midt
regionmidtjylland

HVORDAN HAR DU DET? 2017

SUNDHEDSPROFIL FOR REGION OG KOMMUNER | **BIND 1**

Finn Breinholt Larsen, Marie Hauge Pedersen, Mathias Lasgaard, Jes Bak Sørensen, Julie Christiansen, Ane-Kathrine Lundberg, Sofie Emilie Pedersen og Karina Friis



DEFACTUM

HVORDAN HAR DU DET? 2017

SUNDHEDSPROFIL FOR REGION OG KOMMUNER | **BIND 1**

UDARBEJDET AF
Finn Breinholt Larsen
Marie Hauge Pedersen
Mathias Lasgaard
Jes Bak Sørensen
Julie Christiansen
Ane-Kathrine Lundberg
Sofie Emilie Pedersen
Karina Friis

DEFACTUM | Marts 2018

TITEL
Hvordan har du det? 2017 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1)

FORFATTERE
Finn Breinholt Larsen (projektleder)
Marie Hauge Pedersen
Mathias Lasgaard
Jes Bak Sørensen
Julie Christiansen
Ane-Kathrine Lundberg
Sofie Emilie Pedersen
Karina Friis

COPYRIGHT
© DEFACTUM, Region Midtjylland 2018
Gengivelse af uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt mod tydelig kildeangivelse – det skal herunder fremhæves, at rapporten er udarbejdet af DEFACTUM, Region Midtjylland.

UDGIVER
Region Midtjylland
DEFACTUM
Olof Palmes Allé 15
8200 Aarhus N
Tlf.: 7841 4310 (sekretær Ingerlise Andersen)
E-mail: hvordanhardudet@rm.dk

DENNE RAPPORT CITERES SÅLEDES:
Larsen FB, Pedersen MH, Lasgaard M, Sørensen JB, Christiansen J, Lundberg A, Pedersen SE, Friis K. Hvordan har du det? 2017 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1). Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland; 2018.

ISBN-nr: 978-87-92400-89-5
EAN-nr: 9788792400895

UDGIVELSE
Marts 2018

OPLAG
2.000

TRYK
GP Tryk & Zeuner Grafisk A/S

LAYOUT
www.hartwork.dk

FORSIDE
Malene Hald

Svanemærket tryksag
5041 0826 LaserTryk.dk

FORORD

Hermed foreligger Region Midtjyllands fjerde sundhedsprofil. De tre tidligere sundhedsprofiler blev lavet i 2006, 2010 og 2013. Sundhedsprofilerne bygger på borgernes egne oplysninger og giver en enestående mulighed for at få indblik i sundhedstilstanden i regionen, sådan som den opleves og beskrives af borgerne selv. Sundhedsprofilen er udarbejdet på baggrund af *Hvordan har du det? 2017*, en spørgeskemaundersøgelse blandt 32.000 borgere. Desuden beskrives udviklingen i sundhedstilstanden ud fra *Hvordan har du det? 2010* og *2013*.

Oplysningerne fra sundhedsprofilerne har siden 2006 været anvendt i den kommunale og regionale planlægning af sundhedsindsatsen. Sundhedsvæsenet må løbende tilpasse sine ydelser til de ændringer, der sker i befolkningens behov. Forskergruppen bag *Hvordan har du det?* bestræber sig derfor på at inddrage nye emner i undersøgelsen, der kan understøtte denne proces med relevante tal og opgørelser. Samtidig er det vigtigt at følge udviklingen på de områder, der fortsat har en central betydningen for folkesundheden som f.eks. rygning og andre sundhedsvaner.

Da sundhedsprofilen spænder over mange emner, kan det være på sin plads at fremhæve nogle af dens anvendelsesmuligheder. I det følgende nævnes fire eksempler på områder, hvor sundhedsprofilen kan bidrage med nyttig viden:

- Det kommunale og regionale forebyggelsesarbejde
- Bedre mental sundhed og mentalt helbred
- Bedre livskvalitet og behandlingsforløb for borgere med kronisk sygdom
- Social og geografisk lighed i sundhed

Det kommunale og regionale forebyggelsesarbejde

Kost, rygning, alkohol og motion (KRAM) og overvægt er stadig de forebyggelige risikofaktorer, der forårsager flest kroniske sygdomme og tabte leveår i befolkningen, samtidig med at de bidrager væsentligt til den sociale ulighed i sundhed (1).

Sundhedsprofilen indeholder oplysninger om befolkningens sundhedsvaner med hensyn til KRAM og overvægt samt motivationen for at ændre sundhedsvaner. Disse oplysninger kan bruges af kommunerne ved udformning af lokale sundhedspolitikker og ved tilrettelæggelse af forebyggelsesarbejdet. Desuden kan sundhedsprofilens oplysninger om sundhedsvaner hos mennesker med kroniske sygdomme bruges i den regionale forebyggelsesindsats i samarbejde med kommunerne og praksissektoren.

Bedre mental sundhed og mentalt helbred

God mental sundhed indebærer ifølge WHO's definition, at man kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdagens udfordringer og stress, samt at man kan indgå i fællesskaber med andre mennesker (2).

Fremme af den mentale sundhed har høj prioritet både globalt og i en dansk sammenhæng (3, 4). Samtidig er det en vanskelig målsætning at arbejde med. Det skyldes både, at vi lever i et dynamisk samfund med hastige sociale og teknologiske forandringer, der påvirker vores dagligdag og hele tiden byder på nye muligheder og udfordringer. Men også, at området spænder vidt fra almen trivsel over tegn på dårlig mental sundhed til egentlige mentale helbredsproblemer.

Vi har i den aktuelle sundhedsprofil udbygget beskrivelsen af befolkningens mentale sundhed i forhold til tidligere. Samtidig har vi skærpet det analytiske fokus, idet der nu skelnes mellem befolkningens mentale sundhed og mentale helbredsproblemer. Mental sundhed refererer til graden af psykisk trivsel, mens mentalt helbred vedrører psykisk sygdom.

Denne skelnen har betydning, når man tilrettelægger forebyggende og sundhedsfremmende indsatser på det mentale område. Indsatser til fremme af den mentale sundhed sigter generelt mod en bredere målgruppe end indsatser til fremme af det mentale helbred, og arbejdsmetoderne må nødvendigvis indrettes derefter.

Der præsenteres følgende vinkler på mental sundhed og mentalt helbred: trivsel og livskvalitet, stress, angst, ensomhed, depression og psykiske lidelser. Oplysninger om depression er med for første gang i *Hvordan har du det? 2017*. Det samme gælder oplysninger om selvskadende adfærd og spiseforstyrrelse blandt unge.

Vi håber, at den grundige og nuancerede fremstilling vil finde anvendelse ved tilrettelæggelse af indsatser for bedre mental sundhed og mentalt helbred.

Bedre livskvalitet og behandlingsforløb for borgere med kronisk sygdom

De oplysninger, der findes i *Hvordan har du det?*, kan bruges til at beskrive, hvordan personer med forskellige kroniske sygdomme har det sammenholdt med befolkningen generelt. Det giver mulighed for at få et populationsoverblik over borgere med specifikke sygdomme eller multisygdom.

Tidligere beskrev man fortrinsvis sundhedstilstanden ud fra registrerede diagnoser og dødelighed. Samfundsudviklingen har imidlertid medført et voksende behov for oplysninger om livskvalitet, funktionsevne og symptombyrde hos borgere med kronisk sygdom, og ikke blot oplysninger om, hvad de fejler, og hvad de dør af.

Det skyldes ikke mindst, at levealderen er steget, og at mange mennesker lever en betydelig del af deres liv med kroniske sygdomme, der kan behandles, men ofte ikke kan kureres. At borgere kan leve et aktivt og meningsfuldt liv på trods af sygdom er en vigtig målsætning for det samlede sundhedsvæsen.

Derfor er det relevant at indhente borgernes egne vurderinger af, hvordan de har det. Disse oplysninger går under betegnelsen *patientrapporterede oplysninger* (PRO) og er et vigtigt supplement til kliniske data (5). PRO omfatter også oplysninger fra patienter om deres erfaring med brug af sundhedsvæsnet. PRO-data indsamles i stigende grad som led i behandlingsforløbene, hvor de bruges til at tilrettelægge behandlingen ud fra den enkelte patients behov samt til at monitorere kvaliteten og effekten af behandlingen for en hel patientpopulation.

Hvordan har du det? indeholder en lang række spørgsmål, der kan bruges som referencedata for PRO-data, der indsamles i det regionale sundhedsvæsen, i praksissektoren eller i kommunalt regi. Her kan især fremhæves spørgsmål om:

- Helbredsrelateret livskvalitet
- Begrænsninger i udførelsen af dagligdagens gøremål
- Stress, ensomhed, depression
- Sundhedskompetence
- Behandlingsbyrde

For eksempel bruges *Hvordan har du det?*-data allerede som reference i MoEva (6). MoEva er et værktøj, der er udviklet i Region Midtjylland til monitorering og evaluering af patientuddannelser og sundhedstilbud i kommuner og på hospitaler.

Social og geografisk lighed i sundhed

I enhver befolkning er der individuelle forskelle i sundhed på grund af forskelle i alder, gener, livshistorie m.m. Social ulighed i sundhed er derimod systematiske forskelle i sundhed mellem grupper i samfundet som følge af forskelle i social position (7).

Større social lighed i sundhed er en vigtig målsætning i både region og kommuner. Sundhedsprofilen indeholder en række oplysninger, der kan understøtte denne indsats.

På tværs af de forskellige kapitler finder man oplysninger om befolkningens sundhed opdelt på uddannelsesniveau og i forhold til tilknytning til arbejdsmarkedet. En række af disse oplysninger er desuden sammenfattet i et særskilt kapitel.

Uddannelse er en af de vigtigste markører for social ulighed i sundhed og har også været benyttet i analyserne i de tidligere sundhedsprofiler.

Som noget nyt har vi desuden undersøgt sundhedstilstanden blandt førtidspensionister, kontanthjælpsmodtagere, sygedagpengemodtagere og arbejdsløse. Disse grupper har det til fælles, at de står uden for arbejdsmarkedet, samt at de på langt de fleste områder er dårligere stillet end befolkningen som helhed (8). Det har derfor interesse at beskrive sundheden i disse grupper og sammenligne dem med personer i beskæftigelse. Dels som led i beskrivelsen af den sociale ulighed i sundhed generelt, dels for at belyse, hvilke helbredsmæssige barrierer der er for at varetage et arbejde. Det sidste skal ikke mindst ses i lyset af det øgede fokus på aktiv arbejdsmarkedspolitik, der har været i de senere år. Vi håber derfor, at man bl.a. vil finde tallene informative i de kommunale beskæftigelsesforvaltninger.

Social ulighed i sundhed har også en geografisk dimension, der både skyldes, at der sker en geografisk sortering af befolkningen via boligmarkedet, og at de fysiske og sociale omgivelser i områder med mange socialt udsatte ofte er mere belastende for sundheden sammenlignet med mere velstående områder (9).

Indsatser for at reducere den geografiske ulighed i sundhed kan være en måde at reducere den sociale ulighed i sundhed på. Indsatser for at fremme sundheden i bestemte områder er især relevante i kommuner med store geografiske forskelle i sundhed. Her kan det være hensigtsmæssigt at lave målrettede indsatser i de områder, hvor de sundhedsmæssige udfordringer er størst.

I sundhedsprofilen fra 2013 blev der introduceret en opdeling af regionen i sociogeografiske områder baseret på sogne. Sundheden i de enkelte kommuner blev beskrevet i forhold til kommunens sociogeografi. Der har været stor interesse i kommunerne for denne måde at beskrive forskelle i sundhed på tværs af geografi på. Analyserne er derfor gentaget og udbygget i nærværende sundhedsprofil og kan bruges ved planlægning af indsatser for større geografisk lighed i sundhed.

Referencer

1. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2016.

2. Eplov LF, Lauridsen S. Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter. København: Sundhedsstyrelsen; 2008.

3. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Genève: World Health Organization; 2013.

4. Sundhedsstyrelsen. Betydning af dårlig mental sundhed for helbred og socialt liv – en analyse af registerdata fra "Sundhedsprofilen 2010". København: Sundhedsstyrelsen; 2017.

5. Greenhalgh J, Dalkin S, Gibbons E, Wright J, Valderas JM, Meads D, Black N. How do aggregated patient-reported outcome measures data stimulate health care improvement? A realist synthesis. Journal of Health Services Research & Policy 2017; 23(1):57-65.

6. MoEva – Monitorering og evaluering af patientuddannelse [Internet]. Aarhus: DEFACTUM. Available from: http://www.defactum.dk/om-DEFACTUM/projektsite/moeva---monitorering-og-evaluering-af-patientuddannelse/

7. Raahauge Hvass L, Manghezi A, Paldam Folker A, Sandø N. Social ulighed i sundhed – hvad kan kommunen gøre? København: Sundhedsstyrelsen; 2012.

8. Borgere uden for arbejdsmarkedet [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen [opdateret 7. februar 2013]. Available from: https://www.sst. dk/da/puljer-og-projekter/2006/borgere-uden-for-arbejdsmarkedet.

9. Diez-Roux AV, Mair C. Neighborhoods and health. Ann N Y Acad Sci; 2010; 1186:125-145.

INDHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENFATNING 10

1. BAGGRUND, FORMÅL OG METODE 16

Baggrund og formål 16
Metode 16
Beskrivelse af baggrundsvariable 21
Læsevejledning 24
Medarbejdere 24

SUNDHEDSVANER 29

2. RYGNING 32

Hvor mange ryger? 35
Daglig rygning i hjem med børn 41
Hvor mange vil gerne holde op med at ryge? 43
Hvor mange vil gerne have støtte og hjælp til rygestop? 47
Rygestart og rygestop 53
Råd fra egen læge om rygestop 54
E-cigaretter 55

3. ALKOHOL 58

Hvor mange har et stort alkoholforbrug? 61
Hvor mange rusdrikker? 65
Hvor mange vil gerne nedsætte deres alkoholforbrug? 71
Råd fra egen læge om at nedsætte alkoholforbrug 75
Unge og alkohol 77

4. FYSISK AKTIVITET 84

Hvor mange er fysisk inaktive? 89
Hvor mange lever ikke op til WHO's anbefaling? 93
Hvor mange motionerer ikke i fritiden? 97
Hvor mange vil gerne være mere fysisk aktive? 103
Råd fra egen læge om at dyrke motion 113

5. KOST 120

Hvor mange har et usundt kostmønster? 122
Hvor mange vil gerne spise mere sundt? 131
Råd fra egen læge om at ændre kostvaner 137

6. OVERVÆGT 140

Hvor mange er overvægtige? 142
Hvor mange vil gerne tabe sig? 149
Råd fra egen læge om at tabe sig 157

FYSISK OG MENTAL SUNDHED 161

7. HELBREDSRELATERET LIVSKVALITET 164

Selvvurderet helbred....165
Helbredsrelateret livskvalitet 172

8. MENTAL SUNDHED OG MENTALT HELBRED 192

Trivsel og livskvalitet....198
Stress 204
Generet af angst og anspændthed 210
Ensomhed 216
Depression 224
Unges mentale sundhed og mentale helbredsproblemer....230

9. KRONISK SYGDOM OG MULTISYGDOM 246

Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom 250
Sundhedsvaner blandt personer med kronisk sygdom....282
Helbredsrelateret livskvalitet blandt personer med kronisk sygdom....298
Nedsat arbejdsevne blandt personer med kronisk sygdom....309
Brug for hjælp til dagligdagens gøremål blandt personer med kronisk sygdom 311
Ensomhed og depression blandt personer med kronisk sygdom....313
Borgere i behandling 315
Behandlingsbyrde 322
Sundhedskompetence 330

ULIGHED I SUNDHED 345

10. SOCIAL ULIGHED I SUNDHED 348

Social ulighed i sundhedsvaner 357
Social ulighed i generelt helbred 361
Social ulighed i mental sundhed og sundhedskompetence 365

11. GEOGRAFISK ULIGHED I SUNDHED 372

Den sociogeografiske inddeling 374
Geografisk ulighed i sundhedsvaner 379
Geografisk ulighed i levevilkår 381
Geografisk ulighed i helbred og konsekvenser af sygdom 383
Sundhed på én side 386
- Favrskov Kommune 388
- Hedensted Kommune 390
- Herning Kommune 392
- Holstebro Kommune 394
- Horsens Kommune 396
- Ikast-Brande Kommune 398
- Lemvig Kommune 400
- Norddjurs Kommune 402
- Odder Kommune 404
- Randers Kommune 406
- Ringkøbing-Skjern Kommune 408
- Samsø Kommune 410
- Silkeborg Kommune 412
- Skanderborg Kommune 414
- Skive Kommune 416
- Struer Kommune 418
- Syddjurs Kommune 420
- Viborg Kommune 422
- Aarhus Kommune 424
- Region Midtjylland 426

BILAG 430

SAMMENFATNING

Denne sundhedsprofil er udarbejdet på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen *Hvordan har du det? 2017.* Undersøgelsen belyser sundhed, sygdom og trivsel blandt borgere i Region Midtjylland i alderen fra 16 år og opefter.

I slutningen af januar 2017 blev der udsendt et spørgeskema til 52.000 tilfældigt udvalgte borgere. Der er 32.417, som deltog i undersøgelsen, hvilket giver en svarprocent på 62. 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.

I Region Midtjylland blev en tilsvarende undersøgelse gennemført i 2006, 2010 og 2013, hvilket giver mulighed for at følge udviklingen i befolkningens sundhedsvaner og sundhedstilstand. I denne sundhedsprofil fokuseres på udviklingen fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017. Udviklingen i befolkningens sundhedsvaner og sundhedstilstand er beskrevet i detaljer i bind 2 (udviklingsbindet).

Formålet med sundhedsprofilen er, at den kan fungere som et planlægningsredskab for kommuner, region og andre aktører. Helt konkret kan sundhedsprofilen eksempelvis 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 og understøtter derved en populationsbaseret tilgang. Det er især relevant i behandlingen af kronisk sygdom, hvor der er behov for en langvarig og kontinuerlig indsats, der ligeledes omfatter forebyggelse og rehabilitering og tager højde for forskelle i ressourcer og handlekompetencer i forskellige grupper af befolkningen.

Sundhedsvaner

Rygning. I Region Midtjylland er der 16 %, der ryger dagligt. Det er især personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau, arbejdsløse og modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge og førtidspension, der ryger dagligt. Halvdelen af dagligrygerne har et forbrug på mindst 15 cigaretter om dagen (storrygere).

Dagligrygerne er i høj grad motiverede for rygestop, idet 70 % rapporterer, at de gerne vil holde op med at ryge. Af de rygere, som inden for det seneste år har været ved lægen, er 42 % af storrygerne og 32 % af moderatrygerne blevet rådet til at holde op med at ryge.

Andelen af en ungdomsårgang, der starter med at ryge, har været faldende over en årrække, og der er også en tendens til, at flere unge, der starter med at ryge, hurtigere holder op igen, end det var tilfældet tidligere.

Det er kun en lille andel på 3 % af befolkningen, som dagligt eller engang imellem bruger e-cigaretter. Stort set alle, der bruger e-cigaretter, ryger også tobak.

Alkohol. I Region Midtjylland er der 6 % af befolkningen, som har et højrisikoforbrug af alkohol (dvs. flere end 14 genstande om ugen for kvinder og flere end 21 genstande om ugen for mænd). Det er især mænd, unge i alderen 16-24 år og arbejdsløse og efterlønsmodtagere, der har et højrisikoforbrug af alkohol.

Det ses, at 34 % blandt personer med et højrisikoforbrug af alkohol ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug. Blandt personer med et højrisikoforbrug af alkohol, der har været ved egen læge inden for det seneste år, er 14 % blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug.

Andelen, der rusdrikker (dvs. drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed mindst én gang om ugen), er 10 %. Mænd er oftere rusdrikkere end kvinder, og den største andel af rusdrikkere findes blandt de unge mænd i alderen 16-24 år. Det er især unge på de almene gymnasier og videregående uddannelser, der rusdrikker.

Der er en stor andel af unge (16-24-årige), som inden for det seneste år har haft negative oplevelser eller risikoadfærd i forbindelse med, at de har drukket alkohol. Eksempelvis har mere end hver fjerde haft

et blackout, hver tiende har haft sex, som de fortrød bagefter, og lidt under hver tyvende har kørt spritkørsel på knallert eller i bil.

Fysisk aktivitet. I Region Midtjylland er der 20 %, der er fysisk inaktive, dvs. er fysisk aktive i 30 minutter højst 1 dag om ugen. Samtidig er der 30 %, der ikke lever op til WHO's anbefaling for fysisk aktivitet, dvs. 150 minutters moderat eller 75 minutters intensiv fysisk aktivitet eller en kombination af de to om ugen. Næsten halvdelen af befolkningen dyrker ikke idræt eller anden motion i fritiden.

På de tre forskellige mål for fysisk aktivitet er andelen af personer, der ikke er tilstrækkeligt fysisk aktive, højst blandt personer på 75 år eller derover, personer med et lavt uddannelsesniveau, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge samt førtidspension.

Det ses, at 70 % blandt de fysisk inaktive ønsker at være mere fysisk aktive, og 24 % af de fysisk inaktive, der har været ved egen læge inden for det seneste år, er blevet rådet til at dyrke motion.

Kost. I Region Midtjylland har 15 % et usundt kostmønster. Der er en stærk sammenhæng mellem usundt kostmønster og køn, alder og sociale forhold. Eksempelvis er andelen med usundt kostmønster markant større blandt mænd end blandt kvinder.

Der er 56 % af dem, der har et usundt kostmønster, som ønsker at spise mere sundt. Det ses også, at 13 % af dem med et usundt kostmønster, der har været ved egen læge inden for det seneste år, er blevet rådet til at ændre kostvaner.

Overvægt. I Region Midtjylland er halvdelen af befolkningen overvægtige, hvilket dækker over 34 %, der er moderat overvægtige, og 16 %, der er svært overvægtige. Det er især mænd, der er moderat overvægtige, mens der ikke er forskel på mænd og kvinder med hensyn til svær overvægt. Dertil ses det, at en større andel af de 45-74-årige er svært overvægtige end befolkningen generelt. Ligeledes er der en stærk sammenhæng mellem uddannelse og svær overvægt, hvor en større andel af personer med et lavt uddannelsesniveau er svært overvægtige end i befolkningen generelt.

I alt 23 % blandt de moderat overvægtige og 56 % blandt de svært overvægtige ønsker i høj grad at tabe sig. Det er især overvægtige kvinder, der gerne vil tabe sig.

Det ses også, at 8 % af de moderat overvægtige og 37 % af de svært overvægtige, der har været ved egen læge inden for det seneste år, er blevet rådet til at tabe sig.

Udviklingen i sundhedsvaner – 2010, 2013, 2017.
I perioden fra 2010 til 2017 har der været et fald i andelen af dagligrygere fra 20 % til 16 % og i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol fra 11 % til 6 %. Blandt unge (16-24-årige) har der været et særligt stort fald, idet andelen med et højrisikoforbrug af alkohol i perioden fra 2010 til 2017 er halveret fra 21 % til 9 %. Omvendt har der i befolkningen i Region Midtjylland været en stigning i andelen af fysisk inaktive fra 17 % til 20 %, i andelen med et usundt kostmønster fra 12 % til 15 % og i andelen af svært overvægtige fra 14 % til 16 %.

I perioden fra 2013 til 2017 har der ligeledes været et fald i andelen af dagligrygere fra 17 % til 16 % og i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol fra 8 % til 6 %. Omvendt har der været en stigning i andelen af fysisk inaktive fra 18 % til 20 %, i andelen med et usundt kostmønster fra 13 % til 15 % og i andelen af svært overvægtige fra 14 % til 16 %.

Fysisk og mental sundhed

Selvvurderet helbred og helbredsrelateret livskvalitet.
I Region Midtjylland angiver 16 %, at de har et *dårligt helbred*. Det er især kvinder, personer over 45 år og personer med lavt uddannelsesniveau, der har et dårligt selvvurderet helbred. Dertil ses en stærk sammenhæng mellem erhvervstilknytning og selvvurderet helbred, idet godt 40 % blandt dem, der modtager kontanthjælp eller sygedagpenge, og mere end hver anden førtidspensionist har et dårligt selvvurderet helbred.

I rapporten præsenteres en række SF-12-profiler, som beskriver den *helbredsrelaterede livskvalitet* blandt udvalgte sociodemografiske grupper og i befolknings-

grupper med forskellige risikofaktorer og særlige belastninger.

Af profilerne ses det bl.a., at kvinders helbredsrelaterede livskvalitet er en smule dårligere end mænds. Ældre har en betydelig dårligere helbredsrelateret livskvalitet i forhold til fysisk helbred end midaldrende, mens forskellene i forhold til mentalt helbred er små. Det er således først og fremmest det fysiske helbred, der er en udfordring for den ældre del af befolkningen. Det ses desuden, at personer med et lavt uddannelsesniveau generelt har en dårligere helbredsrelateret livskvalitet end personer med et højt uddannelsesniveau, og dette gælder især i forhold til fysisk helbred. Endelig har personer med ikke-vestlig baggrund en dårligere helbredsrelateret livskvalitet set i forhold til både deres fysiske og mentale helbred end personer med dansk baggrund, omend der er tale om mindre forskelle.

Mental sundhed og mentalt helbred. Syv ud af ti borgere i Region Midtjylland vurderer, at de har en *god trivsel og livskvalitet*. De største andele med god trivsel og livskvalitet findes blandt studerende/skoleelever og beskæftigede.

Andelen med *højt stressniveau* udgør 31 % af befolkningen. Denne andel er faldende med alderen, om end der ses en stigning i højt stressniveau blandt personer på 75 år eller derover. Der ses en meget stor andel med højt stressniveau blandt personer med dårligt selvvurderet helbred (68 %). Blandt unge (16-24-årige) er der en markant større andel med højt stressniveau blandt dem, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (66 %), og blandt dem, der har været udsat for kærestevold (71 %).

Det ses endvidere, at 6 % af befolkningen har været *generet af angst og anspændthed* inden for de seneste 14 dage. Sammenlignet med hele befolkningen er der en markant større andel, som er generet af angst og anspændthed, blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge (20 %), førtidspension (19 %) og personer med dårligt selvvurderet helbred (20 %). Blandt unge (16-24-årige) er der en markant større andel, som er generet af angst og anspændthed, blandt dem, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (25 %), dem, der har været udsat for fysisk vold eller seksuelt overgreb (24-27 %), og dem med anden seksuel orientering end heteroseksuel (25 %).

Andelen af *svært ensomme* udgør 8 % af befolkningen. Der ses en høj andel svært ensomme blandt de 16-29-årige (10-13 %) og personer på 85 år og derover (11 %). Endvidere er der en markant større andel, som er svært ensomme, blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge (24 %), førtidspensionister (22 %), personer, der mangler social støtte (32 %), og personer med tegn på social isolation (26 %). Blandt unge (16-24-årige) er der en markant større andel, som er svært ensomme, blandt dem, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (25 %), dem, der har været udsat for fysisk vold eller seksuelt overgreb (27-31 %), og dem med anden seksuel orientering end heteroseksuel (28 %).

Andelen, der har en *depression* (let, moderat eller svær), udgør 6 % af befolkningen. Knap hver fjerde modtager af kontanthjælp eller sygedagpenge og godt hver fjerde ung (16-24-årige), der hverken er i arbejde eller under uddannelse, har en depression. Sammenlignet med hele befolkningen er risikoen for at have en depression endvidere 3-4 gange større for personer med tegn på social isolation, personer belastet af økonomiske forhold og personer, der mangler social støtte. De højeste forekomster af depression blandt unge (16-24-årige) findes hos dem, der har været udsat for kærestevold (32 %) eller seksuelt overgreb i barndommen (29 %).

Blandt de unge (16-24-årige) har 19 % mindst én gang i deres liv *skadet sig selv med vilje* uden at have til hensigt at tage deres eget liv (26 % unge kvinder og 11 % unge mænd). Andelen, der har skadet sig selv inden for de seneste 12 måneder, udgør 9 % og er størst blandt de 16-18-årige.

Blandt de unge kvinder (16-24-årige) udviser 23 % *risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse*. Sammenlignet med alle unge kvinder er der en større andel med risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse. Andelen af unge kvinder med risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse øges endvidere markant med stigende vægtklasse.

Kronisk sygdom og multisygdom. I rapporten belyses forekomsten af 17 kroniske sygdomme. De hyppigst forekommende kroniske sygdomme i befolkningen er allergi og slidgigt, som hver især optræder hos hver femte borger. Dernæst kommer forhøjet blodtryk, som

ses hos 18 % af befolkningen, og migræne/hyppig hovedpine, der ses hos 15 % af befolkningen. Desuden har 13 % diskusprolaps/andre rygsygdomme, 12 % har en psykisk lidelse, 6 % har leddegigt, 5 % har diabetes, 4 % har KOL, 4 % har knogleskørhed, og 3 % af borgerne lever med eller har eftervirkninger af kræft.

Der er en højere forekomst af potentielt livstruende sygdomme hos mænd og en højere forekomst af ikke-livstruende sygdomme hos kvinder.

Særligt slidgigt, knogleskørhed, psykiske lidelser og migræne/hyppig hovedpine optræder oftere hos kvinder end mænd, hvorimod der eksempelvis ses højere forekomster af hjertekrampe, blodprop i hjertet og diabetes hos mænd end kvinder. Ved 13 ud af de 17 sygdomme øges forekomsten med stigende alder. Desuden er der en øget forekomst af 15 ud af de 17 sygdomme blandt personer med lavt uddannelsesniveau og en øget forekomst af samtlige 17 sygdomme blandt førtidspensionister, end det er tilfældet i hele befolkningen.

Personer med kronisk sygdom har generelt mere risikable sundhedsvaner end personer uden kronisk sygdom. Især personer med leddegigt, psykiske lidelser, hjerneblødning/blodprop i hjernen og i særdeleshed personer med KOL har risikable sundhedsvaner (dvs. rygning, højrisikoforbrug af alkohol, fysisk inaktivitet, usunde kostvaner og svær overvægt).

Borgere med kronisk sygdom har gennemsnitligt set en dårligere helbredsrelateret livskvalitet end borgere uden kronisk sygdom, og jo flere sygdomme, jo dårligere er livskvaliteten. En stor andel har desuden nedsat arbejdsevne, oplever svær ensomhed og lider i højere grad af depression end den generelle befolkning. Ligeledes har en stor andel af personer med kronisk sygdom brug for hjælp til dagligdagens gøremål. Eksempelvis har over to ud af fem med hjerneblødning/blodprop i hjernen, hjertekrampe, knogleskørhed og blodprop i hjertet brug for hjælp i dagligdagen.

Knap halvdelen af borgerne på 25 år og derover (47 %) angav selv, at de var i behandling på tidspunktet for undersøgelsen. Andelen stiger markant med alderen og er særlig stor blandt personer med lavt uddannelsesniveau (61 %), førtidspensionister (79 %) og modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge (60 %).

Behandlingsbyrden er det besvær, som patienter oplever ved at skulle følge deres behandling. Det at have en kronisk sygdom kan være forbundet med en betydelig behandlingsbyrde for patienten. Hvis behandlingsbyrden er stor, kan det mindske motivationen for at følge behandlingen eller overstige patientens muligheder og evner, så efterlevelsen af behandlingen bliver mangelfuld. Undersøgelsen viser, at blandt dem, der er i behandling, oplever hver femte eller mere med hjerte-kar-sygdom, psykiske lidelser, migræne/hyppig hovedpine, leddegigt, KOL og diskusprolaps/andre rygsygdomme at have en høj behandlingsbyrde. Andelen med høj behandlingsbyrde er desuden størst blandt yngre og midaldrende personer (17-22 %) og er særligt stor blandt førtidspensionister (30 %) og modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge (33 %).

Mere end hver tiende af borgerne med hjerte-kar-sygdom (blodprop i hjertet, hjertekrampe, hjerneblødning/blodprop i hjernen), knogleskørhed, KOL og psykiske lidelser har svært ved at forstå information om sundhed. Ligeledes har mere end hver tiende med hjerte-kar-sygdom, knogleskørhed, KOL, psykiske lidelser og leddegigt svært ved at kommunikere med sundhedspersonalet. Undersøgelsen peger således på, at sundhedskompetencen hos nogle patientgrupper er begrænset i en grad, hvor det kan være vanskeligt for dem aktivt at tage hånd om egen sundhed og navigere i et komplekst sundhedsvæsen.

I alt to ud af fem borgere i Region Midtjylland er multisyge med to eller flere af de 17 kroniske sygdomme, der er inkluderet i undersøgelsen. Undersøgelsen viser, at personer med multisygdom generelt er markant dårligere stillet sammenlignet med personer, der kun har én kronisk sygdom. For de sygdomsramte personer gælder det, at de har dårligere helbredsrelateret livskvalitet (både fysisk og mentalt), hvis en sygdom ledsages af andre kroniske sygdomme frem for at stå alene. Med et stigende antal kroniske sygdomme hos den enkelte person ses ligeledes en markant stigning i andelen med nedsat arbejdsevne, andelen, der har brug for hjælp i dagligdagen, andelen med svær ensomhed og depression, andelen, der har svært ved at forstå information om sundhed og kommunikere med sundhedspersonale, og andelen, der oplever høj behandlingsbyrde.

Udviklingen i fysisk og mental sundhed – 2010, 2013, 2017. I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen, der har et dårligt selvvurderet helbred (fra 14 % til 16 %), i andelen med højt stressniveau (fra 28 % til 31 %) og i andelen, der er generet af angst og anspændthed (fra 4 % til 6 %).

Fra 2010 til 2017 har der desuden været en stigning i andelen, der har følgende sygdomme: forhøjet blodtryk, hjerneblødning/blodprop i hjernen, diabetes, kræft, allergi, slidgigt, leddegigt, knogleskørhed, diskusprolaps/andre rygsygdomme, migræne/hyppig hovedpine, tinnitus og grå stær. Tilsvarende ses der en stigning i andelen, der er multisyge (fra 36 % til 40 %).

I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen, der har et dårligt selvvurderet helbred (fra 14 % til 16 %), i andelen med højt stressniveau (fra 27 % til 31 %) og i andelen, der er generet af angst og anspændthed (fra 4 % til 6 %). Der har endvidere været et fald i andelen, der angiver, at deres trivsel og livskvalitet er god (fra 76 % til 71 %). I forhold til angst og anspændthed, stress og ensomhed ses der en stor stigning blandt unge. Den mest markante stigning ses i forhold til angst og anspændthed hos unge kvinder, hvor andelen er steget fra 5 % i 2013 til 14 % i 2017.

Fra 2013 til 2017 har der desuden været en stigning i andelen, der har følgende sygdomme: hjerneblødning/blodprop i hjernen, kræft, KOL, allergi, slidgigt, leddegigt, knogleskørhed, diskusprolaps/andre rygsygdomme, psykiske lidelser, migræne/hyppig hovedpine og tinnitus. Endvidere ses der en stigning i andelen, der er multisyge (fra 36 % til 40 %).

Ulighed i sundhed

Social ulighed i sundhed. Der er en betydelig social ulighed i sundhed i Region Midtjylland på tværs af uddannelsesgrupper og erhvervstilknytning. Generelt tegner der sig et billede af, at jo lavere uddannelsesniveau og jo længere fra arbejdsmarkedet, jo større sundhedsudfordringer.

I forhold til uddannelsesniveau er forskellen mest udtalt for usundt kostmønster, daglig rygning og svær overvægt, mens der kun er en mindre grad af social ulighed for fysisk inaktivitet og højrisikoforbrug af alkohol. I forhold til erhvervstilknytning er det særligt førtidspensionisterne, hvor der er en stor andel med risikable sundhedsvaner, efterfulgt af arbejdsløse og modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge.

Der er ligeledes en tydelig social ulighed i helbred. I forhold til uddannelsesniveau har personer med et lavt uddannelsesniveau højere forekomster af dårligt selvvurderet helbred og nedsat arbejdsevne, har i højere grad brug for hjælp til dagligdagens gøremål og lider oftere af fire eller flere kroniske sygdomme, end det er tilfældet for højtuddannede. Tilsvarende ses der meget høje forekomster af dårligt selvvurderet helbred blandt førtidspensionister og modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge.

Endelig er der også social ulighed i mental sundhed og sundhedskompetence. I forhold til uddannelsesniveau er forskellen mest udtalt for vanskeligheder ved at forstå information om sundhed (et aspekt af sundhedskompetence), depression, svær ensomhed og højt stressniveau. I forhold til erhvervstilknytning er det igen særligt førtidspensionister og modtagere af kontanthjælp og sygedagpenge, der har meget høje forekomster af dårlig mental sundhed og lav sundhedskompetence.

Udviklingen i social ulighed i sundhed – 2010, 2013, 2017. I perioden fra 2010 til 2017 er der sket en forøgelse af den sociale ulighed i højrisikoforbrug af alkohol og i fysisk inaktivitet. Til gengæld er den sociale ulighed mindsket i forhold til dårligt selvvurderet helbred.

I perioden fra 2013 til 2017 er der sket en forøgelse af den sociale ulighed i forhold til højrisikoforbrug af alkohol. Til gengæld er den sociale ulighed mindsket i forhold til fysisk inaktivitet, dårligt selvvurderet helbred og nedsat arbejdsevne (25-64-årige).

Geografisk ulighed i sundhed. De 638 sogne, der findes i Region Midtjylland, er blevet inddelt i fem sociogeografiske områder på baggrund af registeroplysninger om hele befolkningens indkomst, tilknytning til arbejdsmarkedet og uddannelsesniveau.

Der er en betydelig geografisk ulighed i sundhedsvaner på tværs af de sociogeografiske områder, som ses tydeligst ved kost og svær overvægt. De højeste forekomster af risikable sundhedsvaner ses i de socioøkonomisk dårligst stillede områder. Den eneste

sundhedsvane, hvor der ikke er nogen forskel på tværs af sociogeografiske områder, er højrisikoforbrug af alkohol.

Der er ligeledes en tydelig geografisk ulighed i andelen, der har dårlige levevilkår (dvs. oplever svag social støtte, svær ensomhed, nedsat arbejdsevne, har brug for hjælp til dagligdagens gøremål, ikke bor med andre voksne og har svært ved at forstå information om sundhed).

Der er en markant geografisk ulighed i helbred (dårligt selvvurderet helbred, multisygdom, stress og depression) og konsekvenser af sygdom (mistet tilknytning til arbejdsmarkedet og høj behandlingsbyrde). Den geografiske ulighed i sundhedsvaner og levevilkår må antages at udgøre en væsentlig del af baggrunden for den markante geografiske ulighed i helbred og konsekvenser af sygdom i regionen. Samtidig er svage sociale netværk, svag social støtte, mistrivsel i form af ensomhed og lav sundhedskompetence en barriere for fremme af egen sundhed.

Til sidst i rapporten under *Sundhed på én side* ses den sociogeografiske profil for hver kommune og de sundhedsudfordringer, der er i den enkelte kommune sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen. Der er stor variation i sundhed mellem kommunerne, hvilket til dels kan forklares af forskellen i sociogeografiske profiler.

1. BAGGRUND, FORMÅL OG METODE

Baggrund og formål

Denne sundhedsprofil er udarbejdet på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen *Hvordan har du det? 2017*. En sundhedsprofil er en helhedsbeskrivelse af sundhed og sygelighed i et område eller i en befolkning, og oplysningerne fra denne sundhedsprofil kan 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 og sundhedsaftalen mellem region og kommuner skal udformes, og der skal prioriteres mellem forskellige forebyggelses- og sundhedsindsatser. I denne sammenhæng kan sundhedsprofilen pege 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).

Dette er den fjerde sundhedsprofil, der laves i Region Midtjylland. Den første sundhedsprofil blev lavet i 2006 og omfattede personer i alderen 25-79 år med dansk etnisk baggrund. I 2010 og i 2013 blev sundhedsprofilen gennemført samtidig på tværs af landets fem regioner som en del af et nationalt samarbejde, hvor stikprøven blev udvidet til at omfatte alle i alderen 16 år og opefter uanset etnisk baggrund. Samtidig lavede Statens Institut for Folkesundhed en landsdækkende *Hvordan har du det?*-undersøgelse.

I undersøgelserne fra 2010, 2013 og 2017 er der på tværs af regioner en række identiske spørgsmål, som muliggør sammenligninger på tværs af landets 98 kommuner og 5 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. Den nye undersøgelse fra 2017 giver derved en unik mulighed for at beskrive ændringer i sundhedstilstanden siden 2010 og 2013 for personer i alderen 16 år og opefter. Fremadrettet gennemføres sundhedsprofilen hvert fjerde år.

Metode

Stikprøve. *Hvordan har du det? 2017* er baseret på en stikprøveudvælgelse blandt borgere, der per 10. januar 2017 havde folkeregisteradresse i Region Midtjylland og var i alderen 16 år og derover. Stikprøven på i alt 52.000 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 Kommune. I alt udgøres stikprøven fra Aarhus Kommune af 8.200 personer, hvilket skyldes, at Aarhus er en stor kommune. Derudover er stikprøvestørrelsen på Samsø på 1.300 personer, hvilket skyldes, at det i henhold til en national 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.

Spørgeskema. I Region Midtjylland er der lavet to forskellige spørgeskemaer: ét til unge (16-24 år) og ét til voksne (25 år og derover). Hovedparten af spørgsmålene er identiske i de to udgaver og omhandler blandt andet sundhedsvaner (rygning, alkohol, fysisk aktivitet, kost mv.) og fysisk og mental sundhed. Herudover er der spørgsmål, som udelukkende stilles til de unge (eksempelvis spørgsmål vedrørende selvskade, risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse, brug af euforiserende stoffer og negative oplevelser i forbindelse med alkoholindtag), samt spørgsmål, der udelukkende stilles til de voksne (eksempelvis spørgsmål vedrørende behov for støtte og hjælp til daglige gøremål, behandlingsbyrde og sundhedskompetencer). I spørgeskemaerne er der så vidt muligt brugt validerede spørgsmål, som er egnede til at indgå i befolkningsundersøgelser. Spørgeskemaerne er reviderede udgaver af dem, der blev benyttet i *Hvordan har du det?* 2010 og 2013. En betydelig del af spørgsmålene er identiske med spørgsmålene i de tidligere undersøgelser, hvilket gør det muligt at beskrive udviklingen over tid for en række forhold.

