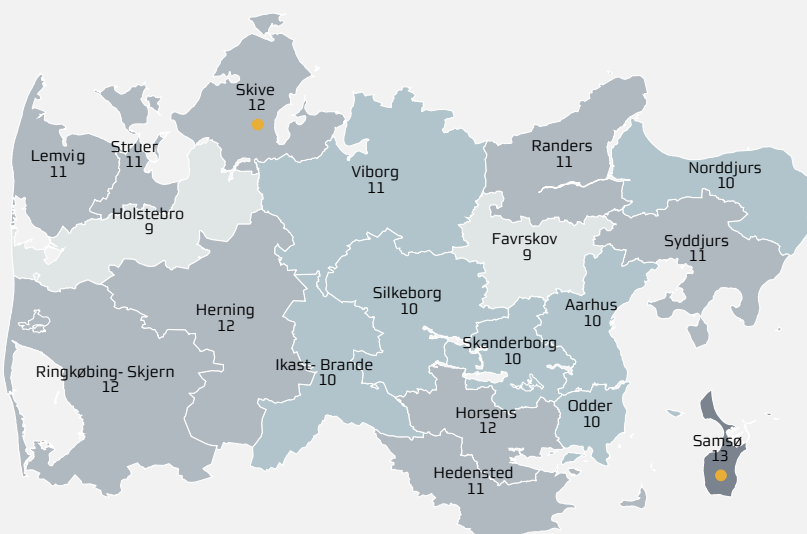
► **2006-2013.** Opgjort ud fra de 15 sygdomme, der er sammenlignelige oplysninger om i 2006 og 2013, har der været en signifikant stigning i forekomsten af multisygdom i 15 kommuner. Se [figur 8.25.S i bind 2](#). ◀

► **2010-2013.** Opgjort ud fra de 15 sygdomme, der er sammenlignelige oplysninger om i 2010 og 2013, har der været en signifikant stigning i forekomsten af multisygdom i Ikast-Brandø. Se [figur 8.25.S i bind 2](#). ◀

FIGUR 8.37

Andel med fire eller flere kroniske sygdomme - kommuner

	Pct		Personer
Samsø	13		300
Skive	12		3.700
Horsens	12		6.000
Ringkøbing-Skjern	12		3.900
Herning	12		5.900
Randers	11		6.800
Lemvig	11		1.500
Hedensted	11		3.100
Struer	11		1.500
Syddjurs	11		2.900
Viborg	11		6.100
Skanderborg	10		3.600
Ikast-Brande	10		2.500
Aarhus	10		17.000
Odder	10		1.300
Silkeborg	10		5.400
Norddjurs	10		2.200
Favrskov	9		2.700
Holstebro	9		3.100
Region Midtjylland	11		80.000

 Signifikant flere end i hele befolkningen


Fire eller flere kroniske sygdomme - kommuner

Figur 8.37 viser andelen med fire eller flere kroniske sygdomme i kommunerne.

Andelen varierer fra 9 % i Holstebro til 13 % på Samsø.

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant højere andel med fire eller flere kroniske sygdomme i følgende kommuner:

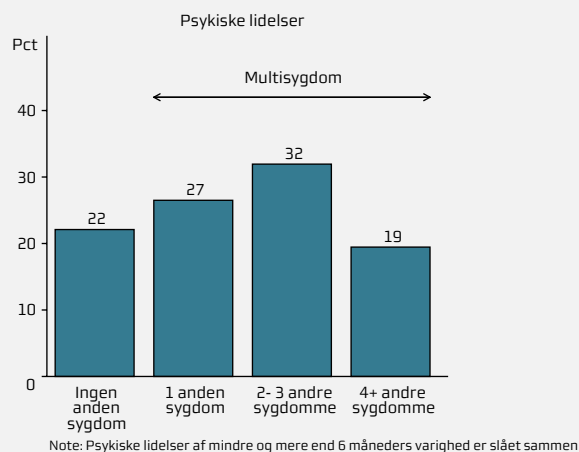
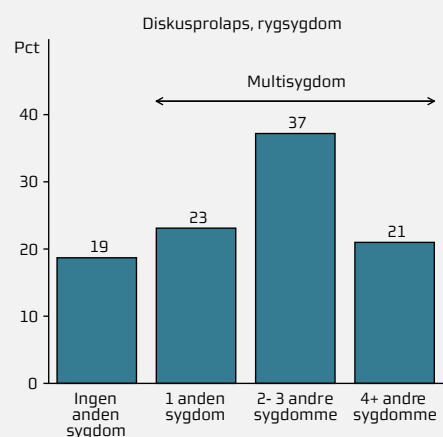
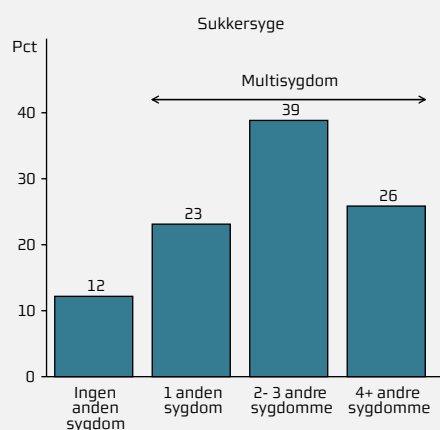
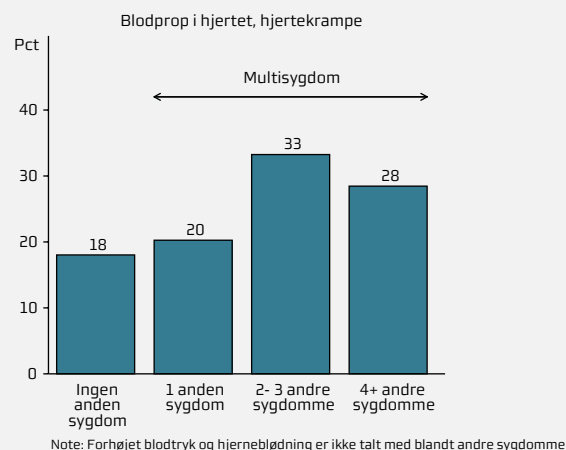
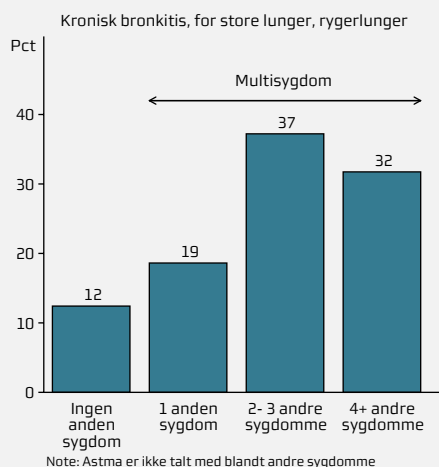
- Samsø
- Skive

► **2006-2013.** Opgjort ud fra de 15 sygdomme, der er sammenlignelige oplysninger om i 2006 og 2013, er der sket en stigning i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme i otte kommuner. Se [figur 8.26.S i bind 2.](#) ◀

► **2010-2013.** Opgjort ud fra de 15 sygdomme, der er sammenlignelige oplysninger om i 2010 og 2013, har der været en lille stigning i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme i Ringkøbing-Skjern og Skanderborg. Se [figur 8.26.S i bind 2.](#) ◀

FIGUR 8.38

Forekomsten af multisygdom hos personer med kronisk bronkitis/for store lunger/rygerlunger, blodprop i hjertet/hjertekrampe, sukkersyge, diskusprolaps og psykiske lidelser



Multisygdom hos udvalgte patientgrupper

Som nævnt i indledningsafsnittet om multisygdom anbefaler Sundhedsstyrelsen, at multisygdom indgår som et tema i alle fremtidige forløbsprogrammer for kroniske sygdomme. Det er derfor relevant at beskrive, hvor stor en andel af målgruppen for de nuværende forløbsprogrammer i Region Midtjylland, der har multisygdom.

Figur 8.38 viser forekomsten af multisygdom hos fem patientgrupper, der i store træk svarer til de patientgrupper, der er lavet forløbsprogrammer for i Region Midtjylland. Det er personer med kronisk bronkitis/for store lunger/rygerlunger, blodprop i hjertet/hjertekrampe, sukkersyge, diskusprolaps/andre rygsygdomme samt psykiske lidelser.

Det generelle billede er, at det kun er en mindre del – mellem 12 % og 22 % – der kun har én kronisk sygdom. Langt hovedparten har to eller flere kroniske sygdomme. Multisygdom er derfor reglen frem for undtagelsen i disse patientgrupper, hvilket understreger vigtigheden af, at man ved tilrettelæggelse af behandling og rehabilitering tager højde for forekomsten af multisygdom.

Fx har 20 % af hjertepatienterne én anden sygdom, 33 % to til tre andre sygdomme og 28 % har fire eller flere andre sygdomme. I denne opgørelse er ikke medregnet de to andre kredsløbssygdomme, der er med i undersøgelsen – forhøjet blodtryk og hjerneblødning/blodprop i hjernen – da disse tilstande kan ses som manifestationer af de samme underliggende sygdomsprocesser som ved hjertesygdommene.

Ud fra den samme begrundelse er astma ikke talt med blandt andre sygdomme ved optællingen af kroniske sygdomme ved de kronisk obstruktive lungesygdomme. Psykiske lidelser omfatter både psykiske lidelser af under og over seks måneders varighed.

Sammenfatning

Forekomsten af kroniske sygdomme er et væsentligt element i beskrivelse af sundhedstilstanden. Det skønnes, at 70-80 % af ressourcerne i det danske sundhedsvæsen bruges på udredning, behandling mv. af patienter med kroniske sygdomme. Hertil kommer kommunernes indsats for at forebygge kroniske sygdomme. Afsnittet belyser forekomsten af 18 kroniske sygdomme, heraf syv potentielt livstruende kroniske sygdomme og 11 ikke-livstruende kroniske sygdomme.

I det samlede sygdomsbillede dominerer de ikke-livstruende sygdomme med muskel-skelet-sygdomme som den hyppigste gruppe. 31 % af den voksne befolkning i Region Midtjylland har muskel-skeletsygdomme eller eftervirkninger af disse.

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

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

Der er generelt sket en forøgelse af forekomsten af kronisk sygdom fra 2006 til 2013. Forøgelsen er størst ved forhøjet blodtryk, slidgigt/leddegigt og allergi.

Der er foretaget en rangordning af kommunerne i forhold til forekomsten af de 18 kroniske sygdomme. Favrskov har den mindste sygdomsforekomst, Horsens den største. Ser man på alle 19 kommuner, er der signifikante afvigelser fra forekomsten i regionen som helhed ved 16 af de 18 sygdomme. Der er i alt 64 signifikante afvigelser ud af 342 mulige.

Der er en betydelig forskel i forekomsten af de enkelte sygdomme mellem kommunerne. Den største variation mellem kommunerne finder man ved blodprop i hjertet, hjertekrampe og hjerneblødning/blodprop i hjernen.

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

De potentielt livstruende sygdomme er hyppigst hos de ældre, mens billedet ved de ikke-livstruende sygdomme er mere komplekst. Forekomsten af allergi falder markant med alderen. Psykiske lidelser er hyppigst blandt unge og midaldrende. Det samme gælder migræne/hyppig hovedpine.

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

Ved 14 ud af de 18 kroniske sygdomme er forekomsten størst hos de lavtuddannede efter at der er justeret for forskelle i alderssammensætning mellem uddannelsesniveauerne. Der er således en udpræget social ulighed i forekomsten af kroniske sygdomme.

Mere end halvdelen af de kronisk syge lider af to eller flere kroniske sygdomme. 39 % af den voksne befolkning lider af multisygdom, defineret som to eller flere samtidige sygdomme hos samme person. Hver tiende borger lider af fire eller flere kroniske sygdomme. Der er sket en stigning i forekomsten af multisygdom fra 2006 til 2013.

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

Forekomsten af multisygdom stiger markant med alderen. Multisygdom er hyppigere hos kvinder, hos

personer med lavt uddannelsesniveau og i socio-geografisk gruppe 3, 4 og 5.

Andelen med multisygdom varierer fra 35 % i Favrskov til 44 % på Samsø.

Der er foretaget en analyse af forekomsten af multisygdom hos fem patientgrupper, der i store træk svarer til de patientgrupper, der indgår i region Midtjyllands fem forløbsprogrammer. Det generelle billede er, at langt hovedparten i alle fem grupper har to eller flere kroniske sygdomme. Multisygdom er derfor reglen frem for undtagelsen i disse patientgrupper. Det understreger vigtigheden af, at multisygdom indgår som et tema i alle forløbsprogrammer for kroniske sygdomme.

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
2. Kommunernes Landsforening. Det nære sundhedsvæsen. København: Kommunernes Landsforening; 2012.
3. Madsen MH, Buch MS. Er behandlingen af mennesker med kroniske sygdomme på rette spor? København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.
4. Region Midtjylland. Sundhedsplan 2013. Fælles ansvar for sundhed. Viborg: Region Midtjylland; 2013.
5. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom. København: Sundhedsstyrelsen; 2008.
6. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
7. Region Midtjylland. Forløbsprogram for type 2 diabetes. 2. udgave revideret oktober 2012. Viborg: Region Midtjylland; 2013.
8. Region Midtjylland. Forløbsprogram for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom. Viborg: Region Midtjylland; u.å.
9. Region Midtjylland. Forløbsprogram for hjertekarsygdom. Fokus på rehabilitering efter blodprop i hjertet og svær hjertekrampe. 3. udgave revideret oktober 2012. Viborg: Region Midtjylland; 2012.
10. Region Midtjylland. Forløbsprogram for lænderygsmerter. Opdateret 15. maj 2013. Viborg: Region Midtjylland; 2013.
11. Region Midtjylland. Forløbsprogram for depression. Viborg: Region Midtjylland; 2013.
12. World Health Organization. Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment. Geneva: WHO; 2005.
13. World Health Organization. 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases: prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes. Geneva: WHO; 2008.
14. World Health Organization: Noncommunicable diseases country profiles 2011. Geneva: WHO; 2011.

15. Kræftens Bekæmpelse . Statistik om basalcelle- og pladecellekræft samlet (hudkræft); 2013. <http://www.cancer.dk/Hjaelp+viden/kraeftformer/kraeftsygdomme/huden/statistik+hudkræft/statistik+basalcelle+og+pladecelle/>
16. Nordentoft M, Krogh J, Lange P, Moltke A. Psykisk sygdom og ændringer i livsstil. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2012.
17. Nordisk Medicinalstatistisk Komité: Helsestatistik for de nordiske lande 2012. København: NOMESEO; 2012.
18. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL . Global Burden of Disease and Risk Factors. Washington DC: Oxford University Press and The World Bank; 2006.
19. Institute for Health Metrics and Evaluation: GBD profile: Denmark. Global burden of diseases, injuries, and risk factors study 2010. Seattle: IHME; 2013.
20. Robinson KM, Lau CJ, Vind AB, Glümer C. Kroniske sygdomme – hvordan opgøres kroniske sygdomme. Glostrup: Forskningscenter for Forebyggelse og sundhed; 2011.
21. Vibe-Petersen J & Perrild HJD. Type 2-diabetes blandt indvandrere. Ugeskrift for Læger 2000; 6. november, nr. 45.
22. Danmarks Statistik. Nyt fra Danmarks Statistik. Emnegruppe: Befolkning og valg. Middellevetid 2011/2012. København: Danmarks Statistik 2013; Nr. 76.
23. Fortin M et al.. Prevalence of multimorbidity among adults in family practice. Ann Fam Med 2005; 3(3): 2.
24. Lee TA et al.. Mortality rate in veterans with multiple chronic conditions. J Gen Intern Med. 2007; Dec; 22 Suppl 3:403-7.
25. Condelius A, Edberg AK, Jakobsson U & Hallberg IR. Hospital admissions among people 65+ related to multimorbidity, municipal and outpatient care. Arch Gerontol Geriatr. 2008 Jan-Feb;46(1):41-55. Epub 2007 Apr 2.
26. Librero J, Peiro S & Ordinana R. Chronic comorbidity and outcomes of hospital care: length of stay, mortality, and readmission at 30 and 365 days. J Clin Epidemiol 1999; 52:171-9.
27. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Lapointe L, Dubois M-F & Almirall J. Psychological Distress and Multimorbidity in Primary Care. Ann Fam Med 2006; 4: 417-22.
28. Verbrugge LM, Lepkowski JM & Imanaka Y. Comorbidity and its impact on disability. Milbank Quarterly 1989; 67: p. 450-84.
29. Wright N, Smeeth L & Heath I. Moving beyond single and dual diagnosis in general practice. Many patients have multiple morbidities, and their needs have to be addressed. BMJ 2003; 326: 512-514.
30. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
31. Region Midtjylland. Sundhedsplan 2013. Fælles ansvar for sundhed. Viborg: Region Midtjylland; 2013.
32. Violan C, Foguet-Boreu Q, Hermosilla-Perez E, et al. Comparison of the information provided by electronic health records data and a population health survey to estimate prevalence of selected health conditions and multimorbidity. BMC Public Health 2013; 13: 251.

9. DE UNGES SUNDHED

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sundhedsprofilen for unge belyser følgende temaer:

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

Beskrivelse af baggrundsvariable

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

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

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

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

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

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

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

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

Rygning

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

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

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

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

Hvor mange af de unge ryger?

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

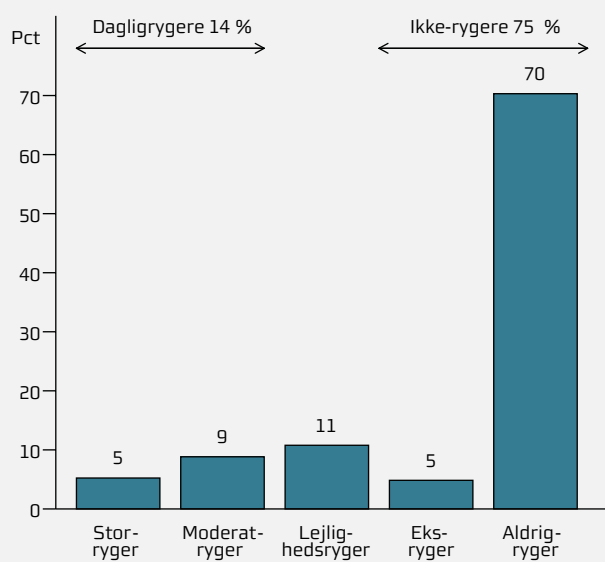
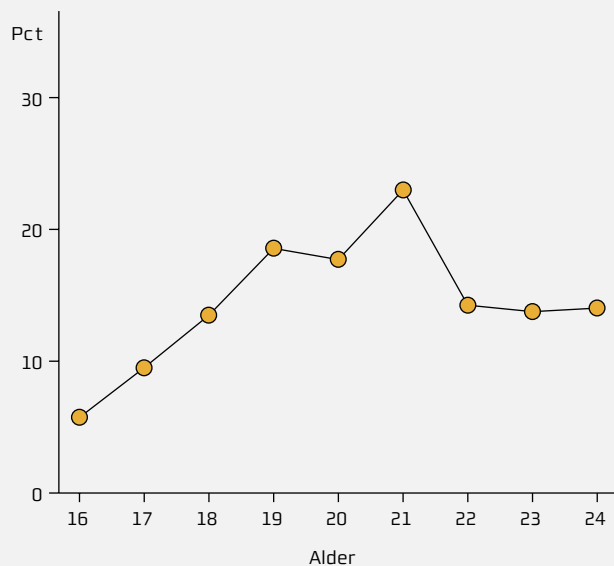
Som det fremgår af figur 9.2 stiger andelen af dagligrygere gradvist fra 16 år og toppe i 21-årsalderen, hvorefter der ses et fald i andelen af dagligrygere.

Rygedebut

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

FIGUR 9.1 OG 9.2

Unge rygevaner og andel af dagligrygere fordelt på alder

Figur 9.1
Unge rygevanerFigur 9.2
Andel af unge dagligrygere - alder

FIGUR 9.3

Dagligrygere blandt unge - køn, alder og sociale forhold

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

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

Dagligrygere blandt unge – køn, alder og sociale forhold

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hvor mange vil gerne stoppe med at ryge?

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

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

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

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

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

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

Alkohol

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

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

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

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

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

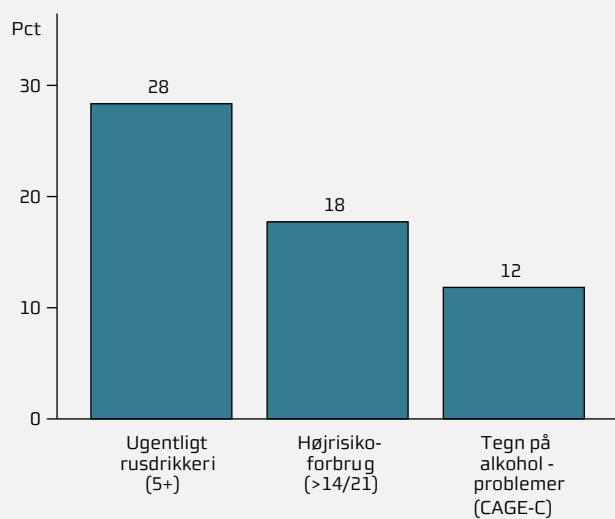
Hvor mange af de unge har et risikabelt alkoholforbrug?

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

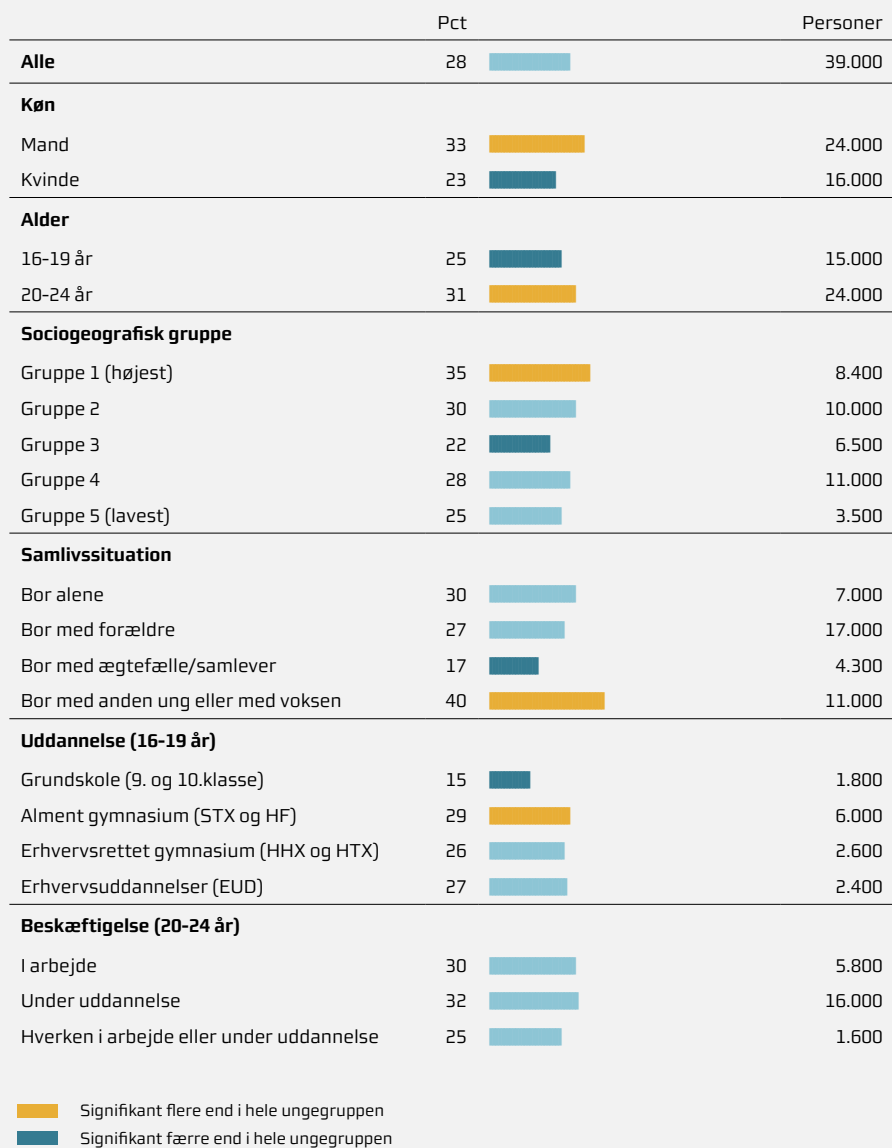
Hele 28 % af de unge drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed mindst én gang om ugen, svarende til ca. 39.000 unge i Region Midtjylland. Endvidere har 18 % af de unge et højrisikoforbrug af alkohol, svarende til ca. 24.000 unge. Endelig viser 12 % af de unge tegn på alkoholproblemer, svarende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

FIGUR 9.4

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



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



Rusdrikkeri blandt unge – køn, alder og sociale forhold

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Højrisikoforbrug blandt unge – køn, alder og sociale forhold

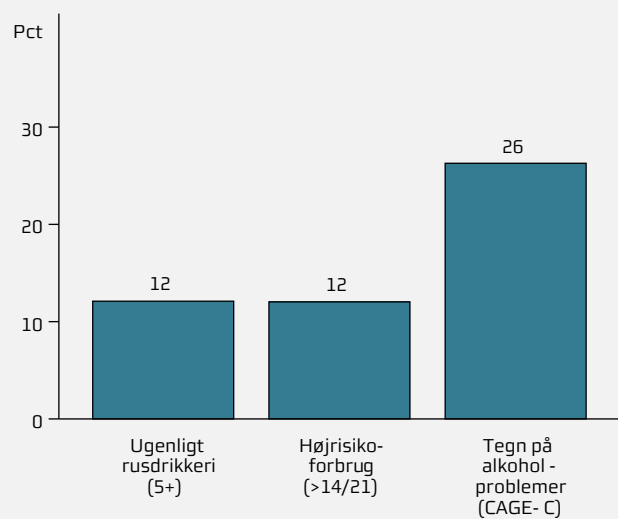
I alt har 18 % af de unge et højrisikoforbrug af alkohol. Der er få signifikante forskelle i forhold til køn, alder og sociale forhold. Dog er der en signifikant større andel med højrisikoforbrug blandt unge, der bor sammen med andre unge/voksne (23 %), mens andelen med højrisikoforbrug tilsvarende er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

Tegn på alkoholproblemer – køn, alder og sociale forhold

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

FIGUR 9.6

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



Hvor mange vil gerne nedsætte deres alkoholforbrug?

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

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

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

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

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

► **2010-2013.** Der er sket et fald i andelen af unge rusdrikkere fra 33 % til 28 %. Tilsvarende er andelen af unge med et højriskoforbrug af alkohol faldet fra 22 % til 18 %. Der er ikke sket nogen udvikling i andelen, der viser tegn på alkoholproblemer. Se figur 9.3.5 i bind 2. Det generelle fald i rusdrikkeri afspejler et betydeligt fald blandt henholdsvis unge mænd (fra 41 % til 33 %) og 16-19-årige (fra 34 % til 25 %). Se figur 9.4.5 i bind 2. Der er endvidere sket et markant fald i andelen af unge mænd med et højriskoforbrug af alkohol (fra 26 % til 18 %). Der har ikke været nogen udvikling i andelen af unge, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug. ◀

Euforiserende stoffer

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

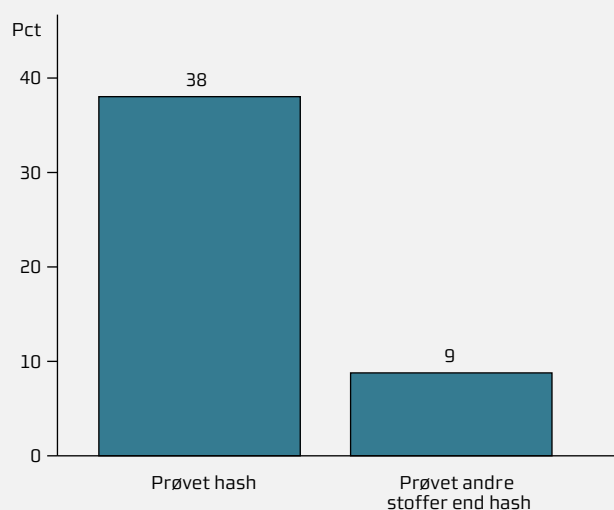
Debutalder

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

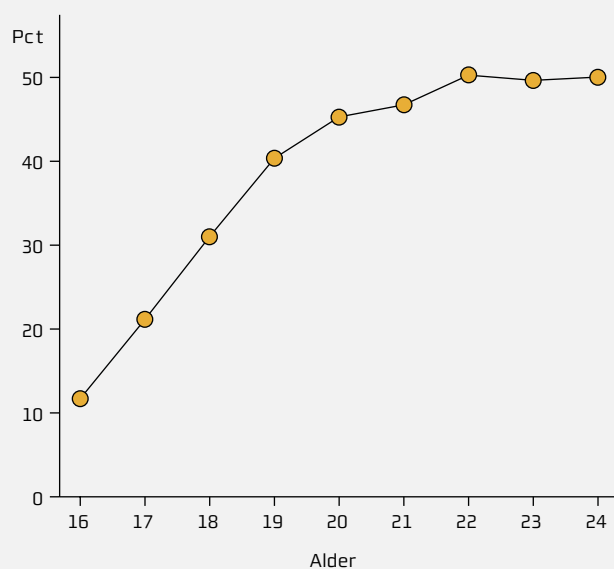
FIGUR 9.7. OG 9.8

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

Figur 9.7
Erfaringer med hash og andre euforiserende stoffer



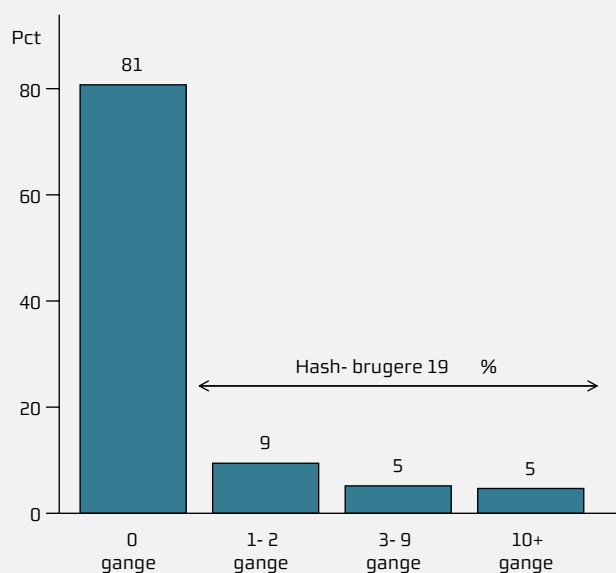
Figur 9.8
Andel, der har prøvet hash - alder



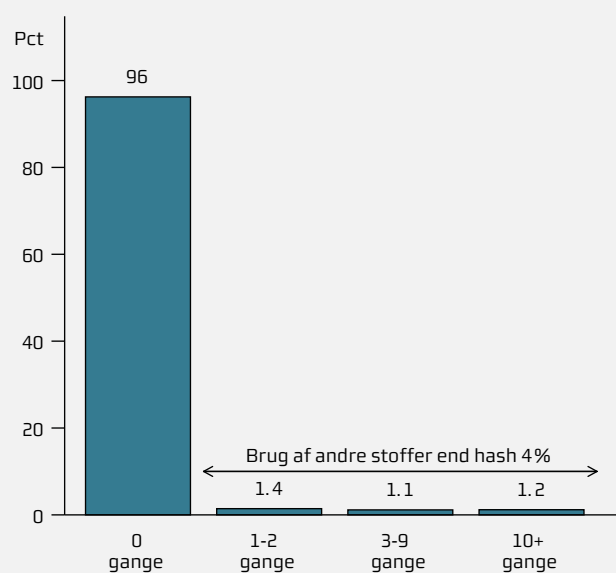
FIGUR 9.9 OG 9.10

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

Figur 9.9
Brug af hash inden for de seneste 12 måneder



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



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

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

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

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

FIGUR 9.11

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FIGUR 9.12

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I hvilke sammenhænge prøver unge hash eller andre stoffer?

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

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

Seksualitet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hvor mange af de unge har haft samleje?

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

Debutalder

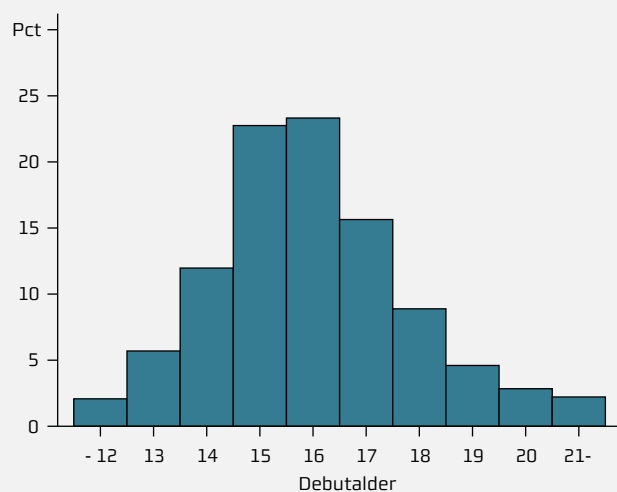
De unges gennemsnitlige alder ved samlejebut var 16,0 år. Der ses ingen kønsforskel i den gennemsnitlige debutalder. I alt 20 % af de unge, der har haft samleje, angiver at have været 14 år eller yngre, da de første gang havde samleje, og var dermed under den seksuelle lavalder (jf. figur 9.13). Hovedparten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

Hvor mange personer har de unge haft samleje med?

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

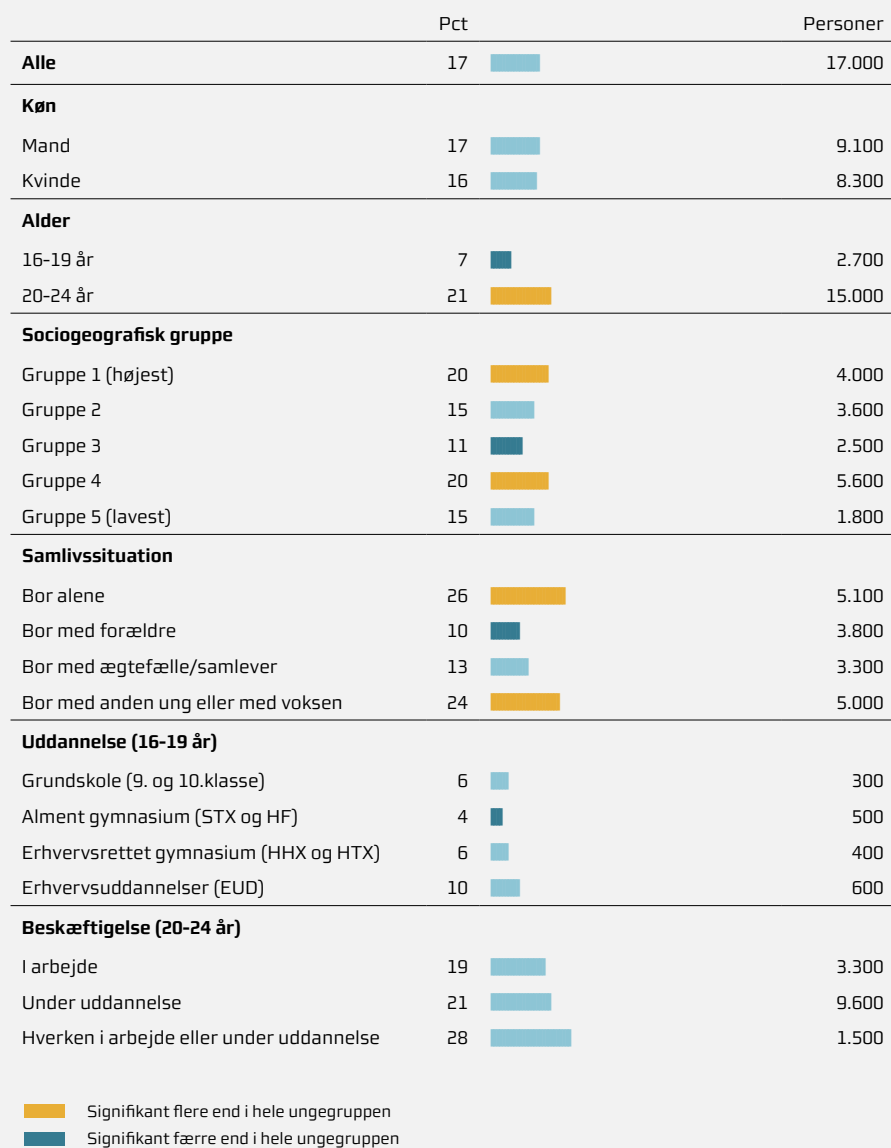
FIGUR 9.13

Unges seksuelle debut - alder ved første samleje



FIGUR 9.14

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



Højt antal seksualpartnere – køn, alder og sociale forhold

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

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

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

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

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

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

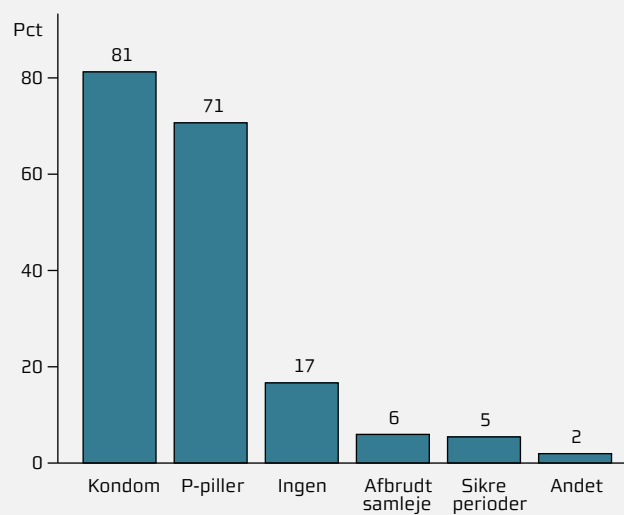
Beskæftigelse (20-24 år). Der ses i gruppen af 20-24-årige ikke forskelle i andelen, der har haft et højt antal seksualpartnere, alt efter de unges beskæftigelsesforhold.

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

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

FIGUR 9.15

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



Hvilken type prævention bruger de unge typisk med ny partner?

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

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

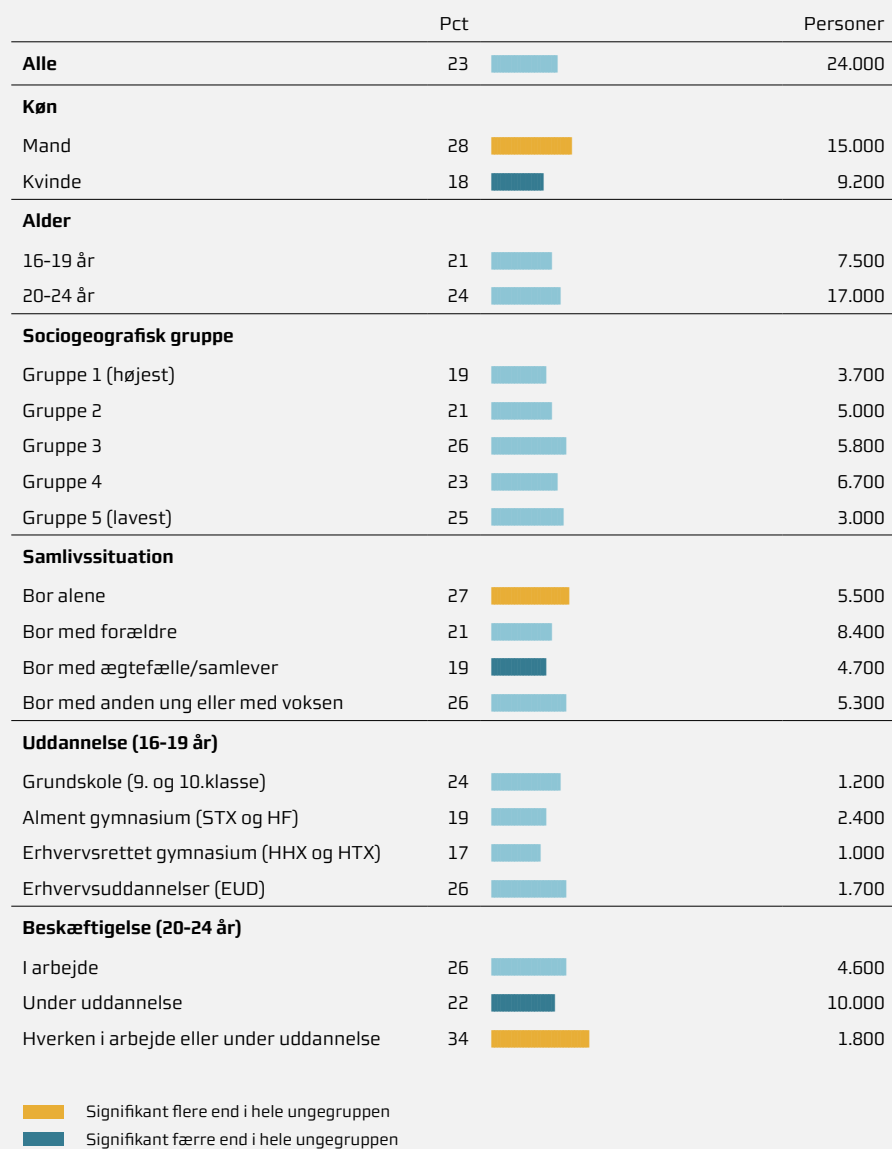
Hovedparten af de unge bruger kondom og/eller p-piller ved samleje med ny partner. I alt 81 % angiver, at de eller deres partner typisk bruger kondom ved samleje, mens 71 % angiver, at de eller deres partner typisk bruger p-piller. 17 % angiver, at de typisk ikke bruger prævention, mens 6 % angiver,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

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

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

FIGUR 9.16

Usikker sex blandt unge - køn, alder og sociale forhold



Usikker sex – køn, alder og sociale forhold

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hvorfor bruger nogle unge typisk ingen prævention?

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

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

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

Fysisk aktivitet

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

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

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

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

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

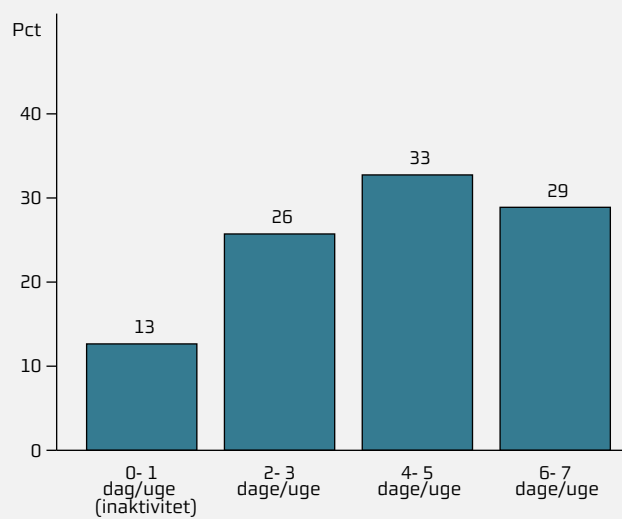
I det følgende belyses det fysiske aktivitetsniveau blandt unge. Det angives, hvor stor en andel af de unge, der er inaktive (moderat fysisk aktiv højst en gang ugentligt). Endvidere beskrives andelen af inaktive unge i forhold til køn, alder og sociale forhold og hvor mange unge, der gerne vil være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

Hvor mange af de unge er fysisk inaktive?

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

FIGUR 9.17

Moderat fysisk aktivitet blandt unge - antal dage per uge



FIGUR 9.18

Fysisk inaktivitet blandt unge - køn, alder og sociale forhold

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

 Signifikant flere end i hele ungegruppen

Fysisk inaktivitet blandt unge – køn, alder og sociale forhold

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Idræt eller andre motionsgivende aktiviteter

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

Hvor mange unge vil gerne være mere fysisk aktive?

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

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

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

► **2010-2013.** Der er sket en stigning i andelen af fysisk inaktive fra 11 % til 13 %. Se figur 9.5.S i bind 2. Denne generelle stigning afspejler en stigning blandt både unge mænd og 16-19-årige i andelen af fysisk inaktive fra 9 % til 12 %. Se figur 9.6.S i bind 2. Der har ikke været nogen ændring i andelen af unge, der ønsker at være mere fysisk aktive (74 %). ◀

Kost

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

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

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

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

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

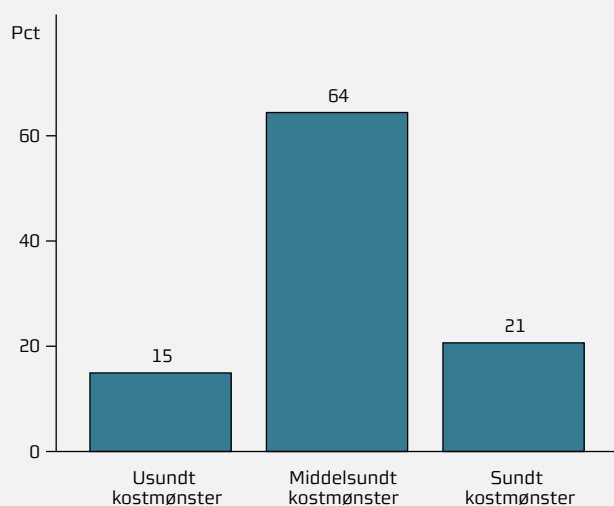
Hvor mange af de unge har et usundt kostmønster?

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

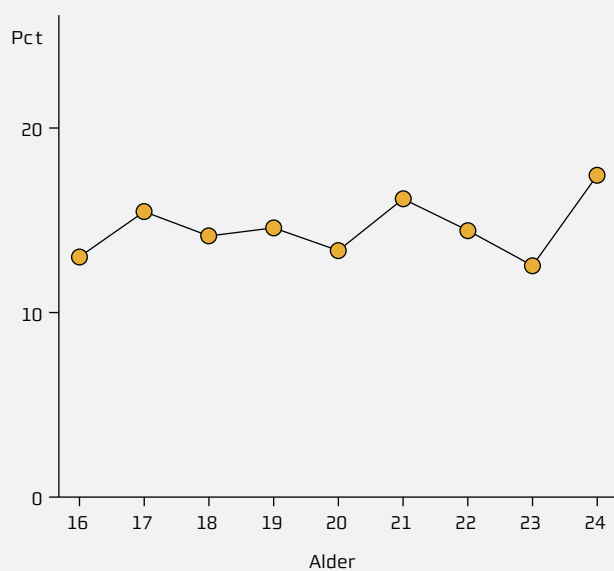
I alt 24 % af de unge har et usundt kostmønster i forhold til fisk, mens 23 % af de unge har et usundt kostmønster i forhold til fedt. 17 % af de unge har et usundt kostmønster i forhold til frugt, og 13 % har et usundt kostmønster i forhold til grønt. Der er signifikant færre unge mænd (16 %) end unge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

FIGUR 9.19 OG 9.20
Kostmønster blandt unge

Figur 9.19
Det samlede kostmønster blandt unge

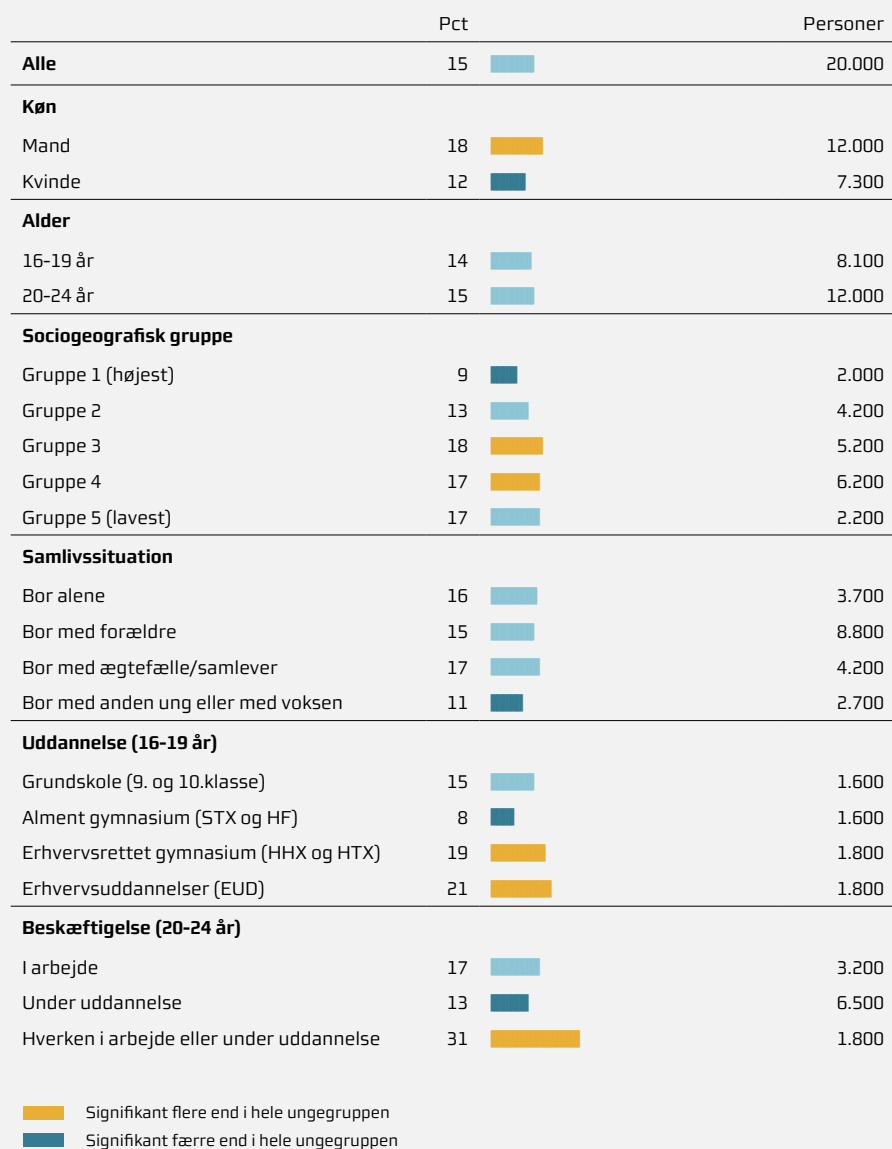


Figur 9.20
Usundt kostmønster blandt unge - alder



FIGUR 9.21

Usundt kostmønster blandt unge - køn, alder og sociale forhold



Usundt kostmønster blandt unge – køn, alder og sociale forhold

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Unge forbrug af slik, fastfood, sodavand og lignende

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

Hvordan vurderer de unge deres egne kostvaner?

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

Hvor mange unge vil gerne spise mere sundt?

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

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

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

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

► **2010-2013.** Der er sket et fald i andelen af unge med et usundt kostmønster fra 17 % til 15 %. Tilsvarende er der sket en lille stigning i andelen med et middelsundt kostmønster. Se figur 9.7.S i bind 2. Det overordnede fald i unge med et usundt kostmønster afspejler et fald blandt henholdsvis unge mænd (fra 22 % til 18 %) og 16-19-årige (fra 18 % til 14 %). Se figur 9.8.S i bind 2. Der er desuden sket et mindre fald i andelen af unge, der drikker sodavand, læskedrik eller saftvand 5 eller flere gange ugentligt.

Overvægt

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

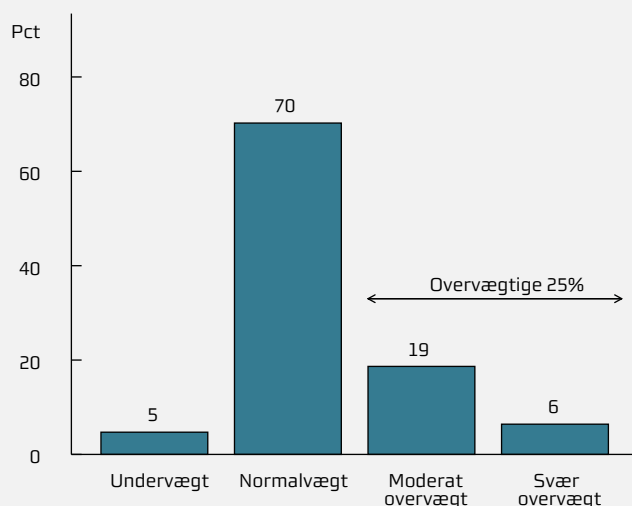
Der er en veldokumenteret sammenhæng mellem moderat og svær overvægt og øget risiko for livsstilssygdomme som type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdomme og visse kræftformer samt tidlig død (2,55). Derudover er overvægt i ungdomsårene prædiktivt for overvægt senere i livet (2,53,65). Overvægt er dog ikke kun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

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

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

FIGUR 9.22

Unge fordelt på vægtklasser



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

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

Hvor mange af de unge er overvægtige?

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

FIGUR 9.23

Svær overvægt blandt unge - køn, alder og sociale forhold

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

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

Svær overvægt blandt unge – køn, alder og sociale forhold

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hvordan vurderer de unge selv deres vægt?

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

Hvor mange unge vil gerne tabe sig?

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

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

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

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

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

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

Søvn

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

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

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

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

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

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

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

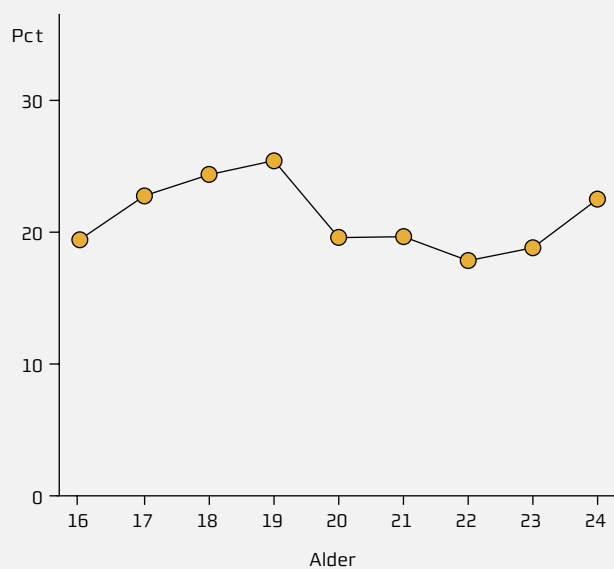
I det følgende angives, hvor stor en andel af de unge i Region Midtjylland, der har en dårlig søvnkvalitet samt hvor stor en andel af de unge, der sover under 7 timer dagligt. Endvidere beskrives andelen af unge med dårlig søvnkvalitet i forhold til køn, alder og sociale forhold.

De unges søvnkvalitet

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

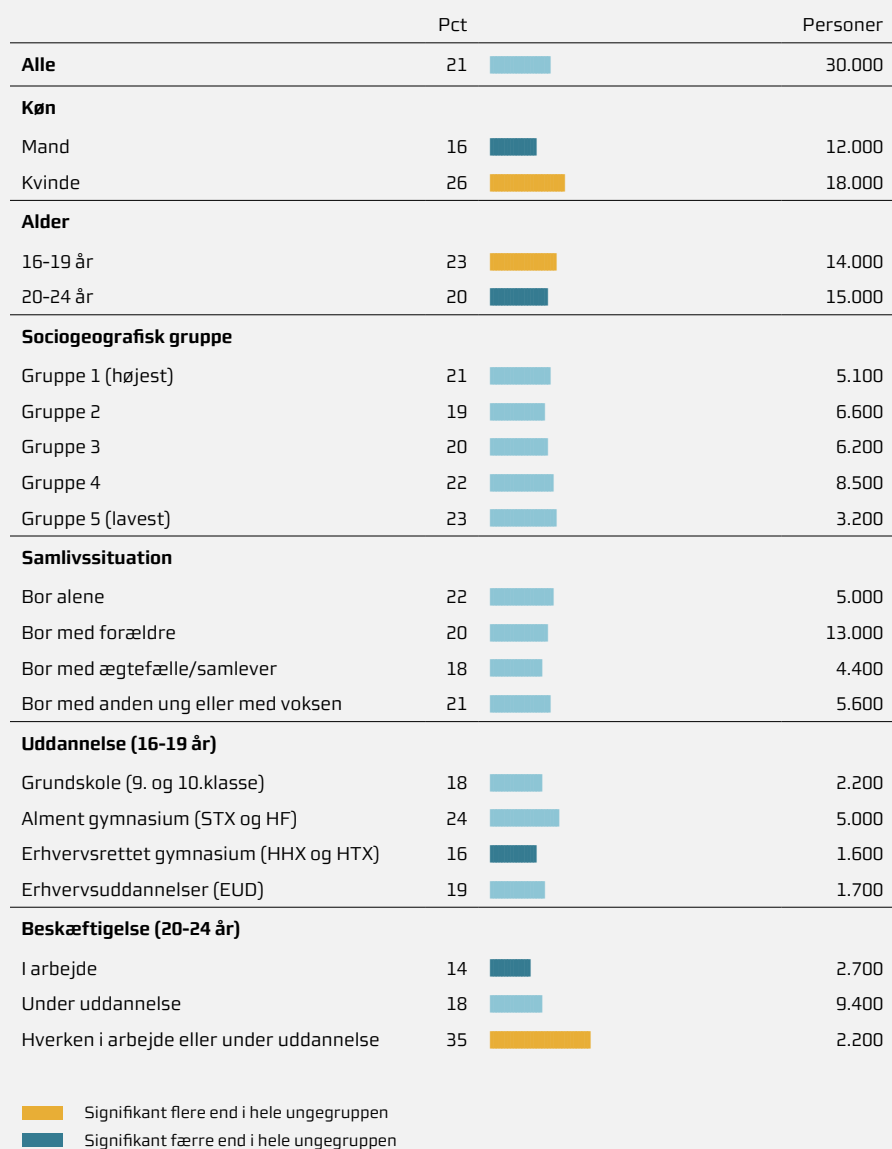
FIGUR 9.24

Andel med dårlig søvnkvalitet blandt unge - alder



FIGUR 9.25

Dårlig søvnkvalitet blandt unge - køn, alder og sociale forhold



Dårlig søvnkvalitet blandt unge – køn, alder og sociale forhold

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

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

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

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

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

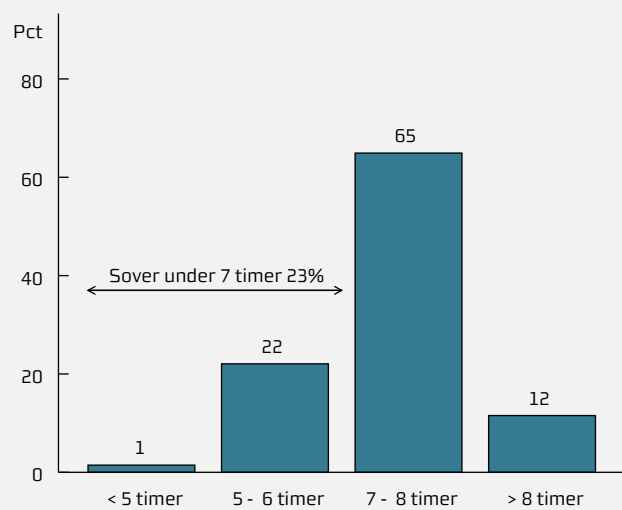
Uddannelse (16-19 år). Der er signifikant færre unge på erhvervsrettede gymnasiale uddannelser, der har dårlig søvnkvalitet, end i gruppen af de 16-19-årige som helhed.

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

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

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

FIGUR 9.26
De unges søvnlængde



Hvor mange af de unge sover under 7 timer dagligt?

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

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

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

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

Sammenfatning

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Referencer

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. DE ÆLDRES SUNDHED

Sundhedsprofilen for ældre beskriver sundhedsvaner og sundhedstilstand blandt etnisk danske personer i aldersgruppen 65-102 år i Region Midtjylland. Fokus rettes mod forhold, der er vigtige for denne aldersgruppe samt almene problemstillinger inden for folkesundhedsområdet. Sundhedsprofilen for ældre udgør hermed et supplement til sundhedsprofilen for voksne (25-79 år), der udgør hovedparten af denne rapport. Aktuell viden om sundhed hos ældre er væsentlig for kommuner, regioner og andre aktører på sundhedsområdet for tilrettelæggelse af initiativer, der kan medvirke til en tidssvarende og adækvat håndtering af ældres sundhedsmæssige udfordringer.

Danskerne lever længere end tidligere, og ældre udgør en stærkt stigende andel af befolkningen. Det anslås, at 25 % af befolkningen vil være over 65 år i 2042 (i 2010 udgjorde denne del af befolkningen 16 %) (1). Folkesundhedens succes med at forlænge befolkningens liv er paradoksalt nok årsag til nye sundhedsmæssige udfordringer (2). Denne udvikling har eksempelvis betydet, at en større andel ældre i dag har behov for flere og dyrere behandlinger fra sundhedsvæsenets side som følge af blandt andet hjerte-kar-sygdomme, diabetes eller kræft (2). Med stigende alder øges andelen af borgere med kroniske sygdomme, ligesom det også bliver mere almindeligt at have flere kroniske sygdomme (multisygdom) (3-5). På trods af, at den nye ældregeneration har et bedre helbred og er mindre nedslidt end tidligere generationer, tilskrives samfundets stigende sundhedsudgifter i betydelig grad et voksende antal ældre (6).

Alderdommen er generelt kendetegnet ved ændrede levevilkår, blandt andet som følge af tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet (7). Samtidig er alderdommen kendetegnet ved øget sygdomsrisiko og helbredsgener samt tab af nære personer, herunder ægtefælle og søskende. Grundet kvinders højere middellevetid er det oftest kvinder, der mister deres ægtefælle (7). Samtidig oplever en større andel ældre kvinder end ældre mænd, at de har et dårligt helbred og velbefindende, et lavt funktionsniveau samt behov for hjælp (7).

Samtidig er det kendetegnende for gruppen af ældre, at der helbreds- og funktionsmæssigt er tale om en temmelig heterogen gruppe, hvilket giver en række udfordringer med hensyn til sundhedsfremmende initiativer og forebyggende indsatser (8). På den ene side forbliver flere end tidligere på arbejdsmarkedet efter den traditionelle pensionsalder (65 år), og især blandt de yngste ældre er der en stor gruppe, der har mange gode leveår med et højt aktivitets- og funktionsniveau (9). På den anden side er der især blandt de ældste ældre en gruppe, som har betydelige helbredsgener, forringet livskvalitet og ofte behov for hjælp i dagligdagen (2).

Endvidere fortsætter den sociale ulighed i sundhed i alderdommen, hvor udsathed for sundhedsrisici og sygdom generelt stiger i takt med faldende social position (10). Samtidig ses der blandt ældre en stor økonomisk ulighed (11).

Det er også vigtigt at skelne mellem biologisk alder og social alder, da der ikke er nogen entydig sammenhæng mellem stigende kronologisk alder og svækkelse af social og psykisk funktionsniveau (12).

I alt 8.593 etnisk danske ældre i aldersgruppen 65-102 år har besvaret spørgeskemaet (svarprocent: 67 %). På baggrund af alder opdeles de ældre i tre grupper: "yngre ældre" (65-74 år), "ældre ældre" (75-84 år) og "ældste ældre" (85-102 år). Hovedparten af de ældre respondenter er 65-74 år (59 %), mens knap hver tredje tilhører gruppen af 75-84-årige (32 %). Blot 10 % af deltagerne tilhører de ældste ældre (85+ år). Svarprocenten falder betydeligt med alderen (65-74 år: 75 %; 75-84 år: 64 %; 85-102 år: 43 %). Der skal endvidere tages forbehold for, at alvorligt syge ældre (sengeliggende, demente m.fl.) i mange tilfælde ikke har kunnet deltage i undersøgelsen. Denne gruppe er derfor underrepræsenteret i den samlede ældregruppe, hvilket de anvendte vægte kun i nogen grad forventes at korrigere for.

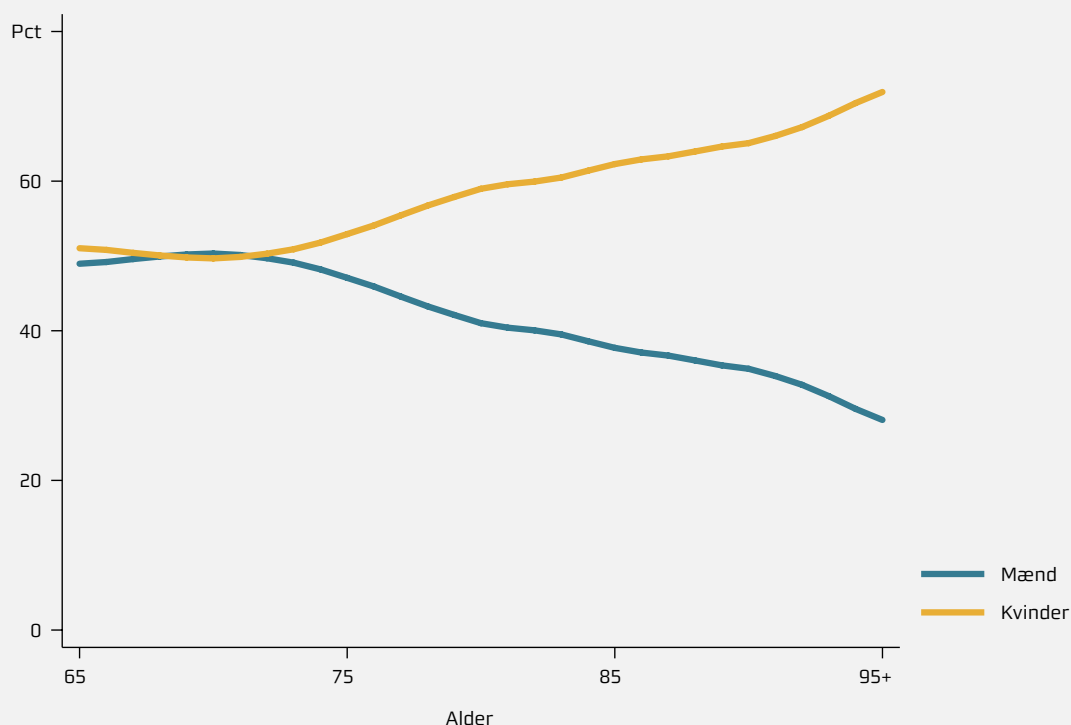
Det bør fremhæves, at der grundet en højere middellevetid blandt kvinder er betydelige forskelle i den kønsmæssige fordeling på tværs af alder (se figur 10.1). Andelen af ældre mænd og kvinder i undersøgelsen er ens blandt de 65-74-årige (50 %), mens der er en betydeligt større andel af kvinder end mænd blandt de 75-84-årige (57 % versus 43 %). Blandt de ældste ældre (85+ år) er andelen af kvindelige deltagere hele 65 %. Tilsvarende lever 52 % af de ældre kvinder alene, mens dette blot gælder 28 % af de ældre mænd. Det skal derfor holdes for øje, at forekomsten af sundhedsvaner og sundhedstilstand i de tre aldersgrupper og inden for de to samlivsformer (alene versus gift/samlevende) afspejler dels faktiske sundhedsmæssige forhold dels forskelle i den kønsmæssige fordeling.

Generelt sker der en løbende selektion, hvor ældre med dårligst helbred falder fra. Eksempelvis må en højere forekomst af dagligrygere blandt 65-74-årige sammenlignet med 75-84-årige i nogen grad tilskrives, at rygeres helbred er dårligere end ikke-rygeres, og rygere derfor dør tidligere.

Mange forskelligartede faktorer har betydning for ældres sundhed. Der fokuseres i ældreprofilen på udvalgte parametre med henblik på at belyse dels forhold af særlig betydning for ældregruppen (herunder kronisk sygdom og behov for hjælp), dels alment væsentlige sundhedsparametre (herunder rygning, fysisk inaktivitet og overvægt).

FIGUR 10.1

Andelen af ældre mænd og kvinder



Endvidere beskrives kønsmæssige, aldersmæssige samt sociale og geografiske forskelle i sundhedsvaner og sundhedstilstand blandt ældre.

Social ulighed belyses ud fra opnået uddannelsesniveau og nuværende sociogeografisk position. Samlet set er det muligt at identificere grupper og områder med høj forekomst af risikable sundhedsvaner eller dårlig helbredstilstand. En sådan viden muliggør en målrettet indsats over for udsatte grupper og kan bidrage væsentligt i forhold til det videre forebyggelsesarbejde.

Sundhedsprofilen for ældre belyser følgende temaer:

- Behov for hjælp
- Rygning
- Alkohol
- Fysisk aktivitet
- Kost
- Vægt
- Selvvurderet helbred
- Kronisk sygdom

Behov for støtte og hjælp

På trods af, at der ikke er nogen entydig sammenhæng mellem kronologisk og social alder, falder ældres funktionsevne generelt som et resultat af stigende alder. Især blandt de ældste ældre er der en del, hvis funktionsevne er reduceret (7), hvilket for nogles vedkommende betyder, at de er fysisk afhængige af hjælp. Dette har betydning for ældreomsorgen såvel som for samfundet som helhed (5,9). Det er derfor vigtigt at belyse ældres behov for støtte og hjælp.

I *Hvordan har du det?* 2013 indgår en række spørgsmål, der har til formål at afdække de ældres behov for støtte og hjælp. Følgende spørgsmål anvendes:

- Har du på grund af sygdom eller andre problemer med helbredet brug for hjælp fra venner, familie eller f.eks. hjemmehjælp til at klare dine daglige gøremål?
- Hvad har du brug for hjælp til?
- Hvem hjælper dig?

Der skelnes i det følgende mellem behov for hjælp til basale gøremål og instrumentelle gøremål. At spise selv, vaske sig samt klæde sig af og på betegnes som basale daglige gøremål, mens at lave mad, købe ind, betale regninger, gøre rent, besøge bekendte, gå til lægen og gå en tur betegnes som instrumentelle daglige gøremål (7).

Deltagere, der angiver at have behov for hjælp til minimum et gøremål (enten basale eller instrumentelle gøremål), betegnes som ældre, der har behov for støtte og hjælp i dagligdagen. Endvidere betegnes ældre, der angiver at have behov for hjælp til varetagelse af basale dagligdagsaktiviteter, som fysisk afhængige af støtte og hjælp (5).

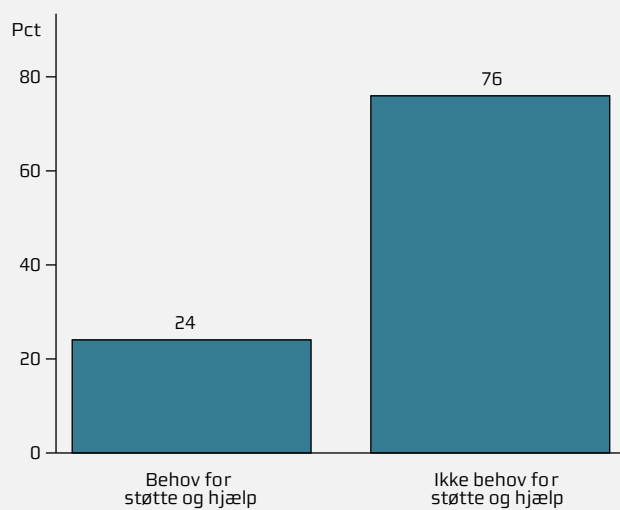
Hvor mange ældre har brug for støtte og hjælp i dagligdagen?