Dataindsamling. Spørgeskemaerne til *Hvordan har du det?*-undersøgelserne udsendes hvert 4. år i starten af februar måned for at sikre sammenlignelighed fra gang til gang og undgå bias fra årstidsvariation. I de tidligere undersøgelser fra 2006, 2010 og 2013 blev data indsamlet ved at sende et papirspørgeskema samt en frankeret svarkuvert med fysisk post til alle i den udtrukne stikprøve. I 2013 var det desuden muligt at udfylde spørgeskemaet på nettet.

I 2017 blev data indsamlet ved brug af en kombination af digital post (e-boks eller www.borger.dk) og fysisk post. Alle i stikprøven, der var tilmeldt digital post (89 %), modtog en invitation til undersøgelsen gennem digital post den 3. februar 2017. I en undersøgelse som denne er det vigtigt med en høj svarprocent for at gøre datagrundlaget så repræsentativt som muligt. Derfor fik personer, der ikke svarede på den første henvendelse, tilsendt en påmindelse gennem digital post efter en uge. Hvis den inviterede ikke responderede på henvendelsen via digital post, blev der sendt en fysisk invitation med et papirspørgeskema til vedkommende efterfulgt af to fysiske påmindelser.

Personer i stikprøven, der ikke var tilmeldt digital post (11 %), fik tilsendt en fysisk invitation med et papirspørgeskema den 3. februar og efterfølgende to fysiske påmindelser, hvis de ikke svarede.

Både ved de digitale og fysiske udsendelser blev det i følgebrevet til spørgeskemaet gjort klart, at deltagelse i undersøgelsen var frivillig, og at alle svar ville blive behandlet fortroligt. I følgebrevet var der desuden en beskrivelse af, hvordan spørgeskemaet kunne udfyldes på nettet.

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

Endvidere blev der taget telefonisk kontakt til borgere i alderen 16-40 år, der havde fået den sidste papirhenvendelse, og som ikke havde reageret på henvendelsen. Formålet med opringningen var at motivere borgerne til at deltage i undersøgelsen. Borgere i denne aldersgruppe blev kontaktet via telefon, fordi der på det tidspunkt var en relativ lav svarprocent i denne aldersgruppe, og det blev vurderet, at det ikke var hensigtsmæssigt at udsende mere papirpost.

Deltagelse og bortfald. Ud af de 52.000 personer, der blev inviteret til at deltage i undersøgelsen, valgte 32.417 personer at svare på spørgeskemaet, hvilket giver en svarprocent på 62. Af de indkomne svar har 80 % udfyldt spørgeskemaet på nettet, mens 20 % har udfyldt et papirskema.

Antallet af besvarede spørgeskemaer og svarprocent i de enkelte kommuner fremgår af figur 1.1. Som man kan se af figuren, varierer svarprocenterne i kommunerne fra 58 % til 66 %.

Figur 1.1
Stikprøvestørrelse og svarprocent i de enkelte kommuner

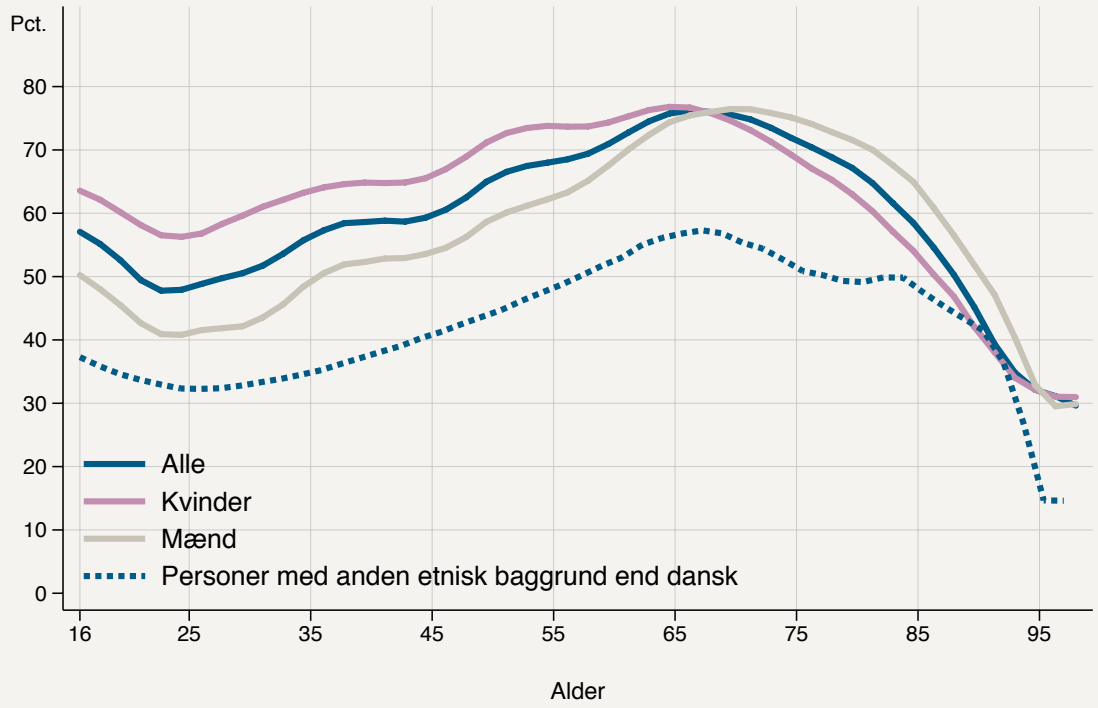
	Antal inviterede	Antal besvarelser	Svarprocent
Favrskov	2.500	1.650	66
Lemvig	2.500	1.623	65
Herning	2.500	1.619	65
Holstebro	2.500	1.610	64
Skanderborg	2.500	1.605	64
Odder	2.500	1.601	64
Ringkøbing-Skjern	2.500	1.596	64
Silkeborg	2.500	1.596	64
Samsø	1.300	824	63
Ikast-Brande	2.500	1.568	63
Syddjurs	2.500	1.567	63
Struer	2.500	1.562	62
Viborg	2.500	1.541	62
Randers	2.500	1.533	61
Hedensted	2.500	1.532	61
Skive	2.500	1.528	61
Norddjurs	2.500	1.503	60
Aarhus	8.200	4.909	60
Horsens	2.500	1.450	58
Region Midtjylland	52.000	32.417	62

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 relativ lav blandt unge og ældre og generelt er meget lavere blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk. Blandt unge er der flere kvinder end mænd, der svarer på spørgeskemaet, og blandt ældre er der omvendt flere mænd end kvinder, der deltager i undersøgelsen.

Eftersom risikoen for, at data ikke afspejler forholdene i befolkningen, øges med faldende svarprocent, bør resultater, der bygger på grupper med lave svarprocenter, tolkes med forsigtighed – det gælder her unge mænd, de ældste ældre og i særdeleshed personer med anden etnisk bagrund end dansk. Desuden skal der tages forbehold for, at alvorligt syge og svagelige (f.eks. sengeliggende patienter, mentalt handicappede m.fl.) i mange tilfælde ikke har kunnet deltage i undersøgelsen. Disse grupper er derfor underrepræsenteret i undersøgelsen, hvilket den anvendte vægt kun i nogen grad forventes at kunne korrigere for.

Vægtning og statistisk metode. I en undersøgelse som denne er det væsentligt, at svarpersonerne ligner den øvrige generelle befolkning i regionen så meget som muligt. Som nævnt er der udtrukket 2.500 personer per kommune uanset befolkningsstørrelse (dog 8.200 i Aarhus og 1.300 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 udtrækssandsynlighed og dermed gøre dataene mere repræsentative for regionens befolkning er der anvendt vægtning i rapportens statistiske analyser.

Figur 1.2
Svarprocenter i *Hvordan har du det? 2017*



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. 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 udtrækssandsynlighed og responsrate i rapportens analyser.

Af hensyn til sammenligneligheden med data fra *Hvordan har du det?* 2010 og 2013 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 tal, dvs. de faktiske forekomster af det, som respondenterne har svaret. Tallene er dog vægtede, så de afspejler forekomsterne i regionens befolkning. De statistiske analyser er foretaget ved hjælp af surveyprocedurerne i statistikprogrammet Stata 15.

Opbygning af denne rapport. Rapporten er opdelt i tre hovedblokke 1) Sundhedsvaner, 2) Fysisk og mental sundhed og 3) Ulighed i sundhed.

Den første blok om sundhedsvaner indeholder fem kapitler: rygning (kap. 2), alkohol (kap. 3), fysisk aktivitet (kap. 4), kost (kap. 5) og vægtstatus (kap. 6). I disse kapitler beskrives forekomsten af de forskellige sundhedsvaner i forhold til køn, alder, sociale forhold

og geografi. Derudover sættes blandt andet fokus på motivation for ændring af sundhedsvaner, samt i hvilket omfang svarpersoner oplever at modtage råd om ændring af sundhedsvaner fra egen læge.

Den anden blok om fysisk og mental sundhed omfatter tre kapitler: helbredsrelateret livskvalitet (kap. 7), mental sundhed og mentalt helbred (kap. 8) samt kronisk sygdom og multisygdom (kap. 9).

I kapitlet om helbredsrelateret livskvalitet (kap. 7) beskrives befolkningens helbredsrelaterede livskvalitet ved hjælp af et enkelt mål for selvvurderet helbred og et sammensat mål for helbredsrelateret livskvalitet (SF-12), der ved hjælp af ti skalaer beskriver personens fysiske og mentale helbred, og hvorvidt helbredet begrænser udførelsen af dagligdagens gøremål og samvær med andre mennesker.

I kapitlet om mental sundhed og mentalt helbred (kap. 8) beskrives befolkningens mentale sundhed og helbred ud fra en række indikatorer: god trivsel/livskvalitet, højt stressniveau, generet af angst og anspændthed, ensomhed, depression, selvskadende adfærd hos unge og risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse hos unge kvinder.

I kapitlet om kronisk sygdom og multisygdom (kap. 9) belyses forekomsten af 17 kroniske sygdomme og forekomsten af multisygdom. Desuden sættes der fokus på begrænsninger og belastninger blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom (eksempelvis nedsat arbejdsevne, behandlingsbyrde og vanskeligheder ved at forstå sundhedsinformation og kommunikere med sundhedspersonale). Afslutningsvist belyses sundhedsvanerne blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom.

Den tredje blok om ulighed i sundhed er opdelt i to kapitler; et om social ulighed i sundhed og ét om geografisk ulighed i sundhed.

I kapitlet om social ulighed i sundhed (kap. 10) beskrives sundhedsvaner samt fysisk og mental sundhed i forhold til uddannelsesniveau og erhvervstilknytning.

I kapitlet om geografisk ulighed i sundhed (kap. 11) sættes der fokus på forskelle i sundhedsvaner, levevilkår og helbredstilstand opgjort på sociogeografiske områder i regionen.

Kapitlet afsluttes med *Sundhed på én side*, hvor væsentlige resultater på tværs af rapporten opsummeres på én side for hver kommune. Desuden præsenteres den sociogeografiske profil for hver kommune. Formålet med *Sundhed på én side* er at give et kort resumé af sundhedstilstanden i den enkelte kommune, der kan bruges som grundlag for tilrettelæggelse af sundhedsindsatser i forhold til udvalgte geografiske områder i kommuner med store geografiske forskelle i sundhed.

Som noget nyt i sundhedsprofilen sættes der i denne rapport særligt fokus på mental sundhed, da dette er et relativt nyt og højt prioriteret fokusområde i kommunernes forebyggelsesindsatser. Endvidere sættes der fokus på behandlingsbyrde og sundhedskompetence hos personer med kronisk sygdom, idet tendensen er, at sundhedsvæsenet tilbyder mere komplekse behandlingsforløb end tidligere, hvilket øger kravene til patienter for at få et optimalt udbytte af behandlingen. Sidst, men ikke mindst, sættes der i denne rapport særligt fokus på at belyse den sociale og geografiske ulighed i sundhed, da mere lighed i sundhed er et væsentligt og højt prioriteret område både i kommunalt og regionalt regi.

Der er generelt i rapporten lagt vægt på at belyse forebyggelsespotentialet i såvel kommunerne som i regionen. 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 uhensigtsmæssige sundhedsvaner, dårligt helbred og kronisk sygdom.

I de fleste tilfælde vil resultaterne i rapporten 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 2010 og 2013. Hvor det er relevant og muligt, beskrives udviklingen på en række faktorer i udviklingsbindet (bind 2), mens der i denne rapport (bind 1) løbende henvises til udviklingsbindet.

Beskrivelse af undersøgelsens baggrundsvariable

Som noget gennemgående i rapporten beskrives sundhed og sygdom i forhold til køn, alder og sociale forhold. Figur 1.3 viser fordelingen på disse grupper samt antallet af borgere i hver gruppe på baggrund af en vægtet opgørelse af svarpersonerne i *Hvordan har du det? 2017*. Inddelingen af befolkningen efter demografiske og sociale kriterier gør det muligt at tegne et mere detaljeret billede af sundhedstilstanden samt at identificere grupper og 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.

Figur 1.3
Borgere i Region Midtjylland (16 år og opefter) – køn, alder og sociale forhold

	Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Alle	100	1.064.000
Køn		
Mand	50	530.000
Kvinde	50	534.000
Alder		
16-24 år	15	163.000
25-34 år	15	159.000
35-44 år	15	163.000
45-54 år	17	180.000
55-64 år	15	159.000
65-74 år	14	144.000
75+ år	9	96.000
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)		
Lavt (0-10 år)	16	136.000
Middel (11-14 år)	53	441.000
Højt (15+ år)	31	254.000
Erhvervstilknytning		
Studerende/skoleelever	11	113.000
Beskæftigede	52	517.000
Arbejdsløse	2	20.000
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	6	57.000
Førtidspensionister	4	44.000
Efterlønsmodtagere	2	20.000
Folkepensionister	22	223.000
Etnisk baggrund		
Dansk	89	948.000
Anden vestlig	4	47.000
Ikke-vestlig	6	68.000
Bolig		
Ejer	66	621.000
Lejer	34	337.000
Bor med ægtefælle/samlever		
Nej	34	336.000
Ja	66	655.000
Børn i hjemmet 0-15 år		
Nej	72	649.000
Ja	28	249.000

Køn. Køn er en grundlæggende faktor i forhold til sundhed og sygelighed. Mænd dør i gennemsnit tidligere end kvinder, men kvinder kan forvente flere sygdomsbelastede leveår, og flere kvinder rapporterer livet igennem om dårligere helbred og trivsel (2-3). Forskelle mellem mænds og kvinders sundhed skyldes både forskelle i biologi, livsstil, levevilkår samt forskelle i brug af sundhedsvæsenet (2-6).

I undersøgelsen er der en ligelig fordeling af mænd og kvinder (figur 1.3).

Alder. Alder er ligesom køn en af de grundlæggende faktorer i forhold til sundhed og sygdom. Generelt øges sygelighed og dødelighed med alderen, men alle aldre har sine helbredsmæssige udfordringer (7). Stigningen i antallet af borgere i den ældre del af befolkningen stiller sundhedsvæsenet over for nye opgaver (8). I nogle tilfælde er det hensigtsmæssigt at målrette sundhedsfremme og forebyggelse mod bestemte aldersgrupper

I analyserne er befolkningen opdelt i syv aldersgrupper (figur 1.3). Fordelingen på disse grupper er som følger: 16-24 år (15 %), 25-34 år (15 %), 35-44 år (15 %), 45-54 år (17 %), 55-64 år (15 %), 65-74 år (14 %) og 75 år og derover (9 %).

Uddannelsesniveau. Der er en stærk sammenhæng mellem uddannelse og sundhed. Jo flere års uddannelse, jo mindre sygelighed, jo færre risikable sundhedsvaner og jo lavere dødelighed (9-11). Årsagskæden mellem uddannelsesniveau og sundhed er imidlertid kompleks (12-14). Uddannelse giver mulighed for bedre levevilkår i form af højere indkomst, mindre belastende job, sundere bolig mv., hvilket forklarer noget af forskellen i sundhed mellem uddannelsesgrupperne, men ikke det hele. Én antagelse er, at uddannelse desuden påvirker tankemåde og måden at træffe beslutninger på – eksempelvis har personer med uddannelse lettere ved at træffe sunde valg for sig selv og deres familie (12-14). Personer med lavt uddannelsesniveau er en vigtig målgruppe, hvis den sociale ulighed i sundhed skal reduceres.

I rapporten skelnes der 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 (15). De ni niveauer er her slået sammen til tre. Lavt uddannelsesniveau svarer i store træk til ufaglærte og specialarbejdere (0-10 års uddannelse). Middelhøjt uddannelsesniveau omfatter i store træk lærlinge/elevuddannelser, andre faglige uddannelser og korte videregående uddannelser (11-14 års uddannelse). Højt uddannelsesniveau omfatter personer med en mellemlang og lang videregående uddannelse (15 års uddannelse eller mere).

I undersøgelsen er der 16 % med lavt uddannelsesniveau, 53 % med middelhøjt uddannelsesniveau og 31 % med højt uddannelsesniveau (figur 1.3).

Erhvervstilknytning. Der er en sammenhæng mellem erhvervstilknytning og fysisk og mental sundhed. Personer i den erhvervsaktive alder, der er uden for arbejdsmarkedet, udgør en særligt sårbar gruppe (17-18). Det gælder især arbejdsløse, personer på kontanthjælp, sygedagpenge mv. og førtidspensionister.

Derfor er der medtaget en variabel, der er opdelt efter svarpersonernes erhvervstilknytning. Inddelingen er baseret på en kombination af svarpersonernes selvrapporterede oplysninger om erhvervsmæssig stilling og registerbaserede oplysninger fra Arbejdsmarkedsstyrelsens register over sociale ydelser (også kaldet DREAM). I bilag 1 er det beskrevet nærmere, hvordan denne inddeling er lavet.

I undersøgelsen er der 11 %, der stadig går i skole eller er studerende, 52 % er i beskæftigelse, 2 % er arbejdsløse, 6 % er på kontanthjælp, sygedagpenge mv., 4 % er førtidspensionister, 2 % er efterlønsmodtagere og 22 % er folkepensionister (figur 1.3).

I undersøgelsen sondres der mellem 'Arbejdsløse' og 'Kontanthjælp, sygedagpenge mv.', hvor førstnævnte afspejler den gruppe af ledige, der ofte kun har ledighed som problem og dermed er relativt arbejdsmarkedsparate, hvorimod sidstnævnte gruppe ofte har andre problemer end ledighed (sygdom, sociale problemer mv.)

Etnisk baggrund. Etniske minoritetsgrupper i vestlige lande har vist sig ofte at have en dårligere helbredstilstand end majoritetsbefolkningen, og undersøgelser viser, at dette ofte skyldes ringere levevilkår hos minoritetsgrupperne (19-20). Desuden kan belastninger i forbindelse med eller forud for immigrationen, kulturelt betingede adfærdsformer, genetiske faktorer,

diskrimination samt adgangen til og brugen af sundhedsvæsenet have betydning (19-22).

I undersøgelsen er der 89 % med dansk etnisk baggrund, 4 % med anden vestlig baggrund end dansk og 6 % med en ikke-vestlig baggrund (figur 1.3).

Bolig. I undersøgelsen skelnes der mellem personer, der bor i henholdsvis ejerbolig og lejebolig. Her 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, herunder ældre, personer med anden etnisk baggrund end dansk og enlige.

I undersøgelsen er der 66 %, som bor i ejerbolig, og 34 %, som bor i lejebolig (figur 1.3).

Bor med ægtefælle/samlever. Mange undersøgelser har vist, at gifte lever længere og har et bedre fysisk og psykisk helbred end ugifte (24). Det gælder både mænd og kvinder, selv om nogle undersøgelser tyder på, at mænd har størst helbredsmæssig gevinst ved ægteskabet (25). 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 (26-27). To udbredte forklaringer på forskellen i sygelighed og dødelighed blandt enlige og samlevende er, at gifte/samlevende i højere grad har en sund livsstil og i mindre grad har dårlig mentalt helbred end enlige (28).

I analyserne skelnes der mellem personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever (34 %), og personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever (66 %) (figur 1.3).

Børn i hjemmet 0-15 år. 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 (12, 29-30). Det er derfor vigtigt at have kendskab til eksempelvis sundhedsvanerne i familier med børn. En del af den sociale ulighed i sundhed i den voksne befolkning grundlægges i barndomsårene (12). 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.

I undersøgelsen er der 72 %, som ikke bor sammen med børn, mens 28 % bor sammen med børn i alderen fra 0 til 15 år (figur 1.3).

Læsevejledning

I denne rapport (hovedbindet) præsenteres forekomsten af forskellige former for sundhedsvaner, sundhed og sygdom i Region Midtjylland som helhed. I figur 1.4 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 eksempelvis 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 personer på 16 år og derover i Region Midtjylland, eller om gruppen ikke adskiller sig signifikant fra hele befolkningen.

Medarbejdere

Rapporten er udarbejdet i DEFACTUM, Region Midtjylland, af medarbejderne Finn Breinholt Larsen (projektleder), Julie Christiansen, Karina Friis, Mathias Lasgaard, Marie Hauge Pedersen, Jes Bak Sørensen og forskningspraktikanterne Ane-Kathrine Lundberg og Sofie Emile Pedersen.

Ud over medarbejderne i *Hvordan har du det?*-teamet har Lone Flarup og Marie Konge Villemoes og forskningspraktikanterne Esben Dahl Nielsen og Line Bang Jensen desuden deltaget i planlægningen af undersøgelsen og i dataindsamlingen.

Søren Sander Riber Rasmussen har stået for kommunikation af projektet, Anne Marie Schak Jensen har stået for datamanagement, og Ingerlise Andersen har været sekretær på projektet.

Figur 1.4
Dagligrygere – køn, alder og sociale forhold (eksempel på figur i rapporten)

Tallet angiver, at 18 % af de 45-54-årige borgere i Region Midtjylland ryger dagligt.

Visuel præsentation af, at 18 % af de 45-54-årige borgere i Region Midtjylland ryger dagligt.

Tallet angiver, at omtrent 32.000 borgere i alderen 45-54 år i Region Midtjylland ryger dagligt.

	Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Alle	16	158.000
Køn		
Mand	17	85.000
Kvinde	15	73.000
Alder		
16-24 år	14	21.000
25-34 år	16	23.000
35-44 år	15	23.000
45-54 år	18	32.000
55-64 år	19	30.000
65-74 år	15	21.000
75+ år	10	9.100
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)		
Lavt (0-10 år)	23	30.000
Middel (11-14 år)	17	76.000
Højt (15+ år)	10	24.000
Erhvervstilknytning		
Studerende/skoleelever	13	15.000
Beskæftigede	15	75.000
Arbejdsløse	25	5.000
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	24	14.000
Førtidspensionister	32	13.000
Efterlønsmodtagere	17	3.300
Folkepensionister	13	28.000
Etnisk baggrund		
Dansk	16	141.000
Anden vestlig	18	7.700
Ikke-vestlig	17	9.800
Bolig		
Ejer	12	76.000
Lejer	21	72.000
Bor med ægtefælle/samlever		
Nej	20	65.000
Ja	14	86.000
Børn i hjemmet 0-15 år		
Nej	17	108.000
Ja	13	32.000

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

Farverne på søjlerne viser, hvorvidt forekomsten af dagligrygere i de enkelte subgrupper er signifikant større, mindre eller ikke adskiller sig signifikant fra alle personer i alderen 16 år og opefter i Region Midtjylland.

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. Regitz-Zagrosek V. Sex and gender differences in health: Science & Society Series on Sex and Science. EMBO Reports; 2012; 596-603.

3. Alberts SC, Archie EA, Gesquiere LR, et al. The Male-Female Health-Survival Paradox: A Comparative Perspective on Sex Differences in Aging and Mortality. I: Committee on Population; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; National Research Council; Weinstein M, Lane MA, editors. Sociality, Hierarchy, Health: Comparative Biodemography: A Collection of Papers. Washington (DC): National Academies Press (US); 2014.

4. Christensen K, Helweg-Larsen K. Forskelle mellem mænd og kvinder. I: Kjøller M, Juel K, Kamper-Jørgensen F. Folkesundhedsrapporten, Danmark, 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2007; 425-432.

5. Sundhedsstyrelsen. Mænds sundhed – en oversigt over mænds sundhedstilstand og en gennemgang af effektive forebyggelsesmetoder. København: Sundhedsstyrelsen; 2010.

6. Luy M, Gast K. Do Women Live Longer or Do Men Die Earlier? Reflections on the Causes of Sex Differences in Life Expectancy. Gerontology; 2014; 60:143-153.

7. Bobo WV, Yawn BP, Sauver JL, Grossardt BR, Boyd CM, Rocca WA. Prevalence of Combined Somatic and Mental Health Multimorbidity: Patterns by Age, Sex, and Race/Ethnicity, The Journals of Gerontology; 2016; 71(11):1483-1491.

8. Good health adds life to years: Global brief for World Health Day. Geneve: WHO; 2012.

9. Gallo V, Mackenbach JP, Ezzati M, Menvielle G, Kunst AE, Rohrmann S, Vineis P (2012). Social inequalities and mortality in Europe - results from a large multi-national cohort. PloS One, 7(7), e39013.

10. Kjellsonn G, Gerdtham UG, Lyttkens CH. Breaking bad habits by education – smoking dynamics among Swedish women. Health Economics 20: 2011; 876-881.

11. Ullits LR, Ejlskov L, Mortensen RN, Hansen SM, Kraemer SR, Vardinghus-Nielsen H, Overgaard C (2015). Socioeconomic inequality and mortality – a regional Danish cohort study. BMC Public Health, 15, 490-015-1813-3.

12. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C, Andersen AM, Bach E, Baadsgaard M et al. Health inequality – determinants and policies. Scandinavian Journal of Public Health; 2012; 40(8 Suppl), 12-105.

13. Mackenbach JP (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. Social Science & Medicine (1982); 75(4), 761-769.

14. Cutler DM, Lleras-Muney A. Education and health: Evaluating theories and evidence. Cambridge MA: NBER Working Paper No. 12352; 2006.

15. Danmarks Statistik. DUN 2006. Dansk Uddannelses-Nomenklatur. København: Danmarks Statistik og Undervisningsministeriet; 2006.

16. Rugulies R, Madsen IEH, Hansen AK. Psykosocialt arbejdsmiljø og sygdom – en vidensoversigt over resultater fra det internationale IPD-Work projekt. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2016.

17. Bambra C. Work, worklessness, and the political economy of health. Oxford: Oxford University Press; 2011.

18. KL og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Sammenhæng mellem udvalgte sundhedsydelser og arbejdsmarkedstilknytning. København: KL og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2017.

19. Darlington F, Norman P, Ballis D, Exeter DJ. Exploring ethnic inequalities in health: evidence from the Health Survey for England, 1998-2011. Diversity and Equality in Health and Care (2015); 12(2):54-65.

20. Holmberg T, Ahlmark N, Curtis T. "State of the art report" Etniske minoriteters sundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2009.

21. Nazroo JY. The structuring of ethnic inequalities in health: Economic position, racial discrimination, and racism. Am J Public Health 93(2):277-284; 2003.

22. Bhopal RS. Migration, ethnicity, race, and health in multicultural societies. Second edition. Oxford: Oxford University Press; 2013.

23. 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.

24. Zhu H, Gu D. The Protective Effect of Marriage on Health and Survival: Does It Persist at Oldest-Old Ages? Journal of Population Ageing; 2010; 3(3-4), 161-182.

25. Wilson CM, Oswald AJ. How does marriage affect physical and psychological health? A survey of the longitudinal evidence. Bonn: IZA Discussion Paper No 1619; 2005.

26. 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.

27. 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.

28. 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 Houshold: 599-633; 2013.

29. Sundhedsstyrelsen. Tidlig indsats for sårbare familier. Afdækning af kommunernes indsats til gravide, spæd- og småbørn og deres forældre med udgangspunkt i sundhedsplejens ydelser. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.

30. Lawlor DA, Mishra GD (eds.). Family matters. Designing, analysing and understanding family based studies in life course epidemiology. Oxford: Oxford University Press; 2009.

SUNDHEDSVANER

Rygning.....32
Alkohol.....58
Fysisk aktivitet.....84
Kost.....120
Overvægt.....140

INDLEDNING

Sundhedsvanerne rygning, alkohol, fysisk aktivitet og kost har stor betydning for folkesundheden (1-3). De fire sundhedsvaner – også kaldet KRAM-faktorerne – beskrives i de følgende kapitler. Derudover beskrives udbredelsen af overvægt i befolkningen. Overvægt er ikke en decideret sundhedsvane, men overvægt er ofte en langsigtet konsekvens af en ubalance mellem kost og fysisk aktivitet.

I 2009 udgav Forebyggelseskommissionen rapporten *Vi kan leve længere og sundere* (2). I rapporten blev det konkluderet, at danskernes uhensigtsmæssige sundhedsvaner er årsag til, at middellevetiden er lavere, end det kan forventes i forhold til de høje udgifter til sundhedsvæsenet og den relative velstand i Danmark.

Uhensigtsmæssige sundhedsvaner øger risikoen for en lang række kroniske sygdomme (3-8). Derudover er uhensigtsmæssige sundhedsvaner en vigtig årsag til social ulighed i sundhed, idet disse adfærdsmønstre i højere grad er koncentreret blandt de socialt mindre privilegerede (1, 3).

Konsekvenserne af hensigtsmæssige eller uhensigtsmæssige sundhedsvaner opleves først og fremmest af den enkelte borger, men der er også samfundsmæssige konsekvenser af befolkningens sundhedsvaner.

På individniveau er dårlige sundhedsvaner årsag til både en dårligere livskvalitet og et kortere liv. På samfundsniveau belaster uhensigtsmæssige sundhedssvaner økonomien på grund af de udgifter, der er forbundet med behandling, medicin, pleje, sygefravær, overførselsindkomster og tabt arbejdsfortjeneste (3, 5, 9, 10).

Denne blok om sundhedsvaner indeholder fem kapitler: rygning (kap. 2), alkohol (kap. 3), fysisk aktivitet (kap. 4), kost (kap. 5) og overvægt (kap. 6). I disse kapitler beskrives forekomsten af de forskellige sundhedsvaner i forhold til køn, alder, sociale forhold og geografi. Derudover sættes blandt andet fokus på motivation for ændring af sundhedsvaner, samt i hvilket omfang svarpersonerne oplever at modtage råd om ændring af sundhedsvaner fra egen læge.

Referencer

1. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.

2. Forebyggelseskommissionen (2009). Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats. København: Forebyggelseskommissionen.

3. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, et al. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2016.

4. Rehm J, Gmel GE, Gmel G, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease – an update. Addiction (Abingdon, England). 2017;112(6):968-1001.

5. Becker U. Alkoholrelaterede somatiske skader. I: Becker U, Tolstrup JS, red. Alkohol – brug, konsekvenser og behandling. 1. udgave. 1. oplag. København: Munksgaard; 2016.

6. Warburton DER, Bredin SSD. Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. Curr Opin Cardiol. 2017 Sep;32(5):541-556.

7. Schwingshackl L, Schwedhelm C, Hoffmann G, et al. Food groups and risk of all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. The American Journal of Clinical Nutrition; 2017.

8. Hruby A, Manson JE, Qi L, et al. Determinants and Consequences of Obesity. Am J Public Health 2016 09/01; 2017/11;106(9):1656-1662.

9. Jakobsen M, Kolodziejczyk C, Rasmussen SR. Offentlige merudgifter ved rygning. En registeranalyse af offentlige merudgifter til rygere sammenlignet med aldrig-rygere og tidligere rygere. København: KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning; 2017.

10. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundheden i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2016.

2. RYGNING

Rygning er en væsentlig risikofaktor for langvarig sygdom og tidlig død. I gennemsnit dør en dagligryger mere end 10 år tidligere end en person, der aldrig har røget (1), og ca. hvert fjerde dødsfald i Danmark er relateret til rygning (2, 3). Dertil kan rygere også forvente færre gode leveår end ikke-rygere, da rygning øger risikoen for en lang række alvorlige sygdomme som lungekræft, hjerte-kar-sygdomme og kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) (2, 4). Risikoen for en rygerelateret sygdom øges med tobaksmængden samt antallet af år, personen har røget (2).

Tobaksrøg kan have helbredsmæssige konsekvenser for andre end rygerne selv grundet passiv rygning. Passiv rygning er, når personer, der ikke selv ryger, indånder røgen fra andres cigaretter. 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 (5). Børn, der udsættes for passiv rygning, har desuden større risiko for vuggedød, mellemørebetændelse og luftvejssygdomme som f.eks. astma, end børn, der ikke udsættes for tobaksrøg (5). Derudover kan rygning nedsætte fertiliteten og medføre komplikationer under graviditet (f.eks. lav fødselsvægt hos nyfødte).

Rygning har ikke blot store konsekvenser for den enkelte ryger, men er også dyrt for samfundet. Den gennemsnitlige årlige merudgift til behandling i sundhedsvæsenet, kommunale serviceudgifter og overførselsindkomster til en dagligryger skønnes at være mellem 9.000 kr. og 18.000 kr. sammenlignet med en aldrig-ryger (4). Cirka halvdelen af merudgifterne finansieres af kommunerne (4). Der er således store økonomiske gevinster at hente ved tobaksforebyggelse og rygestop både for den enkelte ryger og for samfundet.

Antallet af rygere har været faldende over en årrække (6), men til trods for dette er rygning fortsat den risikofaktor, hvor forebyggelsesindsatser potentielt kan bidrage mest til at reducere sygelighed og dødelighed. Det er derfor fortsat vigtigt at arbejde med tobaksforebyggelse – både strukturelt og på individniveau (7). Tobaksforebyggelse bør rette 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 (1, 9). Jo tidligere man kan holde op med at ryge, desto bedre. Selv ældre personer, der har røget i mange år, har stor helbredsgevinst af rygestop (1, 8, 9). I forhold til ikke-rygerne bør tobaksforebyggelse handle om at forebygge rygestart hos især børn, unge og eksrygere samt at sikre, at ingen mod deres vilje udsættes for passiv rygning.

For at understøtte kommunerne i deres arbejde med at begrænse andelen af rygere har Sundhedsstyrelsen i 2012 udarbejdet en forebyggelsespakke for tobak (7). Heri peges der på de mest effektive instrumenter til at begrænse brugen af tobak. Dansk Selskab for Folkesundhed har i 2017 anbefalet en "udfasning af tobakken", hvor målet er at få andelen af dagligrygere ned under 5 % i 2030 og gøre den unge generation helt røgfri (10). Dansk Selskab for Folkesundhed foreslår blandt andet, at kommunerne laver flere rygestoptilbud, der er tilpasset borgernes behov, samt at kommunerne i samarbejde med hospitalerne og de praktiserende læger optimerer rekrutteringen af borgere til rygestoptilbud (10). Yderligere anbefales en række strukturelle forebyggende tiltag – f.eks. højere tobakspriser og røgfri skoletid på alle uddannelser.

E-cigaretter er et relativt nyt produkt på det danske marked, der ofte markedsføres som et alternativ til almindelige cigaretter og som en hjælp ved rygestop (11). Viden om de helbredsmæssige konsekvenser ved brug af e-cigaretter er dog sparsom (11, 12). Dampe fra e-cigaretter indeholder potentielt skadelige partikler og kemiske stoffer, og meget tyder derfor på, at dampene fra e-cigaretter kan være skadelige at indånde (12). Dog er e-cigaretter formodentlig mindre skadelige end almindelige cigaretter (12, 13). Sundhedsstyrelsen anbefaler ikke brugen af e-cigaretter, da der netop er betydelig usikkerhed om de skadelige konsekvenser.

I det følgende belyses befolkningens rygevaner. Der sættes fokus på, hvor stor en andel af befolkningen i Region Midtjylland som ryger. Andelen af dagligrygere beskrives i forhold til køn, alder, sociale forhold og geografi. Derudover sættes der fokus på rygning i hjem med børn. I kapitlet er der desuden en beskrivelse af rygernes motivation for rygestop samt af udviklingen i, hvor mange i en fødselsårgang der startede med at ryge, før de fyldte 20 år (rygestart sker overvejende i teenageårene), og hvor mange,

der var holdt op igen, inden de fyldte 30 år (tidligt rygestop mindsker skadevirkningerne af rygning). Herudover beskrives det, i hvilket omfang rygerne oplever at modtage råd om rygestop fra egen læge. Afslutningsvis er der en beskrivelse af andelen, der bruger e-cigaretter.

Følgende spørgsmål anvendes til at belyse befolkningens rygevaner:

- Ryger du?

Spørgsmålet har 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, stilles følgende spørgsmål:

- Hvor meget ryger du i gennemsnit per dag?

I forhold til rygning i hjem med børn i alderen 0-15 år anvendes følgende spørgsmål:

- Bliver der røget indendørs i dit hjem?

For at belyse alder ved rygestart spørges nuværende og tidligere rygere:

- Hvor gammel var du, da du begyndte at ryge?

For at belyse alder ved rygestop spørges tidligere rygere:

- Hvornår holdt du op med at ryge?

For at belyse motivation for rygestop og råd fra egen læge anvendes følgende spørgsmål:

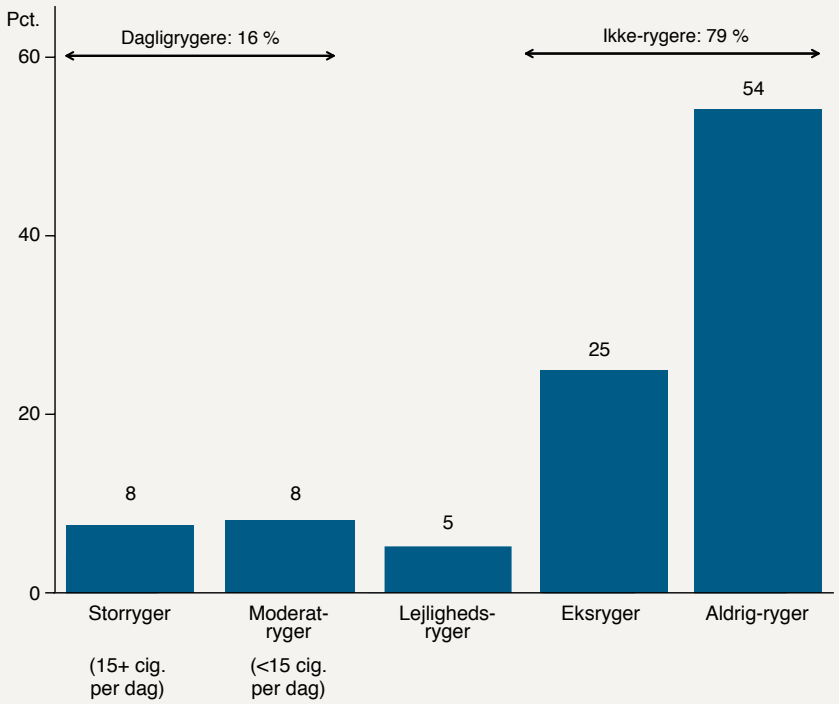
- Vil du gerne holde op med at ryge?
- Hvis du vil holde op med at ryge, vil du så gerne have støtte og hjælp til at gennemføre det? F.eks. rygestopkursus, støtte fra din læge.
- Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at holde op med at ryge?

I forhold til e-cigaretter stilles følgende spørgsmål:

- Bruger du e-cigaretter (elektroniske cigaretter)?

Spørgsmålet har svarmulighederne 1) Ja, hver dag, 2) Ja, mindst én gang om ugen, 3) Ja, sjældnere end hver uge, 4) Nej, men jeg har brugt dem tidligere, 5) Nej, men jeg har prøvet dem (én eller få gange) og 6) Nej, jeg har aldrig brugt dem.

Figur 2.1
Rygevaner



Hvor mange ryger?

Figur 2.1 viser, at andelen, der ryger dagligt, er 16 %, hvilket svarer til omtrent 158.000 personer i Region Midtjylland.

Dagligrygerne er opdelt i storrygere, som har et dagligt forbrug på 15 cigaretter eller flere, samt moderatrygere, der ryger færre end 15 cigaretter om dagen. Der er 8 % storrygere og 8 % moderatrygere.

5 % er lejlighedsrygere, hvilket betyder, at man ryger, men ikke hver dag.

79 % af befolkningen i Region Midtjylland ryger ikke. Der er 25 %, som tidligere har røget dagligt, og 54 % har aldrig røget dagligt.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 har der været et fald i andelen af dagligrygere fra 20 % til 16 %. Se figur 2.2.S i bind 2. Andelen af storrygere er faldet fra 12 % til 8 %. Samtidig er andelen af moderatrygere faldet en smule, mens andelen af eksrygere og aldrig-rygere er steget. Se figur 2.1.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været et lille fald i andelen af dagligrygere fra 17 % til 16 %, jævnfør figur 2.2.S i bind 2. Der har i perioden været et lille fald i andelen af storrygere fra 9 % til 8 % samt en lille stigning i andelen af lejlighedsrygere. Se figur 2.1.S i bind 2. ◄

Figur 2.2
Dagligrygere – køn, alder og sociale forhold

	Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Alle	16	158.000
Køn		
Mand	17	85.000
Kvinde	15	73.000
Alder		
16-24 år	14	21.000
25-34 år	16	23.000
35-44 år	15	23.000
45-54 år	18	32.000
55-64 år	19	30.000
65-74 år	15	21.000
75+ år	10	9.100
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)		
Lavt (0-10 år)	23	30.000
Middel (11-14 år)	17	76.000
Højt (15+ år)	10	24.000
Erhvervstilknytning		
Studerende/skoleelever	13	15.000
Beskæftigede	15	75.000
Arbejdsløse	25	5.000
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	24	14.000
Førtidspensionister	32	13.000
Efterlønsmodtagere	17	3.300
Folkepensionister	13	28.000
Etnisk baggrund		
Dansk	16	141.000
Anden vestlig	18	7.700
Ikke-vestlig	17	9.800
Bolig		
Ejer	12	76.000
Lejer	21	72.000
Bor med ægtefælle/samlever		
Nej	20	65.000
Ja	14	86.000
Børn i hjemmet 0-15 år		
Nej	17	108.000
Ja	13	32.000

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

Dagligrygere – køn, alder og sociale forhold

Af figur 2.2 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel af dagligrygere blandt følgende grupper:

- Mænd
- Personer i alderen 45-64 år
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

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

Alder. De største andele af dagligrygere er blandt de 45-64-årige, og de mindste andele er blandt de 16-24-årige og blandt personer på 75 år eller derover.

Uddannelsesniveau. Andelen af dagligrygere falder med et stigende uddannelsesniveau. Der er 23 % dagligrygere blandt personer med lavt uddannelsesniveau og 10 % blandt personer med højt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. De største andele af dagligrygere er blandt arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister. De mindste andele af dagligrygere findes blandt studerende/skoleelever, beskæftigede og folkepensionister.

Etnisk baggrund. Der er ingen sammenhæng mellem etnisk baggrund og dagligrygning.

Bolig. En større andel personer, der bor i lejebolig, ryger dagligt, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig.

Bor med ægtefælle/samlever. En større andel blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, er dagligrygere, end det er tilfældet for personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

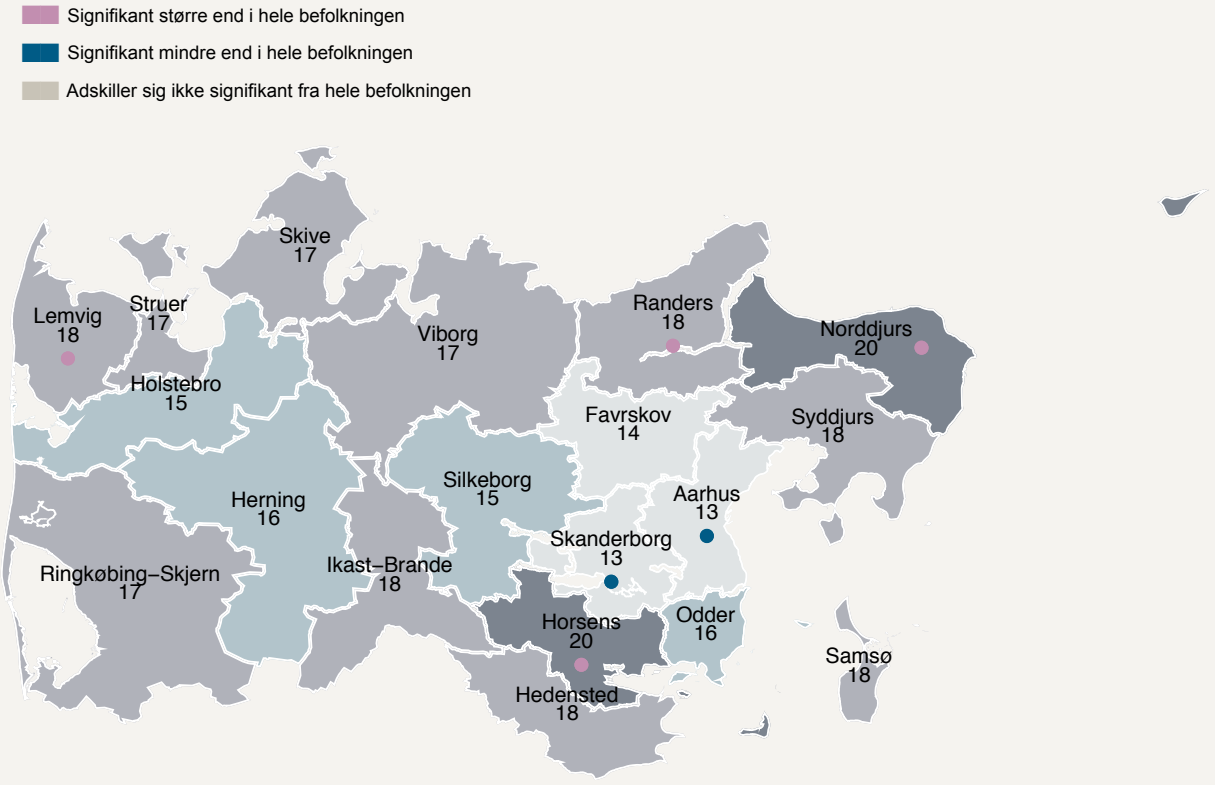
Børn i hjemmet. En større andel personer uden børn i hjemmet ryger dagligt, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 har der været et fald i andelen af dagligrygere både for mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper (undtagen de 25-34-årige) og på tværs af uddannelsesniveauer. Se figur 2.2.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været et lille fald i andelen af dagligrygere blandt mænd, mens andelen blandt kvinder er uændret. Desuden har der været et lille fald i andelen af dagligrygere blandt de 45-54-årige, personer på 65 år eller derover og blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau. Se figur 2.2.S i bind 2. ◄

Figur 2.3
Dagligrygere – kommuner

	Pct.	Antal personer i kommunerne
Horsens	20	14.000
Norddjurs	20	6.000
Samsø	18	500
Lemvig	18	2.900
Randers	18	14.000
Ikast-Brande	18	5.400
Syddjurs	18	5.800
Hedensted	18	6.100
Skive	17	6.300
Ringkøbing-Skjern	17	7.500
Viborg	17	12.000
Struer	17	2.800
Odder	16	2.800
Herning	16	11.000
Silkeborg	15	11.000
Holstebro	15	6.700
Favrskov	14	5.000
Skanderborg	13	5.900
Aarhus	13	34.000
Region Midtjylland	16	158.000



Dagligrygere – kommuner

Figur 2.3 viser, at andelen af dagligrygere varierer mellem kommunerne fra 13 % i Skanderborg og Aarhus til 20 % i Horsens og Norddjurs.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel af dagligrygere i følgende kommuner:

- Horsens
- Norddjurs
- Lemvig
- Randers

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel af dagligrygere i følgende kommuner:

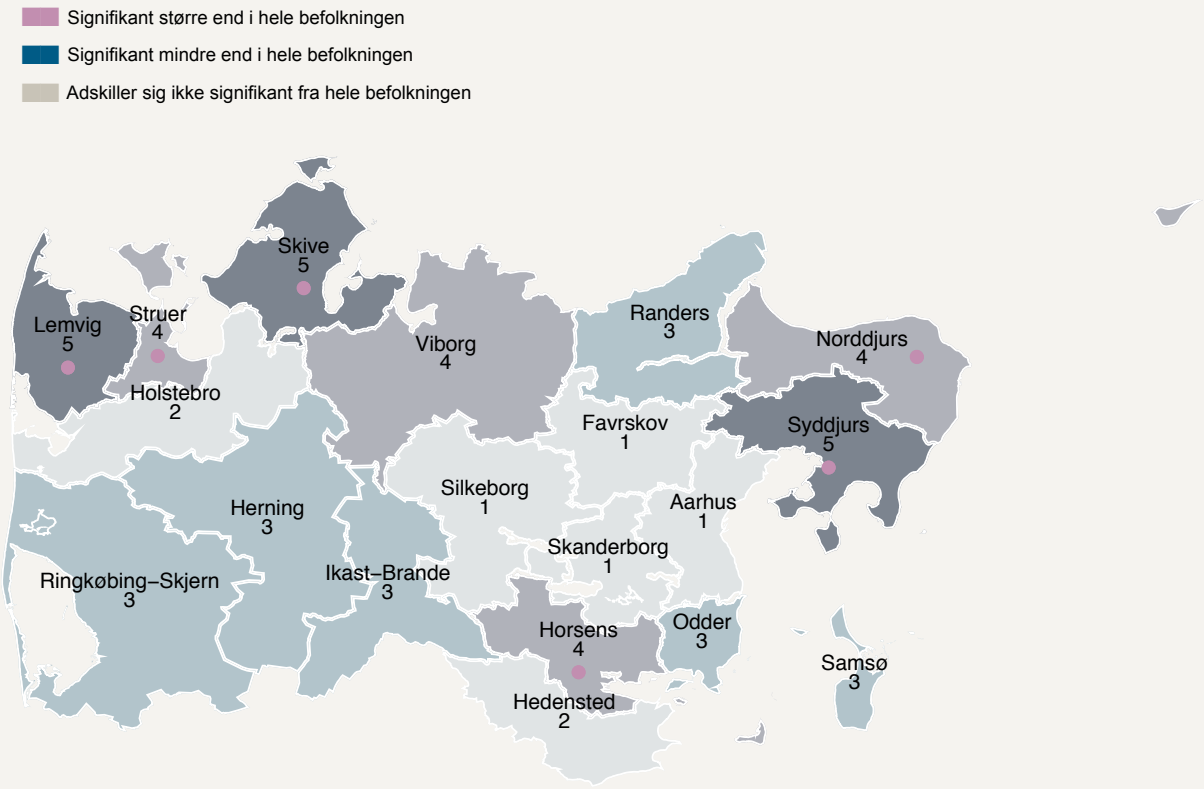
- Skanderborg
- Aarhus

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 har der været et fald i andelen af dagligrygere i alle kommuner, undtagen i Horsens og Ikast-Brande. Faldet varierer fra 3 procentpoint i Herning til 7 procentpoint i Odder og på Samsø. Se figur 2.3.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været et fald i andelen af dagligrygere i følgende kommuner: Aarhus, Skanderborg, Favrskov, Holstebro og Samsø. Faldet varierer fra 2 procentpoint i Aarhus til 5 procentpoint på Samsø. Se figur 2.3.S i bind 2. ◄

Figur 2.4
Daglig rygning i hjemmet blandt personer, som bor sammen med 0-15-årige børn – kommuner

	Pct.	Antal personer i kommunerne
Skive	5	400
Lemvig	5	200
Syddjurs	5	400
Norddjurs	4	300
Struer	4	200
Horsens	4	700
Viborg	4	700
Samsø	3	< 50
Randers	3	600
Odder	3	100
Herning	3	500
Ikast-Brande	3	200
Ringkøbing-Skjern	3	300
Hedensted	2	300
Holstebro	2	200
Aarhus	1	800
Skanderborg	1	200
Favrskov	1	100
Silkeborg	1	200
Region Midtjylland	3	6.500



Daglig rygning i hjem med børn – kommuner

Figur 2.4 viser andelen af hjem i kommunerne, hvor der dagligt ryges indendørs, mens der bor børn i alderen 0-15 år. Af figuren fremgår, at i hjem, hvor der bor børn, ryges der dagligt indendørs hos 3 % af befolkningen.

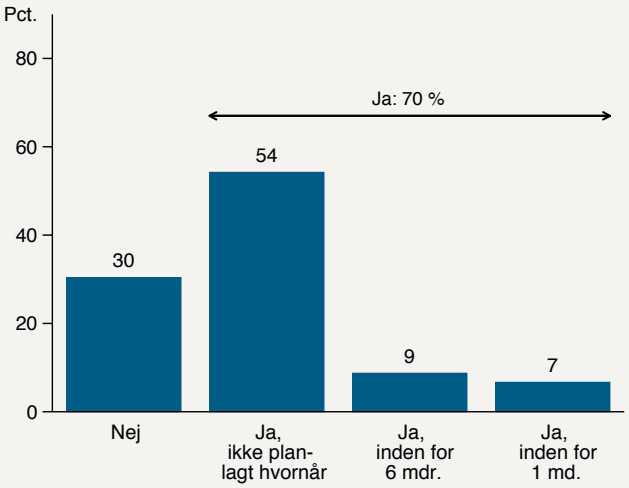
Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel af hjem med børn, hvor der dagligt ryges indendørs, i følgende kommuner:

- Skive
- Lemvig
- Syddjurs
- Norddjurs
- Struer
- Horsens

I disse kommuner varierer andelen fra 4 % til 5 %.

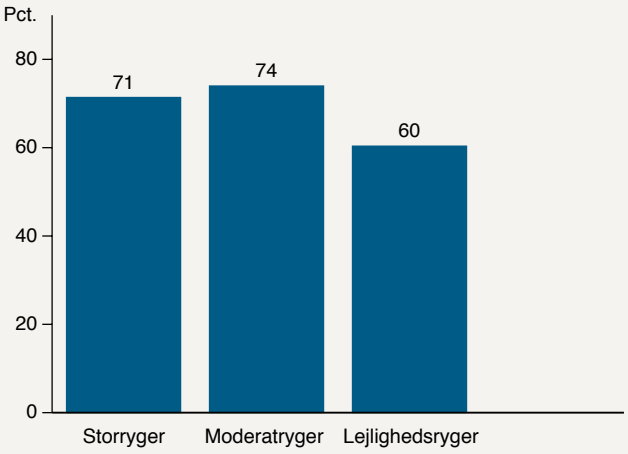
Figur 2.5, 2.6 og 2.7
Vil du gerne holde op med at ryge?

Figur 2.5
Vil du gerne holde op med at ryge?

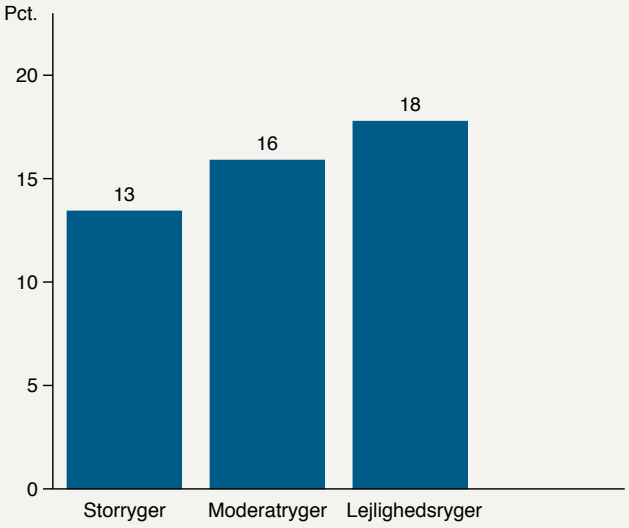


Note: Opgjort blandt daglig– og lejlighedsrygere

Figur 2.6
Andel, der gerne vil holde op med at ryge – i forhold til tobaksforbrug



Figur 2.7
Andel, der planlægger at holde op med at ryge inden for 6 måneder – i forhold til tobaksforbrug



Hvor mange vil gerne holde op med at ryge?

Figur 2.5 viser, at størstedelen af daglig- og lejlighedsrygerne gerne vil holde op med at ryge, svarende til 70 %. Der er 54 %, som ikke har planlagt hvornår, 9 % planlægger at holde op med at ryge inden for højst 6 måneder, og 7 % planlægger at holde op inden for den næste måned.

Figur 2.6 viser sammenhængen mellem ønsket om at holde op med at ryge og tobaksforbrug. Blandt storrygere og moderatrygere vil henholdsvis 71 % og 74 % gerne holde op med at ryge. Blandt lejlighedsrygere vil 60 % gerne holde op med at ryge.

Figur 2.7 viser, at 13 % af storrygerne, 16 % af moderatrygerne og 18 % af lejlighedsrygerne planlægger at holde op med at ryge inden for 6 måneder.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 har der ikke været nogen signifikant ændring i andelen af rygere, der gerne vil holde op med at ryge. Se figur 2.4.S-2.6.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der ikke været nogen signifikant ændring i andelen af rygere, der gerne vil holde op med at ryge. Se figur 2.4.S-2.6.S i bind 2. ◄

Figur 2.8
Dagligrygere, der planlægger at holde op med at ryge inden for 6 måneder – køn, alder og sociale forhold

	Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Alle	15	23.000
Køn		
Mand	15	12.000
Kvinde	15	11.000
Alder		
16-24 år	15	3.000
25-34 år	21	4.800
35-44 år	17	3.700
45-54 år	17	5.300
55-64 år	13	3.800
65-74 år	10	2.100
75+ år	2	200
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)		
Lavt (0-10 år)	9	2.700
Middel (11-14 år)	15	11.000
Højt (15+ år)	22	5.200
Erhvervstilknytning		
Studerende/skoleelever	20	3.000
Beskæftigede	17	12.000
Arbejdsløse	15	800
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	16	2.100
Førtidspensionister	12	1.600
Efterlønsmodtagere	16	500
Folkepensionister	7	2.000
Etnisk baggrund		
Dansk	14	20.000
Anden vestlig	24	1.800
Ikke-vestlig	14	1.300
Bolig		
Ejer	15	11.000
Lejer	15	11.000
Bor med ægtefælle/samlever		
Nej	14	9.100
Ja	15	13.000
Børn i hjemmet 0-15 år		
Nej	14	15.000
Ja	18	5.600

Signifikant større end blandt alle dagligrygere
Signifikant mindre end blandt alle dagligrygere
Adskiller sig ikke signifikant fra alle dagligrygere

Dagligrygere, der planlægger at holde op med at ryge inden for de næste 6 måneder – køn, alder og sociale forhold

Figur 2.8 viser, at 15 % af dagligrygerne planlægger at holde op med at ryge inden for højst 6 måneder, hvilket svarer til omtrent 23.000 personer i Region Midtjylland.

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel af dagligrygere, som planlægger at holde op med at ryge inden for højst 6 måneder, blandt følgende grupper:

- Personer i alderen 25-34 år og 45-54 år
- Personer med højt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever og beskæftigede
- Personer med anden vestlig baggrund end dansk
- Personer med børn i hjemmet

Køn. Der er ingen sammenhæng mellem køn og andel dagligrygere, der planlægger at holde op med at ryge inden for højst 6 måneder.

Alder. Der er 21 % af dagligrygerne i alderen 25-34 år, som planlægger at holde op med at ryge inden for højst 6 måneder, mens dette kun er tilfældet for 2 % blandt personer på 75 år eller derover.

Uddannelsesniveau. Andelen af dagligrygere, som planlægger at holde op med at ryge inden for højst 6 måneder, er størst blandt personer med højt uddannelsesniveau og mindst blandt personer med lavt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. De største andele af dagligrygere, som planlægger at holde op med at ryge inden for højst 6 måneder, er blandt studerende/skoleelever og beskæftigede, mens den mindste andel er blandt folkepensionister.

Etnisk baggrund. Andelen af dagligrygere, som planlægger at holde op med at ryge inden for højst 6 måneder, er størst blandt personer med anden vestlig baggrund end dansk.

Bolig. Der er ingen sammenhæng mellem boligtype og andel dagligrygere, der planlægger at holde op med at ryge inden for højst 6 måneder.

Bor med ægtefælle/samlever. Der er ingen sammenhæng mellem samlivssituation og andel dagligrygere, der planlægger at holde op med at ryge inden for højst 6 måneder.

Børn i hjemmet. Der er en større andel dagligrygere med børn i hjemmet, der planlægger at holde op med at ryge inden for 6 måneder, end det er tilfældet for dagligrygere uden børn i hjemmet.

Dagligrygere, der planlægger at holde op med at ryge inden for højst 6 måneder – kommuner

Figur 2.9 viser andelen af dagligrygere i kommunerne, som planlægger at holde op med at ryge inden for højst 6 måneder.

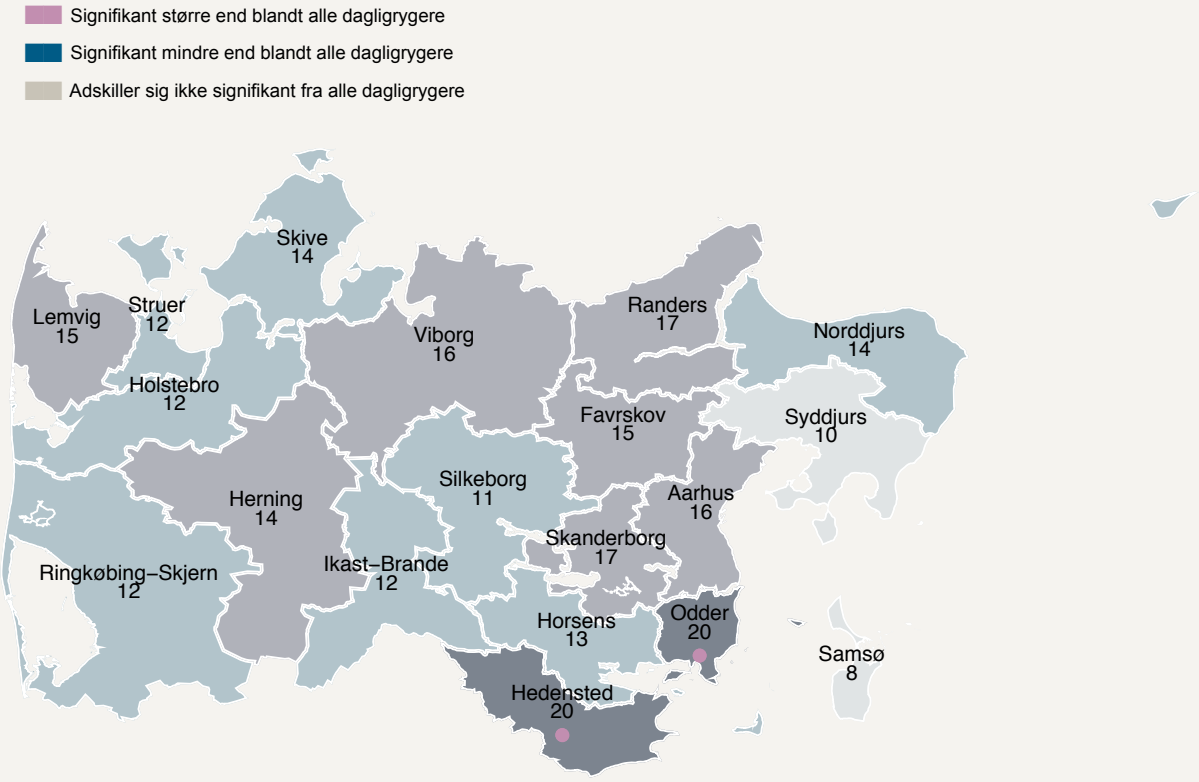
Sammenlignet med alle dagligrygere i Region Midtjylland er der en signifikant større andel af dagligrygere, der planlægger at holde op med at ryge inden for højst 6 måneder, i følgende kommuner:

- Odder
- Hedensted

I disse kommuner udgør andelen 20 %.

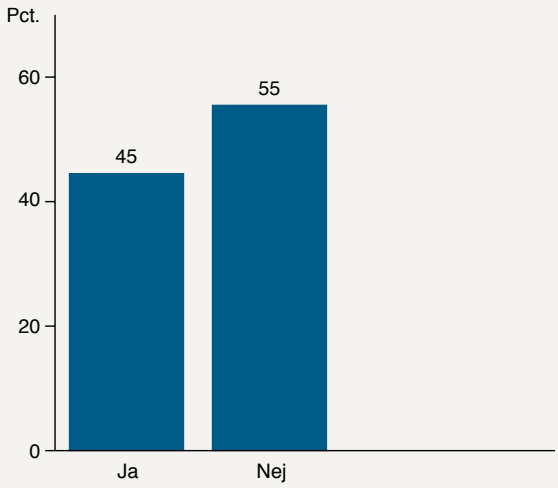
Figur 2.9
Dagligrygere, der planlægger at holde op med at ryge inden for 6 måneder – kommuner

	Pct.	Antal personer i kommunerne
Odder	20	600
Hedensted	20	1.200
Randers	17	2.400
Skanderborg	17	1.000
Viborg	16	2.000
Aarhus	16	5.200
Lemvig	15	400
Favrskov	15	700
Herning	14	1.500
Norddjurs	14	800
Skive	14	900
Horsens	13	1.800
Ikast-Brande	12	700
Ringkøbing-Skjern	12	900
Holstebro	12	800
Struer	12	300
Silkeborg	11	1.100
Syddjurs	10	600
Samsø	8	< 50
Region Midtjylland	15	23.000



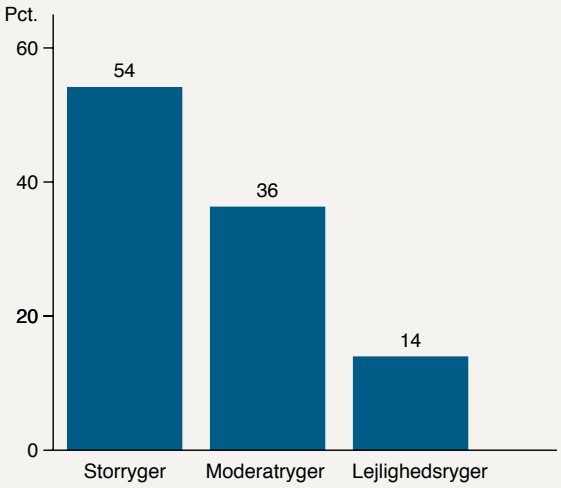
Figur 2.10 og 2.11
Vil du gerne have støtte og hjælp til rygestop?

Figur 2.10
Vil du gerne have støtte og hjælp til rygestop?



Note: Opgjort blandt dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge

Figur 2.11
Andel, der gerne vil have støtte og hjælp til rygestop – i forhold til tobaksforbrug



Note: Opgjort blandt rygere, der gerne vil holde op med at ryge

Hvor mange vil gerne have støtte og hjælp til rygestop?

Af figur 2.10 fremgår det, at 45 % af dagligrygerne, der gerne vil holde op med at ryge, ønsker støtte og hjælp til rygestop, og 55 % ønsker ikke støtte og hjælp.

Figur 2.11 viser en klar sammenhæng mellem ønsket om støtte og hjælp til rygestop og tobaksforbrug. Blandt storrygere ønsker 54 % at få støtte og hjælp til at holde op med at ryge. Det samme gælder for 36 % blandt moderatrygere og 14 % blandt lejligheds-rygere.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 har der været et fald i andelen af dagligrygere, der ønsker støtte og hjælp til rygestop, fra 48 % til 45 %. Se figur 2.7.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen af dagligry-gere, der ønsker støtte og hjælp til rygestop, fra 39 % til 45 %. Se figur 2.7.S i bind 2. ◄

Figur 2.12
Dagligrygere, der gerne vil have støtte og hjælp til rygestop – køn, alder og sociale forhold

	Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Alle	45	51.000
Køn		
Mand	45	27.000
Kvinde	44	23.000
Alder		
16-24 år	28	4.500
25-34 år	43	7.900
35-44 år	47	8.400
45-54 år	52	13.000
55-64 år	51	11.000
65-74 år	43	5.400
75+ år	31	1.100
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)		
Lavt (0-10 år)	45	8.800
Middel (11-14 år)	49	27.000
Højt (15+ år)	43	8.200
Erhvervstilknytning		
Studerende/skoleelever	34	4.000
Beskæftigede	45	26.000
Arbejdsløse	45	1.800
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	48	5.000
Førtidspensionister	60	5.200
Efterlønsmodtagere	37	800
Folkepensionister	40	5.900
Etnisk baggrund		
Dansk	43	43.000
Anden vestlig	57	3.700
Ikke-vestlig	48	3.800
Bolig		
Ejer	42	23.000
Lejer	46	24.000
Bor med ægtefælle/samlever		
Nej	44	21.000
Ja	44	28.000
Børn i hjemmet 0-15 år		
Nej	44	33.000
Ja	44	11.000

Signifikant større end blandt alle dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge
Signifikant mindre end blandt alle dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge
Adskiller sig ikke signifikant fra alle dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge

Dagligrygere, der ønsker støtte og hjælp til rygestop – køn, alder og sociale forhold

Figur 2.12 viser, at 45 % af dagligrygerne, der ønsker at holde op med at ryge, gerne vil have støtte og hjælp til dette. Det svarer til omtrent 51.000 personer i Region Midtjylland.

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

- Personer i alderen 45-64 år
- Personer med middelhøjt uddannelsesniveau
- Førtidspensionister
- Personer med anden vestlig baggrund end dansk

Køn. Der er ingen sammenhæng mellem køn og ønsket om støtte og hjælp til rygestop.

Alder. De største andele af dagligrygere, der ønsker støtte og hjælp til rygestop, er blandt de 45-64-årige, og de mindste andele er blandt de 16-24-årige og personer på 75 år eller derover.

Uddannelsesniveau. Der er en større andel blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau, der ønsker støtte og hjælp til rygestop, end det er tilfældet blandt alle dagligrygere.

Erhvervstilknytning. Andelen, der ønsker støtte og hjælp til rygestop, er størst blandt førtidspensionister og mindst blandt studerende/skoleelever.

Etnisk baggrund. Andelen, der ønsker støtte og hjælp til rygestop, er størst blandt personer med anden vestlig baggrund end dansk og mindst blandt personer med dansk baggrund.

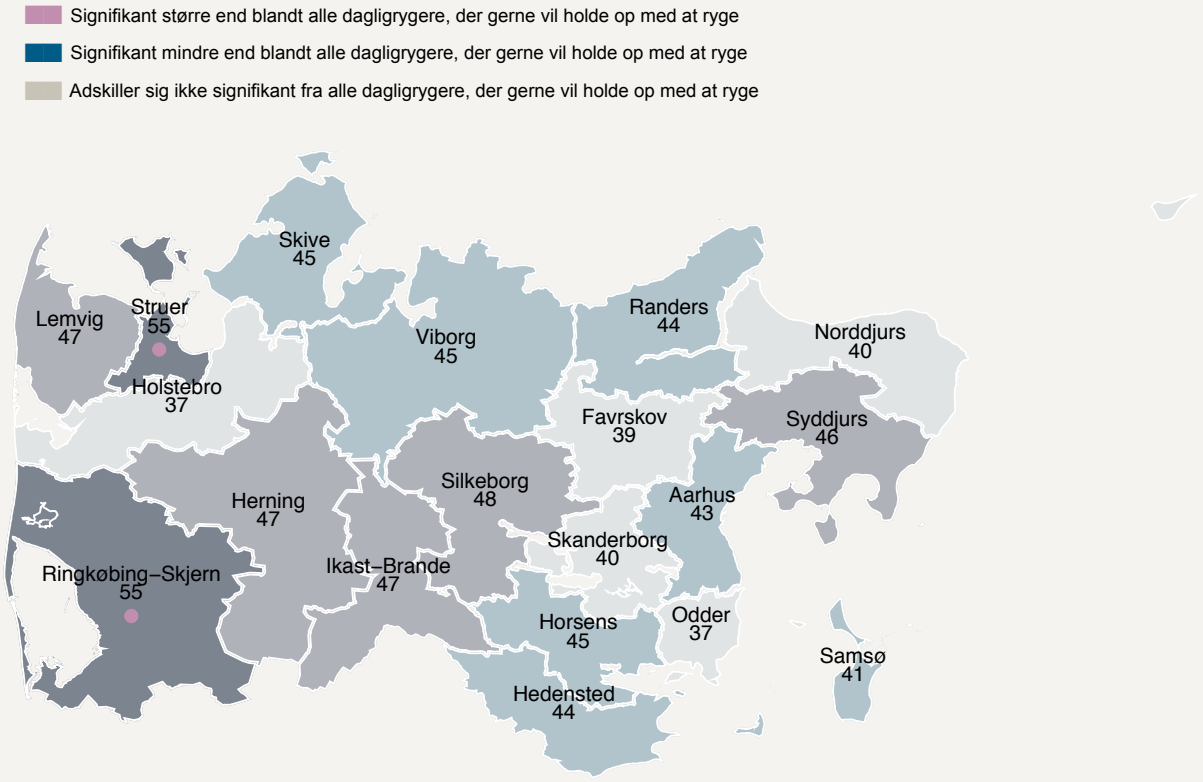
Bolig. Der er ingen sammenhæng mellem boligtype og ønsket om støtte og hjælp til rygestop blandt dagligrygere.

Bor med ægtefælle/samlever. Der er ingen sammenhæng mellem samlivssituation og ønsket om støtte og hjælp til rygestop.

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

Figur 2.13
Dagligrygere, der gerne vil have støtte og hjælp til rygestop – kommuner

	Pct.	Antal personer i kommunerne
Struer	55	1.000
Ringkøbing-Skjern	55	2.700
Silkeborg	48	3.700
Lemvig	47	1.000
Herning	47	3.700
Ikast-Brande	47	1.800
Syddjurs	46	1.900
Horsens	45	4.800
Viborg	45	4.000
Skive	45	1.900
Hedensted	44	1.900
Randers	44	4.200
Aarhus	43	11.000
Samsø	41	200
Skanderborg	40	1.700
Norddjurs	40	1.600
Favrskov	39	1.400
Odder	37	800
Holstebro	37	1.700
Region Midtjylland	45	51.000



Ønsker støtte og hjælp til rygestop – kommuner

Af figur 2.13 fremgår andelen af dagligrygere i kommunerne, som ønsker støtte og hjælp til at holde op med at ryge.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel, der ønsker støtte og hjælp til rygestop, i følgende kommuner:

- Struer
- Ringkøbing-Skjern

I disse kommuner udgør andelen, der ønsker støtte og hjælp til rygestop, 55 %.

Figur 2.14
Rygestart og rygestop – køn og alder

Andelen af befolkningen (20+ år), der er startet med at ryge, før de blev 20 år

	Alle	Mænd	Kvinder
	Pct.	Pct.	Pct.
	42	46	38
Alder			
20-29 år	35	38	31
30-39 år	36	37	35
40-49 år	38	40	37
50-59 år	47	46	47
60-69 år	52	56	47
70-79 år	45	56	34
80+ år	40	58	28

Andelen, der er holdt op med at ryge, før de blev 30 år, blandt tidligere og nuværende rygere (30+ år)

	Alle	Mænd	Kvinder
	Pct.	Pct.	Pct.
	22	19	25
Alder			
30-39 år	60	52	67
40-49 år	31	23	38
50-59 år	20	17	22
60-69 år	17	18	16
70-79 år	13	12	13
80+ år	12	13	12

Signifikant større end i hele befolkningen (eller blandt alle mænd/kvinder)
Signifikant mindre end i hele befolkningen (eller blandt alle mænd/kvinder)
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen (eller blandt alle mænd/kvinder)

Rygestart og rygestop

Figur 2.14 viser andelen af befolkningen, der er startet med at ryge, før de blev 20 år (rygestart sker overvejende i teenageårene), og andelen, der er stoppet med at ryge, før de blev 30 år (tidligt rygestop mindsker skadevirkningerne af rygning). Det sidste er opgjort blandt tidligere og nuværende rygere.

Figuren viser, at sammenlignet med hele befolkningen er der en større andel, der er begyndt at ryge, før de blev 20 år, blandt de 50-79-årige, hvorimod der er en mindre andel blandt de 20-49-årige.

Blandt mænd på 60 år eller derover er det mere end halvdelen, der er startet med at ryge, før de blev 20 år, hvorimod andelen er en del lavere blandt de ældre kvinder. Blandt de yngre årgange er kønsforskellen til gengæld ikke stor.

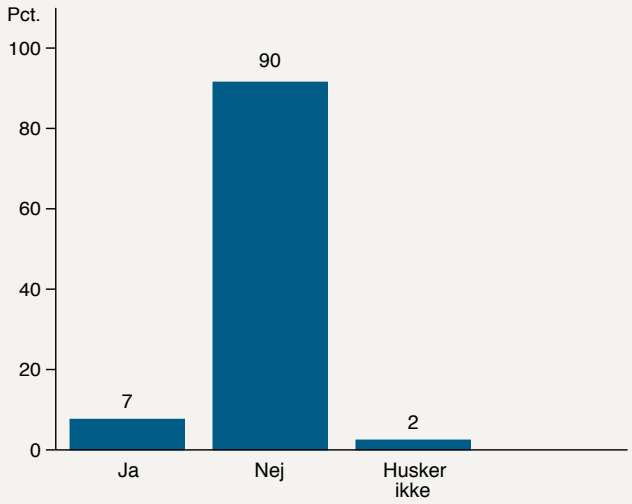
Figuren viser også, at andelen, der er stoppet med at ryge, før de blev 30 år, er markant større blandt de yngre årgange, end det er tilfældet blandt de ældre årgange. Hele 60 % af de 30-39-årige er stoppet med at ryge, før de blev 30 år. Især er der en stor andel af de yngre kvinder, der er stoppet med at ryge, før de blev 30, hvilket kan hænge sammen med, at mange stopper med at ryge før eller under graviditet.

Tallene er et udtryk for, at andelen af en ungdomsårgang, der starter med at ryge, har været faldende over en årrække, samt at der er en tendens til, at flere unge, der starter med at ryge, hurtigere holder op igen, end det var tilfældet tidligere.

Desuden kan det nævnes, at alderen ved rygestart for nuværende og tidligere rygere er stort set uændret for de forskellige årgange. Den gennemsnitlige debutalder ved rygestart har for de forskellige årgange ligget på mellem 16 og 18 år.

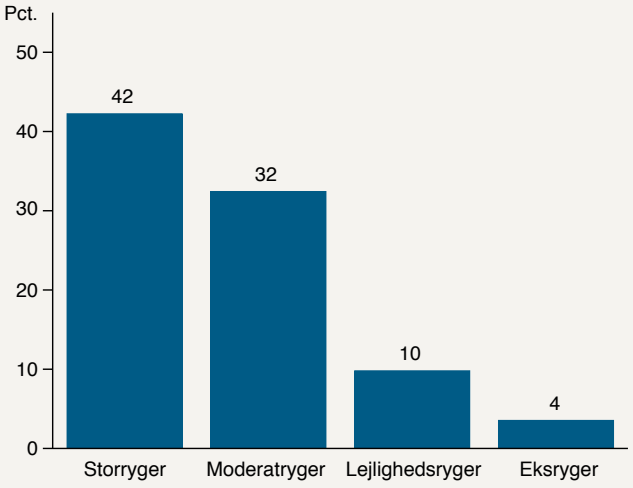
Figur 2.15 og 2.16
Har du fået råd om rygestop fra egen læge?

Figur 2.15
Har du fået råd om rygestop fra egen læge?



Note: Opgjort blandt alle, der har været ved læge i løbet af de seneste 12 måneder

Figur 2.16
Har fået råd om rygestop fra egen læge – i forhold til tobaksforbrug



Note: Opgjort blandt alle, der har været ved læge i løbet af de seneste 12 måneder

Råd fra egen læge om rygestop

Figur 2.15 viser, at 7 % af befolkningen, der har været ved lægen inden for de seneste 12 måneder, er blevet rådet til at holde op med at ryge.

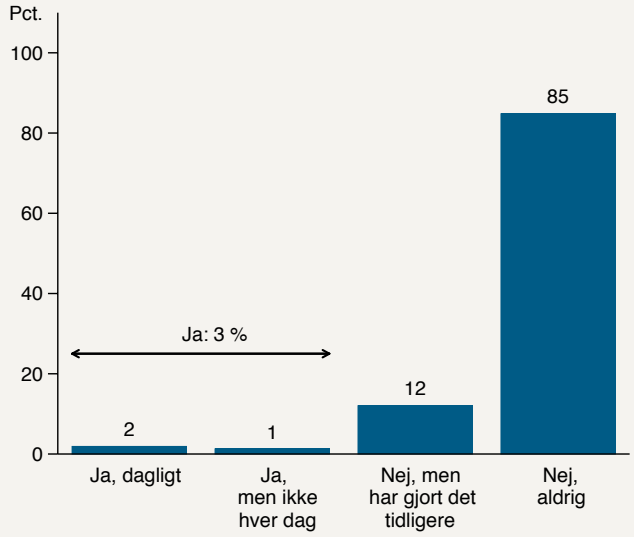
Af figur 2.16 fremgår det, at der er en stærk sammenhæng mellem råd fra egen læge om rygestop og tobaksforbrug. Således er 42 % af storrygerne og 32 % af moderatrygerne blevet rådet til at holde op med at ryge. Det samme gælder for 10 % blandt lejlighedsrygerne og 4 % blandt eksrygerne.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 har der været et lille fald i andelen, der i løbet af de seneste 12 måneder er blevet rådet til at holde op med at ryge af deres egen læge. Se figur 2.9.S i bind 2. ◄

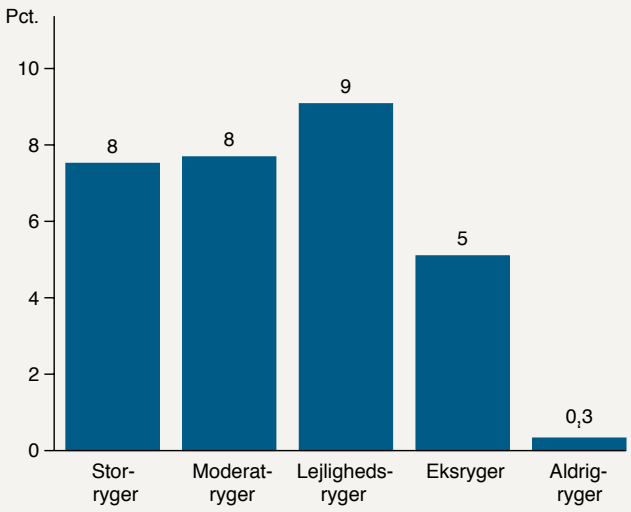
► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der ikke været nogen ændring i andelen, der i løbet af de seneste 12 måneder er blevet rådet til at holde op med at ryge af deres egen læge. Se figur 2.9.S i bind 2. ◄

Figur 2.17 og 2.18
Bruger du e-cigaretter?

Figur 2.17
Bruger du e-cigaretter?



Figur 2.18
Andel, der bruger e-cigaretter – i forhold til tobaksforbrug



E-cigaretter

Figur 2.17 viser, at 3 % af befolkningen bruger e-cigaretter dagligt eller engang imellem, 12 % har brugt e-cigaretter tidligere, og 85 % har aldrig brugt e-cigaretter.

Det fremgår af figur 2.18, at der er stor sammenhæng mellem brug af e-cigaretter og tobaksforbrug. Der er 8 % af storrygerne og 8 % af moderatrygerne, som bruger e-cigaretter. Det samme gælder for 9 % af lejlighedsrygerne og 5 % af eksrygerne. Kun ganske få, der aldrig har røget tobak dagligt, bruger e-cigaretter.

Sammenfatning

Andelen af dagligrygere i Region Midtjylland er 16 %. Over tid har der været et fald i andelen af dagligrygere. I 2010 var andelen af dagligrygere 20 %, og i 2013 var andelen 17 %. Halvdelen af dagligrygerne i 2017 kan betegnes som storrygere, der har et dagligt forbrug på mindst 15 cigaretter om dagen. Andelen af storrygere er fra 2010 til 2017 faldet fra 12 % til 8 %.

Der er en stærk sammenhæng mellem rygning og sociale forhold. Eksempelvis varierer rygerandelen markant efter uddannelsesniveau og tilknytning til arbejdsmarkedet. Lidt under hver fjerde person med et lavt uddannelsesniveau ryger dagligt, hvilket kun gælder for hver tiende med et højt uddannelsesniveau.