Af figur 10.2 fremgår andelen af ældre, som har behov for støtte og hjælp til dagligdagens gøremål, eksempelvis at spise, vaske sig, gøre rent eller handle ind. 24 % af de ældre angiver at have behov for hjælp, svarende til 48.000 personer i Region Midtjylland.

Blandt de ældre, der har brug for hjælp til dagligdagens gøremål, angiver flest at have brug for hjælp til at gøre rent (19 %) og købe ind (10 %). 7 % af de ældre har behov for hjælp, når de skal til lægen, mens 6 % angiver, at de har behov for hjælp til at lave mad, betale regninger eller at gå en tur. 5 % af de ældre har endvidere behov for hjælp til at besøge bekendte. En mindre andel af de ældre er fysisk afhængig af støtte og hjælp til basale dagligdags gøremål: at vaske sig (4 %), klæde sig af (3 %) og spise (0,7 %). I alt er 5 % af de ældre fysisk afhængige af hjælp.

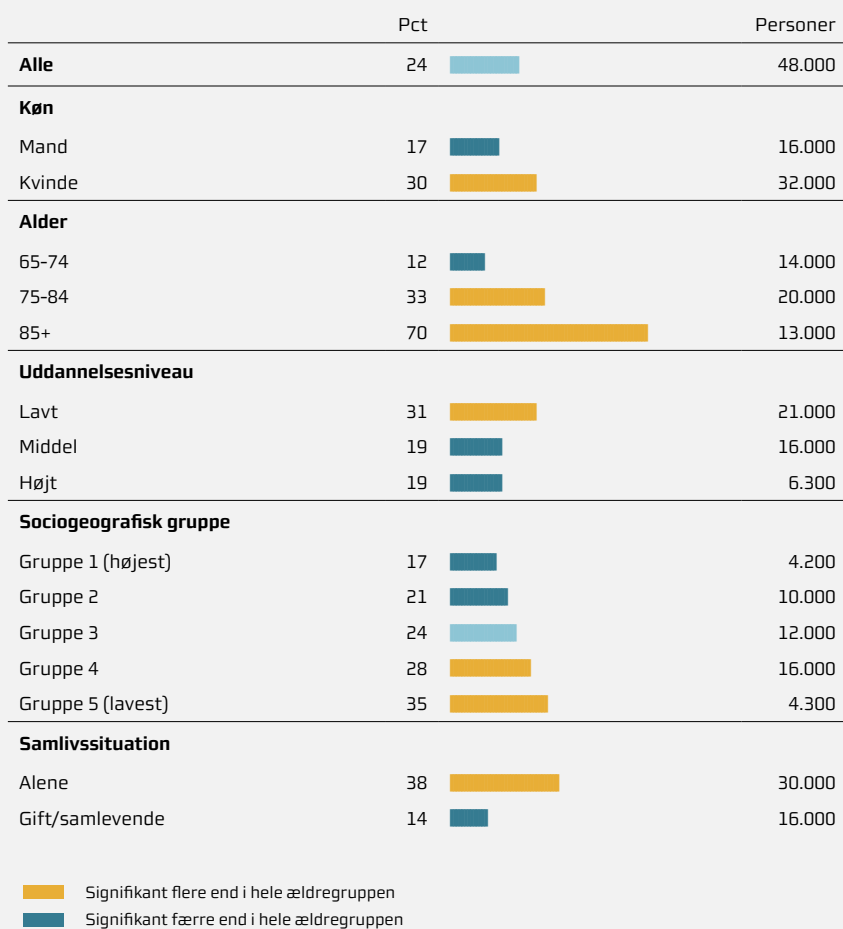
FIGUR 10.2

Behov for støtte og hjælp i dagligdagen blandt ældre (65+ år)



FIGUR 10.3

Behov for støtte og hjælp i dagligdagen blandt ældre - køn, alder og sociale forhold



Behov for støtte og hjælp i dagligdagen blandt ældre - køn, alder og sociale forhold

Af figur 10.3 fremgår det, at der er stor variation i behovet for hjælp i forhold til køn, alder og sociale forhold. Andelen, der har behov for hjælp, stiger særdeles markant med alderen. Andelen blandt de lavtuddannede ældre, der har behov for hjælp, er endvidere væsentligt større end andelen blandt de middelhøjt og højtuddannede, ligesom andelen af ældre, der har behov for hjælp, stiger betydeligt med faldende sociogeografisk gruppe. Endelig er andelen, der har behov for hjælp, dobbelt så stor blandt ældre, der lever alene, sammenlignet med andelen blandt ældre, der er gift/samlevende.

Køn. Der er en betydelig større andel ældre kvinder end mænd, der har behov for hjælp i dagligdagen.

Alder. Andelen, der har behov for hjælp, stiger særdeles markant med alderen. Hele 70 % af de ældste ældre (85+ år) har brug for hjælp i dagligdagen, mens hver tredje ældre i alderen 75-84 år har brug for hjælp. Blot hver ottende af de 65-74-årige har brug for hjælp.

Uddannelsesniveau. Der er en betydeligt større andel ældre, der har behov for hjælp, blandt de lavtuddannede end i hele ældregruppen. Både blandt de middelhøjt og højtuddannede ældre er andelen, der har behov for hjælp, mindre end i hele ældregruppen.

Sociogeografisk gruppe. Der er en betydelig større andel ældre i gruppe 4 og 5, der har behov for hjælp, sammenlignet med hele ældregruppen, mens der er en mindre andel ældre i gruppe 1 og 2, der har behov for hjælp.

Samlivssituation. Der er en markant større andel med behov for hjælp blandt ældre, der lever alene, end blandt ældre, der er gift/samlevende.

Sammenlignet med hele ældregruppen er der en signifikant større andel, der har behov for hjælp, blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Ældre i alderen 75+ år
- Ældre med lavt uddannelsesniveau
- Ældre i sociogeografisk gruppe 4 og 5
- Ældre, der lever alene

FIGUR 10.4

Fysisk afhængighed af støtte og hjælp blandt ældre - køn, alder og sociale forhold

	Pct		Personer
Alle	5		11.000
Køn			
Mand	5		4.700
Kvinde	6		6.600
Alder			
65-74	2		2.700
75-84	6		4.300
85+	21		4.300
Uddannelsesniveau			
Lavt	8		6.000
Middel	3		2.700
Højt	3		1.100
Sociogeografisk gruppe			
Gruppe 1 (højest)	2		700
Gruppe 2	5		2.700
Gruppe 3	5		3.000
Gruppe 4	7		4.300
Gruppe 5 (lavest)	5		700
Samlivssituation			
Alene	8		6.600
Gift/samlevende	3		4.100

 Signifikant flere end i hele ældregruppen
 Signifikant færre end i hele ældregruppen

Fysisk afhængighed af støtte og hjælp blandt ældre - køn, alder og sociale forhold

Af figur 10.4 fremgår det, at der er forskelle i forekomsten af ældre, der er fysisk afhængige af støtte og hjælp (behov for hjælp til at spise selv, klæde sig af og på og/eller at vaske sig) i forhold til alder og sociale forhold. I særdeleshed er andelen, der er fysisk afhængig af hjælp, betydeligt større blandt de ældste ældre (85+ år) sammenlignet med de 65-84-årige.

Køn. Der er ingen kønsforskel i forekomsten af ældre, der er fysisk afhængige af hjælp.

Alder. Andelen af ældre, der er fysisk afhængige af hjælp, stiger særdeles markant med alderen. Der er således 10 gange flere (svarende til hver femte), der er fysisk afhængige af hjælp blandt de ældste ældre (85+ år) end blandt de 65-74-årige.

Uddannelsesniveau. Der er en signifikant større andel, der er fysisk afhængige af hjælp, blandt ældre med lavt uddannelsesniveau end i hele ældregruppen, mens der er en mindre andel, der er fysisk afhængige af hjælp blandt middelhøjt og højt uddannede.

Sociogeografisk gruppe. Der er en større andel ældre, der er fysisk afhængige af hjælp i gruppe 4, mens der er en mindre andel ældre, der er fysisk afhængige af hjælp blandt ældre i gruppe 1, sammenlignet med hele ældregruppen.

Samlivssituation. Blandt ældre, der lever alene, er der en markant større andel, der er fysisk afhængige af hjælp end blandt ældre, der er gift/samlevende.

Sammenlignet med hele ældregruppen er der en signifikant større andel, der er fysisk afhængige af hjælp i følgende grupper:

- Ældre i alderen 75+ år
- Ældre med lavt uddannelsesniveau
- Ældre i sociogeografisk gruppe 4
- Ældre, der lever alene

Hvem hjælper de ældre, der har brug for støtte og hjælp?

Over halvdelen af de ældre, der har behov for hjælp, angiver, at familie (62 %) og/eller plejepersonale/hjemmehjælp (52 %) varetager opgaver, som de ikke selv kan udføre. Således er de vigtigste kilder til hjælp familien og plejepersonale/hjemmepleje.

13 % af de ældre angiver, at venner hjælper med dagligdagens gøremål, mens 10 % angiver, at de modtager hjælp fra en nabo. 8 % angiver, at de modtager hjælp fra andre, mens 2 % angiver, at de modtager hjælp fra en besøgsven. I alt 41 % af de ældre modtager hjælp fra to eller flere sider. 7 % af de ældre, der har brug for hjælp, angiver at de ingen hjælp får (ikke vist).

Rygning

De alvorlige sundhedsskadelige virkninger af rygning er dokumenteret på en lang række områder (13, 14). Selvom antallet af rygere har været faldende siden 1970'erne, er rygning fortsat den vigtigste forebyggelige risikofaktor for sygdom og død. Systematiske forebyggelsesindsatser har således et betydeligt potentiale i forhold til at reducere personlige og samfundsmæssige omkostninger.

Jo tidligere man holder op med at ryge, desto bedre, men selv blandt ældre, der har røget i mange år, er der en stor helbredsgevinst ved rygestop (15). Det er således vigtigt at motivere ældre rygere til rygestop, og tobaksforebyggelse retter sig derfor også mod den ældre befolkning.

Se kapitel 2 om rygning i den voksne befolkning for en beskrivelse af de anvendte spørgsmål.

Hvor mange af de ældre ryger?

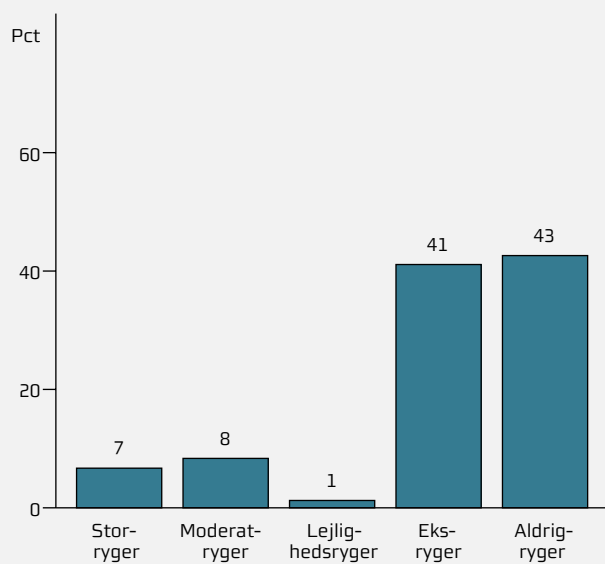
Figur 10.5 viser de ældres rygevaner. Gruppen af dagligrygere består af 7 % storrygere, der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen, og 8 %, der ryger 1-14 cigaretter om dagen. Derudover er 1 % af de ældre lejlighedsrygere (ryger, men ikke dagligt), mens 41 % er eksrygere. I alt 43 % af de ældre har aldrig røget. Andelen af kvindelige aldrig-rygere er endvidere markant større end andelen af mandlige aldrig-rygere (54 % versus 30 %).

Nogle ældre rygere har ikke angivet hvor mange cigaretter de ryger. De indgår derfor ikke i den analyse, der danner baggrund for figur 10.5.

16 % af de ældre ryger dagligt, hvilket svarer til omtrent 31.000 personer i Region Midtjylland.

FIGUR 10.5

Rygevaner blandt ældre (65+ år)



FIGUR 10.6

Dagligrygere blandt ældre - køn, alder og sociale forhold

	Pct		Personer
Alle	16		31.000
Køn			
Mand	18		17.000
Kvinde	13		14.000
Alder			
65-74	18		21.000
75-84	13		8.200
85+	10		1.800
Uddannelsesniveau			
Lavt	17		12.000
Middel	16		14.000
Højt	11		3.800
Sociogeografisk gruppe			
Gruppe 1 (højest)	12		3.200
Gruppe 2	16		8.500
Gruppe 3	15		8.200
Gruppe 4	16		9.600
Gruppe 5 (lavest)	16		2.000
Samlivssituation			
Alene	18		14.000
Gift/samlevende	14		16.000

 Signifikant flere end i hele ældregruppen
 Signifikant færre end i hele ældregruppen

Dagligrygere blandt ældre - køn, alder og sociale forhold

Af figur 10.6 fremgår det, at der er betydelige forskelle i rygevaner i forhold til køn, alder og sociale forhold. Der er således betydeligt flere ældre mænd end kvinder, der ryger dagligt. Andelen af dagligrygere falder endvidere markant med alderen, hvilket skal ses i sammenhæng med, at rygning er forbundet med kortere levetid.

Køn. Der er en større andel af ældre mænd end kvinder, der ryger dagligt.

Alder. Andelen af dagligrygere falder med alderen. Der er en signifikant større andel dagligrygere blandt de yngre ældre, end det er tilfældet i hele ældregruppen. Tilsvarende er der en signifikant mindre andel dagligrygere blandt de 75-84-årige og de ældste ældre (85+ år).

Uddannelsesniveau. Der er en signifikant mindre andel dagligrygere blandt ældre med højt uddannelsesniveau end i hele ældregruppen.

Sociogeografisk gruppe. Der er en mindre andel af dagligrygere blandt ældre i gruppe 1, end det er tilfældet i hele ældregruppen.

Samlivssituation. Der er en større andel af dagligrygere blandt ældre, der lever alene end blandt ældre, der er gift/samlevende.

Sammenlignet med hele ældregruppen er der signifikant flere dagligrygere blandt følgende grupper:

- Mænd
- Ældre i alderen 65-74 år
- Ældre, der lever alene

Hvor mange af de ældre vil gerne stoppe med at ryge?

Med henblik på at belyse motivation for at stoppe med at ryge er der i spørgeskemaet spurgt til, hvorvidt de ældre gerne vil holde op med at ryge. 51 % af de ældre dagligrygere angiver, at de ønsker at stoppe med at ryge. 9 % af de ældre dagligrygere ønsker at stoppe med at ryge inden for seks måneder, mens 42 % endnu ikke har planlagt hvornår.

I alt 39 % af de ældre dagligrygere, som gerne vil holde op med at ryge, vil endvidere gerne have støtte og hjælp til at gennemføre det. Blandt storrygerne ønsker 42 % at få støtte og hjælp til rygestop, mens det gælder 34 % af de ældre, der ryger 1-14 cigaretter dagligt.

I alt er 8 % af de ældre blevet rådet til at stoppe med at ryge af egen læge inden for det seneste år. Blandt storrygerne er 47 % blevet rådet til at stoppe med at ryge, mens 40 % af de ældre, der dagligt ryger mellem 1 og 14 cigaretter, er blevet rådet til at stoppe med at ryge (ikke vist).

Alkohol

Sammenlignet med de andre skandinaviske lande er danskernes alkoholforbrug generelt stort, og forbruget har været nogenlunde konstant siden 1970'erne (5,16). Mange forbinder alkohol med hyggeligt samvær, fritidsliv og fest, men et stort forbrug af alkohol kan have konsekvenser for helbredet. Alkohol øger risikoen for kroniske sygdomme, herunder kræft og hjerte-kar-sygdomme (5, 17,18).

Ifølge Sundhedsstyrelsen skal ældre følge de generelle anbefalinger for ugentligt alkoholforbrug, men være særligt opmærksomme på deres forbrug, da forskning indikerer, at ældre er mere følsomme over for alkohols skadelige helbredseffekter (19). Ældre har blandt andet mindre væske i kroppen, hvilket kan medføre en højere promille. Samtidig skal ældre, der tager medicin, være særligt forsigtige med alkohol, som kan forringe medicinens effekt og øge eventuelle bivirkninger (19). Endvidere er der særlige helbredsrisici forbundet med et højt alkoholindtag hos ældre. Blandt andet øges tendensen til fald og hukommelsestab, ligesom alkoholskader på indre organer forekommer hurtigere blandt ældre end blandt yngre personer (19,20).

Se kapitel 3 om alkohol i den voksne befolkning for en beskrivelse af de anvendte spørgsmål.

Hvor mange af de ældre har et risikabelt alkoholforbrug?

Figur 10.7 viser andelen af ældre, der har et risikabelt alkoholforbrug i form af enten ugentligt rusdrikkeri (ugentligt 5+ genstande ved samme lejlighed), højrisikoforbrug (mænd: 21+ genstande ugentligt; kvinder: 14+ genstande ugentligt) samt tegn på alkoholproblemer målt ved CAGE-C (se beskrivelse i boks 3.1 i kapitel 3).

14 % af de ældre udviser tegn på alkoholproblemer, svarende til ca. 27.000 personer i Region Midtjylland. Endvidere har 7 % af de ældre et højrisikoforbrug af alkohol, svarende til ca. 14.000 personer. 5 % af de ældre drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed mindst én gang om ugen, svarende til ca. 10.000 personer.

Af figur 10.8 fremgår, at fire ud af fem ældre har et lavrisikoforbrug af alkohol eller slet ikke drikker alkohol. De overholder således Sundhedsstyrelsens anbefalinger (højst 7 genstande ugentligt for kvinder og højst 14 genstande ugentligt for mænd). Endvidere angiver 11 % at have et moderat forbrug af alkohol.

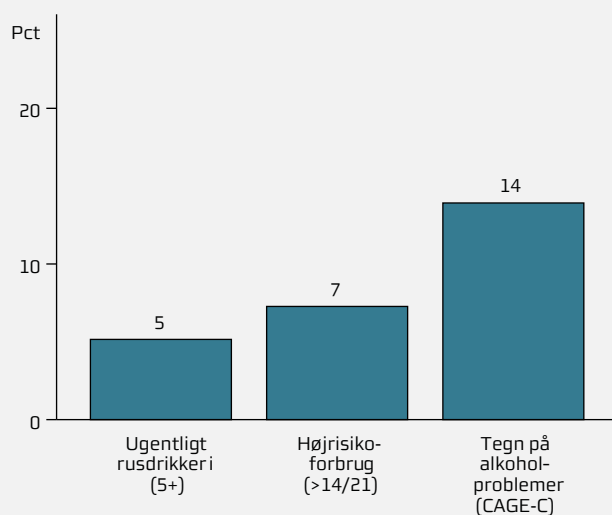
I det følgende fokuseres på ældre, der udviser tegn på alkoholproblemer samt ældre med højrisikoforbrug af alkohol, da rusdrikkeri primært er et ungdomsfænomen.

FIGUR 10.7 OG 10.8

Alkoholforbrug blandt ældre (65+ år)

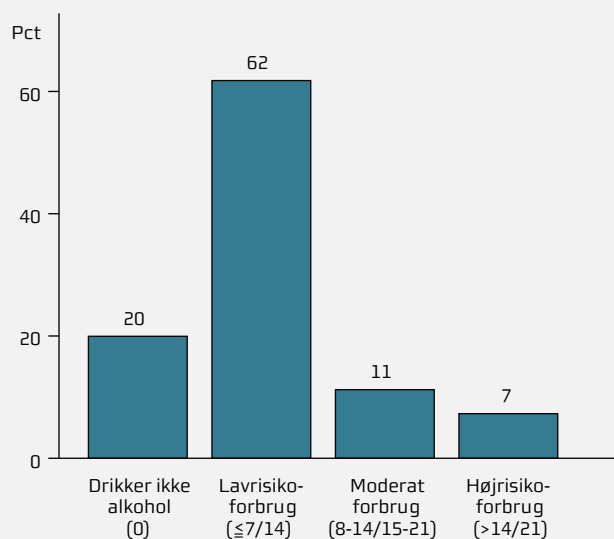
Figur 10.7

Tre former for risikabelt alkoholforbrug blandt ældre (65+ år): Ugentligt rusdrikkeri, højrisikoforbrug og tegn på alkoholproblemer



Figur 10.8

Alkoholforbrug blandt ældre (65+ år)



FIGUR 10.9

Højrisikoforbrug af alkohol (>14/21 genstande pr. uge) blandt ældre - køn, alder og sociale forhold

	Pct		Personer
Alle	7		14.000
Køn			
Mand	10		9.000
Kvinde	5		4.600
Alder			
65-74	9		10.000
75-84	5		2.800
85+	5		700
Uddannelsesniveau			
Lavt	5		3.000
Middel	8		6.600
Højt	12		3.900
Sociogeografisk gruppe			
Gruppe 1 (højest)	10		2.400
Gruppe 2	7		3.500
Gruppe 3	7		3.300
Gruppe 4	7		3.800
Gruppe 5 (lavest)	6		600
Samlivssituation			
Alene	7		5.000
Gift/samlevende	8		8.500

 Signifikant flere end i hele ældregruppen
 Signifikant færre end i hele ældregruppen

Højrisikoforbrug af alkohol (>14/21) blandt ældre - køn, alder og sociale forhold

Af figur 10.9 fremgår det, at der blandt ældre er betydelige forskelle i højrisikoforbrug af alkohol i forhold til køn, alder og sociale forhold. Således er andelen af ældre mænd med et højrisikoforbrug af alkohol markant større end andelen blandt ældre kvinder. Andelen af 65-74-årige med et højrisikoforbrug af alkohol er ligeledes markant større end blandt ældre over 74 år. Denne forskel kan skyldes, at et stort forbrug af alkohol er forbundet med øget risiko for tidlig død samt at nogle ældre drikker mindre som følge af blandt andet sygdom og medicin eller mindre social aktivitet. Endelig stiger andelen med højrisikoforbrug betydeligt med uddannelsesniveau.

Køn. Der er dobbelt så mange ældre mænd som ældre kvinder, der har et højrisikoforbrug af alkohol.

Alder. Der er en signifikant større andel med et højrisikoforbrug af alkohol blandt de yngste ældre end det er tilfældet i hele ældregruppen. Tilsvarende er der en signifikant mindre andel blandt de 75-84-årige og blandt de ældste ældre (85+ år).

Uddannelsesniveau. Der er en signifikant større andel ældre med et højrisikoforbrug af alkohol blandt ældre med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Tilsvarende er der en mindre andel ældre med lavt uddannelsesniveau, der har et højrisikoforbrug. Således stiger andelen med højrisikoforbrug med uddannelsesniveau.

Sociogeografisk gruppe. Der er en større andel af ældre med et højrisikoforbrug af alkohol blandt ældre i gruppe 1, end det er tilfældet i hele ældregruppen.

Samlivssituation. Der er ingen sammenhæng mellem højrisikoforbrug af alkohol og samlivssituation.

Sammenlignet med hele ældregruppen er der en signifikant større andel med et højrisikoforbrug af alkohol i følgende grupper:

- Mænd
- Ældre i alderen 65-74 år
- Ældre med middelhøjt og højt uddannelsesniveau
- Ældre i sociogeografisk gruppe 1

Tegn på alkoholproblemer blandt ældre - køn, alder og sociale forhold

Som det fremgik af figur 10.7, udviser 14 % af de ældre i Region Midtjylland tegn på alkoholproblemer. Markant flere ældre mænd end kvinder udviser tegn på alkoholproblemer (22 % versus 7 %). Derudover er andelen af ældre, der udviser tegn på alkoholproblemer større blandt de 65-74-årige (16 %) end blandt både de 75-84-årige (11 %) og de ældste ældre (85+ år) (9 %). Endvidere udviser flere ældre med middelhøjt og højt uddannelsesniveau tegn på alkoholproblemer (16 % og 21 %) end ældregruppen som helhed. Blandt ældre, der er gift/samlevende, er andelen, der udviser tegn på alkoholproblemer, lidt større end blandt ældre, som lever alene (15 % versus 13 %) (ikke vist).

Ønske om at nedsætte alkoholforbrug

Med henblik på at belyse de ældres motivation for at drikke mindre er der i spørgeskemaet spurgt til, hvorvidt de ældre gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug. I hele ældregruppen ønsker blot 3 %, at nedsætte deres alkoholforbrug, mens 8 % ikke ved, om de vil nedsætte deres forbrug af alkohol. Blandt ældre med et højrisikoforbrug af alkohol ønsker 16 % at nedsættes deres forbrug, mens dette gælder 15 % af de ældre, der udviser tegn på alkoholproblemer.

Blot 2 % af de ældre, der har været hos lægen inden for det seneste år, er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug. 12 % af de ældre, der har et højrisikoforbrug, er blevet rådet til at nedsætte deres forbrug, mens det gælder 10 % af de ældre, der udviser tegn på alkoholproblemer (ikke vist).

Fysisk aktivitet

Regelmæssig fysisk aktivitet er gavnligt af flere årsager og kan fungere både forebyggende og behandlende. Ved at dyrke motion dagligt fremmes både fysisk og psykisk velvære, ligesom forekomsten af en række kroniske sygdomme og overvægt mindskes (21). For ældre er fysisk aktivitet endvidere en positiv faktor i forhold til forebyggelse af aldersbetinget svækkelse, ligesom jævnlig fysisk aktivitet fordobler sandsynligheden for, at ældre forbliver selvhjulpne livet igennem (7).

Ifølge Sundhedsstyrelsen bør ældre følge de generelle anbefalinger omkring daglig fysisk aktivitet (22). Ligesom den øvrige voksne befolkning anbefales ældre at være fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen samt deltage i aktiviteter, som vedligeholder eller øger konditionen og muskel- og knoglestyrke, to gange ugentligt af mindst 20 minutters varighed. Særligt for ældre anbefales det, at der to gange ugentligt af mindst 10 minutters varighed udføres strækøvelser for dermed at vedligeholde kroppens bevægelighed (22).

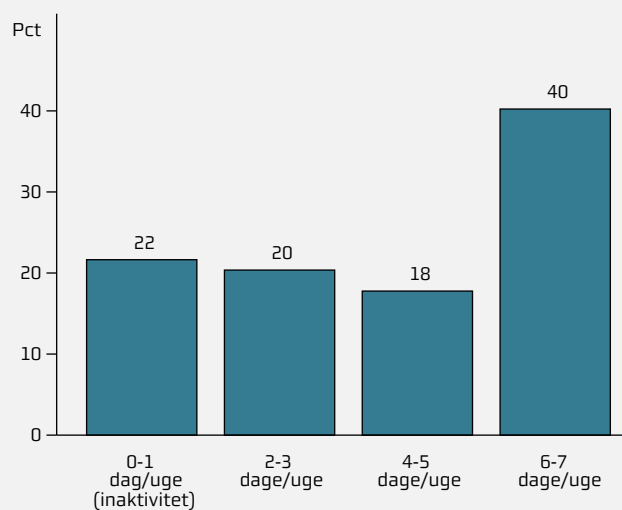
Se kapitel 4 om fysisk aktivitet i den voksne befolkning for en beskrivelse af de anvendte spørgsmål.

Hvor mange af de ældre er fysisk inaktive?

Af figur 10.10 fremgår, hvor ofte de ældre er fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen. 22 % af de ældre er fysisk inaktive, hvilket er karakteriseret ved, at man højst en gang ugentligt er moderat fysisk aktiv minimum i 30 minutter. Dette svarer til 43.000 af de ældre i Region Midtjylland. 20 % er moderat fysisk aktive to til tre gange ugentligt, mens 18 % er fysisk aktive fire til fem gange ugentligt. Hele 40 % af de ældre er moderat fysisk aktive i mindst 30 minutter om dagen seks til syv dage om ugen.

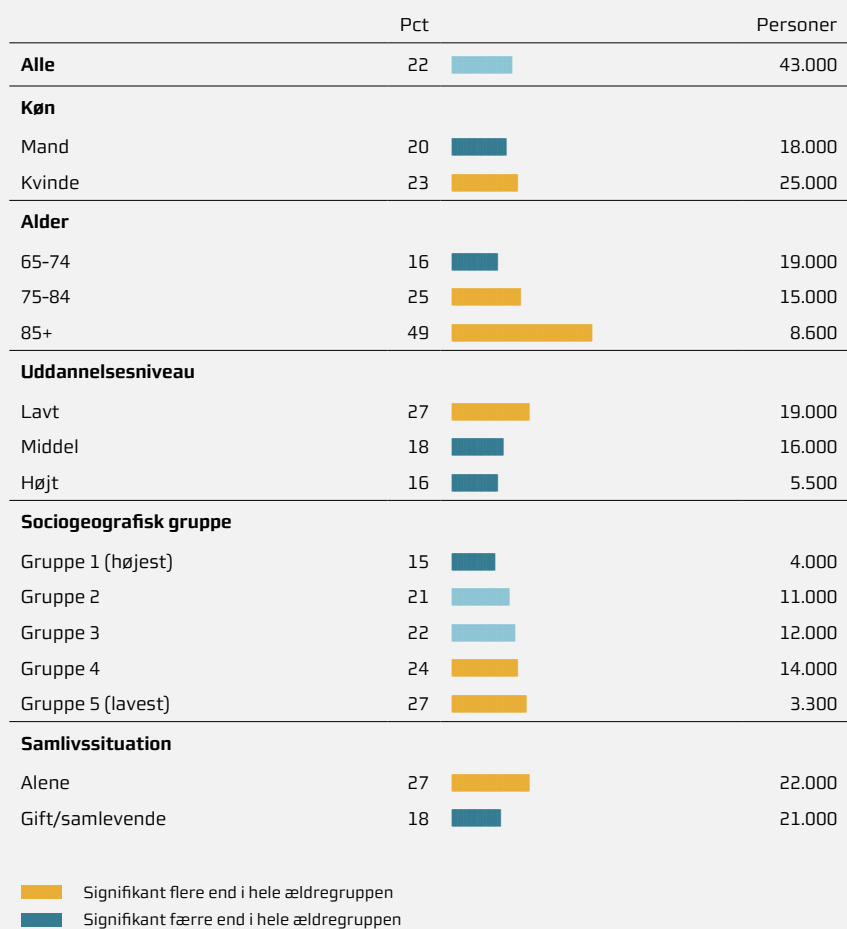
FIGUR 10.10

Moderat fysisk aktivitet blandt ældre (65+ år) - antal dage per uge



FIGUR 10.11

Fysisk inaktivitet blandt ældre - køn, alder og sociale forhold



Fysisk inaktivitet blandt ældre - køn, alder og sociale forhold

Af figur 10.11 fremgår det, at der er betydelige forskelle i fysisk inaktivitet i forhold til køn, alder og sociale forhold. Andelen af inaktive stiger betydeligt med alderen. Endvidere er andelen af fysisk inaktive betydeligt større blandt ældre, der lever alene, end blandt gifte/samlevende.

Køn. Der er en lidt større andel af ældre kvinder end ældre mænd, der er fysisk inaktive.

Alder. Andelen af inaktive ældre stiger markant med alderen. Hver sjette blandt de yngste ældre er fysisk inaktive, mens hver fjerde blandt de 75-84-årige er inaktive. Halvdelen af de ældste ældre (85+ år) er fysisk inaktive.

Uddannelsesniveau. Der er en signifikant større andel fysisk inaktive blandt ældre med lavt uddannelsesniveau end i hele ældregruppen, mens der er en mindre andel fysisk inaktive blandt ældre med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Således stiger andelen af fysisk inaktive ældre med faldende uddannelsesniveau.

Sociogeografisk gruppe. Der er en større andel af fysisk inaktive ældre i gruppe 4 og 5 end i hele ældregruppen, mens der er en mindre andel fysisk inaktive ældre i gruppe 1.

Samlivssituation. Andelen af fysisk inaktive er væsentligt større blandt ældre, der lever alene, end blandt gifte/samlevende.

Sammenlignet med hele ældregruppen er der en signifikant større andel af fysisk inaktive blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Ældre i alderen 75+ år
- Ældre med lavt uddannelsesniveau
- Ældre i sociogeografisk gruppe 4 og 5
- Ældre, der lever alene

Motion i fritiden og stillesiddende adfærd

57 % af de ældre dyrker ikke idræt eller andre aktiviteter, der giver motion i hverdagen. Flere ældre mænd end kvinder dyrker ikke idræt eller andre aktiviteter, der giver motion i hverdagen (62 % versus 52 %). Endvidere har 26 % af de ældre generelt en stillesiddende adfærd. Dette gør sig gældende for flere ældre kvinder end mænd (28 % versus 23 %). Samtidig stiger andelen af ældre, der generelt har en stillesiddende adfærd, markant med alderen. Blandt de 65-74-årige har blot 16 % en stillesiddende adfærd, mens dette gør sig gældende for 34 % af de 75-84-årige og 64 % af ældste ældre (85+ år) (ikke vist).

Hvor mange ældre vil gerne være mere fysisk aktive?

Med henblik på at belyse motivation for øget fysisk aktivitet er der i spørgeskemaet spurgt til, hvorvidt de ældre ønsker at være mere fysisk aktive. 39 % af de ældre ønsker at være mere fysisk aktive. Blandt de fysisk inaktive ældre gør dette sig gældende for næsten halvdelen af deltagerne.

17 % af de ældre er inden for de sidste 12 måneder blevet rådet til at dyrke motion af deres læge. Dette gør sig gældende for 21 % af de fysisk inaktive ældre, og for en større andel af de inaktive ældre mænd end kvinder (28 % versus 16 %) (ikke vist).

Kost

Ifølge Fødevarestyrelsen bør ældre med normal appetit - ligesom den øvrige befolkning - følge de 10 officielle kostråd (23). Det anbefales dog, at den ældre befolkning øger indtaget af protein fra 10-20 energiprocent til 15-20 energiprocent (24). Desuden er det anbefalede indtag af D-vitamin større hos ældre, hvilket enten kan dækkes gennem kost eller kosttilskud. Sluttelig anbefales ældre at være opmærksomme på at indtage tilstrækkelig med væske (23,25).

Ældres kost påvirkes blandt andet af ændringer af sanser, tygge- og synkeproblemer såvel som eventuelle indlæggelser og institutionalisering (23,25). En del ældre spiser generelt mindre end yngre mennesker, og det er derfor vigtigt at være opmærksom på, at småtspisende ældre får en næringsrig kost (25,26). En uhensigtsmæssig kost kan forårsage nedsat funktionsevne, øget sygelighed og mindske sandsynligheden for, at den ældre kan klare sig på egen hånd (26).

I Hvordan har du det? benyttes en kostscore udviklet af Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden (27). Kostscoren består af en række spørgsmål om indtag af frugt, grønt, fisk og fedt, der summeres i fire variable. De fire variable udgør en samlet score for kostens kvalitet, der opdeles i tre kategorier: 1) sund kost, 2) middelsund kost og 3) usund kost.

Se kapitel 5 om kost i den voksne befolkning for en beskrivelse af de anvendte spørgsmål.

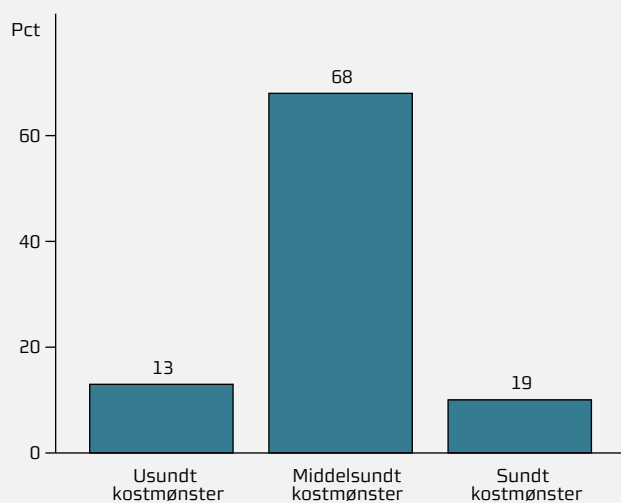
Hvor mange af de ældre spiser usundt?

Figur 10.12 viser de ældres kostmønstre, når de fire kostkomponenter (frugt, grønt, fisk og fedt) vurderes under ét. I alt 13 % af de ældre har et usundt kostmønster svarende til 25.000 personer. 68 % af de ældre har et middelsundt kostmønster, mens 19 % har et sundt kostmønster.

Hvis man ser på de ældres kostvaner i forhold til de fire kostkomponenter, har 30 % af de ældre et usundt kostmønster i forhold til fedt. Dette skal dog ses i lyset af, at småtspisende ældre generelt anbefales en næringsrig kost. Endvidere har 16 % af de ældre et usundt kostmønster i forhold til henholdsvis fisk og frugt, mens 14 % af de ældre har et usundt kostmønster i forhold til grønt.

FIGUR 10.12

Det samlede kostmønster blandt ældre (65+ år)



FIGUR 10.13

Usundt kostmønster blandt ældre - køn, alder og sociale forhold

	Pct		Personer
Alle	13		25.000
Køn			
Mand	17		15.000
Kvinde	10		9.800
Alder			
65-74	11		13.000
75-84	15		8.700
85+	19		2.900
Uddannelsesniveau			
Lavt	17		11.000
Middel	12		10.000
Højt	5		1.600
Sociogeografisk gruppe			
Gruppe 1 (højest)	10		2.400
Gruppe 2	13		6.100
Gruppe 3	13		6.500
Gruppe 4	14		7.800
Gruppe 5 (lavest)	17		1.900
Samlivssituation			
Alene	16		12.000
Gift/samlevende	11		12.000

 Signifikant flere end i hele ældregruppen
 Signifikant færre end i hele ældregruppen

Usundt kostmønster blandt ældre - køn, alder og sociale forhold

Af figur 10.13 fremgår det, at der er betydelige forskelle i forekomsten af usundt kostmønster i forhold til køn, alder og sociale forhold. Der er således betydeligt flere ældre mænd end kvinder, der har et usundt kostmønster, ligesom andelen af ældre med usundt kostmønster stiger markant med alderen. Andelen af ældre med usundt kostmønster er endvidere markant større blandt ældre, der lever alene, end blandt ældre, der er gift/samlevende.

Køn. Der er en markant større andel ældre mænd end kvinder, der har et usundt kostmønster.

Alder. Andelen af ældre med usundt kostmønster stiger med alderen. Der er en mindre andel med usundt kostmønster blandt de 65-74-årige end i hele ældregruppen, mens andelen er større blandt både de 75-84-årige og de ældste ældre (85+ år).

Uddannelsesniveau. Der er en større andel med usundt kostmønster blandt ældre med lavt uddannelsesniveau, mens der er en markant mindre andel med usundt kostmønster blandt ældre med højt uddannelsesniveau.

Sociogeografisk gruppe. Der er en større andel ældre med usundt kostmønster i gruppe 5 end i hele ældregruppen, mens der er en mindre andel med usundt kostmønster i gruppe 1.

Samlivssituation. Andelen med usundt kostmønster er større blandt ældre, der lever alene end blandt ældre, der er gifte/samlevende.

Sammenlignet med hele ældregruppen er der en signifikant større andel med usundt kostmønster blandt følgende grupper:

- Mænd
- Ældre i alderen 75+ år
- Ældre med lavt uddannelsesniveau
- Ældre i sociogeografisk gruppe 5
- Ældre, der lever alene

Ønske om at spise mere sundt

27 % af de ældre ønsker at spise mere sundt. Blot 22 % af de ældre med usundt kostmønster ønsker at spise mere sundt, hvilket er en signifikant mindre andel end blandt ældre, der har et middelsundt eller sundt kostmønster (28 % og 29 %). I tråd hermed vurderer blot 4 % af de ældre med usundt kostmønster, at deres egne kostvaner er usunde eller meget usunde. Der er således en væsentlig uoverensstemmelse mellem usund kost (defineret ud fra kostscoren) og det, som mange ældre anser som usund kost.

8 % af de ældre har inden for de seneste 12 måneder modtaget råd fra lægen vedrørende kostvaner. 8 % af ældre med henholdsvis usundt og middelsundt kostmønster har modtaget rådgivning fra egen læge vedrørende kostvaner, mens 7 % af de ældre med sundt kostmønster har modtaget rådgivning (ikke vist).

Overvægt

Svær overvægt indebærer en øget risiko for tidlig død og kroniske sygdomme som type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdomme samt visse former for kræft (5, 28-32). Det anbefales derfor, at voksne (herunder ældre) generelt bør have et BMI på højst 25. Nogle studier indikerer dog, at et højere BMI (ca. 24-29) potentielt kan være gavnligt for ældre (25,26,33). Formentlig skyldes dette, at et højt BMI hos ældre er forbundet med større muskelmasse, hvilket øger modstandskraft over for sygdom og bidrager til hurtigere rekreation (25,33).

Undervægt, eksempelvis som følge af nedsat appetit eller sygdom, er et særligt problem blandt især de ældste ældre samt ældre på plejehjem og ældre, som er tilknyttet hjemmeplejen. Større vægttab og undervægt kan have store helbredsmæssige konsekvenser og er forbundet med forringet livskvalitet og øget dødelighed (26,33).

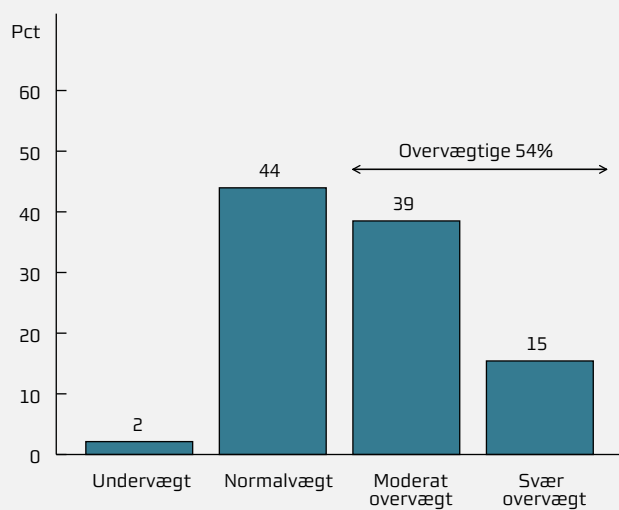
Se kapitel 6 om overvægt i den voksne befolkning for en beskrivelse af de anvendte spørgsmål.

Hvor mange af de ældre er overvægtige?

Af figur 10.14 fremgår, hvordan de ældre fordeler sig på fire vægtklasser. 15 % af de ældre er svært overvægtige (BMI > 30), svarende til ca. 31.000 personer i Region Midtjylland. 39 % er moderat overvægtige (BMI 25-29.9), svarende til ca. 78.000 personer i Region Midtjylland. 44 % er normalvægtige (BMI 18,5-24,9), svarende til ca. 89.000 personer, mens 2 % af de ældre er undervægtige (BMI < 18,5), svarende til 4.000 personer i Region Midtjylland.

Blandt de undervægtige er der markant flere ældre kvinder end mænd (4 % versus 0,5 %), ligesom andelen af undervægtige kvinder er signifikant større blandt de ældste kvinder (85+ år) (8 %) end blandt de 65-74-årige (3 %) og 75-84-årige (4 %). I det følgende fokuseres der på ældre, som er svært overvægtige.

FIGUR 10.14
Vægtklasser blandt ældre (65+ år)



FIGUR 10.15

Svært overvægtige blandt ældre - køn, alder og sociale forhold

	Pct		Personer
Alle	15		31.000
Køn			
Mand	17		16.000
Kvinde	14		15.000
Alder			
65-74	18		21.000
75-84	13		8.200
85+	9		1.600
Uddannelsesniveau			
Lavt	19		13.000
Middel	15		13.000
Højt	10		3.300
Sociogeografisk gruppe			
Gruppe 1 (højest)	11		2.800
Gruppe 2	15		7.600
Gruppe 3	17		9.100
Gruppe 4	16		9.600
Gruppe 5 (lavest)	17		2.100
Samlivssituation			
Alene	15		12.000
Gift/samlevende	16		18.000

 Signifikant flere end i hele ældregruppen
 Signifikant færre end i hele ældregruppen

Svært overvægtige blandt ældre - køn, alder og sociale forhold

Af figur 10.15 fremgår det, at der er forskelle i forekomsten af svært overvægt i forhold til køn, alder og sociale forhold. Andelen af svært overvægtige ældre falder markant med alderen, hvilket skal ses i sammenhæng med, at svært overvægt er forbundet med kortere levetid. Endvidere er der en større andel svært overvægtige blandt ældre med lavt uddannelsesniveau.

Køn. En lidt større andel af ældre mænd end kvinder er svært overvægtige.

Alder. Andelen af svært overvægtige ældre falder markant med alderen. Således er andelen af svært overvægtige ældre størst blandt de 65-74-årige, hvor næsten hver femte er svært overvægtig. Der er blot halvt så mange svært overvægtige blandt de ældste ældre (85+ år).

Uddannelsesniveau. Sammenlignet med hele ældregruppen er der en signifikant større andel svært overvægtige blandt ældre med lavt uddannelsesniveau, mens der er en mindre andel svært overvægtige blandt ældre med et højt uddannelsesniveau.

Sociogeografisk gruppe. Der er en større andel svært overvægtige i gruppe 3 sammenlignet med hele ældregruppen, mens der er en mindre andel af svært overvægtige ældre i gruppe 1.

Samlivssituation. Der er hos de ældre ingen sammenhæng mellem svært overvægt og samlivssituation.

Sammenlignet med hele ældregruppen er der signifikant flere svært overvægtige blandt følgende grupper:

- Mænd
- Ældre i alderen 65-74 år
- Ældre med lavt uddannelsesniveau
- Ældre i sociogeografisk gruppe 3

Ønske om at tabe sig

46 % af den samlede ældregruppe vil gerne tabe sig. Således vil 11 % i høj grad gerne tabe sig, mens 35 % i nogen grad gerne vil tabe sig. I alt 36 % af de svært overvægtige ældre ønsker i høj grad at tabe sig.

12 % af de ældre har modtaget råd fra lægen inden for de seneste 12 måneder vedrørende vægttab. Dette dækker over, at 40 % af de svært overvægtige og 12 % af de moderat overvægtige ældre har modtaget rådgivning fra egen læge (ikke vist).

Selvurderet helbred

Selvurderet helbred er en persons egen vurdering af sin helbredstilstand. Selvvurderet helbred kan betragtes som personens opsummering af en række helbredsforhold, der ikke beskrives udtømmende ved en opstilling af symptomer, sygdomme og risikofaktorer (34).

Undersøgelser har dokumenteret, at ældre med dårligt selvvurderet helbred er i øget risiko for institutionalisering, hospitalisering, sygdom og tidlig død (5). Ældres egen vurdering af deres helbred er derfor et værdifuldt redskab, når man skal beskrive ældregruppens sundhedstilstand.

Hvor mange ældre har et dårligt selvvurderet helbred?

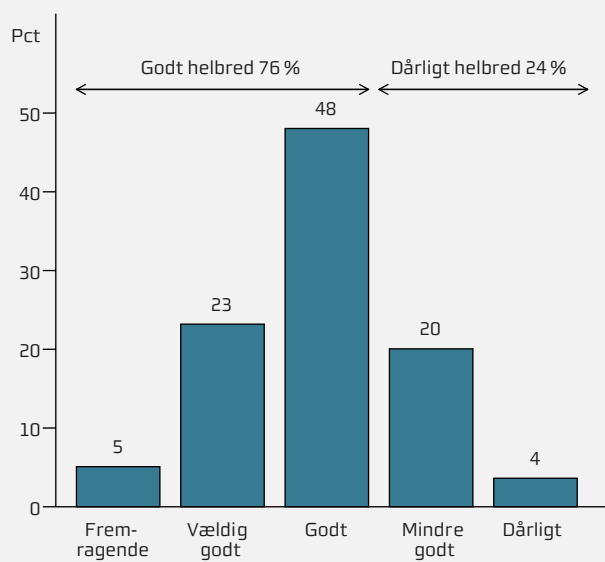
Af figur 10.16 fremgår, hvordan de ældre vurderer deres eget helbred. 4 % af de ældre angiver, at de har et dårligt helbred og 20 %, at de har et mindre godt helbred. Næsten halvdelen af de ældre angiver, at de har et godt helbred, mens 23 % angiver at have et vældig godt helbred. 5 % af de ældre angiver, at de har et fremragende helbred.

De tre første svarmuligheder betegnes i det følgende som 'godt helbred', mens de to sidste svarmuligheder betegnes som 'dårligt helbred' (se figur 10.16).

Hovedparten af de ældre i Region Midtjylland oplever at have et godt helbred. Dog har 24 % et dårligt selvvurderet helbred, hvilket svarer til cirka 50.000 ældre.

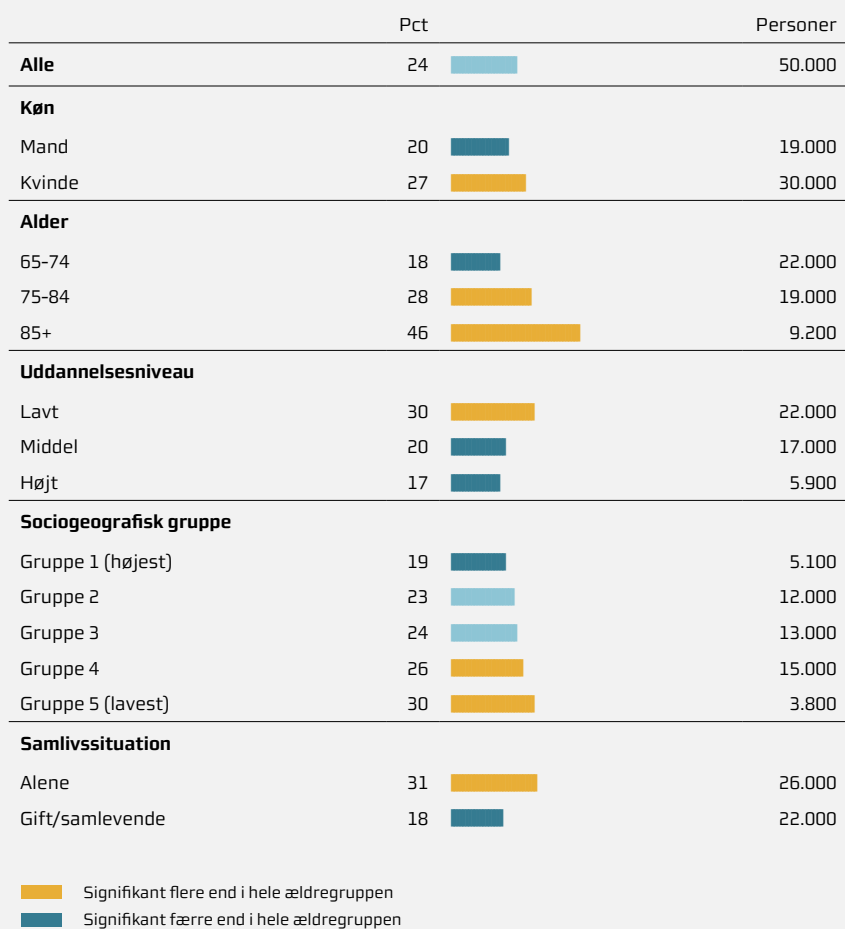
FIGUR 10.16

Selvvurderet helbred blandt ældre (65+ år)



FIGUR 10.17

Dårligt selvvurderet helbred blandt ældre - køn, alder og sociale forhold



Dårligt selvvurderet helbred blandt ældre - køn, alder og sociale forhold

Af figur 10.17 fremgår det, at der er forskelle i selvvurderet helbred i forhold til køn, alder og sociale forhold. Andelen med dårligt selvvurderet helbred stiger markant med alderen, og næsten halvdelen af de ældste ældre (85+ år) har således et dårligt selvvurderet helbred.

Køn. En væsentligt større andel af ældre kvinder end mænd har et dårligt selvvurderet helbred.

Alder. Andelen med dårligt selvvurderet helbred stiger mærkbart med alderen. Næsten halvdelen af de ældste ældre (85+ år) har et dårligt selvvurderet helbred, mens hver tredje blandt de 75-84-årige har et dårligt selvvurderet helbred. Knap hver sjette blandt de 65-74-årige har et dårligt selvvurderet helbred.

Uddannelsesniveau. Der er en signifikant større andel ældre med dårligt selvvurderet helbred blandt lavt-uddannede end i hele ældregruppen, mens der er en mindre andel med dårligt selvvurderet helbred blandt ældre med middelhøjt eller højt uddannelsesniveau. Således falder andelen med dårligt selvvurderet helbred med stigende uddannelsesniveau.

Sociogeografisk gruppe. Der er en større andel ældre med dårligt selvvurderet helbred i gruppe 4 og 5 sammenlignet med hele ældregruppen. Tilsvarende er der en mindre andel ældre med dårligt selvvurderet helbred i gruppe 1.

Samlivssituation. Der er en markant større andel med dårligt selvvurderet helbred blandt ældre der lever alene, end blandt ældre, der er gift/samlevende.

Sammenlignet med hele ældregruppen er der en signifikant større andel med dårligt selvvurderet helbred blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Ældre i alderen 75+ år
- Ældre med lavt uddannelsesniveau
- Ældre i sociogeografisk gruppe 4 og 5
- Ældre, der lever alene

Dårligt selvvurderet helbred og behov for hjælp

Blandt de ældre, der har et dårligt selvvurderet helbred, angiver hele 62 %, at de har behov for hjælp til dagligdagens gøremål. Markant flere ældre kvinder end mænd med dårligt selvvurderet helbred angiver, at de har behov for hjælp (71 % versus 50 %). Endvidere er der blandt ældre med dårligt selvvurderet helbred en tydelig sammenhæng mellem alder og behov for hjælp. Således angiver 68 % af de 75-84-årige og 89 % af de ældste ældre (85+ år), at de har behov for hjælp i dagligdagen. Blandt 65-74-årige med dårligt selvvurderet helbred har knap halvdelen behov for hjælp til dagligdagens gøremål (ikke vist).

Kronisk sygdom og multisygdom

Forekomsten af langvarige, eller, som de benævnes i det følgende, kroniske sygdomme er et væsentligt element i beskrivelsen af sundhedstilstanden hos ældre. Det gælder både set fra en befolkningssynsvinkel, da kroniske sygdomme af mange ældre opleves som en belastning i dagligdagen, og set fra sundhedsvæsenet, idet det skønnes, at 70-80 % af sundhedsvæsenets ressourcer bruges på kroniske sygdomme (35). Med stigende alder og bedre behandlingsmuligheder øges andelen af borgere med kroniske sygdomme, ligesom det også bliver mere almindeligt at have flere kroniske sygdomme (multisygdom) (3,36). Kronisk sygdom og multisygdom udgør således et særligt sundhedsproblem i denne aldersgruppe.

Hvordan har du det? indeholder oplysninger om forekomsten af 18 kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger), der hver især antages at bidrage væsentligt til sygdomsbyrden i befolkningen, enten fordi de forårsager mange dødsfald eller fordi de fører til nedsat livskvalitet og funktionsevne hos store grupper af borgere, se figur 10.18.

Se kapitel 8 om kronisk sygdom og multisygdom i den voksne befolkning for en beskrivelse af de anvendte spørgsmål.

Hvor mange af de ældre har en kronisk sygdom?

Figur 10.18 viser forekomsten af 18 kroniske sygdomme blandt ældre. Forekomsten er både angivet i procent og i antal borgere, der har sygdommen/eftervirkninger af sygdommen. I det følgende vil hver af de 18 kroniske sygdomme blive kommenteret og beskrevet i forhold til køn og alder. I forhold til de tre aldersgrupper skal det holdes for øje, at forekomsten af de kroniske sygdomme afspejler både udviklingen over tid og forskelle i den kønsmæssige fordeling. Eksempelvis er den høje andel af kvinder blandt de ældste ældre (85+ år) medvirkende årsag til, at der ses en høj forekomst af slidgigt og knogleskørhed i denne aldersgruppe.

84 % af de ældre lider af minimum én kronisk sygdom.

Blandt de 18 kroniske sygdomme er forhøjet blodtryk den hyppigste lidelse blandt ældre.

Hjerte-kar-sygdomme. 43 % af de ældre lider af forhøjet blodtryk. Lidt flere ældre kvinder end mænd lider af forhøjet blodtryk (45 % versus 40 %). Der er endvidere en aldersforskel, da 47 % af de ældre over 74 år har forhøjet blodtryk, mens 40 % af de 65-74-årige har forhøjet blodtryk.

5 % af de ældre lider af hjertekrampe. Der ses ingen kønsforskelle i forekomsten af hjertekrampe. Andelen af ældre, der lider af hjertekrampe, stiger imidlertid med alderen. 10 % af de ældste ældre (85+ år) og 6 % af de 74-85-årige lider således af hjertekrampe, mens 3 % af de 65-74-årige lider af hjertekrampe.

3 % af de ældre lider af eftervirkninger af blodprop i hjertet. Endvidere lider flere ældre mænd end kvinder af blodprop i hjertet (5 % versus 2 %). En større andel blandt de ældste ældre (85+ år) (6 %), lider af blodprop i hjertet sammenlignet med hele ældregruppen, mens en mindre andel blandt de 65-74-årige (3 %) lider af blodprop i hjertet.

4 % af de ældre lider af eftervirkninger af hjerneblødning eller blodprop i hjernen. Der ses ingen kønsforskel i forekomsten af hjerneblødning eller blodprop i hjernen. Der ses imidlertid en stigning med alderen i andelen med hjerneblødning eller blodprop i hjernen. Således lider 6 % af de ældste ældre (85+ år) og 5 % af de 75-84-årige af hjerneblødning eller blodprop i hjernen, mens 3 % af de 65-74-årige lider af hjerneblødning eller blodprop i hjernen.

I alt lider 47 % af ældregruppen af en eller flere af de fire hjerte-kar-sygdomme.

Sukkersyge. 12 % af de ældre har sukkersyge. Flere ældre mænd end kvinder lider af sukkersyge (14 % versus 11 %). En større andel blandt de 75-84-årige (14 %) lider af sukkersyge end i hele ældregruppen, mens en mindre andel blandt de 65-74-årige (11 %) lider af sukkersyge.

Kræft. 6 % af de ældre lever med kræft eller eftervirkninger heraf. Flere ældre mænd end kvinder lever endvidere med kræft (8 % versus 5 %). En større andel blandt de 75-84-årige (7 %) end i hele ældregruppen lever med kræft, mens en mindre andel blandt de 65-74-årige (6 %) lever med kræft.

Luftvejssygdomme. En del ældre lider af luftvejssygdomme. 11 % af de ældre lider af kronisk bronkitis/for store lunger/rygerlunger. Der ses ingen kønsforskel i forekomsten. En lidt større andel blandt de 75-84-årige (13 %) lider af kronisk bronkitis/store lunger/rygerlunger end i hele ældregruppen, mens det gælder en mindre andel af de 65-74-årige (10 %).

7 % af de ældre lider af astma. Flere ældre kvinder end mænd lider af astma (8 % versus 6 %). Andelen af ældre med astma er lidt større (8 %) blandt de 75-84-årige end i hele ældregruppen.

Allergi. 11 % af de ældre lider af allergi. Flere ældre kvinder end mænd lider af allergi (13 % versus 8 %). Der er en større andel med allergi blandt de 65-74-årige (12 %) end i hele ældregruppen.

FIGUR 10.18

Forekomsten af 18 kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) blandt ældre

	Pct		Personer
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	43		88.000
Hjertekrampe	5		10.000
Blodprop i hjertet	3		7.200
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	4		8.000
Sukkersyge			
	12		25.000
Kræft			
	6		13.000
Luftveje			
Bronkitis, for store lunger	11		22.000
Astma	7		14.000
Allergi			
	11		23.000
Muskel-skelet			
Slidgigt	40		83.000
Leddegigt	9		20.000
Knogleskørhed	12		24.000
Diskusprolaps, rygsygdom	15		31.000
Psykiske lidelser			
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	3		6.100
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	4		8.800
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	7		15.000
Tinnitus	17		35.000
Grå stær	15		30.000

Muskel-skelet-lidelser. Forekomsten af muskel-skelet-lidelser er generelt stor blandt ældre. Der ses endvidere væsentlige kønsforskelle på tværs af forekomsten af de forskellige muskel-skelet-lidelser.

40 % af de ældre har slidgigt. Markant flere ældre kvinder end mænd lider af slidgigt (48 % versus 31 %). Andelen af ældre med slidgigt stiger desuden med alderen. Således lider 48 % af de ældste ældre (85+ år) og 44 % blandt de 75-84-årige af slidgigt, mens 37 % blandt de 65-74-årige lider af slidgigt.

9 % af de ældre har leddegigt. Der ses ingen køns-forskel i forekomsten. En større andel blandt de ældste ældre (85+ år) (13 %) end i hele ældregruppen lider af leddegigt, mens en mindre andel blandt de 65-74-årige (9 %) lider heraf.

12 % af de ældre har knogleskørhed. En markant større andel ældre kvinder end mænd lider af knogle skørhed (19 % versus 3 %). Andelen af ældre med knogleskørhed stiger desuden med alderen. Således lider 22 % af de ældste ældre (85+ år) og 14 % blandt de 75-84-årige af knogleskørhed, mens 9 % blandt de 65-74-årige lider af knogleskørhed.

15 % af de ældre har diskusprolaps/rygsygdom. Lidt flere ældre kvinder end mænd lider af diskusprolaps/rygsygdom (16 % versus 14 %). Der ses ingen forskel i forekomsten af diskusprolaps/rygsygdom på tværs af de tre aldersgrupper.

En del har mere end én muskel-skelet-sygdom. I alt har 52 % af den ældre befolkning en muskel-skelet-sygdom.

Psyriske lidelser. En mindre andel af de ældre lider af psyriske lidelser.

4 % af de ældre lider af psyriske lidelser, som har varet mere end 6 måneder. Andelen af ældre kvinder, der lider af psyriske lidelser, som har varet mere end 6 måneder, er større end blandt ældre mænd (6 % versus 3 %). Der ses ingen forskel i forekomsten af længerevarende psyriske lidelser på tværs af de tre aldersgrupper.

3 % af de ældre lider af psyriske lidelser, som har varet mindre end 6 måneder. Ældre kvinder lider ligeledes i højere grad af korterevarende psyriske lidelser end ældre mænd (4 % versus 2 %). Der ses ingen forskel i forekomsten af kortere psyriske lidelser på tværs af de tre aldersgrupper.

Sygdomme i nervesystem og sanseorganer. Sygdomme i nervesystem og sanseorganer er relativt hyppige blandt ældre. Der er endvidere markante kønsforskelle.

7 % af de ældre lider af migræne eller hyppig hovedpine. Næsten dobbelt så mange ældre kvinder som mænd lider af migræne (9 % versus 5 %). En større andel blandt de 65-74-årige (8 %) end i hele ældregruppen lider af migræne. Tilsvarende lider en mindre andel blandt de ældste ældre (85+ år) (5 %) af migræne.

17 % af de ældre lider af tinnitus. Markant flere ældre mænd end kvinder lider af tinnitus (22 % versus 12 %). En større andel blandt de 65-74-årige end i hele ældregruppen lider af tinnitus (18 %). Tilsvarende lider en mindre andel blandt de ældste ældre (85+ år) (10 %) af tinnitus.

15 % af de ældre lider af grå stær. Flere ældre kvinder end mænd lider af grå stær (17 % versus 12 %). Andelen af ældre med grå stær stiger desuden med alderen. Således lider 29 % af de ældste ældre (85+ år) og 19 % blandt de 75-84-årige af grå stær, mens 10 % af de 65-74-årige lider af grå stær.

Kronisk sygdom og uddannelsesniveau

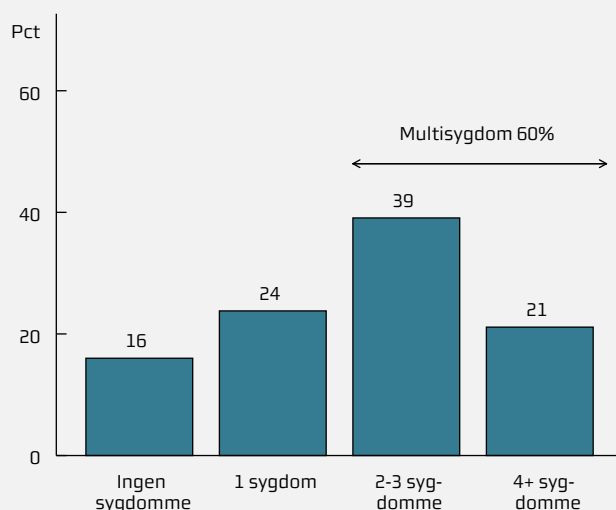
Der er i ældregruppen en betydelig variation i forekomsten af de fleste kroniske sygdomme, når der foretages en opdeling ud fra uddannelsesniveau.

Ved 13 af de 18 kroniske sygdomme er forekomsten størst hos de lavtuddannede. Der er dog undtagelser. Kræft forekommer hyppigere blandt højtuddannede end i ældregruppen som helhed, mens forekomsten af allergi stiger markant med uddannelsesniveau. Tinnitus forekommer hyppigere blandt ældre med middelhøjt uddannelsesniveau end i ældregruppen som helhed, mens henholdsvis diskusprolaps/andre rygsygdomme og migræne forekommer lige hyppigt på alle uddannelsesniveauer.

Sammenfattende dokumenterer analyserne, at der overordnet set er en markant social ulighed i forekomsten af kroniske sygdomme blandt ældre (ikke vist).

FIGUR 10.19

Kronisk sygdom og multisygdom blandt ældre (65+ år)



Multisygdom

Multisygdom defineres som forekomsten af to eller flere langvarige sygdomme hos den samme person (37). Mange mennesker med kronisk sygdom er multisyge. Konsekvensen af multisygdom kan blandt andet være nedsat funktionsevne og en stor behandlingsbyrde, herunder et stort forbrug af medicin (38, 39).

Hvor mange af de ældre er multisyge?

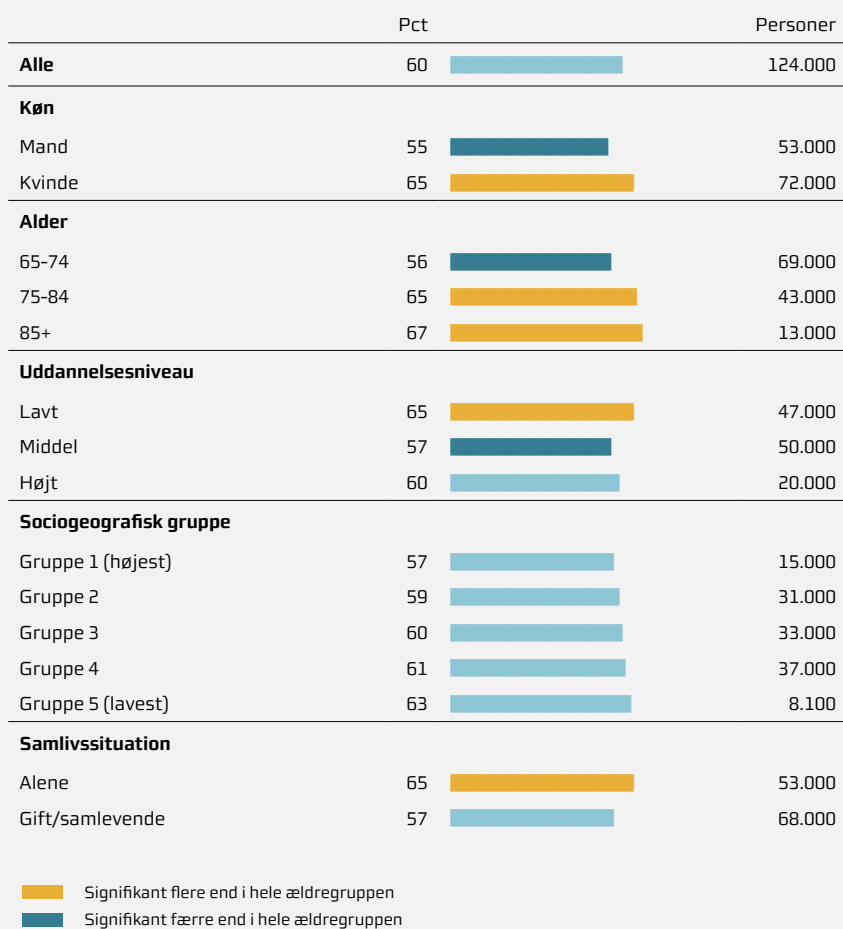
Af figur 10.19 fremgår andelen af ældre, der har mere end én kronisk sygdom. 60 % af de ældre er multisyge og lider således af to eller flere kroniske sygdomme på samme tid (aktuelle eller eftervirkninger). 21 % lider af fire eller flere kroniske sygdomme, svarende til 44.000 personer, mens 39 % af de ældre lider af mellem to og tre kroniske sygdomme, svarende til 81.000 personer. 24 % af de ældre lider af én aktuel sygdom eller eftervirkning fra en sygdom, hvilket svarer til 49.000 personer. Endvidere angiver 16 % at være sygdomsfri, svarende til 33.000 personer.

Der er væsentlige kønsforskelle i forekomsten af multisygdom blandt ældre. Flere ældre kvinder end mænd lider således af to eller tre sygdomme (40 % versus 38 %) samt fire eller flere kroniske sygdomme (24 % versus 17 %). Omvendt lider lidt flere ældre mænd end kvinder af en enkelt kronisk sygdom (26 % versus 22 %), ligesom flere ældre mænd end kvinder angiver at være sygdomsfri (19 % versus 13 %).

I det følgende vil andelen af ældre, der lider af multisygdom, karakteriseret ved have to eller flere kroniske sygdomme, blive beskrevet i forhold til køn, alder og sociale forhold. Endvidere beskrives andelen af ældre, der lider af fire eller flere kroniske sygdomme i forhold til køn, alder og sociale forhold. Denne gruppe af ældre er særligt interessant, da personer med fire eller flere kroniske sygdomme er udsat for en særlig helbredsbelastning.

FIGUR 10.20

Multisygdom blandt ældre - køn, alder og sociale forhold



Multisygdom blandt ældre - køn, alder og sociale forhold

Af figur 10.20 fremgår det, at der er forskelle i forekomsten af multisygdom i forhold til køn, alder og sociale forhold. Andelen af multisyge ældre kvinder overstiger andelen af multisyge ældre mænd. Endvidere er forekomsten af multisygdom større blandt ældre, der lever alene, end blandt ældre, der er gift/samlevende, ligesom forekomsten er større blandt lavt-uddannede ældre, sammenlignet med hele ældregruppen.

Køn. Der er en større andel med multisygdom blandt ældre kvinder end blandt ældre mænd.

Alder. Andelen af multisyge stiger med alderen. Der er en mindre andel ældre med multisygdom blandt de 65-74-årige end i ældregruppen som helhed, mens der er en større andel multisyge blandt de 75-84-årige og de ældste ældre (85+ år).

Uddannelsesniveau. Der er en signifikant større andel multisyge blandt ældre med lavt uddannelsesniveau end i hele ældregruppen, mens der er en mindre andel multisyge blandt ældre med middelhøjt uddannelsesniveau.

Sociogeografisk gruppe. Der er ingen sammenhæng mellem forekomsten af multisygdom og sociogeografisk gruppe blandt ældre.

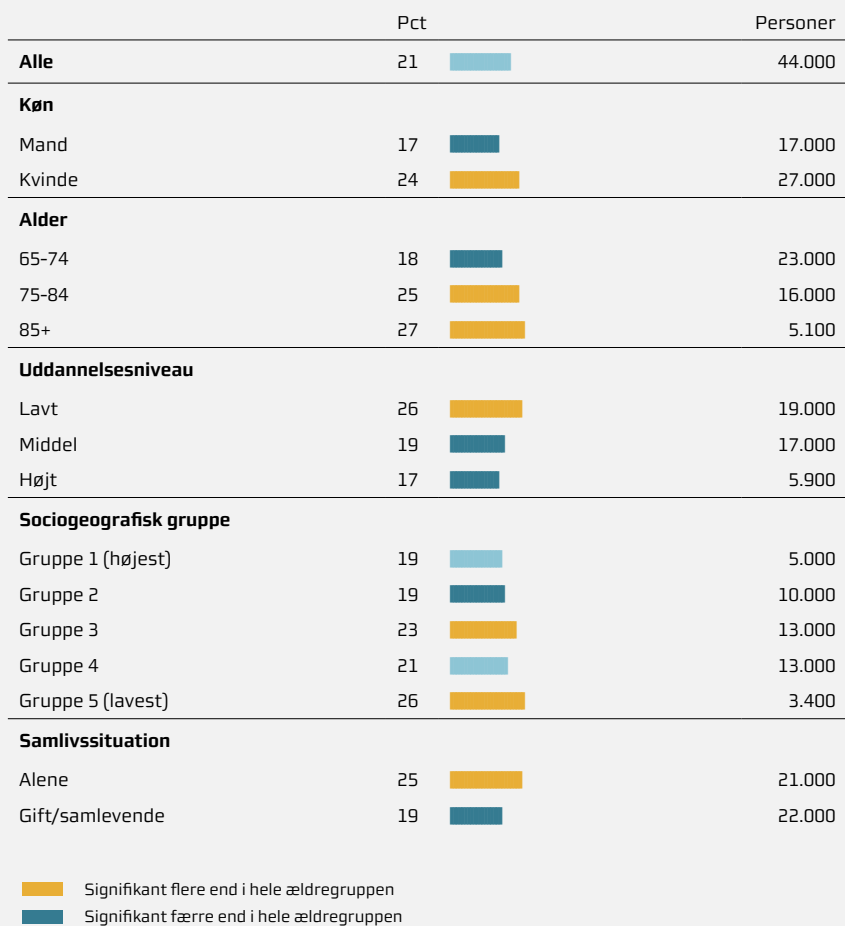
Samlivssituation. Andelen af multisyge er større blandt ældre, der lever alene end blandt ældre, der er gifte/samlevende.

Sammenlignet med hele ældregruppen er der en signifikant større andel med multisygdom blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Ældre i alderen 75+ år
- Ældre med lavt uddannelsesniveau
- Ældre, der lever alene

FIGUR 10.21

Fire eller flere kroniske sygdomme blandt ældre - køn, lader og sociale forhold



Fire eller flere kroniske sygdomme blandt ældre - køn, alder og sociale forhold

Af figur 10.21 fremgår det, at der er betydelige forskelle i forekomsten af fire eller flere kroniske sygdomme i forhold til køn, alder og sociale forhold. Der ses en væsentlig stigning i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme fra 65-74 år til 75+ år. Andelen af ældre med fire eller flere kroniske sygdomme er endvidere betydeligt større blandt lavtuddannede, sammenlignet med hele ældregruppen, ligesom andelen er væsentligt større i socio-geografisk gruppe 5 end i ældregruppen som helhed.

Køn. Der er en større andel med fire eller flere kroniske sygdomme blandt ældre kvinder end mænd.

Alder. Der er en mindre andel med fire eller flere kroniske sygdomme blandt de 65-74-årige end i ældregruppen som helhed, mens en større andel blandt de 75-84-årige og de ældste ældre (85+ år), lider af fire eller flere kroniske sygdomme.

Uddannelsesniveau. Der er en signifikant større andel med fire eller flere kroniske sygdomme blandt ældre med lavt uddannelsesniveau, mens der er en mindre andel blandt ældre med middelhøjt og højt uddannelsesniveau end i hele ældregruppen.

Sociogeografisk gruppe. Der er en større andel ældre med fire eller flere kroniske sygdomme i gruppe 3 og 5 end i hele ældregruppen, mens der er en mindre andel blandt ældre i gruppe 2.

Samlivssituation. Andelen af ældre med fire eller flere kroniske sygdomme er større blandt ældre, der bor alene end blandt ældre, der er gift/samlevende.

Sammenlignet med hele ældregruppen er der en signifikant større andel med fire eller flere kroniske sygdomme blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Ældre i alderen 75+ år
- Ældre med lavt uddannelsesniveau
- Ældre i sociogeografisk gruppe 3 og 5
- Ældre, der bor alene

Hvor mange multisyge ældre har dårligt selvvurderet helbred?

Andelen med dårlig selvvurderet helbred stiger markant med antallet af kroniske sygdomme. Blandt ældre uden nogen kronisk sygdom har blot 5 % et dårligt selvvurderet helbred, mens 13 % af de ældre med én kronisk sygdom har et dårligt selvvurderet helbred. Knap hver fjerde ældre med to eller tre kroniske sygdomme har et dårligt selvvurderet helbred, mens det gælder hver anden ældre med fire eller flere kroniske sygdomme.

Sammenfatning

I dette kapitel har vi præsenteret sundhedsprofilen for ældre. Profilen beskriver sundhedsvaner og sundhedstilstand blandt etnisk danske personer i aldersgruppen 65-102 år i Region Midtjylland.

For hele gruppen af ældre i Region Midtjylland gælder følgende:

- 24 % har behov for støtte og hjælp til dagligdagens gøremål
- 5 % er afhængige af hjælp til at vaske sig, klæde sig på og/eller spise
- 16 % er dagligrygere
- 7 % har et højrisikoforbrug af alkohol
- 14 % viser tegn på alkoholproblemer
- 22 % er fysisk inaktive
- 13 % har et usundt kostmønster
- 15 % er svært overvægtige
- 24 % har et dårligt selv vurderet helbred
- 84 % har mindst én kronisk sygdom
- 60 % er multisyge (to eller flere kroniske sygdomme)
- 21 % har fire eller flere kroniske sygdomme

Der er gennemgående en række væsentlige kønsforskelle i ældres sundhed. Flere ældre mænd end kvinder udviser risikabel sundhedsadfærd på tværs af forskellige parametre: daglig rygning, risikabelt alkoholforbrug, usund kost og svær overvægt. Til gengæld har en større andel kvinder end mænd behov for hjælp i dagligdagen og et dårligere selvrapporteret helbred, ligesom flere kvinder end mænd lider af kroniske sygdomme, herunder multisygdom. Eksempelvis lider markant flere ældre kvinder end mænd af slidgigt og knogleskørhed.

Med stigende alderen sker et markant fald i andelen af ældre, der henholdsvis ryger dagligt, har et risikabelt alkoholforbrug og er svært overvægtige. Dette kan dels tilskrives kortere levetid blandt rygere, storforbrugere af alkohol samt svært overvægtige og dels ændringer af sundhedsvaner som følge af eksempelvis sygdom. Til gengæld stiger forekomsten af fysisk inaktivitet og usund kost kraftigt med alderen.

Endvidere bekræfter analyserne, at der især blandt de ældste findes en gruppe, som har betydelige helbredsgener og behov for støtte og hjælp i dagligdagen. Sammenlignet med hele ældregruppen har en markant større andel af de ældste ældre (85+ år) behov for støtte og hjælp i dagligdagen og er fysisk afhængige af hjælp til basale gøremål såsom at vaske sig og klæde sig på. Ligeledes har en stor andel i denne gruppe et dårligt selv vurderet helbred. Tilsvarende lider en markant større andel af de ældste ældre (85+ år) af kroniske sygdomme, herunder multisygdom. Især hjerte-kar-sygdomme, knogleskørhed og grå stær er hyppigt forekommende blandt de ældste ældre (85+ år).

Der er en betydelig variation i forhold til uddannelsesniveau. Med hensyn til sundhedsvaner er der tale om en ret entydig gradient, idet forekomsten af risikable sundhedsvaner generelt stiger med faldende uddannelsesniveau. En undtagelse er forekomsten af et risikabelt alkoholforbrug, som derimod stiger med stigende uddannelsesniveau. Endvidere er sundhedstilstanden generelt betydeligt ringere hos lavtuddannede ældre end hos ældre med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Der er således en udpræget social ulighed i ældres sundhed. Eksempelvis er forekomsten af 13 ud af de 18 kroniske sygdomme størst hos de lavtuddannede. Ligeledes er andelen, der har brug for hjælp, markant større blandt lavtuddannede. Den ringe sundhedstilstand hos lavtuddannede skyldes blandt andet nedslidning og risikable sundhedsvaner.

Der ses nogen variation i de ældres sundhed i forhold til deres sociogeografiske tilhørsforhold. Forekomsten af fysisk inaktivitet og usund kost hos ældre stiger klart med faldende sociogeografisk position, men derudover optræder risikabel sundhedsadfærd ikke konsekvent i større omfang hos ældre, der er bosat i de dårligst stillede sociogeografiske områder. Der er en begrænset variation i forekomsten af daglig rygning, højrisikoforbrug af alkohol og svær overvægt. Sammenlignet med hele ældregruppen er andelen med højrisikoforbrug af alkohol dog højere blandt ældre, der bor i et område, som tilhører sociogeografisk gruppe 1 (højeste sociale position). I kontrast hertil er der en mindre andel af dagligrygere og svært overvægtige blandt ældre i sociogeografisk gruppe 1, end det er tilfældet i hele ældregruppen. Hvad angår dårligt selv vurderet helbred er der tale om en klar gradient, idet forekomsten generelt stiger med faldende social position. Tilsvarende er andelen, der har brug for støtte og hjælp, markant større blandt ældre, der bor i et område, som tilhører sociogeografisk gruppe 4 og 5 (laveste sociale position). Der ses ingen entydig sociogeografisk variation i forekomsten af multisygdom.

I forhold til samlivssituation ses der generelt en højere forekomst af risikable sundhedsvaner (rygning, fysisk inaktivitet og usund kost), dårligt selv vurderet helbred, behov for støtte og hjælp i dagligdagen og kronisk sygdom hos ældre, der lever alene sammenlignet med ældre, der er gift/samlevende.

De ældre er generelt mindre motiverede for at ændre risikable sundhedsvaner end den øvrige del af befolkningen. Dog ønsker hver anden ældre dagligryger at stoppe, ligesom knap hver anden ældre har et ønske om at tabe sig. Kun få ældre er interesserede i at reducere deres alkoholforbrug.

Med henblik på sundhedsfremme og udarbejdelse af forebyggelsesinitiativer henvises til de forskellige

forebyggelsespakker, som løbende er omtalt i rapporten. Derudover skal det fremhæves, at der foreligger relevante materialer fra Sundhedsstyrelsen og andre instanser, som kan støtte kommunerne og andre aktører i deres indsats over for ældre (f.eks. 20,40,41). Endvidere forventes Socialstyrelsen i indeværende år at offentliggøre en håndbog til landets kommuner, som har til formål at beskrive metoder og anbefalinger til det forebyggende arbejde på ældreområdet (42).

Referencer

1. Danmarks statistik. "Vi bliver flere ældre" (internet). Tilgængelig fra: <http://www.dst.dk/da/Statistik/bagtal/2012/2012-01-23-aktiv-aldring.aspx>
2. Henderson JN, Henderson C. Public health and aging. In: Coriel J, editor. Social and behavioural foundations of public health. Florida: Sage; 2009. S. 223-243.
3. Crimmins E. Trends in the health of the elderly. Annu. Rev. Health: 2004; 25; 79-98.
4. Marengoni M, Winblad B, Karp A, Fratiglioni L. Prevalence of chronic disease and multimorbidity among the elderly population in Sweden. American journal of public health: 2008; 98; 1198-1200.
5. Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F. Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2007.
6. Danske Regioner. Styr på regionerne – regionernes økonomi i 2010. København: Danske Region, 2010.
7. Lauritzen H, Brünner RN, Thomsen P, Wüst M. Ældres ressourcer og behov. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2012.
8. Kjølner M, Davidsen M, Juel K et al. Ældrebefolkningens sundhedstilstand i Danmark. København: Sundhedsstyrelsen, 2010.
9. Albret P. "Ældrebyrden" kan blive en samfundsøkonomisk gevinst. Mandag Morgen 2010; 34; 21-26.
10. Rueda S, Artazcoz L, Navarro V. Health inequalities among the elderly in western Europe. J Epidemiol Community Health 2008; 62: 492-498.
11. Danmarks statistik. "Fra ældrebyrde til ældre styrke?" (internet). Tilgængelig fra: <http://www.dst.dk/da/Statistik/bagtal/2012/2012-01-23-aktiv-aldring.aspx>
12. Ramian K. Hverdags liv hos gamle – om udviklingen af en model for social aldring. Region Midtjylland: Center for Kvalitetsudvikling, 2008.
13. Edwards R. The problem of tobacco smoking. BMJ 2004; 328:217-9.
14. Federico B, Costa G, Kunst AE. Educational inequalities in initiation, cessation, and prevalence of smoking among 3 Italian birth cohorts. Am J Public Health 2007; 97:838-45
15. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004; 328(7455):1519
16. Sundhedsstyrelsen. Alkohol, narkotika og tobak. København: Sundhedsstyrelsen; 2004.
17. Sundhedsstyrelsen. Alkohol og helbred. København: Sundhedsstyrelsen; 2008.
18. Ronksley PE, Brien SE, Turner BJ, Mukamal KJ, Ghali WA. Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and metaanalysis. BMJ. 2011; 342:d671
19. Sundhedsstyrelsen. "Er du ældre - vær særlig forsigtig med alkohol" (internet). Tilgængelig fra <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/alkohol/anbefalinger/er-du-aeldre-vaer-saerlig-forsigtig-med-alkohol>
20. Videnscenter om alkohol. Ældre & alkohol: Viden og handlemuligheder i forhold til ældres alkoholvaner. Holte: Videnscenter om alkohol, 2002.
21. Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse. Fysisk aktivitet – Håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, 2011.
22. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger om fysisk aktivitet til ældre (65 år+). Tilgængelig fra: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/fysisk-aktivitet/anbefalinger/aeldre.aspx>.
23. Fødevarestyrelsen. Kost anbefalinger til ældre (internet). Tilgængelig fra: <http://www.altomkost.dk/Anbefalinger/Aeldre/forside.htm>
24. Nordic Council of Ministers. Nordic Nutrition Recommendations 2012. Part 1. København: Nordic Council of Ministers, 2013.
25. Hyldstrup L. Ernæring for ældre. In: Astrup A, Sügel S, Dyerberg J, Stenders S, editor. Menneskets ernæring. København: Gyldendal akademisk, 2010, s. 391-299.
26. Beck AM, Pedersen AN, Schroll M. Undervægt og utilsigtet vægttab hos ældre på plejecentre og i hjemmepleje – problemer, der bør gøres noget ved. Ugeskrift for læger 2005; 163:2; 272-274.
27. Toft U, Kristoffersen LH, Lau C, Borch-Johnsen K, Jørgensen T. The Dietary Quality Score: validation and association with cardiovascular risk factors: the Inter99 study. Eur J Clin Nutr. 2007 Feb;61(2):270-8.
28. Forebyggelseskommissionen. Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats. København: Forebyggelseskommissionen; 2009.

29. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2006.
30. Hejgaard T, von Huth Smith L. Forebyggelsespakke: Overvægt. København S: Sundhedsstyrelsen; 2013.
31. Dansk Selskab for Almen Medicin. Opsporing og behandling af overvægt hos voksne. København; 2009.
32. Alberti KGMM, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman Jr, Donato KA, et al. Harmonizing the Metabolic Syndrome: A Joint Interim Statement of the National Diabetes Federatop Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Athero. *Circulation*. 2009;120:1640–5.
33. Ingerslev J, Beck AM, Bjørnsbo KS, Hessev I, Lydstrup L, Pedersen AN. Ernæring og aldring. København: Ernæringsrådet, 2002.
34. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med*. 2009 Aug; 69(3):307-16.
35. Sundhedsstyrelsen. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
36. Marengoni M, Winblad B, Karp A, Fratiglioni L. Prevalence of chronic disease and multimorbidity among the elderly population in Sweden. *Americsan journal of public health*: 2008; 1198-1200.
37. Fortin M et al. Prevalence of multimorbidity among adults in family practice. *Ann Fam Med* 2005; 3(3): 2.
38. Alessandra Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews* 2011; 10: 430– 439.
39. Sinnott C, Mc Hugh S, Browne J, Bradley C. GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ Open* 2013; 3(9).
40. Pedersen LS, Søndergaard R, Graulund A, Dyrby TA. Forebyggelse til bevarelse af alderssvarende funktionstab hos ældre. København: Socialstyrelsen, 2012.
41. Madsen LR, Hanak ML, Nielsen K, Falk J. De ældres sundhed. Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunerne. København: Sundhedsstyrelsen, 2007.
42. Socialstyrelsen. Ældre: Forebyggelse (internet). Tilgængelig fra: <http://www.socialstyrelsen.dk/aeldre/forebyggelse-og-sundhed/forebyggelse-1>

11. SUNDHED OG BESKÆFTIGELSE

I dette kapitel beskrives sundhedsvaner og sundhedstilstand i forhold til arbejdsmarkedstilknudning og type af beskæftigelse blandt personer i aldersgruppen 25-64 år med etnisk dansk baggrund i Region Midtjylland.

I kapitlet fokuseres der først på de 25-64-åriges beskæftigelsesstatus (i arbejde vs. ikke i arbejde) i forhold til køn, alder og sociale forhold samt sundhedsvaner og sundhedstilstand. Dernæst belyses deres selvvalgte arbejdsevne i forhold til beskæftigelsesstatus og køn, alder og sociale forhold. For personer i arbejde ses der endvidere på sammenhængen mellem nedsat arbejdsevne og sundhedstilstand. Dernæst belyses arbejdsmarkedsposition (stillingstype, sektor og branche) i forhold til nedsat arbejdsevne, sundhedstilstand og sundhedsvaner. Afslutningsvis fokuseres der på udvalgte arbejdsmiljøvariable i forhold til køn og alder, stillingstype, stressniveau og arbejdsevne.

Hovedformålet med kapitlet er at belyse forskelle i sundhedstilstand og sundhedsvaner for personer i arbejde i forhold til personer, som ikke er i arbejde samt at sætte fokus på de sundhedsmæssige udfordringer for personer i beskæftigelse. Begrundelsen herfor er, at det er vigtigt at finde de grupper på arbejdsmarkedet, hvor sundhedstilstanden og/eller sundhedsadfærden øger risikoen for sygefravær og førtidspensionering. Ved at belyse de konkrete sundhedsmæssige udfordringer er kapitlet tænkt som et bidrag til prioriteringen af forebyggelsesindsatser for at modvirke, at tilknytningen til arbejdsmarkedet mistes på grund af dårligt helbred.

Der er både et stort sundhedspotentiale og en samfundsmæssig gevinst i at forebygge sygefravær og udstødning fra arbejdsmarkedet. Hver dag bliver omkring 150.000 beskæftigede personer i Danmark hjemme fra arbejde på grund af sygefravær. Det svarer til ca. 5 % af arbejdsstyrken (1).

Risikoen for at overgå til førtidspension stiger, jo længere sygefraværet varer (1). En analyse har eksempelvis fundet, at mere end 6 selvrapporterede sygedage om året øger risikoen 2,5 gange for, at en person overgår til førtidspension (2). Antallet af tilkendte førtidspensioner var i 2012 på 14.450. Ca. halvdelen heraf havde psykiske lidelser som primær sygdom, og knap hver femte skyldtes hovedsageligt sygdomme i bevægeapparatet. Til sammenligning var kræftsygdomme og hjerte-kar-sygdomme de primære årsager i henholdsvis 7 % og 6 % af tilfældene (3).

En persons sundhedstilstand har således stor betydning for opretholdelsen af tilknytningen til arbejdsmarkedet over længere tid. Dårligt helbred, både fysisk og mentalt, kan resultere i øget sygefravær, varigt tab af arbejdsevne og udstødning fra arbejdsmarkedet med dertilhørende menneskelige og økonomiske konsekvenser. Sygefravær og udstødning fra arbejdsmarkedet har ikke kun omkostninger for den enkelte og dennes familie, men

også for virksomheder, blandt andet i form af produktionstab og mistede kompetencer. For samfundet betyder det mistede skatteindtægter samt øgede udgifter til sygehusvæsen og offentlige overførselsindkomster. Sygefraværet vurderes eksempelvis at koste det danske samfund mindst 37 mia. kr. om året alene i udgifter til løn under sygdom og sygedagpenge (1). Håndtering af sygefravær er derfor også et tilbagevendende emne på den nationale dagsorden. Allerede i 2003 lancerede den daværende regering en handlingsplan for at nedbringe sygefraværet (4,5).

Det fysiske og psykiske arbejdsmiljø er en vigtig faktor for sundhedstilstanden og dermed for, at en person kan varetage sit job. Det er tidligere anslået, at ca. en tredjedel af det samlede sygefravær er relateret til arbejdsmiljøet (6), og at dårligt arbejdsmiljø årligt koster det danske samfund knap 64 mia. kr. (7). Heraf står arbejdsmiljøbestemt sygefravær for 26 mia. kr. og produktionstab for 32 mia. kr.

Stress er en hyppig årsag til sygefravær (8), og personer med højt stressniveau har en forøget risiko for langtidssygemelding (9). For personer i arbejde er en belastende arbejdssituation typisk den vigtigste stressfaktor (10). Arbejdsbestemt stress kan samtidig påvirke de ansattes adfærd i retning af mere usund levevis, som også kan øge sygefraværet (6).

Sammenhængen mellem danskernes arbejdsmiljø og helbred har været i fokus gennem en længere årrække. Blandt andet har Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) foretaget undersøgelser heraf hvert femte år fra 1990 til 2010 (11). I 2012 startede en ny række undersøgelser med opdaterede spørgeskemaer, hvor der som noget nyt også spørges til stress og jobusikkerhed. Undersøgelserne er planlagt til at køre hvert andet år indtil 2020 med gentagelse af de samme spørgsmål, så man kan sammenligne over tid (12).

Der er alt i alt meget at vinde for den enkelte, for virksomheder og for samfundet ved at forebygge sygefravær og dermed den øgede risiko, for, at personer mister tilknytningen til arbejdsmarkedet permanent. Det er derfor vigtigt at kunne gribe tidligt ind og målrette forebyggelsesindsatser til særligt udsatte grupper på arbejdsmarkedet, mens de stadig er i arbejde. For at det kan lykkes, skal det være muligt at identificere, hvem de udsatte grupper er og hvilke behov de har. Det er her vigtigt at være opmærksom på, at der er mange faktorer, der påvirker sygefravær og risiko for at overgå til førtidspension. Det drejer sig blandt andet om køn, alder og sociale samt branchespecifikke forhold foruden livsstil og arbejdsmiljø (1).

Arbejdspladsen som forebyggelsesarena. Arbejdspladsen er en af de vigtige arenaer til forebyggelse af sygefravær og udstødning af arbejdsmarkedet. Man kan skelne mellem "klassisk" forebyggelse på

arbejdspladserne og mere generel sundhedsfremme og forebyggelse. Den klassiske forebyggelse drejer sig om forbedringer af det fysiske og psykiske arbejdsmiljø og dermed de direkte påvirkninger, arbejdsmiljøet har på medarbejdernes sundhed og trivsel. Den mere generelle sundhedsfremme og forebyggelse drejer sig om at anvende arbejdspladsen som arena til forbedring af befolkningens sundhedsvaner og sundhedstilstand. Det kan for eksempel være gennem rygestopkurser, sund mad i kantinen og motionstilbud. Generelt foregår der mange forebyggende og sundhedsfremmende tiltag på arbejdspladserne, både af den klassiske og den mere generelle form. Det er imidlertid varierende, hvilken effekt de forskellige tiltag vurderes at have. Interventionerne er meget forskellige, og flere opsamlende undersøgelser konkluderer, at nogle tiltag har en effekt, men at den generelt ikke er særlig stor, ligesom der er stor variation i typen og kvaliteten af analyserne af effekterne (13,14,15).

En nyere dansk undersøgelse har endvidere fundet, at såvel tilgængelighed til som deltagelse i forebyggende og sundhedsfremmende tilbud på arbejdspladsen hænger sammen med synligheden af de ansattes sundhedsmæssige udfordringer (16). Synlige udfordringer som overvægt og rygning er nemme for arbejdsgiveren at få øje på og lave indsatser mod. Disse indsatser er også karakteriseret ved højere deltagelse. Til gengæld er dårligt selvvurderet helbred og risikable sundhedsvaner, der er mindre synlige, forbundet med færre tilbud og lavere deltagelse i de tilbud, der er (16). Med andre ord er de arbejdsmæssige sundhedsinitiativer ikke lige gode til at ramme alle målgrupper. Dermed risikerer man, at en del medarbejders behov bliver overset, fordi de simpelthen er sværere at identificere. Dette understreger vigtigheden af at belyse befolkningens sundhed i et beskæftigelsesperspektiv.

Der er i kapitlet brugt en anden aldersinddeling end i rapportens øvrige kapitler. Da der i arbejdsmæssig sammenhæng er særlige forhold for personer på 60 år og derover, for eksempel mulighed for at gå på efterløn, er aldersgruppen 55-64 år i dette kapitel opdelt i to grupper, henholdsvis 55-59 år og 60-64 år. Aldersgruppen 25-34 år er ligeledes opdelt i to grupper, henholdsvis 25-29 år og 30-34 år. Begrundelsen herfor er, at en væsentligt større del af de 25-29-årige stadig er under uddannelse og derfor ikke indgår fuldt ud på arbejdsmarkedet. Samtidig er der særlige forhold for personer under 30 år i forhold til personer over 30 år med hensyn til beskæftigelsesrettede indsatser.

Der er i *Hvordan har du det?* 2013 foretaget ændringer i centrale spørgsmål målrettet beskæftigelsesforhold. Det er derfor ikke muligt at sammenligne med undersøgelserne fra 2006 eller 2010.

Beskæftigelsesstatus

At være i beskæftigelse er for mange hovedkilden til at sikre det økonomiske grundlag. Men beskæftigelse giver for manges vedkommende desuden indhold i dagligdagen og muligheder for at udnytte sine kompetencer samt at indgå i en social sammenhæng (17). Personer, der ikke er en del af arbejdsmarkedet, risikerer dels at opleve et tab af mening, dels at føle sig socialt og økonomisk marginaliseret (18). Uønsket arbejdsløshed er desuden forbundet med øget risiko for tidlig død, dårligere fysisk og mentalt helbred (19, 17), øget medicinforbrug og flere kontakter til sundhedsvæsenet (17). Typen og graden af de negative effekter kan dog variere mellem personer fra forskellige sociale sammenhænge (17).

I *Hvordan har du det?* 2013 er der spurgt til borgernes beskæftigelsesstatus med spørgsmålet "Er du i arbejde?". Spørgsmålet havde to svarkategorier, henholdsvis 'Ja' og 'Nej'. På denne baggrund er borgernes beskæftigelsesstatus i forhold til køn, alder og sociale forhold vist i figur 11.1.

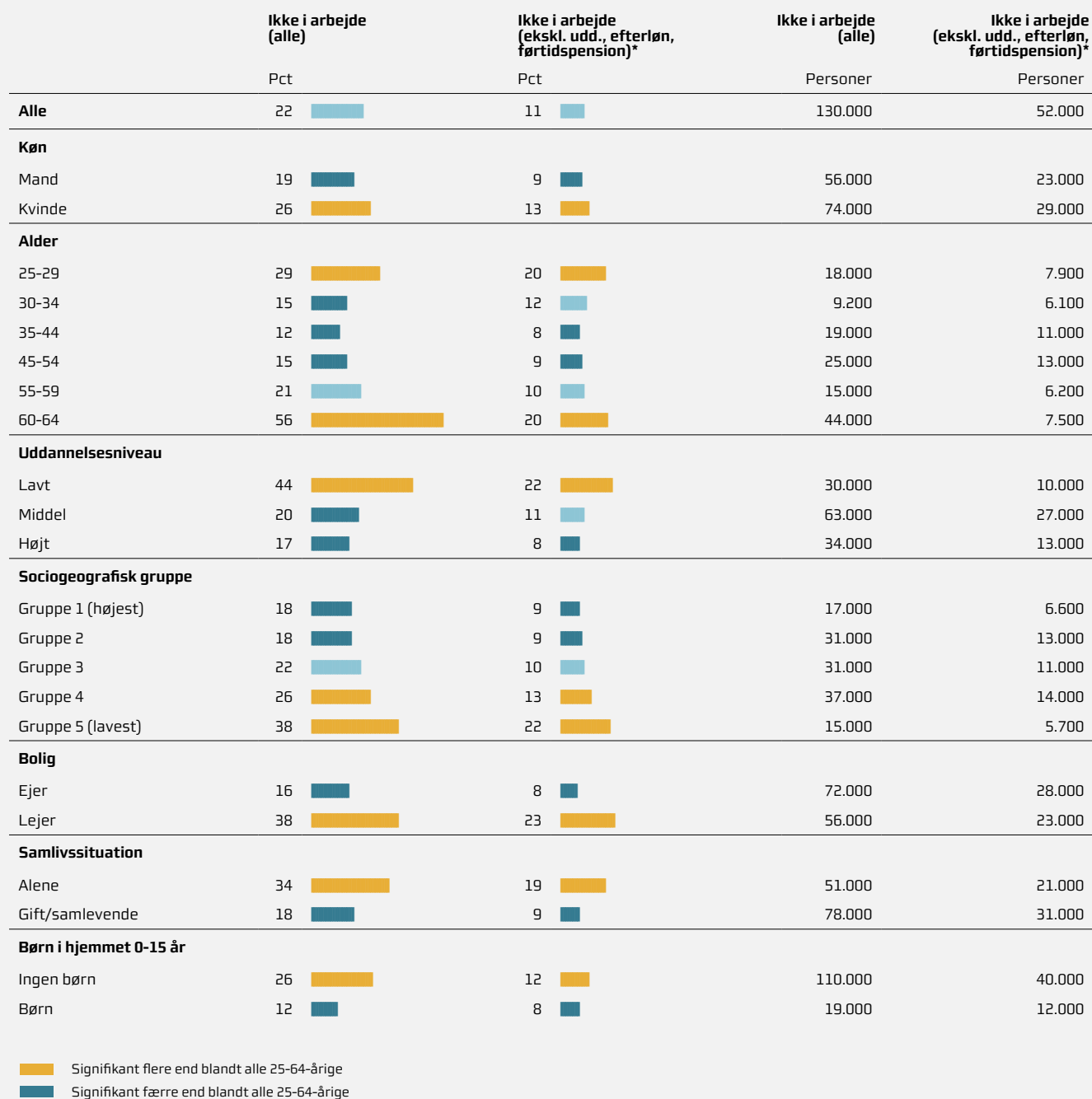
Den simple spørgsmålsformulering betyder imidlertid, at gruppen af personer, der har svaret 'Nej' til at være i arbejde, dækker over alle, der midlertidigt eller permanent står uden for arbejdsmarkedet. Det er således en meget heterogen gruppe, der omfatter alt fra studerende og nyledige til kontanthjælpsmodtagere og langtidsledige samt førtidspensionister og efterlønsmodtagere. Det betyder, at hvor nogle først er på vej ind på arbejdsmarkedet, så har andre været væk fra det i lang tid, og flere har forladt det permanent. Det betyder også, at en del er uden arbejde efter eget ønske og derfor i mindre grad må antages at opleve de mulige negative konsekvenser af ikke at være i arbejde, såsom tab af mening og status.

Helt konkret er der blandt de 25-64-årige, der ikke er i arbejde, 28 % førtidspensionister og 20 % efterlønsmodtagere, som i denne sammenhæng kan siges at have forladt arbejdsmarkedet permanent. Derudover er 13 % under uddannelse og dermed først på vej ind på arbejdsmarkedet (enten for første gang overhovedet eller for første gang efter en omskolingsperiode). Fordelingen mellem de forskellige grupper er naturligvis meget aldersbetinget. Eksempelvis er over halvdelen under uddannelse blandt de 25-29-årige, der ikke er i arbejde, hvorimod modtagelse af efterløn først kan ske, fra man er fyldt 60 år.

Figur 11.1 indeholder derfor to opgørelser: en, der dækker alle 25-64-årige, og en, hvor personer, der er under uddannelse, på efterløn eller førtidspension, ikke er medtaget. I sidstnævnte tilfælde udgøres den resterende andel, der ikke er i arbejde, hovedsageligt af selvforsørgende personer og personer, der modtager dagpenge, kontanthjælp eller sygedagpenge. Denne

FIGUR 11.1

Andelen af de 25-64-årige, der ikke er i arbejde - køn, alder og sociale forhold



*Personer under uddannelse, på efterløn eller førtidspension er udeladt af opgørelsen

gruppe kan betragtes som den primære målgruppe for beskæftigelsesrettede indsatser, idet personer, der har forladt arbejdsstyrken permanent eller endnu ikke er indtrådt heri, er udeladt.

En person er defineret til at være under uddannelse, hvis der i *Hvordan har du det?* 2013 er svaret 'Ja' til spørgsmålet "Er du under uddannelse?". Efterlønsmodtagere og førtidspensionister er opgjort som de personer, der i Arbejdsmarkedsstyrelsens DREAM-register er registreret til at have modtaget efterløn eller førtidspension hele eller en del af 2012.

Beskæftigelsesstatus – køn, alder og sociale forhold

Af figur 11.1 fremgår det, at 22 % – svarende til ca. 130.000 af de 25-64-årige som helhed – ikke er i arbejde. Det betyder omvendt, at 78 % er i arbejde. Det svarer til 459.000 personer. Figuren viser samtidig, at der er betydelige forskelle i beskæftigelsesstatus i forhold til køn, alder og sociale forhold. Særligt blandt de 60-64-årige, personer med lavt uddannelsesniveau, personer i sociogeografisk gruppe 5 og personer, der bor til leje, er en markant større andel uden et arbejde. Når der ses på den andel af befolkningen, der udgør den primære målgruppe for beskæftigelsesindsatser, er andelen, der ikke er i arbejde, 11 %. Det vil sige, at andelen uden et arbejde blandt de 25-64-årige er halvt så stor, når personer under uddannelse, på efterløn eller førtidspension udelades af opgørelsen. Mønstret i beskæftigelsesstatus i forhold til køn, alder og sociale forhold er generelt det samme.

Køn. Der er en større andel af kvinder end mænd, der ikke er i arbejde. Dette gælder også, når personer under uddannelse, på efterløn eller førtidspension udelades af opgørelsen.

Alder. Der er en markant større andel blandt de 60-64-årige, der ikke er i arbejde, i forhold til befolkningen mellem 25-64 år som helhed. En væsentlig del af disse er personer på efterløn eller førtidspension. 60 % af de 60-64-årige uden arbejde er på efterløn, mens 23 % er på førtidspension (ikke vist). Blandt de 55-59-årige uden arbejde er over halvdelen på førtidspension (57 %) (ikke vist). Der er også en større andel uden arbejde blandt de 25-29-årige, hvoraf er stor andel er under uddannelse. Når personer under uddannelse, på efterløn eller førtidspension udelades af opgørelsen, er der en vis udjævning af de aldersmæssige forskelle i andelen af personer, der ikke er i arbejde. Der er dog stadig en signifikant større andel blandt de 25-29-årige og 60-64-årige end i befolkningen generelt (25-64 år), der ikke er i arbejde. En signifikant mindre andel af de 35-44-årige og 45-54-årige er uden arbejde sammenholdt med de 25-64-årige generelt.

Uddannelsesniveau. Der er mere end dobbelt så mange med lavt uddannelsesniveau i forhold til personer med middelhøjt eller højt uddannelsesniveau, som ikke er i arbejde. Af de lavtuddannede uden arbejde er 2 % under uddannelse, 17 % modtager efterløn og 47 % modtager førtidspension (ikke vist). For personer med middelhøjt uddannelsesniveau er tallene henholdsvis 8 % (uddannelse), 24 % (efterløn) og 24 % (førtidspension). Blandt højtuddannede, der ikke er i arbejde, er 32 % under uddannelse, mens 15 % er på efterløn og 14 % på førtidspension (ikke vist). Andelen af lavtuddannede, der ikke er i arbejde, er stadig markant større end blandt 25-64-årige generelt, når personer, der er under uddannelse, på efterløn eller førtidspension udelades af opgørelsen.

Sociogeografisk gruppe. Andelen, der ikke er i arbejde, er signifikant større i gruppe 4 og særligt i gruppe 5, mens den er mindre i gruppe 1 og 2 i forhold til hele befolkningen (25-64 år). Denne sammenhæng er forventelig, da andelen uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder indgår som en af de tre variable i dannelsen af de sociogeografiske grupper, jævnfør kapitel 1. Det samme mønster ses, når førtidspensionister, efterlønsmodtagere og personer under uddannelse ikke indgår i opgørelsen.

Bolig. Andelen, der ikke er i arbejde, er markant større for personer, der bor i lejebolig, end for personer, der bor i ejerbolig. Dette gælder også, når personer under uddannelse, på efterløn eller førtidspension udelades. Fordelingen på de tre grupper hos personer, der bor til leje og i ejerbolig, er dog forskellig. Blandt personer uden arbejde, der bor i lejebolig, er 21 % under uddannelse, 5 % er efterlønsmodtagere og 33 % er førtidspensionister (ikke vist). For personer, der bor i ejerbolig, og som ikke er i arbejde, er tallene henholdsvis 7 % (uddannelse), 32 % (efterløn) og 23 % (førtidspension) (ikke vist).

Samlivssituation. Der er flere, som ikke har et arbejde, blandt personer, der bor alene, end blandt personer, der er gift/samlevende. Det gælder også, når der i opgørelsen ikke medtages personer under uddannelse, på efterløn eller på førtidspension.

Børn i hjemmet. Omtrent hver fjerde person uden børn i hjemmet er ikke i arbejde mod ca. hver ottende person med børn i hjemmet. Andelen uden arbejde er stadig signifikant større blandt dem, der ikke har børn i hjemmet i forhold til dem med børn i hjemmet, når uddannelse, efterløn og førtidspension udelades af opgørelsen.

FIGUR 11.2

Sammenfatning af vigtige signifikante forskelle fra de øvrige kapitler vedrørende de 25-64-årige henholdsvis i arbejde og ikke i arbejde

Kapitel / emne	I arbejde		Ikke i arbejde		I arbejde	Ikke i arbejde
	Pct		Pct		Personer	Personer
Kapitel 2: Rygning						
Dagligrygere	15		28		70.000	36.000
Passiv rygning blandt ikke-rygere	21		25		76.000	21.000
Kapitel 3: Alkohol						
Højrisikoforbrug af alkohol (>14/21)	6		10		26.000	12.000
Tegn på alkoholproblemer (CAGE-C)	14		17		106.000	21.000
Kapitel 4: Fysisk aktivitet						
Mindst 30 min/dag-højest 1 dag/uge	17		21		76.000	28.000
Ingen idræt/motion i fritiden	41		53		186.000	68.000
Stillesiddende i fritiden	12		20		56.000	26.000
Ønske om at være mere fysisk aktiv	76		66		342.000	84.000
Råd fra egen læge om mere motion	16		26		51.000	26.000
Kapitel 5: Kost						
Usundt kostmønster	11		17		51.000	21.000
Ønsker at spise mere sundt	60		55		276.000	71.000
Kapitel 6: Overvægt						
Svær overvægt	14		20		65.000	26.000
Svært overvægtige, der 'i høj grad' ønsker at tabe sig	58		64		38.000	16.000
Kapitel 7: Fysisk og mental sundhed						
Dårligt selv vurderet helbred	7		33		32.000	43.000
Nogenlunde/dårlig selv. trivsel og livskvalitet	19		44		85.000	56.000
Højt stressniveau	19		42		85.000	52.000
Kapitel 8: Kronisk sygdom og multisygdom						
Multisygdom	28		55		126.000	71.000
4+ sygdomme	5		21		21.000	26.000

Signifikant flere end blandt alle 25-64-årige
 Signifikant færre end blandt alle 25-64-årige

Sammenlignet med alle 25-64-årige er der signifikant flere, der ikke er i arbejde, blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 25-29 år og 60-64 år
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Sociogeografisk gruppe 4 og 5
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der bor alene
- Personer, der ikke bor sammen med børn

Når personer, der er under uddannelse, på efterløn eller på førtidspension udelades af opgørelsen, er der signifikant flere blandt følgende grupper, der ikke er i arbejde, i forhold til 25-64-årige som helhed:

- Kvinder
- Personer i alderen 25-29 år og 60-64 år
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Sociogeografisk gruppe 4 og 5
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der bor alene
- Personer, der ikke bor sammen med børn

Beskæftigelsesstatus og forskelle i sundheds-tilstand og sundhedsvaner ud fra foregående kapitler

I de foregående kapitler er sammenhængen mellem sundhed og beskæftigelsesstatus belyst på et overordnet niveau. I figurer opdelt efter køn, alder og sociale forhold er der skelnet mellem 25-64-årige "I arbejde" og "Ikke i arbejde". Figur 11.2 giver en opsummering af nogle vigtige signifikante forskelle mellem de to grupper fra de foregående kapitler. For en beskrivelse af de anvendte mål for sundhedstilstand og sundhedsvaner henvises til de respektive kapitler.

Ud fra sammenfatningen i figur 11.2 er det tydeligt, at de 25-64-årige, der ikke er i arbejde, generelt har mere risikable sundhedsvaner end de 25-64-årige, der er i arbejde. Blandt gruppen, der ikke er i arbejde, er der blandt andet en større andel af dagligrygere, personer med et højriskforbrug af alkohol og tegn på alkoholproblemer, personer med et usundt kostmønster og med stillesiddende aktivitet eller ingen idræt/motion i fritiden samt svært overvægtige i forhold til gruppen, der er i arbejde. Samtidig er motivationen til at spise mere sundt og være mere fysisk aktiv mindre blandt dem, der ikke er i arbejde i forhold til personer, der er i arbejde.

Trods de signifikante forskelle er det værd at bemærke, at motivationen for at spise mere sundt og være mere fysisk aktiv generelt er høj i begge grupper. Det samme gælder motivationen for 'i høj grad' at ville tabe sig, hvor andelen er større blandt svært overvægtige personer uden arbejde i forhold til svært overvægtige personer, der er i arbejde. Der er ingen forskelle mellem personer i arbejde og personer, der ikke er i arbejde, i forhold til ønsket om at stoppe med at ryge inden for de næste seks måneder (jævnfør kapitel 2).

Ser man i figur 11.2 på de mere overordnede mål for den fysiske og mentale sundhedstilstand, fremstår der ligeledes nogle særdeles markante forskelle mellem de 25-64-årige i og uden arbejde. Hver tredje uden et arbejde vurderer sit helbred som dårligt, mens det samme kun er gældende for ca. en ud af 14 blandt de, som er i arbejde. Over halvdelen uden et arbejde har multisygdom, dvs. to eller flere kroniske sygdomme eller eftervirkninger heraf, og hver femte har fire eller flere kroniske sygdomme. Til sammenligning er der blandt personer i arbejde 28 % med multisygdom og kun 5 % med fire eller flere kroniske sygdomme. Samtidig har dobbelt så mange uden et arbejde et højt stressniveau, sammenholdt med gruppen i arbejde.

Blandt de 25-64-årige, der ikke er i arbejde, vurderer 44 % deres egen trivsel og livskvalitet som nogenlunde eller dårlig, mens det samme kun er gældende for hver femte blandt de, der er i arbejde.

Nedsat arbejdsevne

Forskning tyder på, at nedsat arbejdsevne generelt er forbundet med øget risiko for længerevarende sygefravær og førtidspensionering (20). Graden af nedsat arbejdsevne er endvidere en prædikator for øget sygefravær, idet personer, der i højere grad føler deres arbejdsevne er nedsat, har mere sygefravær end gennemsnittet (6).

Der kan være mange årsager til, at en person har nedsat arbejdsevne. Nogle årsager kan være mere synlige for omverdenen end andre, ligesom nogle årsager kan have større konsekvenser for én person end for en anden person. Det er derfor interessant at belyse, hvordan borgerne selv vurderer deres egen arbejdsevne.

For personer med nedsat arbejdsevne tyder forskningen endvidere på, at støttet beskæftigelse frem for ledighed fremmer sundhed og trivsel (17). Det er derfor relevant at undersøge, hvilke personer blandt de beskæftigede der vurderer deres egen arbejdsevne som nedsat, for derigennem at kunne forebygge øget sygefravær og risiko for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet.

I dette afsnit beskrives de 25-64-åriges selv vurderede arbejdsevne. Denne er i *Hvordan har du det?* 2013 af dækket ud fra spørgsmålet "Føler du, at din arbejdsevne er nedsat?" med følgende præcisering: "Her tænkes på en mere varig nedsættelse af arbejdsevnen, ikke nedsættelse som følge af forbigående sygdom m.v.". Svarmulighederne var 'Nej', 'Ja, en smule', 'Ja, en del' og 'Ja, meget'.

Hvor mange føler, de har nedsat arbejdsevne?

Det fremgår af figur 11.3, at knap hver tredje borger mellem 25 og 64 år føler, at de i større eller mindre grad har en varig nedsættelse af deres arbejdsevne. Det svarer til ca. 183.000 borgere. Mere specifikt føler 15 % (90.000 personer), at deres arbejdsevne er nedsat en smule, 7 % (42.000 personer) føler, at den er nedsat en del, og knap hver tiende (51.000 personer) føler, at de har en meget nedsat arbejdsevne.

Der er imidlertid store forskelle i vurderingen af egen arbejdsevne mellem de personer, der er i arbejde, og de personer, der ikke er i arbejde, jævnfør figur 11.4. Blandt de 25-64-årige, der er i arbejde, vurderer omtrent hver femte person (21 %), at deres arbejdsevne er nedsat en smule, en del eller meget. Til sammenligning er andelen med nedsat arbejdsevne tre gange så stor (64 %) blandt de 25-64-årige, der ikke er i arbejde. I sidstnævnte gruppe vurderer 18 %, at deres arbejdsevne er nedsat en smule og 16 %, at den er nedsat en del, mens 30 % føler, at deres arbejdsevne er meget nedsat. Det svarer til ca. 38.000 personer. Blandt personer i arbejde er det henholdsvis 14 %, 4 % og 2 %, der føler, at de har en smule, en del eller meget nedsat arbejdsevne.

Selvom andelen med nedsat arbejdsevne er mindre blandt de personer, der er i arbejde, er det imidlertid væsentligt at bemærke, at de 21 %, der har svaret ja, udgør omkring 96.000 personer i den erhvervsaktive alder mellem 25 og 64 år. Denne gruppe – og særligt dem, der vurderer, at deres arbejdsevne er nedsat en del eller meget – er i øget risiko for sygefravær og for at kunne miste tilknytningen til arbejdsmarkedet. Det er derfor relevant at se på, hvad der karakteriserer denne gruppe af beskæftigede personer, for at kunne målrette eventuelle forebyggelsesindsatser til dem.

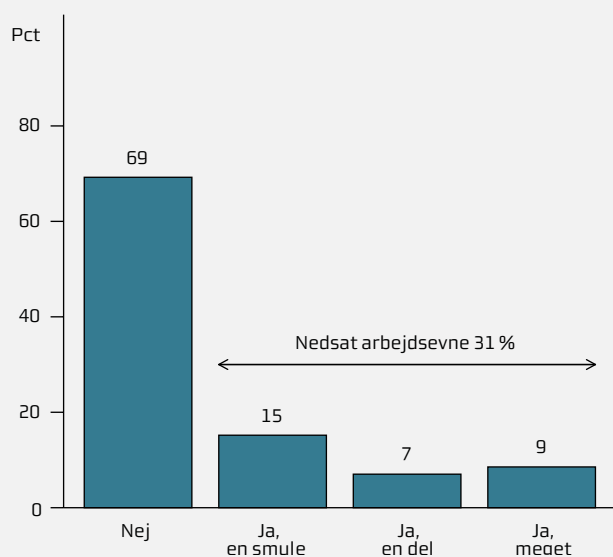
I de følgende to figurer gives en oversigt over sammenhængen mellem nedsat arbejdsevne og køn, alder og sociale forhold. Den første figur, figur 11.5, er opgjort for de personer, der er i arbejde. Den næste, figur 11.6, er en opgørelse over de personer, der ikke er i arbejde. I opgørelserne er kategorierne 'en del nedsat' og 'meget nedsat' slået sammen.

FIGUR 11.3 OG 11.4

Føler du, at din arbejdsevne er nedsat?

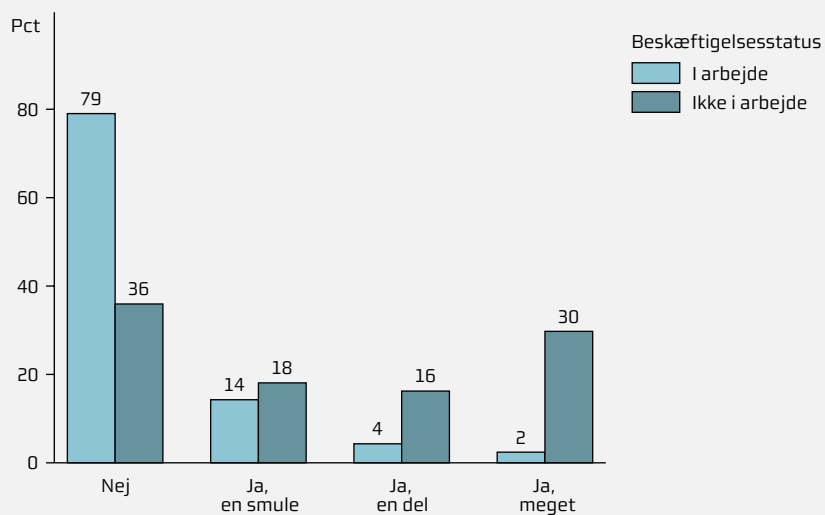
Figur 11.3

Føler du, at din arbejdsevne er nedsat? (25-64 år)



Figur 11.4

Føler du, at din arbejdsevne er nedsat? (25-64 år)



FIGUR 11.5

Nedsat arbejdsevne blandt de 25-64-årige i arbejde - køn, alder og sociale forhold

	En smule nedsat Pct		En del/meget nedsat Pct		En smule nedsat Personer	En del/meget nedsat Personer
Alle	14		7		65.000	31.000
Køn						
Mand	15		6		36.000	14.000
Kvinde	14		8		29.000	16.000
Alder						
25-29	7		3		3.000	1.200
30-34	9		3		4.800	1.300
35-44	12		6		16.000	7.500
45-54	16		8		22.000	11.000
55-59	21		11		11.000	6.300
60-64	25		9		8.500	3.100
Uddannelsesniveau						
Lavt	23		14		9.100	5.500
Middel	16		8		39.000	19.000
Højt	10		4		18.000	6.100
Sociogeografisk gruppe						
Gruppe 1 (højest)	11		4		8.800	3.400
Gruppe 2	13		6		18.000	8.800
Gruppe 3	16		7		18.000	7.900
Gruppe 4	16		8		17.000	8.400
Gruppe 5 (lavest)	16		9		3.800	2.200
Bolig						
Ejer	14		6		51.000	22.000
Lejer	15		9		14.000	8.100
Samlivssituation						
Alene	15		9		16.000	9.300
Gift/samlevende	14		6		49.000	21.000
Børn i hjemmet 0-15 år						
Ingen børn	16		8		49.000	24.000
Børn	12		5		16.000	6.800

 Signifikant flere end blandt alle 25-64-årige, der er i arbejde

 Signifikant færre end blandt alle 25-64-årige, der er i arbejde

Nedsat arbejdsevne blandt 25-64-årige i arbejde – køn, alder og sociale forhold

For personer i arbejde stiger andelen med nedsat arbejdsevne med alderen. Modsat er andelen med nedsat arbejdsevne mindre, jo højere uddannelsesniveaue er, jævnfør figur 11.5. Generelt ses de samme tendenser for personer med en smule nedsat arbejdsevne som for personer med en del eller meget nedsat arbejdsevne i forhold til alder og sociale forhold. Angående køn er der dog en forskel, da en lidt større andel mænd end kvinder har en smule nedsat arbejdsevne, mens flere kvinder end mænd har en del eller meget nedsat arbejdsevne.

Køn. En lidt større andel af de 25-64-årige mænd i arbejde vurderer, at deres arbejdsevne er nedsat en smule, sammenholdt med den tilsvarende gruppe af kvinder. Modsat vurderer en større andel af kvinderne, at deres arbejdsevne er en del eller meget nedsat.

Alder. Andelen af personer i arbejde med en smule nedsat arbejdsevne stiger med alderen. Andelen med en del eller meget nedsat arbejdsevne er større blandt aldersgrupperne 45-54 år, 55-59 år og 60-64 år og mindre blandt aldersgrupperne 25-29 år og 30-34 år end blandt beskæftigede generelt.

Uddannelsesniveau. Der er en klar sammenhæng mellem uddannelsesniveau og nedsat arbejdsevne for personer i arbejde. De største andele med nedsat arbejdsevne findes blandt lavtuddannede personer og de mindste andele blandt højtuddannede personer.

Sociogeografisk gruppe. Andelen med en smule nedsat arbejdsevne er mindre blandt arbejdende personer i gruppe 1 og 2 og større blandt gruppe 3 og 4 end blandt alle 25-64-årige i arbejde. Andelen med en del eller meget nedsat arbejdsevne stiger trinvis på tværs af de sociogeografiske grupper fra 4 % i gruppe 1 til over det dobbelte, 9 %, i gruppe 5.

Bolig. Der er ingen forskel i andelen med en smule nedsat arbejdsevne mellem personer i arbejde, der bor til leje, og personer i arbejde, der bor i ejerbolig. Til gengæld er der flere blandt personer, der bor i lejebolig, som har en del eller meget nedsat arbejdsevne.

Samlivssituation. Der er ingen forskel på andelen med en smule nedsat arbejdsevne mellem arbejdende personer, der bor alene, og personer, som er gift/samlevende. Der er flere med en del eller meget nedsat arbejdsevne blandt personer, der bor alene.

Børn i hjemmet. Både andelen med en smule nedsat arbejdsevne og en del eller meget nedsat arbejdsevne er større blandt de personer i arbejde, der ikke bor sammen med børn i forhold til personer, der bor sammen med børn.

Sammenlignet med alle 25-64-årige, der er i arbejde, er der signifikant flere med *en smule nedsat arbejdsevne* blandt følgende grupper:

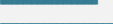
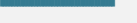
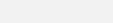
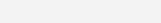
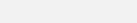
- Mænd
- Personer i alderen 45-54 år, 55-59 år og 60-64 år
- Personer med lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau
- Sociogeografisk gruppe 3 og 4
- Personer, der ikke bor sammen med børn

Sammenlignet med alle 25-64-årige, der er i arbejde, er der signifikant flere med *en del eller meget nedsat arbejdsevne* blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 45-54 år, 55-59 år og 60-64 år
- Personer med lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau
- Sociogeografisk gruppe 4 og 5
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der bor alene
- Personer, der ikke bor sammen med børn

FIGUR 11.6

Nedsat arbejdsevne blandt de 25-64-årige, der ikke er i arbejde - køn, alder og sociale forhold

	En smule nedsat Pct		En del/meget nedsat Pct		En smule nedsat Personer	En del/meget nedsat Personer
Alle	18 		46 		23.000	59.000
Køn						
Mand	19 		43 		11.000	24.000
Kvinde	17 		48 		13.000	35.000
Alder						
25-29	15 		17 		2.600	3.000
30-34	19 		33 		1.800	3.000
35-44	16 		48 		3.000	9.000
45-54	12 		69 		2.800	17.000
55-59	9 		71 		1.300	10.000
60-64	27 		38 		12.000	17.000
Uddannelsesniveau						
Lavt	16 		65 		4.600	19.000
Middel	20 		46 		12.000	29.000
Højt	18 		28 		6.100	9.400
Sociogeografisk gruppe						
Gruppe 1 (højest)	19 		34 		3.200	5.700
Gruppe 2	20 		41 		6.000	12.000
Gruppe 3	19 		47 		5.800	15.000
Gruppe 4	18 		49 		6.600	18.000
Gruppe 5 (lavest)	12 		59 		1.700	8.500
Bolig						
Ejer	22 		41 		15.000	29.000
Lejer	14 		52 		7.800	29.000
Samlivssituation						
Alene	15 		55 		7.800	28.000
Gift/samlevende	20 		40 		15.000	30.000
Børn i hjemmet 0-15 år						
Ingen børn	19 		47 		20.000	51.000
Børn	15 		41 		2.800	7.700

 Signifikant flere end blandt alle 25-64-årige, der ikke er i arbejde

 Signifikant færre end blandt alle 25-64-årige, der ikke er i arbejde

Nedsat arbejdsevne blandt 25-64-årige uden arbejde – køn, alder og sociale forhold

Af figur 11.6 fremgår det, at der er markant større andele med en del eller meget nedsat arbejdsevne blandt de 25-64-årige, der ikke er i arbejde, sammenholdt med de personer, der er i arbejde (jævnfør figur 11.5). Mønsteret i, hvem der har en del eller meget nedsat arbejdsevne, er til gengæld nogenlunde ens for personer uden arbejde sammenholdt med personer i arbejde. Den mest synlige forskel er, at der for personer uden arbejde er et meget markant fald i andelen med en del eller meget nedsat arbejdsevne fra de 55-59-årige til de 60-64-årige. Blandt personer uden arbejde er der en større andel med en smule nedsat arbejdsevne hos 60-64-årige, personer, der bor i ejerbolig og personer, der er gift/samlevende i forhold til alle med en smule nedsat arbejdsevne, der ikke er i arbejde. Dette mønster er omvendt i forhold til personer uden arbejde med en del eller meget nedsat arbejdsevne.

Køn. Der er ingen signifikant forskel mellem mænd og kvinder, der ikke er i arbejde, i forhold til at have en smule nedsat arbejdsevne. Derimod er der flere kvinder end mænd, der har en del eller meget nedsat arbejdsevne.

Alder. Der er færre i aldersgrupperne 45-54 år og 55-59 år, der har en smule nedsat arbejdsevne, men flere blandt de 60-64-årige, end der er blandt alle 25-64-årige uden arbejde. Andelen med en del eller meget nedsat arbejdsevne stiger med alderen, men falder så igen fra de 55-59-årige til de 60-64-årige. Forklaringen på faldet skal som tidligere omtalt findes i, at der blandt de 60-64-årige er en stor andel af personer på efterløn. Disse personer har gennemsnitligt et bedre helbred end for eksempel personer på førtidspension, som udgør mere end halvdelen af de 55-59-årige uden arbejde. Når personer på efterløn udelades af opgørelsen, er den samlede andel med en del eller meget nedsat arbejdsevne blandt personer, der ikke er i arbejde, 53 % frem for 46 %. Andelen blandt de 60-64-årige er 69 % frem for 38 % og er dermed signifikant større end blandt alle 25-64-årige, der ikke er i arbejde (og ikke er på efterløn).

Uddannelsesniveau. Der er lidt flere med en smule nedsat arbejdsevne blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau end blandt alle 25-64-årige. Andelen med en del eller meget nedsat arbejdsevne falder derimod med stigende uddannelsesniveau. Blandt lavtuddannede er det to ud af tre personer uden arbejde, der har en del eller meget nedsat arbejdsevne, hvorimod det er to ud af syv personer blandt højtuddannede uden arbejde.

Sociogeografisk gruppe. Bortset fra en lidt lavere andel i gruppe 5 er der ingen sociogeografiske forskelle i forekomsten af en smule nedsat arbejdsevne blandt personer uden arbejde. Derimod er der en trinvist stigende andel med en del eller meget nedsat arbejdsevne fra gruppe 1 til gruppe 5.

Bolig. Personer uden arbejde, der bor i lejebolig, har i mindre grad en smule nedsat arbejdsevne, men i højere grad en del eller meget nedsat arbejdsevne i forhold til 25-64-årige uden arbejde, der bor i ejerbolig.

Samlivssituation. Personer uden arbejde, der bor alene, har i mindre grad en smule nedsat arbejdsevne, men i højere grad en del eller meget nedsat arbejdsevne i forhold til 25-64-årige uden arbejde, der er gift/samlevende.

Børn i hjemmet. Andelen af personer uden arbejde med en del eller meget nedsat arbejdsevne er større blandt dem, der ikke bor sammen med børn, sammenholdt med dem, der bor sammen med børn. Der er ingen signifikant forskel på andelen med en smule nedsat arbejdsevne mellem de to grupper.

Sammenlignet med alle 25-64-årige, der ikke er i arbejde, er der signifikant flere med en smule nedsat arbejdsevne blandt følgende grupper:

- Personer i alderen 60-64 år
- Personer med middelhøjt uddannelsesniveau
- Personer, der bor i ejerbolig
- Personer, der er gift/samlevende

Sammenlignet med alle 25-64-årige, der ikke er i arbejde, er der signifikant flere med en del eller meget nedsat arbejdsevne blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 45-54 år og 55-59 år
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Sociogeografisk gruppe 4 og 5
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der bor alene
- Personer, der ikke bor sammen med børn

På baggrund af resultaterne i figur 11.5 og 11.6 kan det konkluderes, at sammenhængene mellem en del eller meget nedsat arbejdsevne og køn, alder og sociale forhold udviser det samme mønster for de 25-64-årige, der er i arbejde og de 25-64-årige, der ikke er i arbejde.

Som tidligere omtalt tyder litteraturen på området på, at personer med nedsat arbejdsevne er en gruppe, der har forhøjet risiko for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet. Derfor gives der i det følgende en nærmere karakteristik af personer i arbejde med nedsat arbejdsevne. Hvordan hænger nedsat arbejdsevne sammen med andre mål for sundhedstilstanden, og i hvilken del af arbejdsmarkedet findes især personer med nedsat arbejdsevne?

FIGUR 11.7

Nedsat arbejdsevne blandt de 25-64-årige i arbejde - selv vurderet helbred, kronisk sygdom, stressniveau og trivsel og livskvalitet

	En smule nedsat Pct		En del/meget nedsat Pct		En smule nedsat Personer	En del/meget nedsat Personer
Alle	14		7		65.000	31.000
Selv vurderet helbred						
Godt	13		4		56.000	16.000
Dårligt	29		46		9.500	15.000
Kronisk sygdom						
Ingen sygdom	7		2		13.000	2.800
1 sygdom	15		5		21.000	6.900
2-3 sygdomme	23		12		25.000	13.000
4+ sygdomme	29		37		6.100	7.700
Stressniveau						
Lavt	12		4		44.000	16.000
Højt	22		16		19.000	14.000
Selv vurderet trivsel og livskvalitet						
God	12		4		43.000	15.000
Nogenlunde/dårlig	26		18		22.000	15.000

-  Signifikant flere end blandt alle 25-64-årige, der er i arbejde
 Signifikant færre end blandt alle 25-64-årige, der er i arbejde

Det fremgik af figur 11.2, at der mellem de 25-64-årige, der henholdsvis var i arbejde og ikke i arbejde, især var store forskelle i selvvurderet helbred, forekomst af multisygdom, stressniveau målt ved Perceived Stress Scale (PSS) samt selvvurderet trivsel og livskvalitet. I figur 11.7 ses derfor på personer i arbejde med nedsat arbejdsevne i forhold til disse fire mål. For en nærmere beskrivelse af målene samt spørgsmålene, der ligger til grund herfor, henvises til kapitel 7 og 8.

Nedsat arbejdsevne blandt personer i arbejde – helbred, stress og livskvalitet

Af figur 11.7 ses det, at personer i arbejde med dårligt selvvurderet helbred, højt stressniveau og nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet i markant højere grad også føler, at deres arbejdsevne er nedsat. Andelen med nedsat arbejdsevne stiger desuden med antallet af kroniske sygdomme.

Selvvurderet helbred. De 25-64-årige i arbejde, der vurderer deres eget helbred som dårligt, føler i væsentligt højere grad, at deres arbejdsevne er nedsat, end personer med godt selvvurderet helbred. Over dobbelt så mange med dårligt selvvurderet helbred i forhold til personer med godt selvvurderet helbred har en smule nedsat arbejdsevne. Blandt arbejdende personer med godt selvvurderet helbred mener 4 %, at deres arbejdsevne er nedsat en del eller meget. For personer med dårligt selvvurderet helbred er andelen mere end 11 gange så stor, idet næsten halvdelen (46 %) mener, at deres arbejdsevne er en del eller meget nedsat. Samlet har tre ud af fire med dårligt selvvurderet helbred nedsat arbejdsevne.

Kronisk sygdom. Blandt 25-64-årige i arbejde, der ikke har nogen kroniske sygdomme eller eftervirkninger heraf, føler 7 %, at deres arbejdsevne er en smule nedsat, og 2 % føler, at den er en del eller meget nedsat. Herefter stiger andelen med nedsat arbejdsevne med antallet af kroniske sygdomme. Andelen med en smule nedsat arbejdsevne stiger fra 15 % blandt beskæftigede med én sygdom til 23 % blandt personer med to til tre sygdomme og 29 % blandt dem med fire eller flere sygdomme. Andelen med en del eller meget nedsat arbejdsevne stiger fra 5 % (en sygdom) til 12 % (to til tre sygdomme) og 37 % (fire eller flere sygdomme). Nedenfor beskrives, hvilke sygdomme der forekommer hyppigst hos personer med multisygdom og nedsat arbejdsevne.

- 2-3 sygdomme: For personer med to til tre kroniske sygdomme og en smule nedsat arbejdsevne er den hyppigst forekommende sygdom slidgigt, som 39 % har (ikke vist). Herefter er det allergi (32 %), diskusprolaps eller andre rygsygdomme (29 %), migræne eller hyppig hovedpine (26 %) og forhøjet blodtryk

(25 %). For personer med to til tre sygdomme og en del eller meget nedsat arbejdsevne er de hyppigst forekommende sygdomme slidgigt (37 %), diskusprolaps eller andre rygsygdomme (36 %), migræne eller hyppig hovedpine (29 %), forhøjet blodtryk (25 %) og psykiske lidelser af mere end seks måneders varighed (25 %).

- 4+ sygdomme: Mønsteret i typen af sygdomme, der oftest optræder, er stort set det samme, når der ses på de 25-64-årige i arbejde med fire eller flere kroniske sygdomme og nedsat arbejdsevne (ikke vist). Forekomsterne er blot større. De fem hyppigste sygdomme for personer med en smule nedsat arbejdsevne er således slidgigt (61 %), allergi (59 %), diskusprolaps eller andre rygsygdomme (55 %), migræne eller hyppig hovedpine (54 %) og forhøjet blodtryk (45 %). For personer med en del eller meget nedsat arbejdsevne er de hyppigste sygdomme slidgigt (72 %), diskusprolaps eller andre rygsygdomme (61 %), migræne eller hyppig hovedpine (53 %), allergi (43 %) og forhøjet blodtryk (43 %). Psykiske lidelser af mere end seks måneders varighed kommer på en sjetteplads med (36 %).

Stressniveau. Personer i arbejde, der har et højt stressniveau, har i højere grad nedsat arbejdsevne end personer med et lavt stressniveau.

Selvvurderet trivsel og livskvalitet. Andelen med nedsat arbejdsevne – både en smule og en del eller meget – er større blandt de 25-64-årige, der har nogenlunde/dårlig selvvurderet trivsel og livskvalitet, end blandt de personer i arbejde, der vurderer deres egen trivsel og livskvalitet som god.

Sammenlignet med alle 25-64-årige, der er i arbejde, er der signifikant flere med en smule nedsat arbejdsevne blandt følgende grupper:

- Personer med dårligt selvvurderet helbred
- Personer med en eller flere kroniske sygdomme eller eftervirkninger heraf
- Personer med et højt stressniveau
- Personer med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet

Sammenlignet med alle 25-64-årige, der er i arbejde, er der signifikant flere med en del eller meget nedsat arbejdsevne blandt følgende grupper:

- Personer med dårligt selvvurderet helbred
- Personer med to eller flere kroniske sygdomme eller eftervirkninger heraf
- Personer med et højt stressniveau
- Personer med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet

FIGUR 11.8

Nedsat arbejdsevne, dårligt helbred, stress, multisygdom, dårlig trivsel og livskvalitet blandt de 25-64-årige i arbejde - stillingstype, sektor og branche

	En del/meget ned-sat arbejdsevne	Dårligt selv-vurderet helbred	Højt stressniveau (PSS>15)	Multisygdom (2+ sygdomme)	Nogenlunde/dårlig selv-vurderet trivsel og livskvalitet
	Pct	Pct	Pct	Pct	Pct
Alle	7	7	19	28	19
Stillingstype					
Ufaglært	11	11	24	33	26
Faglært	6	6	18	25	18
Funktionær, tjenestemand	4	5	17	26	16
Selvstændig	8	7	17	26	16
Sektor					
Offentlig	6	7	21	30	18
Privat	7	7	18	26	19
Branche					
Administrative ydelser m.v.	15	15	26	35	24
Fremstilling	7	8	18	28	23
Transport og godshåndtering	7	8	21	28	25
Overnatning og restauration	17	14	23	29	25
Bygge og anlæg	7	7	16	26	19
Sundhed og social	6	6	21	31	17
Engros- og detailhandel	6	6	20	26	18
Forsyning	6	9	21	27	25
Information og kommunikation	3	4	21	24	20
Kultur, forlystelser og sport	9	6	19	25	17
Liberale erhverv m.v.	3	5	17	24	14
Off. forvaltning m.v.	6	6	16	30	16
Undervisning	5	5	20	25	16
Penge og finans m.v.	1	5	15	22	13
Landbrug m.v.	7	7	15	25	18
Andre serviceydelser	9	4	17	33	20

Signifikant flere end blandt alle 25-64-årige, der er i arbejde
 Signifikant færre end blandt alle 25-64-årige, der er i arbejde

Sundhedstilstand, sygelighed og sundhedsvaner blandt personer i arbejde

I dette afsnit beskrives sammenhængen mellem arbejdsmarkedsposition, defineret ud fra stillingstype, sektor og branche, og sundhedstilstand, sygelighed og sundhedsvaner blandt de 25-64-årige i arbejde.

Mange faktorer kan påvirke sundhedstilstanden for bestemte grupper på arbejdsmarkedet. Dels kan det fysiske og psykiske arbejdsmiljø spille en vigtig rolle for de ansattes sundhed, dels sker der en selektering af arbejdskraften til bestemte typer af job og brancher, der medvirker til en forskellig sociodemografisk sammensætning. Eksempelvis er nogle brancher karakteriseret ved en større andel af kvinder, mens andre har en overvægt af mænd. Nogle brancher beskæftiger typisk personer med lavere uddannelsesniveau eller personer med en højere gennemsnitsalder. Alle disse forhold afspejler sig i sundhedstilstanden inden for de forskellige grupper på arbejdsmarkedet.

Ved at foretage en forholdsvis deltageret opdeling af de erhvervsaktive er det muligt at lokalisere grupper med særlige helbredsmæssige belastninger og/eller risikable sundhedsvaner.