I hjem, hvor der bor børn, ryges der dagligt indendørs hos 3 % af befolkningen.

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 15 %, som ønsker at holde op med at ryge inden for de næste 6 måneder. Af de storrygere, som inden for det seneste år har været ved lægen, er 42 % blevet rådet til at holde op med at ryge.

Andelen af en ungdomsårgang, der starter med at ryge, har været faldende over en årrække, og der er også en tendens til, at flere unge, der starter med at ryge, hurtigere holder op igen, end det var tilfældet tidligere.

Det er kun en lille andel på 3 % af befolkningen, som bruger e-cigaretter dagligt eller engang imellem. Stort set alle, der bruger e-cigaretter, ryger også tobak.

Referencer

1. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun M, Anderson RN, et al. 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. N Engl J Med. 2013 Jan 24;368(4):341-350.

2. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2016.

3. Sundhedsstyrelsen. Guide til sygdomsforebyggelse på sygehus og i almen praksis. Fakta om rygning. København: Sundhedsstyrelsen; 2015.

4. Jakobsen M, Kolodziejczyk C, Rasmussen SR. Offentlige merudgifter ved rygning. En registeranalyse af offentlige merudgifter til rygere sammenlignet med aldrig-rygere og tidligere rygere. København: KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners analyse og Forskning; 2017.

5. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014.

6. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes Sundhed. Den Nationale Sundhedsprofil 2013. København: Sundhedsstyrelsen; 2014.

7. Falk J, Asserhøj MSL, Pedersen AD. Forebyggelsespakke tobak. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.

8. 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.

9. Pirie K, Peto R, Reeves GK, et al. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. Lancet; 2013.

10. Dansk Selskab for Folkesundhed. Udfas tobak. Dansk Selskab for Folkesundhed: Folkesundhedsbarometer 1; marts 2017.

11. Pisinger C, Dossing M. A systematic review of health effects of electronic cigarettes. Prev Med. 2014; 69:248-260.

12. Pisinger C. A systematic review of health effects of electronic cigarettes. WHO, Document prepared for the World Health Organization; December 2015.

13. Shahab L, Goniewicz ML, Blount BC, Brown J, McNeill A, Alwis KU, et al. Nicotine, Carcinogen, and Toxin Exposure in Long-Term E-Cigarette and Nicotine Replacement Therapy Users: A Cross-sectional Study. Ann Intern Med. 2017;166:390-400.

3. ALKOHOL

Mange forbinder indtag af alkohol med hyggeligt samvær, fritid og fest, men alkohol har også en række negative konsekvenser for befolkningens fysiske og mentale sundhed. Personer med et stort forbrug af alkohol og personer, der ofte rusdrikker, har forøget risiko for at dø tidligt (1), og 6 % af alle dødsfald i Danmark er relateret til alkohol (2). Derudover har personer, der drikker meget alkohol, ofte færre gode leveår (1, 3). Dette skyldes, at et stort forbrug af alkohol øger risikoen for alvorlige sygdomme, herunder kræft og hjerte-kar-sygdomme samt psykiske lidelser (3, 4, 5).

Et stort alkoholforbrug kan endvidere have en række sociale og økonomiske konsekvenser som for eksempel øget kriminalitet, arbejdsskader, trafikuheld, sygefravær, tab af tilknytning til arbejdsmarkedet, skilsmisse og omsorgssvigt af børn (6, 7, 8). Således er et stort alkoholforbrug forbundet med store omkostninger både for den enkelte og for samfundet – sidstnævnte særligt i form af store udgifter til sundhedsvæsenet og socialsektoren.

Ifølge Sundhedsstyrelsen er der en lav risiko for at blive syg på grund af alkohol ved et forbrug på højst 7 genstande om ugen for kvinder og 14 for mænd (9). Hvis kvinder over en længere periode drikker mere end 14 genstande om ugen og mænd mere end 21 genstande, vurderes det, at der er stor risiko for at blive syg på grund af alkohol. Desuden anbefaler Sundhedsstyrelsen, at hverken kvinder eller mænd drikker 5 eller flere genstande ved samme lejlighed (9).

Undersøgelser vedrørende iskæmisk hjertesygdom viser, at der for kvinder over 45 år og mænd over 35 år kan være en beskyttende effekt af et meget lille alkoholforbrug (en genstand hver anden dag) (1, 9). 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 (9).

Kvinder er mere følsomme over for alkohol end mænd og har større risiko for at blive afhængige af alkohol og få en alkoholrelateret sygdom (9, 10). Ved et typisk forbrug på 3-4 genstande om dagen ligger kvinders risiko for alkoholrelateret død således 20-30 % over mænds (9). Samtidig er alkohol en væsentlig risikofaktor for at udvikle brystkræft (11).

Ældre oplever ofte at have negative helbredseffekter af alkohol (9). 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, 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). Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor, at ældre er særlig forsigtige med alkohol.

Unge i Danmark har et højt indtag af alkohol sammenlignet med unge i andre europæiske lande, og særligt er der mange danske unge, der drikker sig fulde (12). Dette er til trods for, at alkoholindtaget blandt danske unge har været svagt faldende siden 1999 (13). Udover helbredsmæssige konsekvenser kan alkohol have en række andre negative konsekvenser for de unge. I forbindelse med alkoholindtag har mange unge blandt andet været involveret i ulykker og slagsmål, haft sex, som de fortrød bagefter, og taget stoffer (13). Alkohol kan ligeledes påvirke hjernens udvikling og medføre koncentrationsbesvær og indlæringsvanskeligheder (9, 14). Undersøgelser har vist, at der er negative forandringer i hjernen hos unge ved et alkoholforbrug på 20 genstande om måneden i 1-2 år (9, 14). Endvidere kan et højt alkoholforbrug i ungdommen øge risikoen for et problematisk forbrug af alkohol senere i livet (14). Sundhedsstyrelsen anbefaler, at børn og unge under 16 år ikke drikker alkohol, og unge mellem 16 og 18 år anbefales at drikke mindst muligt og stoppe før fem genstande ved samme lejlighed (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 kunne belyse, hvor mange genstande de 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 underrapportering mindskes, jo mere detaljeret der spørges, og derfor er denne spørgeteknik valgt (15).

På baggrund af ovenstående spørgsmål inddeles forbruget i tre grupper:

- *Lavrisikoforbrug*. Et forbrug på højst 7 genstande om ugen for kvinder og 14 genstande om ugen for mænd.

- *Moderat forbrug*. Et forbrug på mellem 8 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 svarpersonerne 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.

Ugentligt 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, alkohol kan medføre (9).

I kapitlet om alkohol vil højrisikoforbrug og ugentligt rusdrikkeri blive belyst i forhold til køn, alder, sociale forhold samt geografi.

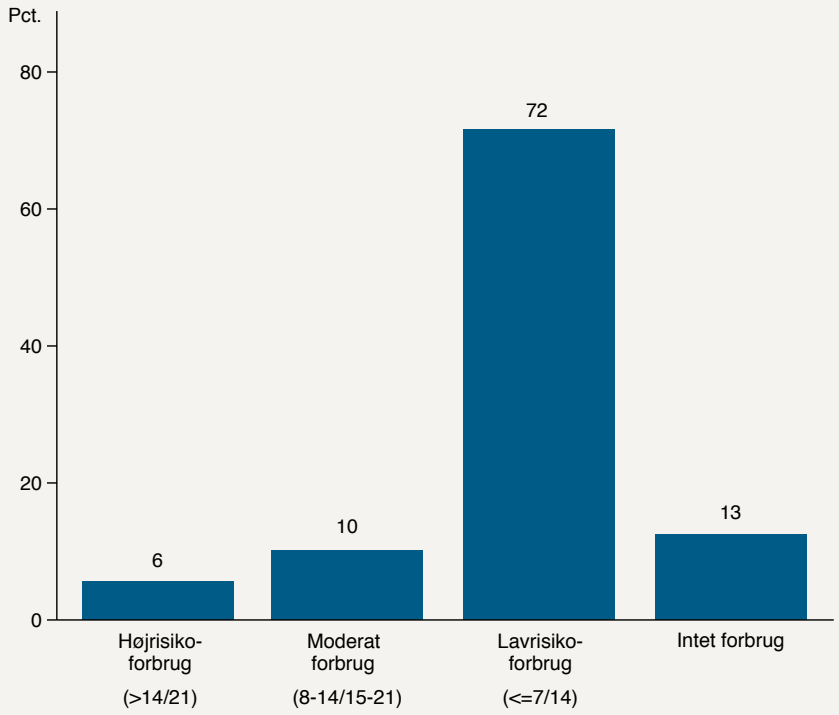
I et forebyggelsesperspektiv er det desuden vigtigt at vide, hvor mange med et stort alkoholforbrug der er motiveret for at nedsætte deres alkoholforbrug. Disse personer er oplagte målgrupper for tiltag på alkoholområdet, f.eks. kommunale indsatser. Modsat er personer, der har et stort alkoholforbrug, men som ikke er motiveret for at nedsætte deres alkoholforbrug, oplagte som målgrupper for oplysningskampagner og rådgivende samtaler med egen læge med henblik på at motivere til adfærdsændring. Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 2012 en forebyggelsespakke for alkohol, der har til formål at understøtte kommunernes arbejde med at reducere borgernes alkoholforbrug og derved forebygge sygdom og fremme trivsel (16). Derudover er det et specifikt formål at udskyde unges alkoholdebut og reducere unges alkoholforbrug.

For at belyse motivation for at mindske alkoholforbrug og råd fra egen læge anvendes følgende spørgsmål:

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

Afslutningsvis belyses unges alkoholforbrug og deres negative oplevelser og risikoadfærd i trafikken i forbindelse med alkoholindtag. De unge har svaret på, om de inden for de seneste 12 måneder har oplevet følgende i forbindelse med alkoholindtag: 1) været i slagsmål, 2) været involveret i en ulykke, 3) haft et blackout, 4) haft sex, som de fortrød bagefter, 5) kørt på cykel, selv om de havde drukket flere genstande, 6) kørt knallert eller bil, selv om de havde drukket flere genstande og 7) taget stoffer, som de fortrød bagefter.

Figur 3.1
Fire former for alkoholforbrug: højrisikoforbrug, moderat forbrug, lavrisikoforbrug og intet forbrug



Hvor mange har et stort alkoholforbrug?

Figur 3.1 viser, at 6 % har et højrisikoforbrug 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. Dette svarer til omtrent 55.000 personer i Region Midtjylland. Personer, der har et højrisikoforbrug af alkohol, har stor risiko for at blive syge af deres forbrug.

10 % har et moderat alkoholforbrug, hvilket vil sige et forbrug på mellem 8 og 14 genstande om ugen for kvinder og mellem 15 og 21 genstande om ugen for mænd.

72 % har et lavrisikoforbrug af alkohol, hvilket vil sige et forbrug på højst 7 genstande om ugen for kvinder og 14 genstande om ugen for mænd.

13 % af befolkningen har ikke drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 har der næsten været en halvering i andelen, der har et højrisikoforbrug af alkohol. I 2010 havde 11 % et højrisikoforbrug af alkohol, og i 2017 er andelen nede på 6 %. Der har ligeledes været et fald i andelen med et moderat forbrug af alkohol. Modsat har der været en stigning i andelen, der har et lavrisikoforbrug af alkohol, samt i andelen, der slet ikke drikker alkohol. Se figur 3.1.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været et fald i andelen, der har et højrisikoforbrug og moderat forbrug af alkohol, og tilsvarende har der i samme periode været en stigning i andelen, der har et lavrisikoforbrug af alkohol. Se figur 3.1.S i bind 2. ◄

Figur 3.2
Højrisikoforbrug af alkohol (flere end 14/21 genstande pr. uge) – køn, alder og sociale forhold

	Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Alle	6	55.000
Køn		
Mand	7	35.000
Kvinde	4	20.000
Alder		
16-24 år	9	13.000
25-34 år	3	4.600
35-44 år	3	4.300
45-54 år	5	8.000
55-64 år	8	11.000
65-74 år	7	10.000
75+ år	5	4.100
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)		
Lavt (0-10 år)	6	7.100
Middel (11-14 år)	5	23.000
Højt (15+ år)	4	11.000
Erhvervstilknytning		
Studerende/skoleelever	8	9.000
Beskæftigede	4	22.000
Arbejdsløse	10	1.900
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	6	3.500
Førtidspensionister	7	2.900
Efterlønsmodtagere	10	2.000
Folkepensionister	6	13.000
Etnisk baggrund		
Dansk	6	53.000
Anden vestlig	4	1.600
Ikke-vestlig	1	700
Bolig		
Ejer	5	33.000
Lejer	6	20.000
Bor med ægtefælle/samlever		
Nej	8	25.000
Ja	5	28.000
Børn i hjemmet 0-15 år		
Nej	7	42.000
Ja	3	6.900

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

Højrisikoforbrug af alkohol – køn, alder og sociale forhold

Af figur 3.2 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel af personer med et højrisikoforbrug af alkohol blandt følgende grupper:

- Mænd
- Personer i alderen 16-24 år og 55-74 år
- Studerende/skoleelever, arbejdsløse, førtidspensionister, efterlønsmodtagere og folkepensionister
- Personer med dansk baggrund
- Personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. Der er en større andel mænd end kvinder, der har et højrisikoforbrug af alkohol.

Alder. De største andele af personer med et højrisikoforbrug af alkohol er blandt de 16-24-årige og 55-74-årige, og den mindste andel er blandt de 25-44-årige.

Uddannelsesniveau. Der er ikke en stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og højrisikoforbrug af alkohol, men der er en lidt mindre andel med et højrisikoforbrug af alkohol blandt personer, der har et højt uddannelsesniveau end i befolkningen som helhed.

Erhvervstilknytning. De største andele af personer med et højrisikoforbrug af alkohol er blandt studerende/skoleelever, arbejdsløse, førtidspensionister, efterlønsmodtagere og folkepensionister. Den mindste andel af personer, der har et højrisikoforbrug af alkohol, er blandt beskæftigede.

Etnisk baggrund. Der er en markant mindre andel blandt personer med en ikke-vestlig baggrund, der har et højrisikoforbrug af alkohol, end det er tilfældet blandt hele befolkningen.

Bolig. Der er ingen sammenhæng mellem boligtype og højrisikoforbrug af alkohol.

Bor med ægtefælle/samlever. Der er en større andel blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, som har et højrisikoforbrug af alkohol, end blandt personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. En større andel blandt personer uden børn i hjemmet har et højrisikoforbrug af alkohol, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

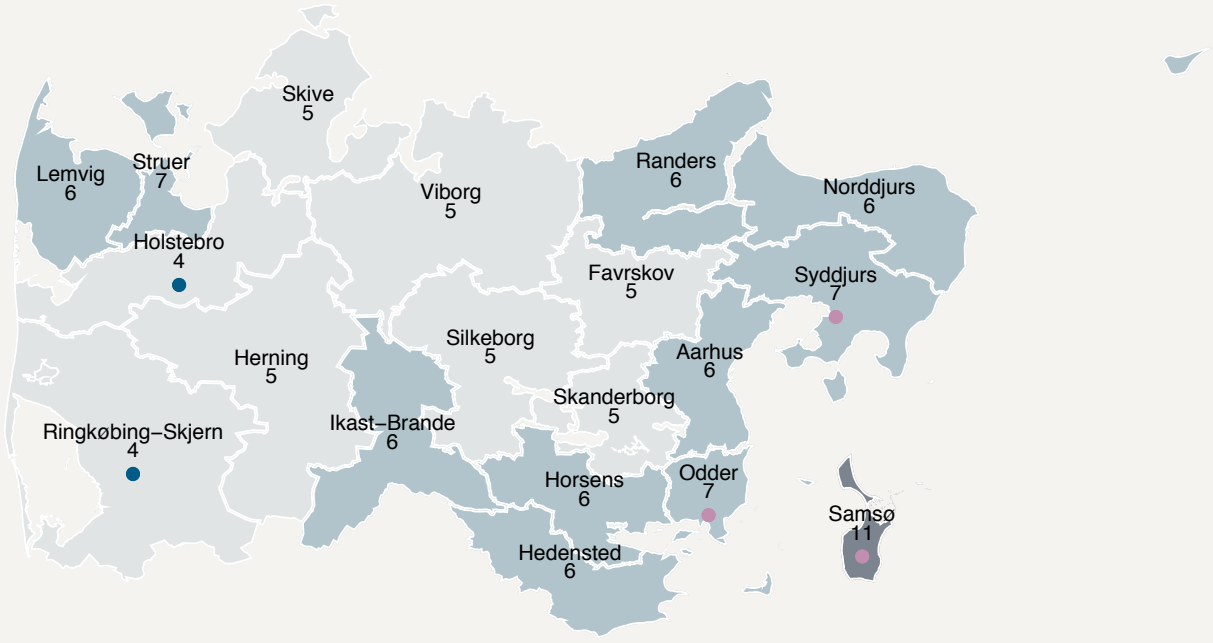
► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 har der været et fald i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol for både mænd og kvinder, i alle aldersgrupper (undtagen blandt personer på 75 år eller derover) og på tværs af uddannelsesniveau. Faldet er størst blandt de 16-24-årige. Se figur 3.2.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været et fald i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol blandt mænd og kvinder og i alle aldersgrupper, undtagen de 35-44-årige og personer på 75 år eller derover. I forhold til uddannelsesniveau ses der et fald blandt personer med højt eller middelhøjt uddannelsesniveau, men ikke blandt personer med lavt uddannelsesniveau. Det største fald ses blandt de 16-24-årige. Se figur 3.2.S i bind 2. ◄

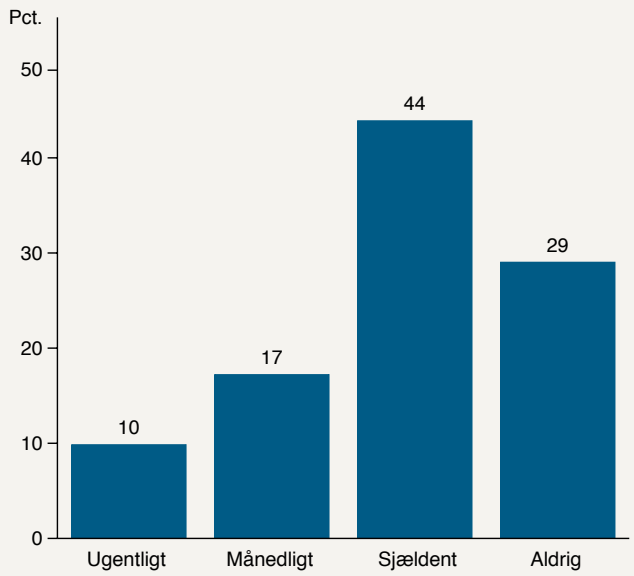
Figur 3.3
Højrisikoforbrug af alkohol (mere end 14/21 genstande pr. uge) – kommuner

	Pct.	Antal personer i kommunerne
Samsø	11	300
Syddjurs	7	2.300
Odder	7	1.200
Struer	7	1.100
Horsens	6	4.200
Norddjurs	6	1.800
Randers	6	4.600
Aarhus	6	16.000
Ikast-Brande	6	1.700
Lemvig	6	900
Hedensted	6	1.900
Skive	5	1.900
Favrskov	5	1.800
Viborg	5	3.700
Herning	5	3.300
Skanderborg	5	2.100
Silkeborg	5	3.300
Ringkøbing-Skjern	4	1.900
Holstebro	4	1.700
Region Midtjylland	6	55.000

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen



Figur 3.4
Hvor ofte drikker du fem genstande eller flere ved samme lejlighed? (Rusdrikkeri)



Højrisikoforbrug af alkohol – kommuner

Figur 3.3 viser andelen, der har et højrisikoforbrug af alkohol i kommunerne. Andelen varierer fra 4 % i Ringkøbing-Skjern og Holstebro til 11 % på Samsø.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel, der har et højrisikoforbrug af alkohol, i følgende kommuner:

- Samsø
- Syddjurs
- Odder

I disse kommuner ligger andelen på 7-11 %.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel, der har et højrisikoforbrug af alkohol, i følgende kommuner:

- Ringkøbing-Skjern
- Holstebro

I disse kommuner ligger andelen på 4 %.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 har der været et fald i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol i alle kommuner, undtagen på Samsø. Faldet varierer fra 3 procentpoint i Struer, Hedensted, Viborg, Horsens og Randers til 7 procentpoint i Aarhus. Se figur 3.3.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været et fald i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol i følgende kommuner: Lemvig, Favrskov, Herning, Skanderborg, Randers, Norddjurs, Ringkøbing-Skjern, Skive, Holstebro og Aarhus. Faldet varierer fra 2 procentpoint i Lemvig, Favrskov, Herning, Skanderborg og Randers til 4 procentpoint i Aarhus. Se figur 3.3.S i bind 2. ◄

Hvor mange rusdrikker?

Af figur 3.4 fremgår det, at 10 % drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed mindst én gang om ugen (ugentligt rusdrikkeri). Der er 17 %, der rusdrikker månedligt, 44 % rusdrikker sjældent, og 29 % rusdrikker aldrig.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 er der sket et fald fra 13 % til 10 % i andelen, der rusdrikker mindst én gang om ugen. Se figur 3.4.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 er der sket et fald i andelen, der rusdrikker mindst én gang om ugen. I samme periode har der været et lille fald i andelen, der rusdrikker månedligt, og en stigning i andelen, der kun sjældent rusdrikker. Se figur 3.4.S i bind 2. ◄

Figur 3.5
Ugentligt rusdrikkeri – køn, alder og sociale forhold

	Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Alle	10	98.000
Køn		
Mand	15	72.000
Kvinde	5	26.000
Alder		
16-24 år	20	29.000
25-34 år	10	14.000
35-44 år	7	11.000
45-54 år	10	17.000
55-64 år	11	16.000
65-74 år	6	8.800
75+ år	3	2.700
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)		
Lavt (0-10 år)	7	9.700
Middel (11-14 år)	9	37.000
Højt (15+ år)	8	21.000
Erhvervstilknytning		
Studerende/skoleelever	19	22.000
Beskæftigede	10	50.000
Arbejdsløse	11	2.300
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	11	6.000
Førtidspensionister	9	3.500
Efterlønsmodtagere	9	1.800
Folkepensionister	5	10.000
Etnisk baggrund		
Dansk	10	92.000
Anden vestlig	9	3.900
Ikke-vestlig	3	1.900
Bolig		
Ejer	9	53.000
Lejer	12	41.000
Bor med ægtefælle/samlever		
Nej	14	47.000
Ja	7	46.000
Børn i hjemmet 0-15 år		
Nej	11	70.000
Ja	7	16.000

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

Ugentligt rusdrikkeri – køn, alder og sociale forhold

Figur 3.5 viser, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der rusdrikker mindst én gang om ugen, blandt følgende grupper:

- Mænd
- Personer i alderen 16-24 år og 45-64 år
- Studerende/skoleelever
- Personer med dansk baggrund
- Personer, der bor til leje
- Personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. Andelen, der rusdrikker mindst én gang om ugen, er tre gange så stor blandt mænd sammenlignet med kvinder.

Alder. De største andele af personer, der rusdrikker mindst én gang om ugen, er blandt de 16-24-årige og de 45-64-årige. De mindste andele af ugentlige rusdrikkere er blandt de 35-44-årige og blandt personer på 65 år eller derover.

Uddannelse. Der er ingen sammenhæng mellem uddannelsesniveau og rusdrikkeri.

Erhvervstilknytning. Andelen af personer, der rusdrikker mindst én gang om ugen, er næsten dobbelt så stor blandt studerende/skoleelever som i hele befolkningen. De mindste andele af ugentlige rusdrikkere er blandt beskæftigede og folkepensionister.

Etnisk baggrund. Andelen, der rusdrikker mindst én gang om ugen, er størst blandt personer med dansk baggrund og mindst blandt personer med ikke-vestlig baggrund.

Bolig. En større andel blandt personer, der bor i lejebolig, rusdrikker mindst én gang om ugen, end det er tilfældet blandt personer, der bor i ejerbolig.

Bor med ægtefælle/samlever. Der er en dobbelt så stor andel af personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, som rusdrikker mindst én gang om ugen, sammenlignet med personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. En større andel blandt personer uden børn i hjemmet rusdrikker mindst én gang om ugen, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

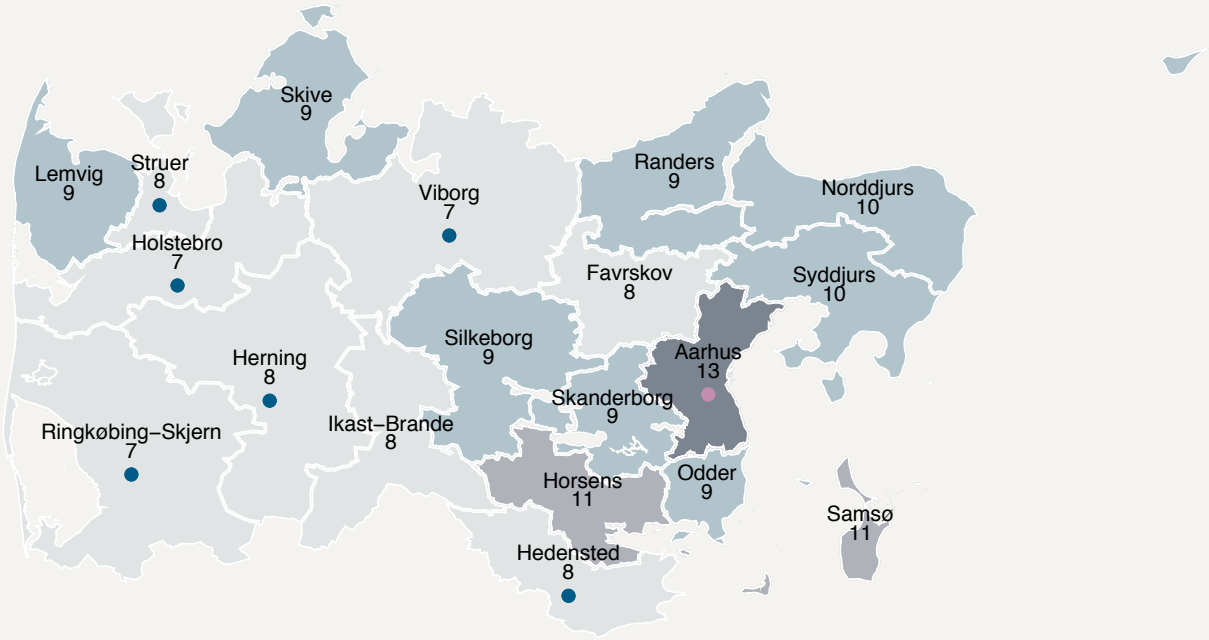
► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 har der været et fald i andelen af personer, der rusdrikker mindst én gang om ugen, blandt både mænd og kvinder, blandt de 16-54-årige og blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Der har især været et stort fald i andelen, der rusdrikker mindst én gang om ugen, blandt de 16-24-årige. Se figur 3.5.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været et fald i andelen, der rusdrikker mindst én gang om ugen. Faldet ses blandt både mænd og kvinder, blandt de 16-34-årige og 45-54-årige og blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. I denne periode ses det største fald blandt de 16-24-årige. Se figur 3.5.S i bind 2. ◄

Figur 3.6
Ugentligt rusdrikkeri – kommuner

	Pct.	Antal personer i kommunerne
Aarhus	13	35.000
Samsø	11	300
Horsens	11	7.300
Norddjurs	10	3.000
Syddjurs	10	3.200
Odder	9	1.600
Randers	9	7.000
Silkeborg	9	6.300
Skive	9	3.200
Lemvig	9	1.400
Skanderborg	9	3.800
Ikast-Brande	8	2.600
Favrskov	8	2.900
Herning	8	5.400
Hedensted	8	2.700
Struer	8	1.300
Holstebro	7	3.200
Ringkøbing-Skjern	7	3.200
Viborg	7	5.200
Region Midtjylland	10	98.000

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen



Ugentligt rusdrikkeri – kommuner

Figur 3.6 viser andelen, der rusdrikker mindst én gang om ugen, i kommunerne. Andelen varierer fra 7 % i Holstebro, Ringkøbing-Skjern og Viborg til 13 % i Aarhus.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel, der rusdrikker mindst én gang om ugen, i følgende kommune:

- Aarhus

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel, der rusdrikker mindst én gang om ugen, i følgende kommuner:

- Herning
- Hedensted
- Struer
- Holstebro
- Ringkøbing-Skjern
- Viborg

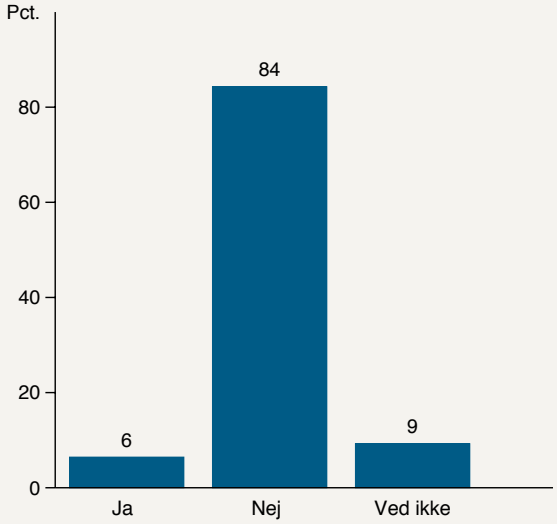
I disse kommuner ligger andelen på 7-8 %.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 har der været et fald i andelen, der rusdrikker mindst én gang om ugen, i følgende kommuner: Viborg, Odder, Lemvig, Randers, Favrskov, Struer, Skive, Ringkøbing-Skjern, Skanderborg, Holstebro, Herning og Aarhus. Faldet varierer fra 2 procentpoint i Randers til 5 procentpoint i Aarhus. Se figur 3.6.S i bind 2. ◄

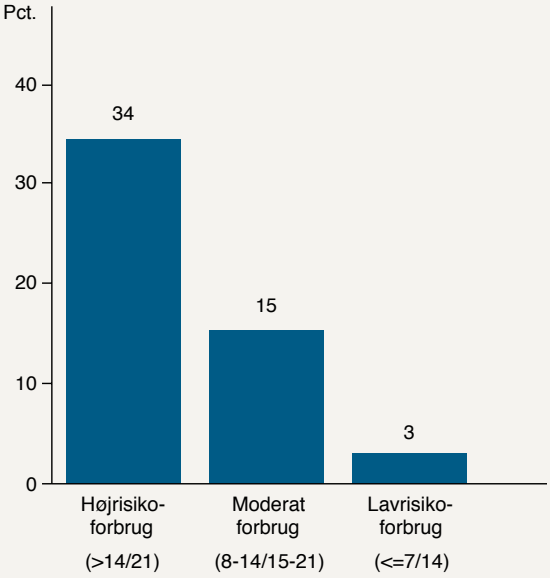
► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været et fald i andelen, der rusdrikker mindst én gang om ugen, i følgende kommuner: Skanderborg, Holstebro, Herning og Aarhus. Faldet varierer fra 2 procentpoint i Skanderborg til 4 procentpoint i Aarhus. Se figur 3.6.S i bind 2. ◄

Figur 3.7 og 3.8
Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?

Figur 3.7
Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?



Figur 3.8
Ønsker at nedsætte sit alkoholforbrug – i forhold til alkoholforbrug



Hvor mange vil gerne nedsætte deres alkoholforbrug?

Figur 3.7 viser, at 6 % af befolkningen ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug.

Figur 3.8 viser, at der er en stærk sammenhæng mellem alkoholforbrugets omfang og ønsket om at nedsætte alkoholforbruget. Blandt personer med et lavrisikoforbrug af alkohol vil 3 % gerne nedsætte deres alkoholforbrug. Det samme gælder for 15 % med moderat alkoholforbrug og 34 % med et højrisikoforbrug af alkohol.

► Udvikling fra 2010-2017 og fra 2013-2017. I perioden fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 har andelen, der ønsker at nedsætte alkoholforbruget, ikke ændret sig. Der har dog været en stor stigning i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol, der ønsker at nedsætte deres forbrug. Se figur 3.7.S og 3.8.S i bind 2. ◄

Figur 3.9
Personer med et højrisikoforbrug af alkohol (flere end 14/21 genstande pr. uge), der ønsker at nedsætte forbruget – køn, alder og sociale forhold

	Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Alle	34	19.000
Køn		
Mand	35	12.000
Kvinde	33	6.800
Alder		
16-24 år	20	2.600
25-34 år	47	2.200
35-44 år	55	2.300
45-54 år	52	4.100
55-64 år	44	4.900
65-74 år	22	2.100
75+ år	14	600
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)		
Lavt (0-10 år)	27	1.900
Middel (11-14 år)	40	9.300
Højt (15+ år)	43	4.800
Erhvervstilknytning		
Studerende/skoleelever	22	1.900
Beskæftigede	43	9.400
Arbejdsløse	59	1.100
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	47	1.600
Førtidspensionister	39	1.100
Efterlønsmodtagere	48	1.000
Folkepensionister	19	2.400
Etnisk baggrund		
Dansk	33	17.000
Anden vestlig	62	1.000
Ikke-vestlig	50	300
Bolig		
Ejer	34	11.000
Lejer	36	7.100
Bor med ægtefælle/samlever		
Nej	33	8.200
Ja	37	10.000
Børn i hjemmet 0-15 år		
Nej	34	14.000
Ja	41	2.800

Signifikant større end blandt alle med et højrisikoforbrug af alkohol
Signifikant mindre end blandt alle med et højrisikoforbrug af alkohol
Adskiller sig ikke fra alle med et højrisikoforbrug af alkohol

Ønsker at nedsætte alkoholforbrug – køn, alder og sociale forhold

I det følgende fokuseres på personer med et højrisikoforbrug af alkohol, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug.

Figur 3.9 viser, at 34 % af personer med at højrisikoforbrug af alkohol ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, hvilket svarer til omtrent 19.000 personer i Region Midtjylland.

Sammenlignet med personer med et højrisikoforbrug af alkohol i hele befolkningen er der en signifikant større andel af personer med et højrisikoforbrug af alkohol, som gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug, blandt følgende grupper:

- Personer i alderen 25-64 år
- Beskæftigede, arbejdsløse og efterlønsmodtagere
- Personer med anden vestlig baggrund end dansk

Køn. Der er ingen sammenhæng mellem køn og ønsket om at nedsætte alkoholforbruget.

Alder. Den største andel af personer, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, er blandt de 25-64-årige, og de mindste andele er blandt de 16-24-årige og personer på 65 år eller derover.

Uddannelse. Andelen, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, er mindst blandt personer med lavt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. De største andele af personer, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, er blandt beskæftigede, arbejdsløse og efterlønsmodtagere. De mindste andele af personer, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, er blandt studerende/skoleelever og folkepensionister.

Etnisk baggrund. Andelen, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, er markant større blandt personer med anden vestlig baggrund end dansk og mindst blandt personer med dansk baggrund.

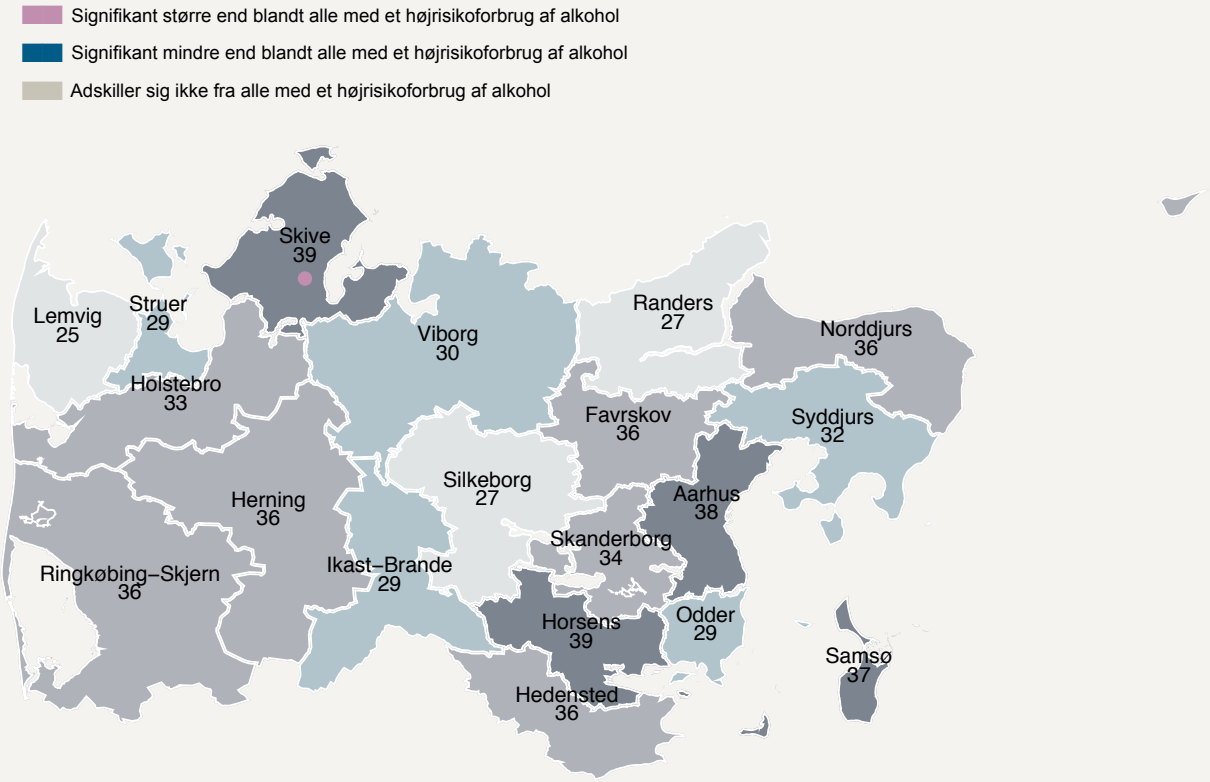
Bolig. Der er ingen sammenhæng mellem boligtype og ønsket om at nedsætte alkoholforbruget.

Bor med ægtefælle/samlever. Der er ingen sammenhæng mellem samlivssituation og ønsket om at nedsætte alkoholforbruget.

Børn i hjemmet. Der er ingen sammenhæng mellem, hvorvidt der er børn i hjemmet eller ej og ønsket om at nedsætte alkoholforbruget.

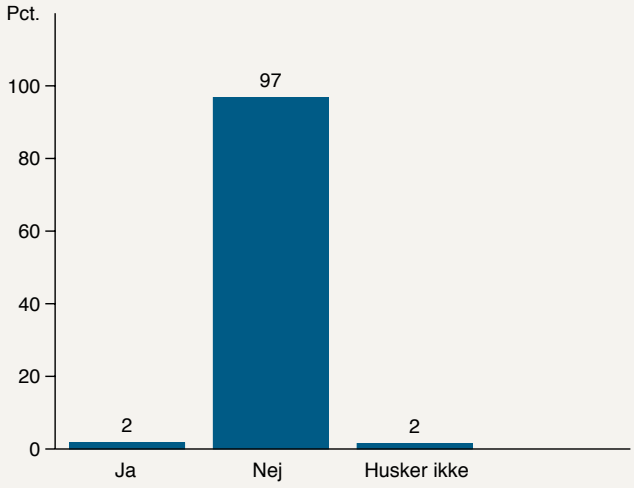
Figur 3.10
Personer med et højrisikoforbrug af alkohol (flere end 14/21 genstande pr. uge), der ønsker at nedsætte forbruget – kommune

	Pct.	Antal personer i kommunerne
Skive	39	700
Horsens	39	1.600
Aarhus	38	5.900
Samsø	37	100
Herning	36	1.200
Norddjurs	36	700
Hedensted	36	700
Ringkøbing-Skjern	36	700
Favrskov	36	600
Skanderborg	34	700
Holstebro	33	500
Syddjurs	32	700
Viborg	30	1.100
Odder	29	300
Struer	29	300
Ikast-Brande	29	500
Silkeborg	27	900
Randers	27	1.200
Lemvig	25	200
Region Midtjylland	34	19.000



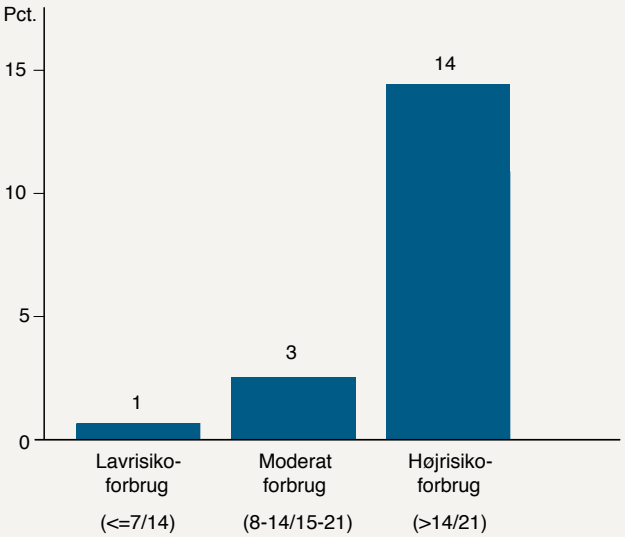
Figur 3.11 og 3.12
Har egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at nedsætte dit alkoholforbrug?

Figur 3.11
Har egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at nedsætte dit alkoholforbrug?



Note: Opgjort blandt alle, der har været ved læge i løbet af de seneste 12 måneder

Figur 3.12
Andel, der har modtaget råd fra egen læge om at nedsætte alkoholforbruget – i forhold til alkoholforbrug



Note: Opgjort blandt alle, der har været ved læge i løbet af de seneste 12 måneder

Ønsker at nedsætte alkoholforbrug – kommuner

Figur 3.10 viser andelen af personer med et højrisikoforbrug af alkohol, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, i kommunerne.

Det fremgår, at sammenlignet med alle med et højrisikoforbrug af alkohol i hele Region Midtjylland er der kun en signifikant større andel, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, i Skive Kommune (39 %).

Råd fra egen læge om at nedsætte alkoholforbrug

Figur 3.11 viser, at 2 % er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug af egen læge inden for de seneste 12 måneder.