I figur 11.8 ses sammenhængen mellem nedsat arbejdsevne og stillingstype, sektortilhørsforhold og branche. I figuren er nedsat arbejdsevne suppleret med de ansattes selv-vurderede helbred, stressniveau, forekomst af multisygdom (opgjort som to eller flere kroniske sygdomme eller eftervirkninger heraf) samt deres trivsel og livskvalitet. Personer, der har det dårligere på disse parametre, vil alt andet lige være en mere sårbar gruppe, som det er vigtigt at have kontinuerligt fokus på for at forebygge, at deres sygefravær øges, og at de potentielt helt mister tilknytningen til arbejdsmarkedet.

Arbejdsmarkedsposition opgøres i dette kapitel ud fra tre parametre: stillingstype, sektor og branche. Nedenfor redegøres for, hvorledes disse forhold er afdækket for personer i beskæftigelse i *Hvordan har du det?* 2013.

Stillingstype. På baggrund af svarpersonernes egne oplysninger er de opdelt i følgende stillingstyper:

- Ufaglært
- Faglært
- Funktionær, tjenestemand
- Selvstændig (selvstændig landmand eller selvstændig i øvrigt)

Personer, der er medhjælpende ægtefælle, lærling/elev eller i anden beskæftigelse, er ikke medtaget i analyserne, da de kun udgør en mindre andel af de beskæftigede.

Sektor. Svarpersonerne er på baggrund af deres egne oplysninger inddelt efter, om de er offentligt eller privat ansat.

Branche. Respondenternes branchetilhørsforhold er kodet ud fra Danmarks Statistiks Dansk Branchekode 2007 (DB07) (21). DB07 bygger på EU's fælles branchenomenklatur NACE rev. 2. Se tabel 11.1 for en oversigt over de brancher, der anvendes i de følgende analyser.

Arbejdsmarkedsposition – sundhedstilstand og sygelighed for personer i arbejde

Figur 11.8 viser, at især ufaglærte har større udfordringer end beskæftigede som helhed. En større andel af de ufaglærte end beskæftigede generelt er dårligere stillet med hensyn til nedsat arbejdsevne, dårligt selv vurderet helbred, højt stressniveau, multisygdom og nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet. Tilsvarende har en større andel af de ansatte inden for branchen administrative tjenesteydelser og hjælpetjenester det dårligt på alle fem parametre i forhold til beskæftigede som helhed i alderen 25-64 år. Sidstnævnte skal blandt andet ses i sammenhæng med, at de ufaglærte arbejdere udgør den største andel af de ansatte i branchen (ikke vist), der omfatter en række manuelle job inden for servicefagene, bl.a. rengøring (se eksempler på erhverv i tabel 11.1).

Stillingstype. Hver tiende ufaglærte arbejder har en del eller meget nedsat arbejdsevne, ligesom hver tiende ufaglært har dårligt selv vurderet helbred, hvilket er signifikant flere end blandt alle beskæftigede. Hver fjerde ufaglært har højt stressniveau og nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet, mens hver tredje lider af multisygdom (to eller flere kroniske sygdomme eller eftervirkninger heraf). Modsat er der en signifikant mindre andel blandt funktionærer/tjenestemænd, der er belastet på de fem parametre. Blandt faglærte arbejdere er der en mindre andel med multisygdom end blandt alle i arbejde, mens en større andel af de selvstændige har nedsat arbejdsevne.

De ufaglærte er endvidere karakteriseret ved, at tre ud af fem er mænd (ikke vist). Den hyppigst repræsenterede aldersgruppe er de 45-54-årige (godt hver tredje). Blandt faglærte er de 35-44-årige hyppigst forekommende (30 %), og godt halvdelen (54 %) er mænd. Blandt funktionærer og tjenestemænd er kvinderne i et lille overtal (52 %), og ligesom ved de faglærte er de 35-44-årige den største gruppe (32 %). Tre ud af fire selvstændige er mænd, og den største aldersgruppe er de 45-54-årige (37 %).

Sektor. Hver femte offentligt ansatte har et højt stressniveau, og 30 % har multisygdom, hvilket er en større andel end blandt de privatansatte. Der er ingen sektorforskel i forhold til nedsat arbejdsevne, selv vurderet helbred og trivsel og livskvalitet.

69 % af de offentligt ansatte er kvinder, og den hyppigst repræsenterede aldersgruppe er de 45-54-årige (30 %) (ikke vist). Blandt de privatansatte er to tredjedele mænd, og 31 % er 35-44 år, mens 30 % er 45-54 år.

Branche. Sammenlignet med alle beskæftigede er der en større andel inden for administrative tjenesteydelser og hjælpetjenester, som har det dårligt på alle fem parametre. Hver syvende ansat i branchen har nedsat arbejdsevne og dårligt selv vurderet helbred, hver fjerde har højt stressniveau og nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet, og mere end hver tredje har multisygdom. Inden for brancherne fremstillingsvirksomhed og overnatningsfaciliteter og restaurationsvirksomhed er der en større andel, der har nedsat arbejdsevne, dårligt selv vurderet helbred og nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet. Ansatte i bygge- og anlægsvirksomheder samt andre serviceydelser har i højere grad nedsat arbejdsevne, mens ansatte inden for transport og godshåndtering har dårligere trivsel og livskvalitet end beskæftigede generelt. Beskæftigede inden for sundhedsvæsen og sociale ydelser har i højere grad et højt stressniveau og multisygdom end det generelle billede blandt 25-64-årige i arbejde.

I den anden ende af spektret ligger liberale, videnskabelige og tekniske erhverv. Kun på selv vurderet helbred ligger disse ikke signifikant bedre end gruppen af beskæftigede som helhed. Ansatte i pengeinstitutter og finansvirksomheder ligger ligeledes bedre i forhold til nedsat arbejdsevne, multisygdom og trivsel og livskvalitet, og informations- og kommunikationsbranchen ligger bedre med hensyn til nedsat arbejdsevne og selv vurderet helbred.

Fælles for brancherne administrative tjenesteydelser og hjælpetjenester, fremstillingsvirksomhed samt transport og godshåndtering er, at de ufaglærte arbejdere udgør den største faggruppe (ikke vist). I bygge/anlæg og overnatning/restauration udgør de faglærte den største gruppe. Andre serviceydelser er sammen med landbrug/jagt/fiskeri de eneste brancher, hvor selvstændige udgør størstedelen. I de resterende brancher er det funktionærer/tjenestemænd, der udgør hovedparten, svingende fra 36-37 % i kultur/sport, sundhed/social og engros/detailhandel til 81 % i undervisningsbranchen og 84 % i penge/finansvirksomheder.

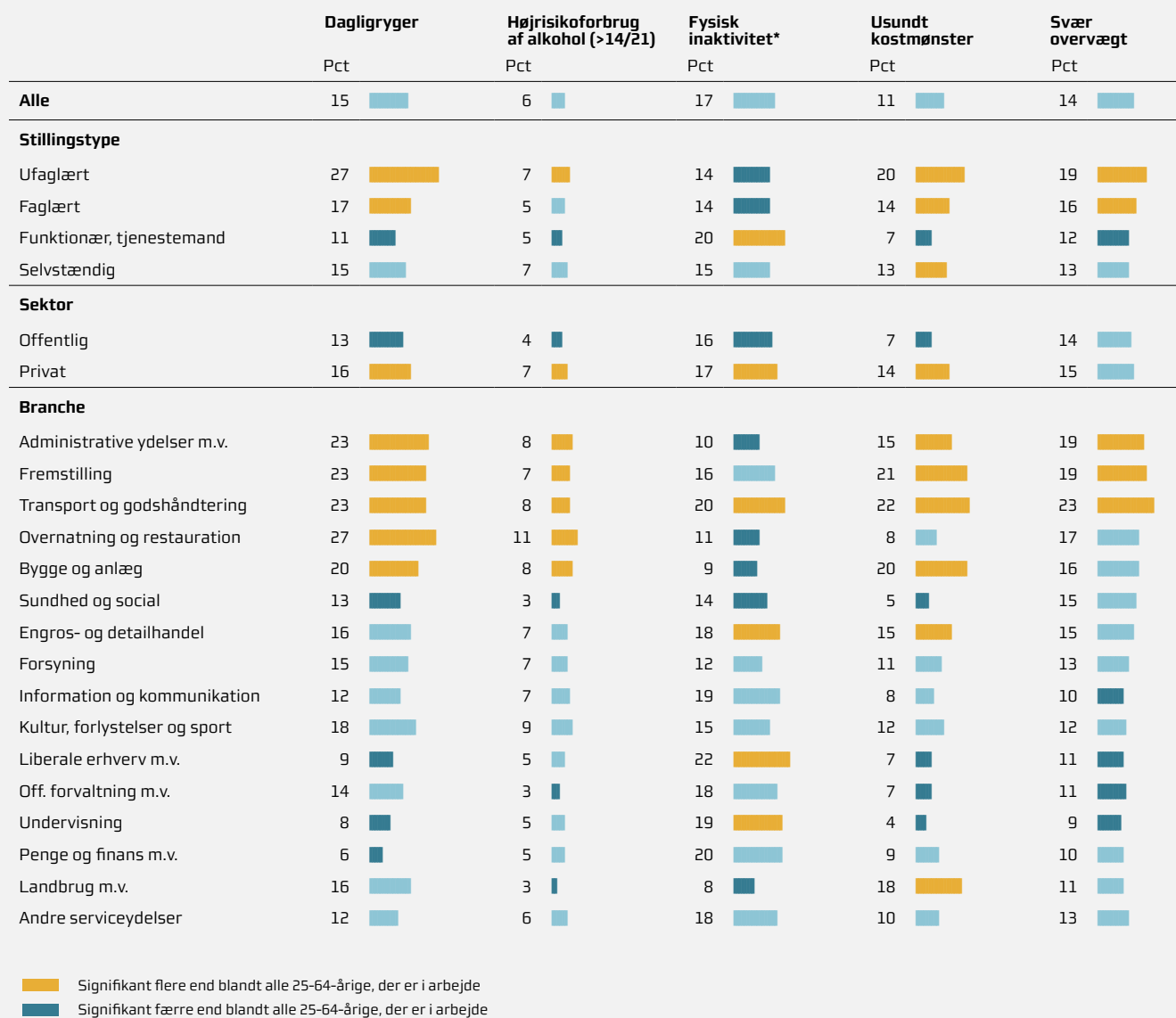
TABEL 11.1

Brancheoversigt og eksempler på erhverv

Forkortet branchenavn	Branche	Eksempler på erhverv
Administrative ydelser m.v.	Administrative tjenesteydelser og hjælpe-tjenester	Rengøring, pedel/ejendomsfunktionær/ejendoms-administrator, arbejdsformidling, anlægsgartner, rejsebureau, vagt, call-center
Fremstilling	Fremstillingsvirksomhed	Industri, slagteri, bager, lager, trykkeri, beskyttet værksted
Transport og godshåndtering	Transport og godshåndtering	Buschauffør, lastbilchauffør, postvæsen inkl. personale på postkontor, drift af havne og terminaler, lodsning
Overnatning og restauration	Overnatningsfaciliteter og restaurations-virksomhed	Køkkenpersonale inkl. kok og økonoma, tjener, hotelpersonale inkl. oldfrue og receptionist, campingplads, bartender
Bygge og anlæg	Bygge- og anlægsvirksomhed	Tømrer, elektriker, VVS, murer, maler, entreprenør, montør
Sundhed og social	Sundhedsvæsen og sociale ydelser	Pædagog, socialrådgiver, læge, sygeplejerske, SOSU-assistent eller -hjælper, tandlæge, psykolog, ergo-/fysioterapeut
Engros- og detailhandel	Engros- og detailhandel, reparation af motorkøretøjer og motorcykler	Butiksassistent, sælger, apotek inkl. farmaceut og farmakonom, optiker, automekaniker
Forsyning	El-, gas-, og fjernvarmeforsyning, vandforsyning, kloakvæsen, affaldshåndtering	Elforsyningselskab, varmegærk, vandværk, skraldemand, forbrændingsanlæg, kloak- og rensningsanlæg
Information og kommunikation	Information og kommunikation	It-ansat, journalist, redaktionsmedarbejder på avis/blad, produktion af tv, musik, film, teletekniker
Kultur, forlystelser og sport	Kultur, forlystelser og sport	Bibliotek, scenekunst/teater, museum, sportsudøver, musiker, forlystelsesparker, drift af sportsanlæg, teatre, kulturhuse
Liberale erhverv m.v.	Liberale, videnskabelige og tekniske tjenesteydelser	Advokat/jurist, økonomimedarbejder, arkitekt, ingeniør, forskning og udvikling, HR-medarbejder, analysebureau, dyrlæge inkl. veterinær/sygeplejerske, designer
Off. forvaltning m.v.	Offentlig forvaltning og forsvar, socialsikring	Forsvar, brandvæsen, politi, SKAT, kontorassistent/sekretær/leder i det offentlige, A-kasse
Undervisning	Undervisning	Underviser (folkeskole, gymnasium, videregående uddannelse, aftenskole), underviser sport og fritid, kørelærer
Penge og finans m.v.	Pengeinstitut og finansvirksomhed	Bankrådgiver, pengeinstitut, forsikring inkl. taksator, assurandør
Landbrug m.v.	Landbrug, jagt, skovbrug og fiskeri	Landmand, gartneriarbejder, skovfoged, fisker
Andre serviceydelser	Andre serviceydelser	Frisør, politiker, vaskeri, fagforening, præst

FIGUR 11.9

Sundhedsvaner og svær overvægt blandt de 25-64-årige i arbejde - stillingstype, sektor og branche



*Fysisk aktivitet mindst 30 minutter om dagen højst én dag om ugen

Arbejdsmarkedsposition – sundhedsvaner og overvægt for personer i arbejde

Befolkningens sundhedsvaner i forhold til rygning, alkohol, kost og fysisk aktivitet har sammen med overvægt stor betydning for en persons arbejdsevne, generelle helbred og risiko for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet. Arbejdspladser er en arena, der giver mulighed for at målrette generelle sundhedsfremmende og forebyggende tiltag til bestemte grupper af befolkningen med risikable sundhedsvaner. Det er derfor relevant at se på, hvordan overvægt og risikable sundhedsvaner fordeler sig i forhold til arbejdsmarkedsposition. Oversigten kan være med til at pege på konkrete indsatsområder for bestemte faggrupper på arbejdsmarkedet og på den måde bidrage til prioriteringen af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.

Figur 11.9 viser, at der er store forskelle på tværs af stillingstype, sektor og branche i forhold til kost, rygning, alkohol og fysisk aktivitet samt overvægt. Særligt blandt de ufaglærte og til dels blandt de faglærte beskæftigede er der en større andel med en mere risikabel sundhedsadfærd end blandt de beskæftigede som helhed. De to faggrupper er dog signifikant mindre fysisk inaktive (ca. hver syvende person), hvorimod hver femte funktionær/tjenestemand er fysisk inaktiv, hvilket er signifikant flere end blandt alle 25-64-årige i arbejde. Derudover er ansatte i det private og ansatte inden for brancherne administrative tjenesteydelser, fremstilling, transport og godshåndtering samt bygge og anlæg karakteriseret ved en større grad af risikabel sundhedsadfærd. Den største andel af dagligrygere og med et højrisikoforbrug af alkohol findes blandt ansatte inden for overnatningsfaciliteter og restaurationsvirksomheder. Modsat er ansatte inden for engros- og detailhandel, liberale erhverv og undervisning i højere grad fysisk inaktive. De to sidstnævnte brancher har til gengæld færre dagligrygere, færre med usundt kostmønster og færre svært overvægtige.

Stillingstype. Flere end hver fjerde ufaglærte arbejder ryger dagligt, hver femte har et usundt kostmønster, og hver femte er svært overvægtig. Samtidigt er der lidt flere blandt de ufaglærte, der har et højrisikoforbrug af alkohol (>14/21 genstande per uge). Ligeledes er der en større andel blandt de faglærte end blandt alle beskæftigede, som ryger dagligt, har et usundt kostmønster, og en større andel er svært overvægtig. Til gengæld er færre blandt de ufaglærte og de faglærte fysisk inaktive. I modsætning hertil er der en mindre andel blandt funktionærer/tjenestemænd, som ryger dagligt, en mindre andel har et højrisikoforbrug af alkohol, og ligeledes er der en mindre andel med et usundt kostmønster. Andelen af svært overvægtige er også mindre i denne gruppe end blandt beskæftigede generelt. Derimod er signifikant flere fysisk inaktive, svarende til hver femte funktionær/tjenestemand. Gruppen af selvstændige har en lidt større andel med et usundt kostmønster end alle 25-64-årige i arbejde.

Sektor. Andelen af dagligrygere, højrisikoforbrugere af alkohol, fysisk inaktive og med et usundt kostmønster er større blandt de privatansatte end blandt ansatte i den offentlige sektor.

Branche. Der er store branchespecifikke forskelle på sundhedsvanerne blandt de beskæftigede. Andelen af dagligrygere svinger fra 6 % inden for branchen penge og finans til 27 % i overnatnings- og restaurationsbranchen. Sidstnævnte branche har ligeledes den største andel med et højrisikoforbrug af alkohol (11 %), mens de mindste andele findes inden for landbrug, sundhed og social samt offentlig forvaltning (3 %). Liberale erhverv m.v. har den største andel af fysisk inaktive (22 %), mens landbruget har den mindste andel på 8 %. Andelen med et usundt kostmønster og svært overvægtige svinger fra 4 % og 9 % inden for undervisningsbranchen til henholdsvis 22 % og 23 % inden for transport og godshåndtering.

Der ses generelt en tendens til, at brancher med en større andel dagligrygere end blandt beskæftigede som helhed også har en større andel med et højrisikoforbrug af alkohol. Flere af disse brancher har endvidere en større andel med et usundt kostmønster samt en større andel svært overvægtige. Til gengæld er andelen af fysisk inaktive lavere blandt disse brancher i forhold til beskæftigede mellem 25 og 64 år som helhed. Det gælder brancherne administrative tjenesteydelser, fremstilling, transport og godshåndtering (har dog en større andel fysisk inaktive), overnatning og restauration samt bygge og anlæg. Den lavere grad af fysisk inaktivitet hænger muligvis sammen med mere fysisk krævende arbejdsfunktioner inden for disse brancher. Ansatte inden for liberale erhverv og undervisning, der i videre udstrækning er karakteriseret ved mindre fysisk belastende arbejde, er i højere grad fysisk inaktive, men har til gengæld sundere vaner i forhold til rygning og kost og en mindre andel svært overvægtige sammenlignet med alle beskæftigede.

Det er imidlertid væsentligt at være opmærksom på, at nyere studier antyder, at fysisk aktivitet i arbejdsliv og fritid ikke har samme virkning på sundhed, risiko for sygdom og tidlig død (22). Således angives fysisk aktivitet i fritiden at være en beskyttende faktor, mens et fysisk krævende arbejde synes at være en risikofaktor for helbredet (23, 24). NFA peger på, at et fysisk meget krævende arbejde medfører en større risiko for tidlig død blandt mænd (24). Dog beskytter fysisk aktivitet i fritiden både mænd og kvinder uanset de fysiske krav, der stilles i deres arbejdsliv (25).

Arbejds miljø

Arbejds miljøet har stor betydning for den fysiske og mentale sundhedstilstand og muligheden for at opretholde tilknytningen til arbejdsmarkedet. Mange forhold påvirker arbejds miljøet, og dette afsnit er på ingen måde udtømmende. Det er tilstræbt at give en oversigt over nogle af de centrale forhold, der i forskningslitteraturen er relateret til de beskæftigedes sundhedstilstand og sygelighed.

Som allerede omtalt er det fysiske arbejds miljø en af de kendte faktorer, der påvirker sundhedstilstand og sygelighed. Belastende arbejdsstillinger, tunge løft og ensidigt, gentaget arbejde er nogle af de kendte risikofaktorer i forhold til udvikling af eksempelvis muskel-skeletlidelser (19), som fra regeringens side er et prioriteret emne på forebyggelsesområdet (26). Muskel-skeletlidelser er en af de store årsager dels til sygefravær, dels til at skubbe folk ud af arbejdsmarkedet (3,27), og mere end 40 % af de anmeldte arbejdsskader skyldes muskel-skeletlidelser (28).

Derudover er der et øget fokus på konsekvenserne af mentale helbredsproblemer forårsaget af for eksempel arbejdsbetinget stress. I litteraturen er de hyppigst anvendte modeller til forklaring af arbejdsbetinget stress Krav-kontrol-modellen og Indsats-belønningsmodellen.

Krav-kontrol-modellen (29,30) har to dimensioner bestående af de psykologiske krav, som medarbejderen pålægges og graden af kontrol, som medarbejderen har i forhold til udførelsen af arbejdsopgaverne. Ud fra denne model er stress-skabende job karakteriseret ved at have høje krav og en lav grad af kontrol.

Indsats-belønningsmodellen (31) arbejder med oplevelsen af anerkendelse/belønning for det udførte arbejde i forhold til den leverede indsats. Der skal være balance mellem indsats og belønning. Manglende indsats-belønningsbalance defineret ved høj indsats (høje omkostninger) og lavt udbytte kan medvirke til længerevarende stressreaktioner og deraf følgende negative sundhedseffekter (32). Der er samtidig øget risiko for søvnforstyrrelser og nedsat selv vurderet helbred (33). Ubalancen forekommer oftest blandt beskæftigede med lav socioøkonomisk status og/eller lavt uddannelsesniveau samt ældre beskæftigede (32).

Af andre faktorer, der har betydning for arbejdsevne, arbejdsfastholdelse og den mentale helbredstilstand, kan nævnes balance mellem arbejdsliv og privatliv, jobtilfredshed, mening og engagement i arbejdet (34,35) samt jobusikkerhed (33).

Undersøgelser har vist, at den største effekt i forhold til arbejdsfastholdelse/arbejdsevne fås ved systematisk at tilpasse arbejdsopgaver og -forhold til den enkelte (36,37). For at det kan lade sig gøre, kræver det et kontinuerligt fokus på, hvilke beskæftigede, der har hvilke typer af problemer.

I det følgende fokuseres der på fem variable fra *Hvordan har du det?* 2013, der vedrører de beskæftigedes arbejde/arbejds miljøforhold. Variablene er udvalgt med baggrund i ovenstående gennemgang. Det drejer sig om spørgsmålene:

- Føler du, at dit arbejde slider på dig rent fysisk?
- Føler du, at dit arbejde slider på dig rent psykisk?
- Har du indflydelse på, hvordan du udfører dit arbejde?
- Føler du, at du får anerkendelse for dit arbejde?
- Er du alt i alt tilfreds med dit arbejde?

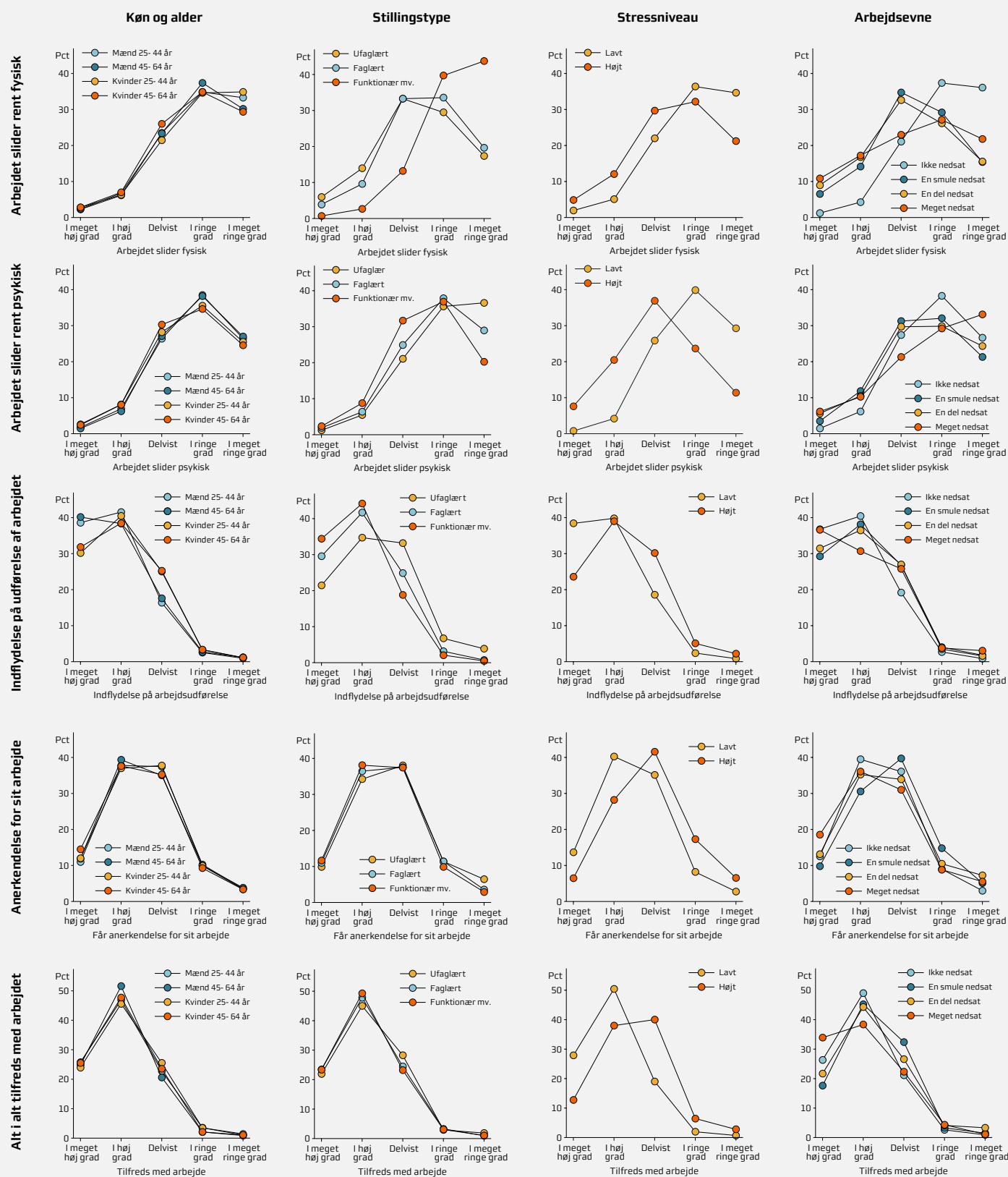
Svarmulighederne i alle spørgsmål var 'I meget høj grad', 'I høj grad', 'Delvist', 'I ringe grad' eller 'I meget ringe grad'.

Figur 11.10 viser, i hvor høj grad de ansatte føler, deres arbejde slider på dem henholdsvis fysisk og psykisk, i hvor høj grad de har indflydelse på, hvordan deres arbejde udføres, i hvor høj grad, de får anerkendelse for deres arbejde, og hvor tilfredse de er med deres arbejde alt i alt. Opgørelserne er beregnet i forhold til køn/aldersgrupper, stillingstype, stressniveau og arbejdsevne. Det skal i denne sammenhæng nævnes, at det anvendte mål for stressniveau (Perceived Stress Scale, PSS), er et generelt mål for stress. Det måler således ikke kun arbejdsbetinget stress, men stress i al almindelighed uanset årsagerne hertil.

Samlet set føler knap hver tiende af de 25-64-årige i arbejde (41.000 personer), at deres arbejde i høj grad eller i meget høj grad slider fysisk på dem. Ligeledes føler knap hver tiende, at arbejdet i høj grad eller i meget høj grad slider psykisk. 4 % (18.000 personer) føler, at de i ringe grad eller i meget ringe grad har indflydelse på udførelsen af deres arbejde, og tilsvarende gælder med hensyn til arbejdstilfredshed. 13 % (61.000 personer) føler i ringe grad eller i meget ringe grad, at de får anerkendelse for deres arbejde.

Køn og alder. I de fem grafer, der udgør første søjle i figur 11.10, er de fem arbejds miljøvariable opdelt på køn og alder. Den første graf viser, hvor stor en andel der i meget høj grad, i høj grad, delvist, i ringe grad eller i meget ringe grad føler, at deres arbejde slider på dem rent fysisk. Andelen er beregnet separat for mænd og kvinder i aldersgrupperne 25-44 år og 45-64 år. Eksempelvis er der en større andel af de beskæftigede kvinder i alderen 45-64 år (omkring hver fjerde), som delvist føler, at deres arbejde slider fysisk på dem. For kvinder i alderen 25-44 år er det hver femte (21 %).

FIGUR 11.10
Arbejds miljø - køn/alder, stillingstype, stressniveau og arbejdsevne



Generelt er der ingen eller kun små forskelle på tværs af køn og alder i forhold til andelen, der

- I høj grad eller meget høj grad føler, at arbejdet slider rent fysisk
- I høj grad eller meget høj grad føler, at arbejdet slider rent psykisk
- I ringe grad eller meget ringe grad føler, de har indflydelse på udførelsen af deres arbejde
- I ringe grad eller meget ringe grad føler, de får anerkendelse for deres arbejde
- I ringe grad eller meget ringe grad er tilfreds med deres arbejde alt i alt

En lidt større andel af kvinder end mænd føler, at arbejdet slider psykisk. Flere mænd end kvinder føler, at de i meget høj grad har indflydelse på udførelsen af deres arbejde (39 % mod 31 %), hvorimod flere kvinder end mænd føler, at de kun delvist har indflydelse på udførelsen af deres arbejde (25 % mod 17 %).

Stillingstype. De næste fem grafer, der udgør anden søjle i figur 11.10, viser, at der særligt er forskelle mellem stillingstyperne ufaglært, faglært og funktionær/tjenestemand i forhold til fysisk og psykisk slid fra arbejdet samt indflydelse på arbejdsudførelsen.

Andelen, der i høj grad eller i meget høj grad føler, at arbejdet slider fysisk, falder signifikant på tværs af stillingstyperne fra 20 % blandt ufaglærte til 14 % blandt faglærte og 3 % blandt funktionærer/tjenestemænd.

Der er ingen signifikant forskel mellem ufaglærte og faglærte i forhold til andelen, der i høj grad eller i meget høj grad føler et psykisk slid fra arbejdet (7 % og 8 %). Sammenholdt med disse to grupper er der til gengæld en større andel blandt funktionærer/tjenestemænd, der føler, at arbejdet slider psykisk (11 %).

Andelen, der i ringe grad eller i meget ringe grad har indflydelse på udførelsen af arbejdet, stiger fra 3 % blandt funktionærer/tjenestemænd til 4 % blandt faglærte og 11 % blandt ufaglærte. Andelen, der i høj grad eller i meget høj grad har indflydelse, falder fra 78 % blandt funktionærer/tjenestemænd til 71 % blandt faglærte og 56 % blandt ufaglærte.

I forhold til graden af anerkendelse for arbejdet og tilfredshed med arbejdet er mønsteret meget ens på tværs af de tre stillingstyper. Andelen, der føler, at de får anerkendelse, og andelen, der er tilfredse, er dog lidt mindre blandt de ufaglærte end blandt de beskæftigede generelt.

Stressniveau. Ved alle fem arbejdsrelaterede forhold er der markante forskelle mellem beskæftigede med et højt stressniveau og beskæftigede med et lavt stressniveau. Personer med et højt stressniveau føler i væsentlig højere grad, at arbejdet slider på dem både fysisk og psykisk, de har mindre indflydelse, får mindre anerkendelse og er alt i alt mindre tilfredse med arbejdet.

Blandt de 25-64-årige i arbejde føler 17 % med et højt stressniveau mod 7 % med et lavt stressniveau, at deres arbejde i høj grad eller i meget høj grad slider fysisk. 28 % med et højt stressniveau føler i høj grad eller i meget høj grad, at arbejdet slider psykisk. For personer med et lavt stressniveau er det 5 %. Andelen af personer med et højt stressniveau, der i ringe grad eller i meget ringe grad føler, de har indflydelse på arbejdets udførelse, får anerkendelse for sit arbejde og alt i alt er tilfredse med arbejdet, er henholdsvis 7 %, 24 % og 9 %. De tilsvarende andele blandt personer med et lavt stressniveau er 3 % (indflydelse), 11 % (anerkendelse) og 3 % (tilfredshed).

Arbejdsevne. Andelen, der føler, at arbejdet i høj grad eller i meget høj grad slider fysisk, er større blandt beskæftigede med en del eller meget nedsat arbejdsevne end blandt beskæftigede med en smule nedsat arbejdsevne (26 % og 28 % mod 21 %). Der er markant færre blandt beskæftigede uden nedsat arbejdsevne, der i høj grad eller meget høj grad føler et fysisk slid fra arbejdet (6 %).

Andelen, der i høj grad eller i meget høj grad føler et psykisk slid fra arbejdet, er signifikant mindre blandt beskæftigede uden nedsat arbejdsevne i forhold til beskæftigede med en smule, en del eller meget nedsat arbejdsevne (8 % mod henholdsvis 15 %, 16 % og 16 %).

Med hensyn til indflydelse, anerkendelse og tilfredshed er der generelt et lidt blandet billede i forhold til graden af nedsat arbejdsevne. Det kan fremhæves, at personer uden nedsat arbejdsevne i højere grad føler, at de har indflydelse på arbejdets udførelse end beskæftigede generelt. Derudover føler en større andel med meget nedsat arbejdsevne i forhold til beskæftigede med en smule eller en del nedsat arbejdsevne, at de i meget høj grad har indflydelse, får anerkendelse og er tilfredse med arbejdet. Denne førstnævnte gruppe kunne tænkes at repræsentere en andel af personer med meget nedsat arbejdsevne, som i større eller mindre grad har fået tilpasset deres arbejdsopgaver og arbejdsforhold efter deres helbredstilstand og arbejdsformåen.

Hovedresultaterne fra figur 11.10, kan opsummeres til, at

- Kvinder i lidt højere grad end mænd føler et psykisk slid fra arbejdet, hvorimod mænd i lidt højere grad end kvinder føler, at de har indflydelse på arbejdet. Derudover er der ingen væsentlige forskelle på tværs af køn og alder.
- Ufaglærte oplever i højere grad end faglærte og funktionærer/tjenestemænd, at arbejdet slider fysisk. De føler samtidig, at de i mindre grad har indflydelse på arbejdets udførelse og i lidt mindre grad får anerkendelse eller er tilfredse med arbejdet. Funktionærer/tjenestemænd føler i mindst grad et fysisk slid fra arbejdet, men i lidt større grad et psykisk slid og i noget større grad at have indflydelse, især sammenlignet med de ufaglærte.
- Personer med et højt stressniveau føler i væsentlig højere grad, at arbejdet slider på dem både fysisk og psykisk. Endvidere har de mindre indflydelse, får mindre anerkendelse og er alt i alt mindre tilfredse med arbejdet end personer med et lavt stressniveau.
- Beskæftigede, der ikke har nedsat arbejdsevne, føler i mindre grad at arbejdet slider fysisk og psykisk end beskæftigede med nedsat arbejdsevne. De oplever samtidig en lidt større grad af indflydelse på arbejdsudførelsen. Andelen, der i meget høj grad oplever indflydelse, anerkendelse og tilfredshed med arbejdet, er mindre blandt beskæftigede med en smule eller en del nedsat arbejdsevne i forhold til beskæftigede med meget nedsat arbejdsevne.

Sammenfatning

I dette kapitel er der set på sammenhængen mellem sundhed og beskæftigelse for personer i alderen 25-64 år med dansk etnisk baggrund i Region Midtjylland.

Beskæftigelsesstatus og nedsat arbejdsevne. Blandt de 25-64-årige som helhed er der 22 %, som ikke er i arbejde, og 31 % har nedsat arbejdsevne.

Personer, der ikke er i arbejde, har generelt en mere risikabel sundhedsadfærd og en dårligere sundhedstilstand end personer, der er i arbejde. Det gælder i forhold til rygning, alkohol, usund kost, fysisk inaktivitet, svær overvægt, dårlig fysisk og mental sundhed, forekomst af kronisk sygdom og multisygdom samt nedsat arbejdsevne.

Der ses generelt en række forskelle i forhold til køn, alder og sociale forhold. Andelen, der ikke er i arbejde, er større blandt kvinder, lavtuddannede, personer i socio-geografisk gruppe 4 og 5, personer der bor i lejebolig, personer der bor alene og personer, der ikke bor sammen med børn. Disse grupper har også en større andel med en del eller meget nedsat arbejdsevne. Derudover er der flere uden arbejde blandt personer i alderen 25-29 år og 60-64 år. Andelen med en del eller meget nedsat arbejdsevne er størst blandt personer mellem 45 og 64 år.

Nedsat arbejdsevne blandt personer i arbejde. Blandt personer i beskæftigelse er der store forskelle i forekomsten af nedsat arbejdsevne i forhold til den fysiske og mentale sundhedstilstand. Nedsat arbejdsevne forekommer væsentligt hyppigere blandt beskæftigede med dårligt selvvurderet helbred, multisygdom (to eller flere kroniske sygdomme), højt stressniveau og nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet end blandt beskæftigede som helhed. Nedsat arbejdsevne optræder ved tre ud af fire beskæftigede med dårligt selvvurderet helbred og to ud af tre med fire eller flere kroniske sygdomme.

Arbejdsmarkedssituation. Blandt personer i beskæftigelse er der endvidere store forskelle på tværs af arbejdsmarkedssituation (stillingstype, sektor og branche) i forhold til nedsat arbejdsevne, fysisk og mental sundhedstilstand samt sundhedsvaner og svær overvægt. Særligt ufaglærte arbejdere og brancher, hvor de ufaglærte og til dels de faglærte er hyppigst repræsenterede, er mest udfordret hvad angår nedsat arbejdsevne, dårligt selvvurderet helbred, højt stressniveau, multisygdom og nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet. Det samme gør sig gældende i forhold til rygning, alkohol, usund kost og svær overvægt. Fysisk inaktivitet optræder oftere blandt funktionærer/tjenestemænd og typisk blandt ansatte inden for brancher, der er karakteriseret ved mindre fysisk belastende arbejde. En større andel inden for den offentlige sektor har et højt stressniveau og multisygdom, hvorimod andelen med risikable sundhedsvaner er større inden for den private sektor.

Arbejdsmiljø. Særligt i forhold til stillingstype og stressniveau er der markante mønstre inden for fem udvalgte forhold, der omhandler arbejde og arbejdsmiljø. Ufaglærte oplever i højere grad end faglærte og funktionærer/tjenestemænd, at arbejdet slider fysisk. De føler samtidig, at de i mindre grad har indflydelse på arbejdets udførelse og i lidt mindre grad får anerkendelse eller er tilfredse med arbejdet. Funktionærer/tjenestemænd føler i mindst grad, at arbejdet slider fysisk, men i lidt større grad at arbejdet slider psykisk og i noget større grad at have indflydelse, især sammenlignet med de ufaglærte. Personer med et højt stressniveau føler i væsentlig højere grad, at arbejdet slider på dem både fysisk og psykisk. Endvidere har de mindre indflydelse, får mindre anerkendelse og er alt i alt mindre tilfredse med arbejdet end personer med et lavt stressniveau.

Opsummerende kan det konkluderes, at analyserne i kapitlet peger på en stor social ulighed i sundhed i sammenhæng med beskæftigelse, hvor det i overvejende grad er lavtuddannede og ufaglærte arbejdere, der er dårligere stillet end beskæftigede generelt. Dette er i overensstemmelse med den foreliggende litteratur på området. Det drejer sig både om en større grad af nedsat arbejdsevne, dårligere selvvurderet helbred, dårligere trivsel og livskvalitet, højere stressniveau og øget forekomst af multisygdom. Dertil kommer en generelt mere risikabel sundhedsadfærd i forhold til rygning, alkohol og usund kost samt en større andel med svær overvægt.

Årsagen til den sociale ulighed i sundhed i sammenhæng med beskæftigelse skal formentlig findes i en kombination af flere forhold. Her tænkes på sammenspillet mellem de beskæftigedes personlige kompetencer i forhold til at mestre egen sundhedsmæssige indsats, og arbejdsmiljøet, hvor både den sociale kontekst og karakteren af arbejdet er med til at påvirke sundhedstilstanden og sundhedsadfærden hos de lavtuddannede og ufaglærte i negativ retning. Se endvidere kapitel 12 for en uddybelse af social ulighed i sundhed.

Analyserne peger således på, at det er en vigtig samfundsmæssig opgave at være særlig opmærksom på især de ufaglærtes og til dels de faglærtes udvikling og arbejdstilpasning i en tid, der er præget af nedlæggelser af ufaglærte stillinger og øgede kompetencekrav i mange jobtyper. Analyserne viser samtidig, at der også blandt de bedre stillede på arbejdsmarkedet er nogle sundhedsmæssige udfordringer. Det gælder særligt i forhold til stressniveau, håndtering af multisygdom og fysisk inaktivitet.

Stress og multisygdom er generelt faktorer, det er vigtigt at være opmærksom på i forhold til at sikre de erhvervsaktives fortsatte tilknytning til arbejdsmarkedet. Begge dele er i høj grad forbundet med nedsat arbejdsevne. En del eller meget nedsat arbejdsevne forekommer i særlig grad blandt personer over 45 år, hvilket passer med, at typiske sygdomme som slidgigt, diskusprolaps og andre

rygsygdomme samt forhøjet blodtryk i stigende grad begynder at indfinde sig. Samtidig forekommer migræne/hyppig hovedpine ofte blandt personer, der har nedsat arbejdsevne. Afslutningsvist er psykiske lidelser en faktor, der er vigtig at være opmærksom på, da disse lidelser også er relativt hyppigt repræsenteret blandt personer med nedsat arbejdsevne og desuden den hyppigste årsag til førtidspension.

Hvis sundhedsfremmende og forebyggende indsatser i beskæftigelsesøjemed skal virke, tyder det på, at det er vigtigt med målrettede indsatser, der fokuserer på de konkrete målgruppers behov frem for mere generelle tilbud. Behovene er tydeligvis meget forskellige alt efter sociodemografi, sundhedstilstand og arbejdsmarkedsposition. Analyserne i kapitlet viser samtidig, at det i mange tilfælde er relevant at kombinere indsatser for at forbedre det fysiske og psykiske arbejdsmiljø med mere generelle sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter.

Referencer

1. Beskæftigelsesministeriet. En analyse af sygefraværet. København: Beskæftigelsesministeriet. 2008 Apr.
2. Labriola M, Lund T. Self-reported sickness absence as a risk marker of future disability pension. Prospective findings from the DWECS/DREAM study 1990-2004. *International Journal of Medicine Sciences*. 2007;4:153-58.
3. Ankestyrelsen. Førtidspension Årsstatistik 2012. København: Ankestyrelsen. 2013.
4. Regeringen. Hvad gør vi ved sygefraværet? Et debatoplæg. Regeringen. 2003 Maj. Tilgængelig fra: http://bm.dk/—/media/BEM/Files/Dokumenter/Publikationer/2003/sygefravaer_maj_2003_debatoplaeg.ashx
5. Regeringen. Det gør vi ved sygefraværet. Handlingsplan. Regeringen. 2003 Dec. Tilgængelig fra: http://bm.dk/—/media/BEM/Files/Dokumenter/Publikationer/2003/handlingsplan_sygefravaer_dec_2003.ashx.
6. Lund T, Jensen C, Nielsen ML, Borg V. Sygefravær i et arbejdsmiljøperspektiv. Arbejdsrapport; 2003. Online: <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/upload/udgivelseser/sygefravaer.pdf>
7. Landsorganisationen i Danmark. Øje på arbejdsmiljøet. Dårligt arbejdsmiljø – en stor udgift. København: Landsorganisationen i Danmark. 2007 Jun.
8. Pallesen E, Dahl T, Jensen OK, Christiansen D, Knudsen B, Ruby K. Hospitalsbaseret rehabilitering af sygemeldte – beskrivelse af den tværfaglige og tværsektorielle indsats. Århus: Center for Folkesundhed. 2008.
9. Avison WR, Thomas SS. Stress. I: Cockerham WC, red. *The Blackwell Companion to Medical Sociology*. London: Wiley-Blackwell. 2010. p. 242-67.
10. Larsen FB. Stress og belastende livsomstændigheder – hvilke belastninger betyder mest? Hvordan har du det? Online [internet]. 2007 Apr [citeret 2013 Okt 10]; 1:4-10. Tilgængelig fra: <http://www.cfk.rm.dk/files/Sundhed/CFK/Projekter/HHDD%20-%20sundhedsprofil/Temaanalyser/Online%20nr%201%20Stress.pdf>.
11. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Arbejdsmiljø og helbred i Danmark 2010. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. 2011 Jun.
12. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Arbejdsmiljø og helbred i Danmark 2012. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. 2013 Jun.
13. Engbers LH, van Poppel MNM, Chin A Paw MJM, van Mechelen W. Worksite health promotion programs with environmental changes. A systematic review. *Am J Prev Med*. 2005;29(1).
14. Conn VS, Hafdahl AR, Cooper PS, Brown LM, Lusk SL. Meta-analysis of workplace physical activity interventions. *Am J Prev Med*. 2009;37(4).
15. Rongen A, Robroek SJW, van Lenthe FJ, Burdorf A. Workplace health promotion. A meta-analysis of effectiveness. *Am J Prev Med*. 2013;44(4):406-15.
16. Jørgensen MB, Villadsen E, Burr H, Mortensen OS, Holtermann A. Does workplace health promotion in Denmark reach relevant target groups? *Health Promot. Int*. 2013 Jun. [Epub ahead of print] <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dat041>.
17. Waddell G, Burton K. Is work good for your health and well-being? London: TSO. 2006.
18. Clement S. Betinget velfærd: analyser af arbejdsmarkedets marginalgrupper og deres muligheder for at opretholde det fulde medborgerskab. Aalborg: Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning. 2004.
19. Bambra C. Work, worklessness, and the political economy of health. Oxford: Oxford University Press. 2011.
20. Sell L, Bültmann U, Rugulies R, Villadsen E, Faber A, Søgaard K. Predicting long-term sickness and early retirement pension from self-reported work ability. *Int Arch Occup Environ Health*. 2009;82:1139.
21. Danmarks Statistik. Dansk Branchekode 2007 – DB07. Danmarks Statistik. 2007.
22. Holtermann A, Hansen JV, Burr H, Søgaard K, Sjøgaard G. The health paradox of occupational and leisure-time physical activity. *Br J Sports Med*. 2012; 46: 291-295.
23. Holtermann A, Mortensen OS, Burr H, Søgaard K, Gyntelberg F, Suadicani P. The interplay between physical activity at work and during leisure time – risk of ischemic heart disease and all-cause mortality in middle-aged Caucasian men. *Scand J Work Environ Health*. 2009; 35(6): 466-474.
24. Holtermann A, Burr H, Hansen JV, Krause N, Søgaard K, Mortensen OS. Occupational physical activity and mortality among Danish workers. *Int Arch Occup Environ Health*. 2012; 85: 205-310.

25. Holtermann A, Marott JL, Gyntelberg F, Søgaard K, Suadicani P, Mortensen OS, Prescott E, Schnohr P. Does the benefit on survival from leisure time physical activity depend on physical activity at work? A prospective cohort study. *Plos ONE*. 2013; 8(1).
26. Regeringen. Nye veje til et bedre arbejdsmiljø. Regeringens strategi for arbejdsmiljøindsatsen frem til 2020. Regeringen. 2010 Sep.
27. Mortensen OB. Hvidbog om sygefravær og tilbagemødet til arbejde ved muskel-skeletbesvær. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. 2008.
28. Arbejdstilsynet. Fagligt grundlag for prioriteringen af arbejdsmiljøindsatsen. Fremtidens arbejdsmiljø 2020. København: Arbejdstilsynet. 2010 Mar.
29. Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*. 1979;24:285-307.
30. Karasek RA, Theorell T. *Healthy Work*. Basic Books, New York. 1990.
31. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol*. 1996;1: 27-41.
32. Siegrist J, Benach J, McKnight A, Goldblatt P, Muntaner C. Employment arrangements, work conditions and health inequalities. Report on new evidence on health inequality reduction, produced by Task group 2 for the Strategic review of health inequalities post 2010. Online [Internet]. 2009 [citeret 2014 Jan 25]. Tilgængelig fra <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/employment-and-work-task-group-report>.
33. Rugulies R, Nielsen MBD, Løngaard K, & Madsen IEH. Psykosocialt Arbejdsmiljø, psykisk helbred og arbejdsevne. Slutrapport til Arbejdsmiljøforskningsfonden. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2011.
34. Duijts SFA, Kant I, Swaen GMH, van den Brandt PA, Zeegers MPA. A meta-analysis of observational studies identifies predictors of sickness absence. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2007;60(11):1105-1115.
35. van den Berg TI, Elders LA, de Zwart BC, Burdorf A. The effects of work-related and individual factors on the Work Ability Index: a systematic review. *Occup Environ Med*. 2009;66(4):211-220.
36. van Oostrom SH, Anema JR, Terluin B, Venema A, de Vet HC, van MW. Development of a workplace intervention for sick-listed employees with stress-related mental disorders: Intervention Mapping as a useful tool. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:127.
37. van Oostrom SH, Anema JR, Terluin B, de Vet HC, Knol DL, van MW. Cost-effectiveness of a workplace intervention for sick-listed employees with common mental disorders: design of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2008;8:12.

12. SOCIAL ULIGHED I SUNDHED

Dette kapitel fokuserer på social ulighed i sundhed. Formålet med kapitlet er dels at give en kort introduktion til begreber og teorier om social ulighed i sundhed, dels at beskrive omfanget af social ulighed i sundhed hos den voksne befolkning i regionen. Der lægges vægt på at give oplysninger, der kan bruges ved den praktiske tilrettelæggelse af indsatsen for større social lighed i sundhed i region og kommuner.

Social ulighed i sundhed: definition og begreber

Hvad er social ulighed i sundhed? Det er vigtigt at skelne mellem individuelle forskelle i sundhed og forskelle imellem sociale grupper. I enhver befolkning er der individuelle forskelle i sundhed på grund af forskelle i alder, gener, livshistorie m.m. Social ulighed i sundhed derimod er forskelle i sundhed mellem grupper i samfundet som følge af forskelle i social position (1). Det er forskelle, der i princippet kan udjævnes gennem en samfundsmæssig indsats (2).

Indsatser for større social lighed i sundhed drejer sig om at forbedre sundheden hos mindre begunstigede grupper, så forskelle i sygelighed, dødelighed, sundhed og trivsel mindskes i forhold til den mere begunstigede del af befolkningen.

Social ulighed i sundhed omfatter både sociale forskelle i helbredspåvirkninger, sociale forskelle i sundhed, sygelighed og trivsel samt sociale forskelle med hensyn til konsekvenser af sygdom og dårligt helbred for den enkelte.

Helbredspåvirkninger omfatter en lang række faktorer, som enten øger risikoen for sygdom eller som forebygger sygdom og fremmer sundhed og trivsel (også betegnet risikofaktorer og friskfaktorer). Helbredspåvirkninger kan opdeles i materielle og psykosociale påvirkninger, livsstilspåvirkninger samt påvirkninger fra sundhedsvæsenet.

Materielle påvirkninger, der har konsekvenser for helbredet, omfatter fx fysiske miljøpåvirkninger, ulykker, det fysiske arbejdsmiljø samt den materielle levestandard, der muliggøres af en given indkomst, hvor fattigdom udgør en særlig belastning af helbredet. Danske registerstudier viser fx, at faldulykker blandt ældre, børneulykker, arbejdsulykker og trafikulykker er hyppigst blandt de dårligst stillede (3). Personer med lav indkomst vil ofte være henvist til at leve i boligområder med gener fra trafik, støj og forurening og dårlig adgang til grønne områder.

Psykosociale påvirkninger, der belaster individet, kaldes under ét for stressorer. Det kan f.eks. være arbejdsløshed, økonomiske problemer, samlivsproblemer eller pludseligt opståede belastninger, så som at blive offer for et voldeligt overfald, et trafikuheld eller dødsfald i den nærmeste

familie. Stress opstår, når der er en ubalance mellem de krav og belastninger, som en person oplever, og dennes kapacitet til at håndtere disse. Støtte fra omgivelserne kan gøre det lettere at håndtere krav og belastninger. Omfang, kvalitet og sammensætning af sociale netværk har derfor betydning for, hvordan grupper og individer er i stand til at håndtere dagligdagens udfordringer. Det antages, at stress påvirker den enkeltes sundhed på to måder: gennem stressbetinget adfærd og gennem kroppens fysiologiske stressreaktioner. Personer med lav social position er gennemgående mere udsatte for psykosociale belastninger og har ofte svagere sociale relationer (1).

Vigtige livsstilspåvirkninger er rygning, alkohol, fysisk aktivitet, kost og overvægt. Hver for sig og tilsammen påvirker de risikoen for udviklingen af bl.a. en række kræftsygdomme, hjerte-kar-sygdomme, type 2-diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og knogleskørhed. Der er en sammenhæng mellem social position og livsstil, idet usund livsstil generelt er mere udbredt hos den dårligst stillede del af befolkningen.

Sundhedsvæsenet påvirker primært sundheden gennem behandlingsaktiviteter. Der kan være sociale forskelle i adgangen til sundhedsydelser og til brugen af disse. I det danske sundhedsvæsen er kerneydelserne gratis, men ny forskning tyder på, at brugen af sundhedsvæsenets ydelser varierer med social baggrund (4-10). Personer med kort eller ingen uddannelse kan have sværere ved at navigere i sundhedsvæsenet og forstå information om medicin og behandling, hvilket kan påvirke behandlingsforløbet.

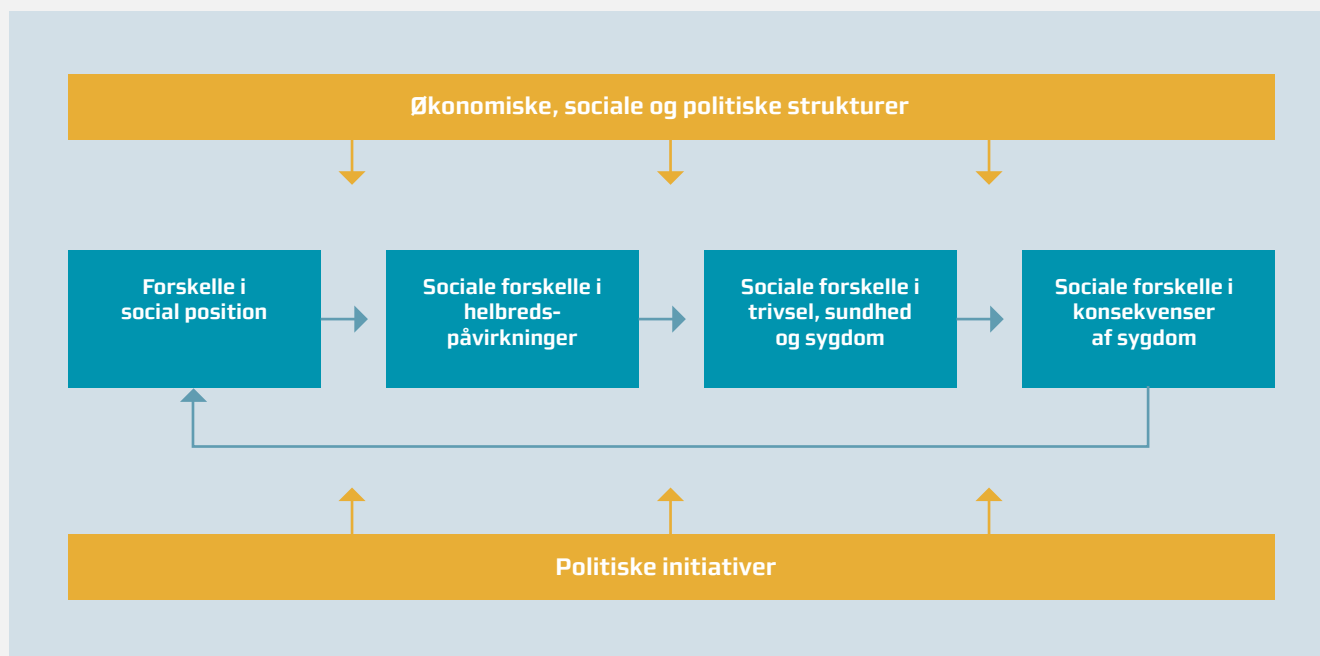
Der kan være sociale forskelle i konsekvenser af sygdom. Studier viser fx, at hjertepatienter med en lavere social position har et ringere udbytte af behandlingen, et større tab af funktionsevne, en større risiko for at miste arbejde og indkomst samt en højere dødelighed end hjertepatienter med en højere social position.

En forståelsesramme. Figur 12.1 beskriver sammenhænge mellem social position, helbredspåvirkninger, sundhed og sygelighed og konsekvenser af sygdom. Påvirkninger går generelt fra venstre mod højre, det vil sige, at de sociale forhold påvirker sundheden. Men sundheden påvirker også de sociale forhold. Sygdom kan medføre, at personer rykker nedad i det sociale hierarki, primært fordi de mister indkomst og position på arbejdsmarkedet.

Social ulighed i sundhed kan ansues i et livsløbsperspektiv. Helbredet påvirkes af sociale forhold i de forskellige livsfaser. Nogle påvirkninger sker allerede i fostertilstanden og i de tidlige leveår, og virkningen af disse føres videre i senere faser af livet. Forældrenes sociale position påvirker derfor barnets og det voksne individs sundhed. Ligeledes sker en ophobning af helbredspåvirkninger

FIGUR 12.1

En forståelsesramme for social ulighed i sundhed



igennem livet. Den aktuelle helbredssituation præges derfor både af tidligere og samtidige helbredspåvirkninger. Mennesker, der udsættes for mange negative helbredspåvirkninger gennem livet, vil udvikle en øget helbredsmæssig sårbarhed.

Den sociale gradient vs. udsatte grupper. Social ulighed i sundhed kan beskrives ud fra et bredt perspektiv, hvor forskelle i sundhed og sygelighed undersøges fra toppen til bunden af det sociale hierarki. Man taler om den sociale gradient i sundhed, hvor dødeligheden er højere og sygdom mere udbredt for hvert trin, man bevæger sig ned ad den sociale stige.

Social ulighed i sundhed kan desuden beskrives ud fra et mere snævert perspektiv, hvor man fokuserer på forskelle i sundhed mellem den mest udsatte del af befolkningen – fx kontanthjælpsmodtagere, misbrugere, svært psykisk syge og udviklingshæmmede – og resten af befolkningen. Det betegnes nogle gange som sundhedskløften.

Valg af perspektiv har konsekvenser for den praktiske indsats for større lighed i sundhed, idet den første tilgang lægger op til brede indsatser rettet mod større befolkningsgrupper, mens den anden tilgang lægger op til indsatser i forhold til socialt marginaliserede og væsentligt mindre grupper.

Der er brug for begge typer af indsatser. I Danmark har indsatserne oftest rettet sig mod de socialt marginaliserede grupper, mens man fx i Norge og Sverige i højere grad har anlagt det brede perspektiv (11, 12).

Politiske målsætninger og initiativer

Nationale og internationale målsætninger. Social lighed i sundhed har været et overordnet mål i dansk sundhedspolitik siden 1999, da den daværende regering lancerede *Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008* (13).

Ganske vist tilsluttede Danmark sig sammen med de øvrige europæiske lande allerede i midten af 1980'erne WHO's sundhedsstrategi *Sundhed for alle i år 2000*, der som et af sine mål havde at reducere den sociale ulighed i sundhed med 25 % inden årtusindskiftet. Men i Danmark blev social ulighed i sundhed først for alvor sat til debat i slutningen af 1990'erne. Det skete blandt andet på baggrund af undersøgelser, der viste, at de nordiske lande havde en forholdsvis høj grad af social ulighed i sundhed sammenlignet med andre lande i Europa (14,15). Noget der umiddelbart virkede overraskende i betragtning af, at der i Norden er en lang tradition for lige adgang til sundhedsydelser, og at der gennemgående er større social lighed i de nordiske samfund end i den øvrige del af Europa.

Folkesundhedsprogrammet blev ved regeringsskiftet i 2001 afløst af programmet *Sund hele livet*, der omfattede perioden 2002-10 (16). Også her var en reduktion af den sociale ulighed i sundhed et af hovedmålene.

I 2005 tog WHO med nedsættelse af den globale *Commission on Social Determinants of Health (CSDH)* et nyt initiativ, der også har været med til at forstærke fokus på social ulighed i sundhed i Danmark.

CSDH kom med sin afsluttende rapport i 2009, hvor den anbefalede alle medlemslande at gennemføre en national analyse af de specifikke årsager til social ulighed i sundhed og komme med forslag til indsatser, der kan mindske den sociale ulighed i sundhed (17).

Danmark udarbejdede som et af de første lande en national rapport: *Ulighed i sundhed – årsager og indsatser* i 2011 (3). Rapporten beskriver en række sociale forholds betydning for sundhed og sygelighed i en dansk sammenhæng og peger på en række indsatsområder. Rapporten dokumenterer endvidere, at der er en betydelig social ulighed i sundhed i den danske befolkning på en lang række områder. Sundhedsstyrelsen fulgte rapporten op med en konkret vejledning til kommunerne: *Social ulighed i sundhed – hvad kan kommunen gøre?* (18).

I 2012 lancerede Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse indsatsen *Lighed i sundhedsvæsenet*. Som et led heri blev der etableret et netværk bestående af to sygehuse, tre kommuner og et antal lægehuse. Netværket skal bidrage med: (1) At dokumentere hvor uligheden slår igennem i sundhedsvæsenet - herunder komme med forslag til sociale indikatorer. (2) At undersøge om sundhedsvæsenet er gearret til at håndtere, når patienten har få personlige ressourcer til at gå ind i samspillet om sin egen behandling. (3) At klarlægge hvor der er "huller" mellem sygehuse, almen praksis og kommune, som ressourcesvage falder igennem. (4) At komme med forslag til, hvordan man løser udfordringerne.

I januar 2014 offentliggjorde regeringen syv mål for befolkningens sundhed: *Sundhed for alle – nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år* (19). Mål nr. 1 er, at den sociale ulighed i sundhed skal mindskes, herunder at forskellen i middellevetid mellem personer med lange og korte uddannelser skal mindskes. De nationale mål skal blandt andet fremmes gennem en partnerskabsstrategi, hvor der etableres partnerskaber på tværs af foreningsliv, erhvervsliv og institutioner.

På europæisk plan støttes WHO's initiativ til at mindske den sociale ulighed af EU. Europa-kommissionen udgav i 2013 *Health inequalities in the EU* med anbefalinger til indsatser i forhold til social ulighed i sundhed i EU og i medlemslandene (20).

Kommunale og regionale målsætninger. Social lighed i sundhed blev et vigtigt tema i de kommunale sundhedsindsatser efter kommunalreformen i 2007, hvor kommunerne overtog det primære ansvar for forebyggelse. Alle kommuner i Region Midtjylland har en målsætning om at mindske den sociale ulighed i sundhed.

Sundhedsplanen for Region Midtjylland 2013, *Fælles ansvar for sundhed*, understreger ligeledes vigtigheden af at arbejde for en øget lighed i sundhed, både når det gælder forebyggelse, behandling og konsekvenser af sygdom (21).

Fra politik til handling

Hvorfor er det svært at mindske uligheden? På trods af de politiske målsætninger om at mindske den sociale ulighed i sundhed samt en række konkrete initiativer på nationalt, regionalt og kommunalt niveau har resultaterne indtil videre været nedslående. Det viser aktuelle undersøgelser af udviklingen. På nationalt plan har flere undersøgelser dokumenteret en omfattende og voksende social ulighed i sundhed (3, 22, 23).

Det kan der være flere grunde til:

- Social ulighed i sundhed er et komplekst problem, hvor sociale, psykologiske og biologiske faktorer spiller sammen.
- Årsagerne er kun delvist kendte, og de enkelte årsag er indgået i et kompliceret net af årsager.
- Visse udviklingstendenser i samfundet øger den sociale ulighed i sundhed, fx har der i de senere år i Danmark været en vækst i andelen af fattige, ligesom indkomstfordelingen er blevet skævere (3).
- Konkurrerende politiske målsætninger kan begrænse det politiske handlerum.
- Effektive indsatser kræver koordinering på tværs af myndigheder og politikområder.
- Effekten af lighedsfremmende indsatser viser sig først efter mange år, mens mange indsatser mod social ulighed i sundhed har været projekter af kortere varighed.

Det er nødvendigt at tænke sundhed, herunder social lighed i sundhed, i alle politikområder, jævnfør EU's målsætning om *Sundhed i alle politikker* (24).

Tilrettelæggelse af indsatser. Margaret Whitehead, der er en af de førende britiske forskere i social ulighed i sundhed, har påpeget, at indsatser for større lighed i sundhed bør være metodisk og teoretisk mere stringente, hvis de skal have den tilsigtede virkning (25).

For det første påpeger Whitehead, at de fleste forebyggende og sundhedsfremmende indsatser ikke er blevet evalueret i forhold til deres effekt på forskellige sociale

grupper, men kun i forhold til deres gennemsnitlige effekt på befolkningen som helhed. Det samme gælder sundhedsvæsenets behandlingsaktiviteter.

Desuden er de fleste indsatser teoretisk svagt funderede. Ved tilrettelæggelse af indsatser bør man: (1) Gøre brug af den eksisterende forskningslitteratur om årsagerne til de specifikke former for social ulighed i sundhed, man ønsker at mindske. (2) Have kendskab til de vilkår, som forskellige sociale grupper lever under. (3) Basere indsatserne på en troværdig programteori, der angiver, hvilke mekanismer man forventer at kunne påvirke gennem indsatsen. Formålet med programteorien er at opstille tydelige antagelser om sammenhængen mellem indsats og resultater, som efterfølgende kan evalueres.

Whitehead har opstillet følgende typologi, hvor hun skelner mellem fire typer af indsatser mod social ulighed i sundhed:

Type 1: Styrkelse af individer. Indsatser i forhold til mennesker, der tilhører ressourcetsvage grupper.

Type 2: Styrkelse af lokalsamfund. Indsatser i forhold til lokalsamfund med ophobning af problemer.

Type 3: Forbedring af leve- og arbejdsvilkår. Indsatser for at fjerne risikofaktorer fra omgivelserne.

Type 4: Sund makropolitik. Velfærds- og fordelingspolitik inden for forskellige områder.

Indsatser under type 1 og 2 retter sig specifikt mod socialt dårligt stillede grupper uden at involvere befolkningen som helhed. Under disse typer af indsatser kunne man tilføje arbejdspladser med mange kortuddannede. Arbejdspladsen er en vigtig arena for sundhedsfremme og forebyggelse. Det samme gælder uddannelsessteder for manuelle og korte boglige uddannelser. Indsatser under type 3 og 4 retter sig mod hele befolkningen, men antages at have en større effekt på den dårligst stillede del af befolkningen.

Hvilke indsatser har størst effekt? Der er mange forskellige årsager til social ulighed i sundhed og mange forskellige måder at påvirke fordelingen af sundhed i samfundet på, lige fra indsatser, der retter sig mod små grupper af udsatte borgere, til landsdækkende politiske reformer, der berører hele befolkningen.

Der findes ikke i dag tilstrækkelig forskningsbaseret viden til at afgøre, hvilke indsatser der vil have størst effekt på den sociale ulighed i sundhed (3).

Hvad skal man i den situation vælge at satse på? Social ulighed er et komplekst og svært håndterbart problem (det man på engelsk kalder *a wicked problem*), og flere

samfundsmæssige niveauer og aktører må inddrages, hvis det skal tackles, ligesom man både må arbejde ud fra et kortsigtet og et langsigtet perspektiv. Der er desuden brug både for indsatser, der retter sig mod "fjernere" årsager til social ulighed i sundhed som tilknytning til arbejdsmarkedet og børns opvækstvilkår og indsatser, der retter sig mod umiddelbare årsager som rygning og fysisk inaktivitet.

Uanset hvilke typer af indsatser, man vælger at prioritere, spiller kvaliteten, systematikken og omfanget af indsatserne en rolle for de resultater, man kan forvente at opnå.

Livsstil eller psykosociale belastninger? Der har i en årrække været en diskussion blandt forskere og praktikere, der arbejder med sundhedsfremme og forebyggelse, om betydningen af henholdsvis livsstil og psykosociale belastninger som årsag til social ulighed i sundhed. Det er ikke mindst undersøgelser af sygelighed og dødelighed hos ansatte i den britiske centraladministration, *Whitehall-studierne*, foretaget over en lang årrække, der har givet støtte til den opfattelse, at menneskers placering i det sociale hierarki og den hermed forbundne større eller mindre grad af kontrol over eget arbejde og eget liv, er den vigtigste årsag til sociale forskelle i sundhed. Mængden af stressfremkaldende belastninger øges for hvert trin, man bevæger sig nedad i det sociale hierarki.

Især kronisk stress kan skade det fysiske og psykiske helbred via mekanismer, der – uafhængigt af hinanden eller i samspil – påvirker centralnervesystemet, kredsløbet, immunforsvaret, det metaboliske system og adfærden. Kroniske stresspåvirkninger øger derfor risikoen for både somatiske og psykiske lidelser.

Der findes en del forskning, der belyser sammenhæng mellem psykosociale belastninger og social ulighed i sundhed. Resultaterne er modstridende, og der kan derfor ikke drages nogen entydig konklusion med hensyn til, hvor stor betydning psykosociale belastninger har for den sociale ulighed i sundhed. Bedst underbygget er arbejdsrelateret stress som årsag til social ulighed i hjerte-kar-sygdomme (26).

Til gengæld tyder nye forskningsresultater fra flere store kohortestudier på, at livsstil forklarer en større del af de sociale forskelle i sundhed end hidtil antaget, jævnfør tekstboks 12.1. Bl.a. har nye analyser af data fra *Whitehall-studierne* vist, at 72 % af forskellene i dødelighed mellem de ansatte i den britiske centraladministration i forhold til stilling kan forklares af rygning, alkohol, kost og fysisk aktivitet.

En tværsnitsundersøgelse med 19 europæiske lande viser desuden, at det er muligt at reducere forskellene i dødelighed mellem uddannelsesgrupperne med 26 % for

Boks 12.1

Nye kohortestudier af livsstil som årsag til social ulighed i sundhed

Whitehall (Storbritannien) – 72 % af forskellene i dødelighed mellem de ansatte i den britiske centraladministration i forhold til stilling forklares af rygning, alkohol, kost og fysisk aktivitet (27).

Whitehall (Storbritannien) – 45 % af forskellene i type 2-diabetes mellem de ansatte i den britiske centraladministration i forhold til stilling forklares af rygning, alkohol, kost, fysisk aktivitet og overvægt (28).

NHANES (USA) – 30 % af forskellene i dødelighed i forhold til indkomst i den amerikanske befolkning forklares af rygning, alkohol, kost, fysisk aktivitet og overvægt (29).

GLOBE (Nederlandene) – 38 % af forskellene i risikoen for død af kredsløbssygdomme i forhold til forældres og egen sociale status i Eindhoven forklares af rygning, fysisk aktivitet, alkohol og BMI (30).

Multinational kohorte med ni europæiske lande – En betydelig del af den sociale ulighed i dødelighed blandt mænd og kvinder forklares af rygning og i mindre grad af BMI, alkohol, fysisk aktivitet og indtaget af frugt og grøntsager (31).

EPIC-NL (Nederlandene) – Kost, rygning og alkohol forklarede 70 % af de uddannelsesmæssige forskelle i sygelighed og død som følge af hjerte-kar-sygdomme og tilsvarende 65 % af forskellene i forhold til beskæftigelsesstatus i den nederlandske befolkning (32).

MORGEN (Nederlandene) – Hovedparten af de uddannelsesmæssige forskelle i forekomsten af iskæmisk hjertesygdom i den nederlandske befolkning forklares af sundhedsadfærd (rygning, alkohol, kost, fysisk aktivitet) og biologiske risikofaktorer (fedme, forhøjet blodtryk, diabetes og forhøjet kolesterol i blodet) (33).

mænd og 32 % for kvinder, alene hvis rygeandelen i alle uddannelsesgrupper kommer ned på samme niveau som i den højeste uddannelsesgruppe (34). En registerbaseret undersøgelse af den danske befolkning for tidsrummet 1985-2009 opdelt i fire perioder konkluderer, at rygning og alkohol i alle perioderne forklarer mellem 60 % og 70 % af den sociale ulighed i dødelighed, både for mænd og kvinder. Desuden forklarer rygning og alkohol størstedelen af den stigende sociale ulighed i dødelighed i Danmark siden 1985 med rygning som den væsentligste faktor (23).

Det taler for, at man prioriterer indsatsen for at mindske de sociale forskelle i rygning, fysisk aktivitet, kost og overvægt højt som led i en generel strategi for større social lighed i sundhed.

Selv om betydningen af livsstil for den sociale ulighed i sundhed for indværende er bedre underbygget end betydningen af psykosociale belastninger, kan man imidlertid ikke konkludere, at indsatser for at reducere psykosociale belastninger er irrelevante i indsatsen for større social lighed i sundhed.

Der er en sammenhæng imellem psykosociale belastninger og livsstil, fordi psykosociale belastninger dels kan fremme usunde vaner som rygning, overspisning og alkoholmisbrug, dels kan udgøre en barriere for ændring af adfærd og vaner, fx at holde op med at ryge. Desuden medvirker sociale forskelle i psykosociale belastninger til dårligere trivsel og livskvalitet hos den dårligst stillede del af befolkningen.

Helbredspåvirkninger i arbejdslivet spiller også en vigtig rolle for den enkeltes sundhed og trivsel. Belastninger i arbejdslivet er nært knyttet til typen af job, der igen

hænger sammen med uddannelsesniveau og placering i jobhierarkiet. Ofte øges de arbejdsmæssige helbredsbelastninger, når man bevæger sig nedad i uddannelses- og jobhierarkiet (35). Forebyggelse af fysisk og psykisk nedslidning og arbejdsrelaterede skader udgør derfor et aspekt af indsatsen for større social lighed i sundhed.

Analyseplan

I det følgende beskrives forskellige aspekter af social ulighed i sundhed i regionens voksne befolkning. Udgangspunktet for analysen er figur 12.1.

Første skridt ved beskrivelse af den sociale ulighed i sundhed er at udvælge kriterierne for at beskrive forskelle i social position. Her er valgt følgende mål for social position:

- Uddannelsesniveau
- Sociogeografi
- Etnisk baggrund

Hver især definerer de væsentlige sociale forskelle i samfundet. Det er derfor relevant at beskrive, i hvilket omfang disse forskelle også gør sig gældende på sundhedsområdet. Samtidig kan opdelingen af befolkningen ud fra uddannelsesniveau, geografiske områders sociale status samt etnisk baggrund bruges ved tilrettelæggelse af konkrete indsatser for større social lighed i sundhed.

Uddannelsesniveau og sociogeografi indgår i analyserne i de foregående kapitler, og noget af informationen fra disse kapitler vil derfor blive gentaget her med det

Boks 12.2

De anvendte definitioner på indvandrere, efterkommere og personer med dansk oprindelse

Indvandrere er født i udlandet. Ingen af forældrene er både danske statsborgere og født i Danmark. Hvis der ikke findes oplysninger om nogen af forældrene, og personen er født i udlandet, opfattes personen også som indvandrer.

Efterkommere er født i Danmark. Ingen af forældrene er både danske statsborgere og født i Danmark. Hvis der ikke findes oplysninger om nogen af forældrene, og personen er udenlandsk statsborger, opfattes personen også som efterkommer. Når en eller begge forældre, der er født i Danmark, opnår dansk statsborgerskab, vil deres børn ikke blive klassificeret som efterkommere, men som personer med dansk oprindelse. Fastholder danskfødte forældre imidlertid begge et udenlandsk statsborgerskab, vil deres børn blive klassificeret som efterkommere.

Personer med dansk oprindelse er personer, uanset fødested, der har mindst én forælder, der både er dansk statsborger og er født i Danmark.

formål at tegne et sammenhængende billede. Der henvises til kapitel 1 for en beskrivelse af disse to variable. Oplysninger om etniske gruppers sundhed indgår derimod kun i dette kapitel. Der skelnes mellem personer med anden etnisk baggrund end dansk og personer med dansk baggrund. Denne opdeling følger Danmarks Statistiks definitioner af indvandrere, efterkommere og personer med dansk oprindelse, jævnfør definitionerne i tekstboks 12.2. Indvandrere og efterkommere slås i det følgende sammen til én gruppe. Der skelnes ikke mellem personer fra vestlige og ikke-vestlige lande på grund af datamaterialets begrænsede omfang. Der er derfor tale om en meget sammensat gruppe med hensyn til sprog, nationalitet og kultur.

Der gennemføres separate analyser for hvert af de tre mål for social position. Analyserne er opdelt i aldersgrupper med henblik på at undersøge, hvorvidt forskellene imellem de sociale grupper varierer med alderen. Er der fx større forskelle mellem lavtuddannede og højtuddannedes rygevaner i de yngre aldersgrupper sammenholdt med de ældre aldersgrupper? Disse oplysninger kan være nyttige ved tilrettelæggelse af det praktiske sundhedsarbejde.

For hvert af de tre sociale positions mål beskrives først sociale forskelle i helbredspåvirkninger opdelt på sundhedsvaner, helbredspåvirkninger i arbejdslivet og generelle psykosociale helbredspåvirkninger. Under sundhedsvaner beskrives desuden sociale forskelle i motivationen for at ændre vaner. Dernæst beskrives sociale forskelle i selvvurderet helbred og sygelighed. Til slut beskrives sociale forskelle i konsekvenser af dårligt helbred. De udvalgte indikatorer oplystes i det følgende med angivelse af forekomster for den voksne befolkning som helhed (25-79 år, dansk etnisk baggrund).

Sundhedsvaner

- *Dagligrygere.* 18 % ryger dagligt.
- *Dyrker ikke motion i fritiden.* 46 % dyrker ikke idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden.
- *Usundt kostmønster.* 12 % har et usundt kostmønster.
- *Svær overvægt.* 16 % er svært overvægtige.

Motivation for at ændre vaner

- *Rygestop.* 72 % af dagligrygerne vil gerne holde op med at ryge.
- *Mere fysisk aktivitet.* Blandt personer, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, vil 66 % gerne være mere fysisk aktive.
- *Sundere kost.* 49 % blandt personer med et usundt kostmønster vil gerne spise sundere.
- *Vægttab.* Blandt personer med svær overvægt ønsker 55 % i høj grad at tabe sig.

Helbredspåvirkninger i arbejdslivet

- *Fysisk slid i arbejdet.* 9 % blandt personer i arbejde (25-64 år) oplever, at arbejdet slider på dem rent fysisk.
- *Psyisk slid i arbejdet.* 9 % blandt personer i arbejde (25-64 år) oplever, at arbejdet slider på dem rent psykisk.
- *Tungt arbejde.* 31 % blandt personer i arbejde (25-64 år) udfører fysisk krævende arbejde i deres hovedbeskæftigelse. Det vil sige stående eller gående arbejde med en del løfte- og bærearbejde eller tungt eller hurtigt arbejde, som er anstrengende.
- *Ulykker og uheld i arbejdstiden.* 4 % har inden for de seneste 12 måneder været udsat for ulykker eller uheld i arbejdstiden, som gjorde det besværligt eller umuligt for dem at udføre deres daglige gøremål.

Generelle psykosociale helbredspåvirkninger

- *Ikke i arbejde.* Manglende deltagelse i arbejdslivet vil for personer i den erhvervsaktive alder ofte være en belastning, både i form af tab af status og social tilknytning samt af indkomst. 17 % i den erhvervsaktive alder (25-64 år) oplyser, at de ikke er i arbejde. Heri er ikke medregnet personer under uddannelse og på efterløn.
- *Mangel på social støtte.* På spørgsmålet: "Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?" har 13 % svaret nogle gange, næsten aldrig eller aldrig. De betegnes her som personer med svag social støtte.
- *Belastende livsomstændigheder.* Deltagerne i undersøgelsen er blevet spurgt, om de inden for de seneste 12 måneder har følt sig belastet af: (1) Deres boligsituation (2) Deres økonomi (3) Deres arbejdssituation (4) Forholdet til deres partner (5) Forholdet til familie og venner (6) Sygdom hos dem selv (7) Sygdom hos partner, familie eller nære venner (8) Dødsfald blandt de nærmeste (9) Andet. Svarmulighederne ved hvert af de ni spørgsmål var nej, ja lidt, ja end del og ja meget. Her er opgjort, hvor stor en andel der har været en del eller meget belastet af mindst ét af de nævnte forhold. 23 % af befolkningen angiver at have oplevet belastende livsomstændigheder.
- *Højt stressniveau.* En score på Perceived Stress Scale på 16 eller derover betegnes her som et højt stressniveau. 24 % af befolkningen har et højt stressniveau.

Selvvurderet helbred og sygelighed

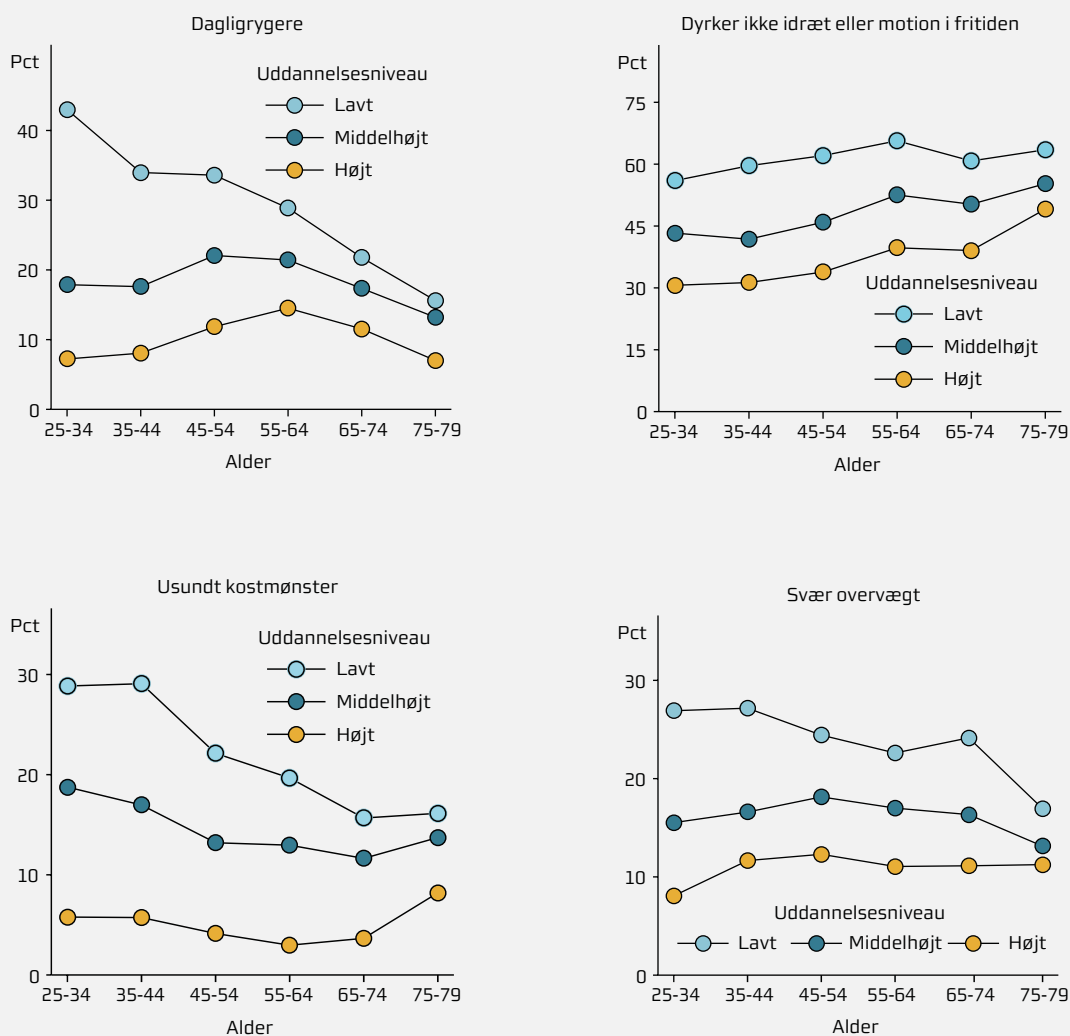
- *Dårligt selvvurderet helbred.* 14 % vurderer deres eget helbred som nogenlunde, dårligt eller meget dårligt. De betegnes her som personer med dårligt selvvurderet helbred.

- *Livstruende kroniske sygdomme.* Der er foretaget en opgørelse af, hvor mange der har eller har eftervirkninger af mindst én af følgende sygdomme: Hjertekrampe, blodprop i hjertet, hjerneblødning/blodprop i hjernen, sukkersyge, kræft og kronisk bronkitis/for store lunger/rygerlunger. De betegnes som potentielt livstruende kroniske sygdomme. 14 % af befolkningen har en eller flere af disse sygdomme.
- *Psykiske og/eller bevægeapparatslidelser.* Der er lavet en opgørelse af, hvor mange der har mindst én psykisk lidelse eller en sygdom i bevægeapparatet. Disse sygdomme er væsentlige årsager til nedsat funktionsevne og livskvalitet samt til at mange personer i den erhvervsaktive alder mister tilknytningen til arbejdsmarkedet, jævnfør kapitel 11. Følgende sygdomme indgår i opgørelsen: slidgigt, leddegigt, knogleskørhed, diskusprolaps/anden rygsygdom, psykisk lidelse – mindre end 6 måneder, psykisk lidelse – mere end 6 måneder. 36 % af befolkningen har en eller flere af disse sygdomme.
- *Fire eller flere kroniske sygdomme.* 11 % i den voksne befolkning har fire eller flere kroniske sygdomme eller eftervirkninger af disse. Se kapitel 8 for en beskrivelse af, hvilke sygdomme, der indgår i opgørelsen.

Konsekvenser af dårligt helbred

- *Brug for hjælp til dagligdagens gøremål.* Blandt personer med dårligt selv vurderet helbred har 40 % brug for hjælp til et eller flere af dagligdagens gøremål. Se kapitel 10 for en beskrivelse af de spørgsmål, der er anvendt til at belyse behovet for hjælp.
- *Ikke i arbejde.* Blandt personer med dårligt selv vurderet helbred er 55 % af personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år) ikke i arbejde. Heri er ikke medregnet personer under uddannelse eller på efterløn.
- *Nedsat arbejdsevne.* Blandt personer med dårligt selv vurderet helbred vurderer 73 %, at de har nedsat arbejdsevne (en del eller meget). Se kapitel 11 for en beskrivelse af spørgsmålet om selv vurderet arbejdsevne.
- *Ejebolig.* At bo i ejerbolig bruges her som indikator for økonomiske ressourcer. 75 % af den voksne befolkning bor i ejerbolig. Blandt personer med dårligt selv vurderet helbred bor 60 % i ejerbolig. Blandt personer med godt selv vurderet helbred er det 77 %.

FIGUR 12.2
Uddannelse og sundhedsvaner



Uddannelsesniveau og sundhed

Dette afsnit handler om sammenhængen mellem uddannelsesniveau og sundhed. Analyserne omfatter personer i alderen 25-79 år med dansk etnisk baggrund. Der skelnes mellem tre uddannelsesniveauer: 16 % har et lavt uddannelsesniveau, 51 % har et middelhøjt uddannelsesniveau og 31 % har et højt uddannelsesniveau. Uddannelsesniveauet er ukendt hos 2 %. Der er en betydelig forskel i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer, hvilket afspejler uddannelseseksplosionen i det foregående halve århundrede. Gennemsnitsalderen er 59 år blandt de lavtuddannede, 51 år blandt personer med et middelhøjt uddannelsesniveau og 46 år blandt højtuddannede. Da der ved en del af de beskrevne indikatorer er en stærk sammenhæng med alder, angives det, hvorvidt de observerede forskelle ændres ved justering for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer.

de tre uddannelsesniveauer. Som det fremgår af figur 12.2 er forskellen især markant blandt yngre og midaldrende. I aldersgruppen 25-34 år har 29 % af de lavtuddannede, 19 % med et middelhøjt uddannelsesniveau og 6 % med et højt uddannelsesniveau således et usundt kostmønster. I aldersgruppen 75-79 år er andelen med et usundt kostmønster på de tre uddannelsesniveauer 16 %, 14 % og 8 %.

Svær overvægt. Der er en markant sammenhæng mellem uddannelsesniveau og svær overvægt. 23 % blandt de lavtuddannede, 17 % blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau og 11 % med højt uddannelsesniveau er svært overvægtige. Forskellene er stort set uændrede, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer. Som det fremgår af figur 12.2 er forskellen størst blandt de yngste aldersgrupper. I aldersgruppen 25-34 år er 27 % af de lavtuddannede, 16 % blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau og 8 % blandt højtuddannede således svært overvægtige.

Sundhedsvaner

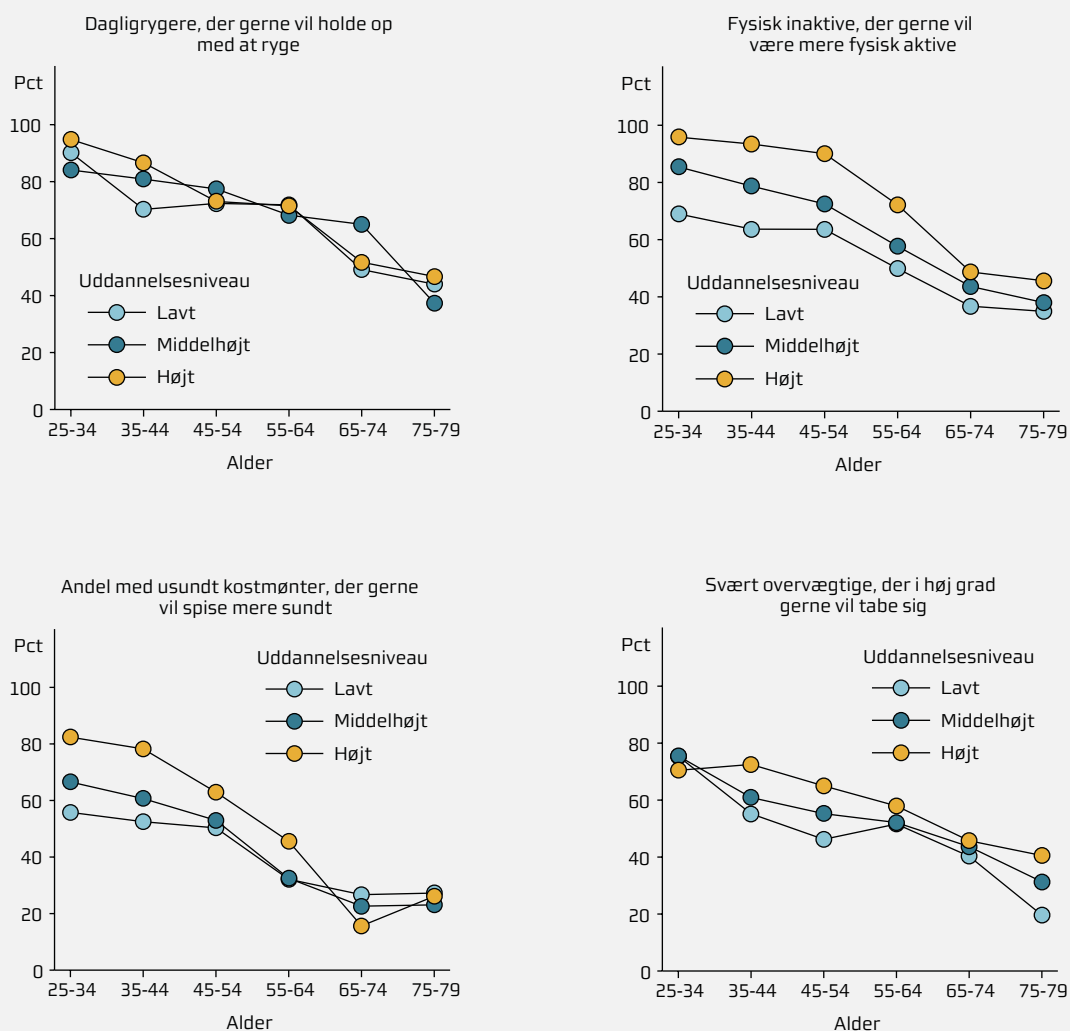
Dagligrygere. Der er en stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og rygning. 27 % blandt de lavtuddannede ryger mod 19 % blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau og 10 % blandt personer med højt uddannelsesniveau. Forskellene er uændrede, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer. Som det fremgår af figur 12.2 er forskellen især markant blandt yngre og midaldrende. I aldersgruppen 25-34 år er der således 43 % af de lavtuddannede, der ryger dagligt, mens 18 % med et middelhøjt uddannelsesniveau og 7 % med et højt uddannelsesniveau er dagligrygere. I aldersgruppen 55-64 år er andelen af dagligrygere på de tre uddannelsesniveauer 29 %, 21 % og 15 % og i aldersgruppen 75-79 år 16 %, 13 % og 7 %.

Dyrker ikke motion i fritiden. Der er en stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og idræt eller motion i fritiden. 62 % blandt de lavtuddannede dyrker ikke idræt eller regelmæssig motion i fritiden, mens tallene er 47 % for personer med middelhøjt uddannelsesniveau og 34 % for højtuddannede. Forskellene er stort set uændrede, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer. Som det fremgår af figur 12.2 stiger andelen, der ikke er fysisk aktive i fritiden, med alderen på alle uddannelsesniveauer. Forskellen mellem uddannelsesniveauerne er stort set den samme over hele aldersspektret.

Usundt kostmønster. Der er en stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og kostvaner. Der er 20 % blandt de lavtuddannede, der har et usundt kostmønster, 15 % blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau og 5 % blandt højtuddannede. Forskellene er uændrede, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem

FIGUR 12.3

Uddannelse og motivation for at ændre vaner



Motivation for ændring af sundhedsvaner

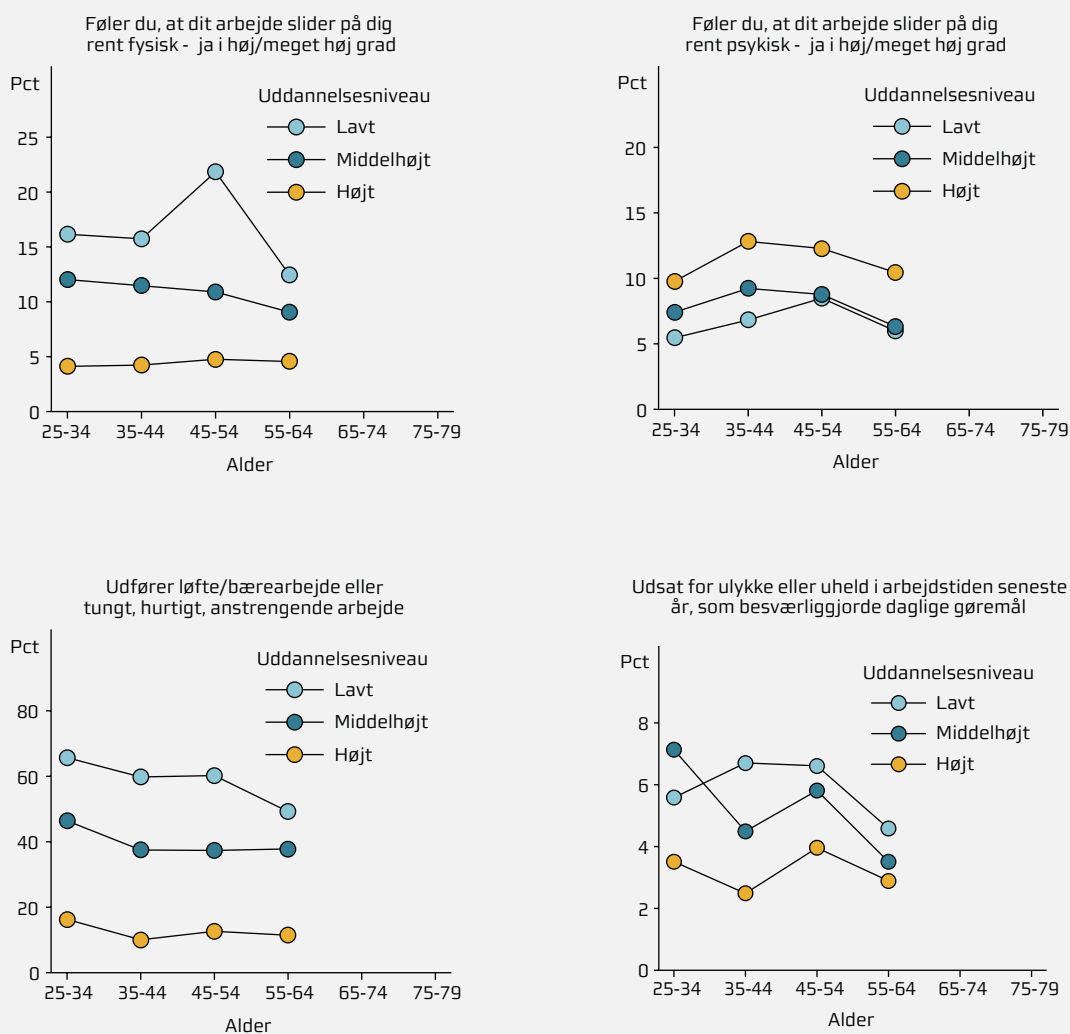
Rygestop. Der er generelt stor motivation hos daglig-rygerne for at holde op med at ryge. Motivationen stiger lidt med uddannelsesniveauet. 66 % af dagligrygerne blandt de lavtuddannede vil gerne holde op med at ryge. Hos personer med middelhøjt uddannelsesniveau er det tilsvarende tal 74 %, og blandt de højtuddannede er det 77 %. Forskellene mindskes lidt, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer. Som det fremgår af figur 12.3 falder motivationen med alderen på alle uddannelsesniveauer.

Mere fysisk aktivitet. Der er generelt stor motivation for at være mere fysisk aktiv hos personer, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden. Motivationen stiger med uddannelsesniveauet. 49 % blandt de lavtuddannede, der ikke dyrker regelmæssig motion i fritiden, vil gerne være mere fysisk aktive. Den tilsvarende andel er 66 % hos personer med et middelhøjt uddannelsesniveau og 82 % hos personer med et højt uddannelsesniveau. Forskellene mindskes lidt, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer. Det fremgår af figur 12.3, at andelen er faldende med alderen på alle uddannelsesniveauer. Endvidere ses det, at forskellen er størst blandt yngre og midaldrende.

Sundere kost. Halvdelen af de personer, der har et usundt kostmønster, vil gerne spise sundere. 39 % af de lavtuddannede med et usundt kostmønster vil gerne spise sundere. Den tilsvarende andel er 49 % hos personer med et middelhøjt uddannelsesniveau og 67 % hos personer med et højt uddannelsesniveau. Forskellene reduceres væsentligt, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer og er ikke længere statistisk signifikante. Det fremgår af figur 12.3, at motivationen for at spise sundere aftager markant med alderen. Desuden ses det, at forskellen er størst i de yngste aldersgrupper.

Vægttab. Der er en høj motivation for at tabe sig blandt personer med svær overvægt. Motivationen stiger med stigende uddannelsesniveau. Hos lavtuddannede ønsker 46 % af de svært overvægtige i høj grad at tabe sig. Den tilsvarende andel er 56 % hos personer med middelhøjt uddannelsesniveau og 64 % hos højtuddannede. Forskellene reduceres noget, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer. Det fremgår af figur 12.3, at der ikke er forskel i motivation i den yngste aldersgruppe (25-34 år), hvor 70-75 % af alle svært overvægtige ønsker at tabe sig. Den største forskel i motivation ses hos de midaldrende (35-44 og 45-54 år) og de ældste (75-79 år). For alle uddannelsesniveauer gælder, at motivationen falder med alderen.

FIGUR 12.4
Uddannelse og helbredspåvirkninger i arbejdslivet



Helbredspåvirkninger i arbejdslivet

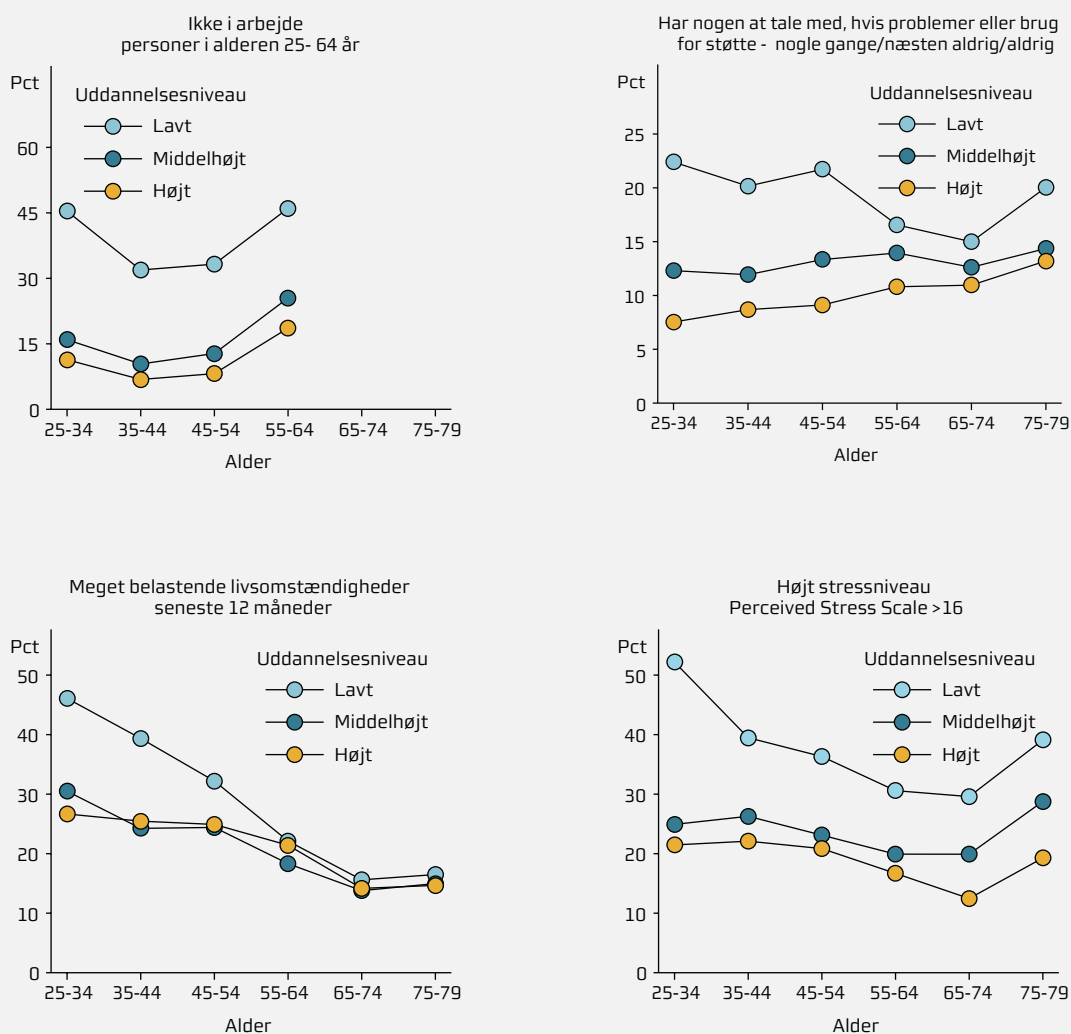
Arbejdet slider fysisk. Andelen, der oplever, at arbejdet slider på dem rent fysisk, falder fra 17 % hos lavtuddannede til 11 % hos middelhøjt uddannede og 4 % hos højtuddannede. Forskellene er uændrede, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer. Som det fremgår af figur 12.4 ses de største forskelle hos de 45-54-årige, hvor hele 22 % af de lavtuddannede mod 5 % hos de højtuddannede oplever, at arbejdet slider fysisk.

Arbejdet slider psykisk. Andelen, der oplever, at arbejdet slider på dem rent psykisk, øges fra 7 % hos lavtuddannede til 8 % hos middelhøjt uddannede og 11 % hos højtuddannede. Der er således en omvendt social gradient. Forskellene er uændrede, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer. Som det fremgår af figur 12.4, er det i aldersgrupperne 35-44 og 45-54 år, at flest oplever, at arbejdet slider psykisk uanset uddannelsesniveau.

Udfører tungt arbejde. Der er 57 % blandt de lavtuddannede, der i deres hovedbeskæftigelse udfører stående eller gående arbejde med en del løfte- og bærearbejde eller som udfører tungt eller hurtigt arbejde, som er anstrengende. Den tilsvarende andel er 39 % hos personer med middelhøjt uddannelsesniveau og 13 % blandt personer med et højt uddannelsesniveau. Forskellene er uændrede, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer. Det fremgår af figur 12.4, at andelen med fysisk krævende arbejde er størst hos de 25-34-årige på alle tre uddannelsesniveauer.

Ulykker og uheld i arbejdstiden. 6 % blandt de lavtuddannede har inden for de seneste 12 måneder været udsat for ulykker eller uheld i arbejdstiden, som gjorde det besværligt eller umuligt for dem at udføre deres daglige gøremål. Den tilsvarende andel er 5 % hos personer med middelhøjt uddannelsesniveau og 3 % blandt personer med et højt uddannelsesniveau. Forskellene er uændrede, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer. Figur 12.4 viser at andelen blandt personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau, der har været udsat for ulykker/uheld på arbejde, er størst i aldersgrupperne 25-34, 35-44 og 45-54 år. Blandt personer med højt uddannelsesniveau er forekomsten størst i aldersgrupperne 25-34 år og 45-54 år.

FIGUR 12.5
Uddannelse og generelle psykosociale belastninger



Generelle psykosociale helbredspåvirkninger

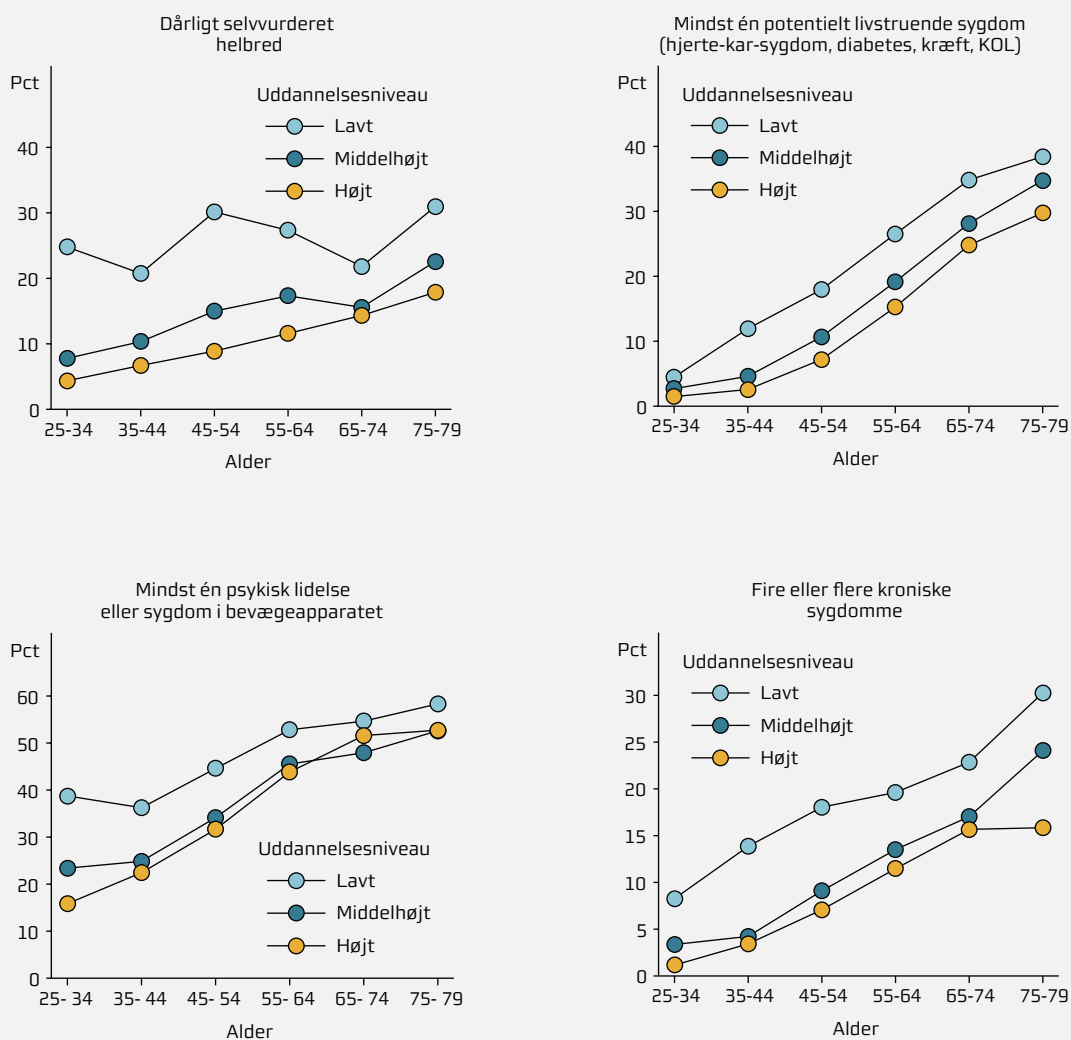
Ikke i arbejde. Der er en stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og hvorvidt man er i arbejde eller ej blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år). Der er 39 % af de lavtuddannede, der ikke er i arbejde, 15 % blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau og 11 % af de højtuddannede. Heri er ikke medregnet studerende og personer på efterløn. Forskellene er uændrede, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer. Det fremgår af figur 12.5, at gruppen af lavtuddannede skiller sig ud fra resten ved at have en større andel, der ikke er i arbejde. For alle uddannelsesgrupper gælder, at andelen, der ikke er i arbejde, er størst hos de yngste og ældste (25-34 og 55-64 år). 46 % af de lavtuddannede i alderen 55-64 år er ikke i arbejde.

Manglende social støtte. Andelen med svag social støtte, det vil sige personer, der sjældent eller aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller har brug for støtte, er 18 % hos personer med lavt uddannelsesniveau, 13 % hos personer med middelhøjt uddannelsesniveau og 9 % hos højtuddannede. Forskellene er uændrede, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer. Der er således en tydelig uddannelsesgradient i forhold til social støtte. Desuden bemærker man i figur 12.5, at andelen med svag social støtte stiger med alderen hos personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau, mens den omvendte tendens ses for de lavtuddannede. Forskellen mellem uddannelsesniveauerne er derfor markant større i de yngre end i de ældre aldersgrupper.

Belastende livsomstændigheder. Der er ikke væsentlige forskelle i forhold til uddannelsesniveau i andelen, der har oplevet belastende livsomstændigheder inden for de seneste 12 måneder, når man sammenligner grupperne som helhed (henholdsvis 25 %, 22 % og 24 % fra laveste til højeste uddannelsesniveau). Forskellene øges noget, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer. Når man deler op på aldersgrupper, ses imidlertid et tydeligt mønster, jævnfør figur 12.5, idet der er en betydelig højere andel blandt yngre og midaldrende med lavt uddannelsesniveau end på de to andre uddannelsesniveauer, der har oplevet belastninger. Fx har 46 % af de lavtuddannede i alderen 25-34 år oplevet belastende livsomstændigheder mod 27 % blandt de højtuddannede. De hyppigste belastninger har i nævnte rækkefølge været personens arbejdssituation, økonomi samt sygdom hos personen selv og sygdom hos partner, familie eller nære venner. Generelt sker der et fald med alderen i andelen med belastende livsomstændigheder til og med den næstældste aldersgruppe (65-74 år). For befolkningen som helhed er der kun halvt så mange med belastende livsomstændigheder blandt de 75-79-årige i forhold til de 25-34-årige.

Højt stressniveau. Der er en stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og stress. Andelen med højt stressniveau blandt lavtuddannede er 35 %, blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau 23 % og 20 % blandt personer med højt uddannelsesniveau. Andelen med højt stressniveau blandt lavtuddannede øges noget, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer. Figur 12.5 viser, at andelen med et højt stressniveau er størst blandt yngre (25-34 år) med lavt uddannelsesniveau. Mere end halvdelen i denne gruppe har et højt stressniveau. Den laveste andel med højt stressniveau finder man blandt personer med højt uddannelsesniveau i aldersgrupperne 55-64 og 65-74 år med henholdsvis 17 og 12 %.

FIGUR 12.6
Uddannelse og selv vurderet helbred og sygelighed



Selvurderet helbred og sygelighed

Dårligt selvvurderet helbred. Der er en betydelig sammenhæng mellem uddannelsesniveau og dårligt selvvurderet helbred. Andelen med dårligt selvvurderet helbred er 26 % blandt lavtuddannede, 14 % blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau og 8 % blandt højtuddannede. Der er således tre gange så mange med dårligt selvvurderet helbred blandt lavt- end blandt højtuddannede. Forskellen er stort set uændret, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer. Det fremgår af figur 12.6, at der sker en tre-firedobling af andelen med dårligt helbred fra de yngste til de ældste aldersgrupper blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Den samme tydelige sammenhæng ses ikke blandt de lavtuddannede, idet andelen med dårligt selvvurderet helbred her også er stor blandt de yngre aldersgrupper.

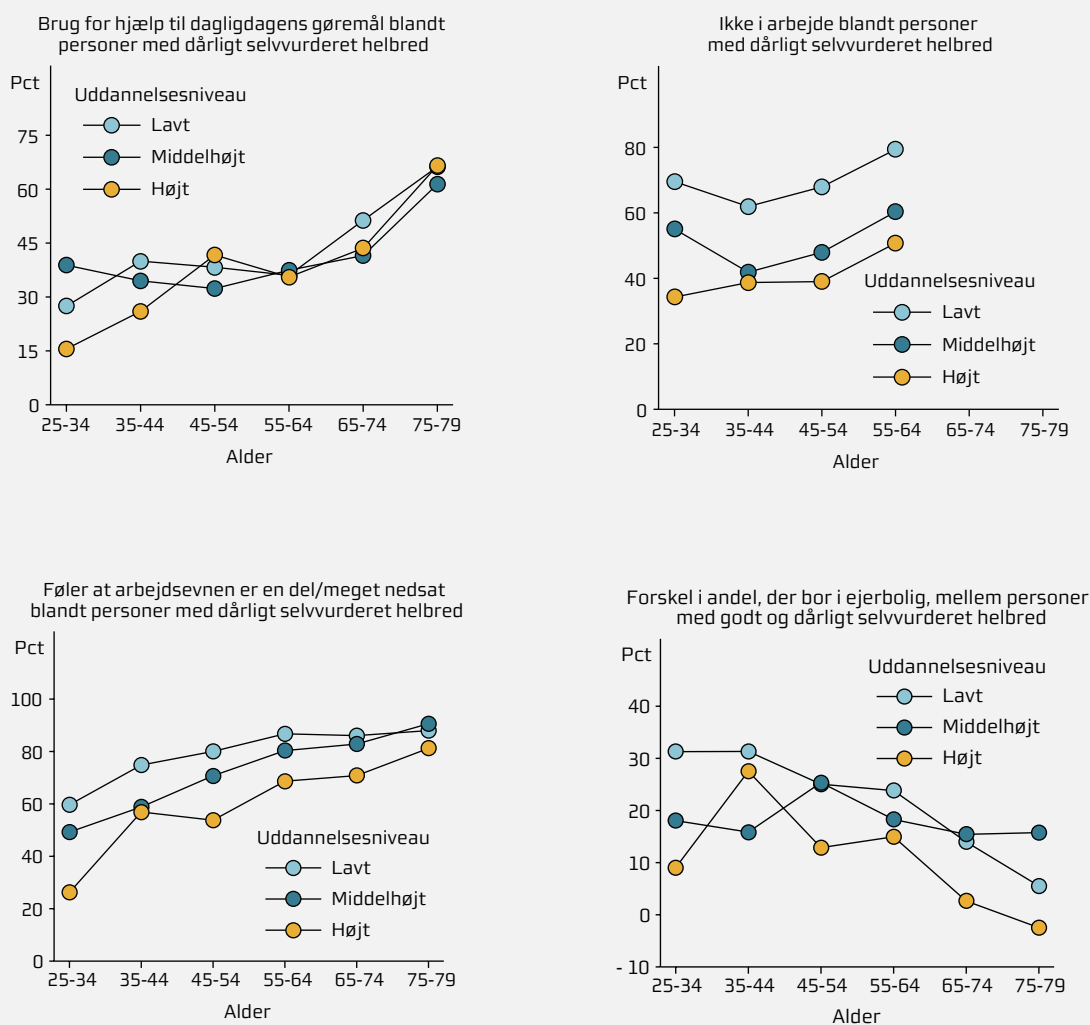
Livstruende kroniske sygdomme. Der er en betydelig forskel i andelen med en potentielt livstruende sygdom, når man sammenholder de tre uddannelsesniveauer. Blandt personer med lavt uddannelsesniveau har 26 % en potentielt livstruende sygdom, mens det blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau er 14 % og det blandt højtuddannede er 8 %. Forekomsten er således mere end tre gange så stor hos lavtuddannede sammenlignet med højtuddannede. Efter justering for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer er forekomsten dobbelt så stor hos lavtuddannede sammenlignet med højtuddannede. Figur 12.6 viser, at der for samtlige uddannelsesgrupper sker en kraftig øgning af andelen med potentielt livstruende sygdomme med alderen.

Psykelige og/eller bevægeapparatslidelser. Blandt personer med lavt uddannelsesniveau har 50 % én eller flere psykiske lidelser eller sygdomme i bevægeapparatet, mens det blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau er 36 % og 30 % blandt højtuddannede. Efter justering for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer udjævnes forskellen mellem middelhøjt og højtuddannede, mens der stadig er en betydelig forskel i sygdomsforekomst mellem gruppen af lavtuddannede og de to andre grupper. Det fremgår af figur 12.6, at der blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau sker en kraftig øgning i andelen med psykiske eller bevægeapparatslidelser med alderen. Der sker også en stigning blandt de lavtuddannede, men mere afdæmpet, idet der er en betydelig sygelighed allerede blandt de yngre grupper. Således har mere end dobbelt så mange psykiske eller bevægeapparatslidelser hos de lavtuddannede i aldersgruppen 25-34 år (39 %) sammenholdt med de højtuddannede i samme aldersgruppe (16 %).

Fire eller flere kroniske sygdomme. Der er tre gange så stor en andel med fire eller flere kroniske sygdomme blandt de lavtuddannede sammenholdt med de højtuddannede. Der er 20 % med fire eller flere kroniske sygdomme i gruppen af lavtuddannede, 10 % blandt personer med et middelhøjt uddannelsesniveau og 6 % blandt højtuddannede. Denne forskel reduceres kun en smule, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer. Det fremgår af figur 12.6, at der er en voksende andel med fire eller flere kroniske sygdomme fra yngste til ældste aldersgruppe på alle tre uddannelsesniveauer. Det fremgår endvidere, at de væsentligste forskelle findes mellem de lavtuddannede på den ene side og personer med et middelhøjt og højt uddannelsesniveau på den anden siden inden for alle aldersgrupper på nær hos den ældste (75-79 år), hvor der er betydelig forskel i sygelighed mellem alle tre uddannelsesniveauer.

FIGUR 12.7

Uddannelse og konsekvenser af dårligt helbred



Konsekvenser af dårligt helbred

Brug for hjælp til dagligdagens gøremål. Andelen, der har brug for hjælp til dagligdagens gøremål blandt personer med dårligt selv vurderet helbred, varierer med uddannelsesniveauet. Blandt de lavtuddannede er det 44 %, blandt personer med et middelhøjt uddannelsesniveau er det 38 % og blandt de højtuddannede er det 35 %. Når der justeres for forskelle i alderssammensætning, reduceres forskellene, og de er ikke længere statistisk signifikante. Det fremgår af figur 12.7, at der på alle tre uddannelsesniveau er en højere andel, der har brug for hjælp, blandt de ældste aldersgrupper, 65-74 og 75-79 år.

Ikke i arbejde. Blandt personer med dårligt selv vurderet helbred er der en betydelig forskel på andelen, der ikke er i arbejde i forhold til uddannelsesniveau. Blandt de lavtuddannede med dårligt helbred er 71 % ikke i arbejde. Blandt personer med et middelhøjt uddannelsesniveau er det 51 %, og blandt de højtuddannede er det 42 %. Heri er ikke medregnet studerende og personer på efterløn. Når der justeres for forskelle i alderssammensætning, er forskellene uændrede. Som det fremgår af figur 12.7, er forskellen størst blandt de yngste (25-34 år), hvor dobbelt så mange lavtuddannede med dårligt selv vurderet helbred ikke er i arbejde sammenholdt med højtuddannede.

Nedsat arbejdsevne. Blandt personer med dårligt selv vurderet helbred er der flest blandt de lavtuddannede og færrest blandt de højtuddannede, der oplever, at deres arbejdsevne er nedsat. Blandt de lavtuddannede har 83 % nedsat arbejdsevne, blandt personer med et middelhøjt uddannelsesniveau er det 73 % og blandt de højtuddannede er det 58 %. Disse forskelle reduceres kun lidt, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer. Det fremgår af figur 12.7, at der på alle uddannelsesniveauer er en stigende andel med nedsat arbejdsevne fra yngste til ældste aldersgruppe. Forskellene i andelen med nedsat arbejdsevne er størst blandt de yngste aldersgrupper.

Ejerbolig. Færre personer med dårligt selv vurderet helbred bor i ejerbolig i forhold til personer med godt selv vurderet helbred. Forskellen aftager imidlertid med stigende uddannelsesniveau. Blandt lavtuddannede er forskellen 20 procentpoint, blandt personer med et middelhøjt uddannelsesniveau 17 procentpoint og blandt højtuddannede 7 procentpoint. Figur 12.7 viser, at forskellen mellem personer med godt og dårligt helbred i andelen, der bor i ejerbolig, falder med alderen. Den største forskel finder man blandt lavtuddannede i aldersgrupperne 25-34 og 35-44 år.

Sammenfatning

Sundhedsvaner. Som nævnt tidligere i kapitlet tyder nye forskningsresultater på, at livsstil forklarer mere af de sociale forskelle i sundhed end hidtil antaget, og at indsatsen for at reducere disse forskelle derfor er vigtig i indsatsen for større social lighed i sundhed. De her præsenterede analyser viser, at andelen, der ryger dagligt, er fysisk inaktive i fritiden, har et usundt kostmønster og er svært overvægtige falder markant for hvert trin, man bevæger sig opad i uddannelsesniveau. For rygning, usundt kostmønster og svær overvægt gælder desuden, at forskellene mellem uddannelsesniveauerne er størst blandt den yngre og midaldrende del af befolkningen.

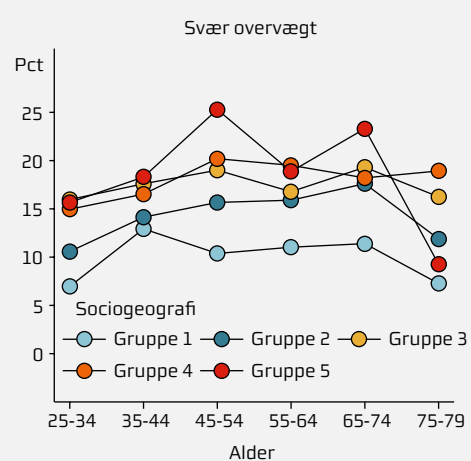
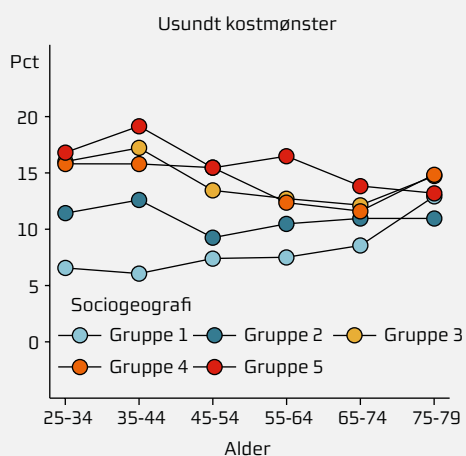
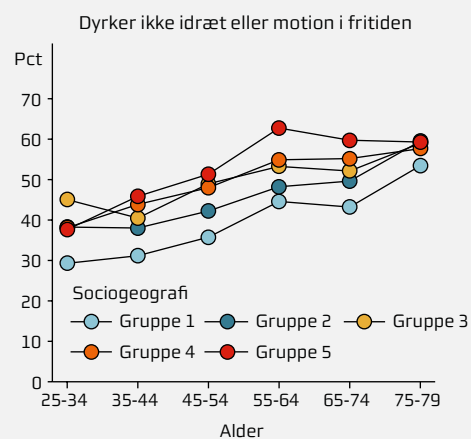
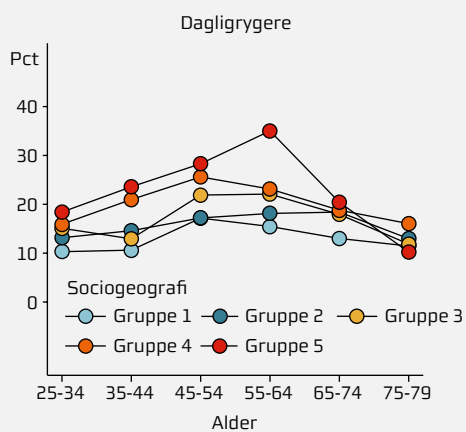
Motivation for at ændre sundhedsvaner. Generelt stiger motivationen for at ændre sundhedsvaner lidt med uddannelsesniveauet. Tallene viser imidlertid, at der også hos den lavtuddannede del af befolkningen er en betydelig motivation til stede for at ændre sundhedsvaner. To ud af tre lavtuddannede dagligrygere vil gerne holde op med at ryge. Blandt lavtuddannede personer, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, ønsker halvdelen at være mere fysisk aktive. Blandt lavtuddannede personer med et usundt kostmønster ønsker fire ud af ti at spise sundere. Blandt lavtuddannede svært overvægtige ønsker knapt halvdelen at tabe sig.

Helbredspåvirkninger i arbejdslivet. De fysiske belastninger og risikoen for ulykker og uheld i arbejdslivet aftager markant for hvert trin, man bevæger sig opad i uddannelseshierarkiet. Til gengæld stiger andelen, der oplever, at arbejdet slider rent psykisk med stigende uddannelsesniveau. Forskellene mellem uddannelsesniveauerne er dog betydeligt mindre ved de psykiske end ved de fysiske belastninger og ulykkesrisikoen.

Generelle psykosociale helbredspåvirkninger. Det generelle billede er, at de lavtuddannede er betydeligt mere udsatte for psykosociale belastninger end personer med et middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Især de yngre aldersgrupper blandt de lavtuddannede udgør en sårbar gruppe med en høj andel, der ikke er i arbejde, der mangler social støtte, som lever under belastende livsomstændigheder og som har et høj stressniveau. Inden for tre af de fire psykosociale faktorer, der er med i analysen, ses endvidere en tendens til, at der er et højt belastningsniveau blandt lavtuddannede ældre.

Selv vurderet helbred og sygelighed. Der er betydelige uddannelsesmæssige forskelle i selv vurderet helbred og sygelighed. Generelt falder sygeligheden med uddannelseslængden. Sygeligheden falder for hvert trin, man bevæger sig opad i uddannelsesniveau, men forskellen er især markant mellem de lavtuddannede på den ene side og personer med et middelhøjt og højt uddannelsesniveau på den anden side. Der er især påfaldende, at en stor andel af de lavtuddannede i de yngre aldersgrupper har et dårligt selv vurderet helbred og psykiske eller bevægeapparatslidelser.

FIGUR 12.8
Sociogeografi og sundhedsvaner



Konsekvenser af dårligt helbred. Der er 14 % af befolkningen, som vurderer deres eget helbred som dårligt. De adskiller sig fra den øvrige befolkning ved, at en større andel har brug for hjælp til at udføre dagligdagens gøremål, er uden arbejde, har nedsat arbejdsevne og bor i lejebolig. Konsekvenserne af dårligt selv vurderet helbred øges tilsyneladende, når man bevæger sig nedad i uddannelseshierarkiet. Især er der store forskelle mellem uddannelsesniveauerne med hensyn til tilknytning til arbejdsmarkedet blandt personer i den erhvervsaktive alder. Lavere uddannelsesniveau er ligeledes forbundet med en højere andel, der vurderer arbejdsevnen som nedsat. Også med hensyn til økonomiske ressourcer synes dårligt selv vurderet helbred at have konsekvenser, idet en mindre andel blandt personer med dårligt selv vurderet helbred ejer deres egen bolig sammenholdt med personer med godt selv vurderet helbred. Forskellene er størst hos lavtuddannede og mindst hos højtuddannede. Det skal dog understreges, at analyserne bygger på tvær snitsdata, hvorfor det ikke er muligt at sige noget om årsagssammenhænge.

Sociogeografi og sundhed

Dette afsnit beskriver sammenhængen mellem sociogeografi og sundhed.

Region Midtjylland er i nærværende undersøgelse opdelt i fem sociogeografiske grupper på tværs af kommuner. Områderne i sociogeografisk gruppe 1 er de bedst stillede, mens områderne i sociogeografisk gruppe 5 er de dårligst stillede. Opdelingen er foretaget ud fra følgende kriterier: (1) Andel med kort uddannelse (2) Andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (3) Gennemsnitlig bruttoindkomst. Se kapitel 1 for en nærmere beskrivelse af opdelingen. Se endvidere kapitel 13, hvor opdelingen af de enkelte kommuner er beskrevet.

Lokalområdet, hvor mennesker bor, udgør for de fleste "den lille verden", hvor de færdes i dagligdagen og har en større eller mindre del af deres sociale netværk. De benytter områdets service og faciliteter så som butikker, institutioner og rekreative områder og føler en eller anden grad af tilknytning til området. På den måde udgør lokalområdet en vigtig ramme om borgernes liv.

Ud over at repræsentere en skala fra de bedst til de dårligst stillede områder adskiller de fem sociogeografiske områder sig også i andre henseender fra hinanden.

Urbanisering: Gruppe 1 og gruppe 5 er de mest urbaniserede områder. Her bor ni ud af ti i bymæssige områder. Gruppe 3 er den mindst urbaniserede. Her bor fire ud af ti i en landsby eller på landet.

Etnisk sammensætning: I gruppe 5 er en ud af fem af anden etnisk oprindelse end dansk mod en ud af sytten i de andre fire grupper set under ét.

Ejerbolig: I gruppe 5 er det kun en tredjedel, der ejer deres bolig selv, mod syv ud af ti i de øvrige grupper set under ét.

Samlivssituation: I gruppe 5 er lidt mindre end halvdelen gift/samlevende mod to tredjedele i gruppe 1-3 set under et og lidt færre i gruppe 4.

Vold og trusler: Andelen, der har været udsat for vold eller trusler inden for de foregående 12 måneder stiger trinvist fra gruppe 1 med 2,8 % til gruppe 5 med 4,6 %.

Der er kun mindre forskelle i gennemsnitsalder mellem beboerne i de fem grupper (25-79 år).

Sundhedsvaner

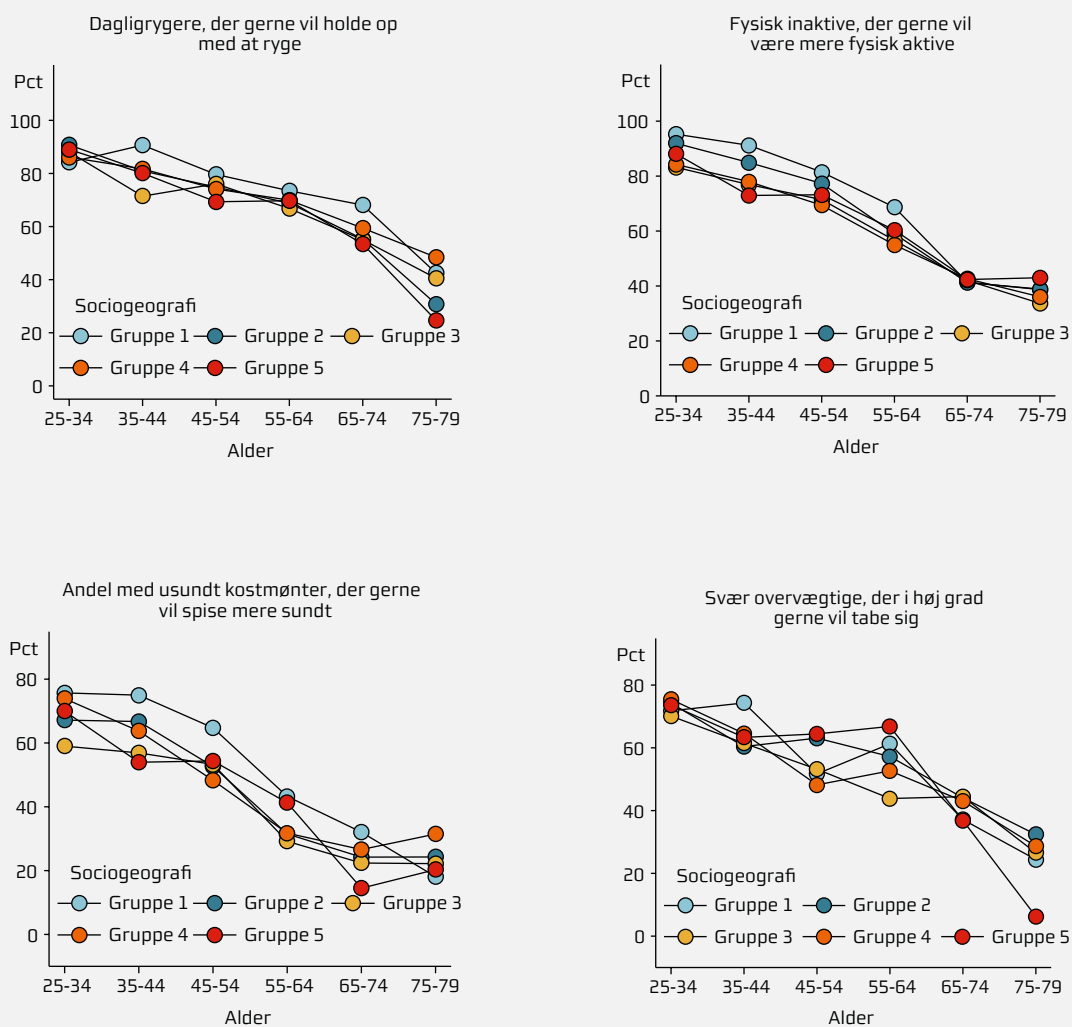
Dagligrygere. Andelen af dagligrygere øges trinvist fra de bedst stillede til de dårligst stillede geografiske områder. Således er der 13 % dagligrygere i gruppe 1, 16 % i gruppe 2, 18 % i gruppe 3, 21 % i gruppe 4 og 24 % i gruppe 5. Det fremgår af figur 12.8, at der er en betydelig spredning i andelen af dagligrygere på tværs af sociogeografiske grupper i de enkelte aldersgrupper. Forskellen er størst i de midterste aldersgrupper (35-44, 45-54 og 55-64 år).

Dyrker ikke idræt eller motion i fritiden. Andelen af fysisk inaktive i fritiden øges trinvist fra de bedst stillede til de dårligst stillede geografiske områder. Således er 37 % i gruppe 1 fysisk inaktive i fritiden, 44 % i gruppe 2, 49 % i gruppe 3 og 4 og 51 % i gruppe 5. Som det fremgår af figur 12.8, er der en betydelig spredning på tværs af sociogeografiske grupper inden for de enkelte aldersgrupper.

Usundt kostmønster. Andelen med et usundt kostmønster øges trinvist fra de bedst stillede til de dårligst stillede geografiske områder. Således har 7 % i gruppe 1 et usundt kostmønster, 11 % i gruppe 2, 14 % i gruppe 3 og 4 og 16 % i gruppe 5. Som det fremgår af figur 12.8, er der en betydelig spredning på tværs af sociogeografiske grupper inden for de enkelte aldersgrupper, især blandt de yngre og midaldrende.

Svær overvægt. Andelen med svær overvægt øges trinvist fra de bedst stillede til de dårligst stillede geografiske områder. Således er 10 % i gruppe 1 svært overvægtige, 15 % i gruppe 2, 18 % i gruppe 3 og 4 og 19 % i gruppe 5. Som det fremgår af figur 12.8, er der en betydelig spredning på tværs af sociogeografiske grupper inden for de enkelte aldersgrupper. De største forskelle ses i aldersgruppen 45-54 år, hvor 10 % i gruppe 1 er svært overvægtige mod 25 % i gruppe 5.

FIGUR 12.9
Sociogeografi og motivation for at ændre vaner



Motivation for at ændre vaner

Rygestop. Der er ikke væsentlig forskelle i motivationen til rygestop blandt dagligrygere i forhold til geografiske områder. Dog er motivationen lidt højere i gruppe 1, hvor 78 % af dagligrygerne ønsker at stoppe. I de øvrige grupper er den tilsvarende andel 70-73 %. Det fremgår af figur 12.9, at motivationen for rygeophør falder med alderen i alle sociogeografiske grupper.

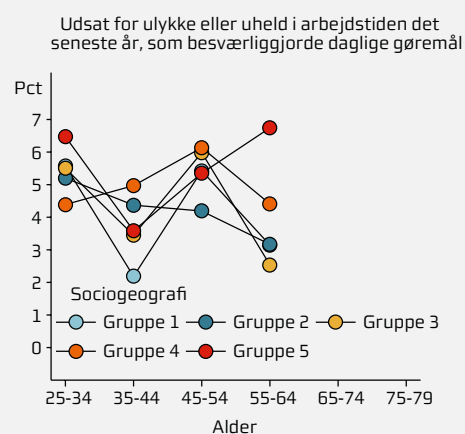
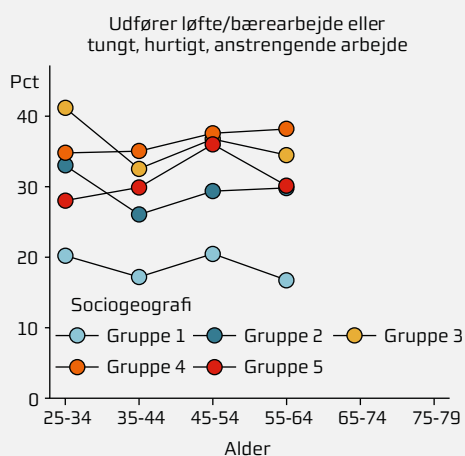
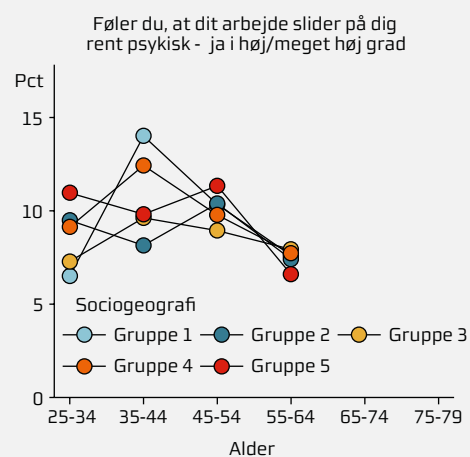
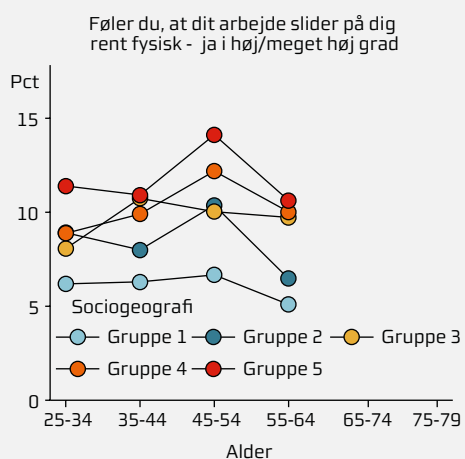
Mere fysisk aktivitet. Der er stor motivation til at være mere fysisk aktiv hos personer, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, i alle geografiske områder. Motivationen er dog størst i de bedst stille geografiske områder. I gruppe 1 ønsker 73 % af de fysisk inaktive at være mere fysisk aktive, i gruppe 2 69 %, i gruppe 3 63 %, i gruppe 4 62 % og i gruppe 5 66 %. Det fremgår af figur 12.9, at motivationen falder med alderen i alle sociogeografiske grupper.

Sundere kost. Andelen, der gerne vil spise sundere blandt personer med et usundt kostmønster, varierer fra 56 % i gruppe 1 til 44 % i gruppe 3. Forskellen mellem de geografiske områder er ikke signifikant. Som det fremgår af figur 12.9, er der markant flere unge end ældre, der ønsker at ændre kostvaner.

Vægttab. Der er forholdsvis beskedne forskelle mellem de geografiske områder, hvad angår motivationen for at tabe sig blandt personer med svær overvægt. Størst er motivation i de bedste og de dårligst stillede områder (gruppe 1 og gruppe 5), hvor henholdsvis 59 % og 50 % i høj grad ønsker at tabe sig. Det fremgår af figur 12.9, at motivationen for at tabe sig falder med alderen i alle sociogeografiske grupper.