Af figur 3.12 fremgår det, at blandt personer med et ugentligt højrisikoforbrug har 14 % modtaget råd fra lægen om at nedsætte deres forbrug af alkohol. Det samme gælder for 2 % med et moderat forbrug og 1 % med et lavrisikoforbrug. Der er dermed en tydelig sammenhæng mellem et stort alkoholforbrug og andelen, der har fået råd fra lægen om at nedsætte deres alkoholforbrug.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 har der ikke været nogen ændring i andelen, der er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget af egen læge. Se figur 3.9.S i bind 2. Der har dog været en stigning i andelen, der er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget af egen læge, blandt personer, der har et højrisikoforbrug og moderat forbrug af alkohol. Se figur 3.10.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der ikke været nogen ændring i andelen, der er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget af egen læge. Se figur 3.9.S i bind 2. Der har dog været en stigning i andelen, der er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget af egen læge, blandt personer, der har et højrisikoforbrug af alkohol. Se figur 3.10.S i bind 2. ◄

Figur 3.13
Højrisikoforbrug og ugentligt rusdrikkeri blandt unge (16-24 år) – køn, alder og sociale forhold

	Højrisikoforbrug	Rusdrikkeri
	Pct.	Pct.
Alle	9	20
Køn		
Mand	10	25
Kvinde	8	15
Alder		
16-19 år	11	22
20-24 år	7	18
Uddannelse og beskæftigelse		
Grundskole	7	12
Alment gymnasium	12	28
Erhvervsrettet gymnasium	11	22
Erhvervsuddannelse	10	16
Videregående uddannelse	6	24
I arbejde	8	18
Hverken i arbejde eller under uddannelse	9	13
Etnisk baggrund		
Dansk	10	22
Ikke-dansk	3	7

Signifikant større end blandt unge i hele befolkningen
Signifikant mindre end blandt unge i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra unge i hele befolkningen

Unge og alkohol

I det følgende sættes der fokus på unges alkoholforbrug samt unges negative oplevelser og risikoadfærd i forbindelse med alkoholindtag.

Højrisikoforbrug af alkohol og ugentligt rusdrikkeri blandt unge – køn, alder og sociale forhold

Af figur 3.13 fremgår det, at sammenlignet med alle unge er der en signifikant større andel med et højrisikoforbrug af alkohol blandt følgende grupper:

- Unge i alderen 16-19 år
- Unge, der går på alment gymnasium
- Unge med dansk baggrund

Af figur 3.13 fremgår også, at sammenlignet med alle unge er der en signifikant større andel, der rusdrikker mindst én gang om ugen, blandt følgende grupper:

- Mænd
- Unge i alderen 16-19 år
- Unge, der går på alment gymnasium eller er i gang med en videregående uddannelse
- Unge med dansk baggrund

Køn. Der er ingen sammenhæng mellem køn og højrisikoforbrug af alkohol blandt unge. Til gengæld er der en markant større andel af unge mænd end unge kvinder, der rusdrikker mindst én gang om ugen.

Alder. Der er en større andel af de 16-19-årige, der har et højrisikoforbrug af alkohol, og som rusdrikker mindst én gang om ugen, end det er tilfældet blandt de 20-24-årige.

Uddannelse og beskæftigelse. Andelen med et højrisikoforbrug af alkohol er størst hos unge, der går på alment gymnasium, og mindst hos unge, der er i gang med en videregående uddannelse. De største andele af unge, der rusdrikker mindst én gang om ugen, findes blandt unge, der går på alment gymnasium, og blandt unge, der er i gang med en videregående uddannelse. De mindste andele, der rusdrikker mindst én gang om ugen, er blandt unge i grundskolen og blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse.

Etnisk baggrund. Der er en markant større andel af unge med dansk baggrund, der har et højrisikoforbrug af alkohol og/eller rusdrikker mindst én gang om ugen, end det er tilfældet blandt unge med anden etnisk baggrund end dansk.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 er andelen af unge med et højrisikoforbrug af alkohol mere end halveret. I 2010 var der 21 % af de unge, der havde et højrisikoforbrug af alkohol, og i 2017 er andelen nede på 9 %. Faldet ses både for mænd og kvinder, for 16-19-årige og for 20-24-årige. I samme periode har der ligeledes været et stort fald i andelen af unge, der mindst én gang om ugen rusdrikker. I 2010 var andelen 31 %, og i 2017 er andelen nede på 20 %. Faldet ses både for mænd og kvinder, for 16-19-årige og for 20-24-årige. Se figur 3.11.S og 3.12.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været et stort fald i andelen af unge med et højrisikoforbrug af alkohol. I 2013 var der 17 % af de unge, der havde et højrisikoforbrug af alkohol, og i 2017 er andelen nede på 9 %. Faldet ses både for mænd og kvinder, for 16-19-årige og for 20-24-årige. I samme periode har der ligeledes været et stort fald i andelen af unge, der mindst én gang om ugen rusdrikker. I 2013 var andelen 27 %, og i 2017 er andelen nede på 20 %. Faldet ses både hos mænd og kvinder, og i forhold til alder ses der et stort fald for de 20-24-årige, hvorimod andelen af rusdrikkere er uændret for de 16-19-årige. Se figur 3.11.S og 3.12.S i bind 2. ◄

Figur 3.14
Unges negative oplevelser i forbindelse med alkoholindtag inden for de seneste 12 måneder – køn, alder og sociale forhold

	Været i slagsmål	Haft en ulykke	Haft et blackout	Haft sex, som blev fortrudt	Taget stoffer, som blev fortrudt
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Alle	4	3	28	10	5
Køn					
Mand	7	3	30	10	7
Kvinde	1	2	26	10	3
Alder					
16-19 år	6	2	30	9	5
20-24 år	4	3	26	10	5
Uddannelse og beskæftigelse					
Grundskole	3	0	18	6	3
Alment gymnasium	4	1	34	10	6
Erhvervsrettet gymnasium	5	3	33	9	4
Erhvervsuddannelse	10	2	23	13	5
Videregående uddannelse	2	3	31	11	3
I arbejde	5	2	26	11	6
Hverken i arbejde eller under uddannelse	6	5	24	9	10
Etnisk baggrund					
Dansk	5	2	30	10	5
Ikke-dansk	4	6	17	8	4

Signifikant større end blandt unge i hele befolkningen
Signifikant mindre end blandt unge i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra unge i hele befolkningen

Unges negative oplevelser i forbindelse med alkoholindtag – køn, alder og sociale forhold

Figur 3.14 viser andelen af unge, som har haft en eller flere negative oplevelser i forbindelse med, at de har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder.

Været i slagsmål. Der er 4 % af de unge, der har været i slagsmål i forbindelse med indtagelse af alkohol. Sammenlignet med alle unge er der en større andel, der har været i slagsmål, blandt mænd og unge i alderen 16-19 år. Der er desuden en dobbelt så stor andel, der har været i slagsmål i forbindelse med indtagelse af alkohol, blandt unge på erhvervsuddannelser.

Udsat for en ulykke. Der er 3 % af de unge, der har været udsat for en ulykke i forbindelse med indtagelse af alkohol. Sammenlignet med alle unge er der en større andel, der har haft en ulykke, blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse, og blandt unge med anden etnisk baggrund end dansk.

Haft et blackout. Der er 28 % af de unge, der har haft et blackout i forbindelse med indtagelse af alkohol, hvor de ikke husker, hvad der skete. Sammenlignet med alle unge er der en større andel, der har haft et blackout, blandt mænd, unge i alderen 16-19 år, unge, der går på alment eller erhvervsrettet gymnasium, unge, der er i gang med en videregående uddannelse, og blandt unge med dansk etnisk baggrund.

Haft sex, som blev fortrudt. Hver tiende unge person har i forbindelse med indtagelse af alkohol haft sex, som de fortrød bagefter. Der er ikke forskel på andelen på tværs af køn, alder, uddannelse og etnisk baggrund.

Taget stoffer, som blev fortrudt. Der er 5 % af de unge, der i forbindelse med indtagelse af alkohol har taget stoffer, som de fortrød bagefter. Sammenlignet med alle unge er der en større andel, der har taget stoffer, som de fortrød, blandt mænd. Sammenlignet med alle unge er andelen, der har taget stoffer, som de fortrød, dobbelt så stor blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse.

Figur 3.15
Unges risikoadfærd i trafikken i forbindelse med alkoholindtag inden for de seneste 12 måneder – køn, alder og sociale forhold

	Kørt på cykel efter at have drukket flere genstande	Kørt knallert eller bil efter at have drukket flere genstande
	Pct.	Pct.
Alle	27	4
Køn		
Mand	29	6
Kvinde	25	2
Alder		
16-19 år	24	4
20-24 år	30	4
Uddannelse og beskæftigelse		
Grundskole	14	4
Alment gymnasium	29	3
Erhvervsrettet gymnasium	24	4
Erhvervsuddannelse	18	5
Videregående uddannelse	46	1
I arbejde	9	5
Hverken i arbejde eller under uddannelse	18	6
Etnisk baggrund		
Dansk	29	4
Ikke-dansk	14	1

Signifikant større end blandt unge i hele befolkningen
Signifikant mindre end blandt unge i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra unge i hele befolkningen

Unges risikoadfærd i trafikken i forbindelse med alkoholindtag – køn, alder og sociale forhold

Figur 3.15 viser andelen af unge, som har haft en risikoadfærd i trafikken i forbindelse med, at de har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder.

Kørt på cykel. Der er 27 % af de unge, der har kørt på cykel efter at have drukket flere genstande. Sammenlignet med alle unge er der en større andel, der har kørt på cykel efter at have drukket alkohol, blandt mænd, unge i alderen 20-24 år, unge, der er i gang med en videregående uddannelse, og unge med dansk etnisk baggrund.

Kørt knallert eller bil. Der er 4 % af de unge, der har kørt knallert eller bil efter at have drukket flere genstande. Sammenlignet med alle unge er der en større andel, der har kørt knallert eller bil efter at have drukket alkohol, blandt unge mænd, blandt unge, der er i arbejde, og blandt de unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse.

Sammenfatning

Der er 6 % af befolkningen i Region Midtjylland, som har et højrisikoforbrug af alkohol, hvilket betyder et forbrug på flere end 14 genstande om ugen for kvinder og flere end 21 genstande om ugen for mænd. Det er især mænd, unge i alderen 16-24 år og arbejdsløse og efterlønsmodtagere, der har et højrisikoforbrug af alkohol. I perioden fra 2010 til 2017 har der været et stort fald i andelen, der har et højrisikoforbrug af alkohol, især blandt unge i alderen 16-24 år.

Andelen af ugentlige rusdrikkere i befolkningen er 10 %, hvilket betyder, at de drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed mindst én gang om ugen. Mænd er oftere rusdrikkere end kvinder, og den største andel af rusdrikkere findes blandt de unge mænd i alderen 16-24 år. Det er især unge på de almene gymnasier og videregående uddannelser, der ofte rusdrikker. I perioden fra 2010 til 2017 har der været et fald i andelen, der rusdrikker mindst én gang om ugen. Faldet har været særligt stort blandt de unge på 16-24 år.

Det ses, at 34 % blandt personer med et højrisikoforbrug af alkohol ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug. Det er særligt personer i alderen 25-64 år, beskæftigede, arbejdsløse og efterlønsmodtagere og personer med anden vestlig baggrund end dansk, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug.

Blandt personer med et højrisikoforbrug af alkohol har 14 % modtaget råd fra lægen om at nedsætte deres alkoholforbrug. I perioden fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen, der er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget af egen læge, blandt personer, der har et højrisikoforbrug af alkohol.

Der er en stor andel af unge, som har haft en eller flere negative oplevelser eller risikoadfærd i forbindelse med, at de har drukket alkohol. Eksempelvis har over hver fjerde haft et blackout, hver tiende har haft sex, som de fortrød bagefter, lidt under hver tyvende har kørt spritkørsel på knallert eller i bil, og over hver fjerde har kørt på cykel, mens de var fulde.

Referencer

1. Smyth A, Teo KK, Rangarajan S, O'Donnell M, Zhang X, Rana P, et al. Alcohol consumption and cardiovascular disease, cancer, injury, admission to hospital, and mortality: a prospective cohort study. The Lancet; 2015;386(10007):1945-1954.

2. Sundhedsstyrelsen, Statens Serum Institut. Alkoholstatistik 2015. Nationale data. København: Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut; 2015.

3. Rehm J, Gmel GE, Gmel G, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease – an update. Addiction (Abingdon, England); 2017;112(6):968-1001.

4. Becker U. Alkoholrelaterede somatiske skader. I: Becker U, Tolstrup JS, red. Alkohol - brug, konsekvenser og behandling. 1. udgave. 1. oplag. København: Munksgaard; 2016.

5. Sørensen HJ. Psykiatrisk komorbiditet. I: Becker U, Tolstrup JS, red. Alkohol – brug, konsekvenser og behandling. 1. udgave. 1. oplag. København: Munksgaard; 2016.

6. Forebyggelseskommissionen. Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats. København: Forebyggelseskommissionen; 2009.

7. Jørgensen MB, Thygesen LC, Becker U, Tolstrup JS. Alcohol consumption and risk of unemployment, sickness absence and disability pension in Denmark: a prospective cohort study. Addiction 2017;112(10):1754-1764.

8. Christoffersen MN. Alkohols sociale konsekvenser. I: Becker U, Tolstrup JS, red. Alkohol – brug, konsekvenser og behandling. 1. udgave. 1. oplag. København: Munksgaard; 2016.

9. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens nye udmelding vedrørende alkohol. København: Sundhedsstyrelsen; 2010.

10. Wang C, Xue H, Wang Q, Hao Y, Li D, Gu D, et al. Effect of Drinking on All-Cause Mortality in Women Compared with Men: A Meta-Analysis. Journal of Women's Health; 2014; 23(5):373-381.

11. 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.

12. ESPAD Group. ESPAD Report 2015. European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) and the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD); 2016.

13. Bendtsen P, Mikkelsen SS, Tolstrup JS. Ungdomsprofilen 2014. Sundhedsadfærd, helbred og trivsel blandt elever på ungdomsuddannelser. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2015.

14. Bendtsen P. Unge og alkohol. I: Becker U, Tolstrup JS, red. Alkohol – brug, konsekvenser og behandling. 1. udgave. 1. oplag. København: Munksgaard; 2016.

15. Ekholm O, Strandberg-Larsen K, Christensen K, Grønbæk M. Comparison of assessment methods for self-reported alcohol consumption in health interview surveys. Eur J Clin Nutr. 2008;62:286-291.

16. Aabel MK, Broholm K, Fischerman M. Forebyggelsespakke alkohol. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.

4. FYSISK AKTIVITET

En fysisk aktiv livsstil fremmer den enkeltes sundhed, forebygger en lang række sygdomme og nedsætter risikoen for tidlig død (1-3). Fysisk aktivitet er desuden virkningsfuld som led i 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 (1-3).

Fysisk inaktivitet har en række negative konsekvenser for blandt andet kredsløb, muskler, knogler og stofskifte (3). I Sundhedsstyrelsens undersøgelse af sygdomsbyrden i Danmark anslås det, at fysisk inaktivitet i fritiden er årsag til ekstraomkostninger til behandling og pleje på 5,3 mia. kr. årligt samt et produktionstab på 12 mia. kr. årligt (4).

Stillesiddende adfærd, som er den del af den vågne tid, der tilbringes siddende eller liggende, bliver mere og mere udbredt i den danske befolkning (5). Vidensråd for Forebyggelse peger på, at stillesiddende adfærd i fritiden er en selvstændig risikofaktor for sygdom og tidlig død, mens der ikke er evidens for, at stillesiddende adfærd på arbejde har samme effekt (5).

Fysisk aktivitet i dagligdagen

Fysisk aktivitet kan foregå i løbet af hele dagen – i fritiden, på arbejde eller uddannelse samt i forbindelse med transport.

Undersøgelser peger på, at fysisk aktivitet i forbindelse med arbejde ikke har den samme sundhedsfremmende virkning som fysisk aktivitet i fritiden (6-8). Fysisk aktivitet i fritiden virker sundhedsfremmende og forebyggende i forhold til sygdom og tidlig død. Et fysisk krævende arbejde har ikke samme beskyttende effekt og er i visse sammenhænge en risikofaktor for sygdom og tidlig død (6-8). Dette skyldes sandsynligvis, at et fysisk krævende arbejde slider på kroppen, eksempelvis som følge af statisk arbejde i uhensigtsmæssige stillinger med ensidige og gentagne bevægelser samt manglende mulighed for pauser og restitution (7, 8). Modsat er fysisk aktivitet i fritiden kendetegnet ved at være dynamisk og med brug af de store muskelgrupper med høj energiomsætning og høj puls samt med mulighed for restitution (7). Fysisk aktivitet i fritiden reducerer risikoen for sygdom og tidlig død hos både mænd og kvinder uanset de fysiske krav på arbejde (9).

Aktiv transport i form af cykling og gang virker sundhedsfremmende og bidrager til at forebygge sygdom og tidlig død. Et svensk og et dansk studie finder en reduceret sygdomsrisiko som følge af cykling som transportform til daglige gøremål og som fritidsaktivitet (10, 11).

Boks 4.1
Forebyggelsespakkens anbefalinger på grundniveau (link til Forebyggelsespakke) (12)

Rammer. Kommunerne skal indarbejde fysisk aktivitet i deres sundhedspolitik og koordinere indsatsen på tværs af forvaltningsområderne. Herudover skal der skabes let adgang til og gode rammer for fysisk aktivitet i fritid, dagtilbud, skoler m.m. Der skal udformes en overordnet strategi for idrætsundervisningen, og skolebestyrelserne skal udarbejde en politik for fysisk aktivitet. Endelig kan kommunale arbejdspladser etablere en informationsplatform til medarbejderne.

Tilbud. Dagtilbud og skoler skal have øget fokus på at stimulere børnenes motorik.

Information og undervisning. Skoler og kommunale arbejdspladser skal understøtte og deltage i landsdækkende kampagner for fysisk aktivitet.

Tidlig opsporing. Der skal være fokus på børnenes fysiske aktivitetsniveau og motorik i eksempelvis ind- og udskolingsundersøgelser. Ved plejebesøg hos ældre skal der være fokus på funktionsniveau og forebyggelse af funktionsevnetab.

Anbefalede indsatser

Sundhedsstyrelsens *Forebyggelsespakke – Fysisk aktivitet* fra 2012 har til formål at understøtte kommunernes indsats for, at borgerne får gode muligheder for at være fysisk aktive gennem hele livet (12). Forebyggelsespakken indeholder anbefalinger om rammer, tilbud, information og undervisning samt tidlig opsporing (se boks 4.1).

Siden offentliggørelsen af forebyggelsespakken er der kommet en del ny viden om fremme af fysisk aktivitet. Nedenstående er eksempler på ny viden om fremme af fysisk aktivitet, som kommunerne kan inddrage ved planlægning af indsatser (se boks 4.2).

Anbefalinger for fysisk aktivitet

Sundhedsmyndigheder verden over har udarbejdet anbefalinger til borgerne om, hvor fysisk aktiv man som minimum bør være for at bevare og fremme sin sundhed (27-31). Det har ført til forskellige anbefalinger fra land til land på trods af, at udgangspunktet har været samme videnskabelige evidens (32, 33). Dette skyldes blandt andet, at man ved udformning af anbefalinger i de enkelte lande har gjort sig forskellige overvejelser om pædagogik, formidling, målgrupper m.m. (28, 33, 34).

Der er to anbefalinger for fysisk aktivitet, der især har præget de nationale anbefalinger i den vestlige verden (32). Den ene er de amerikanske sundhedsmyndigheders anbefaling fra 1995 om mindst 30 minutters fysisk aktivitet af moderat intensitet de fleste af ugens dage (28, 32, 33, 35). Den anden er WHO's anbefaling fra 2010 om, at man hver uge skal være fysisk aktiv i mindst 150 minutter ved moderat intensitet eller mindst 75 minutter ved høj intensitet eller en kombination af de to (28, 32, 33, 35). I Danmark har Sundhedsstyrelsen valgt at bruge anbefalingen om mindst 30 minutters fysisk aktivitet om dagen som den officielle anbefaling for voksne (34) (se boks 4.3).

Boks 4.2
Nyere viden om fremme af fysisk aktivitet

- Motorik, fysisk aktivitet og stillesiddende tid hos 0-6-årige børn (link til Sundhedsstyrelsens udgivelse) (13)
- Idræt til børn og unge med særlige behov (link til Sundhedsstyrelsens udgivelse) (14)
- Ernærings- og træningsindsatser til ældre med geriatriske problemstillinger (link til National Klinisk Retningslinje) (15)
- Kampagner om fremme af fysisk aktivitet blandt børn og unge (link til Sundhedsstyrelsens udgivelse) (16)
- Skolebaserede indsatser til fremme af fysisk aktivitet hos børn og unge (link til Cochrane review) (17)
- Fremme af fysisk aktivitet og bevægelse gennem byrumsindretning (links til forskningsartikler link1 link2 link3) (18-20)
- Sammenhæng mellem offentlig transport og aktiv transport (links til forskningsartikler link1 link2) (21, 22)
- E-sundhedsindsatser til fremme af fysisk aktivitet blandt unge (link til systematisk review) (23)
- Aktivitetsmålere til fremme af fysisk aktivitet (link til systematisk review) (24)
- Arbejdspladsindsats mod stillesiddende adfærd (link til projektside) (25)
- Motion i arbejdstiden (link til ph.d.-afhandling) (26)

Måling af fysisk aktivitet i *Hvordan har du det? 2017*

I *Hvordan har du det?* har der siden 2006 været et spørgsmål, der monitorerer Sundhedsstyrelsens anbefaling om mindst 30 minutters fysisk aktivitet om dagen.

De senest opdaterede anbefalinger fra de amerikanske sundhedsmyndigheder (38), WHO (39) og EU (40) er mindst 150 minutter om ugen ved moderat intensitet eller mindst 75 minutter ved høj intensitet eller en kombination af de to. De amerikanske sundhedsmyndigheder arbejder på en opdatering af deres fysiske aktivitetsanbefaling, som de forventer at offentliggøre i slutningen af 2018 (41).

Sundhedsstyrelsen har vurderet, at det også vil være ønskeligt, at man i de danske sundhedsprofiler kan opgøre, hvor mange der lever op til WHO's minimumsanbefalinger (42). På baggrund af dette og i lyset af, at der inden for en kortere årrække måske også sker ændringer i de danske anbefalinger (35), er der som led i det nationale samarbejde om sundhedsprofiler udviklet to nye spørgsmål om fysisk aktivitet, som indgår i *Hvordan har du det? 2017*. I disse spørges der til forskellige former for fysisk aktivitet i fritiden opgjort i minutter på ugebasis. Det er derfor muligt at opgøre, hvor mange der lever op til WHO's anbefalinger, dog med den modifikation, at fysisk aktivitet i forbindelse med arbejde ikke medregnes. Resultaterne i *Hvordan har du det? 2017* må derfor forventes at give et konservativt bud på, hvor stor en andel der lever op til WHO's anbefaling.

De nye nationale spørgsmål anvendes i dette kapitel sammen med spørgsmålet om mindst 30 minutters fysisk aktivitet om dagen til at beskrive befolkningens fysiske aktivitetsniveau. Vi har medtaget det sidste spørgsmål, dels fordi anbefalingen om mindst 30 minutters fysisk aktivitet om dagen stadig er den officielle danske anbefaling, dels fordi det giver mulighed for at sammenligne med *Hvordan har du det?* fra 2010 og 2013. I kapitlet er endvidere benyttet spørgsmål om idræt og motion i fritiden, om motivation for øget fysisk aktivitet og om råd fra egen læge om motion.

Boks 4.3
Anbefalinger for fysisk aktivitet for voksne mellem 18 og 64 år

Sundhedsstyrelsens anbefalinger (34)

Vær fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen. Aktiviteten skal være med moderat til høj intensitet og ligge ud over almindelige, kortvarige dagligdags aktiviteter. 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.

WHO's anbefalinger (36, 37)

Vær fysisk aktiv mindst 150 minutter om ugen ved moderat intensitet, *eller* mindst 75 minutter om ugen ved høj intensitet *eller* en kombination af moderat og intensiv fysisk aktivitet.

Mindst to gange om ugen skal der indgå muskelstyrkende aktiviteter, der involverer store muskelgrupper.

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

Det samlede fysiske aktivitetsniveau måles ved at spørge:

- Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen?

Besvarelserne opgøres som antal dage om ugen med mindst 30 minutters fysisk aktivitet: 0-1 dag om ugen, 2-3 dage om ugen, 4-5 dage om ugen og 6-7 dage om ugen. Analyser opdelt på køn, alder og sociale forhold samt kommuner har fokus på de personer, der kun er fysisk aktive i 30 minutter om dagen 0-1 dag om ugen. Disse personer betegnes *fysisk inaktive*.

Fysisk aktivitet i fritiden måles ved at spørge:

- Dyrker du idræt i din fritid, eller deltager du regelmæssigt i andre aktiviteter, der giver motion?

- På en typisk uge, hvor meget tid bruger du i alt på moderat og hård fysisk aktivitet, hvor du kan mærke pulsen og vejrtrækningen øges. Hvor meget af den tid, du ovenfor angav at bruge på fysisk aktivitet på en typisk uge, bruger du i alt på hård fysisk aktivitet?

De to sidstnævnte spørgsmål, der er de nye nationale spørgsmål om fysisk aktivitet, opgøres på følgende måde: 1) *Lever ikke op til WHO's anbefaling* (det vil sige mindre fysisk aktivitet i fritiden end 150 minutter ved moderat intensitet eller 75 minutter ved høj intensitet eller en kombination af moderat og høj intensitet) og 2) *Lever op til WHO's anbefaling.* Analyser opdelt på køn, alder og sociale forhold samt på kommuneniveau har fokus på de personer, der ikke lever op til WHO's anbefalinger.

Herudover spørges der:

- Vil du gerne være mere fysisk aktiv?

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

I det følgende beskrives den fysiske aktivitet i hele befolkningen opdelt på køn, alder og sociale forhold samt kommuner. Først undersøges sammenhængen mellem befolkningens fysiske aktivitet opgjort ud fra Sundhedsstyrelsens og WHO's anbefalinger.

Sammenhængen mellem Sundhedsstyrelsens og WHO's anbefaling for fysisk aktivitet

WHO's mindste, anbefalede daglige fysiske aktivitetstid er lavere end Sundhedsstyrelsens minimumsanbefaling opgjort på ugebasis. Sundhedsstyrelsens minimumsanbefaling er 180 minutter til 210 minutter om ugen svarende til 6-7 dage a minimum 30 minutters fysisk aktivitet om dagen. WHO's minimumsanbefaling er 75 minutter til 150 minutters fysisk aktivitet om ugen afhængig af intensitet (se boks 4.3). Desuden anbefaler Sundhedsstyrelsen, at man så vidt muligt er fysisk aktiv hver dag i ugen. Man kan således ikke "spare op" ved at forlænge aktivitetsperioden på enkelte ugedage. Det betyder, at en større andel må forventes at leve op til WHO's anbefaling end Sundhedsstyrelsens anbefaling.

Efterlevelse af WHO's anbefalinger kan underopdeles i kategorierne *fysisk inaktiv* (0 minutter om ugen), *utilstrækkeligt fysisk aktiv* (mere end 0 minutter, men mindre end 150 minutter om ugen), *tilstrækkeligt fysisk aktiv* (mere end 150 minutter, men mindre end 300 minutter om ugen) og *optimalt fysisk aktiv* (mere end 300 minutter om ugen). I tabel 4.1 fremgår det, at kategorierne *tilstrækkeligt fysisk aktiv* og *optimalt fysisk aktiv* svarer til efterlevelse af WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet.

Tabel 4.1 viser sammenhængen mellem WHO's anbefaling for fysisk aktivitet målt med de to nye nationale spørgsmål og daglig fysisk aktivitet målt med spørgsmålet om 30 minutters fysisk aktivitet om dagen. Det fremgår, at 32 % lever op til Sundhedsstyrelsens anbefaling, mens 70 % lever op til WHO's anbefaling (22 % er tilstrækkeligt fysisk aktive, 48 % er optimalt fysisk aktive). Der er således tale om mere end en fordobling af andelen, der lever op til anbefalingerne for fysisk aktivitet, hvis man lægger WHO's frem for Sundhedsstyrelsens anbefalinger til grund for opgørelsen.

Tabel 4.1 viser desuden, at hovedparten af de personer, der lever op til Sundhedsstyrelsens anbefaling, også lever op til WHO's anbefaling. Ud af de 32 %, der lever op til Sundhedsstyrelsens anbefaling, er det således kun 4 %, der er ifølge WHO's kriterier er inaktive eller utilstrækkeligt fysisk aktive. Alle, der er fysisk aktive 6-7 dage om ugen i mindst 30 minutter om dagen, skulle logisk set også leve op til WHO's lavere anbefalinger. Her skal man imidlertid være

opmærksom på, at der i spørgsmålet om 30 minutter om dagen spørges til fysisk aktivitet både i forbindelse med arbejde og fritid, mens der i de to nye nationale spørgsmål alene spørges til fysisk aktivitet i fritiden.

Tabel 4.1. viser endvidere, at personer, der lever op til WHO's, men ikke til Sundhedsstyrelsens anbefalinger, fordeler sig med 5 % på 0-1 dag om ugen, 19 % på 2-3 dage om ugen og 19 % på 4-5 dagen om ugen med 30 minutters fysisk aktivitet om dagen.

Fokuserer man udelukkende på de fysisk inaktive, viser der sig også at være store forskelle på de to opgørelsesmetoder. Opgjort ud fra spørgsmålene om 30 minutters fysisk aktivitet om dagen er 19 % af befolkningen fysisk inaktiv (0-1 dag om ugen med 30 minutters fysisk aktivitet). Opgjort ud fra WHO's kriterier er 8 % af befolkningen fysisk inaktiv, det vil sige knap halvt så mange.

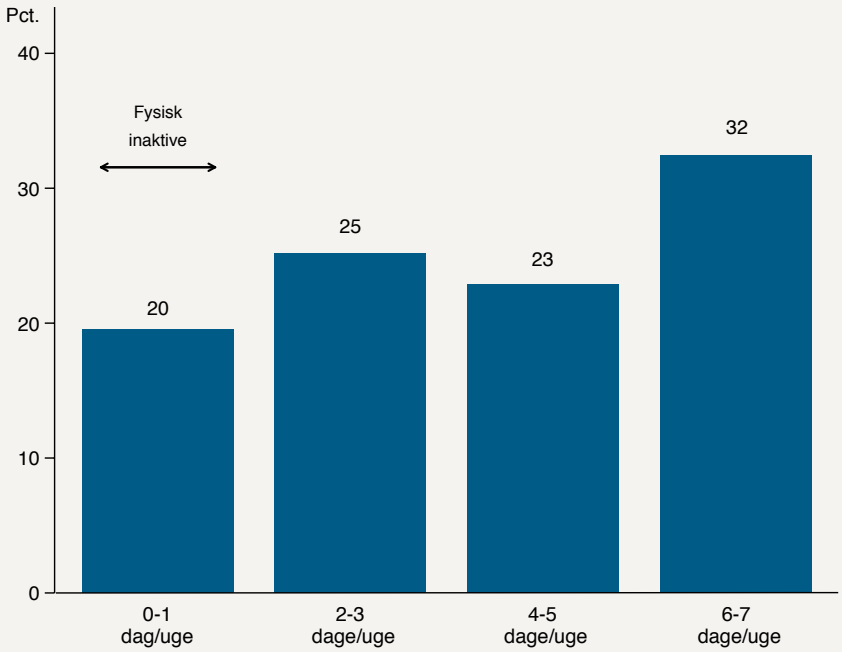
Ud over at sammenligne de to metoders klassificering af befolkningen i aktivitetskategorier er det relevant at undersøge, hvor stærk den statistiske sammenhæng er mellem de to mål for fysisk aktivitet. Analyser viser, at der er en moderat statistisk sammenhæng mellem de to opgørelser af fysisk aktivitet (Spearman's rho).

Det foregående og tabel 4.1 viser, at valget af anbefalinger for fysisk aktivitet og måden, man omsætter anbefalingerne til konkrete spørgsmål på, i væsentlig grad påvirker billedet af befolkningens aktivitetsvaner. De efterfølgende analyser i dette kapitel viser dog, at uanset valget af fysisk aktivitetsmål, så er de grupper, der har en høj forekomst af *fysisk inaktive* personer eller personer, *der ikke lever op til anbefalingerne*, i store træk de samme i forhold til køn, alder og sociale forhold. Det betyder, at man ved udformning af kommunale forebyggelsesstrategier, vil få udpeget de samme målgrupper, der i særlig grad vil få gavn af at blive mere fysisk aktive, uanset hvilket mål man bruger for fysisk aktivitet.

Tabel 4.1
Sammenhængen mellem efterlevelse af Sundhedsstyrelsens og WHO's anbefaling for fysisk aktivitet. De sorte markeringer viser de dele af befolkningen, der lever op til henholdsvis Sundhedsstyrelsens og WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet.

Sundhedsstyrelsens anbefaling	WHO's anbefaling				
	Lever ikke op til WHO's anbefaling		Lever op til WHO's anbefaling		
30 minutter om dagen	Inaktiv	Utilstrækkeligt fysisk aktiv	Tilstrækkeligt fysisk aktiv	Optimalt fysisk aktiv	I alt
0-1 dag om ugen	6 %	9 %	3 %	2 %	19 %
2-3 dage om ugen	1 %	6 %	9 %	10 %	26 %
4-5 dage om ugen	1 %	3 %	5 %	14 %	23 %
6-7 dage om ugen	1 %	3 %	5 %	22 %	32 %
I alt	8 %	21 %	22 %	48 %	100 %

Figur 4.1
Hvor ofte er du fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen?



Hvor mange er fysisk inaktive?

Figur 4.1 viser befolkningen inddelt i fire grupper efter, hvor mange dage om ugen man er fysisk aktiv i mindst 30 minutter om dagen: 0-1 dag om ugen, 2-3 dage om ugen, 4-5 dage om ugen eller 6-7 dage om ugen. Spørgsmålet dækker moderat og hård fysisk aktivitet på arbejdet og i fritiden.

Der er 20 %, som er fysisk inaktive, idet de kun er fysisk aktive i mindst 30 minutter om dagen i 0-1 dag om ugen. Det svarer til, at omtrent 190.000 personer i Region Midtjylland er fysisk inaktive. Der er 25 %, som er fysisk aktive i mindst 30 minutter om dagen i 2-3 dage om ugen, og der er 23 %, som er fysisk aktive 30 minutter om dagen i 4-5 dage om ugen. Endelig er 32 % af befolkningen fysisk aktive i mindst 30 minutter om dagen 6-7 dage om ugen.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 er andelen af fysisk inaktive steget fra 17 % i 2010 til 20 % i 2017. Andelen, der er fysisk aktive i 30 minutter om dagen 2-3 dage og 4-5 dage om ugen, er faldet. Se figur 4.1.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 er andelen af fysisk inaktive steget fra 18 % i 2013 til 20 % i 2017. Andelen, der er fysisk aktive i 30 minutter om dagen 2-3 og 4-5 dage om ugen, er faldet, mens andelen, der er fysisk aktive 6-7 dage om ugen, er steget. Se figur 4.1.S i bind 2. ◄

Figur 4.2
Fysisk inaktive – køn, alder og sociale forhold

	Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Alle	20	190.000
Køn		
Mand	19	90.000
Kvinde	21	100.000
Alder		
16-24 år	16	22.000
25-34 år	20	29.000
35-44 år	22	33.000
45-54 år	18	31.000
55-64 år	18	27.000
65-74 år	16	22.000
75+ år	30	26.000
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)		
Lavt (0-10 år)	27	35.000
Middel (11-14 år)	19	82.000
Højt (15+ år)	18	46.000
Erhvervstilknytning		
Studerende/skoleelever	18	20.000
Beskæftigede	18	91.000
Arbejdsløse	17	3.500
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	25	14.000
Førtidspensionister	31	12.000
Efterlønsmodtagere	11	2.200
Folkepensionister	22	45.000
Etnisk baggrund		
Dansk	19	169.000
Anden vestlig	20	8.400
Ikke-vestlig	24	13.000
Bolig		
Ejer	18	112.000
Lejer	22	71.000
Bor med ægtefælle/samlever		
Nej	21	68.000
Ja	19	117.000
Børn i hjemmet 0-15 år		
Nej	19	119.000
Ja	22	53.000

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

Fysisk inaktive – køn, alder og sociale forhold

Figur 4.2 viser, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel fysisk inaktive blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 35-44 år og personer på 75 år eller derover
- Personer med et lavt uddannelsesniveau
- Modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister
- Personer med en ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever
- Personer med børn i hjemmet

Køn. Der er en lidt større andel kvinder end mænd, der er fysisk inaktive.

Alder. Andelen af fysisk inaktive er større blandt de 35-44-årige og blandt personer på 75 år eller derover end i hele befolkningen. Samtidig er andelen af fysisk inaktive mindre blandt de 16-24-årige og 55-74-årige end i hele befolkningen.

Uddannelsesniveau. Andelen af fysisk inaktive er størst blandt personer med et lavt uddannelsesniveau, og de mindste andele er blandt personer med et middelhøjt eller højt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. Andelen af fysisk inaktive er større blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister end i hele befolkningen. Samtidig er andelen af fysisk inaktive mindre blandt personer i beskæftigelse og blandt efterlønsmodtagere end i hele befolkningen.

Etnisk baggrund. Andelen af fysisk inaktive er større blandt personer med en ikke-vestlig baggrund og mindre blandt personer med en dansk baggrund end i hele befolkningen.

Bolig. En større andel personer, der bor i lejebolig, er fysisk inaktive, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig.

Bor med ægtefælle/samlever. En større andel personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, er fysisk inaktive, end det er tilfældet for personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. En større andel personer med børn i hjemmet er fysisk inaktive, end det er tilfældet blandt personer uden børn i hjemmet.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 ses der en stigning i andelen af fysisk inaktive hos begge køn, de 16-24-årige og 35-64-årige samt personer med et lavt og middelhøjt uddannelsesniveau. Se figur 4.2.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 ses der en stigning i andelen af fysisk inaktive hos begge køn, blandt de 16-34-årige og 55-64-årige samt personer med et middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Se figur 4.2.S i bind 2. ◄

Fysisk inaktive – kommuner

Figur 4.3 viser, at der ikke er signifikante forskelle mellem kommunerne med hensyn til andelen af fysisk inaktive.

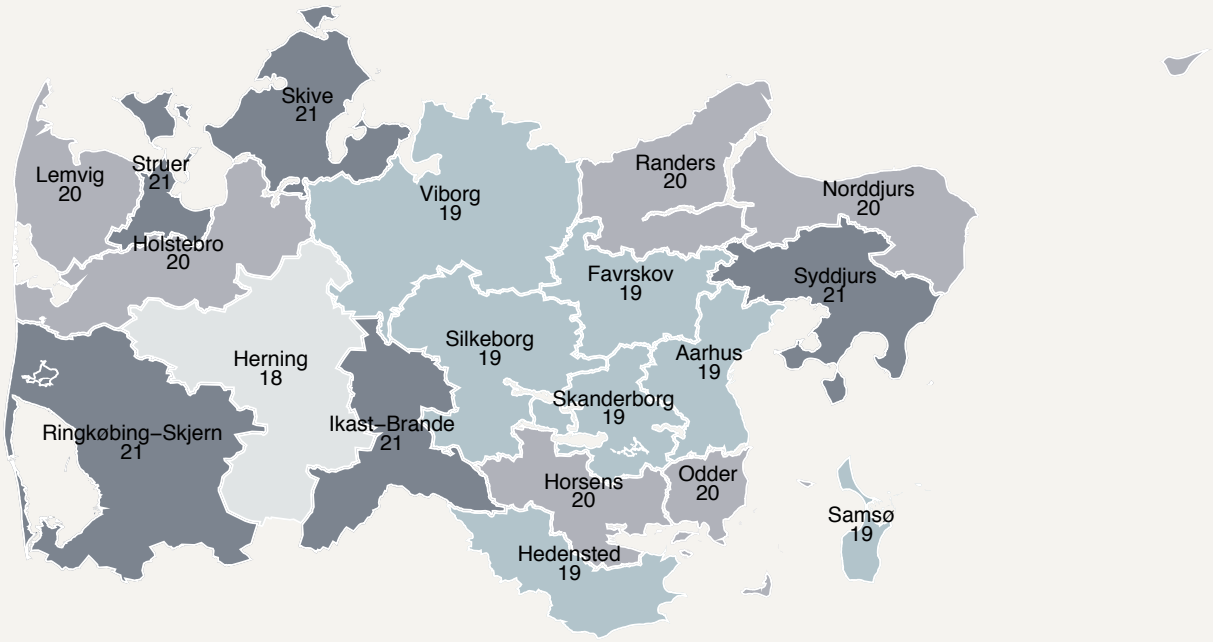
► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 er der en stigning i andelen af fysisk inaktive i Ringkøbing-Skjern, Randers, Aarhus, Odder og Syddjurs. Se figur 4.3.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 er der en stigning i andelen af fysisk inaktive i Ringkøbing-Skjern og Aarhus. Se figur 4.3.S i bind 2. ◄

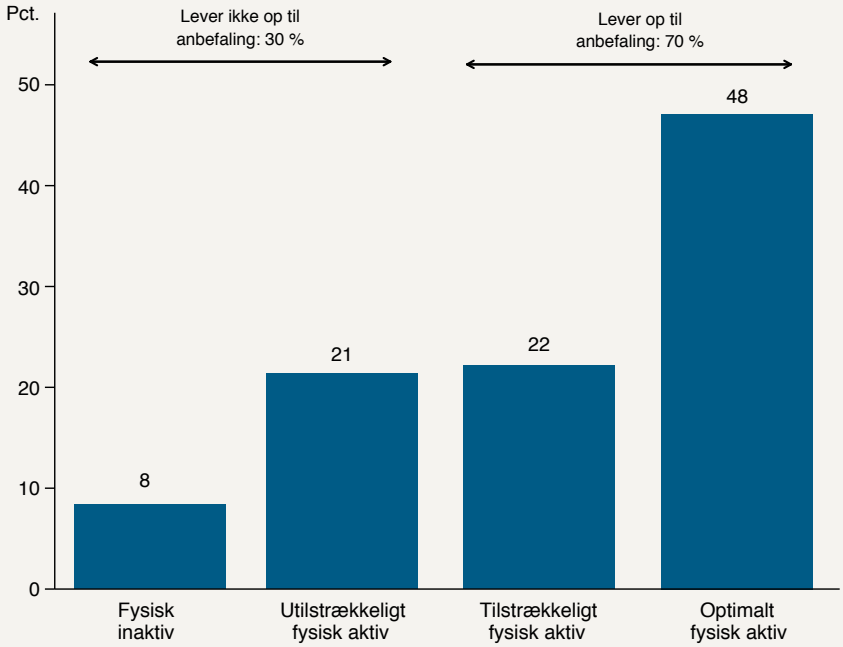
Figur 4.3
Fysisk inaktive – kommuner

	Pct.	Antal personer i kommunerne
Ringkøbing-Skjern	21	9.000
Syddjurs	21	6.700
Skive	21	7.300
Struer	21	3.400
Ikast-Brande	21	6.200
Horsens	20	13.000
Randers	20	15.000
Lemvig	20	3.100
Holstebro	20	8.600
Odder	20	3.300
Norddjurs	20	5.700
Viborg	19	14.000
Hedensted	19	6.600
Favrskov	19	6.800
Samsø	19	600
Aarhus	19	48.000
Skanderborg	19	8.100
Silkeborg	19	13.000
Herning	18	12.000
Region Midtjylland	20	190.000

Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen



Figur 4.4
Fysisk aktivitet i fritiden og efterlevelse af WHO's anbefalinger



Hvor mange lever ikke op til WHO's anbefaling?