FIGUR 12.10

Sociogeografi og helbredspåvirkninger i arbejdslivet



Helbredspåvirkninger i arbejdslivet

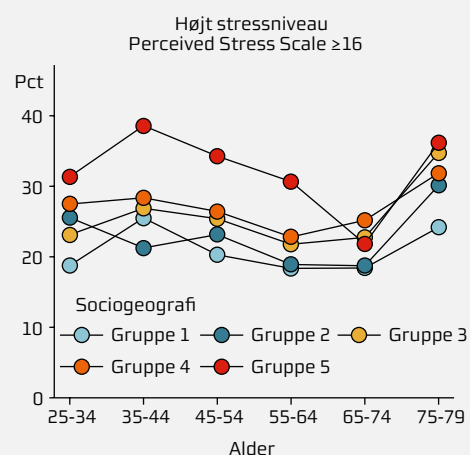
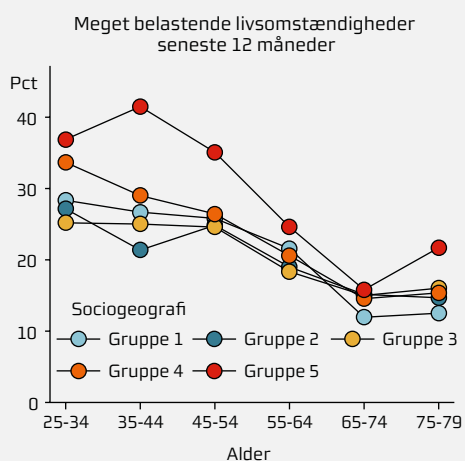
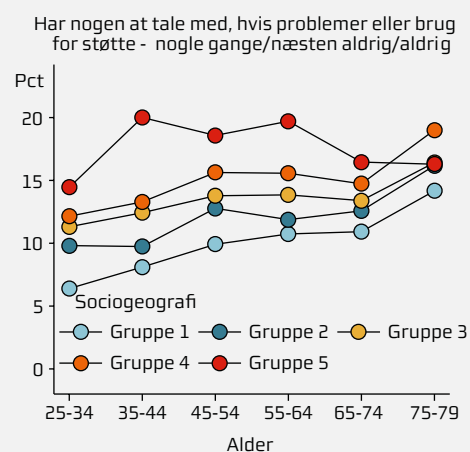
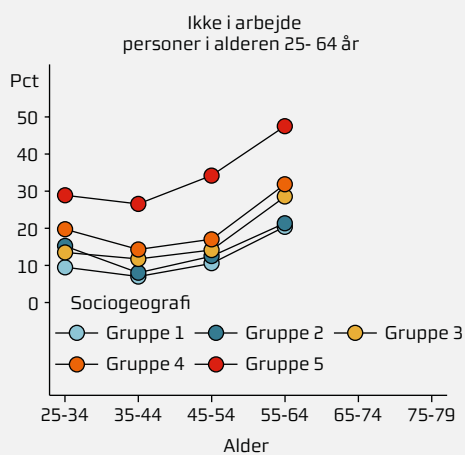
Arbejdet slider fysisk. I de bedst stillede geografiske områder (gruppe 1) oplever 6 %, at arbejdet slider på dem rent fysisk. Andelen stiger til 12 % i de dårligst stillede geografiske områder (gruppe 5). Det fremgår af figur 12.10, at der er tale om en trinvis stigning fra gruppe 1 til gruppe 5. Den største forskel mellem de geografiske grupper ses blandt de 45-54-årige.

Arbejdet slider psykisk. Der er 9 % i alle geografiske områder, som oplever, at arbejdet slider på dem rent psykisk. Andelen varierer en del mellem aldersgrupperne inden for de enkelte geografiske områder. Som det fremgår af figur 12.10, har de 35-44-årige i de bedst stillede geografiske områder (gruppe 1) den højeste andel, der oplever, at arbejdet slider psykisk.

Udfører tungt arbejde. Der er en betydelig forskel mellem de geografiske områder i andelen, der udfører fysisk krævende arbejde. 19 % i de bedst stillede geografiske områder (gruppe 1) udfører i deres hovedbeskæftigelse stående eller gående arbejde med en del løfte- og bærearbejde eller udfører tungt eller hurtigt arbejde, som er anstrengende. Der er en trinvis stigning i andelen fra gruppe 1 til og med gruppe 4, hvor andelen med fysisk krævende arbejde er 36 %. I de dårligst stillede områder har 31 % et fysisk krævende arbejde. Det fremgår af figur 12.10, at andelen med fysisk krævende arbejde kun varierer lidt i forhold til alder inden for de sociogeografiske grupper.

Ulykker og uheld i arbejdstiden. Der er kun små forskelle mellem de geografiske områder med hensyn til ulykker og uheld på arbejdet. Der er en trinvis stigning fra 4 % i gruppe 1 til og 6 % i gruppe 5 i andelen, der inden for de seneste 12 måneder har været udsat for ulykker eller uheld i deres daglige arbejde, som gjorde det besværligt eller umuligt for dem at udføre deres daglige gøremål. Tendensen er statistisk signifikant. Figur 12.10 viser, at opgjort på aldersgrupper fremtræder der ikke noget entydigt mønster.

FIGUR 12.11
Sociogeografi og generelle psykosociale helbreds påvirkninger



Generelle psykosociale belastninger

Ikke i arbejde. Der er en markant forskel mellem de sociogeografiske grupper i andelen, der ikke er i arbejde. I gruppe 1 er 12 % ikke i arbejde, i gruppe 2 13 %, i gruppe 3 17 %, i gruppe 4 21 % og i gruppe 5 34 %. Heri er ikke medregnet studerende og personer på efterløn. Figur 12.11 viser, at andelen, der ikke er i arbejde, falder fra de yngre (25-34 år) til de midaldrende (35-44 år) for herefter at stige igen i alle sociogeografiske grupper.

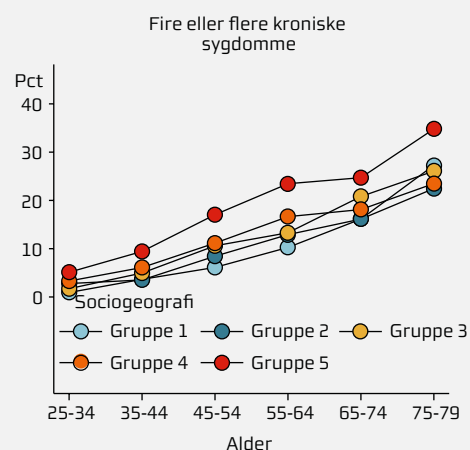
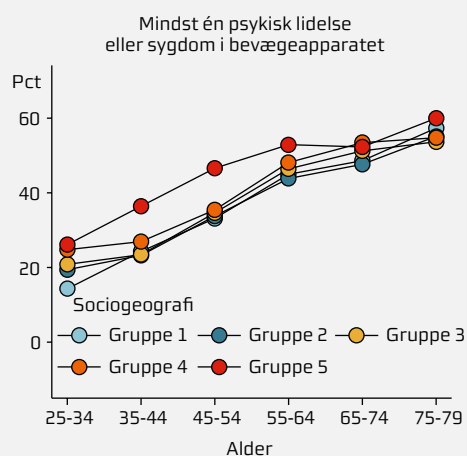
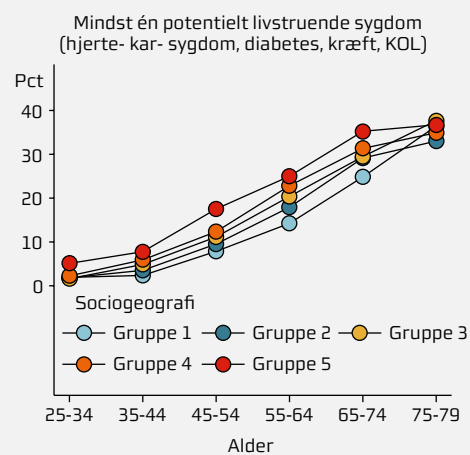
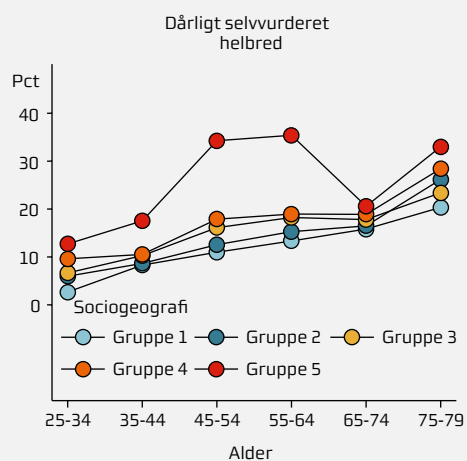
Manglende social støtte. Der er en trinvis stigning i andelen med svag social støtte fra de bedst stillede til de dårligst stillede geografiske områder. I gruppe 1 er andelen 9 %, i gruppe 2 12 %, i gruppe 3 13 %, i gruppe 4 15 % og i gruppe 5 18 %. Figur 12.11 viser, at der i gruppe 1 til gruppe 4 er en tydelig stigning i andelen i forhold til alder. I de dårligst stillede geografiske områder (gruppe 5) er andelen med svag social støtte derimod størst blandt de midterste aldersgrupper (35-44, 45-54 og 55-64 år).

Belastende livsomstændigheder. Der er forskel på andelen med belastende livsomstændigheder i de fem sociogeografiske grupper. Andelen med belastende livsomstændigheder er imidlertid ikke trinvist stigende fra de bedst til de dårligst stillede områder. Som det fremgår af figur 12.11, findes den væsentligste forskel mellem de dårligst stillede områder (gruppe 5) og de øvrige områder. I gruppe 5 har 31 % oplevet belastende livsomstændigheder inden for de seneste 12 måneder. I gruppe 1-4 under ét er andelen 22 %. De hyppigste belastninger i gruppe 5 var i nævnte rækkefølge egen økonomi, sygdom hos personen selv, egen arbejdssituation og sygdom hos partner, familie eller nære venner. I alle sociogeografiske grupper sker der et fald med alderen i andelen med belastende livsomstændigheder.

Højt stressniveau. Der er en trinvis stigning i andelen med et højt stressniveau fra de bedst stillede til de dårligst stillede geografiske områder. Andelen med højt stressniveau er som følger: 21 % i gruppe 1, 22 % i gruppe 2, 25 % i gruppe 3, 26 % i gruppe 4 og 36 % i gruppe 5. Figur 12.11 viser, at forskellen er mest markant mellem gruppe 5 og de øvrige grupper inden for aldersgrupperne 35-44, 45-54 og 55-64 år. Den største andel finder man i aldersgruppen 35-44 år med lavt uddannelsesniveau, hvor 38 % har et højt stressniveau. Den laveste andel finder man i aldersgrupperne 55-64 og 65-74 år med højt uddannelsesniveau, hvor 18-19 % har et højt stressniveau.

FIGUR 12.12

Sociogeografi og selv vurderet helbred og sygdom



Selvurderet helbred og sygelighed

Dårligt selvvurderet helbred. Der er en trinvis stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred fra de bedst stillede til de dårligst stillede geografiske områder. Andelen med dårligt selvvurderet helbred er som følger: 10 % i gruppe 1, 12 % i gruppe 2, 15 % i gruppe 3, 16 % i gruppe 4 og 24 % i gruppe 5. Figur 12.12 viser, at der i grupperne 1 til 4 er en jævn stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred fra de yngste til de ældste aldersgrupper. Mønsteret i de dårligst stillede områder (gruppe 5) afviger herfra, idet den højeste andel med dårligt selvvurderet helbred findes blandt de midaldrende (45-54 og 55-64 år).

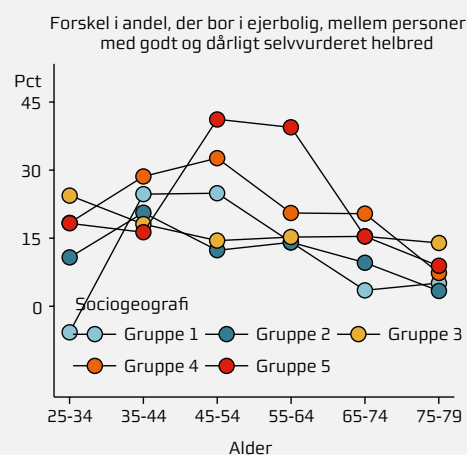
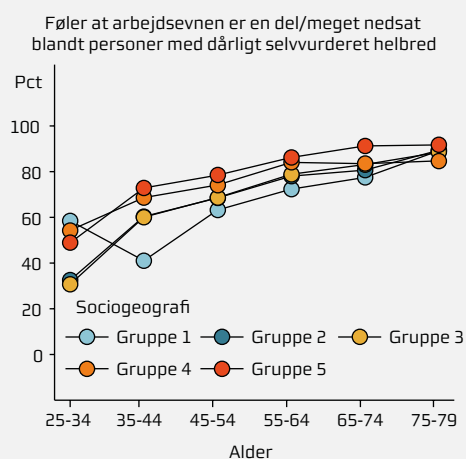
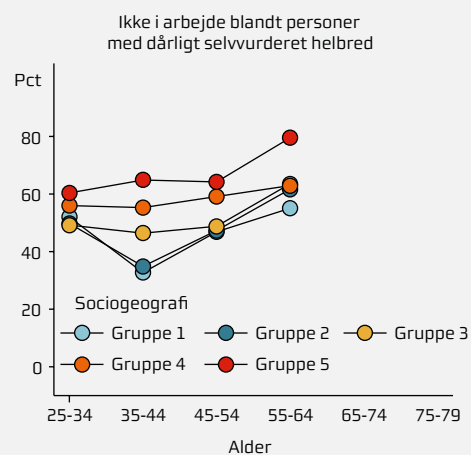
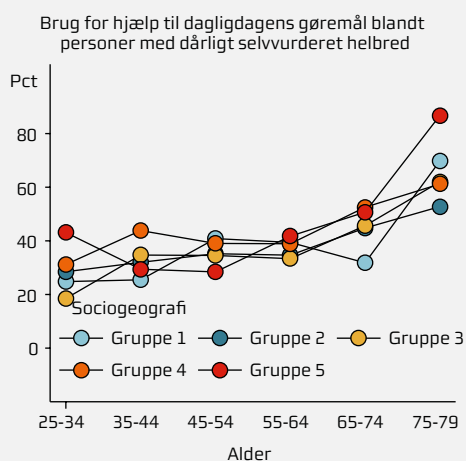
Livstruende kroniske sygdomme. Der er en trinvis stigning i andelen med en potentielt livstruende sygdom fra de bedst stillede til de dårligst stillede geografiske områder. Andelen med mindst én af disse sygdomme er som følger: 10 % i gruppe 1, 13 % i gruppe 2, 15 % i gruppe 3, 16 % i gruppe 4 og 18 % i gruppe 5. Figur 12.12 viser, at der i samtlige sociogeografiske grupper er en jævn stigning i andelen med en livstruende sygdom fra de yngste til de ældste aldersgrupper. Med undtagelse af den yngste (25-34 år) og ældste aldersgruppe (75-79 år) genfindes den sociale gradient inden for alle aldersgrupper.

Psykiske og/eller bevægeapparatslidelser. Der er en trinvis stigning i andelen med psykiske eller bevægeapparatslidelser fra de bedst stillede til de dårligst stillede geografiske områder. Andelen med psykiske eller bevægeapparatslidelser er som følger: 33 % i gruppe 1, 34 % i gruppe 2, 37 % i gruppe 3, 39 % i gruppe 4 og 43 % i gruppe 5. Figur 12.12 viser, at der i samtlige sociogeografiske grupper er en jævn stigning i andelen med psykiske eller bevægeapparatslidelser fra de yngste til de ældste aldersgrupper. I aldersgrupperne 35-44 og 45-54 år ses en markant højere andel i gruppe 5 sammenholdt med de øvrige grupper.

Fire eller flere kroniske sygdomme. Der er en trinvis stigning i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme fra de bedst stillede til de dårligst stillede geografiske områder. Andelen med fire eller flere kroniske sygdomme er som følger: 8 % i gruppe 1, 9 % i gruppe 2, 11 % i gruppe 3, 12 % i gruppe 4 og 16 % i gruppe 5. Det fremgår af figur 12.12, at de dårligst stillede områder skiller sig markant ud fra de resterende områder ved at have en højere andel med fire eller flere kroniske sygdomme. Den sociale gradient genfindes i store træk inden for de enkelte aldersgrupper.

FIGUR 12.13

Sociogeografi og konsekvenser af dårligt helbred



Konsekvenser af dårligt helbred

Brug for hjælp til dagligdagens gøremål. Blandt personer med dårligt selv vurderet helbred er der ingen statistisk signifikante forskelle mellem de sociogeografiske grupper i andelen, der har brug for hjælp til dagligdagens gøremål. Det fremgår af figur 12.13, at der i alle fem sociogeografiske grupper er en højere andel, der har brug for hjælp blandt de ældste aldersgrupper, 65-74 og 75-79 år.

Ikke i arbejde. Der er en betydelig forskel i andelen blandt personer med dårligt selv vurderet helbred, der ikke er i arbejde, når man deler op på sociogeografiske grupper. Andelen, der ikke er i arbejde, stiger trinvist: 47 % i gruppe 1, 49 % i gruppe 2, 53 % i gruppe 3, 59 % i gruppe 4 og 69 % i gruppe 5. Heri er ikke medregnet studerende og personer på efterløn. Det fremgår af figur 12.13, at den sociale gradient er mest markant i aldersgruppen 35-44 år.

Nedsat arbejdsevne. Blandt personer med dårligt selv vurderet helbred er der forskel mellem de sociogeografiske grupper med hensyn til andelen, der vurderer, at deres arbejdsevne er nedsat. Der er en trinvis stigning i andelen med nedsat arbejdsevne fra de bedst stillede til de dårligst stillede geografiske områder: 67 % i gruppe 1, 71 % i gruppe 2, 73 % i gruppe 3, 77 % i gruppe 4 og 79 % i gruppe 5. Som det fremgår af figur 12.13, indsnævres forskellene mellem de sociogeografiske grupper fra de yngste til de ældste aldersgrupper.

Ejerbolig. Færre personer med dårligt selv vurderet helbred bor i ejerbolig i forhold til personer med godt selv vurderet helbred. Forskellen stiger imidlertid trinvist fra de bedst til de dårligst stillede geografiske områder. Forskellen er som følger: 6 procentpoint i gruppe 1, 11 procentpoint i gruppe 2, 14 procentpoint i gruppe 3, 20 procentpoint i gruppe 4 og 23 procentpoint i gruppe 5. Figur 12.13 viser, at der er en social gradient inden for de enkelte aldersgrupper. Den største forskel ses i aldersgrupperne 45-54 og 55-64 år i gruppe 5, hvor der er en forskel mellem personer med godt og dårligt selv vurderet helbred på 40 procentpoint med hensyn til, hvor mange der bor i ejerbolig.

Sammenfatning

Sundhedsvaner. De her præsenterede analyser viser, at der er en trinvis stigning i andelen, der ryger dagligt, er fysisk inaktive i fritiden, har et usundt kostmønster og er svært overvægtige fra de bedst stillede til de dårligst stillede områder (gruppe 1 til 5).

Motivation for at ændre sundhedsvaner. Der er generelt en høj motivation for at ændre risikable sundhedsvaner i alle sociogeografiske grupper, selv om den falder lidt fra de bedst stillede til de dårligst stillede områder. Det gælder både med hensyn til rygning, fysisk inaktivitet i fritiden, usunde kostvaner og svær overvægt.

Helbredspåvirkninger i arbejdslivet. De fysiske belastninger i arbejdet stiger trinvist fra de bedst stillede til de dårligst stillede områder (gruppe 1 til 5). Med hensyn til ulykker og uheld i arbejdstiden ses den samme trinvis stigning, skønt forskellene mellem de sociogeografiske områder er små. Der er ikke forskel i andelen, der oplever, at arbejdet slider psykisk mellem de sociogeografiske grupper, når man ser på grupperne som helhed. Den højeste andel ses hos de 35-44-årige i de bedst stillede områder.

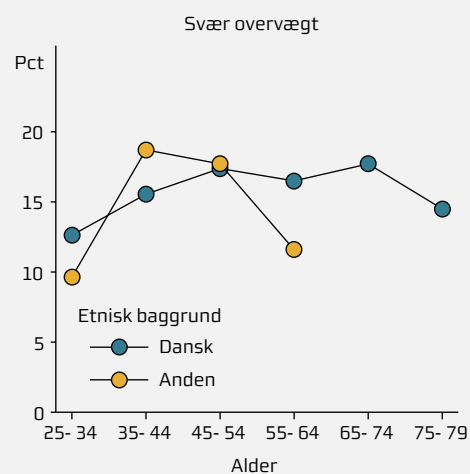
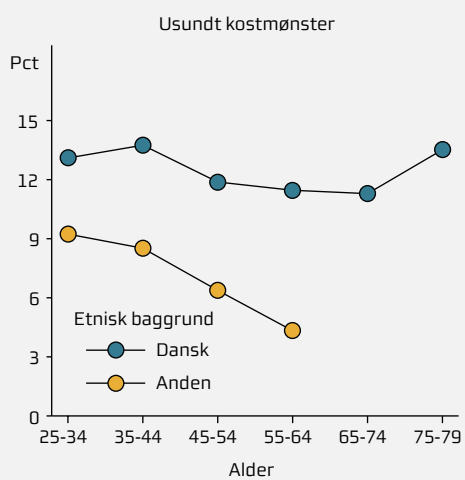
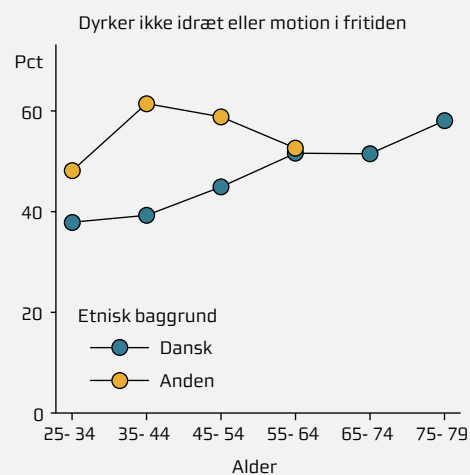
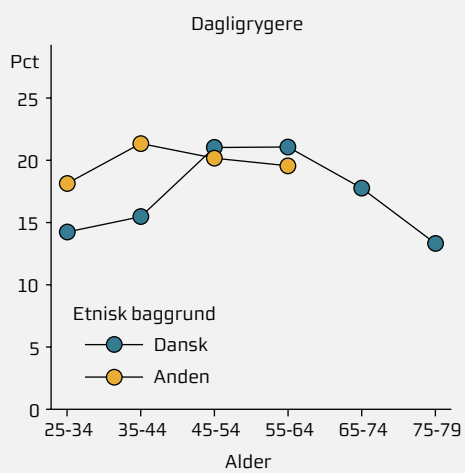
Generelle psykosociale helbredspåvirkninger. Andelen i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke er i arbejde, stiger trinvist fra den bedst til den dårligst stillede gruppe, hvor næsten tre gange så mange er uden arbejde som i gruppe 1. Der er ligeledes en trinvis stigning i andelen, der mangler social støtte. Væsentligt flere har oplevet belastende livsomstændigheder inden for de seneste 12 måneder i gruppe 5 end i de fire andre grupper. Andelen med et højt stressniveau øges fra gruppe 1 til 5 og er markant højere i denne gruppe end i de fire andre grupper.

Selv vurderet helbred og sygelighed. Der er betydelige sociogeografiske forskelle i selv vurderet helbred og sygelighed. Generelt stiger sygeligheden trinvist fra gruppe 1 til gruppe 5. Der er en markant større hyppighed af dårligt selv vurderet helbred samt psykiske lidelser eller bevægeapparatslidelser blandt midaldrende i gruppe 5. Andelen med fire eller flere kroniske sygdomme er væsentligt højere i gruppe 5 end i gruppe 1 til 4.

Konsekvenser af dårligt helbred. Der er ikke sociogeografiske forskelle i andelen, der har brug for hjælp blandt personer med dårligt selv vurderet helbred. Til gengæld øges andelen blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke er i arbejde, fra gruppe 1 til 5. Ligeledes øges andelen, der vurderer, at deres arbejdsevne er nedsat, blandt personer med dårligt selv vurderet fra gruppe 1 til 5. Forskellen i andelen, der bor i ejerbolig, mellem personer med godt og dårligt helbred øges trinvist fra de bedst til de dårligst stillede geografiske områder.

FIGUR 12.14

Etnisk baggrund og sundhedsvaner



Etnisk baggrund og sundhed

Dette afsnit beskriver sammenhængen mellem etnisk baggrund og sundhed. Der skelnes mellem personer med anden etnisk baggrund end dansk og personer med dansk baggrund.

Der har siden slutningen af 1960'erne været en betydelig indvandring i Danmark. Særligt er antallet af ikke-vestlige indvandrere steget kraftigt. I 2013 var 11 % af befolkningen indvandrere og efterkommere. 58 % af indvandrerne kom fra ikke-vestlige lande (36).

Etniske minoritetsgrupper i vestlige lande har vist sig ofte at have en dårligere helbredtilstand end majoritetsbefolkningen. Undersøgelser fra bl.a. Storbritannien tyder på, at dette for en væsentlig del skyldes ringere levevilkår hos minoritetsgrupperne (37). Der er imidlertid tale om en kompleks problemstilling, hvor en række faktorer spiller sammen (38). Ud over ringere levevilkår nævnes en række andre forhold, som afhængigt af de konkrete omstændigheder antages at påvirke helbredet i negativ retning hos etniske minoriteter såsom belastninger i forbindelse med eller forud for immigrationen, kulturelt betingede adfærdsformer, genetiske faktorer, diskrimination samt adgangen til og brugen af sundhedsvæsenet (39).

De etniske minoriteters sundhed i Danmark er forholdsvis dårligt belyst. I 2008 blev der lavet en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse af syv minoritetsbefolkninger fra ikke-vestlige lande. Undersøgelsen viste, at andelen med dårligt selv vurderet helbred og langvarige sygdomme var betydeligt større end hos etniske danskere. Rygning, højt sukkerindtag, fysisk inaktivitet og svær overvægt var desuden mere udbredt. Alkoholforbruget var til gengæld væsentligt lavere end hos etniske danskere (40).

Analyserne i det følgende omfatter personer i alderen 25-79 år. Knap hver tiende borger i Region Midtjylland i denne aldersgruppe er indvandrer eller efterkommer, herunder ét betegnet som personer med anden etnisk baggrund end dansk. Der er betydelig forskel i alderssammensætning. Gennemsnitsalderen hos personer med anden etnisk baggrund end dansk er 41 år, mens den hos personer med dansk baggrund er 51 år. Der er kun få personer over 64 år blandt indvandrere og efterkommere, og oplysninger om disse udelades i figurene, da datagrundlaget er for usikkert, men de indgår i opgørelserne for gruppen som helhed.

Da der ved en del af de beskrevne indikatorer er en stærk sammenhæng med alder, angives det, hvorvidt de observerede forskelle ændres ved justering for forskelle i alderssammensætning mellem de to dele af befolkningen.

Det skal bemærkes, at svarprocenten for personer med anden etnisk baggrund end dansk kun var på 34 %. Det rejser tvivl om repræsentativiteten af data, hvorfor

resultaterne skal tolkes med varsomhed. Desuden indgår der forholdsvis få personer med anden etnisk baggrund end dansk i undersøgelsen. Oplysningerne i det følgende bygger på svar fra 1.066 personer, hvorfor de tillige er behæftet med en forholdsvis stor statistisk usikkerhed.

Sundhedsvaner

Dagligrygere. 19 % blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk ryger dagligt mod 18 % blandt personer med dansk baggrund. Forskellen er ikke statistisk signifikant, og dette ændrer sig ikke, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. Som det fremgår af figur 12.14, dækker dette imidlertid over store aldersmæssige forskelle. I aldersgrupperne 25-34 og 35-44 år er der en større andel af dagligrygere blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk (18 % og 21 % mod 14 % og 15 % hos personer med dansk baggrund).

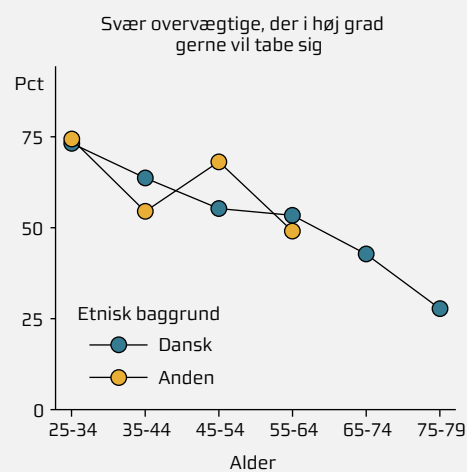
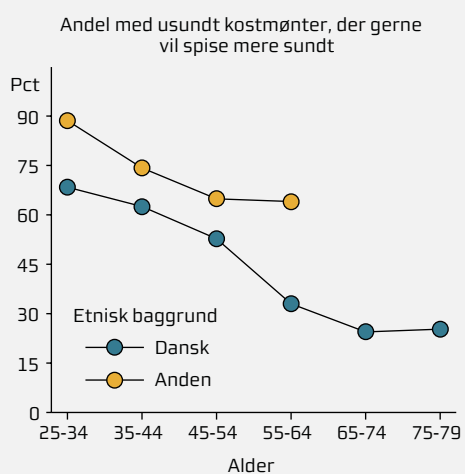
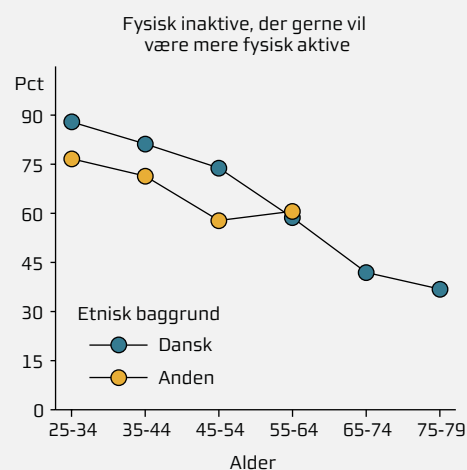
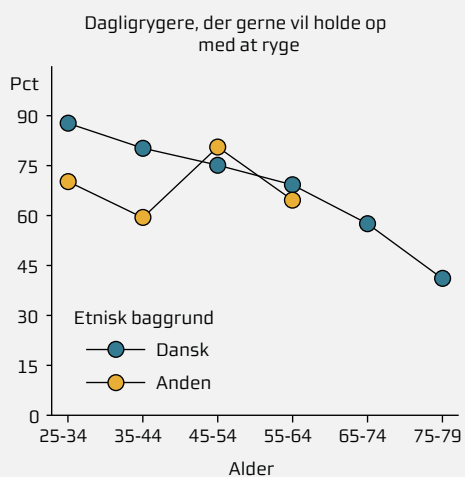
Dyrker ikke motion i fritiden. 54 % blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk er fysisk inaktive i fritiden mod 46 % blandt personer med dansk baggrund. Forskellen øges lidt, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. Det fremgår af figur 12.14, at forskellen er størst i aldersgruppen 35-44 år, hvor henholdsvis 61 % og 39 % er fysisk inaktive i fritiden.

Usundt kostmønster. 8 % blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk har et usundt kostmønster mod 12 % blandt personer med dansk baggrund. Forskellen ændres ikke, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. Det fremgår af figur 12.14, at forskellen er størst i aldersgruppen 55-64 år, hvor henholdsvis 4 % og 11 % har et usundt kostmønster.

Svær overvægt. Der er ikke forskel i andelen med svær overvægt blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk og personer med dansk baggrund. Det ændrer sig ikke, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper.

FIGUR 12.15

Etnisk baggrund og motivation for at ændre vaner



Motivation for at ændre vaner

Rygestop. 68 % af dagligrygerne blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk vil gerne stoppe med at ryge mod 72 % med dansk baggrund. Forskellen er ikke statistisk signifikant. Forskellen øges og er signifikant, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. Som det ses i figur 12.15 er motivationen for rygestop noget lavere hos yngre og midaldrende dagligrygere med anden etnisk baggrund end dansk. Hos dagligrygere med dansk baggrund i alderen 25-34 år ønsker 88 % at stoppe. Andelen er 70 % i samme aldersgruppe blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk. Hos dagligrygere med dansk baggrund i alderen 35-54 år ønsker 80 % at stoppe. Andelen er 59 % i samme aldersgruppe blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk.

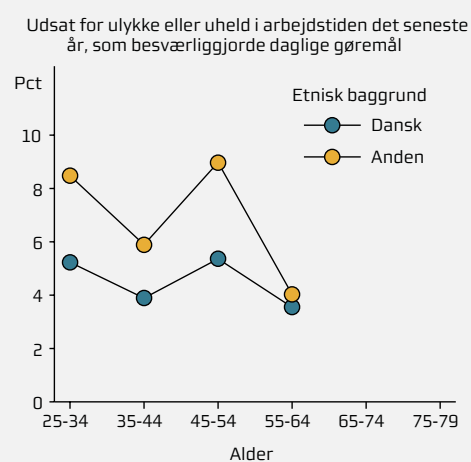
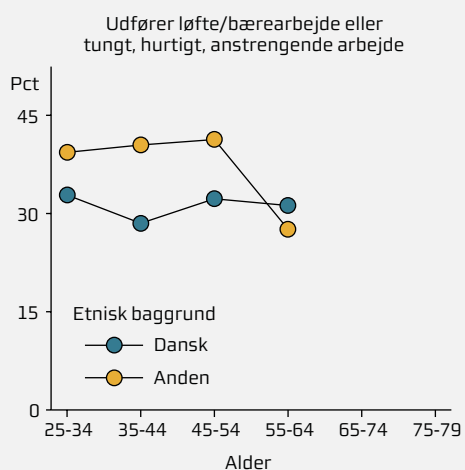
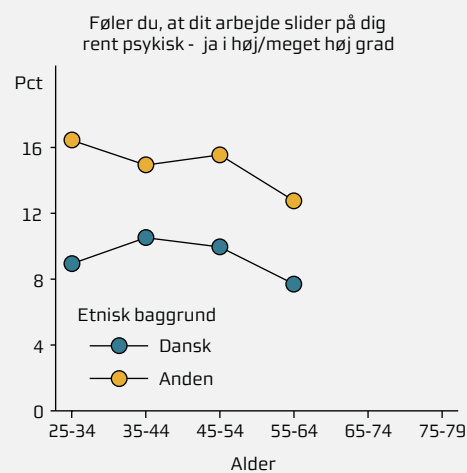
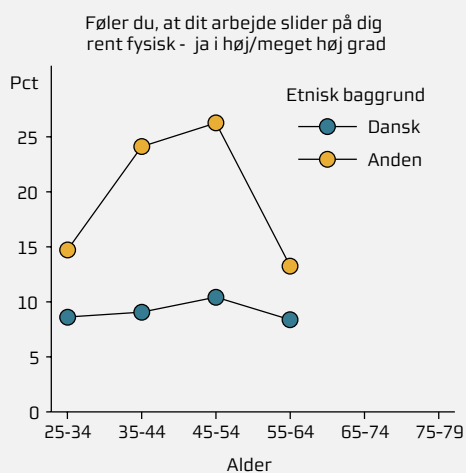
Mere fysisk aktivitet. Ser man på motivationen for at være mere fysisk aktiv hos personer, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, er der ikke forskel blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk og personer med dansk baggrund. Forskellen øges og er signifikant, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. Som det fremgår af figur 12.15, er der væsentlige aldersmæssige forskelle i motivationen. I aldersgrupperne 25-34, 35-44 og 45-54 år er der en lavere andel blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk, der gerne vil være mere fysisk aktive.

Sundere kost. Andelen blandt personer med et usundt kostmønster, der gerne vil spise sundere, er markant højere hos personer med anden etnisk baggrund end dansk. I de to grupper ønsker henholdsvis 79 % og 49 % at spise sundere. Forskellen mindskes noget, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. Det fremgår af figur 12.15, at motivationen for at spise sundere falder med alderen i begge grupper.

Vægttab. Der er ingen forskel i andelen, der ønsker at tabe sig, blandt personer med svær overvægt, når disse deles op på personer med anden etnisk baggrund end dansk og personer med dansk baggrund. Dette ændrer sig ikke, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. For begge grupper gælder det, at motivationen falder med alderen, jævnfør figur 12.15.

FIGUR 12.16

Etnisk baggrund og helbredspåvirkninger



Helbredspåvirkninger i arbejdslivet

Arbejdet slider fysisk. 9 % blandt personer med dansk etnisk baggrund oplever, at arbejdet slider på dem rent fysisk mod 20 % blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk. Forskellen er uændret, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. Den højeste andel finder man blandt de 35-45-årige og 45-54-årige med anden etnisk baggrund end dansk, hvor hver fjerde oplever, at arbejdet slider på dem rent fysisk, jævnfør figur 12.16.

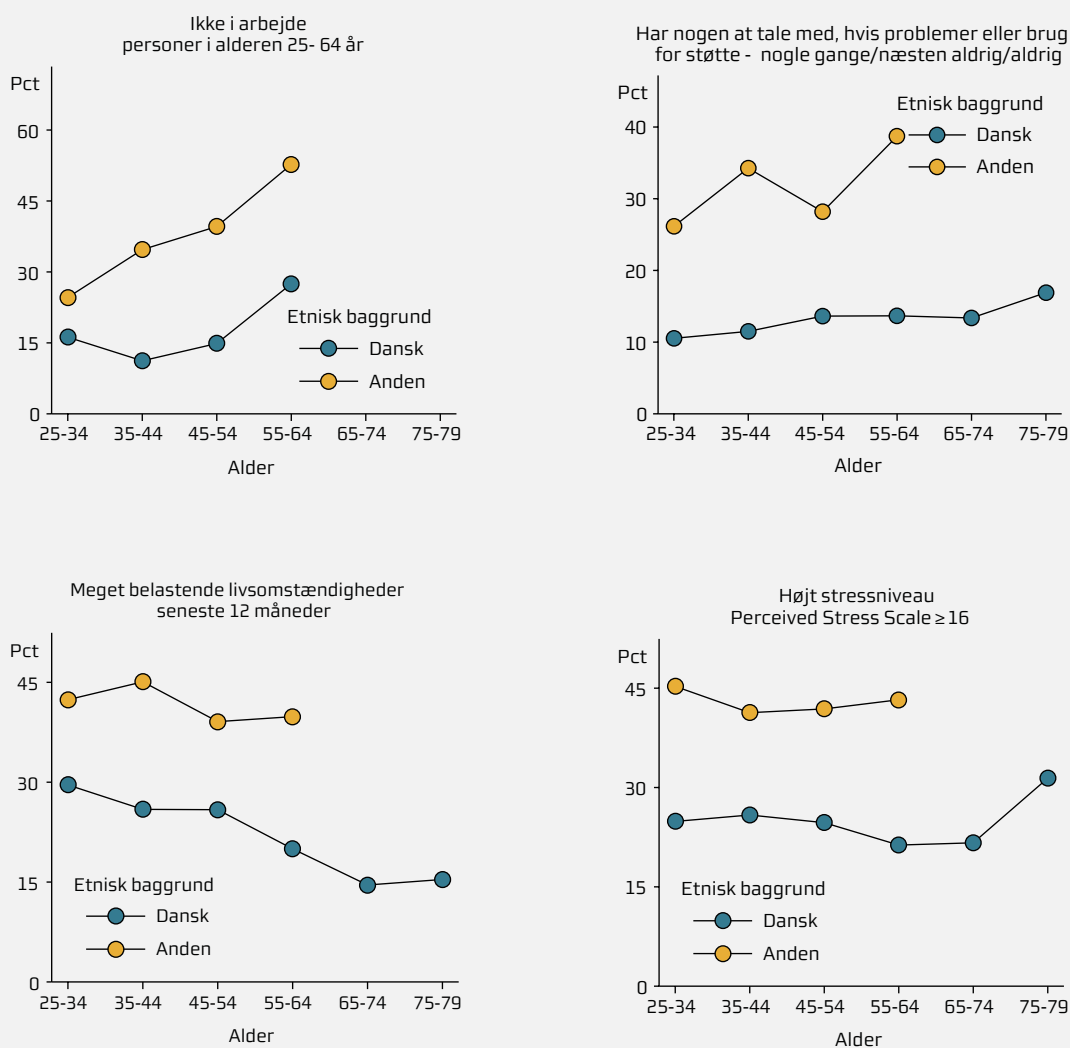
Arbejdet slider psykisk. 9 % blandt personer med dansk etnisk baggrund oplever, at arbejdet slider på dem rent psykisk mod 16 % blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk. Forskellen er uændret, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. Det fremgår af figur 12.16, at forskellen er størst blandt de yngste (25-34 år).

Udfører tungt arbejde. 31 % med dansk etnisk baggrund udfører krævende fysisk arbejde i deres hovedbeskæftigelse. Det vil sige stående eller gående arbejde med en del løfte- og bærearbejde eller tungt eller hurtigt arbejde, som er anstrengende. Den tilsvarende andel for personer med anden etnisk baggrund end dansk er 39 %. Forskellen reduceres lidt, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. Figur 12.16 viser, at det er i aldersgrupperne 25-34, 35-44 og 45-54 år, at der er forskel, mens der ikke er forskel i blandt de 55-64-årige.

Ulykker og uheld i arbejdstiden. 4 % med etnisk dansk baggrund har inden for de seneste 12 måneder været udsat for ulykker eller uheld i deres daglige arbejde, som gjorde det besværligt eller umuligt for dem at udføre deres daglige gøremål. Den tilsvarende andel er 7 % hos personer med anden etnisk baggrund end dansk. Forskellen er uændret, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. Der er forskelle i aldersgrupperne 25-34, 35-44 og 45-54 år, mens der ikke er forskel i gruppen 55-64 år.

FIGUR 12.17

Etnisk baggrund og generelle psykosociale helbredspåvirkninger



Generelle psykosociale belastninger

Ikke i arbejde. Blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år) er dobbelt så mange med anden etnisk baggrund end dansk ikke i arbejde (34 %) i forhold til personer med dansk baggrund (17 %). Heri er ikke medregnet studerende og personer på efterløn. Forskellen reduceres lidt, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. Figur 12.17 viser, at andelen, der ikke er i arbejde, stiger stærkt fra aldersgruppe til aldersgruppe blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk, mens den hos personer med dansk baggrund først øges markant blandt de 55-64-årige.

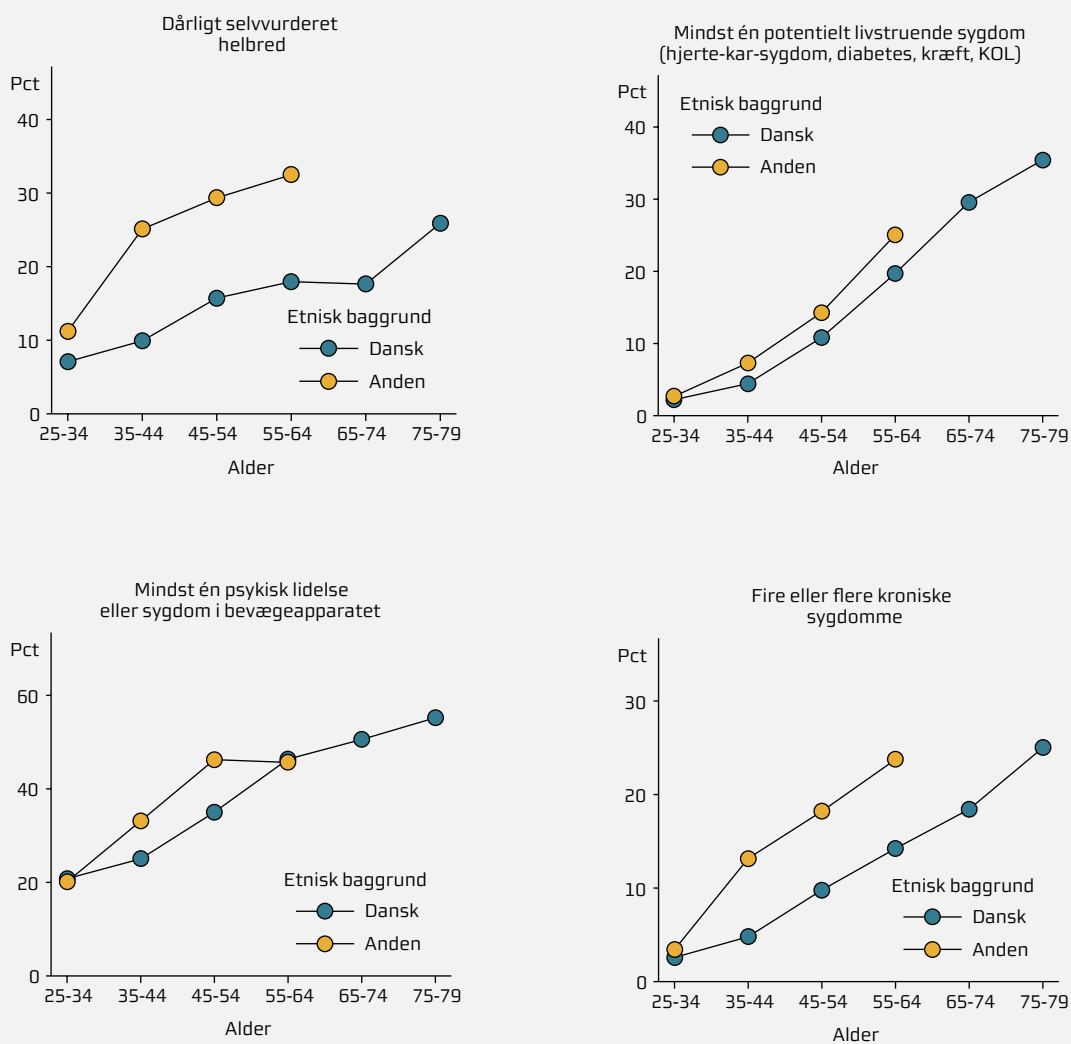
Manglende social støtte. Der er mere end dobbelt så høj en andel med svag social støtte blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk (29 %) end blandt personer med dansk baggrund (13 %). Forskellen øges lidt, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. Figur 12.17 viser, at der hos begge grupper er en tendens til, at andelen med svag social støtte stiger med alderen.

Belastende livsomstændigheder. Der er en næsten dobbelt så høj andel, der har oplevet belastende livsomstændigheder inden for de seneste 12 måneder, blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk (41 %) end blandt personer med dansk baggrund (23 %). Forskellen reduceres noget, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. De hyppigste belastninger hos personer med anden etnisk baggrund end dansk har i nævnte rækkefølge været personens økonomi, arbejdssituation samt sygdom hos personen selv og sygdom hos partner, familie eller nære venner. Figur 12.17 viser, at der hos personer med dansk baggrund er en tendens til, at andelen med belastende livsomstændigheder falder med alderen. Der er ikke en tilsvarende tydelig tendens hos personer med anden etnisk baggrund end dansk.

Højt stressniveau. Andelen med et højt stressniveau er væsentligt større hos personer med anden etnisk baggrund end dansk end blandt personer med dansk baggrund. Henholdsvis 42 % og 24 % har et højt stressniveau i de to grupper. Forskellen er uændret, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. Figur 12.17 viser, at der er et svagt fald i andelen med et højt stressniveau fra yngste til ældste aldersgruppe blandt personer med dansk baggrund. Der er ikke tilsvarende nogen klar tendens blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk.

FIGUR 12.18

Etnisk baggrund og selv vurderet helbred og sygelighed



Selvurderet helbred og sygelighed

Dårligt selvvurderet helbred. Der er en væsentlig højere andel med dårligt selvvurderet helbred blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk sammenlignet med personer med dansk baggrund, idet andelen i de to grupper er henholdsvis 20 % og 14 %. Forskellen øges lidt, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. Figur 12.18 viser, at forskellen blandt de yngre (25-34 år) er lille. Til gengæld er den betydelig inden for aldersgrupperne 35-44, 45-54 og 55-64 år.

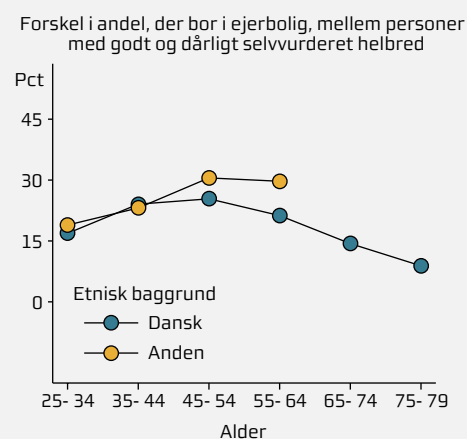
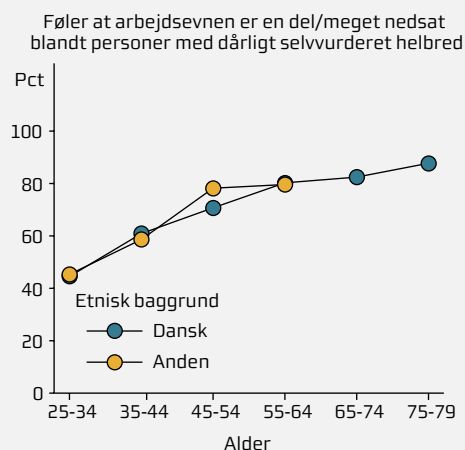
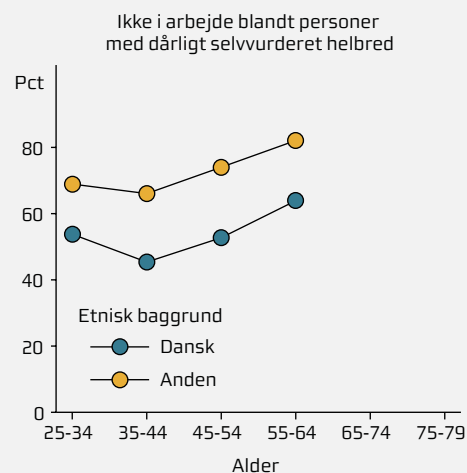
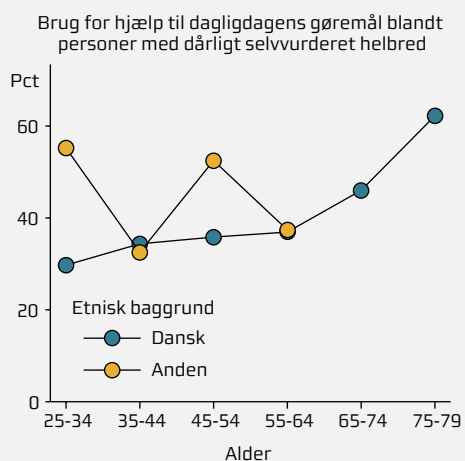
Livstruende kroniske sygdomme. Der er en højere andel med mindst én potentielt livstruende sygdom blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk sammenlignet med personer med dansk baggrund. Andelen i de to grupper er henholdsvis 14 % og 10 %. Forskellen mindskes lidt, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. Figur 12.18 viser, at der ikke er forskel blandt de 25-34-årige.

Psykelige og/eller bevægeapparatslidelser. Der er en lidt højere andel med psykiske eller bevægeapparatslidelser blandt personer med dansk baggrund sammenholdt med personer med anden etnisk baggrund end dansk, henholdsvis 36 % og 33 %. Når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper, er forekomsten derimod størst hos personer med anden etnisk baggrund end dansk. Det fremgår af figur 12.18, at der er en større forekomst med psykiske eller bevægeapparatslidelser blandt personer med anden etnisk baggrund sammenholdt med personer med dansk baggrund i aldersgrupperne 35-44 og 45-54 år.

Fire eller flere kroniske sygdomme. Der er ingen forskel i andelen med af fire eller flere kroniske sygdomme mellem personer med dansk og anden etnisk baggrund. Når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper fremkommer en betydelig forskel, idet 18 % med anden etnisk baggrund end dansk har fire eller flere kroniske sygdomme mod 10 % blandt personer med dansk baggrund. Det fremgår af figur 12.18, at der er en højere andel med fire eller flere kroniske sygdomme blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk i aldersgrupperne 35-44, 45-54 og 55-64 år.

FIGUR 12.19

Etnisk baggrund og konsekvenser af dårligt helbred



Konsekvenser af dårligt helbred

Brug for hjælp til dagligdagens gøremål. Blandt personer med dårligt selv vurderet helbred er der ingen statistisk signifikant forskel i andelen, der har brug for hjælp til dagligdagens gøremål, mellem personer med dansk og anden etnisk baggrund. Når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper fremkommer en forskel, idet 50 % med anden etnisk baggrund end dansk har brug for hjælp til dagligdagens gøremål mod 41 % blandt personer med dansk baggrund. Figur 12.19 viser, at behovet for hjælp stiger med alderen blandt personer med dansk baggrund, mens der ikke ses nogen tydelig tendens i forhold til alder blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk.

Ikke i arbejde. Blandt personer med dårligt selv vurderet helbred i den erhvervsaktive alder (25-64 år) er 55 % med dansk etnisk baggrund ikke i arbejde. Tilsvarende er 71 % med anden etnisk baggrund end dansk ikke i arbejde. Heri er ikke medregnet studerende og personer på efterløn. Forskellen øges lidt, efter at der er justeret for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. Som det fremgår af figur 12.19, er andelen uden arbejde højest i de yngste og ældste aldersgrupper (25-34 og 55-64 år) blandt personer med dansk baggrund og i de ældste aldersgrupper hos personer med anden etnisk baggrund end dansk (45-54 og 55-64 år).

Nedsat arbejdsevne. Blandt personer med dårligt selv vurderet helbred vurderer 65 % med dansk etnisk baggrund, at de har nedsat arbejdsevne. Den tilsvarende andel er 73 % blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk. Der er ikke forskel mellem de to grupper, når der justeres for forskelle i alderssammensætning. Som det fremgår af figur 12.19, er andelen med nedsat arbejdsevne stigende fra den yngste til den ældste aldersgruppe både hos personer med dansk baggrund og med anden etnisk baggrund end dansk.

Ejerbolig. Andelen, der bor i ejerbolig, er større blandt personer med godt helbred sammenholdt med personer med dårligt helbred. Det gælder både blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk og personer med dansk baggrund. Forskellen er imidlertid lidt større blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk, henholdsvis 20 og 17 procentpoint. Figur 12.19 viser, at forskellen stiger med alderen til og med aldersgruppen 45-54 år.

Sammenfatning

Sundhedsvaner. De præsenterede analyser viser, at der er forskelle i sundhedsvaner mellem personer med anden etnisk baggrund end dansk og personer med dansk baggrund. Forskellene er dog mindre end imellem uddannelsesniveauerne og de sociogeografiske grupper. Rygning er mere udbredt blandt yngre og midaldrende personer med anden etnisk baggrund end dansk. Der er ligeledes en større andel, der fysisk inaktive i fritiden, især hos de midaldrende. Til gengæld er andelen med usunde kostvaner mindre, mens der ikke er forskel på andelen med svær overvægt mellem de to grupper.

Motivation for at ændre sundhedsvaner. Motivationen for at ændre risikable sundhedsvaner er generelt høj. Dog er der en lidt mindre andel af de yngre og midaldrende rygere blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk, der ønsker at stoppe. Tilsvarende er der lidt færre hos de yngre og midaldrende med anden etnisk baggrund end dansk, der ønsker at være fysisk aktive blandt personer, der er inaktive i fritiden. Til gengæld er motivationen for at spise sundere hos personer med et usundt kostmønster større hos personer med anden etnisk baggrund end dansk sammenholdt med personer med dansk baggrund. Motivationen for vægttab er lige stor hos svært overvægtige i de to grupper.

Helbredspåvirkninger i arbejdslivet. Personer med anden etnisk baggrund end dansk er udsat for betydeligt større belastninger i arbejdslivet end personer med dansk baggrund. En markant højere andel føler, at arbejdet slider på dem rent fysisk. Forskellen er størst hos de midaldrende. Desuden oplever flere, at arbejdet slider rent psykisk. En større andel udfører krævende fysisk arbejde i deres hovedbeskæftigelse. En større andel har endvidere været udsat for ulykker eller uheld i arbejdstiden.

Generelle psykosociale helbredspåvirkninger. Personer med anden etnisk baggrund end dansk har gennemgående markant flere psykosociale belastninger end personer med dansk baggrund. Tre gange så mange i den erhvervsaktive alder (25-64 år) er ikke i arbejde, dobbelt så mange har ikke nogen, de kan tale med om deres problemer og hente støtte hos, og væsentligt flere har et højt stressniveau.

Selv vurderet helbred og sygelighed. Helbredstilstanden hos personer med anden etnisk baggrund end dansk er som helhed væsentligt dårligere end hos personer med dansk baggrund. Betydeligt flere har et dårligt selv vurderet helbred. En højere andel har mindst én potentielt livstruende sygdom og lidt flere har mindst én bevægeapparats- eller psykisk lidelse. Der er desuden en overhyppighed af personer med fire eller flere kroniske sygdomme blandt midaldrende.

Konsekvenser af dårligt helbred. Blandt personer med dårligt selv vurderet helbred er der en betydelig, men lige stor andel, der har brug for hjælp til dagligdagens gøremål. Når aldersfordelingen tages i betragtning, er andelen, der har behov for hjælp, dog større hos personer med anden etnisk baggrund end dansk. Der er ligeledes en betydeligt større andel blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke er i arbejde i denne gruppe. I begge grupper vurderer et flertal af personer med dårligt selv vurderet helbred, at deres arbejdsevne er nedsat. De to grupper adskiller sig ikke væsentligt i den henseende. Andelen, der bor i ejerbolig, er større blandt personer med godt helbred sammenholdt med personer med dårligt helbred i begge grupper, men forskellen er lidt større blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk.

Sammenfatning

Det er en vigtig politisk målsætning at mindske den sociale ulighed i sundhed. Kapitlet giver først en kort introduktion til begreber og teorier om social ulighed i sundhed, og der skitseres en forståelsesramme, der anvendes i de følgende analyser. Dernæst beskrives forskellige aspekter af social ulighed i sundhed i forhold til tre mål for social position: uddannelsesniveau, sociogeografi og etnisk baggrund. Der præsenteres separate analyser for hvert af de tre mål for social position. Analyserne omfatter: (1) Sociale forskelle i helbredspåvirkninger opdelt på sundhedsvaner, helbredspåvirkninger i arbejdslivet og generelle psykosociale helbredspåvirkninger. Under sundhedsvaner beskrives desuden sociale forskelle i motivationen for at ændre vaner. (2) Sociale forskelle i selv vurderet helbred og sygelighed. (3) Sociale forskelle i konsekvenser af dårligt helbred. Formålet er at tegne et sammenhængende billede af den sociale ulighed i sundhed.

Uddannelsesniveau. Andelen, der ryger dagligt, er fysisk inaktive i fritiden, har et usundt kostmønster og er svært overvægtige, falder markant for hvert trin, man bevæger sig opad i uddannelsesniveau. For rygning, usundt kostmønster og svær overvægt gælder desuden, at forskellene mellem uddannelsesniveauerne er størst blandt den yngre og midaldrende del af befolkningen.

Der er generelt stor motivation for at ændre risikable sundhedsvaner på alle uddannelsesniveauer, selv om motivationen stiger fra laveste til højeste niveau.

De fysiske belastninger og risikoen for ulykker og uheld i arbejdslivet aftager markant for hvert trin, man bevæger sig opad i uddannelseshierarkiet. Til gengæld stiger andelen, der oplever, at arbejdet slider rent psykisk med stigende uddannelsesniveau.

De lavtuddannede er betydeligt mere udsatte for psykosociale belastninger end personer med et middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Især de yngre aldersgrupper blandt de lavtuddannede udgør en sårbar gruppe med en

høj andel, der ikke er i arbejde, der mangler social støtte, som lever under belastende livsomstændigheder, og som har et højt stressniveau. Inden for tre af de fire psykosociale faktorer, der er med i analysen, ses endvidere en tendens til, at der er et højt belastningsniveau blandt lavtuddannede ældre.

Sygeligheden falder for hvert trin, man bevæger sig opad i uddannelsesniveau, men forskellen er især markant mellem de lavtuddannede på den ene side og personer med et middelhøjt og højt uddannelsesniveau på den anden side. Der er især påfaldende, at en stor andel af de lavtuddannede i de yngre aldersgrupper har et dårligt selv vurderet helbred og psykiske eller bevægeapparatslidelser.

Konsekvenserne af dårligt selv vurderet helbred øges tilsyneladende, når man bevæger sig nedad i uddannelseshierarkiet. Især er der store forskelle mellem uddannelsesniveauerne med hensyn til tilknytning til arbejdsmarkedet blandt personer i den erhvervsaktive alder. Lavere uddannelsesniveau er ligeledes forbundet med en højere andel, der vurderer deres arbejdsevne som nedsat. Også med hensyn til økonomiske ressourcer synes dårligt selv vurderet helbred at have konsekvenser, idet en mindre andel blandt personer med dårligt selv vurderet helbred ejer deres egen bolig sammenholdt med personer med godt selv vurderet helbred. Forskellene er størst hos lavtuddannede og mindst hos højtuddannede.

Sociogeografi. Der er en trinvis stigning i andelen, der ryger dagligt, er fysisk inaktive i fritiden, har et usundt kostmønster og er svært overvægtige, fra de bedst stillede til de dårligst stillede områder. Der er generelt en høj motivation for at ændre risikable sundhedsvaner i alle sociogeografiske grupper, selv om motivationen er lidt lavere i de dårligst stillede områder. Det gælder både med hensyn til rygning, fysisk inaktivitet i fritiden, usunde kostvaner og svær overvægt.

De fysiske belastninger i arbejdet stiger trinvist fra de bedst stillede til de dårligst stillede områder. Det gælder også ulykker og uheld i arbejdstiden, om end forskellene her er små. Der er ikke forskel i andelen, der oplever, at arbejdet slider psykisk mellem de sociogeografiske grupper, når man ser på grupperne som helhed.

Andelen i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke er i arbejde, tredobles fra de bedst stillede til de dårligst stillede områder. Der er ligeledes en trinvis stigning i andelen, der mangler social støtte. Væsentligt flere lever under belastende livsomstændigheder i gruppe 5 end i de fire andre grupper. Andelen med et højt stressniveau øges fra gruppe 1 til 5 og er markant højere i denne gruppe end i de fire andre grupper.

Der er betydelige sociogeografiske forskelle i selv vurderet helbred og sygelighed. Sygeligheden øges fra gruppe 1 til 5. Der er en markant overhyppighed med dårligt selv vurderet helbred samt psykiske eller bevægeapparatslidelser

blandt midaldrende i gruppe 5. Andelen med fire eller flere kroniske sygdomme er væsentlig højere i gruppe 5 end i gruppe 1 til 4.

Der er ikke sociogeografiske forskelle i andelen, der har brug for hjælp blandt personer med dårligt selv vurderet helbred. Til gengæld øges andelen, der ikke er i arbejde, blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), fra gruppe 1 til 5. Ligeledes øges andelen, der vurderer, at deres arbejdsevne er nedsat, blandt personer med dårligt selv vurderet fra gruppe 1 til 5. Forskellen i andelen, der bor i ejerbolig, mellem personer med godt og dårligt helbred øges trinvist fra de bedst til de dårligst stillede geografiske områder.

Etnisk baggrund. Der er forskelle i sundhedsvaner mellem personer med anden etnisk baggrund end dansk og personer med dansk baggrund. Rygning er mere udbredt blandt yngre og midaldrende personer med anden etnisk baggrund end dansk. Der er ligeledes en større andel, der er fysisk inaktive i fritiden, især hos de midaldrende. Til gengæld er andelen med usunde kostvaner mindre, mens der ikke er forskel på andelen med svær overvægt mellem de to grupper.

Motivationen er generelt høj for at ændre risikable sundhedsvaner, både hos personer med anden etnisk baggrund end dansk og hos personer med dansk baggrund. På nogle områder er motivationen for at ændre vaner lidt mindre hos personer med anden etnisk baggrund end dansk.

Personer med anden etnisk baggrund end dansk er udsat for betydeligt større belastninger i arbejdslivet end personer med dansk baggrund. En markant højere andel føler, at arbejdet slider på dem rent fysisk. Forskellen er størst hos de midaldrende. Desuden oplever flere, at arbejdet slider rent psykisk. En større andel udfører krævende fysisk arbejde i deres hovedbeskæftigelse. En større andel har endvidere været udsat for ulykker eller uheld i arbejdstiden.

Personer med anden etnisk baggrund end dansk har gennemgående markant flere psykosociale belastninger end personer med dansk baggrund. Dobbelt så mange i den erhvervsaktive alder (25-64 år) er ikke i arbejde, dobbelt så mange har ikke nogen, de kan tale med om deres problemer og hente støtte hos, og væsentligt flere har et højt stressniveau.

Helbredstilstanden hos personer med anden etnisk baggrund end dansk er som helhed væsentligt dårligere end hos personer med dansk baggrund. Betydeligt flere har et dårligt selv vurderet helbred. En højere andel har mindst én potentielt livstruende sygdom og lidt flere har mindst én psykisk eller bevægeapparatsslidelse. Der er desuden en overhyppighed af personer med fire eller flere kroniske sygdomme blandt midaldrende.

Dårligt helbred har alvorlige konsekvenser, både for personer med anden etnisk baggrund end dansk og for

personer med dansk baggrund. Blandt personer med dårligt selv vurderet helbred er der en betydelig, men lige stor andel, der har brug for hjælp til dagligdagens gøremål. Når aldersfordelingen tages i betragtningen, er andelen, der har behov for hjælp, dog større hos personer med anden etnisk baggrund end dansk. Der er ligeledes en betydeligt større andel blandt personer med dårligt selv vurderet helbred i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke er i arbejde i denne gruppe. I begge grupper vurderer et flertal af personer med dårligt selv vurderet helbred, at deres arbejdsevne er nedsat. Andelen, der bor i ejerbolig, er større blandt personer med godt helbred sammenholdt med personer med dårligt helbred i begge grupper, men forskellen er lidt større blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk.

Generelt. Der kan drages nogle generelle konklusioner på baggrund af analyserne samt den indledende gennemgang af teorier og begreber i kapitel 12:

- Der er behov for sundhedsfremmende og forebyggende indsatser der hvor mennesker lever, arbejder og er under uddannelse for at mindske den sociale ulighed i sundhed.
- Socialt dårligt stillede grupper har ofte mange samtidige helbredsbelastninger i deres liv. Indsatser for at fremme sundheden i disse grupper bør tilrettelægges ud fra et helhedsperspektiv.
- Det er vigtigt at skabe støttende miljøer i boligkvarterer, på arbejdspladser og på uddannelsesinstitutioner, der mindsker helbredsbelastningerne for de socialt dårligt stillede grupper og gør de sunde valg lettere.
- Sundheden hos yngre og midaldrende personer blandt socialt dårligt stillede grupper er i særlig grad belastet, både med hensyn til risikable sundhedsvaner, belastninger i arbejdslivet og generelle psykosociale belastninger. De bør derfor have særlig opmærksomhed i det forebyggende arbejde.
- Der er samtidig en stor motivation hos disse grupper til at ændre sundhedsvaner, hvilket er et godt udgangspunkt for sundhedsarbejdet.
- Indsatsen for større lighed i sundhed bør koordineres på tværs af sektorer og politikområder, da problemstillingerne typisk vedrører flere sektorer.
- De store sociale forskelle i sygelighed og konsekvenser af sygdom understreger vigtigheden af, at man inden for den behandlende del af sundhedsvæsenet har øje for patienternes sociale baggrund og situation og at der tages højde for denne gennem socialt differentierede indsatser, der koordineres mellem almen praksis, hospitaler og kommuner.
- Indsatser for større lighed i sundhed bør baseres på en troværdig virkningsteori og være metodisk og teoretisk stringente.
- Sundhedsfremme, forebyggelse, behandling og rehabilitering bør evalueres i forhold til deres effekt på forskellige sociale grupper og ikke blot i forhold til deres gennemsnitlige effekt på befolkningen.

Referencer

1. Elstad JI. Social inequalities in health and their explanations. Oslo: NOVA; 2000.
2. Braveman P, Egerter S, Williams DR. The Social Determinants of Health: Coming of Age. *Annu. Rev. Public Health* 32: 381–98; 2011.
3. Diderichsen, F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen 2011.
4. Ibfelt E, Kjær SK, Johansen C, Høgdall C, Steding-Jessen M, Frederiksen K, Frederiksen BL, Osler M, Dalton SO. Socioeconomic position and stage of cervical cancer in Danish women diagnosed 2005 to 2009. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 21 (5): 835-42; 2012.
5. Kjellen M, von Euler-Chelpin M. Socioeconomic status as determinant for participation in mammography screening: assessing the difference between using women's own versus their partner's. *Int J Public Health* 55(3): 209-215; 2010.
6. Rasmussen JN, Rasmussen S, Gislason GH, Buch P, Abildstrom SZ, Kober L et al. Mortality after acute myocardial infarction according to income and education. *J Epidemiol Community Health* 60(4): 351-356; 2007.
7. Rasmussen JN, Gislason GH, Rasmussen S, Abildstrom SZ, Schramm TK, Kober L et al. Use of statins and beta-blockers after acute myocardial infarction according to income and education. *J Epidemiol Community Health* 61(12): 1091-1097; 2006.
8. Frederiksen BL, Dalton SO, Osler M, Steding-Jessen M, de Nully Brown P. Socioeconomic position, treatment, and survival of non-Hodgkin lymphoma in Denmark-a nationwide study. *Br J Cancer* 106(5): 988-95; 2012.
9. Jensen LF, Pedersen AF, Andersen B, Vedsted P. Identifying specific non-attending groups in breast cancer screening-population-based registry study of participation and socio-demography. *BMC Cancer* 12: 518; 2012.
10. Holm LV, Hansen DG, Larsen PV, Johansen C, Vedsted P, Bergholdt SH, Kragstrup J, Søndergaard J. Social inequality in cancer rehabilitation: a population-based cohort study. *Acta Oncol.* 52(2): 410-22; 2013.
11. Vallgård, S. Folkesundhed som politik. Danmark og Sverige 1930 til i dag. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag; 2003.
12. Vallgård, S. Health inequalities - political problematisations in Denmark and Sweden, *Critical Public Health* 17(1): 45-56; 2007.
13. Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008. København: Sundhedsministeriet; 1999.
14. Cavelaars AE, Kunst AE, Geurts JJ, Crialesi R, Grotvedt L, Helmer U, Lahelma E, Lundberg O, Matheson J, Mielck A, Mizrahi A, Rasmussen NK, Regidor E, Spuhler T, Mackenbach JP. Differences in self reported morbidity by educational level: a comparison of 11 western European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health* 52(4):219-27; 1998.
15. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, Groenhouf F, Geurts JJ. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. *Lancet* 349(9066): 1655-9; 1997.
16. Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. København: Regeringen september 2002.
17. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
18. Hvass LR, Manghezi A, Folker AP, Sandø N. Social ulighed i sundhed - hvad kan kommunen gøre? København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
19. Sundere liv for alle. Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år. København: Regeringen januar 2014.
20. Health inequalities in the EU — Final report of a consortium. Consortium lead: Sir Michael Marmot. European Commission; 2013.
21. Fælles ansvar for sundhed. Sundhedsplan 2013. Viborg: Region Midtjylland; 2013.
22. Koch MB, Davidsen M, Juel K. Social ulighed i sundhed, sygelighed og trivsel 2010 og udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2012.
23. Juel K, Koch MB. Social ulighed i dødelighed i Danmark gennem 25 år. Betydningen af rygning og alkohol. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2013.
24. Ståhl T et al., eds. Health in All Policies: prospects and potentials. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health; 2006.
25. Whitehead M. A typology of actions to tackle social inequalities in health. *J Epidemiol Community Health* 61: 473-478; 2007.

26. Matthews KA, Gallo LC, Taylor SE, Are psychosocial factors mediators of socioeconomic status and health connections? A progress report and blueprint for the future. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1186 146–173; 2010.
27. Stringhini S, Sabia S, Shipley M, et al. Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality. *JAMA* 303(12): 1159–1166; 2010.
28. Stringhini S, Tabak AG, Akbaraly TN, et al. Contribution of modifiable risk factors to social inequalities in type 2 diabetes: prospective Whitehall II cohort study. *BMJ* 345: e5452 doi: 10.1136/bmj.e5452; 2012.
29. Jarvandi S, Yan Y, Schootman, M. Income disparity and risk of death: The Importance of health behaviors and other mediating factors. *PLoS ONE* 7(11) e49929; 2012.
30. Kamphuis CBM, Turrell G, Giskes K, Mackenbach JP, van Lenthe FJ. Life course socioeconomic conditions, adulthood risk factors and cardiovascular mortality among men and women: A 17-year follow up of the GLOBE study. *International Journal of Cardiology* 168: 2207–2213; 2013.
31. Gallo V, Mackenbach JP, Ezzati M, et al. Social inequalities and mortality in Europe – Results from a large multi-national cohort. *PLoS ONE* 7(7) e39013; 2012.
32. Méjean C, Droomers M, van der Schouw YT, et al. The contribution of diet and lifestyle to socioeconomic inequalities in cardiovascular morbidity and mortality. *International Journal of Cardiology* 168: 5190–5195; 2013.
33. Kershaw KN, Droomers M, Robinson WR, Carnethon MR, Daviglus ML, Verschuren MM, Quantifying the contributions of behavioral and biological risk factors to socioeconomic disparities in coronary heart disease incidence: the MORGEN study, *Eur J Epi* 28(10) : 807–814; 2013.
34. Kulik MC, Hoffmann R, Judge K, et al. Smoking and the potential for reduction of inequalities in mortality in Europe, *Eur J Epidemiol* 28: 959–971; 2013.
35. Clougherty JE, Souza K, Cullen MR. Work and its role in shaping the social gradient in health. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1186:102–124; 2010.
36. Indvandrerne i Danmark 2013. København: Danmarks Statistik; 2013.
37. Nazroo JY. The structuring of ethnic inequalities in health: Economic position, racial discrimination, and racism. *Am J Public Health* 93(2): 277–284; 2003.
38. Bhopal RS. Migration, ethnicity, race, and health in multicultural societies. Second edition. Oxford: Oxford University Press; 2013.
39. Smith GD, Chaturvedi N, Harding S, Nazroo J, Williams R. Ethnic inequalities in health: a review of UK epidemiological evidence. *Critical Public Health* 10: 375–408; 2000.
40. Singhammer J. Etniske minoriteters sundhed. Aarhus: Region Midtjylland; 2008.

13. SUNDHED PÅ ÉN SIDE

Den sociogeografiske opdeling af sognene

For at understøtte indsatser i forhold til lokalområder med særlige sundhedsmæssige udfordringer er der som noget nyt i *Hvordan har du det?* 2013 lavet en sociogeografisk inddeling af Region Midtjylland. I indledningskapitlet Baggrund, formål og metode (kapitel 1) er de sociogeografiske grupper detaljeret beskrevet. Inddelingen kan danne grundlag for målrettede kommunale sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser, hvad enten de retter sig direkte mod beboerne i et område eller mod områdets fysiske og sociale rammer. Det gør det let for kommunerne at udpege områder i deres kommune, hvor der er størst behov for områdespecifikke sundhedsfremmende indsatser.

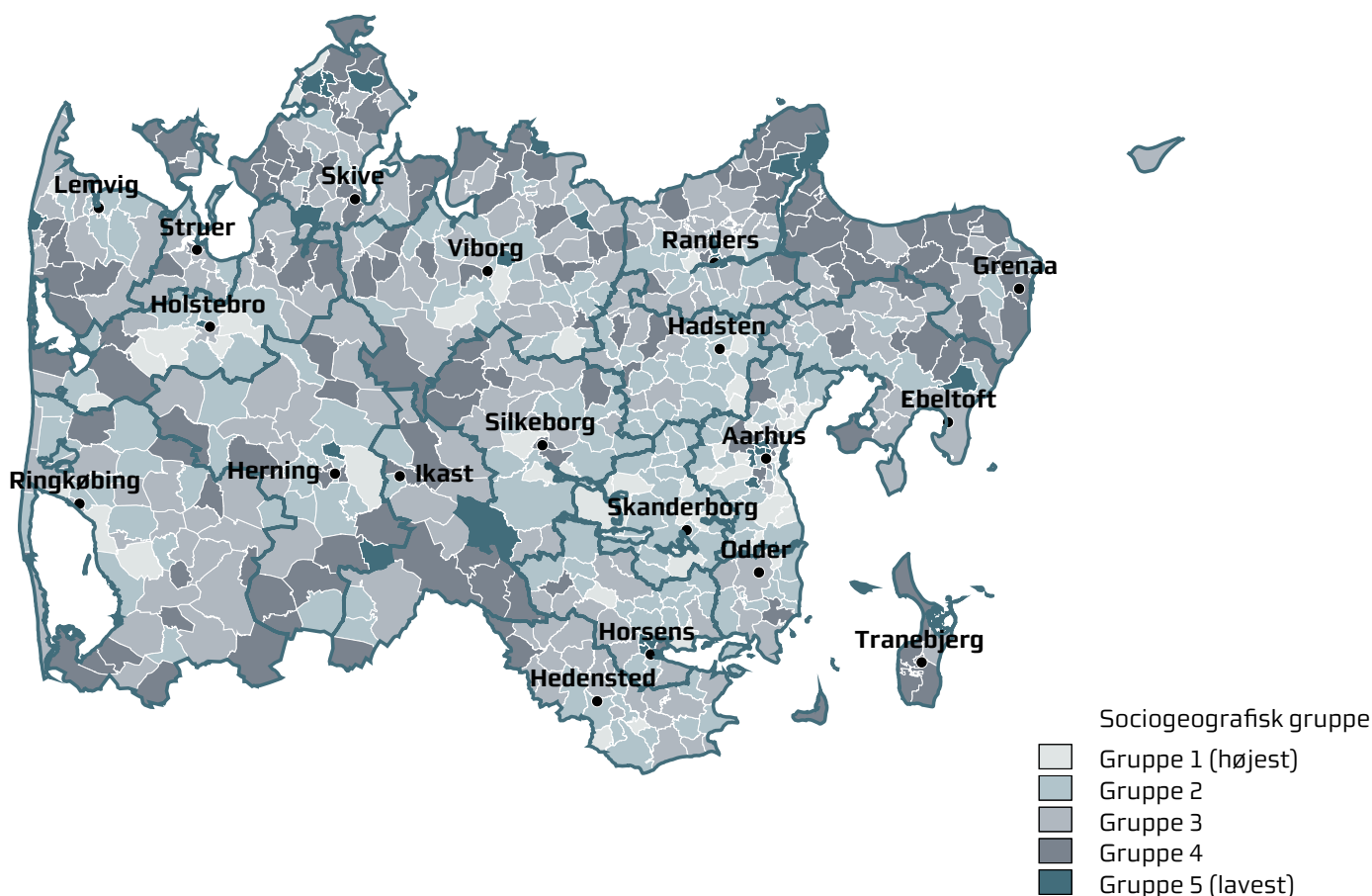
Den nye sociogeografiske inddeling af Region Midtjylland tager udgangspunkt i sogne, der er den mindste administrative enhed i befolkningsregistre. Der er 643 sogne i regionen med en gennemsnitlig befolkning på 1.340 personer i alderen 25 år og derover. Sognene er slået sammen til fem sociogeografiske grupper på tværs af kommuner. Sogdenes sociale sammensætning beskrives på baggrund af: 1) andel med kort uddannelse, 2) andel uden for arbejdsmarkedet i den

erhvervsaktive alder (25-64 år) og 3) gennemsnitlig bruttoindkomst. Gruppe 1 omfatter de socialt bedst stillede lokalområder og gruppe 5 de socialt dårligst stillede lokalområder.

Ligesom et lokalområdes sundhedstilstand præges af dets beboere, bliver beboernes helbred påvirket af kvarteret, både af det fysiske og det sociale miljø, hvorfor sundhedstilstanden ofte vil være bedre i de socialt bedre stillede lokalområder til sammenligning med sundhedstilstanden i dårligere socialt stillede lokalområder.

Kommunernes sociogeografiske karakteristik

I det følgende beskrives de 19 kommuner i Region Midtjylland i forhold til de fem sociogeografiske grupper. Som det fremgår af figur 13.1 har nogle kommuner alle fem grupper repræsenteret, men der er også flere kommuner, hvor kun to sociogeografiske grupper er repræsenteret. Disse kommuner er derfor mere homogene i deres sammensætning. Nogle sogne går på tværs af kommune- og regionsgrænser. Det betyder, at disse sogne som hovedregel indgår i begge kommuner.



Favrskov. Favrskov har ingen sogne i gruppe 5, og kun 6 % af befolkningen bor i sogne i gruppe 4. Den største andel af befolkningen bor i sogne i gruppe 2 (47 %) og den næststørste i gruppe 3 (31 %). Kommunen hører ud fra de anvendte kriterier til blandt de mest velstillede i regionen. Der er en moderat grad af sociogeografisk homogenitet. Favrskovs sociogeografiske profil afviger især fra regionen som helhed ved, at en markant større andel af befolkningen bor i sogne i gruppe 2, mens en betydeligt mindre andel bor i sogne i gruppe 4 og 5.

Hedensted. Hedensted har ingen sogne i gruppe 5, og kun 7 % af befolkningen bor i sogne i gruppe 4. Den største andel af befolkningen bor i sogne i gruppe 3 (57 %) og den næststørste i gruppe 2 (33 %). Der er tale om en moderat til høj sociogeografisk homogenitet. Kommunen hører ud fra de anvendte kriterier til blandt de mest velstillede i regionen. Hedensteds sociogeografiske profil afviger især fra regionen som helhed ved at have en større befolkningsandel i sogne i gruppe 3 og en mindre befolkningsandel i sogne i gruppe 1, 4 og 5, det vil sige i ydergrupperne.

Herning. I Herning er befolkningen spredt på sogne tilhørende alle fem sociogeografiske grupper. Der er således en betydelig grad af sociogeografisk heterogenitet. Herning har en sociogeografisk profil, der ligner regionen som helhed. Dog er der en større befolkningsandel i sogne i gruppe 2 og gruppe 4 og en mindre andel i de to ydergrupper, gruppe 1 og 5. Kommunen hører ud fra de anvendte kriterier til den mere velstillede del af de 19 kommuner.

Holstebro. Holstebro er den kommune i regionen, hvor befolkningen er mest jævnt fordelt på de fem sociogeografiske grupper. Kommunen er således kendetegnet ved stor sociogeografisk heterogenitet ligesom de øvrige store bykommuner i regionen. Holstebro udgør sammen med Viborg de kommuner, hvis sociogeografiske profil har den største lighed med regionens samlede profil.

Horsens. I Horsens bor 40 % af befolkningen i sogne, der tilhører gruppe 4 og 5. Der bor ligeledes 39 % i sogne i gruppe 2. Der er således tegn på en todelt fordeling af befolkningen ligesom i Aarhus, om end ikke helt så udpræget. Horsens er som de øvrige store bykommuner kendetegnet ved en lav grad af sociogeografisk homogenitet. I forhold til regionen som helhed bor en større andel af befolkningen i sogne i gruppe 2 og 5 og en mindre andel i gruppe 1, 3 og 4.

Ikast-Brande. Befolkningen i Ikast-Brande er koncentreret i de tre midterste sociogeografiske grupper med en overvægt af befolkningen i sogne i gruppe 4 (52 %). Kommunen har en moderat grad af sociogeografisk homogenitet. Ikast-Brande er ud fra de anvendte kriterier en af de mindre velstillede kommuner i regionen. Kommunen har en sociogeografisk profil, der afviger ret markant fra regionen som helhed, især på grund af en betydeligt højere

befolkningsandel i sogne i gruppe 4 og ved, at der ikke er sogne i de to ydergrupper, gruppe 1 og 5. Ikast-Brande og Struer har ens sociogeografiske profiler.

Lemvig. Befolkningen i Lemvig er koncentreret i de tre midterste sociogeografiske grupper. Den største andel af befolkningen bor i sogne i gruppe 4 (39 %), mens den næststørste andel bor i sogne i gruppe 2 (35 %). Kommunens sociogeografiske profil er kendetegnet ved en moderat grad af homogenitet. I forhold til regionen som helhed afviger Lemvig ved, at der kun er ganske få indbyggere i de to ydergrupper, gruppe 1 og gruppe 5.

Norrdjurs. I Norrdjurs bor 88 % af befolkningen i sogne i gruppe 4, mens resten bor i sogne i gruppe 2 og 3. Der er således ingen sogne i gruppe 1 og 5. Kommunen er næst efter Samsø den sociogeografisk mest homogene kommune i regionen. Norrdjurs er ud fra de anvendte kriterier en af de mindst velstillede kommuner i regionen. Kommunen har en sociogeografisk profil, der afviger stærkt fra regionen som helhed.

Odder. I Odder bor kun 3 % af befolkningen i sogne i gruppe 4 og 5. Kommunen er kendetegnet ved en forholdsvis høj grad af sociogeografisk homogenitet, idet hovedparten af befolkningen bor i sogne, der tilhører gruppe 3 (59 %) og gruppe 2 (37 %). Odder hører ud fra de anvendte kriterier til blandt de mest velstillede kommuner i regionen. Kommunen har en sociogeografisk profil, der afviger stærkt fra regionen som helhed.

Randers. Randers er en af regionens store bykommuner og kendetegnet ved en lav grad af sociogeografisk homogenitet. I Randers bor 40 % af befolkningen i sogne i gruppe 4 og 5. Det er den kommune i regionen, hvor den største andel af befolkningen bor i sogne i gruppe 5 (23 %). Samtidig bor en betydelig andel af kommunens befolkning i sogne i gruppe 3 (45 %). Ud fra de anvendte kriterier tilhører Randers den mindre velstillede del af kommunerne. I forhold til regionen som helhed bor en større andel af befolkningen i sogne i gruppe 3 og 5 og en mindre andel i gruppe 1, 2 og 4.

Ringkøbing-Skjern. Ringkøbing-Skjern er kendetegnet ved en koncentration af befolkningen i sogne i de tre midterste grupper, heraf flest i gruppe 3, der omfatter 49 % af befolkningen. Sognene i gruppe 2 omfatter 20 % og sognene i gruppe 4 27 % af befolkningen. Kun 3 % af befolkningen bor i sogne i gruppe 1, mens ingen sogne tilhører gruppe 5. Kommunens sociogeografiske profil er kendetegnet ved en moderat grad af homogenitet. I forhold til regionen som helhed afviger Ringkøbing-Skjern især ved at have en større befolkningsandel i sogne i gruppe 3 og en mindre andel i sogne i gruppe 1 og 5.

Samsø. På Samsø bor 87 % af befolkningen i sogne i gruppe 4, mens resten bor i et sogn, der tilhører gruppe 3.

Der er således ingen sogne i gruppe 1,2 og 5. Kommunen er den sociogeografisk mest homogene i regionen. Samsø er desuden ud fra de anvendte kriterier en af de mindst velstillede kommuner i regionen. Kommunen har en sociogeografisk profil, der afviger stærkt fra regionen som helhed. Samsø og Skanderborg har de mest forskellige sociogeografiske profiler.

Silkeborg. Silkeborg er kendetegnet ved stor sociogeografisk heterogenitet. Kommunen har en sociogeografisk profil, der i store træk ligner regionen som helhed. Dog har Silkeborg en større andel af befolkningen i sogne i gruppe 1 og en betydelig lavere andel i sogne i gruppe 5. Kommunen hører ud fra de anvendte kriterier til den mere velstillede del af de 19 kommuner.

Skanderborg. Skanderborg har ingen sogne i gruppe 3, 4 og 5. Den sociogeografiske homogenitet i kommunen er stor, idet 74 % af den voksne befolkning bor i sogne, der tilhører gruppe 2, og de resterende 26 % bor i sogne, der tilhører gruppe 1. Et enkelt sogn i Skanderborg (Skanderborg Sogn) har godt 10.000 voksne indbyggere, hvilket kan få kommunen til at fremstå mere homogen, end den i virkeligheden er. Skanderborg er ud fra de her anvendte kriterier den mest velstillede kommune i regionen. Kommunen har en sociogeografisk profil, der afviger stærkt fra regionen som helhed. Skanderborg og Samsø har de mest forskellige sociogeografiske profiler.

Skive. I Skive bor 68 % af befolkningen i sogne i gruppe 4. Den resterende del af befolkningen fordeler sig på sogne i gruppe 1, 2, 3 og 5. Kommunen er således sociogeografisk ret homogen. Skive hører ud fra de anvendte kriterier til de mindst velstillede kommuner i regionen. Kommunen har en sociogeografisk profil, der afviger stærkt fra regionen som helhed.

Struer. Befolkningen i Struer er koncentreret i de tre midterste sociogeografiske grupper med en overvægt af befolkningen i sogne i gruppe 4 (54 %). Kommunen har en moderat grad af sociogeografisk homogenitet. Struer er ud fra de anvendte kriterier en af de mindre velstillede kommuner i regionen. Kommunen har en sociogeografisk profil, der afviger ret markant fra regionen som helhed, især på grund af en betydeligt højere befolkningsandel i sogne i gruppe 4 og ved, at der ikke er sogne i de to ydergrupper, gruppe 1 og 5. Struer og Ikast-Brande har ens sociogeografiske profiler.

Syddjurs. I Syddjurs bor over halvdelen (54 %) af befolkningen i sogne i den midterste sociogeografiske gruppe, gruppe 3, mens 30 % bor i sogne i gruppe 2 og 15 % i sogne i gruppe 4. Kun 1 % bor i et sogn i gruppe 5. Ud fra de anvendte kriterier tilhører Syddjurs den mest velstillede halvdel af kommunerne. Der er tale om en moderat til høj grad af sociogeografisk homogenitet. Syddjurs' sociogeografiske profil afviger fra regionen som helhed ved, at en større andel af befolkningen bor i sogne i gruppe 3,

mens en mindre andel bor i sogne i gruppe 4 og 5 og ved, at der ikke er sogne i gruppe 1.

Viborg. I Viborg bor 35 % af befolkningen i sogne i gruppe 4 og 5. Befolkningen i Viborg er som i de øvrige store bykommuner spredt på sogne i alle fem sociogeografiske grupper. Der er med andre ord tale om en lav grad af sociogeografisk homogenitet. Viborg er, sammen med Holstebro, den kommune, hvis sociogeografiske profil har den største lighed med profilen for hele regionen.

Aarhus. I Aarhus er befolkningen spredt på sogne tilhørende alle fem sociogeografiske grupper. Kommunens sociogeografiske profil viser tegn på en todelt struktur, idet hovedparten af befolkningen bor i sogne i henholdsvis gruppe 1 og 2 (59 %) og gruppe 4 og 5 (33 %). Kun 8 % af befolkningen bor i sogne i gruppe 3. Kommunen har en sociogeografisk profil, der især afviger ved en større andel af befolkningen i den mest velstillede kategori af sogne, gruppe 1, og en betydeligt mindre andel af befolkningen i den midterste kategori af sogne, gruppe 3.

De valgte mål for sundhedstilstanden i kommunerne

I kapitel 2-8 er sundhedsvaner, fysisk og mental sundhed samt kronisk sygdom og multisygdom detaljeret beskrevet. De valgte mål indgår alle i Kommunernes Landsforenings Ledelsescockpit på sundhedsområdet (1). Fire af Regeringens syv nationale mål for danskernes sundhed (2) indgår i Sundhed på én side. Det drejer sig om Trivsel og livskvalitet (mål 3), Daglig rygning (mål 4), Højrisikoforbrug af alkohol (mål 5) samt Ingen idræt eller motion i fritiden (mål 7).

Dårligt selv vurderet helbred. Selv vurderet helbred er i undersøgelsen belyst ved hjælp af spørgsmålet "Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?" med svarmulighederne 'fremragende', 'vældig godt', 'godt', 'mindre godt' og 'dårligt'. De sidste to svarmuligheder betegnes som 'dårligt helbred'.

4+ kroniske sygdomme. I undersøgelsen bliver der spurgt til forekomsten af 18 kroniske sygdomme. 4+ kroniske sygdomme defineres som personer, der aktuelt har eller stadig har eftervirkninger af 4 eller flere af disse 18 forskellige typer af sygdomme.

Dårlig trivsel og livskvalitet. Selv vurderet trivsel og livskvalitet er i undersøgelsen belyst med spørgsmålet "Hvordan synes du, din trivsel og livskvalitet er alt i alt?" med svarmulighederne: 'virkelig god', 'god', 'nogenlunde', 'dårlig' og 'meget dårlig'. De tre sidste svarmuligheder betegnes som 'dårlig selv vurderet trivsel og livskvalitet'.

Højt stressniveau. Højt stressniveau defineres som den gruppe, der scorer 16-40 point på en skala fra 0-40 for

oplevet stress: Perceived Stress Scale (PSS). PSS omfatter 10 spørgsmål, der belyser, i hvilket omfang svarpersonen føler sig stresset og nervøs, samt hvorvidt han eller hun oplever sit liv som uforudsigeligt, ukontrollabelt og belastende.

Usundt kostmønster. På baggrund af indtag af fire kostgrupper (frugt, grønt, fisk og fedt) inddeles befolkningen ved hjælp af et pointsystem i tre kategorier: 1) usund kost, 2) middelsund kost og 3) sund kost.

Daglig rygning. Personer, der ryger hver dag.

Ugentligt rusdrikkeri (5+). Indtagelse af fem eller flere genstande ved samme lejlighed mindst én gang om ugen.

Højrisikoforbrug af alkohol (>14/21). Et forbrug på flere end 14 genstande om ugen for kvinder og flere end 21 genstande om ugen for mænd.

Tegn på alkoholproblemer. Tegn på alkoholproblemer måles ved hjælp af CAGE-C, der består af seks spørgsmål om alkoholvaner. Disse spørgsmål omhandler både personens egne oplevelser af, at alkoholforbruget er problematisk, samt at personer i netværket har givet udtryk for, at alkoholforbruget er for stort. Derudover er der spørgsmål om afhængighed samt spørgsmål om drikkemønster og hyppighed.

Fysisk inaktiv. I undersøgelsen bliver der spurgt til antal dage om ugen med fysisk aktivitet mindst 30 minutter om dagen. Personer, der på dette spørgsmål har svaret '0-1 dag', betegnes som fysisk inaktive.

Ingen idræt eller motion i fritiden. I undersøgelsen bliver der spurgt "Dyrker du idræt i din fritid, eller deltager du regelmæssigt i andre aktiviteter, der giver motion?"

Moderat overvægt. Personer, der har et BMI på 25-29,9.

Svær overvægt. Personer, der har et BMI ≥ 30 .

Læsevejledning

I dette kapitel resumeres og præsenteres sundhedstilstanden i de 19 kommuner i kort form. Analyserne i *Sundhed i kommunerne kort fortalt* er foretaget for de 25-79-årige etnisk danske personer, som det også er tilfældet i størstedelen af rapporten. Hver kommunes oplysninger præsenteres på to sider:

På side 1 findes en oversigt og et kommunekort, der viser den sociogeografiske fordeling af sogne i kommunen på baggrund af andel med kort uddannelse, andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år) samt gennemsnitlig bruttoindkomst i det enkelte sogn. Som tidligere nævnt omfatter gruppe 1 de socialt bedst stillede lokalområder og gruppe 5 de socialt dårligst stillede lokalområder.

Oversigten øverst på siden viser navnene på de enkelte sogne opdelt på de fem sociogeografiske grupper, der er anvendt. På kommunekortet er der indsat bynavne for at lette aflæsning af kortet. Farverne på de enkelte sogne på kortet angiver, hvilken sociogeografiske gruppe det tilhører i henhold til farverne i sogneoversigten øverst på siden.

Analyserne af sognene indeholder data fra Geodatastyrelsen, Kort10, januar 2013.

På side 2 findes en oversigt over de valgte mål for sundhedstilstanden i kommunerne.

I kolonnerne til venstre præsenteres gennemsnittet af de forskellige sundhedsmål for Region Midtjylland og for kommunen.

I de midterste kolonner præsenteres gennemsnittet af de forskellige sundhedsmål for sognene i kommunen opdelt på sociogeografiske grupper.

På skalaerne til højre på siden er gennemsnittet af de forskellige sundhedsmål afbildet med prikker. Hvis den blågrønne prik (kommuneforekomsten) ligger til venstre for den gule prik (regionsforekomsten) er der en lavere forekomst end i regionen som helhed, og omvendt hvis den blågrønne prik ligger til højre for regionsprikken. På denne vis kan man nemt danne sig et overblik over, hvordan kommunen placerer sig i forhold til regionsgennemsnittet på en række forskellige sundhedsmål. Det skal i denne sammenhæng påpeges, at forskellene mellem kommune og region ikke i alle tilfælde er statistisk signifikante. Hvis man ønsker at opnå viden om, hvorvidt dette er tilfældet, henvises der til kapitel 2-8 i rapporten.

Forbehold. I nogle kommuner er der ikke sogne i en eller flere af de fem sociogeografiske grupper. Dette skyldes den måde, hvorpå analyserne er foretaget. I nogle kommuner er der desuden for få svarpersoner til, at der kan foretages analyser for en eller flere af de sociogeografiske grupper. Dette drejer sig om sociogeografiske grupper med mindre end 70 svarpersoner. Det er markeret med en streg i figuren ud for den pågældende gruppe.

Referencer

1. KL Konsulentvirksomhed. Ledelsescockpit på sundhedsområdet. København: KL; 2013. http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_63021/cf_202/Ledelsescockpit_p_sundhedsomr-det.PDF
2. Regeringen. Sundere liv for alle – Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2014. <http://www.sum.dk/Sundhed/Forebyggelse/Nationale-maal.aspx>

Favrskov Kommune

Sogne i de fem sociogeografiske grupper

SOCIOGEOGRAFISKE GRUPPER

Gruppe 1 (højest) 5.194 personer	Gruppe 2 14.985 personer	Gruppe 3 9.941 personer	Gruppe 4 1.867 personer	Gruppe 5 (lavest) 0 personer
-------------------------------------	-----------------------------	----------------------------	----------------------------	---------------------------------

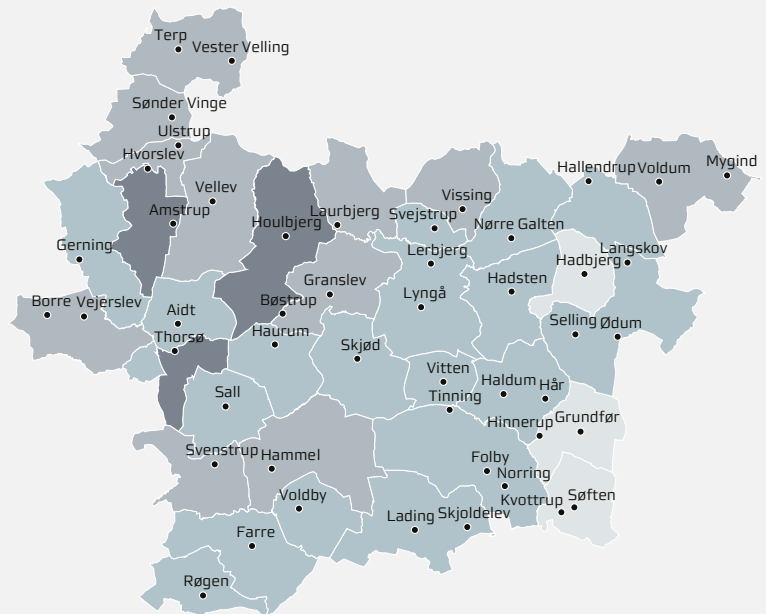
Grundfør Sogn
Hadbjerg Sogn
Søften Sogn

Aidt Sogn
Foldby Sogn
Gerning Sogn
Hadsten Sogn
Haldum Sogn
Haurum Sogn
Lading Sogn
Lerbjerg Sogn
Lyngå Sogn
Nørre Galten Sogn
Rud Sogn
Røgen Sogn
Sall Sogn
Skjød Sogn
Skorup Sogn
Sporup Sogn
Vitten Sogn
Voldby Sogn
Ødum Sogn

Granslev Sogn
Hammel Sogn
Laurbjerg Sogn
Søby Sogn
Sønder Vinge Sogn
Ulstrupbro Sogn
Vejerslev Sogn
Vellev Sogn
Vester Velling Sogn
Vissing Sogn
Voldum Sogn

Houlbjerg Sogn
Hvorslev Sogn
Thorsø Sogn

-



LÆSEVEJLEDNING. Den sociogeografiske opdeling af kommunerne tager udgangspunkt i sogne, der er den mindste administrative enhed i befolkningsregistrene. Den sociogeografiske opdeling af sognene i kommunen samt de anvendte mål for sundhedstilstanden er beskrevet i indledningen af kapitlet. En grundigere beskrivelse findes i de kapitler, der beskæftiger sig med de forskellige områder.

Sociografisk gruppe 5 er de sogne med høj andel med kort uddannelse, høj andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år) samt lav gennemsnitlig bruttoindkomst. Modsat er sociogeografisk gruppe 1 de sogne med lav andel med kort uddannelse, lav andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år) samt høj gennemsnitlig bruttoindkomst.

I nogle kommuner er der ikke sogne i en eller flere af de fem sociogeografiske grupper. Dette skyldes den måde, hvorpå analyserne er foretaget. Læs mere om dette i indledningen til kapitlet. I nogle kommuner skyldes det, at der er for få svarpersoner til, at der kan foretages analyser for en eller flere af de sociogeografiske grupper. Dette er markeret med en streg i figuren.

Analyserne i *Sundhed på én side* er foretaget for de 25-79-årige etnisk danske, som det også er tilfældet i størstedelen af rapporten.

Favrskov Kommune

Sundhed på én side



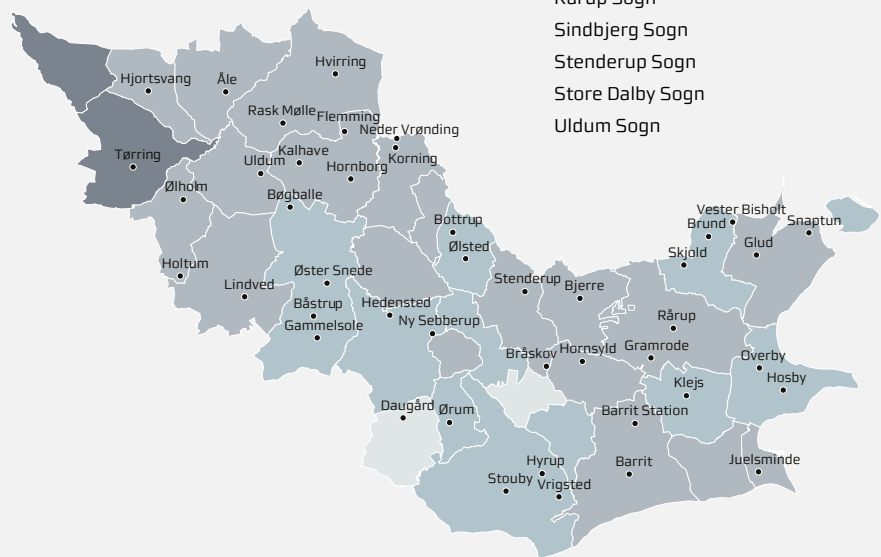
Hedensted Kommune

Sogne i de fem sociogeografiske grupper

SOCIOGEOGRAFISKE GRUPPER

Gruppe 1 (højest) 1.052 personer	Gruppe 2 10.446 personer	Gruppe 3 18.064 personer	Gruppe 4 2.113 personer	Gruppe 5 (lavest) 0 personer
-------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------	---------------------------------

Daugård Sogn	As Sogn	Aale Sogn	Hammer Sogn	-
Hornum Sogn	Hedensted Sogn	Barrit Sogn	Tørring Sogn	
	Hjarnø Sogn	Bjerre Sogn		
	Klejs Sogn	Glud Sogn		
	Skjold Sogn	Hatting Sogn		
	Stouby Sogn	Hornborg Sogn		
	Urlev Sogn	Hvirring Sogn		
	Vrigsted Sogn	Juelsminde Sogn		
	Ølsted Sogn	Klakring Sogn		
	Ørum Sogn	Korning Sogn		
	Øster Snede Sogn	Langskov Sogn		
		Linnerup Sogn		
		Løsning Sogn		
		Nebsager Sogn		
		Rårup Sogn		
		Sindbjerg Sogn		
		Stenderup Sogn		
		Store Dalby Sogn		
		Uldum Sogn		



LÆSEVEJLEDNING. Den sociogeografiske opdeling af kommunerne tager udgangspunkt i sogne, der er den mindste administrative enhed i befolkningsregistrene. Den sociogeografiske opdeling af sognene i kommunen samt de anvendte mål for sundhedstilstanden er beskrevet i indledningen af kapitlet. En grundigere beskrivelse findes i de kapitler, der beskæftiger sig med de forskellige områder.

Sociografisk gruppe 5 er de sogne med høj andel med kort uddannelse, høj andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år) samt lav gennemsnitlig bruttoindkomst. Modsat er sociogeografisk gruppe 1 de sogne med lav andel med kort uddannelse, lav andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år) samt høj gennemsnitlig bruttoindkomst.

I nogle kommuner er der ikke sogne i en eller flere af de fem sociogeografiske grupper. Dette skyldes den måde, hvorpå analyserne er foretaget. Læs mere om dette i indledningen til kapitlet. I nogle kommuner skyldes det, at der er for få svarpersoner til, at der kan foretages analyser for en eller flere af de sociogeografiske grupper. Dette er markeret med en streg i figuren.

Analyserne i *Sundhed på én side* er foretaget for de 25-79-årige etnisk danske, som det også er tilfældet i størstedelen af rapporten.

Hedensted Kommune

Sundhed på én side



Herning Kommune

Sogne i de fem sociogeografiske grupper

SOCIOGEOGRAFISKE GRUPPER

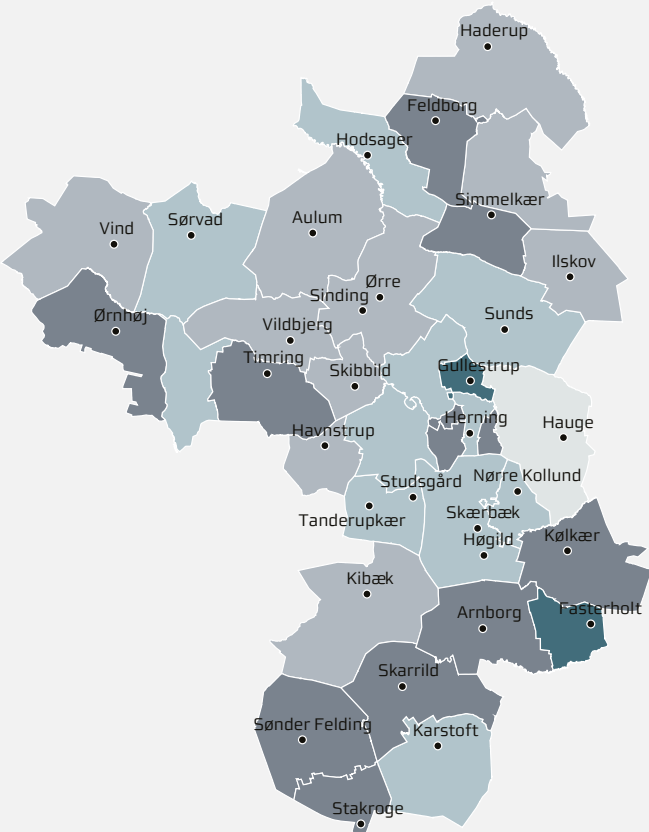
Gruppe 1 (højest) 5.617 personer	Gruppe 2 21.537 personer	Gruppe 3 11.771 personer	Gruppe 4 18.016 personer	Gruppe 5 (lavest) 1.471 personer
Gjellerup Sogn	Herning Sogn	Assing Sogn	Arnborg Sogn	Fasterholt Sogn
	Hodsager Sogn	Aulum Sogn	Feldborg Sogn	Gullestrup Sogn
	Karstoft Sogn	Grove Sogn	Fredens Sogn	
	Kollund Sogn	Haderup Sogn	Hedeager Sogn	
	Rind Sogn	Haunstrup Sogn	Ilderhede Sogn	
	Snejbjerg Sogn	Ilskov Sogn	Kølkær Sogn	
	Studsgård Sogn	Nøvling Sogn	Sankt Johannes Sogn	
	Sunds Sogn	Vildbjerg Sogn	Simmelkær Sogn	
	Tiphede Sogn	Vind Sogn	Skarrild Sogn	
	Tjørring Sogn	Ørre-Sinding Sogn	Sønder Felding Sogn	
	Vinding Sogn		Timring Sogn	
			Ørnhøj Sogn	

LÆSEVEJLEDNING. Den sociogeografiske opdeling af kommunerne tager udgangspunkt i sogne, der er den mindste administrative enhed i befolkningsregistrene. Den sociogeografiske opdeling af sognene i kommunen, samt de anvendte mål for sundhedstilstanden er beskrevet i indledningen af kapitlet. En grundigere beskrivelse findes i de kapitler, der beskæftiger sig med de forskellige områder.

Sociografisk gruppe 5 er de sogne med høj andel med kort uddannelse, høj andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år), samt lav gennemsnitlig bruttoindkomst. Modsat er sociogeografisk gruppe 1 de sogne med lav andel med kort uddannelse, lav andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år), samt høj gennemsnitlig bruttoindkomst.

I nogle kommuner er der ikke sogne i en eller flere af de fem sociogeografiske grupper. Dette skyldes den måde, hvorpå analyserne er foretaget. Læs mere om dette i indledningen til kapitlet. I nogle kommuner, at der er for få svarpersoner til, at der kan foretages analyser for en eller flere af de sociogeografiske grupper. Dette er markeret med en streg i figuren.

Analyserne i *Sundhed på én side* er foretaget for de 25-79-årige etnisk danske, som det også er tilfældet i størstedelen af rapporten.



Herning Kommune

Sundhed på én side

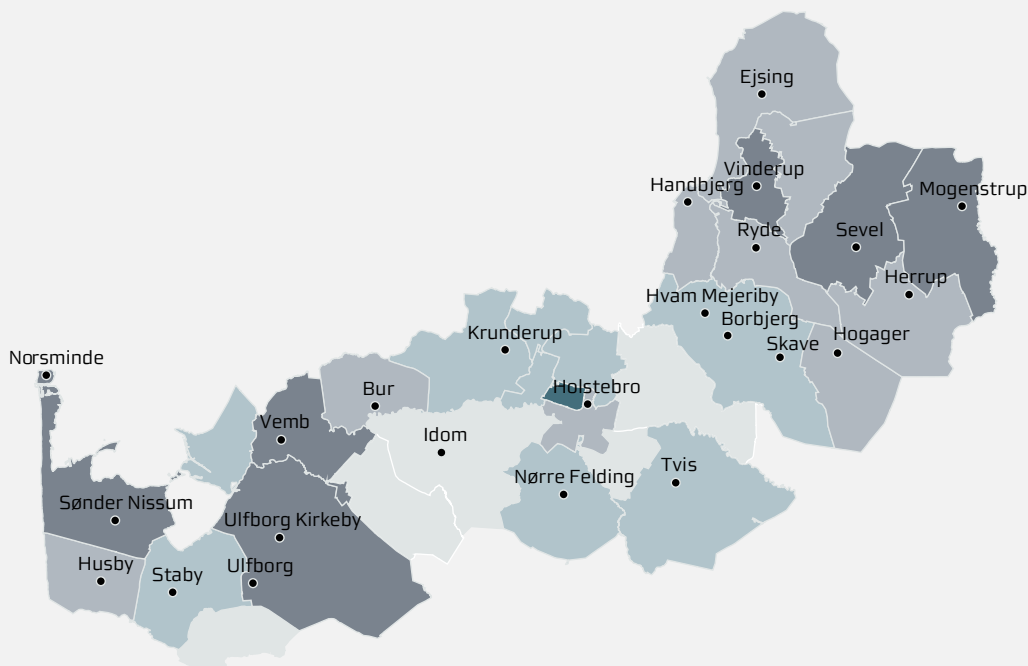


Holstebro Kommune

Sogne i de fem sociogeografiske grupper

SOCIOGEOGRAFISKE GRUPPER

Gruppe 1 (højest) 5.491 personer	Gruppe 2 10.437 personer	Gruppe 3 11.033 personer	Gruppe 4 7.137 personer	Gruppe 5 (lavest) 4.911 personer
Idom Sogn	Borbjerg Sogn	Bur Sogn	Sevel Sogn	Nørrelands Sogn
Madum Sogn	Ellebæk Sogn	Ejsing Sogn	Sønder Nissum Sogn	
Mejdal Sogn	Gørding Sogn	Handbjerg Sogn	Trandum Sogn	
Mejrup Sogn	Måbjerg Sogn	Herrup Sogn	Ulfborg Sogn	
Råsted Sogn	Naur Sogn	Hogager Sogn	Vemb Sogn	
	Nørre Felding Sogn	Holstebro Sogn	Vinderup Sogn	
	Sir Sogn	Husby Sogn		
	Staby Sogn	Ryde Sogn		
	Tvis Sogn	Sahl Sogn		



LÆSEVEJLEDNING. Den sociogeografiske opdeling af kommunerne tager udgangspunkt i sogne, der er den mindste administrative enhed i befolkningsregistrene. Den sociogeografiske opdeling af sognene i kommunen samt de anvendte mål for sundhedstilstanden er beskrevet i indledningen af kapitlet. En grundigere beskrivelse findes i de kapitler, der beskæftiger sig med de forskellige områder.

Sociografisk gruppe 5 er de sogne med høj andel med kort uddannelse, høj andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år) samt lav gennemsnitlig bruttoindkomst. Modsat er sociogeografisk gruppe 1 de sogne med lav andel med kort uddannelse, lav andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år) samt høj gennemsnitlig bruttoindkomst.

I nogle kommuner er der ikke sogne i en eller flere af de fem sociogeografiske grupper. Dette skyldes den måde, hvorpå analyserne er foretaget. Læs mere om dette i indledningen til kapitlet. I nogle kommuner skyldes det, at der er for få svarpersoner til, at der kan foretages analyser for en eller flere af de sociogeografiske grupper. Dette er markeret med en streg i figuren.

Analysen i *Sundhed på én side* er foretaget for de 25-79-årige etnisk danske, som det også er tilfældet i størstedelen af rapporten.

Holstebro Kommune

Sundhed på én side



Horsens Kommune

Sogne i de fem sociogeografiske grupper

SOCIOGEOGRAFISKE GRUPPER

Gruppe 1 (højest) 4.270 personer	Gruppe 2 22.400 personer	Gruppe 3 8.203 personer	Gruppe 4 10.282 personer	Gruppe 5 (lavest) 12.582 personer
-------------------------------------	-----------------------------	----------------------------	-----------------------------	--------------------------------------

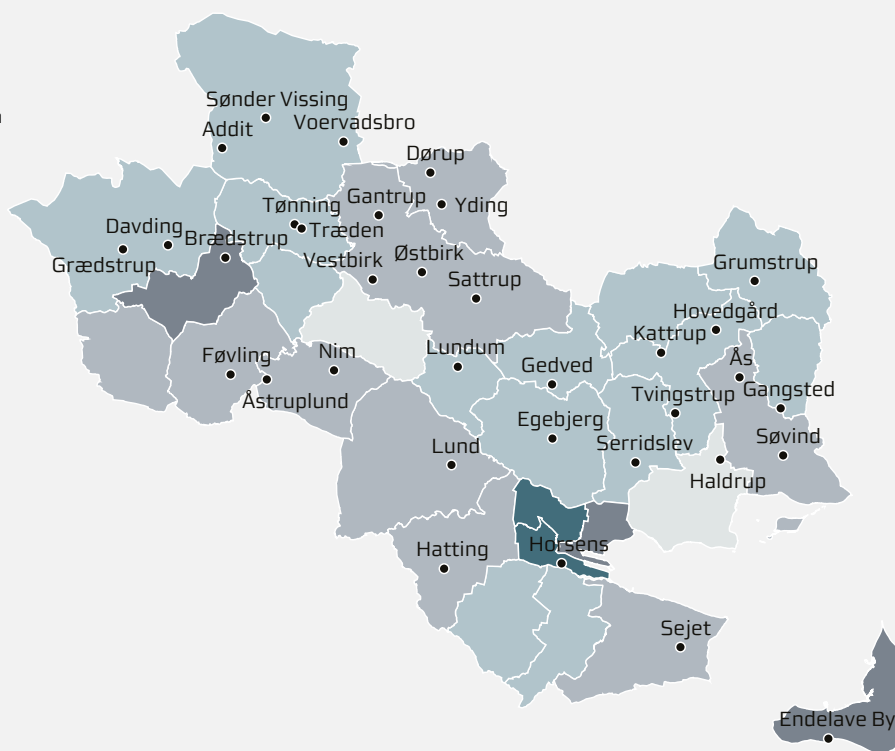
Underup Sogn
Vær Sogn

Gangsted Sogn
Grædstrup Sogn
Hansted Sogn
Kattrup Sogn
Lundum Sogn
Nebel Sogn
Sønder Vissing Sogn
Tolstrup Sogn
Torsted Sogn
Træden Sogn
Tyrsted Sogn
Tønning Sogn
Vedslet Sogn
Voerladegård Sogn
Ørridslev Sogn

Føvling Sogn
Hatting Sogn
Nim Sogn
Søvind Sogn
Tamdrup Sogn
Tyrsting Sogn
Uth Sogn
Yding Sogn
Østbirk Sogn

Brædstrup Sogn
Endelave Sogn
Klostersogn

Sønderbro Sogn
Vor Frelsers Sogn



LÆSEVEJLEDNING. Den sociogeografiske opdeling af kommunerne tager udgangspunkt i sogne, der er den mindste administrative enhed i befolkningsregistrene. Den sociogeografiske opdeling af sognene i kommunen samt de anvendte mål for sundhedstilstanden er beskrevet i indledningen af kapitlet. En grundigere beskrivelse findes i de kapitler, der beskæftiger sig med de forskellige områder.

Sociografisk gruppe 5 er de sogne med høj andel med kort uddannelse, høj andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år) samt lav gennemsnitlig bruttoindkomst. Modsat er sociogeografisk gruppe 1 de sogne med lav andel med kort uddannelse, lav andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år) samt høj gennemsnitlig bruttoindkomst.

I nogle kommuner er der ikke sogne i en eller flere af de fem sociogeografiske grupper. Dette skyldes den måde, hvorpå analyserne er foretaget. Læs mere om dette i indledningen til kapitlet. I nogle kommuner skyldes det, at der er for få svarpersoner til, at der kan foretages analyser for en eller flere af de sociogeografiske grupper. Dette er markeret med en streg i figuren.

Analysen i *Sundhed på én side* er foretaget for de 25-79-årige etnisk danske, som det også er tilfældet i størstedelen af rapporten.

Horsens Kommune

Sundhed på én side



Ikast-Brande

Sogne i de fem sociogeografiske grupper

SOCIOGEOGRAFISKE GRUPPER

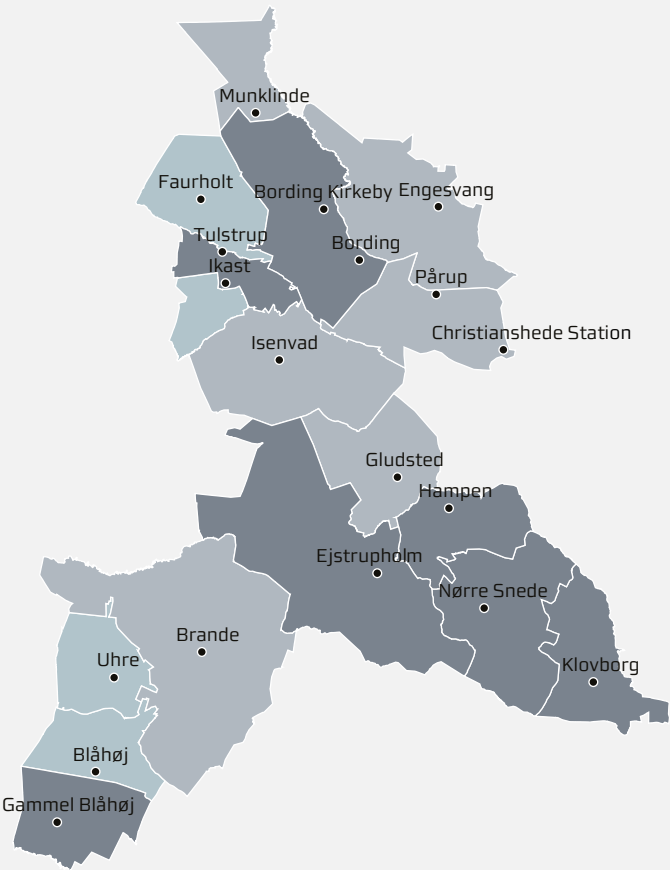
Gruppe 1 (højest) 0 personer	Gruppe 2 4.511 personer	Gruppe 3 8.768 personer	Gruppe 4 14.497 personer	Gruppe 5 (lavest) 0 personer
-	Faurholt Sogn Fonnesbæk Sogn Skærlund Sogn Uhre Sogn	Brande Sogn Christianshede Sogn Engesvang Sogn Gludsted Sogn Ilskov Sogn Isenvad Sogn	Blåhøj Sogn Bording Sogn Ejstrup Sogn Hampen Sogn Ikast Sogn Klovborg Sogn Nørre Snede Sogn	-

LÆSEVEJLEDNING. Den sociogeografiske opdeling af kommunerne tager udgangspunkt i sogne, der er den mindste administrative enhed i befolkningsregistrene. Den sociogeografiske opdeling af sognene i kommunen, samt de anvendte mål for sundhedstilstanden er beskrevet i indledningen af kapitlet. En grundigere beskrivelse findes i de kapitler, der beskæftiger sig med de forskellige områder.

Sociografisk gruppe 5 er de sogne med høj andel med kort uddannelse, høj andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år), samt lav gennemsnitlig bruttoindkomst. Modsat er sociogeografisk gruppe 1 de sogne med lav andel med kort uddannelse, lav andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år), samt høj gennemsnitlig bruttoindkomst.

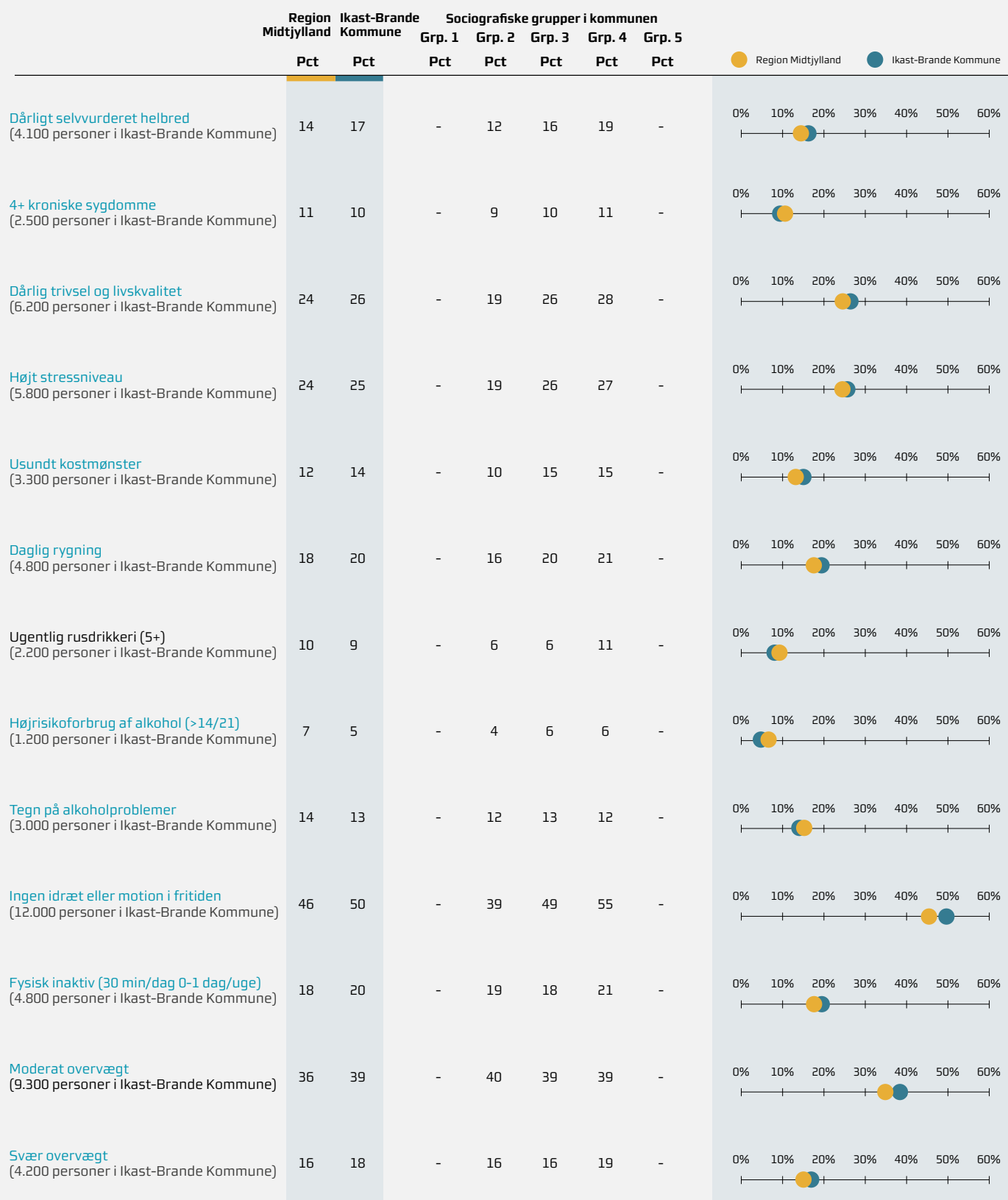
I nogle kommuner er der ikke sogne i en eller flere af de fem sociogeografiske grupper. Dette skyldes den måde, hvorpå analyserne er foretaget. Læs mere om dette i indledningen til kapitlet. I nogle kommuner, at der er for få svarpersoner til, at der kan foretages analyser for en eller flere af de sociogeografiske grupper. Dette er markeret med en streg i figuren.

Analyserne i *Sundhed på én side* er foretaget for de 25-79-årige etnisk danske, som det også er tilfældet i størstedelen af rapporten.



Ikast-Brande Kommune

Sundhed på én side



Lemvig Kommune

Sogne i de fem sociogeografiske grupper

SOCIOGEOGRAFISKE GRUPPER

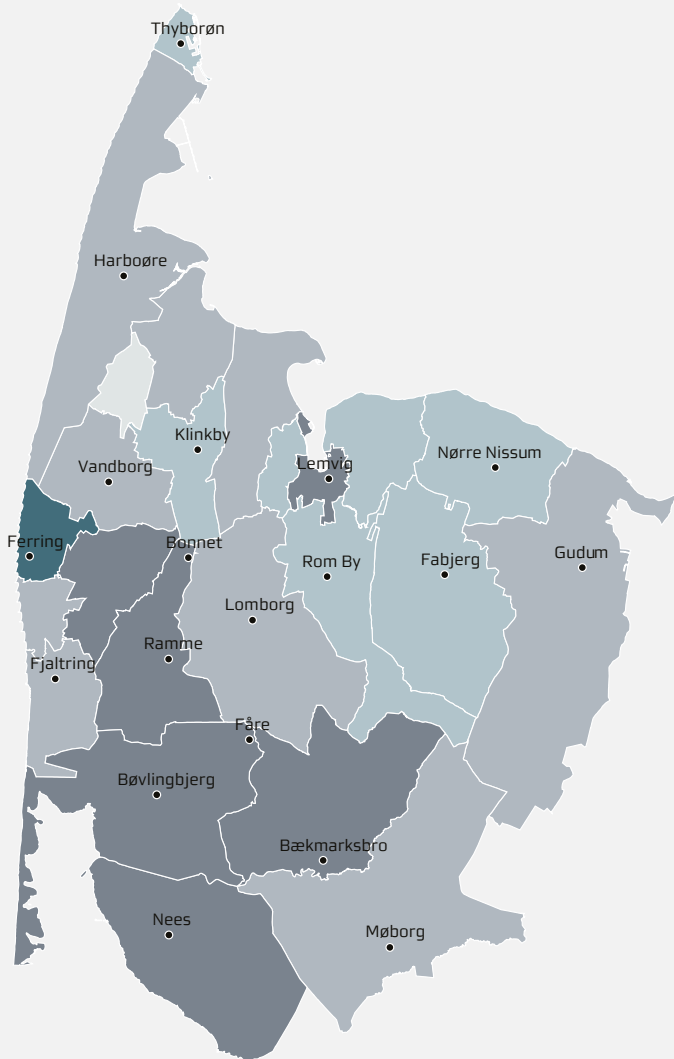
Gruppe 1 (højest) 36 personer	Gruppe 2 5.269 personer	Gruppe 3 3.779 personer	Gruppe 4 5.940 personer	Gruppe 5 (lavest) 85 personer
Engbjerg Sogn	Fabjerg Sogn Heldum Sogn Hove Sogn Nørlem Sogn Nørre Nisum Sogn Rom Sogn Thyborøn Sogn	Fjaltring Sogn Gudum Sogn Harboøre Sogn Hygum Sogn Lomborg Sogn Møborg Sogn Trans Sogn Tørring Sogn Vandborg Sogn	Bøvling Sogn Dybe Sogn Flynder Sogn Lemvig Sogn Nees Sogn Ramme Sogn	Ferring Sogn

LÆSEVEJLEDNING. Den sociogeografiske opdeling af kommunerne tager udgangspunkt i sogne, der er den mindste administrative enhed i befolkningsregistrene. Den sociogeografiske opdeling af sognene i kommunen, samt de anvendte mål for sundhedstilstanden er beskrevet i indledningen af kapitlet. En grundigere beskrivelse findes i de kapitler, der beskæftiger sig med de forskellige områder.

Sociografisk gruppe 5 er de sogne med høj andel med kort uddannelse, høj andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år), samt lav gennemsnitlig bruttoindkomst. Modsat er sociogeografisk gruppe 1 de sogne med lav andel med kort uddannelse, lav andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år), samt høj gennemsnitlig bruttoindkomst.

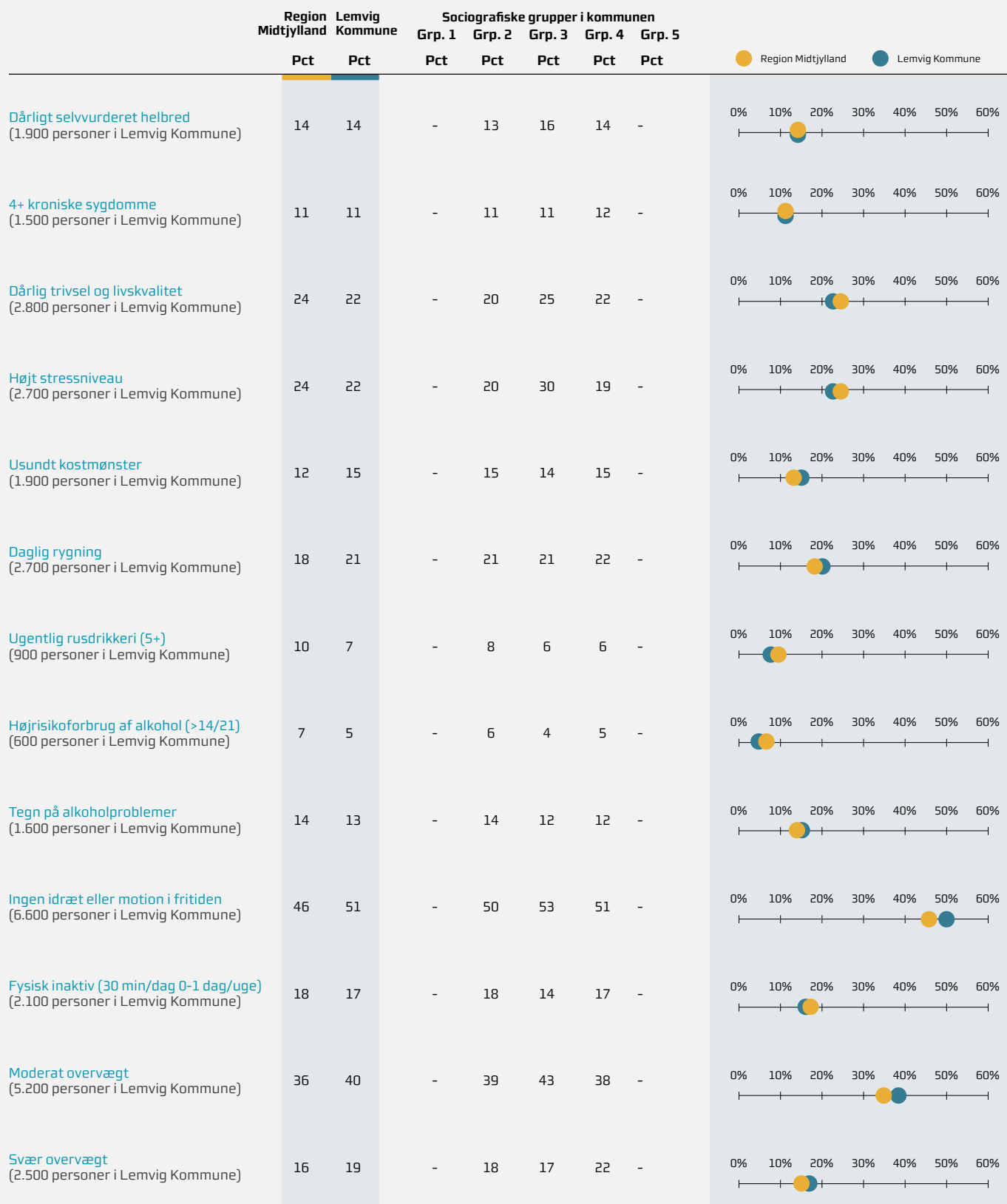
I nogle kommuner er der ikke sogne i en eller flere af de fem sociogeografiske grupper. Dette skyldes den måde, hvorpå analyserne er foretaget. Læs mere om dette i indledningen til kapitlet. I nogle kommuner, at der er for få svarpersoner til, at der kan foretages analyser for en eller flere af de sociogeografiske grupper. Dette er markeret med en streg i figuren.

Analyserne i *Sundhed på én side* er foretaget for de 25-79-årige etnisk danske, som det også er tilfældet i størstedelen af rapporten.



Lemvig Kommune

Sundhed på én side



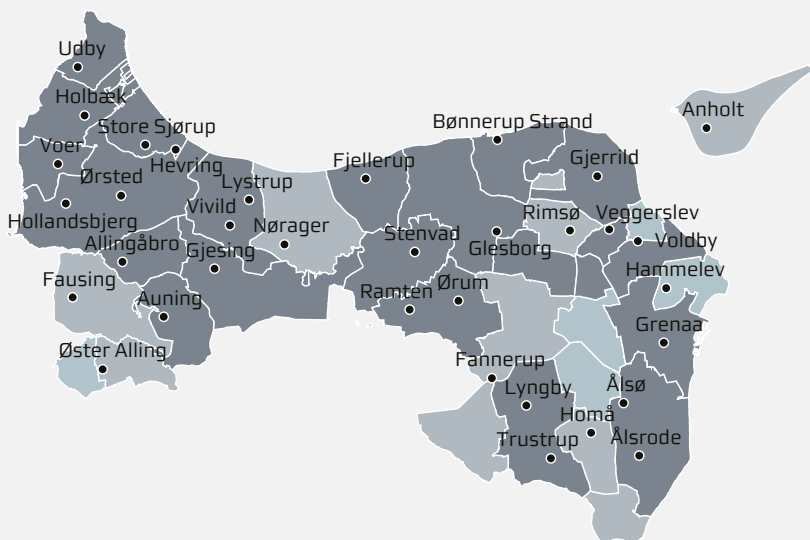
Norddjurs Kommune

Sogne i de fem sociogeografiske grupper

SOCIOGEOGRAFISKE GRUPPER

Gruppe 1 (højest) 0 personer	Gruppe 2 694 personer	Gruppe 3 2.548 personer	Gruppe 4 23.929 personer	Gruppe 5 (lavest) 0 personer
---------------------------------	--------------------------	----------------------------	-----------------------------	---------------------------------

-	Enslev Sogn	Albøge Sogn	Auning Sogn	-
	Hammelev Sogn	Anholt Sogn	Estruplund Sogn	
	Karlby Sogn	Fausing Sogn	Fjellerup Sogn	
	Vejlby Sogn	Ginnerup Sogn	Gjerrild Sogn	
	Vester Alling Sogn	Hoed Sogn	Gjesing Sogn	
		Homå Sogn	Glesborg Sogn	
		Nørager Sogn	Grenaa Sogn	
		Rimsø Sogn	Hemmed Sogn	
		Øster Alling Sogn	Holbæk Sogn	
			Kastbjerg Sogn	
			Lyngby Sogn	
			Stenvad Sogn	
			Udby Sogn	
			Veggerslev Sogn	
			Vejlby Sogn	
			Villersø Sogn	
			Vivild Sogn	
			Voer Sogn	
			Voldby Sogn	
			Ålsø Sogn	
			Ørsted Sogn	
			Ørum Sogn	



LÆSEVEJLEDNING. Den sociogeografiske opdeling af kommunerne tager udgangspunkt i sogne, der er den mindste administrative enhed i befolkningsregistrene. Den sociogeografiske opdeling af sognene i kommunen samt de anvendte mål for sundhedstilstanden er beskrevet i indledningen af kapitlet. En grundigere beskrivelse findes i de kapitler, der beskæftiger sig med de forskellige områder.

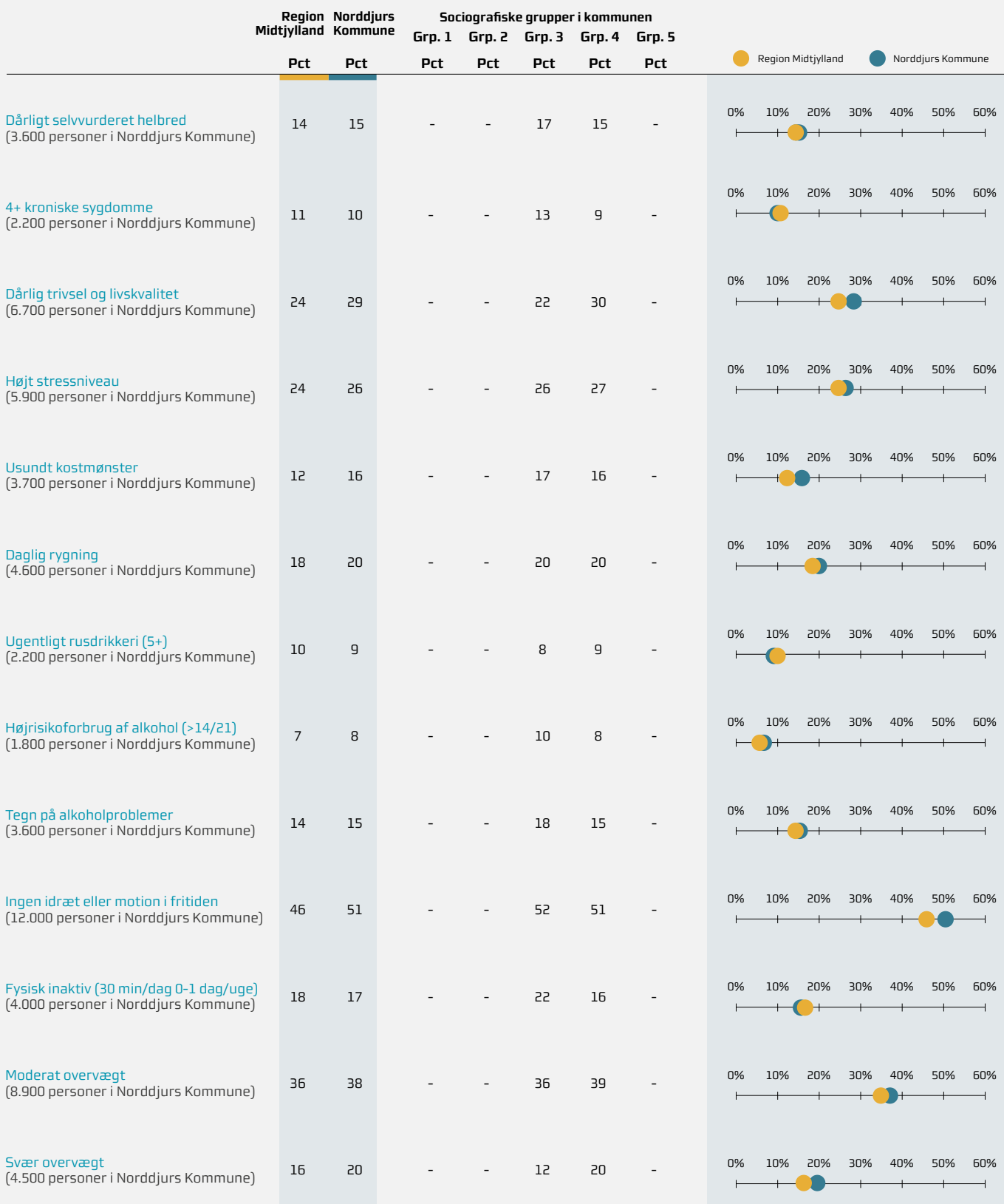
Sociografisk gruppe 5 er de sogne med høj andel med kort uddannelse, høj andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år) samt lav gennemsnitlig bruttoindkomst. Modsat er sociogeografisk gruppe 1 de sogne med lav andel med kort uddannelse, lav andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år) samt høj gennemsnitlig bruttoindkomst.

I nogle kommuner er der ikke sogne i en eller flere af de fem sociogeografiske grupper. Dette skyldes den måde, hvorpå analyserne er foretaget. Læs mere om dette i indledningen til kapitlet. I nogle kommuner skyldes det, at der er for få svarpersoner til, at der kan foretages analyser for en eller flere af de sociogeografiske grupper. Dette er markeret med en streg i figuren.

Analysen i *Sundhed på én side* er foretaget for de 25-79-årige etnisk danske, som det også er tilfældet i størstedelen af rapporten.

Norddjurs Kommune

Sundhed på én side



Odder Kommune

Sogne i de fem sociogeografiske grupper

SOCIOGEOGRAFISKE GRUPPER

Gruppe 1 (højest) 149	Gruppe 2 6.107 personer	Gruppe 3 9.790 personer	Gruppe 4 336 personer	Gruppe 5 (lavest) 101 personer
--------------------------	----------------------------	----------------------------	--------------------------	-----------------------------------

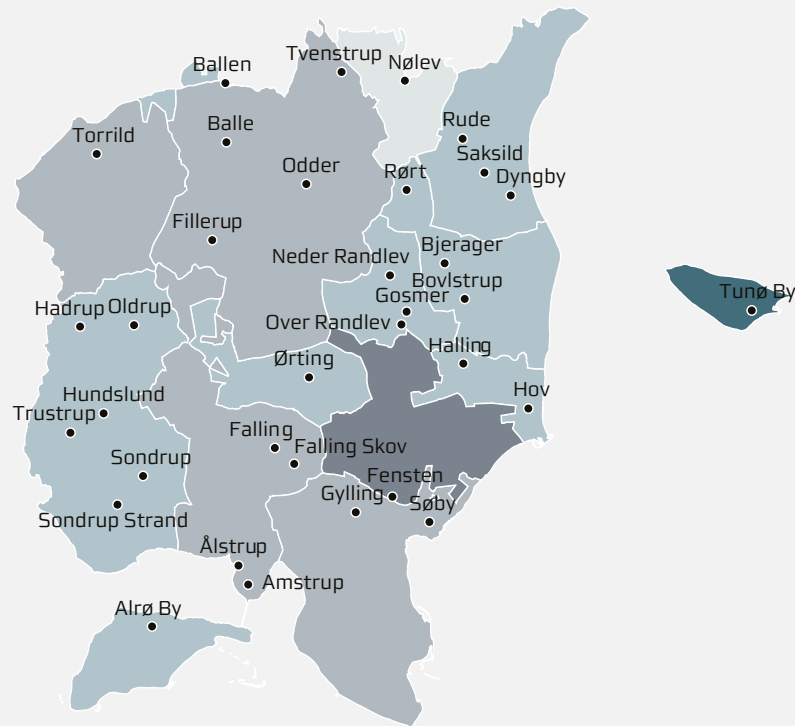
Nølev Sogn	Alrø Sogn	Falling Sogn	Gosmer Sogn	Tunø Sogn
	Bjerager Sogn	Gylling Sogn		
	Halling Sogn	Odder Sogn		
	Hundslund Sogn	Torrild Sogn		
	Randlev Sogn			
	Saksild Sogn			
	Ørting Sogn			

LÆSEVEJLEDNING. Den sociogeografiske opdeling af kommunerne tager udgangspunkt i sogne, der er den mindste administrative enhed i befolkningsregistrene. Den sociogeografiske opdeling af sognene i kommunen, samt de anvendte mål for sundhedstilstanden er beskrevet i indledningen af kapitlet. En grundigere beskrivelse findes i de kapitler, der beskæftiger sig med de forskellige områder.