Figur 4.4 viser befolkningens samlede fysiske aktivitetsniveau i fritiden opdelt på kategorierne *fysisk inaktiv* (0 minutter/ugen), *utilstrækkeligt fysisk aktiv* (mere end 0 minutter, men mindre end 150 minutter/uge), *tilstrækkeligt fysisk aktiv* (mere end 150 minutter, men mindre end 300 minutter/uge) og o*ptimalt fysisk aktiv* (mere end 300 minutter/uge). Kategorierne *tilstrækkeligt fysisk aktiv* og *optimalt fysisk aktiv* svarer til efterlevelse af WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet (se boks 4.3).

Der er 8 %, som er fysisk inaktive i fritiden, 21 % er utilstrækkeligt fysisk aktive i fritiden, 22 % er tilstrækkeligt fysisk aktive i fritiden, og 48 % er optimalt fysisk aktive i fritiden. Det er således 30 % af befolkningen, der ikke lever op til WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet. Det svarer til, at omtrent 279.000 personer i Region Midtjylland ikke lever op til WHO's anbefaling for fysisk aktivitet. Til sammenligning er det omtrent 658.000 personer i Region Midtjylland, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefaling for fysisk aktivitet (30 minutter om dagen 6-7 dage om ugen) (resultater ikke vist).

Figur 4.5
Lever ikke op til WHO's anbefaling – køn, alder og sociale forhold

	Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Alle	30	279.000
Køn		
Mand	30	138.000
Kvinde	30	141.000
Alder		
16-24 år	20	27.000
25-34 år	29	40.000
35-44 år	33	49.000
45-54 år	31	52.000
55-64 år	33	47.000
65-74 år	25	32.000
75+ år	42	31.000
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)		
Lavt (0-10 år)	40	46.000
Middel (11-14 år)	31	132.000
Højt (15+ år)	27	68.000
Erhvervstilknytning		
Studerende/skoleelever	20	22.000
Beskæftigede	30	151.000
Arbejdsløse	27	5.200
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	33	18.000
Førtidspensionister	42	16.000
Efterlønsmodtagere	23	4.400
Folkepensionister	31	59.000
Etnisk baggrund		
Dansk	30	251.000
Anden vestlig	28	11.000
Ikke-vestlig	33	17.000
Bolig		
Ejer	29	173.000
Lejer	30	96.000
Bor med ægtefælle/samlever		
Nej	29	91.000
Ja	30	182.000
Børn i hjemmet 0-15 år		
Nej	29	175.000
Ja	32	77.000

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

Lever ikke op til WHO's anbefaling – køn, alder og sociale forhold

Figur 4.5 viser, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der ikke lever op til WHO's anbefaling for fysisk aktivitet, blandt følgende grupper:

- Personer i alderen 35-64 år og personer på 75 år eller derover
- Personer med et lavt uddannelsesniveau
- Beskæftigede, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister
- Personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer med børn i hjemmet

Køn. Der er ingen forskel mellem mænd og kvinder i forhold til at efterleve WHO's anbefaling for fysisk aktivitet.

Alder. Andelene, der ikke lever op til WHO's anbefaling, er størst blandt de 35-64-årige og blandt personer på 75 år eller derover. Andelene, der ikke lever op til WHO's anbefaling, er mindst blandt de 16-24-årige og de 65-74-årige.

Uddannelsesniveau. Jo lavere uddannelsesniveau, jo større er andelen, der ikke lever op til WHO's anbefaling. Blandt personer med et lavt uddannelsesniveau er det 40 %, der ikke lever op til WHO's anbefaling, mod 27 % blandt personer med et højt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. Andelen, der ikke lever op til WHO's anbefaling, er større blandt beskæftigede, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister end i hele befolkningen. Andelene, der ikke lever op til WHO's anbefaling, er mindst blandt studerende/skoleelever og efterlønsmodtagere.

Etnisk baggrund. Andelen, der ikke lever op til WHO's anbefaling, er størst blandt personer med en ikke-vestlig baggrund.

Bolig. Der er ingen sammenhæng mellem boligtype og efterlevelse af WHO's anbefaling for fysisk aktivitet.

Bor med ægtefælle/samlever. Der er ingen sammenhæng mellem samlivssituation og efterlevelse af WHO's anbefaling for fysisk aktivitet.

Børn i hjemmet. En større andel personer med børn i hjemmet lever ikke op til WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet, end det er tilfældet blandt personer uden børn i hjemmet.

Lever ikke op til WHO's anbefaling – kommuner

Figur 4.6 viser andelen, der ikke lever op til WHO's anbefaling, i kommunerne.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel, der ikke lever op til WHO's anbefaling, i følgende kommuner:

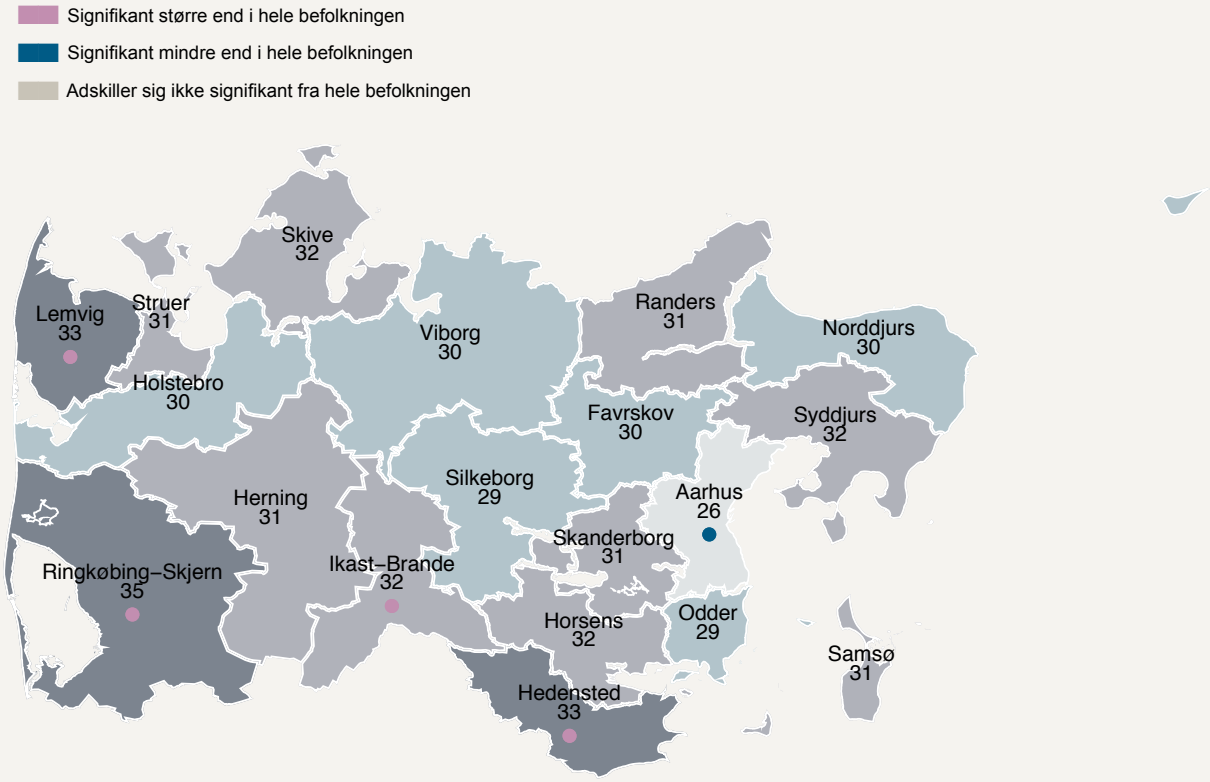
- Ringkøbing-Skjern
- Lemvig
- Hedensted
- Ikast-Brande

I disse kommuner varierer andelen fra 32 % til 35 %.

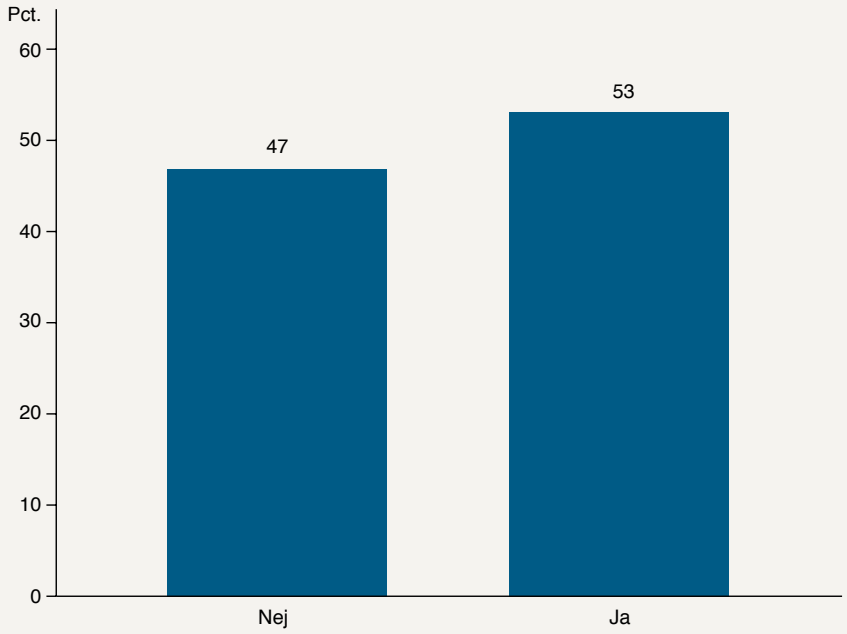
Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel, der ikke lever op til WHO's anbefaling, i Aarhus Kommune. I Aarhus Kommune udgør andelen 26 %.

Figur 4.6
Lever ikke op til WHO's anbefaling – kommuner

	Pct.	Antal personer i kommunerne
Ringkøbing-Skjern	35	14.000
Lemvig	33	5.000
Hedensted	33	11.000
Ikast-Brande	32	9.400
Syddjurs	32	9.800
Horsens	32	20.000
Skive	32	11.000
Struer	31	4.800
Herning	31	20.000
Skanderborg	31	13.000
Samsø	31	900
Randers	31	22.000
Favrskov	30	10.000
Viborg	30	21.000
Norddjurs	30	8.200
Holstebro	30	12.000
Silkeborg	29	19.000
Odder	29	4.600
Aarhus	26	64.000
Region Midtjylland	30	279.000



Figur 4.7
Dyrker du idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden?



Hvor mange motionerer ikke i fritiden?

Figur 4.7 viser, hvor stor en andel af befolkningen der deltager i idræt eller andre regelmæssige motionsaktiviteter i fritiden. Der er 47 % af befolkningen, som ikke dyrker idræt eller anden form for motion i fritiden. Tilsvarende er der 53 % af befolkningen, der dyrker idræt eller anden form for motion i fritiden. Det svarer til, at omtrent 458.000 personer i Region Midtjylland ikke deltager i idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 er andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, uændret. Se figur 4.4.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 er der en stigning i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden form for motion i fritiden. Se figur 4.4.S i bind 2. ◄

Figur 4.8
Dyrker ikke idræt eller anden motion i fritiden – køn, alder og sociale forhold

	Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Alle	47	458.000
Køn		
Mand	48	233.000
Kvinde	46	226.000
Alder		
16-24 år	40	57.000
25-34 år	45	65.000
35-44 år	45	68.000
45-54 år	44	74.000
55-64 år	52	79.000
65-74 år	47	64.000
75+ år	60	52.000
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)		
Lavt (0-10 år)	63	83.000
Middel (11-14 år)	49	212.000
Højt (15+ år)	38	97.000
Erhvervstilknytning		
Studerende/skoleelever	41	45.000
Beskæftigede	44	223.000
Arbejdsløse	56	11.000
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	57	32.000
Førtidspensionister	63	25.000
Efterlønsmodtagere	43	8.400
Folkepensionister	52	107.000
Etnisk baggrund		
Dansk	46	410.000
Anden vestlig	46	19.000
Ikke-vestlig	54	30.000
Bolig		
Ejer	45	273.000
Lejer	51	168.000
Bor med ægtefælle/samlever		
Nej	49	161.000
Ja	46	285.000
Børn i hjemmet 0-15 år		
Nej	47	303.000
Ja	44	110.000

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke fra hele befolkningen

Dyrker ikke idræt eller anden motion i fritiden – køn, alder og sociale forhold

Figur 4.8 viser, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, blandt følgende grupper:

- Mænd
- Personer i alderen 55-64 år og personer på 75 år eller derover
- Personer med et lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau
- Arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister
- Personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. Der er en lidt større andel mænd end kvinder, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden.

Alder. Andelene, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, er størst blandt de 55-64-årige og blandt personer på 75 år eller derover. Andelene, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, er mindst blandt de 16-24-årige og 35-54-årige.

Uddannelsesniveau. Jo lavere uddannelsesniveau, jo større andel, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden. Blandt personer med et lavt uddannelsesniveau er der 63 %, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, mod 49 % med et middelhøjt uddannelsesniveau og 38 % med et højt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. Andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, er større blandt arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister end i hele befolkningen. Samtidig er andelene mindst blandt studerende/skoleelever og beskæftigede.

Etnisk baggrund. Andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, er større blandt personer med en ikke-vestlig baggrund og mindre blandt personer med en dansk baggrund end i hele befolkningen.

Bolig. En større andel personer, der bor i lejebolig, dyrker ikke idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig.

Bor med ægtefælle/samlever. En større andel personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever, dyrker ikke idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, end det er tilfældet blandt personer, der bor med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. En større andel personer uden børn i hjemmet dyrker ikke idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, end det er tilfældet blandt personer med børn i hjemmet.

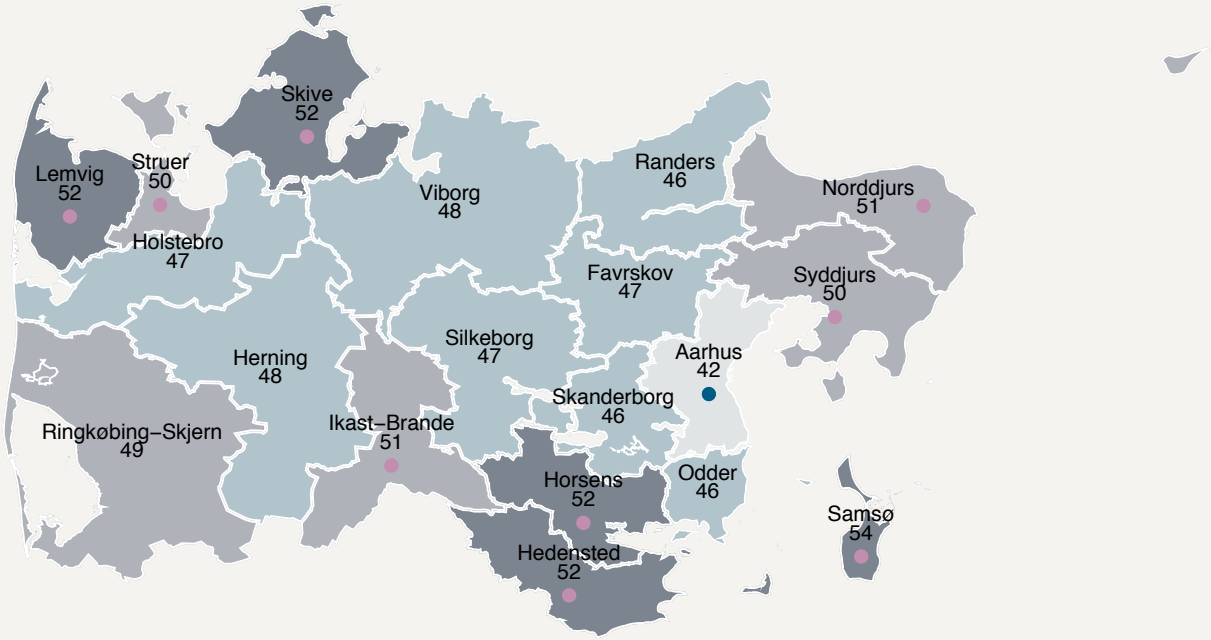
► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 er der en markant stigning i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, blandt de 16-34-årige og et fald i andelen blandt de 45-54-årige og blandt personer på 65 år eller derover. Der er også en stigning blandt personer med et højt uddannelsesniveau. Se figur 4.5.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 er der en stigning i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion, blandt kvinder, 16-44-årige samt personer med et højt uddannelsesniveau. Der er et markant fald i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion, blandt personer på 65 år eller derover. Se figur 4.5.S i bind 2. ◄

Figur 4.9
Dyrker ikke idræt eller anden motion i fritiden – kommuner

	Pct.	Antal personer i kommunerne
Samsø	54	1.600
Hedensted	52	18.000
Skive	52	18.000
Horsens	52	34.000
Lemvig	52	8.100
Norddjurs	51	15.000
Ikast-Brande	51	15.000
Struer	50	8.300
Syddjurs	50	16.000
Ringkøbing-Skjern	49	21.000
Viborg	48	35.000
Herning	48	31.000
Holstebro	47	20.000
Silkeborg	47	32.000
Favrskov	47	16.000
Randers	46	35.000
Skanderborg	46	20.000
Odder	46	7.700
Aarhus	42	106.000
Region Midtjylland	47	458.000

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen



Dyrker ikke idræt eller anden motion i fritiden – kommuner

Figur 4.9 viser andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, i kommunerne.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion, i følgende kommuner:

- Samsø
- Hedensted
- Skive
- Horsens
- Lemvig
- Norddjurs
- Ikast-Brande
- Struer
- Syddjurs

Andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, varierer i disse kommuner mellem 50 % og 54 %.

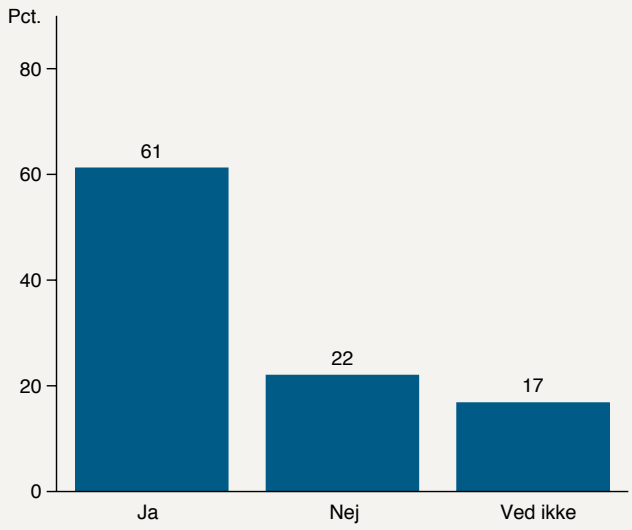
Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion, i Aarhus Kommune. I Aarhus Kommune er andelen 42 %.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 er andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion, uændret i de fleste kommuner. I Holstebro er andelen steget, mens andelen er faldet på Samsø. Se figur 4.6.S i bind 2. ◄

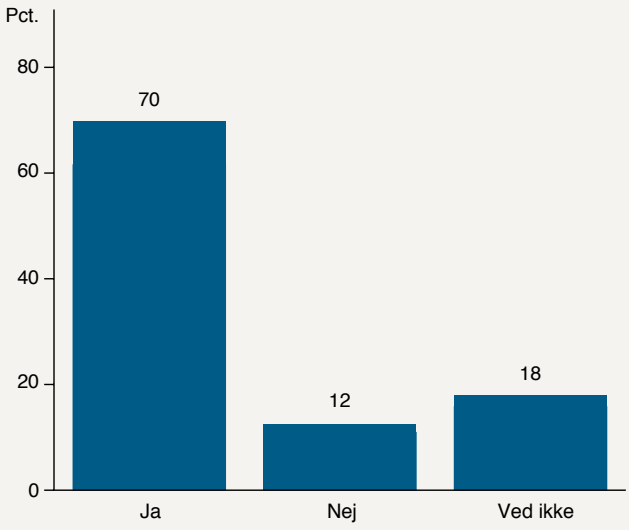
► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 er andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion, uændret i de fleste kommuner. I Horsens og Silkeborg har der været en stigning. Se figur 4.6.S i bind 2. ◄

Figur 4.10, 4.11 og 4.12
Ønske om at være mere fysisk aktiv

Figur 4.10
Ønske om at være mere fysisk aktiv

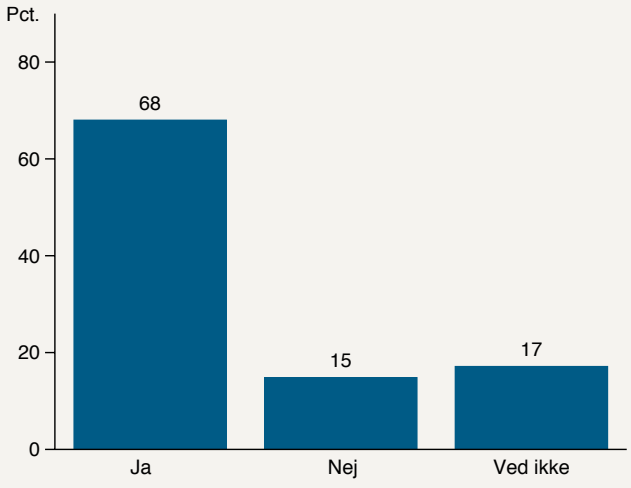


Figur 4.11
Ønske om at være mere fysisk aktiv blandt de fysisk inaktive



Note: Opgjort blandt inaktive personer (30 minutter om dagen 0-1 dag om ugen)

Figur 4.12
Ønske om at være mere fysisk aktiv blandt dem, der ikke lever op til WHO's anbefaling



Note: Opgjort blandt personer, der ikke lever op til WHO's anbefaling

Hvor mange vil gerne være mere fysisk aktive?

En meget stor andel borgere i Region Midtjylland ønsker at være mere fysisk aktive. Figur 4.10 viser, at 61 % af befolkningen i Region Midtjylland ønsker at være mere fysisk aktive, mens 22 % ikke ønsker at være mere fysisk aktive, og 17 % er uafklarede. Det svarer til, at omtrent 601.000 personer ønsker at være mere fysisk aktive.

Der er samtidig en meget stor andel af de personer, der ikke er tilstrækkeligt fysisk aktive, der ønsker at være mere fysisk aktive. Figur 4.11 viser, at det er 70 % af de inaktive, og figur 4.12 viser, at det er 68 % af dem, der ikke lever op til WHO's anbefalinger, der ønsker at være mere fysisk aktive. Det svarer til, at omtrent 132.000 fysisk inaktive personer og 188.000 personer, der ikke lever op til WHO's anbefaling, ønsker at være mere fysisk aktive.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 er andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive, faldet markant. Se figur 4.7.S og 4.8.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 er andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive, faldet markant. Se figur 4.7.S og 4.8.S i bind 2. ◄

Figur 4.13
Ønske om at være mere fysisk aktiv – køn, alder og sociale forhold

	Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Alle	61	601.000
Køn		
Mand	57	280.000
Kvinde	65	321.000
Alder		
16-24 år	67	95.000
25-34 år	77	109.000
35-44 år	77	115.000
45-54 år	66	113.000
55-64 år	57	86.000
65-74 år	39	54.000
75+ år	32	28.000
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)		
Lavt (0-10 år)	42	55.000
Middel (11-14 år)	59	257.000
Højt (15+ år)	73	185.000
Erhvervstilknytning		
Studerende/skoleelever	69	78.000
Beskæftigede	69	356.000
Arbejdsløse	73	15.000
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	68	38.000
Førtidspensionister	56	23.000
Efterlønsmodtagere	49	9.600
Folkepensionister	36	75.000
Etnisk baggrund		
Dansk	61	536.000
Anden vestlig	67	28.000
Ikke-vestlig	67	37.000
Bolig		
Ejer	61	375.000
Lejer	63	210.000
Bor med ægtefælle/samlever		
Nej	58	193.000
Ja	63	392.000
Børn i hjemmet 0-15 år		
Nej	56	361.000
Ja	76	189.000

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

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

Figur 4.13 viser, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der ønsker at være mere fysisk aktive, blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 16-54 år
- Personer med et højt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, beskæftigede, arbejdsløse samt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv.
- Personer med anden vestlig eller ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever
- Personer med børn i hjemmet

Køn. En markant 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 16-54-årige og en mindre andel blandt personer på 55 år og derover, 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. Blandt personer med et lavt uddannelsesniveau er det 42 %, der ønsker at være mere fysisk aktive, og blandt personer med et højt uddannelsesniveau er det 73 %.

Erhvervstilknytning. Der er en større andel, der ønsker at være mere fysisk aktive, blandt studerende/skoleelever, beskæftigede, arbejdsløse samt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. end i hele befolkningen, mens der er færre blandt førtidspensionister, efterlønsmodtagere og folkepensionister.

Etnisk baggrund. Der er en større andel, der ønsker at være mere fysisk aktive, blandt personer med anden vestlig og ikke-vestlig baggrund end blandt personer med dansk baggrund.

Bolig. En større andel personer, der bor i lejebolig, ønsker at være mere fysisk aktive sammenlignet med personer, der bor i ejerbolig.

Bor med ægtefælle/samlever. En større andel personer, der bor med ægtefælle/samlever, ønsker at være mere fysisk aktive sammenlignet med personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. Der er en meget større andel personer med børn i hjemmet, der ønsker at være mere fysisk aktive, sammenlignet med personer uden børn i hjemmet.

Figur 4.14
Ønske om at være mere fysisk aktiv blandt de fysisk inaktive – køn, alder og sociale forhold

	Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Alle	70	132.000
Køn		
Mand	68	61.000
Kvinde	71	71.000
Alder		
16-24 år	80	18.000
25-34 år	85	25.000
35-44 år	85	28.000
45-54 år	77	24.000
55-64 år	68	18.000
65-74 år	49	10.000
75+ år	34	8.500
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)		
Lavt (0-10 år)	46	16.000
Middel (11-14 år)	69	57.000
Højt (15+ år)	84	39.000
Erhvervstilknytning		
Studerende/skoleelever	80	16.000
Beskæftigede	82	75.000
Arbejdsløse	75	2.600
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	78	11.000
Førtidspensionister	62	7.500
Efterlønsmodtagere	66	1.400
Folkepensionister	40	18.000
Etnisk baggrund		
Dansk	70	117.000
Anden vestlig	74	6.300
Ikke-vestlig	67	8.800
Bolig		
Ejer	72	81.000
Lejer	68	48.000
Bor med ægtefælle/samlever		
Nej	65	44.000
Ja	73	85.000
Børn i hjemmet 0-15 år		
Nej	64	76.000
Ja	85	45.000

Signifikant større end blandt alle fysisk inaktive
Signifikant mindre end blandt alle fysisk inaktive
Adskiller sig ikke signifikant fra alle fysisk inaktive

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

Figur 4.14 viser andelen af de fysisk inaktive, der ønsker at være mere fysisk aktive. Der er en signifikant større andel, der ønsker at være mere fysisk aktive, blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 16-54 år
- Personer med et højt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, beskæftigede, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv.
- Personer, der bor i ejerbolig
- Personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever
- Personer med børn i hjemmet

Køn. Der er en større andel kvinder end mænd, der ønsker at være mere fysisk aktive, blandt de fysisk inaktive.

Alder. Blandt de fysisk inaktive falder andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive, med stigende alder. Der er en større andel blandt de 16-54-årige og en mindre andel blandt personer på 55 år og derover, der ønsker at være mere fysisk aktive, end i hele befolkningen.

Uddannelse. Blandt de fysisk inaktive falder andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive, med faldende uddannelsesniveau. For personer med et lavt uddannelsesniveau er det 46 %, der ønsker at være mere fysisk aktive, mod 84 % blandt personer med et højt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. Blandt de fysisk inaktive er der en større andel, der ønsker at være fysisk aktive, blandt studerende/skoleelever, beskæftigede og modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. end i hele befolkningen, mens der er færre blandt førtidspensionister og folkepensionister.

Etnisk baggrund. Der er ingen sammenhæng mellem etnisk baggrund og ønsket om at være mere fysisk aktiv blandt de fysisk inaktive.

Bolig. En større andel fysisk inaktive personer, der bor i ejerbolig, ønsker at være mere fysisk aktive sammenlignet med personer, der bor i lejebolig.

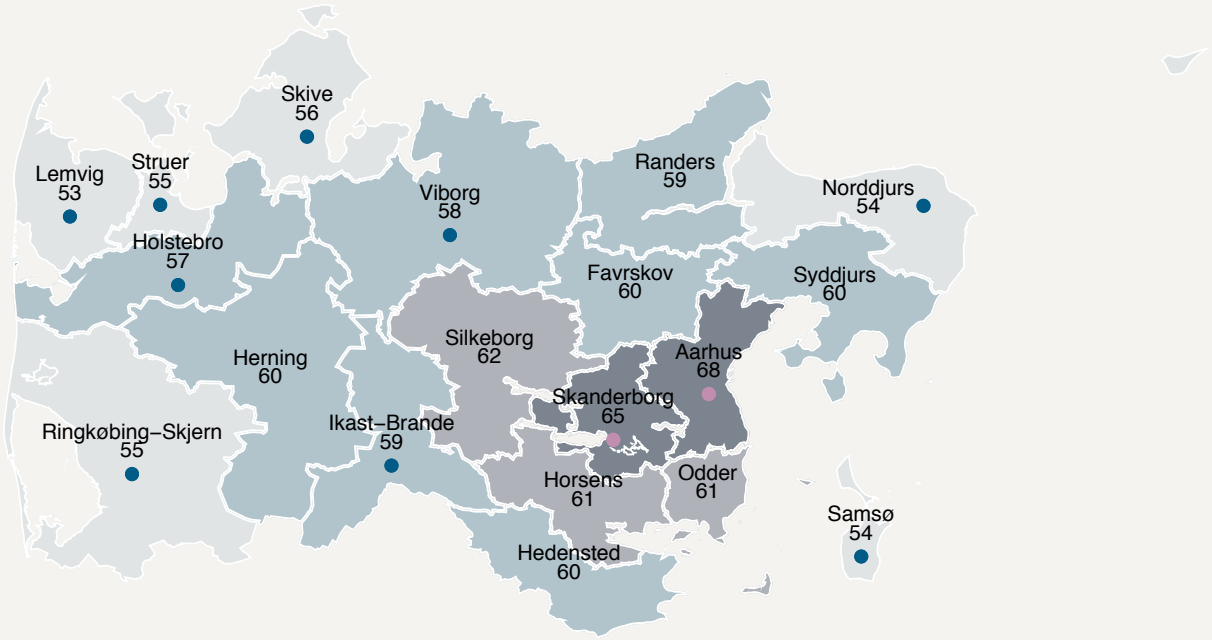
Bor med ægtefælle/samlever. Blandt de fysisk inaktive er der en større andel, der ønsker at være mere fysisk aktive, blandt personer, der bor med ægtefælle/samlever, end blandt personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. Blandt de fysisk inaktive er der en større andel, der ønsker at være mere fysisk aktive, blandt personer med børn i hjemmet end blandt personer uden børn i hjemmet.

Figur 4.15
Ønske om at være mere fysisk aktiv – kommuner

	Pct.	Antal personer i kommunerne
Aarhus	68	173.000
Skanderborg	65	28.000
Silkeborg	62	42.000
Odder	61	10.000
Horsens	61	40.000
Syddjurs	60	20.000
Herning	60	40.000
Favrskov	60	21.000
Hedensted	60	20.000
Randers	59	45.000
Ikast-Brande	59	18.000
Viborg	58	41.000
Holstebro	57	25.000
Skive	56	20.000
Struer	55	9.000
Ringkøbing-Skjern	55	24.000
Samsø	54	1.600
Norddjurs	54	16.000
Lemvig	53	8.400
Region Midtjylland	61	601.000

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen



Ønske om at være mere fysisk aktiv – kommuner

Figur 4.15 viser andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive, i kommunerne.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel, der ønsker at være mere fysisk aktive, i følgende kommuner:

- Aarhus
- Skanderborg

I disse kommuner varierer andelen fra 65 % til 68 %.

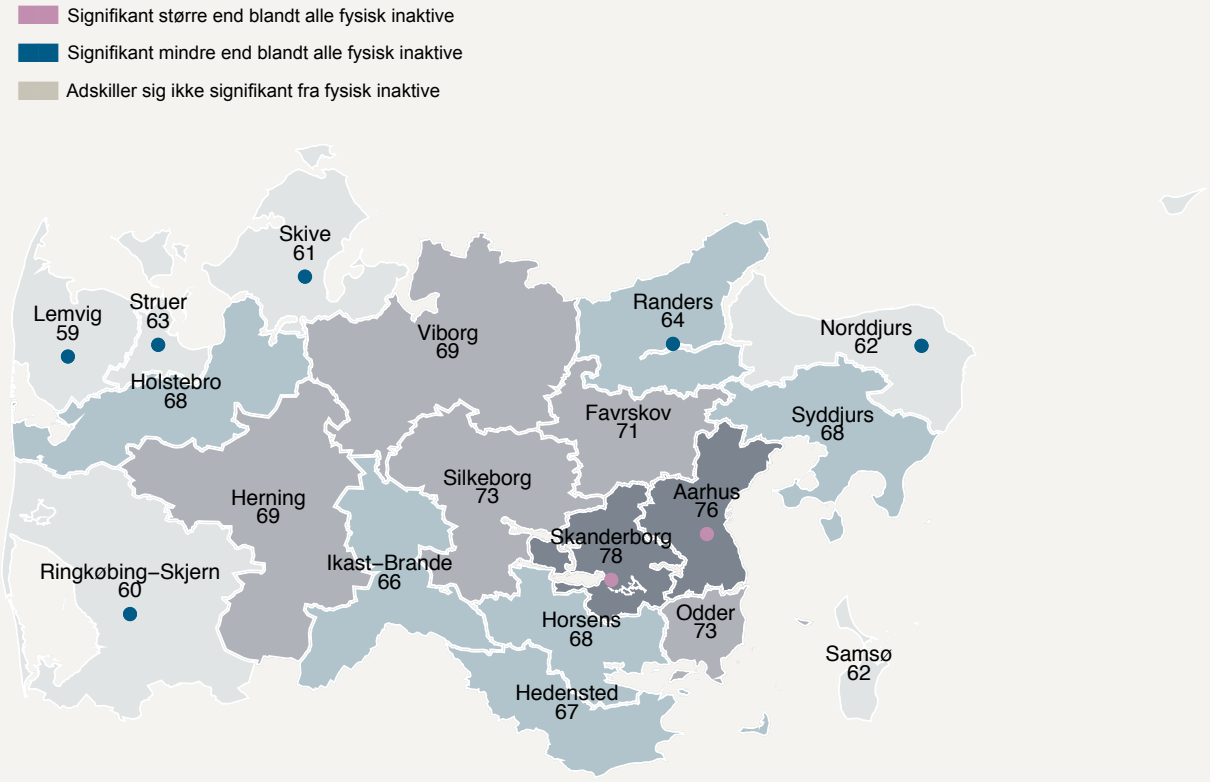
Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel, der ønsker at være mere fysisk aktive, i følgende kommuner:

- Ikast-Brande
- Viborg
- Holstebro
- Skive
- Struer
- Ringkøbing-Skjern
- Samsø
- Norddjurs
- Lemvig

I disse kommuner varierer andelen fra 53 % til 59 %.

Figur 4.16
Ønske om at være mere fysisk aktiv blandt de fysisk inaktive – kommuner

	Pct.	Antal personer i kommunerne
Skanderborg	78	6.200
Aarhus	76	37.000
Silkeborg	73	9.200
Odder	73	2.400
Favrskov	71	4.800
Herning	69	8.200
Viborg	69	9.500
Holstebro	69	5.900
Horsens	68	9.100
Syddjurs	68	4.500
Hedensted	67	4.400
Ikast-Brande	66	4.100
Randers	64	9.700
Struer	63	2.100
Samsø	62	300
Norddjurs	62	3.500
Skive	61	4.400
Ringkøbing-Skjern	60	5.300
Lemvig	59	1.800
Region Midtjylland	70	132.000



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

Figur 4.16 viser andelen, der gerne vil være mere fysisk aktive, blandt fysisk inaktive personer i kommunerne.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en større andel fysisk inaktive personer, der ønsker at være mere fysisk aktive, i følgende kommuner:

- Skanderborg
- Aarhus

I disse kommuner varierer andelen fra 76 % til 78 %.

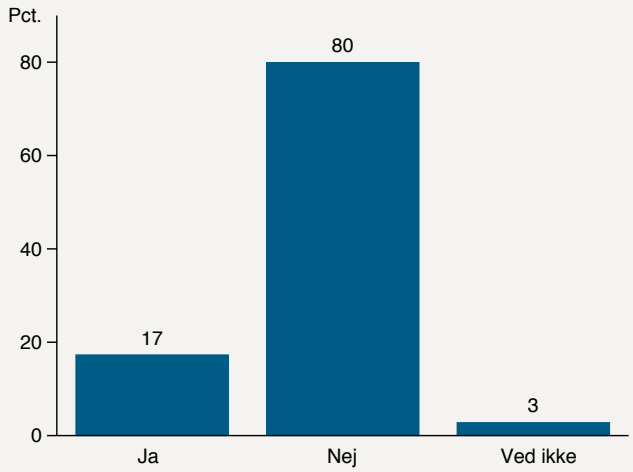
Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en mindre andel fysisk inaktive personer, der ønsker at være mere fysisk aktive, i følgende kommuner:

- Randers
- Struer
- Norddjurs
- Skive
- Ringkøbing-Skjern
- Lemvig

I disse kommuner varierer andelen fra 59 % til 64 %.

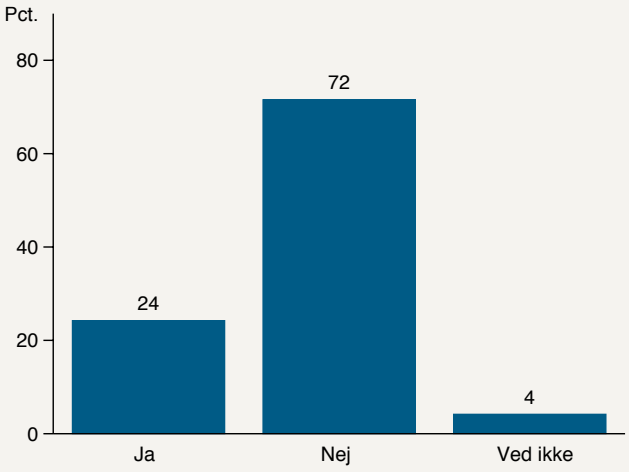
Figur 4.17, 4.18 og 4.19
Råd fra egen læge om at dyrke motion

Figur 4.17
Råd fra egen læge om at dyrke motion



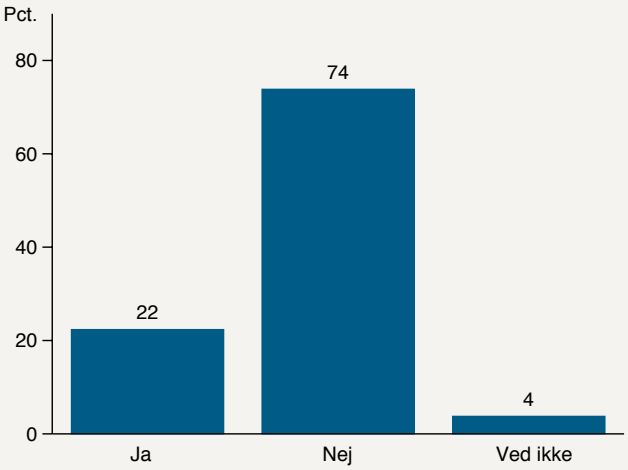
Note: Opgjort blandt alle, der har været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder

Figur 4.18
Råd fra egen læge om at dyrke motion blandt de fysisk inaktive



Note: Opgjort blandt alle, der har været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder

Figur 4.19
Råd fra egen læge om at dyrke motion blandt dem, der ikke lever op til WHO's anbefaling



Note: Opgjort blandt alle, der har været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder

Råd fra egen læge om at dyrke motion

Figur 4.17 viser andelen, som er blevet rådet til at dyrke motion af egen læge, blandt dem, der har været hos lægen inden for det seneste år. Der er 17 %, som har fået råd om at dyrke motion, 80 % har ikke fået råd om at dyrke motion, og 3 % har svaret 'ved ikke'.

Figur 4.18 og 4.19 viser den andel, der er blevet rådet af egen læge til at dyrke motion, blandt dem, der ikke er tilstrækkeligt fysisk aktive og har været til læge inden for det seneste år.

Figur 4.18 viser, at blandt de fysisk inaktive har 24 % fået råd om at dyrke motion, mens 72 % ikke har fået råd om at dyrke motion, og 4 % har svaret 'ved ikke'.