Sociografisk gruppe 5 er de sogne med høj andel med kort uddannelse, høj andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år), samt lav gennemsnitlig bruttoindkomst. Modsat er sociogeografisk gruppe 1 de sogne med lav andel med kort uddannelse, lav andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år), samt høj gennemsnitlig bruttoindkomst.

I nogle kommuner er der ikke sogne i en eller flere af de fem sociogeografiske grupper. Dette skyldes den måde, hvorpå analyserne er foretaget. Læs mere om dette i indledningen til kapitlet. I nogle kommuner, at der er for få svarpersoner til, at der kan foretages analyser for en eller flere af de sociogeografiske grupper. Dette er markeret med en streg i figuren.

Analyserne i *Sundhed på én side* er foretaget for de 25-79-årige etnisk danske, som det også er tilfældet i størstedelen af rapporten.



Odder Kommune

Sundhed på én side



Randers Kommune

Sogne i de fem sociogeografiske grupper

SOCIOGEOGRAFISKE GRUPPER

Gruppe 1 (højest) 2.905 personer	Gruppe 2 6.956 personer	Gruppe 3 30.011 personer	Gruppe 4 11.292 personer	Gruppe 5 (lavest) 15.582 personer
-------------------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------------

Gimming Sogn
Hornbæk Sogn

Albæk Sogn
Essenbæk Sogn
Grensten Sogn
Haslund Sogn
Tånum Sogn
Ålum Sogn
Ølst Sogn
Øster Bjerregrav Sogn

Borup Sogn
Dronningborg Sogn
Enghøj Sogn
Enslev Sogn
Fårup Sogn
Gassum Sogn
Hald Sogn
Harridslev Sogn
Helstrup Sogn
Hørning Sogn
Kousted Sogn
Kristrup Sogn
Langå Sogn
Lem Sogn
Linde Sogn
Mellerup Sogn
Nørnbæk Sogn
Råsted Sogn
Spentrup Sogn
Støvring Sogn
Sønderbæk Sogn
Torup Sogn
Vorup Sogn
Værum Sogn
Årslev Sogn
Ørum Sogn

Asferg Sogn
Dalbynder Sogn
Dalbyover Sogn
Gjerlev Sogn
Kastbjerg Sogn
Kærby Sogn
Læsten Sogn
Sankt Clemens Sogn
Tvede Sogn
Udbyneder Sogn
Virring Sogn
Øster Tørslev Sogn
Øster Velling Sogn

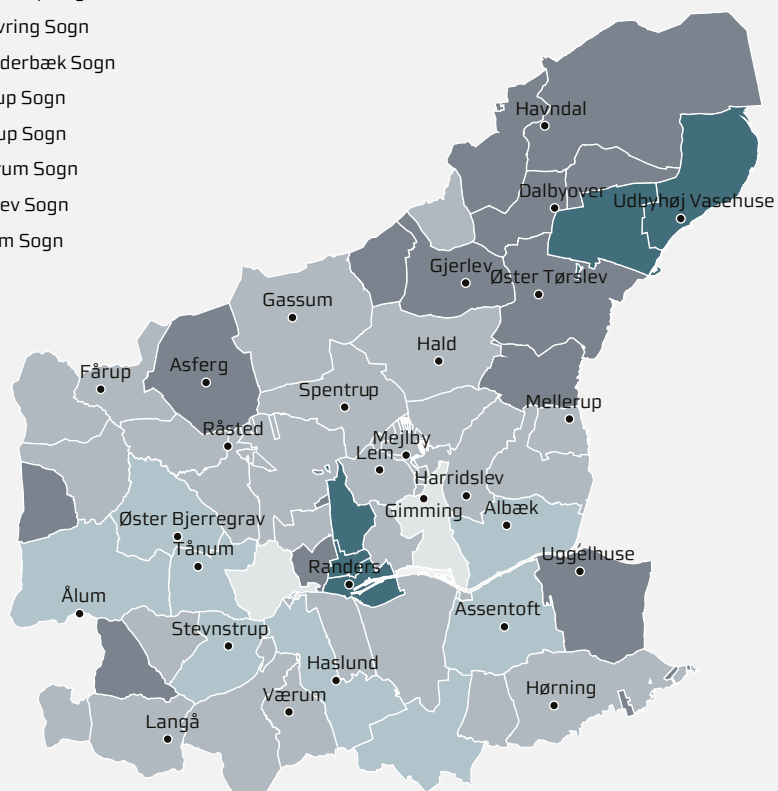
Råby Sogn
Sankt Andreas Sogn
Sankt Mortens Sogn
Sankt Peders Sogn
Sødring Sogn

LÆSEVEJLEDNING. Den sociogeografiske opdeling af kommunerne tager udgangspunkt i sogne, der er den mindste administrative enhed i befolkningsregistrene. Den sociogeografiske opdeling af sognene i kommunen, samt de anvendte mål for sundhedstilstanden er beskrevet i indledningen af kapitlet. En grundigere beskrivelse findes i de kapitler, der beskæftiger sig med de forskellige områder.

Sociografisk gruppe 5 er de sogne med høj andel med kort uddannelse, høj andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år), samt lav gennemsnitlig bruttoindkomst. Modsat er sociogeografisk gruppe 1 de sogne med lav andel med kort uddannelse, lav andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år), samt høj gennemsnitlig bruttoindkomst.

I nogle kommuner er der ikke sogne i en eller flere af de fem sociogeografiske grupper. Dette skyldes den måde, hvorpå analyserne er foretaget. Læs mere om dette i indledningen til kapitlet. I nogle kommuner, at der er for få svarpersoner til, at der kan foretages analyser for en eller flere af de sociogeografiske grupper. Dette er markeret med en streg i figuren.

Analysen i *Sundhed på én side* er foretaget for de 25-79-årige etnisk danske, som det også er tilfældet i størstedelen af rapporten.



Randers Kommune

Sundhed på én side



Ringkøbing-Skjern Kommune

Sogne i de fem sociogeografiske grupper

SOCIOGEOGRAFISKE GRUPPER

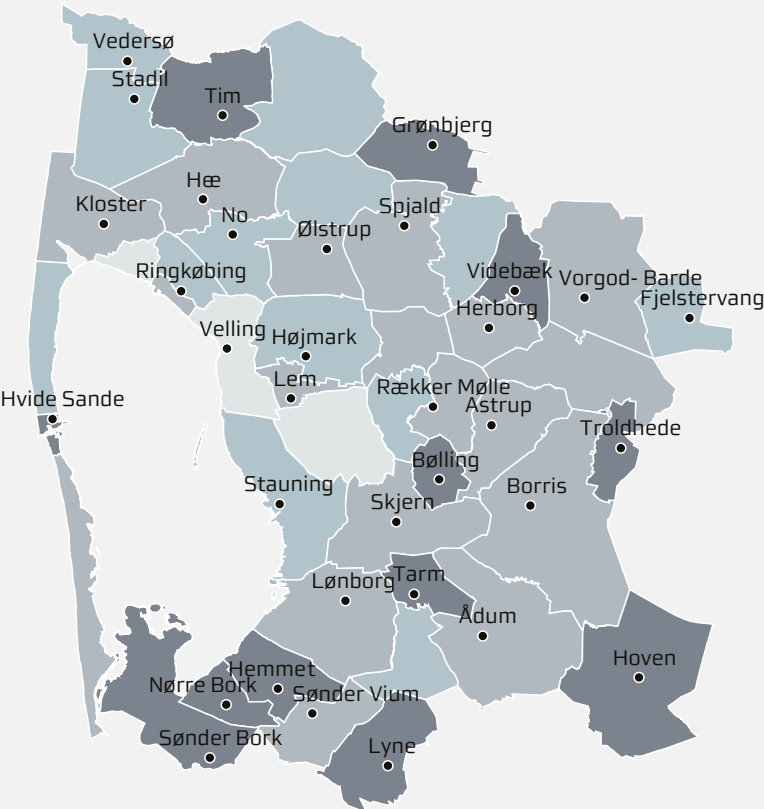
Gruppe 1 (højest) 1.366 personer	Gruppe 2 8.090 personer	Gruppe 3 19.541 personer	Gruppe 4 10.884 personer	Gruppe 5 (lavest) 0 personer
Dejbjerg Sogn	Egvad Sogn	Brejning Sogn	Bølling Sogn	-
Gammel Sogn	Fjølstervang Sogn	Faster Sogn	Hemmet Sogn	
Velling Sogn	Hanning Sogn	Finderup Sogn	Hoven Sogn	
	Hover Sogn	Haurvig Sogn	Hvide Sande Sogn	
	Lyngvig Sogn	Hee Sogn	Lyne Sogn	
	No Sogn	Herborg Sogn	Nørre Bork Sogn	
	Rindum Sogn	Lem Sogn	Nørre Omme Sogn	
	Stadil Sogn	Lønborg Sogn	Sønder Bork Sogn	
	Stauning Sogn	Ny Sogn	Tarm Sogn	
	Sønder Lem Sogn	Nørre Vium Sogn	Tim Sogn	
	Torsted Sogn	Ringkøbing Sogn	Troldhede Sogn	
	Vedersø Sogn	Skjern Sogn	Videbæk Sogn	
	Væggskilde Sogn	Sædding Sogn		
		Sønder Borris Sogn		
		Sønder Vium Sogn		
		Vorgod Sogn		
		Ådum Sogn		
		Ølstrup Sogn		

LÆSEVEJLEDNING. Den sociogeografiske opdeling af kommunerne tager udgangspunkt i sogne, der er den mindste administrative enhed i befolkningsregistrene. Den sociogeografiske opdeling af sognene i kommunen, samt de anvendte mål for sundhedstilstanden er beskrevet i indledningen af kapitlet. En grundigere beskrivelse findes i de kapitler, der beskæftiger sig med de forskellige områder.

Sociografisk gruppe 5 er de sogne med høj andel med kort uddannelse, høj andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år), samt lav gennemsnitlig bruttoindkomst. Modsat er sociogeografisk gruppe 1 de sogne med lav andel med kort uddannelse, lav andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år), samt høj gennemsnitlig bruttoindkomst.

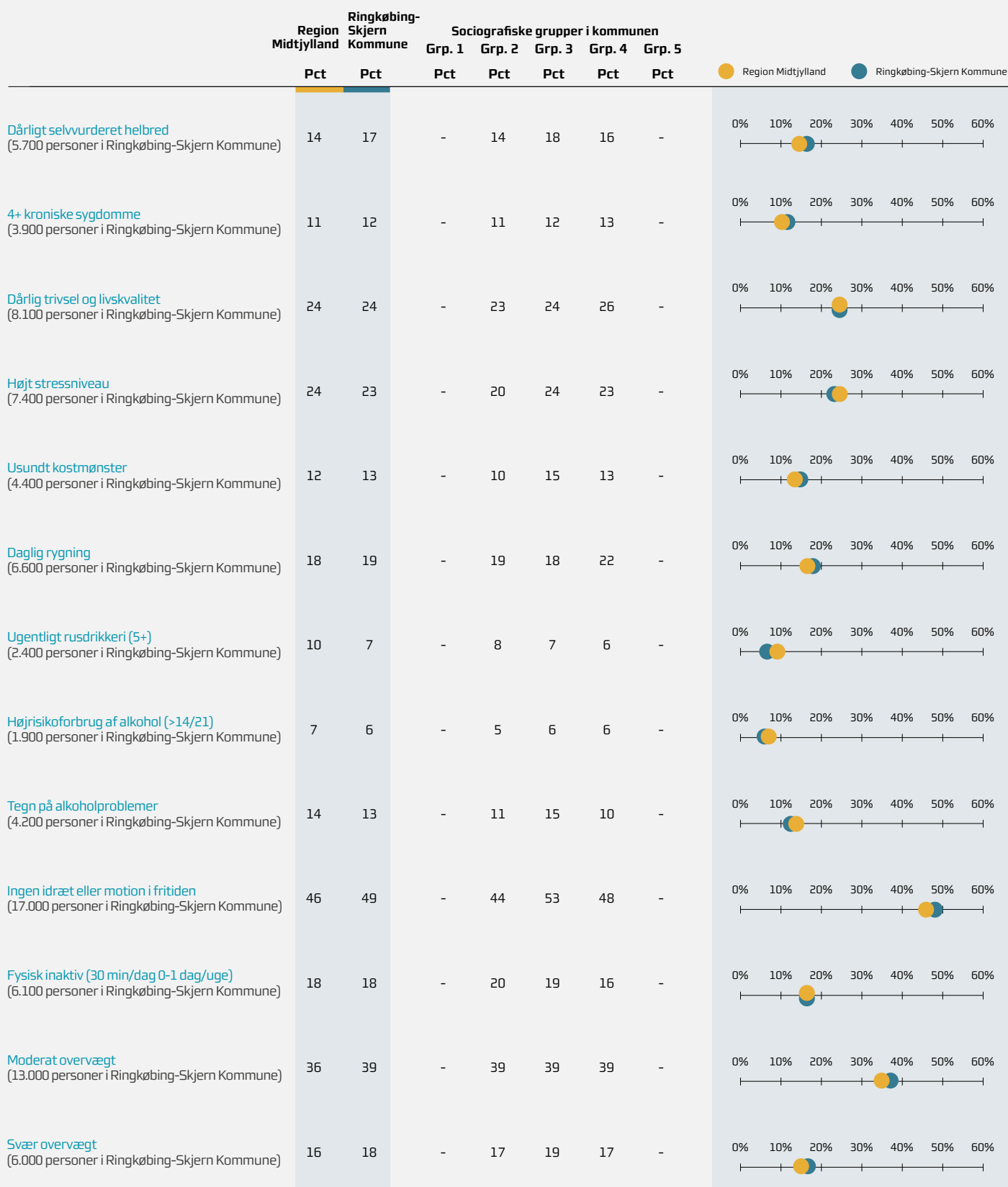
I nogle kommuner er der ikke sogne i en eller flere af de fem sociogeografiske grupper. Dette skyldes den måde, hvorpå analyserne er foretaget. Læs mere om dette i indledningen til kapitlet. I nogle kommuner, at der er for få svarpersoner til, at der kan foretages analyser for en eller flere af de sociogeografiske grupper. Dette er markeret med en streg i figuren.

Analyserne i *Sundhed på én side* er foretaget for de 25-79-årige etnisk danske, som det også er tilfældet i størstedelen af rapporten.



Ringkøbing-Skjern Kommune

Sundhed på én side



Samsø Kommune

Sogne i de fem sociogeografiske grupper

SOCIOGEOGRAFISKE GRUPPER

Gruppe 1 (højest) 0 personer	Gruppe 2 0 personer	Gruppe 3 394 personer	Gruppe 4 2.661 personer	Gruppe 5 (lavest) 0 personer
---------------------------------	------------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------------------

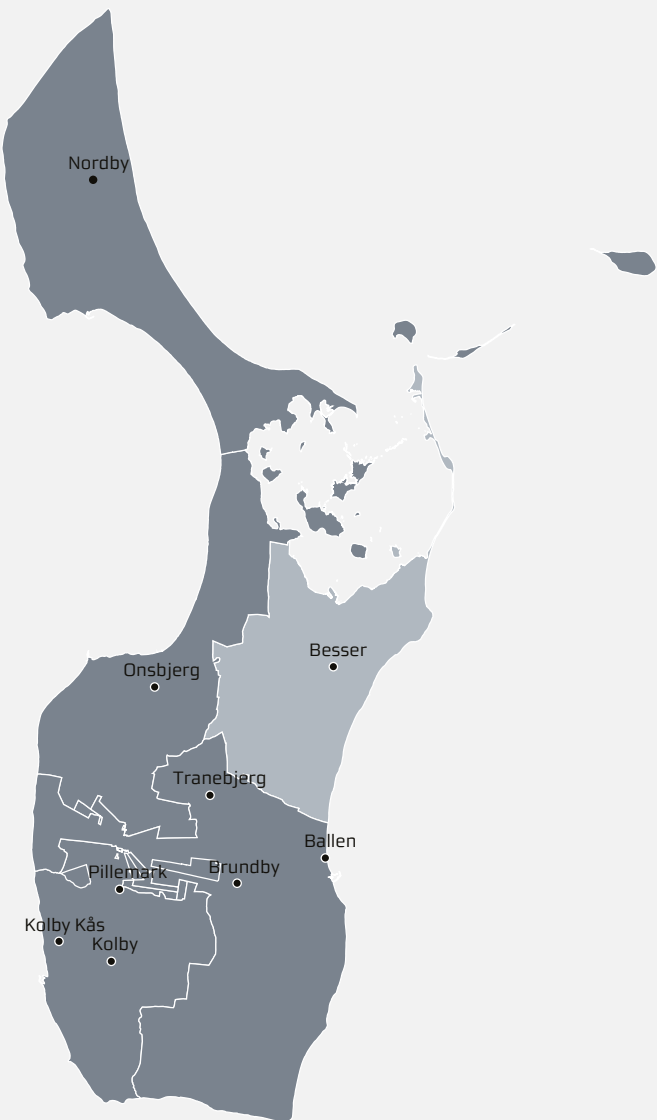
-	-	Besser Sogn	Kolby Sogn Nordby Sogn Onsbjerg Sogn Tranebjerg Sogn	-
---	---	-------------	---	---

LÆSEVEJLEDNING. Den sociogeografiske opdeling af kommunerne tager udgangspunkt i sogne, der er den mindste administrative enhed i befolkningsregistrene. Den sociogeografiske opdeling af sognene i kommunen, samt de anvendte mål for sundhedstilstanden er beskrevet i indledningen af kapitlet. En grundigere beskrivelse findes i de kapitler, der beskæftiger sig med de forskellige områder.

Sociografisk gruppe 5 er de sogne med høj andel med kort uddannelse, høj andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år), samt lav gennemsnitlig bruttoindkomst. Modsat er sociogeografisk gruppe 1 de sogne med lav andel med kort uddannelse, lav andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år), samt høj gennemsnitlig bruttoindkomst.

I nogle kommuner er der ikke sogne i en eller flere af de fem sociogeografiske grupper. Dette skyldes den måde, hvorpå analyserne er foretaget. Læs mere om dette i indledningen til kapitlet. I nogle kommuner, at der er for få svarpersoner til, at der kan foretages analyser for en eller flere af de sociogeografiske grupper. Dette er markeret med en streg i figuren.

Analyserne i *Sundhed på én side* er foretaget for de 25-79-årige etnisk danske, som det også er tilfældet i størstedelen af rapporten.



Samsø Kommune

Sundhed på én side



Silkeborg Kommune

Sogne i de fem sociogeografiske grupper

SOCIOGEOGRAFISKE GRUPPER

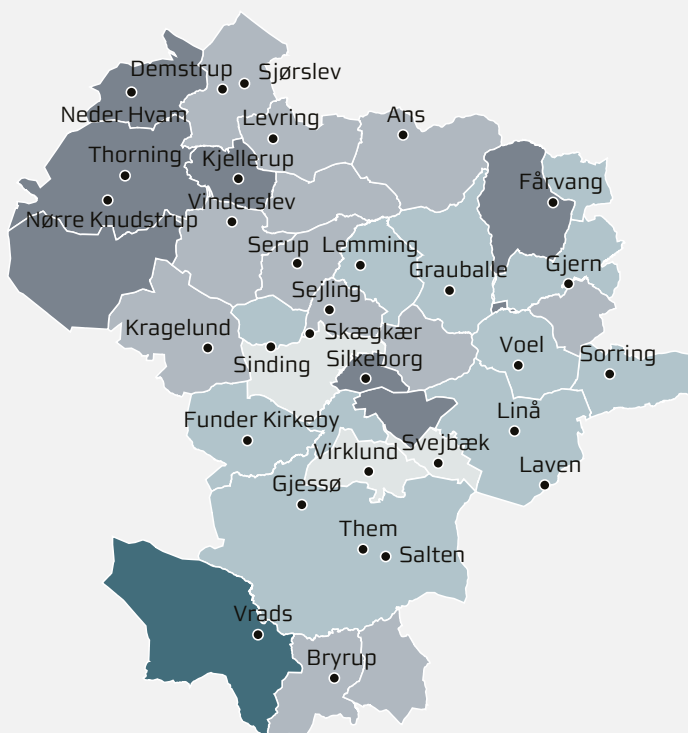
Gruppe 1 (højest) 12.300 personer	Gruppe 2 16.380 personer	Gruppe 3 12.716 personer	Gruppe 4 18.920 personer	Gruppe 5 (lavest) 431 personer
Balle Sogn	Dallerup Sogn	Bryrup Sogn	Alderslyst Sogn	Vrads Sogn
Sejs-Svejbæk Sogn	Funder Sogn	Grønbæk Sogn	Grathe Sogn	
Virklund Sogn	Gjern Sogn	Gødvad Sogn	Hørup Sogn	
	Lemming Sogn	Hinge Sogn	Silkeborg Sogn	
	Linå Sogn	Kragelund Sogn	Thorning Sogn	
	Mariehøj Sogn	Levring Sogn	Tvilum Sogn	
	Sinding Sogn	Sejling Sogn	Vium Sogn	
	Skorup Sogn	Serup Sogn		
	Svostrup Sogn	Sjørslev Sogn		
	Them Sogn	Skannerup Sogn		
	Voel Sogn	Vinderslev Sogn		
		Vinding Sogn		

LÆSEVEJLEDNING. Den sociogeografiske opdeling af kommunerne tager udgangspunkt i sogne, der er den mindste administrative enhed i befolkningsregistrene. Den sociogeografiske opdeling af sognene i kommunen, samt de anvendte mål for sundhedstilstanden er beskrevet i indledningen af kapitlet. En grundigere beskrivelse findes i de kapitler, der beskæftiger sig med de forskellige områder.

Sociografisk gruppe 5 er de sogne med høj andel med kort uddannelse, høj andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år), samt lav gennemsnitlig bruttoindkomst. Modsat er sociogeografisk gruppe 1 de sogne med lav andel med kort uddannelse, lav andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år), samt høj gennemsnitlig bruttoindkomst.

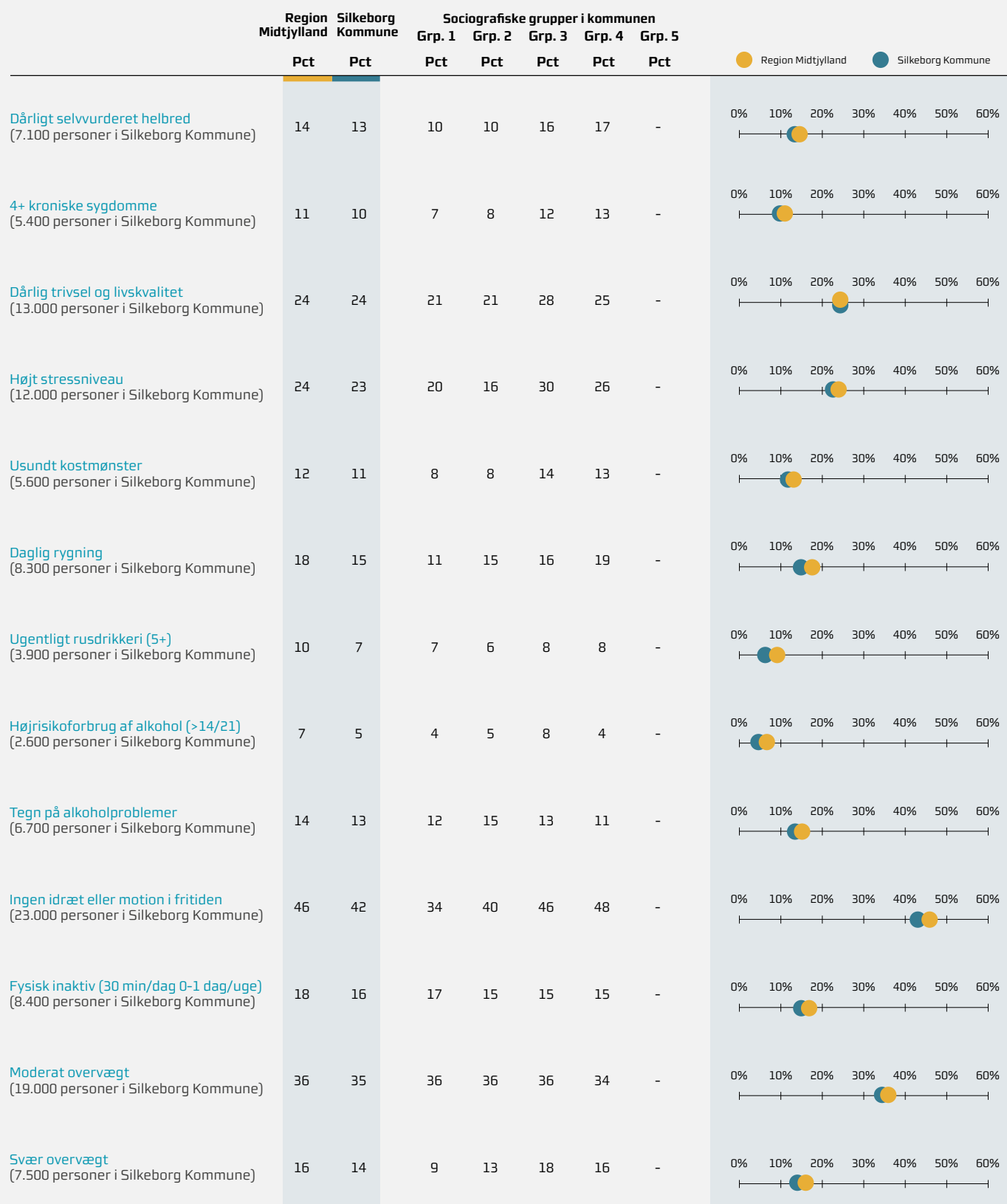
I nogle kommuner er der ikke sogne i en eller flere af de fem sociogeografiske grupper. Dette skyldes den måde, hvorpå analyserne er foretaget. Læs mere om dette i indledningen til kapitlet. I nogle kommuner, at der er for få svarpersoner til, at der kan foretages analyser for en eller flere af de sociogeografiske grupper. Dette er markeret med en streg i figuren.

Analysen i *Sundhed på én side* er foretaget for de 25-79-årige etnisk danske, som det også er tilfældet i størstedelen af rapporten.



Silkeborg Kommune

Sundhed på én side



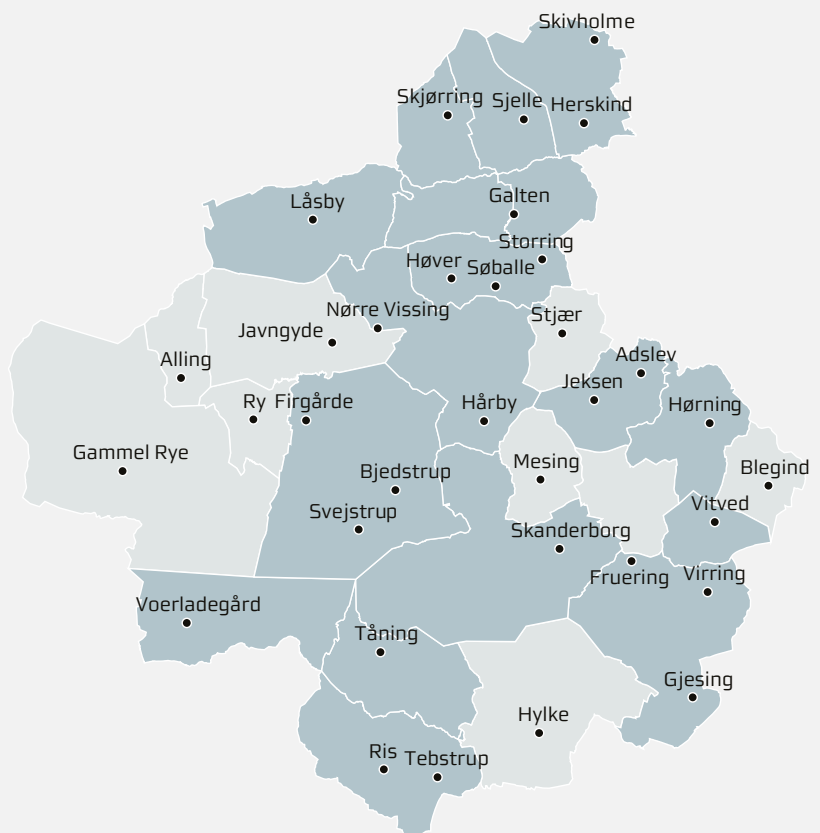
Skanderborg Kommune

Sogne i de fem sociogeografiske grupper

SOCIOGEOGRAFISKE GRUPPER

Gruppe 1 (højest) 10.214 personer	Gruppe 2 28.834 personer	Gruppe 3 0 personer	Gruppe 4 0 personer	Gruppe 5 (lavest) 0 personer
--------------------------------------	-----------------------------	------------------------	------------------------	---------------------------------

Alling Sogn	Adslev Sogn	-	-	-
Blegind Sogn	Dover Sogn			
Gammel Rye Sogn	Fruering Sogn			
Hylke Sogn	Galten Sogn			
Mesing Sogn	Hørning Sogn			
Ry Sogn	Låsby Sogn			
Stilling Sogn	Ovsted Sogn			
Stjær Sogn	Sjelle Sogn			
Tulstrup Sogn	Skanderborg Sogn			
	Skivholme Sogn			
	Skjørring Sogn			
	Skovby Sogn			
	Storring Sogn			
	Tåning Sogn			
	Veng Sogn			
	Vitved Sogn			
	Voerladegård Sogn			



LÆSEVEJLEDNING. Den sociogeografiske opdeling af kommunerne tager udgangspunkt i sogne, der er den mindste administrative enhed i befolkningsregistrene. Den sociogeografiske opdeling af sognene i kommunen samt de anvendte mål for sundhedstilstanden er beskrevet i indledningen af kapitlet. En grundigere beskrivelse findes i de kapitler, der beskæftiger sig med de forskellige områder.

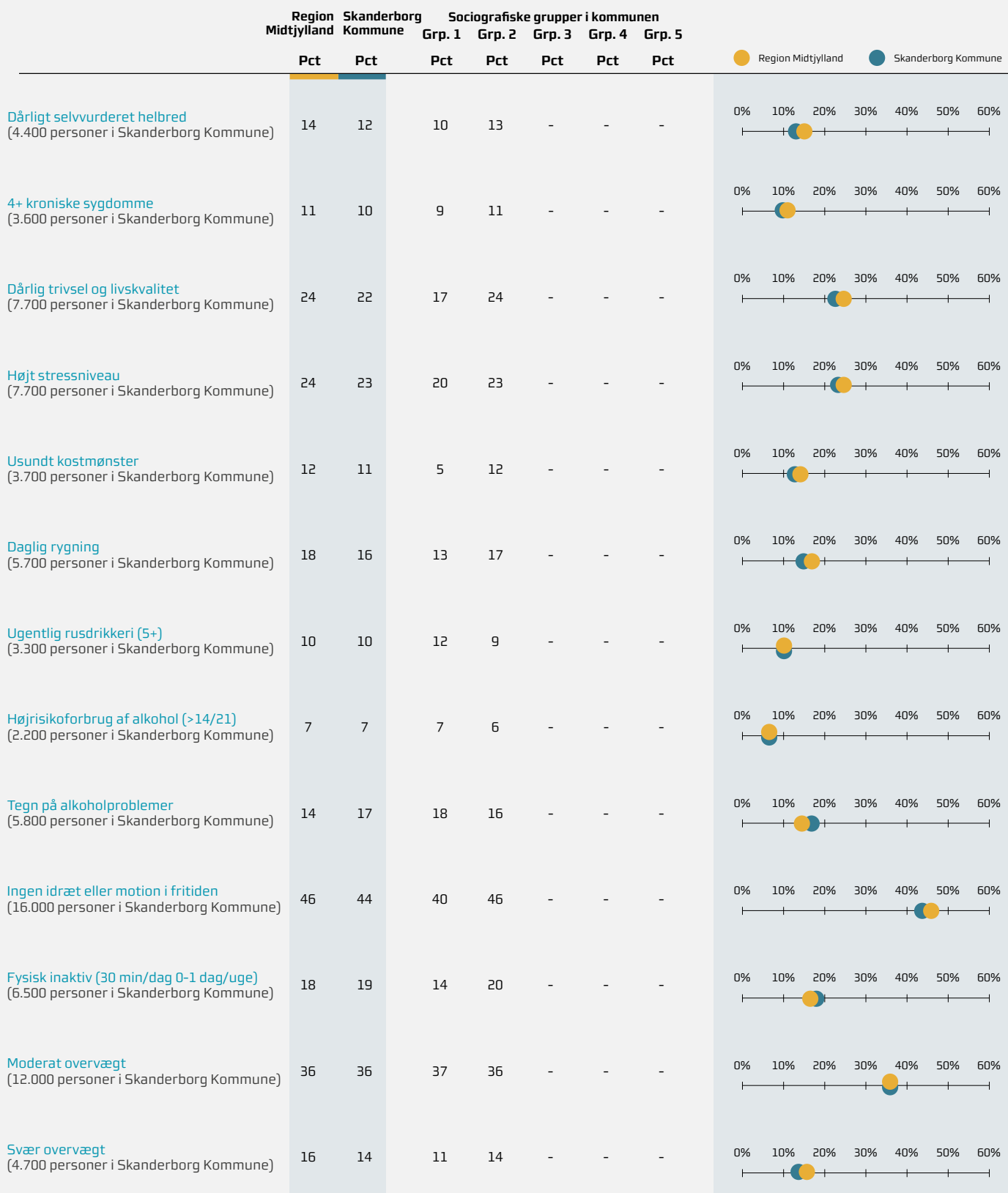
Sociografisk gruppe 5 er de sogne med høj andel med kort uddannelse, høj andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år) samt lav gennemsnitlig bruttoindkomst. Modsat er sociogeografisk gruppe 1 de sogne med lav andel med kort uddannelse, lav andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år) samt høj gennemsnitlig bruttoindkomst.

I nogle kommuner er der ikke sogne i en eller flere af de fem sociogeografiske grupper. Dette skyldes den måde, hvorpå analyserne er foretaget. Læs mere om dette i indledningen til kapitlet. I nogle kommuner skyldes det, at der er for få svarpersoner til, at der kan foretages analyser for en eller flere af de sociogeografiske grupper. Dette er markeret med en streg i figuren.

Analyserne i *Sundhed på én side* er foretaget for de 25-79-årige etnisk danske, som det også er tilfældet i størstedelen af rapporten.

Skanderborg Kommune

Sundhed på én side



Skive Kommune

Sogne i de fem sociogeografiske grupper

SOCIOGEOGRAFISKE GRUPPER

Gruppe 1 (højest) 208 personer	Gruppe 2 3.962 personer	Gruppe 3 5.242 personer	Gruppe 4 22.832 personer	Gruppe 5 (lavest) 1.296 personer
-----------------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-------------------------------------

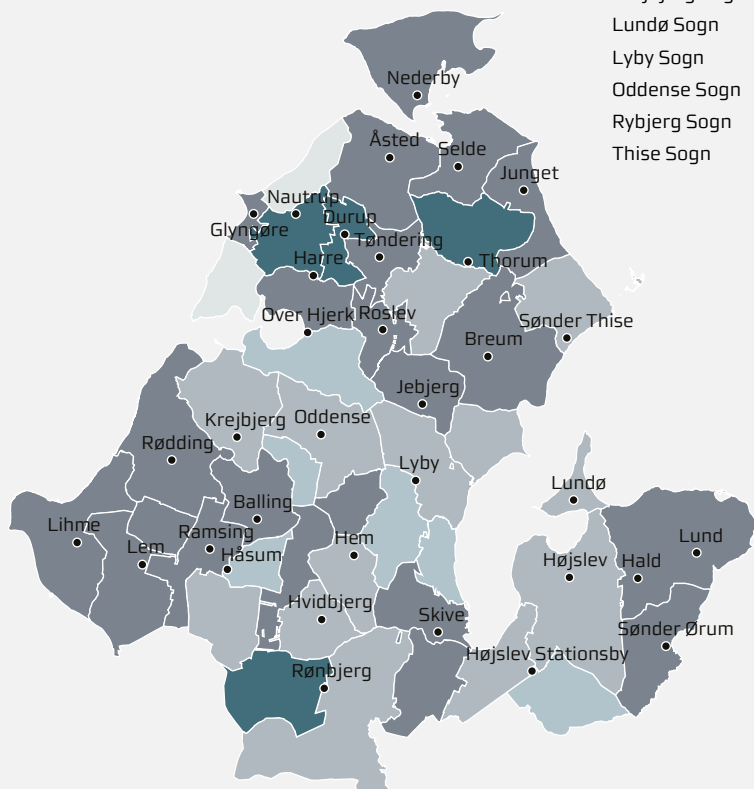
Sæby Sogn
Vile Sogn

Dølby Sogn
Hjerk Sogn
Kobberup Sogn
Otting Sogn
Resen Sogn
Volling Sogn

Dommerby Sogn
Estvad Sogn
Grønning Sogn
Hem Sogn
Hvidbjerg Sogn
Håsum Sogn
Højslev Sogn
Krejbjerg Sogn
Lundø Sogn
Lyby Sogn
Oddense Sogn
Rybjerg Sogn
Thise Sogn

Balling Sogn
Brøndum Sogn
Egeris Sogn
Fur Sogn
Glyngøre Sogn
Grinderslev Sogn
Harre Sogn
Hindborg Sogn
Jebjerg Sogn
Junget Sogn
Lem Sogn
Lihme Sogn
Ramsing Sogn
Roslev Sogn
Rødding Sogn
Selde Sogn
Skive Sogn
Tøndering Sogn
Vejby Sogn
Åsted Sogn
Ørslevkloster Sogn
Ørum Sogn

Durup Sogn
Nautrup Sogn
Rønbjerg Sogn
Thorur Sogn



LÆSEVEJLEDNING. Den sociogeografiske opdeling af kommunerne tager udgangspunkt i sogne, der er den mindste administrative enhed i befolkningsregistrene. Den sociogeografiske opdeling af sognene i kommunen samt de anvendte mål for sundhedstilstanden er beskrevet i indledningen af kapitlet. En grundigere beskrivelse findes i de kapitler, der beskæftiger sig med de forskellige områder.

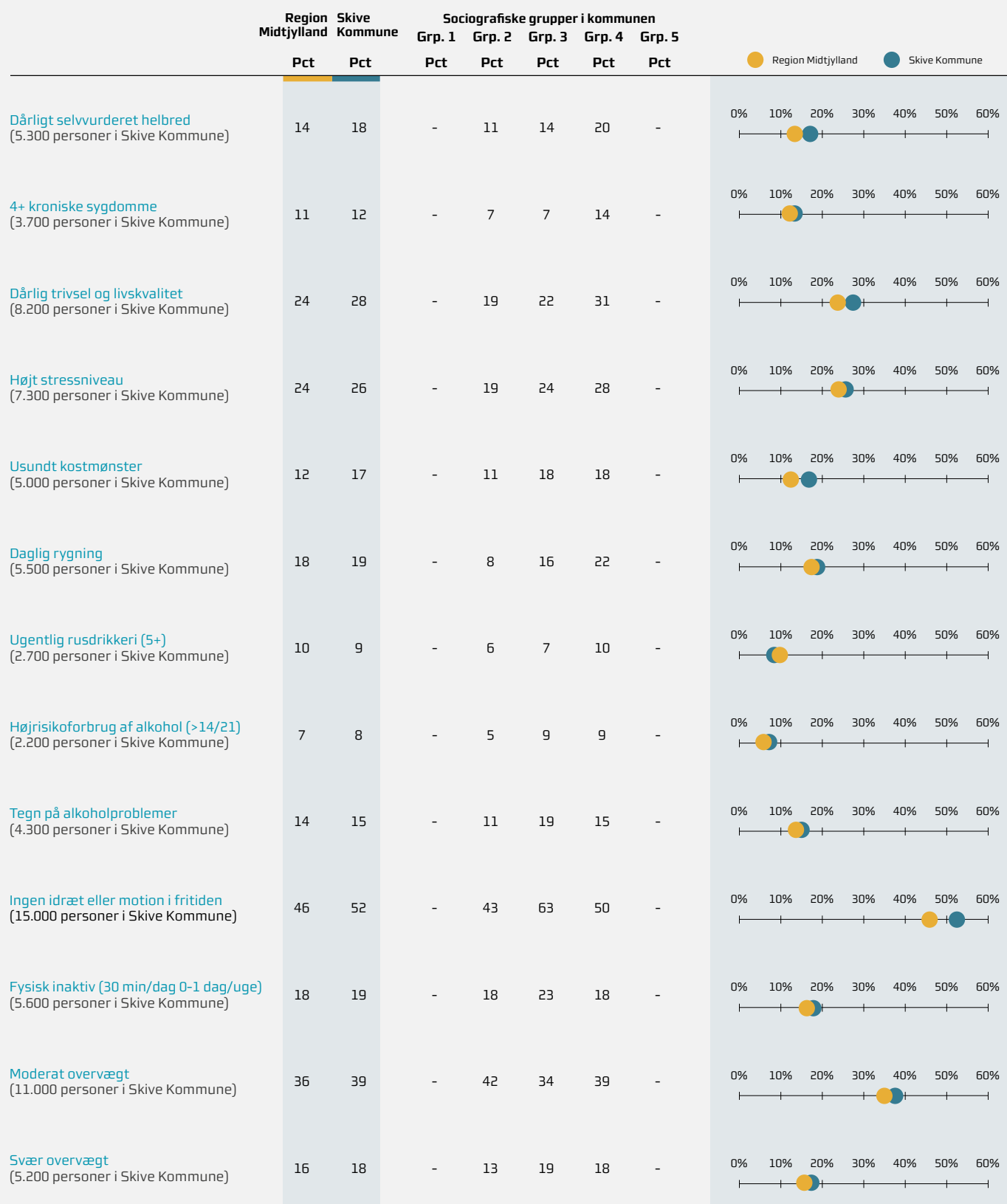
Sociografisk gruppe 5 er de sogne med høj andel med kort uddannelse, høj andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år) samt lav gennemsnitlig bruttoindkomst. Modsat er sociogeografisk gruppe 1 de sogne med lav andel med kort uddannelse, lav andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år) samt høj gennemsnitlig bruttoindkomst.

I nogle kommuner er der ikke sogne i en eller flere af de fem sociogeografiske grupper. Dette skyldes den måde, hvorpå analyserne er foretaget. Læs mere om dette i indledningen til kapitlet. I nogle kommuner skyldes det, at der er for få svarpersoner til, at der kan foretages analyser for en eller flere af de sociogeografiske grupper. Dette er markeret med en streg i figuren.

Analysen i *Sundhed på én side* er foretaget for de 25-79-årige etnisk danske, som det også er tilfældet i størstedelen af rapporten.

Skive Kommune

Sundhed på én side



Struer Kommune

Sogne i de fem sociogeografiske grupper

SOCIOGEOGRAFISKE GRUPPER

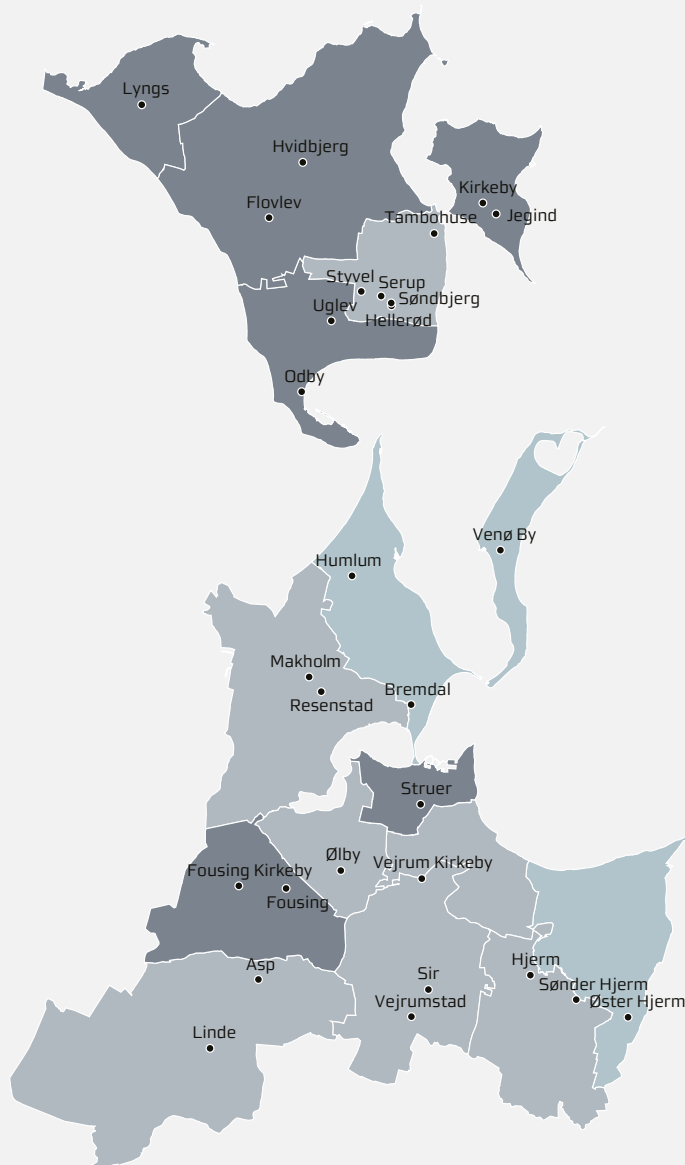
Gruppe 1 (højest) 0 personer	Gruppe 2 2.155 personer	Gruppe 3 5.004 personer	Gruppe 4 8.517 personer	Gruppe 5 (lavest) 0 personer
-	Hjerm Østre Sogn Humlum Sogn Venø Sogn	Asp Sogn Gimsing Sogn Hjerm Sogn Resen Sogn Søndbjerg Sogn Vejrum Sogn Ølby Sogn	Fousing Sogn Hvidbjerg Sogn Jegindø Sogn Lyngs Sogn Odbj Sogn Struer Sogn	-

LÆSEVEJLEDNING. Den sociogeografiske opdeling af kommunerne tager udgangspunkt i sogne, der er den mindste administrative enhed i befolkningsregistrene. Den sociogeografiske opdeling af sognene i kommunen, samt de anvendte mål for sundhedstilstanden er beskrevet i indledningen af kapitlet. En grundigere beskrivelse findes i de kapitler, der beskæftiger sig med de forskellige områder.

Sociografisk gruppe 5 er de sogne med høj andel med kort uddannelse, høj andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år), samt lav gennemsnitlig bruttoindkomst. Modsat er sociogeografisk gruppe 1 de sogne med lav andel med kort uddannelse, lav andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år), samt høj gennemsnitlig bruttoindkomst.

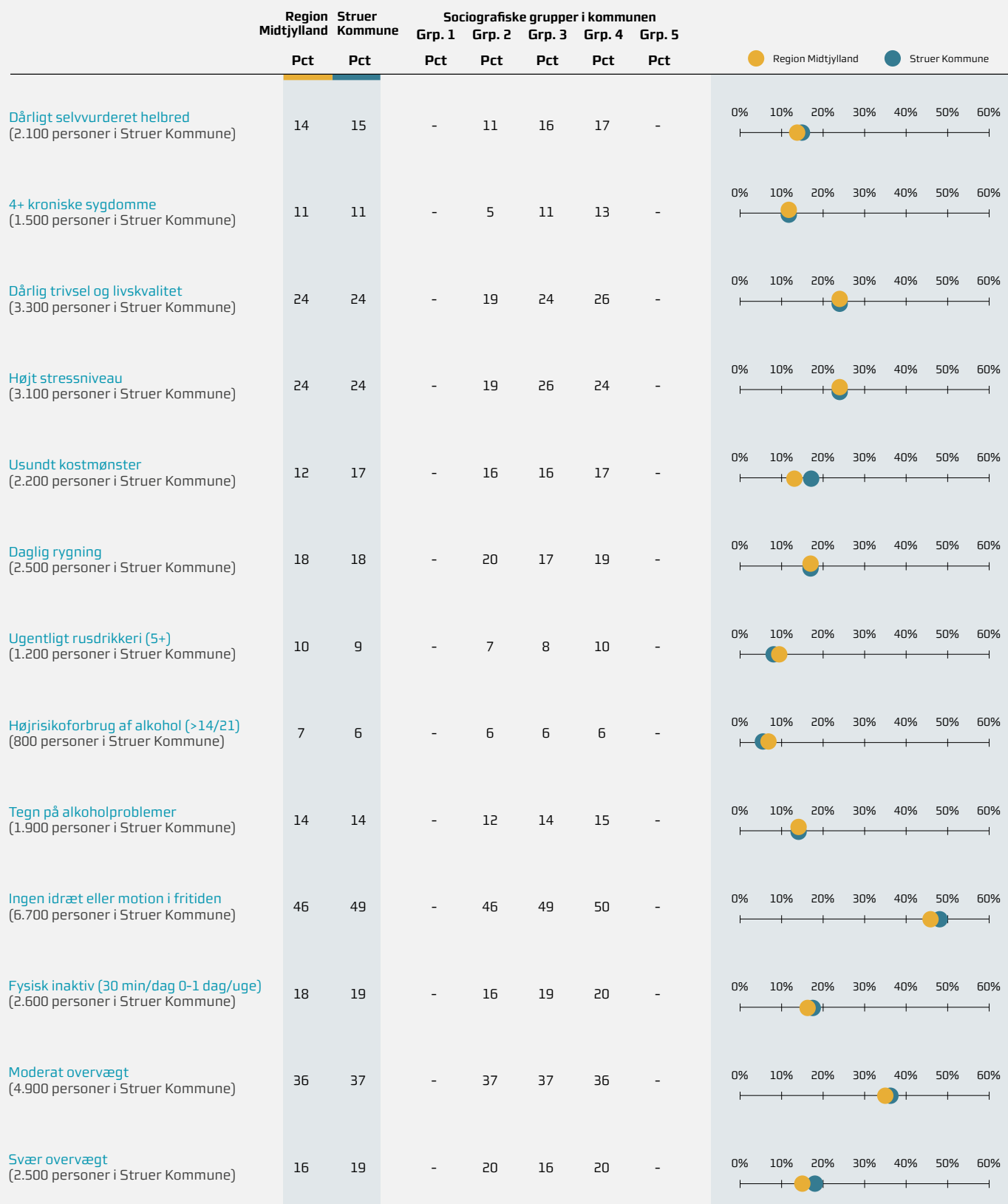
I nogle kommuner er der ikke sogne i en eller flere af de fem sociogeografiske grupper. Dette skyldes den måde, hvorpå analyserne er foretaget. Læs mere om dette i indledningen til kapitlet. I nogle kommuner, at der er for få svarpersoner til, at der kan foretages analyser for en eller flere af de sociogeografiske grupper. Dette er markeret med en streg i figuren.

Analyserne i *Sundhed på én side* er foretaget for de 25-79-årige etnisk danske, som det også er tilfældet i størstedelen af rapporten.



Struer Kommune

Sundhed på én side



Syddjurs Kommune

Sogne i de fem sociogeografiske grupper

SOCIOGEOGRAFISKE GRUPPER

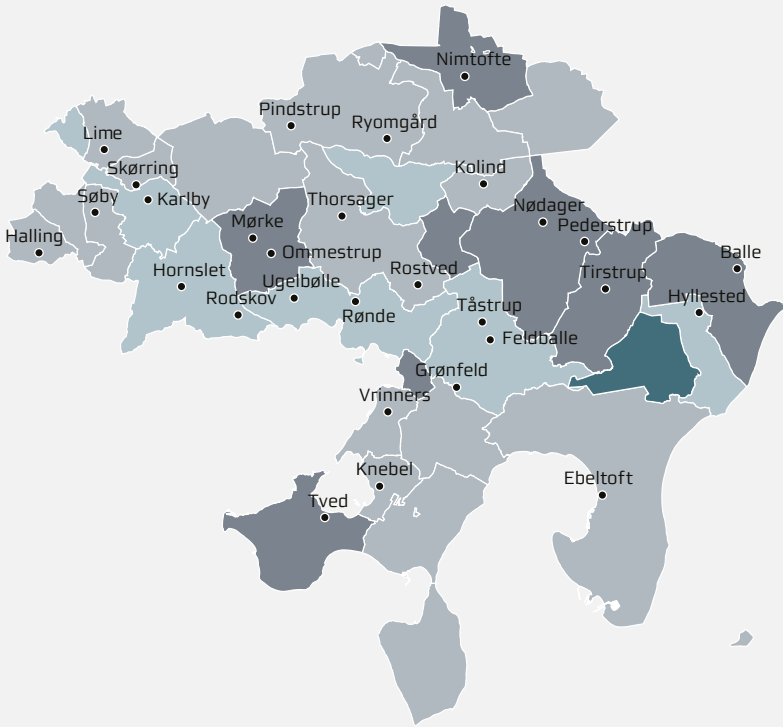
Gruppe 1 (højest) 0 personer	Gruppe 2 8.966 personer	Gruppe 3 16.145 personer	Gruppe 4 4.564 personer	Gruppe 5 (lavest) 217 personer
-	Bregnet Sogn Feldballe Sogn Hornslet Sogn Hyllested Sogn Krogsbæk Sogn Mygind Sogn Skarresø Sogn	Agri Sogn Ebeltoft-Dråby-Handrup Sogn Halling Sogn Helgenæs Sogn Hvilsager Sogn Knebel Sogn Koed Sogn Kolind Sogn Lime Sogn Marie Magdalene Sogn Rolsø Sogn Skader Sogn Skørring Sogn Søby Sogn Thorsager Sogn Tøstrup Sogn Vistoft Sogn	Ebdrup Sogn Egens Sogn Mørke Sogn Nimtofte Sogn Nødager Sogn Rosmus Sogn Tirstrup Sogn Tved Sogn	Fuglslev Sogn

LÆSEVEJLEDNING. Den sociogeografiske opdeling af kommunerne tager udgangspunkt i sogne, der er den mindste administrative enhed i befolkningsregistrene. Den sociogeografiske opdeling af sognene i kommunen, samt de anvendte mål for sundhedstilstanden er beskrevet i indledningen af kapitlet. En grundigere beskrivelse findes i de kapitler, der beskæftiger sig med de forskellige områder.

Sociografisk gruppe 5 er de sogne med høj andel med kort uddannelse, høj andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år), samt lav gennemsnitlig bruttoindkomst. Modsat er sociogeografisk gruppe 1 de sogne med lav andel med kort uddannelse, lav andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år), samt høj gennemsnitlig bruttoindkomst.

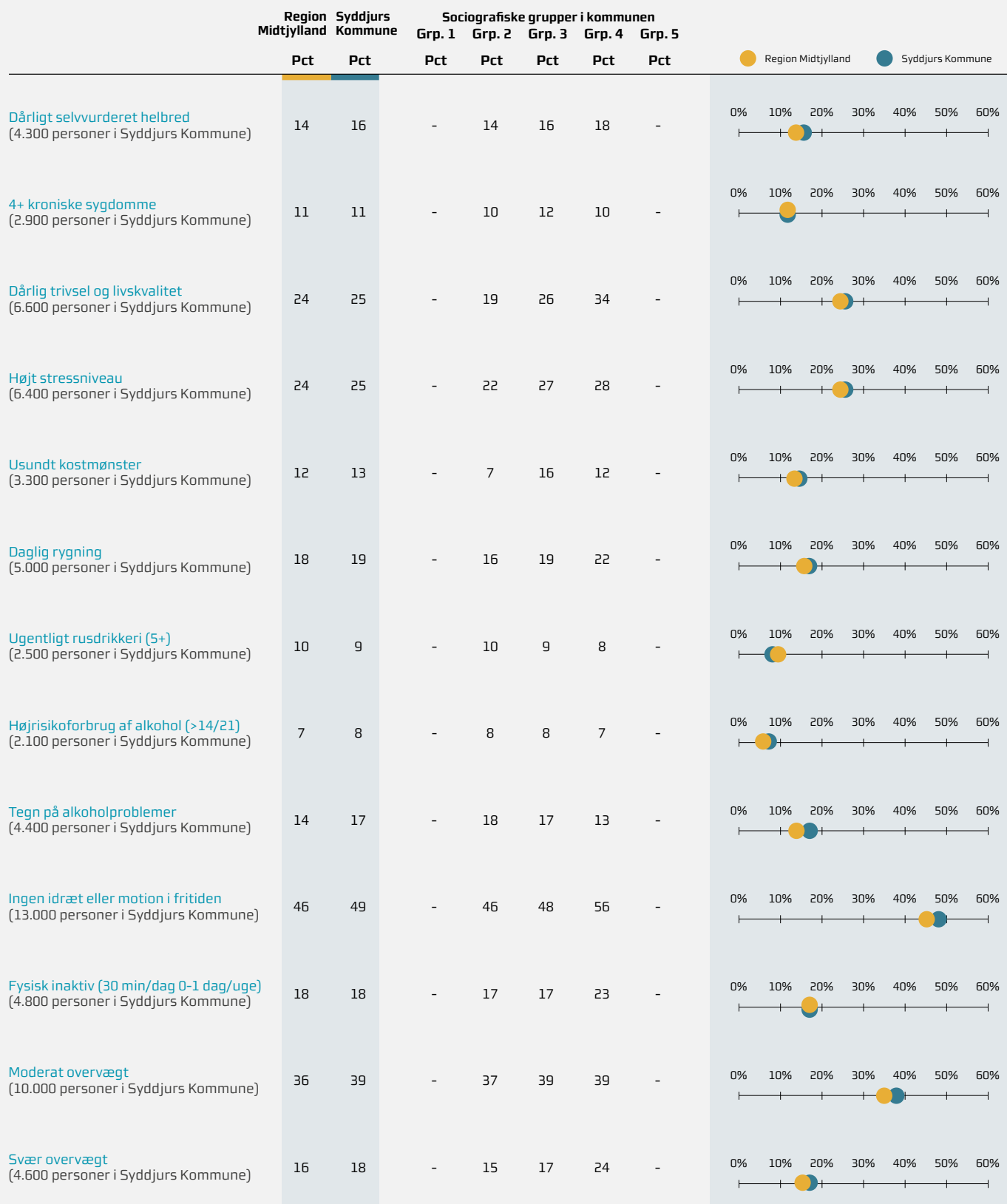
I nogle kommuner er der ikke sogne i en eller flere af de fem sociogeografiske grupper. Dette skyldes den måde, hvorpå analyserne er foretaget. Læs mere om dette i indledningen til kapitlet. I nogle kommuner, at der er for få svarpersoner til, at der kan foretages analyser for en eller flere af de sociogeografiske grupper. Dette er markeret med en streg i figuren.

Analyserne i *Sundhed på én side* er foretaget for de 25-79-årige etnisk danske, som det også er tilfældet i størstedelen af rapporten.



Syddjurs Kommune

Sundhed på én side



Viborg Kommune

Sogne i de fem sociogeografiske grupper

SOCIOGEOGRAFISKE GRUPPER

Gruppe 1 (højest) 5.669 personer	Gruppe 2 16.519 personer	Gruppe 3 19.004 personer	Gruppe 4 19.569 personer	Gruppe 5 (lavest) 3.501 personer
-------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------------

Asmild Sogn	Almind Sogn	Bjerringbro Sogn	Houlkær Sogn
Dollerup Sogn	Bigum Sogn	Daugbjerg Sogn	Hvilsom Sogn
Sahl Sogn	Finderup Sogn	Elsborg Sogn	Nørre Vinge Sogn
	Gammelstrup Sogn	Fiskbæk Sogn	Simsted Sogn
	Gullev Sogn	Fly Sogn	
	Hjermind Sogn	Frederiks Sogn	
	Hjorthede Sogn	Hersom Sogn	
	Højbjerg Sogn	Iglse Sogn	
	Kobberup Sogn	Klejtrup Sogn	
	Kvols Sogn	Lindum Sogn	
	Lee Sogn	Lynderup Sogn	
	Mammen Sogn	Lysgård Sogn	
	Resen Sogn	Låstrup Sogn	
	Romlund Sogn	Løvel Sogn	
	Rødding Sogn	Mønsted Sogn	
	Søndermark Sogn	Pederstrup Sogn	
	Tapdrup Sogn	Ravnstrup Sogn	
	Tårup Sogn	Skjern Sogn	
	Vester Bjerregrav Sogn	Sønder Rind Sogn	
	Viborg Domsogn Sogn	Tjele Sogn	
	Vorde Sogn	Vejrum Sogn	
		Vestervang Sogn	
		Vindum Sogn	
		Vinkel Sogn	
		Vorning Sogn	
		Vridsted Sogn	
		Ørum Sogn	

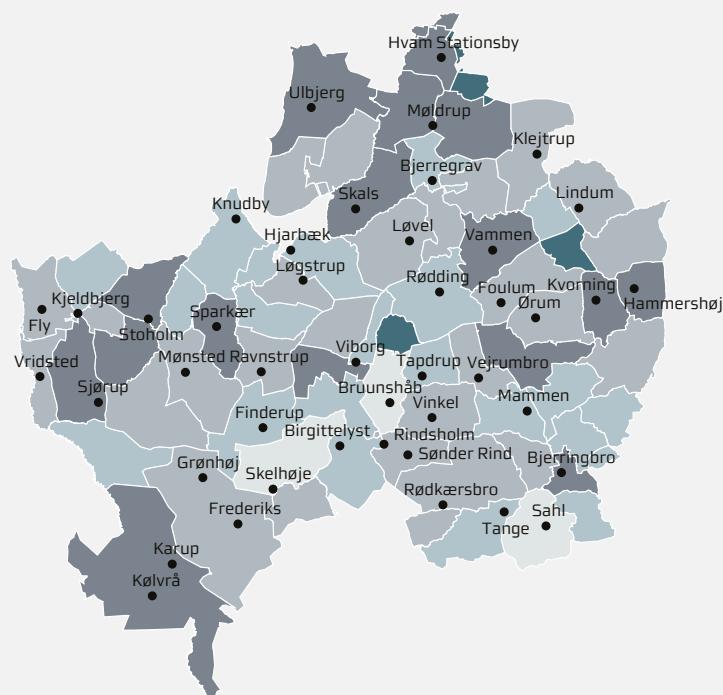


LÆSEVEJLEDNING. Den sociogeografiske opdeling af kommunerne tager udgangspunkt i sogne, der er den mindste administrative enhed i befolkningsregistre. Den sociogeografiske opdeling af sognene i kommunen, samt de anvendte mål for sundhedstilstanden er beskrevet i indledningen af kapitlet. En grundigere beskrivelse findes i de kapitler, der beskæftiger sig med de forskellige områder.

Sociografisk gruppe 5 er de sogne med høj andel med kort uddannelse, høj andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år), samt lav gennemsnitlig bruttoindkomst. Modsat er sociografisk gruppe 1 de sogne med lav andel med kort uddannelse, lav andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år), samt høj gennemsnitlig bruttoindkomst.

I nogle kommuner er der ikke sogne i en eller flere af de fem sociogeografiske grupper. Dette skyldes den måde, hvorpå analyserne er foretaget. Læs mere om dette i indledningen til kapitlet. I nogle kommuner, at der er for få svarpersoner til, at der kan foretages analyser for en eller flere af de sociogeografiske grupper. Dette er markeret med en streg i figuren.

Analyserne i *Sundhed på én side* er foretaget for de 25-79-årige etnisk danske, som det også er tilfældet i størstedelen af rapporten.



Viborg Kommune

Sundhed på én side



Aarhus Kommune

Sogne i de fem sociogeografiske grupper

SOCIOGEOGRAFISKE GRUPPER

Gruppe 1 (højest) 70.598 personer	Gruppe 2 48.779 personer	Gruppe 3 15.420 personer	Gruppe 4 41.456 personer	Gruppe 5 (lavest) 27.169 personer
--------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------------

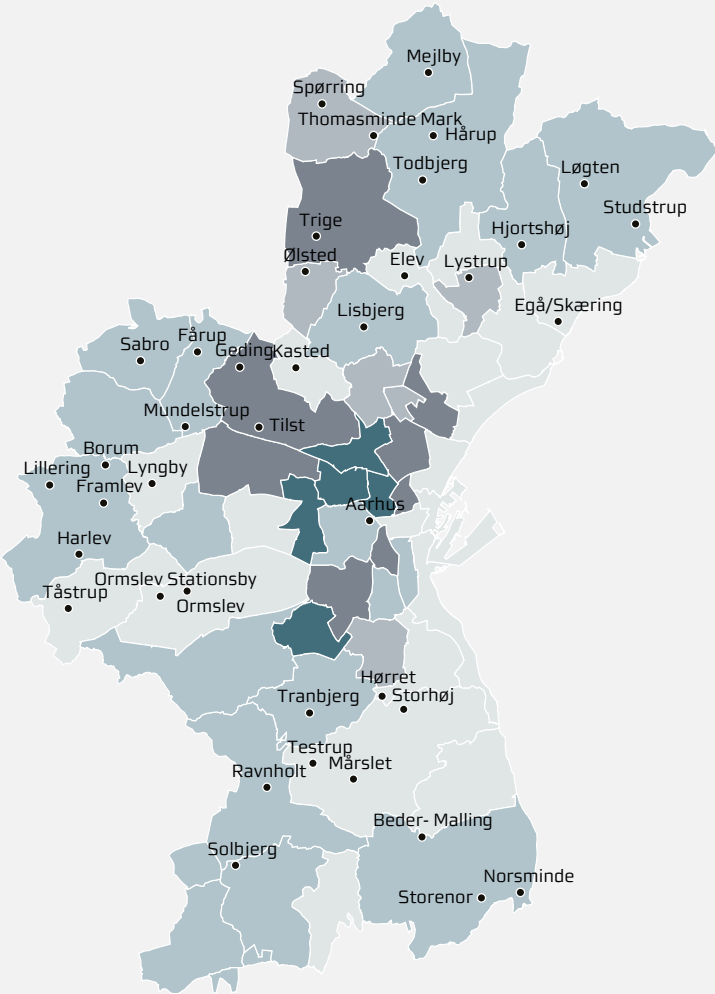
Beder Sogn	Astrup Sogn	Holme Sogn	Christians Sogn	Gellerup Sogn
Brabrand Sogn	Borum Sogn	Lystrup Sogn	Langenæs Sogn	Hasle Sogn
Egå Sogn	Framlev Sogn	Skejby Sogn	Sankt Markus Sogn	Helligånds Sogn
Elev Sogn	Fredens Sogn	Skelager Sogn	Skjoldhøj Sogn	Møllevang Sogn
Ellevang Sogn	Fårup Sogn	Spørring Sogn	Tilst Sogn	Ravnsbjerg Sogn
Elsted Sogn	Hvilsted Sogn	Ølsted Sogn	Trige Sogn	
Harlev Sogn	Hjortshøj Sogn		Vejlby Sogn	
Kasted Sogn	Kolt Sogn		Viby Sogn	
Lyngby Sogn	Lisbjerg Sogn			
Mårslet Sogn	Malling Sogn			
Ormslev Sogn	Mejlby Sogn			
Risskov Sogn	Sabro Sogn			
Sankt Johannes Sogn	Sankt Lukas Sogn			
Sankt Pauls Sogn	Skødstrup Sogn			
Skåde Sogn	Sønder Årslev Sogn			
Skæring Sogn	Tiset Sogn			
Tulstrup Sogn	Todbjerg Sogn			
Vor Frue Sogn	Tranbjerg Sogn			
Aarhus Domsogn	Vitved Sogn			
	Åby Sogn			

LÆSEVEJLEDNING. Den sociogeografiske opdeling af kommunerne tager udgangspunkt i sogne, der er den mindste administrative enhed i befolkningsregistrene. Den socio-geografiske opdeling af sognene i kommunen, samt de anvendte mål for sundhedstilstanden er beskrevet i indledningen af kapitlet. En grundigere beskrivelse findes i de kapitler, der beskæftiger sig med de forskellige områder.

Sociografisk gruppe 5 er de sogne med høj andel med kort uddannelse, høj andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år), samt lav gennemsnitlig bruttoindkomst. Modsat er sociogeografisk gruppe 1 de sogne med lav andel med kort uddannelse, lav andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år), samt høj gennemsnitlig bruttoindkomst.

I nogle kommuner er der ikke sogne i en eller flere af de fem sociogeografiske grupper. Dette skyldes den måde, hvorpå analyserne er foretaget. Læs mere om dette i indledningen til kapitlet. I nogle kommuner, at der er for få svarpersoner til, at der kan foretages analyser for en eller flere af de socio-geografiske grupper. Dette er markeret med en streg i figuren.

Analyserne i *Sundhed på én side* er foretaget for de 25-79-årige etnisk danske, som det også er tilfældet i størstedelen af rapporten.



Aarhus Kommune

Sundhed på én side



BILAG 1

Sociogeografiske grupper – de benyttede registre og udtrækskriterier

Grundlaget for opdelingen af sognene er oplysninger indhentet fra Danmarks Statistik.

De anvendte registre er:

- *Befolkningsstatistikken*
- *Befolkningens Uddannelse* med oplysninger om højeste fuldførte uddannelse
- *Indkomstregistre* med SOCIO02 (socioøkonomisk klassifikation fra 2002)

Der er udtrukket tre tabeller:

Tabel 1: Andel med lavt uddannelsesniveau opgjort på sogneniveau

Fra *Befolkningens Uddannelse* (opgjort pr. oktober 2011 og matchet med befolkningsstatistikken pr. 1.1.2012) er beregnet andel af personer over 25 år med følgende uddannelser:

- 10 Grundskole
- 15 Forberedende uddannelser
- 20 Almengymnasiale uddannelser
- 25 Erhvervsgymnasiale uddannelser

Tabel 2: Andel udenfor arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder opgjort på sogneniveau

Fra *Personindkomster* (2011 matchet med befolkningsstatistikken pr. 1.1.2012) er beregnet andelen af personer i alderen 25-64 år (pr. 01.01.2012) med følgende 'Socioøkonomisk klassifikation fra 2002':

- 210 Arbejdsløs mindst halvdelen af året (nettoledighed)
- 220 Modtager af dagpenge (aktivering og lignende, sygdom, barsel og orlov)
- 321 Førtidspensionister
- 330 Kontanthjælpsmodtager

Tabel 3: Den gennemsnitlige personindkomst opgjort på sogneniveau

I denne tabel er beregnet den gennemsnitlige personindkomst for personer fyldt 25 år pr. opgørelsesdato (01.01.2012).