Figur 4.19 viser, at blandt personer, der ikke lever op til WHO's anbefaling, har 22 % fået råd om at dyrke motion, mens 74 % ikke har fået råd om at dyrke motion, og 4 % har svaret 'ved ikke'.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 er andelen, der er blevet rådet af egen læge til at dyrke motion, uændret. Se figur 4.9.S og 4.10.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 er andelen, der er blevet rådet af egen læge til at dyrke motion, uændret. Se figur 4.9.S og 4.10.S i bind 2. ◄

Figur 4.20
Råd fra egen læge om at dyrke motion – køn, alder og sociale forhold

	Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Alle	17	129.000
Køn		
Mand	19	67.000
Kvinde	15	62.000
Alder		
16-24 år	11	13.000
25-34 år	16	17.000
35-44 år	17	19.000
45-54 år	18	23.000
55-64 år	21	25.000
65-74 år	20	21.000
75+ år	17	12.000
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)		
Lavt (0-10 år)	23	23.000
Middel (11-14 år)	19	64.000
Højt (15+ år)	14	27.000
Erhvervstilknytning		
Studerende/skoleelever	12	10.000
Beskæftigede	15	56.000
Arbejdsløse	22	3.700
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	28	13.000
Førtidspensionister	30	10.000
Efterlønsmodtagere	20	3.000
Folkepensionister	19	31.000
Etnisk baggrund		
Dansk	17	113.000
Anden vestlig	17	4.800
Ikke-vestlig	28	11.000
Bolig		
Ejer	16	73.000
Lejer	20	51.000
Bor med ægtefælle/samlever		
Nej	18	45.000
Ja	17	81.000
Børn i hjemmet 0-15 år		
Nej	18	90.000
Ja	15	27.000

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

Råd fra egen læge om at dyrke motion – køn, alder og sociale forhold

Figur 4.20 viser, at der er en signifikant større andel, der har fået råd fra egen læge om at dyrke motion, blandt følgende grupper:

- Mænd
- Personer i alderen 45-74 år
- Personer med et lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister
- Personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. Der er en større andel 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 de 65-74-årige. Der er en større andel blandt de 45-74-årige, der har været hos egen læge det seneste år, og som af lægen har fået råd om at dyrke motion, end i hele befolkningen. En mindre andel blandt de 16-24-årige har fået råd om at dyrke motion af lægen end i hele befolkningen.

Uddannelse. Andelen, der har fået råd fra egen læge om at dyrke motion, falder med stigende uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. Der er en større andel, der har modtaget råd fra lægen om at dyrke motion, blandt arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister end i hele befolkningen. Der er en mindre andel, der har modtaget råd om motion, blandt studerende/skoleelever og beskæftigede end i hele befolkningen.

Etnisk baggrund. Der er en større andel personer med ikke-vestlig baggrund, der har modtaget råd om at dyrke motion, end i hele befolkningen, og der er en mindre andel med dansk baggrund, der har modtaget råd om at dyrke motion, end i hele befolkningen.

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

Bor med ægtefælle/samlever. Der er ingen sammenhæng mellem samlivssituation og råd fra lægen om at dyrke motion.

Børn i hjemmet. En større andel personer uden børn i hjemmet har fået råd om at dyrke motion sammenlignet med personer med børn i hjemmet.

Råd fra egen læge om at dyrke motion – kommuner

Figur 4.21 viser andelen, der har fået råd fra egen læge om at dyrke motion, blandt dem, der har været hos egen læge inden for det seneste år, i kommunerne.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel, der har fået råd fra egen læge om at dyrke motion, i følgende kommuner:

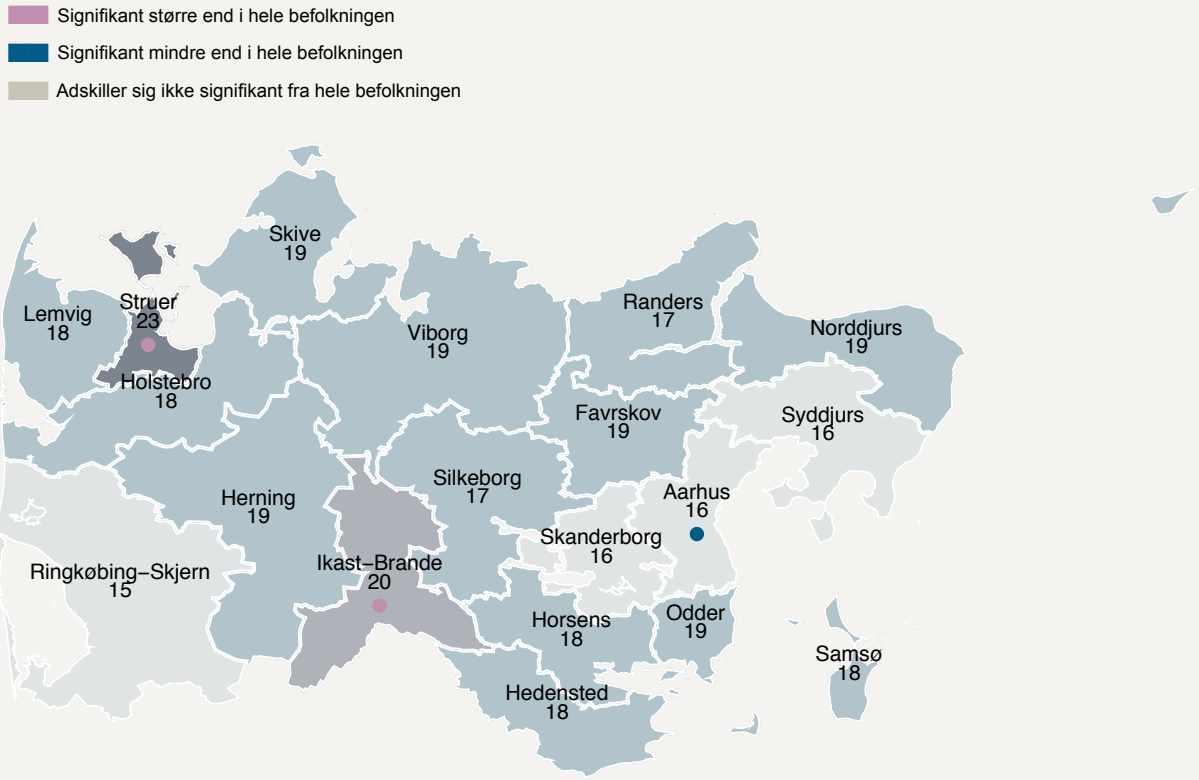
- Struer
- Ikast-Brande

I disse kommuner varierer andelen fra 20 % til 23 %.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel, der har fået råd fra egen læge om at dyrke motion, i Aarhus Kommune. I Aarhus Kommune udgør andelen 16 %.

Figur 4.21
Råd fra egen læge om at dyrke motion – kommuner

	Pct.	Antal personer i kommunerne
Struer	23	2.800
Ikast-Brande	20	4.500
Norddjurs	19	4.300
Viborg	19	10.000
Skive	19	5.100
Odder	19	2.400
Herning	19	9.400
Favrskov	19	4.900
Hedensted	18	4.500
Lemvig	18	2.200
Samsø	18	400
Horsens	18	8.600
Holstebro	18	5.700
Silkeborg	17	8.900
Randers	17	9.500
Skanderborg	16	5.300
Aarhus	16	31.000
Syddjurs	16	3.900
Ringkøbing-Skjern	15	4.600
Region Midtjylland	17	129.000



Sammenfatning

Andelen af fysisk inaktive blandt borgere i Region Midtjylland er 20 % (0-1 dag om ugen med 30 minutters fysisk aktivitet), og 30 % lever ikke op til WHO's anbefaling for fysisk aktivitet (150 minutters moderat eller 75 minutters intensiv fysisk aktivitet eller en kombination af de to om ugen). Næsten halvdelen af befolkningen (47 %) dyrker ikke idræt eller anden motion i fritiden.

Der er en del variation mellem kommunerne med hensyn til fysisk aktivitet og fysisk inaktivitet. Dog er variationen på tværs af køn, alder og sociale forhold væsentligt større end variationen mellem kommunerne.

På tre forskellige mål for fysisk aktivitet og inaktivitet er andelen af personer, der ikke er tilstrækkeligt fysisk aktive, højst blandt personer på 75 år eller derover, personer med et lavt uddannelsesniveau, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. samt førtidspensionister.

Der har været en stigning i andelen af fysisk inaktive personer (0-1 dag om ugen med 30 minutters fysisk aktivitet) i perioden 2010 til 2017. Fra 2013 til 2017 har der også været en stigning i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden motion i fritiden.

I perioden 2010 til 2017 er der sket et stort fald i andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive – både opgjort blandt alle i Region Midtjylland og blandt de fysisk inaktive. Der er dog fortsat et stort potentiale for at fremme den fysiske aktivitet, da 61 % af befolkningen gerne vil være mere fysisk aktive. Det er især personer, der enten er fysisk inaktive og/eller ikke lever op til WHO's anbefaling, der ønsker at være mere fysisk aktive.

Der er 17 % af befolkningen i Region Midtjylland, der i løbet af det seneste år af egen læge er blevet rådet til at dyrke motion. De praktiserende læger synes at målrette deres rådgivning til de grupper af personer, hvor behovet er størst. Således er andelen, der modtager råd om motion, højere blandt personer, der enten er fysisk inaktive og/eller ikke lever op til WHO's anbefaling.

Der har kun været mindre ændringer i andelen, der har modtaget råd fra egen læge om at dyrke motion, i perioden 2010 til 2017.

Referencer

1. Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. Scand J Med Sci Sports. 2015 Dec;25 Suppl 3:1-72.

2. Warburton DER, Bredin SSD. Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. Curr Opin Cardiol. 2017 Sep;32(5):541-56.

3. Pedersen BK, Andersen LB. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.

4. Eriksen L, Davidsen M, Jensen H, Ryd J, Strøbæk L, White E, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.

5. Overgaard K, Grøntved A, Nielsen K, Dahl-Petersen IK, Aadahl M. Stillesiddende adfærd - en helbredsrisiko? 2. udgave, 1. oplag ed. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2015.

6. Li J, Loerbroks A, Angerer P. Physical activity and risk of cardiovascular disease: what does the new epidemiological evidence show? Curr Opin Cardiol. 2013 Sep;28(5):575-83.

7. Holtermann A, Hansen JV, Burr H, Sogaard K, Sjogaard G. The health paradox of occupational and leisure-time physical activity. Br J Sports Med. 2012 Mar;46(4):291-5.

8. Holtermann A, Krause N, van der Beek AJ, Straker L. The physical activity paradox: six reasons why occupational physical activity (OPA) does not confer the cardiovascular health benefits that leisure time physical activity does. Br J Sports Med. 2017 Aug 10.

9. Holtermann A, Marott JL, Gyntelberg F, Sogaard K, Suadicani P, Mortensen OS, et al. 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.

10. Grontved A, Koivula RW, Johansson I, Wennberg P, Ostergaard L, Hallmans G, et al. Bicycling to Work and Primordial Prevention of Cardiovascular Risk: A

Cohort Study Among Swedish Men and Women. J Am Heart Assoc. 2016 Oct 31;5(11):e004413.

11. Blond K, Jensen MK, Rasmussen MG, Overvad K, Tjonneland A, Ostergaard L, et al. Prospective Study of Bicycling and Risk of Coronary Heart Disease in Danish Men and Women. Circulation. 2016 Nov 1;134(18):1409-11.

12. von Huth Smith L, Kristensen T. Forebyggelsespakke - Fysisk aktivitet. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.

13. Motorik, fysisk aktivitet og stillesiddende tid hos 0-6-årige børn. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.

14. Tilbud der gør en forskel - idræt til børn og unge med særlige behov. København: Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen; 2015.

15. Ernærings- og træningsindsatser til ældre med geriatriske problemstillinger. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.

16. Aggestrup AS, Troelsen J. Kampagner om fremme af fysisk aktivitet blandt børn og unge - Litteraturstudie af medier, budskaber, målgrupper og virkemidlers betydning for effekt. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.

17. Dobbins M, Husson H, DeCorby K, LaRocca RL. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6 to 18. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Feb 28;(2):CD007651. doi(2):CD007651.

18. Christiansen LB, Cerin E, Badland H, Kerr J, Davey R, Troelsen J, et al. International comparisons of the associations between objective measures of the built environment and transport-related walking and cycling: IPEN Adult Study. J Transp Health. 2016 Dec;3(4):467-78.

19. Cerin E, Cain KL, Conway TL, Van Dyck D, Hinckson E, Schipperijn J, et al. Neighborhood environments and objectively measured physical activity in 11 countries. Med Sci Sports Exerc. 2014 Dec;46(12):2253-64.

20. Kerr J, Emond JA, Badland H, Reis R, Sarmiento O, Carlson J, et al. Perceived Neighborhood Environmental Attributes Associated with Walking and Cycling for Transport among Adult Residents of 17 Cities in 12 Countries: The IPEN Study. Environ Health Perspect. 2016 Mar;124(3):290-8.

21. Djurhuus S, Hansen HS, Aadahl M, Glumer C. Individual Public Transportation Accessibility is Positively Associated with Self-Reported Active Commuting. Front Public Health. 2014 Nov 17;2:240.

22. Djurhuus S, Hansen HS, Aadahl M, Glumer C. The association between access to public transportation and self-reported active commuting. Int J Environ Res Public Health. 2014 Dec 5;11(12):12632-51.

23. McIntosh JRD, Jay S, Hadden N, Whittaker PJ. Do E-health interventions improve physical activity in young people: a systematic review. Public Health. 2017 Jul;148:140-8.

24. Coughlin SS, Stewart J. Use of Consumer Wearable Devices to Promote Physical Activity: A Review of Health Intervention Studies. J Environ Health Sci. 2016 Nov;2(6):10.15436/2378,6841.16.1123. Epub 2016 Nov 30.

25. Danquah IH, Kloster S, Holtermann A, Aadahl M, Bauman A, Ersboll AK, et al. Take a Stand!-a multi-component intervention aimed at reducing sitting time among office workers-a cluster randomized trial. Int J Epidemiol. 2017 Feb 1;46(1):128-40.

26. Justesen JB. Workplace Health Promotion: Implementing physical activity at the workplace – a change project [dissertation]. Odense: Institute of Sports Science and Clinical Biomechanics, Faculty of Health Sciences, University of Southern Denmark; 2015.

27. Bouchard C, Blair SN, Haskell W. Physical Activity and Health. 2nd ed. Bouchard C, Blair SN, Haskell W, editors. USA: Human Kinetics; 2012.

28. Oja P, Titze S. Physical activity recommendations for public health: development and policy context. EPMA J. 2011 Sep;2(3):253-9.

29. Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, Franklin BA, Lamonte MJ, Lee IM, et al. American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in

apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. Med Sci Sports Exerc. 2011 Jul;43(7):1334-59.

30. Blair SN, LaMonte MJ, Nichaman MZ. The evolution of physical activity recommendations: how much is enough? Am J Clin Nutr. 2004 May;79(5):913S-20S.

31. Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Circulation. 2007 Aug 28;116(9):1081-93.

32. Kahlmeier S, Wijnhoven TM, Alpiger P, Schweizer C, Breda J, Martin BW. National physical activity recommendations: systematic overview and analysis of the situation in European countries. BMC Public Health. 2015 Feb 12;15:133,015-1412-3.

33. Pelclová J. Physical activity in the lifestyle of the adult and senior population in the Czech Republic. Olomouc, Czech Republich: Palacký University; 2015.

34. Anbefalinger om fysisk aktivitet [Internet].: Sundhedsstyrelsen; 2016 [updated 27. januar 2016;]. Available from: https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/fysisk-aktivitet/anbefalinger.

35. Oja P, Bull FC, Fogelholm M, Martin BW. Physical activity recommendations for health: what should Europe do? BMC Public Health. 2010 Jan 11;10:10,2458-10-10.

36. Physical activity to stay healthy [Internet]. København: WHO/Europe; 2017 []. Available from: http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/data-and-statistics/physical-activity-to-stay-healthy.

37. WHO/Europe. Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025. København: WHO Regional Office for Europe; 2016.

38. 2008 Physical Activity Guidelines for Americans. Washington, USA: U.S. Department of Health and Human Services; 2008.

39. Global recommendations on physical activity for health. Schweiz: WHO; 2010.

40. EU Physical Activity Guidelines. Brussels: EU Working Group; 2008.

41. Physical Activity Guidelines. Upcoming Guidelines [Internet].: U.S. Department of Health and Human Services [updated 30.11.2017; cited 30.11.2017]. Available from: https://health.gov/paguidelines/second-edition/.

42. Danquah IH, Skov SS, Callesen BR, Voss I, Petersen CB, Tolstrup JS. Validering af spørgsmål om fysisk aktivitet og siddetid - til brug for national monitorering. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2016.

5. KOST

Kosten spiller en stor rolle i befolkningens overordnede sundhedstilstand (1, 2). Usund kost er blandt andet forbundet med en øget forekomst af type 2-diabetes (3, 4), svær overvægt (3, 5) samt en kortere levealder (6). Dertil anslås det, at usund kost er relateret til op mod 30 % af alle nyopståede kræfttilfælde i den vestlige verden (7), ligesom usund kost – særligt indtag af mættet fedt – er forbundet med hjerte-kar-sygdomme (8-10). Modsat er en sund kost, der er karakteriseret ved et lavt indtag af fedt, sukker og salt samt et højt indtag af frugt og grønt, forbundet med en længere levealder og sund aldring (11).

Der er stor social ulighed i kostvaner (12-14), og undersøgelser peger blandt andet på, at der er en sammenhæng mellem lav indkomst og en mindre næringsrig kost (12). Dertil ses det, at personer med et højt uddannelsesniveau generelt spiser mere frugt og grønt end personer med et lavt uddannelsesniveau (14).

Generelt ses en stigning i befolkningens indtag af fedt – særligt i forhold til mættet fedt (15). Således tyder det på, at den danske befolknings kost generelt stadig er for fedtholdig, ligesom kosten generelt indeholder for meget sukker og for lidt fiber (15).

De officielle kostråd

Fødevarestyrelsen har ti officielle kostråd, som senest blev opdateret i 2013 (16). Efterlevelse af kostrådene medvirker til, at det daglige behov for vitaminer, mineraler og andre vigtige næringsstoffer dækkes. Desuden gør kostrådene det nemmere at holde en sund vægt og medvirker til at forebygge en række livsstilsrelaterede sygdomme (16).

Kostrådene bygger på forskningsbaseret viden om sammenhængen mellem indtag af kostkomponenter (energi, fedt, protein, kulhydrat, vitaminer og mineraler) og helbred (16-19).

Kostrådene gælder for hovedparten af befolkningen. Børn under 3 år, gravide, småtspisende ældre og personer med en sygdom, der stiller særlige krav til kosten, kan dog have andre behov (16).

Generelt anbefaler Fødevarestyrelsen, at man spiser sig mæt i sunde måltider, holder igen med mad og drikke, der indeholder meget fedt og/eller sukker, samt går efter nøglehulsmærket eller fuldkornslogoet, når man handler ind (16). Herudover er kostrådene suppleret med en række specifikke anbefalinger, der relaterer sig til de enkelte kostråd (16, 20). Af disse kan blandt andet nævnes, at voksne bør spise mindst 600 gram frugt og grønt om dagen, hvoraf mindst halvdelen skal være grøntsager, ligesom man højst bør spise 500 gram tilberedt kød fra okse, kalv, lam eller svin per uge.

Hvordan forbedres befolkningens kostmønster?

Der er samlet set et stort sundhedsmæssigt potentiale i at forbedre befolkningens kostvaner. For de personer, der gerne vil spise mere sundt, kan en øget tilgængelighed af sunde fødevarer, færdigretter og delvist tilberedte retter være en mulighed for at gøre de sunde valg lettere (21). Det er ligeledes vigtigt, at den sunde kost smager godt og ikke er for dyr (22). Desuden er det vigtigt at udbrede viden om, hvad der er sund og usund kost, i alle dele af befolkningen, så borgerne ved, hvordan man spiser sundt. De officielle råd om

Boks 5.1
Fødevarestyrelsens kostråd

- Spis varieret, ikke for meget, og vær fysisk aktiv
- Spis frugt og mange grøntsager
- 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

sund kost er mere komplekse end rådene vedrørende rygning, alkohol og fysisk aktivitet, hvilket i sig selv gør dem svære at følge. Hertil kommer, at kost traditionelt er et område, hvor der i medierne gives mange og ofte modstridende råd om, hvad man bør spise eller undlade at spise. Det kan være svært at navigere imellem de mange kostråd og vide, om disse råd bygger på forskningsmæssig viden eller ej. Folk kan derfor have svært ved at vurdere, om deres egne kostvaner er sunde eller usunde, ligesom nogen måske er forvirrede over de mange forskellige informationer om kost, de møder i deres dagligdag, og derfor mister interessen for at ændre kostvaner (16, 22).

Kommunale indsatser kan være med til at påvirke befolkningens kostmønster i en 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* (23). I forhold til indsatsområdet *rammer* anbefales det blandt andet at oprette handleplaner for mad og måltider i skolerne, mens det under indsatsområdet *tilbud og tidlig opsporing* anbefales at sætte fokus på sund mad og måltidsvaner i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg hos ældre. Under indsatsområdet *information og undervisning* fremhæves det, at kommunerne bør informere borgerne om sund mad og livsstil, eksempelvis på kommunens hjemmeside. Fødevarestyrelsen har desuden oprettet hjemmesiden www.altomkost.dk, hvor aktuel viden om mad, måltider og motion er samlet med henblik på at guide borgerne. På hjemmesiden findes information om de officielle kostråd, idéer til en sund hverdag og opskrifter, ligesom der kan indhentes information om nøglehuls- og måltidsmærket.

Måling af befolkningens kostmønster

I dette kapitel beskrives befolkningens kostvaner ved hjælp af en kostscore, der er udviklet ved Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed og Afdeling for Klinisk Epidemiologi, Region Hovedstaden (24). Kostscoren giver et samlet mål for kostens kvalitet. Den bygger på 24 spørgsmål om spisevaner opdelt på fire kostkomponenter: frugt, grønt, fisk og fedt. På baggrund af indtaget af de fire kostkomponenter er der konstrueret et samlet mål for kostens kvalitet, hvor det er muligt at score mellem 0 og 8 point. På baggrund af dette inddeles befolkningen i personer, der har 1) et sundt kostmønster, 2) et kostmønster med sunde og usunde elementer og 3) et usundt kostmønster.

- *Sundt kostmønster (6-8 point)* består generelt af sunde kostvaner, typisk med et moderat til højt indtag af frugt, grønt og fisk samt et lavt til moderat indtag af fedt – især mættet fedt. Gruppen med et sundt kostmønster er kendetegnet ved, at de følger flere af Fødevarestyrelsens kostråd, hvorfor der i et forebyggelsesperspektiv ikke er behov for forbedring af kostvanerne.

- *Kostmønster med sunde og usunde elementer (3-5 point)* består af både sunde og usunde kostvaner, typisk med et lavt til moderat indtag af frugt, grønt og fisk samt et moderat til højt indtag af fedt – især mættet fedt. Gruppen med et kostmønster med sunde og usunde elementer er kendetegnet ved, at de følger nogle af Fødevarestyrelsens kostråd, men at der samtidig er plads til forbedringer af kostvanerne.

- *Usundt kostmønster (0-2 point)* består generelt af meget usunde kostvaner, typisk med et lavt indtag af frugt, grønt og fisk samt et højt indtag af fedt – især mættet fedt. Gruppen med et usundt kostmønster er kendetegnet ved, at de følger få eller ingen af Fødevarestyrelsens kostråd, hvorfor der er et stort behov for forbedringer af kostvanerne.

Den overordnede udvælgelse af de fire kostkomponenter samt konstrueringen af pointsystemet til kostscoren er foretaget ud fra ernærings- og sundhedsmæssige overvejelser i relation til udvikling af hjerte-kar-sygdomme (24). Kostscoren afspejler således ikke, om kostmønsteret er hensigtsmæssigt i forhold til forebyggelse af andre kostrelaterede sygdomme. Dog vil et kostmønster, der forebygger hjerte-kar-sygdomme, til dels også virke forebyggende på overvægt og andre livsstilsrelaterede sygdomme.

De forskellige kostråd i kombination med ernæringsmæssige overvejelser danner grundlag for målingen af de enkelte kostkomponenter. Eksempelvis ses det i forhold til brug af fedtstof på brød og i madlavning, at det er overvejelser omkring fedtsyresammensætningen i de enkelte typer fedtstoffer, der danner grundlag for den pointfordeling, der anvendes i kostscoren. Dertil er det udvalgte kostråd (mindst 600 gram frugt og grønt

per dag; mindst 300 gram 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 (16), hvor det anbefalede indtag af fisk er sat op til 350 gram per uge, ligesom den summerede kostscore ikke direkte opgør, hvor mange der lever op til Fødevarestyrelsens anbefalinger for eksempelvis indtag af frugt og grønt.

I det følgende belyses befolkningens kostvaner. Der sættes fokus på, hvor stor en andel af befolkningen i Region Midtjylland som har et usundt kostmønster. Andelen med usundt kostmønster beskrives i forhold til køn, alder, sociale forhold og geografi. Derudover sættes der fokus på kostmønster i forhold til de fire kostkomponenter: frugt, grønt, fisk og fedt. I kapitlet er der desuden en beskrivelse af personer, der gerne vil spise mere sundt, og befolkningens eget syn på egne kostvaner. Herudover beskrives det, i hvilket omfang borgerne i Region Midtjylland har modtaget råd om at ændre kostvaner fra egen læge.

Foruden de spørgsmål, der er relateret til kostscoren, anvendes følgende spørgsmål til at belyse befolkningens motivation for at spise mere sundt:

- Vil du gerne spise mere sundt?
- Hvordan vurderer du dine kostvaner alt i alt?
- Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at ændre dine kostvaner?

Hvor mange har et usundt kostmønster?

Figur 5.1 viser, at andelen med et usundt kostmønster er 15 %. Dertil viser figuren, at andelen med et kostmønster med sunde og usunde elementer er 69 %, og at andelen med et sundt kostmønster er 16 %.

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

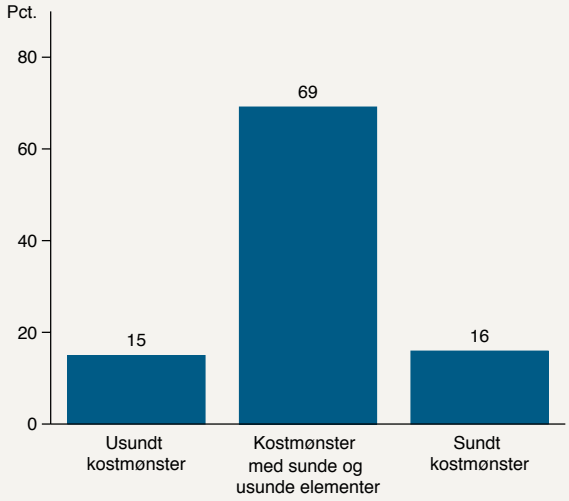
Fordelingen for de fire kostkomponenter følger i store træk fordelingen i den samlede kostscore. Dermed er andelen med et kostmønster med sunde og usunde elementer dominerende for alle fire kostkomponenter. Den største andel med et sundt kostmønster findes for grønt, hvor hver fjerde har et højt indtag af grøntsager, mens den mindste andel med et sundt kostmønster findes for fedt.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen med et usundt kostmønster fra 12 % til 15 %. Se figur 5.1.S i bind 2. Denne stigning dækker især over, at der er en større andel, der spiser for lidt frugt. Se figur 5.2.S-5.5.S i bind 2. ◄

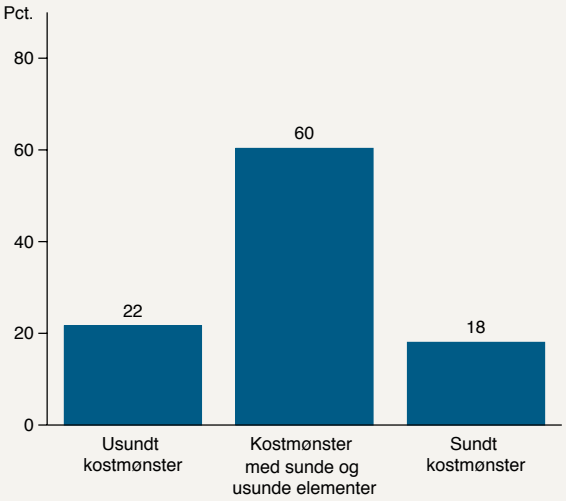
► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen med et usundt kostmønster fra 13 % til 15 %. Se figur 5.1.S i bind 2. Denne stigning dækker især over, at der er en større andel, der spiser for lidt frugt. Se figur 5.2.S-5.5.S i bind 2. ◄

Figur 5.1, 5.2, 5.3, 5.4 og 5.5
Kostmønstre

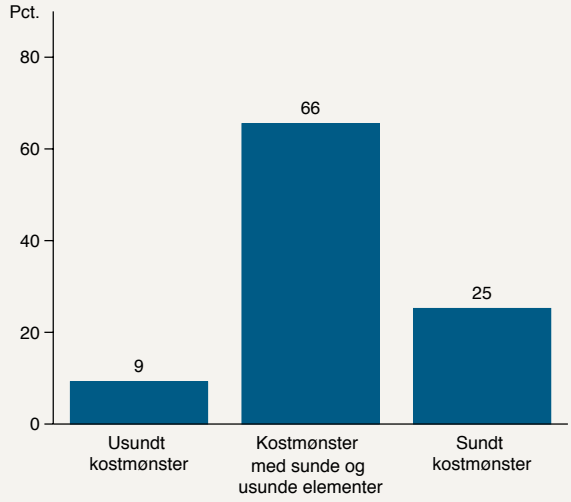
Figur 5.1
Det samlede kostmønster vurderet ved kostscoren



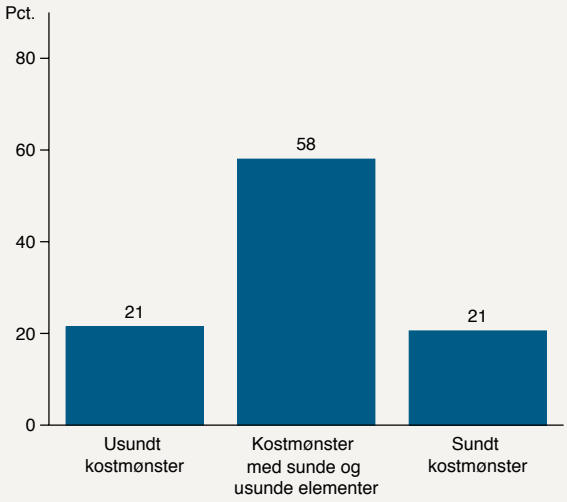
Figur 5.2
Kostmønster i forhold til frugt



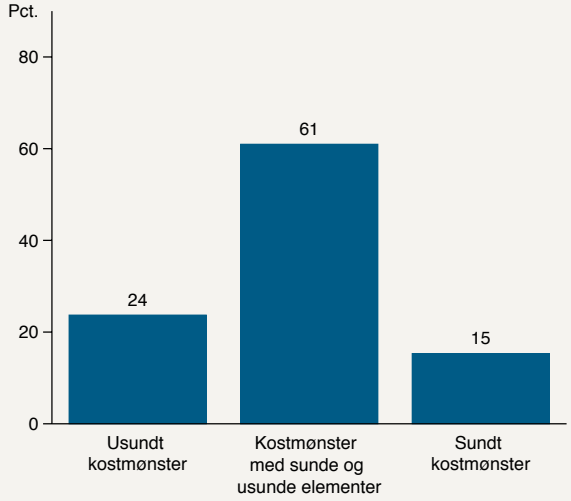
Figur 5.3
Kostmønster i forhold til grønt



Figur 5.4
Kostmønster i forhold til fisk



Figur 5.5
Kostmønster i forhold til fedt



Figur 5.6
Usundt kostmønster – køn, alder og sociale forhold

	Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Alle	15	144.000
Køn		
Mand	19	90.000
Kvinde	11	54.000
Alder		
16-24 år	19	26.000
25-34 år	15	21.000
35-44 år	15	23.000
45-54 år	16	27.000
55-64 år	13	19.000
65-74 år	12	16.000
75+ år	15	12.000
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)		
Lavt (0-10 år)	23	28.000
Middel (11-14 år)	16	70.000
Højt (15+ år)	7	16.000
Erhvervstilknytning		
Studerende/skoleelever	17	19.000
Beskæftigede	14	69.000
Arbejdsløse	19	3.900
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	23	13.000
Førtidspensionister	23	9.100
Efterlønsmodtagere	11	2.000
Folkepensionister	13	26.000
Etnisk baggrund		
Dansk	16	136.000
Anden vestlig	7	3.000
Ikke-vestlig	8	4.500
Bolig		
Ejer	13	77.000
Lejer	19	61.000
Bor med ægtefælle/samlever		
Nej	19	62.000
Ja	13	78.000
Børn i hjemmet 0-15 år		
Nej	16	100.000
Ja	13	33.000

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

Usundt kostmønster – køn, alder og sociale forhold

Af figur 5.6 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med et usundt kostmønster blandt følgende grupper:

- Mænd
- Personer i alderen 16-24 år og 45-54 år
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med dansk baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. Der er en væsentlig større andel mænd end kvinder med et usundt kostmønster.

Alder. De største andele med et usundt kostmønster er blandt de 16-24-årige og de 45-54-årige, og de mindste andele ses blandt de 55-74-årige.

Uddannelsesniveau. Andelen med et usundt kostmønster falder med et stigende uddannelsesniveau. Således er der 23 % blandt personer med lavt uddannelsesniveau, der har et usundt kostmønster, hvorimod dette kun gælder for 7 % blandt de højtuddannede.

Erhvervstilknytning. De største andele med et usundt kostmønster er blandt studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister. De mindste andele med et usundt kostmønster findes blandt beskæftigede, efterlønsmodtagere og folkepensionister.

Etnisk baggrund. Andelen med et usundt kostmønster er størst blandt personer med dansk baggrund. De mindste andele med et usundt kostmønster er blandt personer med anden vestlig baggrund end dansk og blandt personer med ikke-vestlig baggrund.

Bolig. En større andel personer, der bor i lejebolig, har et usundt kostmønster, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig.

Bor med ægtefælle/samlever. En større andel personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, har et usundt kostmønster, end det er tilfældet for personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. En større andel blandt personer uden børn i hjemmet har et usundt kostmønster, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen med et usundt kostmønster blandt både mænd og kvinder, personer i alderen 16-24 år og 35-64 år og på tværs af uddannelsesniveau, men med den største stigning blandt personer med lavt uddannelsesniveau. Se figur 5.6.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen med et usundt kostmønster blandt både mænd og kvinder samt blandt personer i alderen 16-54 år og på tværs af uddannelsesniveau. Se figur 5.6.S i bind 2. ◄

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

Figur 5.7 viser andelen med et usundt kostmønster set i forhold til de fire kostkomponenter: frugt, grønt, fisk og fedt.

Frugt. Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der spiser for lidt frugt, blandt følgende grupper:

- Mænd
- Personer i alderen 16-24 år og 45-54 år
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med dansk baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Grønt. Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der spiser for lidt grøntsager, blandt følgende grupper:

- Mænd
- Personer i alderen 16-24 år og personer på 75 år eller derover

Figur 5.7
Usundt kostmønster i forhold til frugt, grønt, fisk og fedt – køn, alder og sociale forhold

	Frugt	Grønt	Fisk	Fedt
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Alle	22	9	21	24
Køn				
Mand	28	13	22	26
Kvinde	16	6	21	21
Alder				
16-24 år	26	11	30	24
25-34 år	23	8	27	20
35-44 år	20	9	24	22
45-54 år	23	9	22	21
55-64 år	20	8	16	23
65-74 år	19	9	15	25
75+ år	19	13	14	37
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)				
Lavt (0-10 år)	27	16	24	36
Middel (11-14 år)	23	10	21	26
Højt (15+ år)	14	4	16	14
Erhvervstilknytning				
Studerende/skoleelever	23	9	31	22
Beskæftigede	20	8	21	21
Arbejdsløse	27	11	27	25
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	32	13	29	24
Førtidspensionister	31	14	24	28
Efterlønsmodtagere	19	6	13	22
Folkepensionister	19	11	14	30
Etnisk baggrund				
Dansk	22	10	22	25
Anden vestlig	17	5	20	18
Ikke-vestlig	18	5	19	15
Bolig				
Ejer	19	8	19	23
Lejer	26	12	26	24
Bor med ægtefælle/samlever				
Nej	25	14	26	26
Ja	20	7	19	23
Børn i hjemmet 0-15 år				
Nej	23	10	21	24
Ja	18	7	23	23

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister
- Personer med dansk baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Fisk. Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der spiser for lidt fisk, blandt følgende grupper:

- Mænd
- Personer i alderen 16-44 år
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, arbejdsløse og modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv.
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer med børn i hjemmet

Fedt. Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der spiser for meget fedt, blandt følgende grupper:

- Mænd
- Personer på 65 år eller derover
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Førtidspensionister og folkepensionister
- Personer med dansk baggrund
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever

Køn. Der er en større andel mænd end kvinder, der for alle fire kostkomponenter har et usundt kostmønster. Den største forskel på mænd og kvinder ses for frugt og grønt, mens den mindste forskel ses for fisk.

Alder. Blandt de 16-24-årige er andelen med et usundt kostmønster større for både frugt, grønt og fisk sammenlignet med andelen i hele befolkningen. Blandt personer på 75 år eller derover ses det, at andelen med et usundt kostmønster for både grønt og fedt er større sammenlignet med andelen i hele befolkningen. Blandt personer i alderen 55-74 år ses det, at andelen med et usundt kostmønster for alle fire kostkomponenter er mindre eller tilsvarende andelen i hele befolkningen, bortset fra andelen, der spiser for meget fedt, hvor andelen blandt personer i alderen 65-74 år er større end i hele befolkningen. Andelen, der spiser for lidt fisk, falder med stigende alder.

Uddannelsesniveau. Andelen med et usundt kostmønster falder med stigende uddannelsesniveau. Dette gælder for alle fire kostkomponenter.

Erhvervstilknytning. Andelene med et usundt kostmønster for *frugt* er størst blandt arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister, mens andelene, der spiser for lidt frugt, er mindst blandt beskæftigede og folkepensionister. Andelene med et usundt kostmønster for *grønt* er størst blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensioner, mens andelene, der spiser for lidt grøntsager, er mindst blandt beskæftigede og efterlønsmodtagere. Andelene med et usundt kostmønster for *fisk* er størst blandt studerende/skoleelever, arbejdsløse og modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., mens andelene, der spiser for lidt fisk, er mindst blandt efterlønsmodtagere og folkepensionister. Andelene med et usundt kostmønster for *fedt* er størst blandt førtidspensionister og folkepensionister, mens andelen, der spiser for meget fedt, er mindst blandt beskæftigede.

Etnisk baggrund. Andelen med et usundt kostmønster for både frugt, grønt og fedt er størst blandt personer med dansk baggrund. Der er ingen sammenhæng mellem etnisk baggrund og usundt kostmønster for fisk.

Bolig. En større andel blandt personer, der bor i lejebolig, har et usundt kostmønster for både frugt, grønt og fisk, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig. Der er ingen sammenhæng mellem boligtype og usundt kostmønster for fedt.

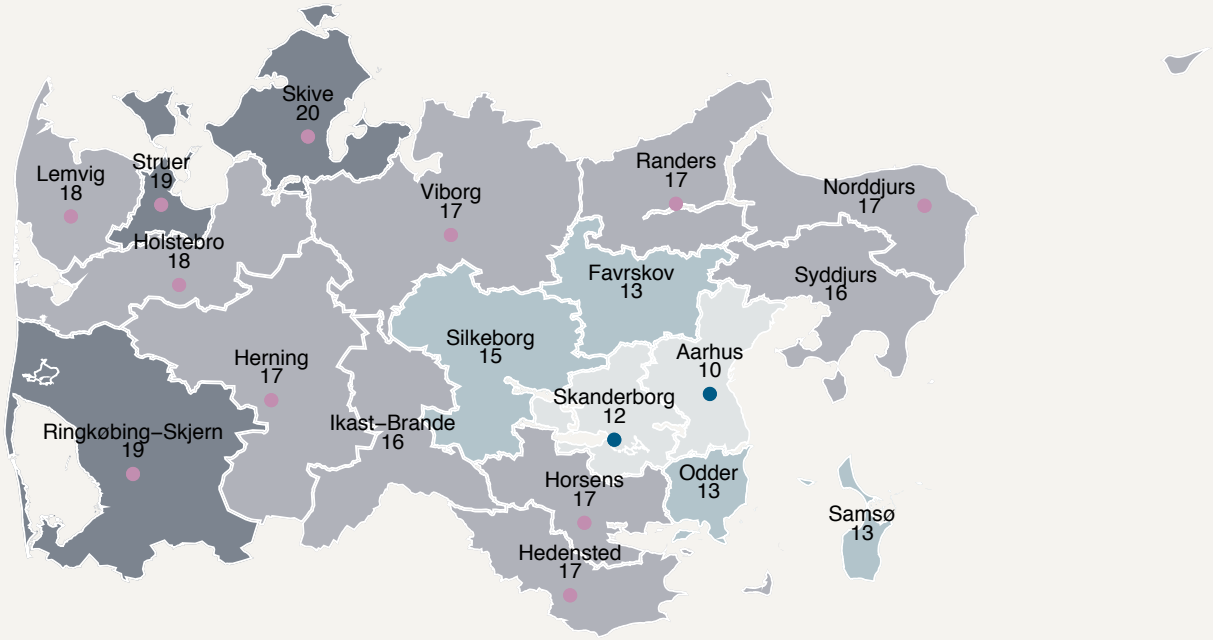
Bor med ægtefælle/samlever. En større andel blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, har et usundt kostmønster for alle fire kostkomponenter, end det er tilfældet for personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. En større andel blandt personer, der ikke har børn i hjemmet, har et usundt kostmønster for frugt og grønt, end det er tilfældet for personer, der har børn i hjemmet. Omvendt er der en større andel personer med børn i hjemmet, der har et usundt kostmønster for fisk, end det er tilfældet for personer uden børn i hjemmet. Der er ingen sammenhæng mellem, hvorvidt der er børn i hjemmet eller ej og et usundt kostmønster for fedt.

Figur 5.8
Usundt kostmønster – kommuner

	Pct.	Antal personer i kommunerne
Skive	20	6.800
Struer	19	3.000
Ringkøbing-Skjern	19	7.700
Holstebro	18	7.600
Lemvig	18	2.800
Horsens	17	11.000
Randers	17	13.000
Norddjurs	17	5.000
Viborg	17	12.000
Hedensted	17	5.700
Herning	17	11.000
Syddjurs	16	5.000
Ikast-Brande	16	4.700
Silkeborg	15	9.800
Odder	13	2.200
Samsø	13	400
Favrskov	13	4.400
Skanderborg	12	5.200
Aarhus	10	26.000
Region Midtjylland	15	144.000

Signifikant større end i Region Midtjylland
Signifikant mindre end i Region Midtjylland
Adskiller sig ikke signifikant fra Region Midtjylland



Usundt kostmønster – kommuner

Figur 5.8 viser, at andelen med usundt kostmønster varierer mellem kommunerne fra 10 % i Aarhus til 20 % i Skive.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel med usundt kostmønster i følgende kommuner:

- Skive
- Struer
- Ringkøbing-Skjern
- Holstebro
- Lemvig
- Horsens
- Randers
- Norddjurs
- Viborg
- Hedensted
- Herning

I disse kommuner varierer andelen fra 17 % til 20 %.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel med usundt kostmønster i følgende kommuner:

- Skanderborg
- Aarhus

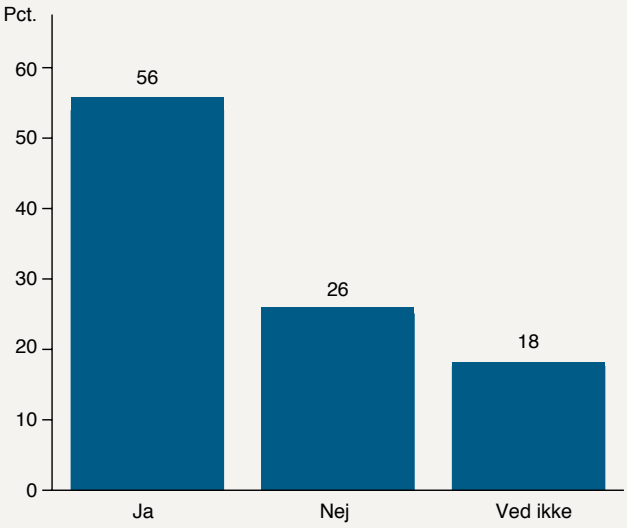
I disse kommuner varierer andelen fra 10 % til 12 %.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen med usundt kostmønster i Ringkøbing-Skjern, Holstebro, Viborg, Silkeborg, Syddjurs, Lemvig, Horsens, Aarhus og Herning. Stigningen varierer fra 2 % i Aarhus til 5 % i Holstebro og Lemvig. Se figur 5.7.S i bind 2. ◄

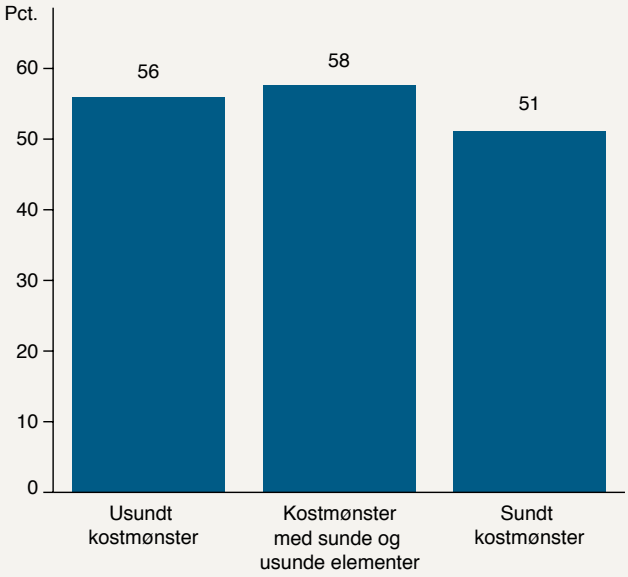
► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen med usundt kostmønster i Ringkøbing-Skjern, Holstebro, Odder, Viborg, Silkeborg, Syddjurs og Aarhus. Stigningen varierer fra 2 % i Aarhus til 5 % i Ringkøbing-Skjern. Se figur 5.7.S i bind 2. ◄

Figur 5.9, 5.10 og 5.11
Ønsker at spise mere sundt og selvvurderede kostvaner

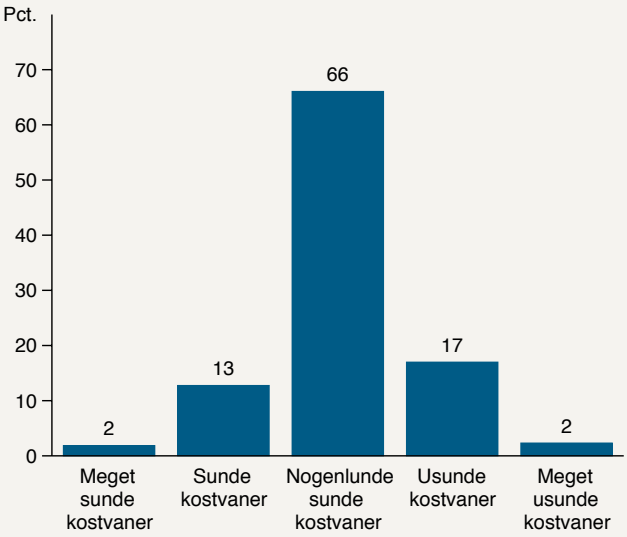
Figur 5.9
Vil du gerne spise mere sundt?



Figur 5.10
Andel, der gerne vil spise mere sundt – i forhold til kostmønster



Figur 5.11
Selvvurderede kostvaner blandt personer med usundt kostmønster



Hvor mange vil gerne spise mere sundt?

Figur 5.9 viser, at mere end halvdelen af befolkningen (56 %) gerne vil spise mere sundt. Der er 26 %, der ikke ønsker at spise mere sundt, og 18 %, der ikke ved, om de gerne vil spise mere sundt.

Af figur 5.10 fremgår det, at andelen, der gerne vil spise mere sundt, blandt personer med usundt kostmønster er 56 %, mens 58 % med et kostmønster med sunde og usunde elementer gerne vil spise mere sundt. Blandt personer med et sundt kostmønster vil 51 % gerne spise mere sundt. Der er dermed ikke en stærk sammenhæng mellem kostmønster og ønsket om at spise mere sundt, omend andelen, der gerne vil spise mere sundt, er lidt større blandt personer med et kostmønster med sunde og usunde elementer og tilsvarende lidt mindre blandt personer med et sundt kostmønster.

Det ses af figur 5.11, at der blandt personer med et usundt kostmønster kun er henholdsvis 17 % og 2 %, der vurderer, at deres kostvaner er usunde eller meget usunde. Der er 66 %, som vurderer, at deres kostvaner er nogenlunde sunde, mens 13 % og 2 % vurderer, at deres kostvaner er sunde eller meget sunde. Det kan tages som udtryk for manglende viden om, hvad der er sunde kostvaner, og dermed en manglende evne til at vurdere, om ens egne kostvaner er sunde eller ej.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 er der sket et lille fald i andelen, der ønsker at spise mere sundt, mens der er sket en lille stigning i andelen, der gerne vil spise mere sundt, blandt personer med usundt kostmønster. Se figur 5.8.S-5.9.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 er der sket en lille stigning i andelen, der ønsker at spise mere sundt, ligesom der er sket en lille stigning i andelen, der gerne vil spise mere sundt, blandt personer med usundt kostmønster. Se figur 5.8.S-5.9.S i bind 2. ◄

Figur 5.12
Vil gerne spise mere sundt – køn, alder og sociale forhold

	Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Alle	56	553.000
Køn		
Mand	51	250.000
Kvinde	60	303.000
Alder		
16-24 år	69	99.000
25-34 år	73	105.000
35-44 år	71	107.000
45-54 år	59	101.000
55-64 år	48	72.000
65-74 år	34	47.000
75+ år	23	21.000
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)		
Lavt (0-10 år)	42	56.000
Middel (11-14 år)	53	233.000
Højt (15+ år)	60	153.000
Erhvervstilknytning		
Studerende/skoleelever	72	81.000
Beskæftigede	62	319.000
Arbejdsløse	67	14.000
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	67	38.000
Førtidspensionister	56	23.000
Efterlønsmodtagere	41	8.000
Folkepensionister	29	63.000
Etnisk baggrund		
Dansk	54	486.000
Anden vestlig	64	26.000
Ikke-vestlig	73	41.000
Bolig		
Ejer	53	327.000
Lejer	62	207.000
Bor med ægtefælle/samlever		
Nej	58	191.000
Ja	55	345.000
Børn i hjemmet 0-15 år		
Nej	52	332.000
Ja	69	172.000

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

Vil gerne spise mere sundt – køn, alder og sociale forhold

Af figur 5.12 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der gerne vil spise mere sundt, i følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 16-54 år
- Personer med højt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, beskæftigede, arbejdsløse og modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv.
- Personer med anden vestlig baggrund end dansk og personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer med børn i hjemmet

Køn. Der er en større andel af kvinder end mænd, der gerne vil spise mere sundt.

Alder. De største andele, der gerne vil spise mere sundt, er blandt de 16-54-årige, og de mindste andele er blandt personer på 55 år eller derover.

Uddannelsesniveau. Andelen, der gerne vil spise mere sundt, er størst blandt personer med et højt uddannelsesniveau og mindst blandt personer med et lavt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. De største andele, der gerne vil spise mere sundt, er blandt studerende/skoleelever, beskæftigede, arbejdsløse og modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. De mindste andele, der gerne vil spise mere sundt, er blandt efterlønsmodtagere og folkepensionister.

Etnisk baggrund. Andelene, der gerne vil spise mere sundt, er størst blandt personer med anden vestlig baggrund end dansk eller ikke-vestlig baggrund. Den mindste andel findes blandt personer med dansk baggrund.

Bolig. En større andel blandt personer, der bor i lejebolig, vil gerne spise mere sundt, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig.

Bor med ægtefælle/samlever. En større andel blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, vil gerne spise mere sundt, end det er tilfældet for personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. En større andel blandt personer med børn i hjemmet vil gerne spise mere sundt, end det er tilfældet for personer uden børn i hjemmet.

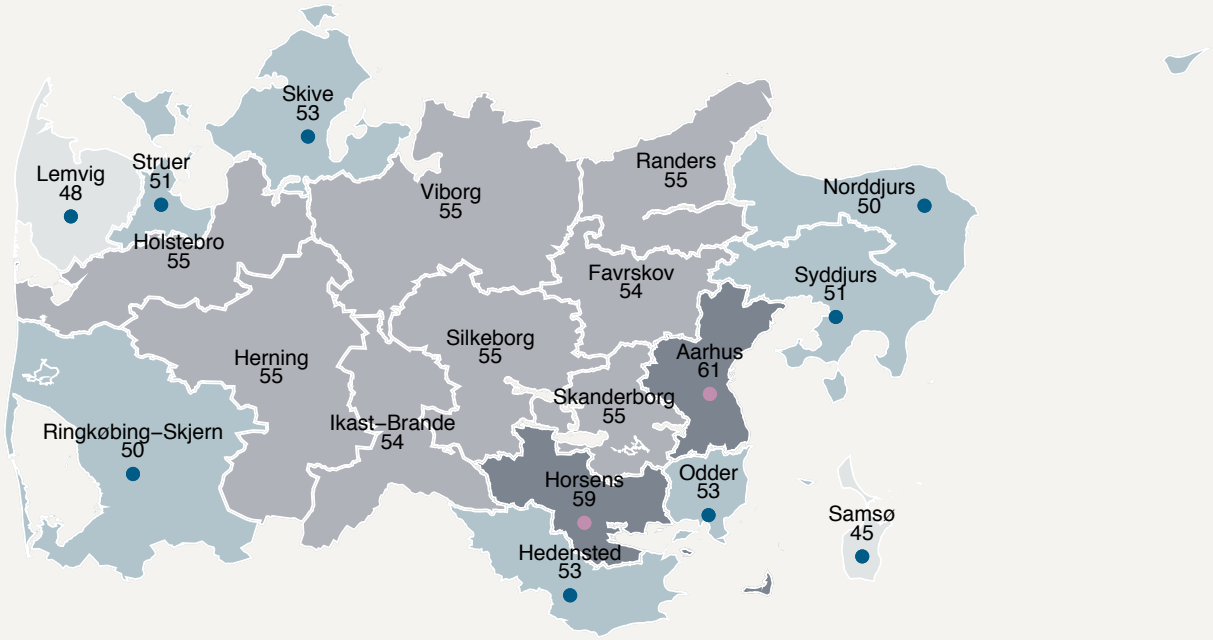
► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 har der været et fald i andelen, der gerne vil spise mere sundt, blandt kvinder, personer på 75 år eller derover og blandt personer med et lavt og middelhøjt uddannelsesniveau. Se figur 5.10.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen, der gerne vil spise mere sundt, blandt mænd og personer i alderen 35-44 år og 55-74 år. Se figur 5.10.S i bind 2. ◄

Figur 5.13
Vil gerne spise mere sundt – kommuner

	Pct.	Antal personer i kommunerne
Aarhus	61	157.000
Horsens	59	39.000
Viborg	55	40.000
Skanderborg	55	24.000
Silkeborg	55	38.000
Holstebro	55	24.000
Herning	55	37.000
Randers	55	42.000
Ikast-Brande	54	17.000
Favrskov	54	18.900
Hedensted	53	18.000
Odder	53	8.900
Skive	53	19.000
Syddjurs	51	17.000
Struer	51	8.400
Ringkøbing-Skjern	50	22.000
Norddjurs	50	15.000
Lemvig	48	7.600
Samsø	45	1.400
Region Midtjylland	56	553.000

Signifikant større end i hele Region Midtjylland
Signifikant mindre end i hele Region Midtjylland
Adskiller sig ikke signifikant fra Region Midtjylland



Vil gerne spise mere sundt – kommuner

Figur 5.13 viser, at andelen, der gerne vil spise mere sundt, varierer mellem kommunerne fra 45 % på Samsø til 61 % i Aarhus.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel, der gerne vil spise mere sundt, i følgende kommuner:

- Aarhus
- Horsens

I disse kommuner varierer andelen fra 59 % til 61 %.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel, der gerne vil spise mere sundt, i følgende kommuner:

- Hedensted
- Odder
- Skive
- Syddjurs
- Struer
- Ringkøbing-Skjern
- Norddjurs
- Lemvig
- Samsø

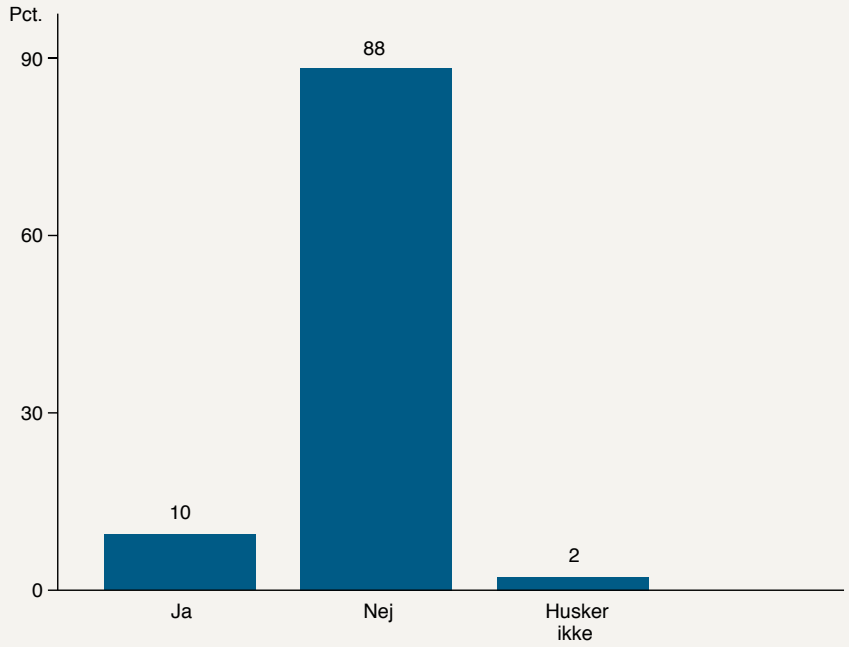
I disse kommuner varierer andelen fra 45 % til 53 %.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 er der sket et fald i andelen, der gerne vil spise mere sundt, i Norddjurs kommune. Se figur 5.11.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen, der gerne vil spise mere sundt, i Ikast-Brande kommune. Se figur 5.11.S i bind 2. ◄

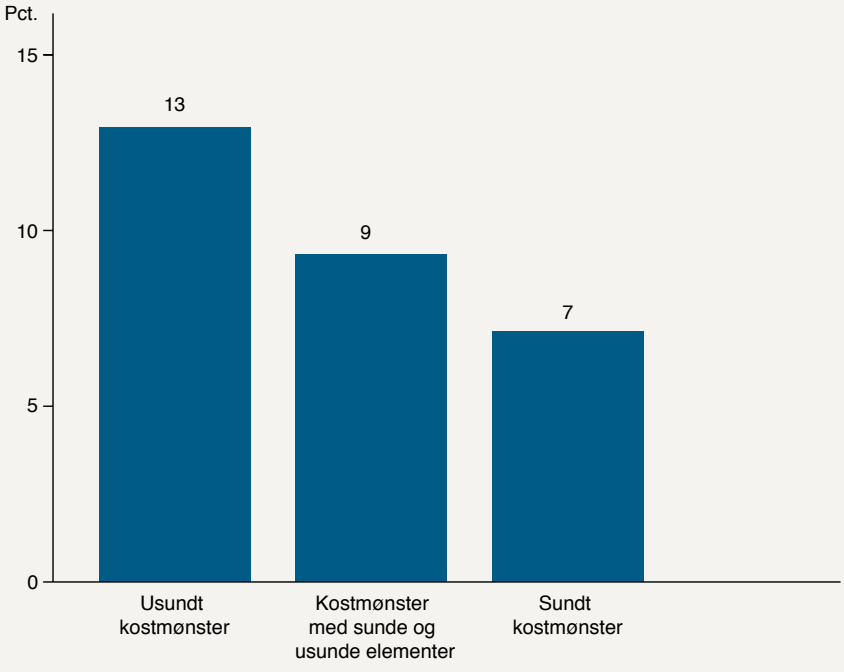
Figur 5.14 og 5.15
Rådgivning fra egen læge om at ændre kostvaner

Figur 5.14
Har du fået råd fra egen læge om at ændre kostvaner?



Note: Opgjort blandt alle, der har været ved læge i løbet af de seneste 12 måneder

Figur 5.15
Andel, der har modtaget råd fra egen læge om at ændre kostvaner – i forhold til kostmønster



Note: Opgjort blandt alle, der har været ved læge i løbet af de seneste 12 måneder

Råd fra egen læge om at ændre kostvaner

Figur 5.14 viser, at 10 % af befolkningen, der har været ved egen læge inden for de seneste 12 måneder, er blevet rådet til at ændre kostvaner.

Af figur 5.15 fremgår det, at der er en sammenhæng mellem råd fra egen læge om at ændre kostvaner og det faktiske kostmønster, således at personer med usundt kostmønster i højere grad er blevet rådet af egen læge til at ændre kostvaner. Det er imidlertid kun en mindre andel inden for alle grupper, der har modtaget kostråd fra egen læge. Således er 13 % med et usundt kostmønster blevet rådet til at ændre kostvaner, mens 9 % med et kostmønster med sunde og usunde elementer og 7 % med et sundt kostmønster er blevet rådet til at ændre kostvaner.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 har der været et lille fald i andelen, der i løbet af de seneste 12 måneder er blevet rådet til at ændre kostvaner af egen læge. Se figur 5.12.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der ikke været nogen ændring i, hvor stor en andel der i løbet af de seneste 12 måneder er blevet rådet til at ændre kostvaner af egen læge. Se figur 5.12.S i bind 2. ◄

Sammenfatning

Andelen med et usundt kostmønster i Region Midtjylland er 15 %. Der har været en stigning i andelen med usundt kostmønster i perioden 2010 til 2017 fra 12 % til 15 % og i perioden 2013 til 2017 fra 13 % til 15 %. Andelen af personer med usundt kostmønster i forhold til frugt, fisk og fedt er ligeledes steget i perioden fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 – særlig stor er stigningen for frugt. Andelen med usundt kostmønster i forhold til grønt er stagneret.

Der er en stærk sammenhæng mellem usundt kostmønster og køn, alder og sociale forhold. Eksempelvis er andelen med usundt kostmønster markant større blandt mænd end kvinder – også set i forhold til de fire kostkomponenter. Andelen med usundt kostmønster varierer ligeledes betydeligt efter alder, uddannelsesniveau og tilknytning til arbejdsmarkedet – også set i forhold til de fire kostkomponenter. Eksempelvis ses det, at især unge generelt spiser for lidt fisk, mens personer med et lavt uddannelsesniveau får for meget fedt.

Det ses, at befolkningen generelt ønsker at spise mere sundt, idet over halvdelen af befolkningen angiver, at de ønsker at spise mere sundt. Desværre ses der ikke nogen sammenhæng mellem at have et usundt kostmønster og ønsket om at spise mere sundt.

Slutteligt ses der en sammenhæng mellem råd fra egen læge om at ændre kostvaner og det faktiske kostmønster, således at personer med et usundt kostmønster i højere grad bliver rådet af lægen til at ændre kostvaner end personer, der spiser sundt.

Referencer

1. Kjøller M, Juel K, Kamper-Jørgensen F. Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. Statens Institut for Folkesundhed 2007.

2. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet 2012;380(9859):2224-2260.

3. Mozaffarian D. Dietary and Policy Priorities for Cardiovascular Disease, Diabetes, and Obesity – A Comprehensive Review. Circulation 2016;133(2):187-225.

4. Imamura F, O'Connor L, Ye Z, Mursu J, Hayashino Y, Bhupathiraju SN, et al. Consumption of sugar-sweetened beverages, artificially sweetened beverages, and fruit juice and incidence of type 2 diabetes: a systematic review, meta-analysis, and estimation of population attributable fraction. The BMJ 2015;351(h3576).

5. Popkin BM, Adair LS, Ng SW. Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. Nutr Rev 2012;70(1):3-21.

6. Schwingshackl L, Schwedhelm C, Hoffmann G, Lampousi A, Knüppel S, Iqbal K, et al. Food groups and risk of all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. The American Journal of Clinical Nutrition 2017.

7. World Health Organisation. Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. WHO 2003.

8. Hooper L, Summerbell CD, Thompson R, Sills D, Roberts FG, Moore H, et al. Reduced or modified dietary fat for preventing cardiovascular disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011;6(7).

9. Kontogianni MD, Panagiotakos DB. Dietary patterns and stroke: A systematic review and re-meta-analysis. Maturitas 2014. September 2014;79(1):41-47.

10. Yang Q, Zhang Z, Gregg EW, Flanders WD, Merritt R, Hu FB. Added Sugar Intake and Cardiovascular Diseases Mortality Among US Adults. JAMA Intern Med 2014;174(4):516-524.

11. Chrysohoou C, Stefanadis C. Longevity and Diet. Myth or pragmatism? Maturitas 2013. December 2013;76(4):303-307.

12. Drewnowski A. Obesity, diets, and social inequalities. Nutr Rev 2009;67:S36-S39.

13. Cohen K, Rai M, Rehkopf DH, Abrams B. Educational attainment and obesity: a systematic review. Obesity Reviews 2013;25(16):1-17.

14. Irala-Estevez JD, Groth MV, Johansson L, Oltersdorf U, Prattala R, Martinez-Gonzalez M. A systematic review of socio-economic differences in food habits in Europe: consumption of fruit and vegetables. European Journal of Clinical Nutrition; 2000;54(9):706-714.

15. Pedersen AN, Christensen T, Matthiesen J, Knudsen VK, Rosenlund-Sørensen M, Biltoft-Jensen A, et al. Danskernes kostvaner 2011-2013. DTU Fødevareinstituttet; 2014.

16. Fødevarestyrelsen. De Officielle Kostråd. Fødevarestyrelsen; 2015.

17. Becker W, Lyhne N, Pedersen AN, Aro A, Fogelholm M, Phorsdottir I, et al. Nordic Nutrition Recommendations 2004 – integrating nutrition and physical activity. Scandinavian Journal of Nutrition 2004 01/01;48(4):178-187.

18. Haraldsdottír J. Næringstofanbefalinger – principper og anvendelse. In: Astrup A, Dyerberg J, Stender S, editors. Menneskets Ernæring. 2nd ed. København: Munksgaard; 2008. p. 77-82.

19. Norden. Nordic Nutrition Recommendations 2012. Integrating nutrition and physical activity. Nordic Council of Ministers 2014.

20. Tetens I, Andersen L, B., Astrup A, Gondolf UH, Hermansen K, Jakobsen MU, et al. Evidensgrundlaget for danske råd om kost og fysisk aktivitet. DTU Fødevareinstituttet 2013.

21. Groth MV, Sørensen MR, Biltoft-Jensen A, Matthiessen J, Kørup K, Fagt S. Danskernes måltidsvaner, holdninger, motivation og barrierer for at spise sundt 1995-2008. DTU Fødevareinstituttet 2009.

22. Forebyggelseskommissionen. Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats. Forebyggelseskommissionen 2009.

23. Ziebell B, Eriksen K. Forebyggelsespakke: Mad og Måltider. Sundhedsstyrelsen 2012.

24. Toft U, Kristoffersen LH, Lau C, Borch-Johnsen K, Jørgensen T. The Dietary Quality Score: validation and association with cardiovascular risk factors: the Inter99 study. European Journal of Clinical Nutrition 2007;61(2):270-278.

6. OVERVÆGT

Overvægt har på verdensplan antaget karakter af en epidemi. En global undersøgelse af udviklingen i Body Mass Index (BMI) viser, at andelen af overvægtige er steget markant i perioden fra 1980 til 2013. Undersøgelsen peger desuden på, at ca. 2,1 milliarder mennesker, svarende til 30 % af jordens befolkning, vejer for meget (1). Af disse vurderes det, at 1,5 milliarder er moderat overvægtige, mens 640 millioner lider af svær overvægt, også kaldet fedme. Der er således ikke tegn på, at den globale fedmeepidemi har toppet endnu (2). WHO har i forbindelse med FN's globale udviklingsmål opstillet en målsætning om, at væksten i fedme skal være standset i 2025.

Resultater fra en dansk befolkningsundersøgelse viser, at i perioden 2008-2013 er andelen af moderat og svært overvægtige stagneret blandt mænd, mens andelen af moderat og svært overvægtige fortsat er steget blandt kvinder (3). Sammenholdt med de øvrige 34 OECD-lande er andelen med svær overvægt dog forholdsvis lav i Danmark, idet 26 lande har en højere andel (2). På trods heraf er overvægt også et betydeligt sundhedsproblem i Danmark.

Svær overvægt er en tilstand, hvor mængden af fedt i kroppen er forøget i en sådan grad, at det udgør en betydelig risiko for at udvikle et stort antal kroniske sygdomme (4, 5). Dog har både moderat og svær overvægt konsekvenser for helbredet (6) og kan føre til type 2-diabetes (7, 8), hjerte-kar-sygdomme (6, 8) og forskellige former for kræft (7, 8). Overvægt er desuden relateret til lidelser i bevægeapparatet, såsom slidgigt og leddegigt (9), ligesom der er sammenhæng mellem overvægt og kortere levealder (10). Svær overvægt anses dog for at være den største udfordring for folkesundheden, mens moderat overvægt især er relevant i et forebyggelsesperspektiv. Det er vigtigt at forebygge, at moderat overvægtige ikke udvikler svær overvægt.

Foruden de helbredsmæssige konsekvenser er overvægt forbundet med dårligere trivsel og livskvalitet (8, 11) – svær overvægt kan f.eks. gøre dagligdagen besværlig pga. smerter i knæled og nedsat gangfunktion eller søvnbesvær (søvnapnø). Dertil er overvægt forbundet med en forøget forekomst af depression (12) og psykisk sygdom (13). Overvægt har desuden store samfundsøkonomiske konsekvenser, der både vedrører udgifter i sundhedsvæsenet og udgifter i forbindelse med sygemelding og arbejdsløshed (4, 14). I forlængelse heraf vurderes det, at det danske sundhedsvæsen årligt har ekstraomkostninger i størrelsesordenen 4,5 milliarder kroner relateret til behandling og pleje af svært overvægtige (14). Det massive omfang og de mange risici, der er forbundet med at være svært overvægtig, har betydet, at American Medical Association i 2013 anerkendte svær overvægt som en kronisk sygdom (15). I Europa anses svær overvægt endnu ikke som en sygdom.

Der er store sociale forskelle i forekomsten af overvægt (1). F.eks. er der forskel i forekomsten af overvægt på tværs af etniske grupper, ligesom der er store forskelle i forhold til uddannelsesniveau (16). Især forekommer overvægt i befolkningsgrupper med de korteste uddannelser (16). Dertil har overvægtige kvinder generelt et større tab i middellevetid samt flere tabte kvalitetsjusterede leveår end overvægtige mænd (14).

Overvægt og fedme tilskrives ofte et samspil mellem lav fysisk aktivitet og et stort energioptag, eksempelvis igennem en sukker- og fedtholdig kost (17). Årsagen til overvægt er dog betydelig mere kompleks, og både sociale og økonomiske omstændigheder, adfærd og genetik har betydning for vægtforøgelse og overvægt (17). Det vurderes eksempelvis, at genetiske faktorer kan forklare 40-60 % af variationen i BMI (18). Forskning peger desuden på, at en række betingelser i fosterstadiet og spædbarnsalderen kan være relevante i forhold til senere overvægt, herunder overvægt under graviditeten, graviditetsdiabetes og høj fødselsvægt (17, 19). Desuden kan sygdomme og medicinforbrug ligeledes være årsag til vægtforøgelse og overvægt (12, 13, 17).

Samlet set er der dog enighed om, at overvægt udvikler sig i et samspil mellem miljø, gener og adfærd. I de seneste år har der desuden været fokus på faktorer i omgivelserne, der kan have betydning for en usund livsstil – heriblandt overvægt – såsom tilgængelighed af udendørsfaciliteter til fysisk udfoldelse eller sunde fødevarer til en overskuelig pris (20). I denne forbindelse kan nogle miljøer være mere fedmefremmende end andre (20). Fødevareindustriens markedsføring af fedt- og sukkerholdige fødevarer har medvirket til at skabe fedmefremmende fødevaremiljøer i supermarkeder, fastfoodrestauranter, sportshaller mv. Dette understreger tilsammen behovet for en bedre koordinering af forskellige politikker på området. Der er et samspil mellem det enkelte individs

kost- og motionsvaner og den palet af valgmuligheder, som omgivelserne tilbyder. Det vil næppe være muligt at inddæmme fedmeepidemien alene ved at tilskynde den enkelte borger til at lægge sine kost- og motionsvaner om.

At forbygge og motivere til vægttab

Der er et stort sundhedsmæssigt potentiale i at forebygge overvægt, ligesom det kan være gavnligt for overvægtige at tabe sig (11, 21). Der findes flere forskellige strategier til at forebygge og afhjælpe overvægt, hvor de typiske vedrører ændring af kost- og motionsvaner. I sjældne tilfælde foretages medicinske eller kirurgiske indgreb, såsom gastrisk bypassoperation.

For mange overvægtige kan det virke som en uoverskuelig opgave at ændre vaner, f.eks. at spise sundere eller dyrke mere motion, ligesom et solidt vægttab tager lang tid at gennemføre. At mindske sit energiindtag, øge mængden af frugt og grønt og være fysisk aktiv er dog vigtige ændringer, som den enkelte kan varetage på egen hånd. For at den enkelte skal lykkes med at ændre sine usunde vaner, er det dog også en forudsætning, at fornødne rammer for blandt andet fysisk aktivitet og sund kost er til stede. Dette er i høj grad et samfundsansvar (22).

Kommunale indsatser kan være med til at gøre en forskel for overvægtige samt forebygge overvægt i befolkningen generelt. Sundhedsstyrelsen anbefaler i *Forebyggelsespakke – overvægt*, at kommunerne iværksætter indsatser for borgerne, som involverer indsatsområderne: *rammer, tilbud og tidlig opsporing* samt *information og undervisning* (23). I forhold til indsatsområdet *rammer* anbefales det eksempelvis, at der udarbejdes lokale handleplaner for forebyggelse af overvægt på kommunale arbejdspladser og institutioner, samt at der rettes opmærksomhed på forebyggelse af drilleri og mobning relateret til overvægt på skoler. Under indsatsområdet *tilbud og tidlig opsporing* anbefales det at sætte fokus på mad, måltider og fysisk aktivitet, når sundhedsplejersken foretager hjemmebesøg i familier med børn i det første leveår. Under indsatsområdet *information og undervisning* fremhæves det blandt andet, at skolerne bør behandle overvægt som et tema i sundhedsundervisningen, samt at der på ungdomsuddannelserne bør tilbydes sundhedssamtaler.

Definition af overvægt

Vægtstatus er i *Hvordan har du det?* målt ved hjælp af BMI på baggrund af svarpersonernes oplysninger om højde og vægt. Således er svarpersonerne blevet bedt om at svare på følgende spørgsmål angående højde og vægt:

- Hvor høj er du (uden sko)?
- Hvor meget vejer du i *hele* kg (uden tøj)?

BMI beregnes ved at dividere vægten i kilo med højden i meter i anden potens (kg/m2). På baggrund af BMI foretages der en inddeling i fire vægtklasser:

Svær overvægt:	BMI ≥ 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 (24) og omfatter i denne sammenhæng risikoen for 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 (24).

Det skal nævnes, at der er en tilbøjelighed blandt overvægtige til at oplyse en lavere vægt end den faktiske (25). Derfor må undersøgelsens opgørelse over overvægtige betragtes som et minimumstal.

At anvende BMI som mål for fedtmassen er forbundet 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 m.m. (16), hvorfor taljemål i nogle tilfælde kan være et godt supplement til BMI. Et forhøjet taljemål øger risikoen for de fleste livsstilssygdomme, fordi fedt omkring maven (visceralt fedt) er mere skadeligt for helbredet end fedt, der sidder på f.eks. hofterne (11, 24). Et forhøjet BMI er dog tilsvarende forbundet med livsstilssygdomme (6, 10). Det bør fremhæves, at der i *Hvordan har du det?* ikke er spurgt ind til taljemål.

I det følgende belyses befolkningens vægtklasser. Der sættes fokus på, hvor stor en andel af befolkningen

i Region Midtjylland, som er henholdsvis moderat og svært overvægtige. Både andelen, der er moderat overvægtige og svært overvægtige, beskrives i forhold til køn, alder, sociale forhold og geografi. I kapitlet er der desuden en beskrivelse af overvægtige, der gerne vil tabe sig, samt en beskrivelse af, hvor mange overvægtige der gerne vil spise mere sundt og være mere fysisk aktive. Sluttelig beskrives det, i hvilket omfang borgerne i Region Midtjylland har modtaget råd om vægttab fra egen læge.

Foruden de spørgsmål, der anvendes til at udregne BMI, anvendes følgende spørgsmål til at belyse befolkningens motivation for at tabe sig:

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

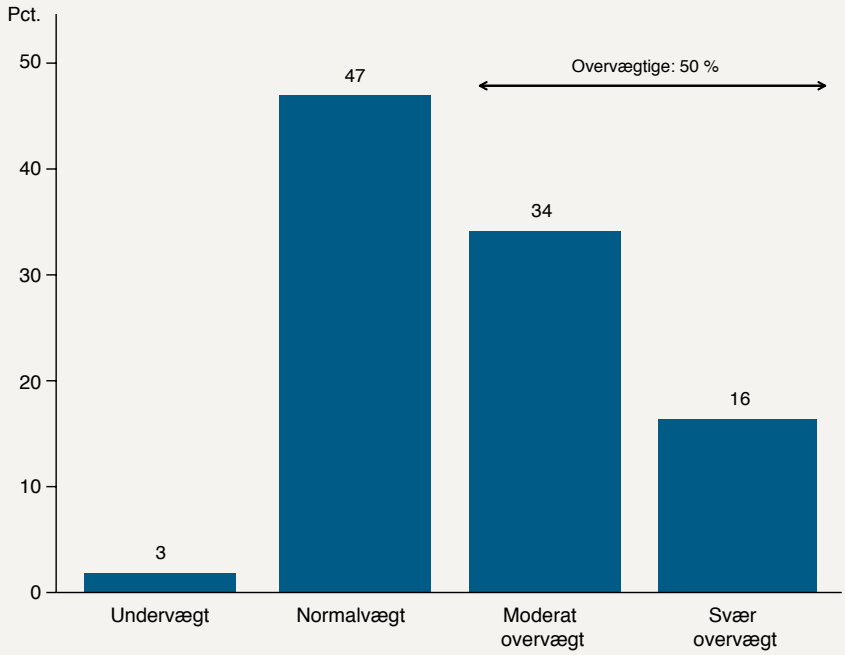
Hvor mange er overvægtige?

Figur 6.1 viser, at halvdelen af befolkningen er overvægtige. Der er 34 %, som er moderat overvægtige, mens 16 % er svært overvægtige. Dertil ses, at 3 % er undervægtige, og 47 % er normalvægtige.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen, der er svært overvægtige, fra 14 % til 16 %. Tilsvarende har der været et fald i andelen, der er normalvægtige. Se figur 6.1.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen, der er svært overvægtige, fra 14 % til 16 %. Tilsvarende har der været et fald i andelen, der er normalvægtige. Dertil har der været en stigning i andelen, der er moderat overvægtige. Se figur 6.1.S i bind 2. ◄

Figur 6.1
Befolkningen fordelt på vægtklasser



Figur 6.2
Overvægt – køn, alder og sociale forhold

	Moderat overvægt	Svær overvægt	Moderat overvægtige	Svært overvægtige
	Pct.	Pct.	Personer	Personer
Alle	34	16	331.000	160.000
Køn				
Mand	41	16	197.000	79.000
Kvinde	28	16	135.000	80.000
Alder				
16-24 år	18	7	25.000	9.700
25-34 år	30	14	42.000	20.000
35-44 år	34	19	50.000	28.000
45-54 år	38	21	64.000	35.000
55-64 år	41	19	61.000	29.000
65-74 år	40	19	55.000	26.000
75+ år	39	14	34.000	12.000
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)				
Lavt (0-10 år)	37	25	48.000	32.000
Middel (11-14 år)	39	20	170.000	85.000
Højt (15+ år)	32	12	81.000	30.000
Erhvervstilknytning				
Studerende/skoleelever	21	7	23.000	7.600
Beskæftigede	36	16	184.000	83.000
Arbejdsløse	30	22	6.000	4.400
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	25	22	14.000	12.000
Førtidspensionister	34	33	13.000	13.000
Efterlønsmodtagere	38	17	7.500	3.300
Folkepensionister	39	17	81.000	35.000
Etnisk baggrund				
Dansk	34	17	300.000	148.000
Anden vestlig	33	14	13.000	5.800
Ikke-vestlig	32	10	18.000	5.600
Bolig				
Ejer	36	16	219.000	96.000
Lejer	30	18	100.000	59.000
Bor med ægtefælle/samlever				
Nej	29	16	96.000	51.000
Ja	37	17	229.000	104.000
Børn i hjemmet 0-15 år				
Nej	35	17	220.000	107.000
Ja	33	16	82.000	38.000

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

Overvægt – køn, alder og sociale forhold

Af figur 6.2 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel af personer, der er *moderat overvægtige,* blandt følgende grupper:

- Mænd
- Personer på 45 år og derover
- Personer med middelhøjt uddannelsesniveau
- Beskæftigede, efterlønsmodtagere og folkepensionister
- Personer, der bor i ejerbolig
- Personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever

Figur 6.2 viser endvidere, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel af personer, der er *svært overvægtige*, blandt følgende grupper:

- Personer i alderen 35-74 år
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Beskæftigede, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister
- Personer med dansk baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. Der er en større andel mænd end kvinder, der er moderat overvægtige, mens der ikke er nogen sammenhæng mellem køn og svær overvægt.

Alder. De største andele af personer, der er moderat overvægtige, er blandt personer på 45 år og derover, og de mindste andele er blandt de 16-34-årige. De største andele af personer, der er svært overvægtige, er blandt personer i alderen 35-74 år, og de mindste andele er blandt de 16-24-årige og personer på 75 år eller derover.

Uddannelsesniveau. Der er en større andel, der er moderat overvægtige, blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau og en mindre andel blandt personer, der har et højt uddannelsesniveau. Der er en stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og svær overvægt. Således er der en betydeligt mindre andel, der er svært overvægtige, blandt personer, der har et højt uddannelsesniveau, en større andel blandt personer med et middelhøjt uddannelsesniveau og en markant større andel blandt personer med et lavt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. De største andele af personer, der er moderat overvægtige, er blandt beskæftigede, efterlønsmodtagere og folkepensionister. De mindste andele af personer, der er moderat overvægtige, er blandt studerende/skoleelever og modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. De største andele af personer, der er svært overvægtige, er blandt beskæftigede, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister. Den mindste andel af personer, der er svært overvægtige, er blandt studerende/skoleelever.

Etnisk baggrund. Der er ingen sammenhæng mellem etnisk baggrund og moderat overvægt, mens der er en større andel, der er svært overvægtige, blandt personer med dansk baggrund og en mindre andel, der er svært overvægtige, blandt personer med en ikke-vestlig baggrund.

Bolig. Der er en større andel blandt personer, der bor i ejerbolig, der er moderat overvægtige, end blandt personer, der bor i lejebolig. Modsat er der en større andel blandt personer, der bor i lejebolig, der er svært overvægtige end blandt personer, der bor i ejerbolig.

Bor med ægtefælle/samlever. Der er en større andel blandt personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever, der er moderat og svært overvægtige, end blandt personer, der bor uden ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. Der er ingen sammenhæng mellem, hvorvidt der er børn i hjemmet eller ej og moderat overvægt, mens der er en større andel blandt personer uden børn i hjemmet, der er svært overvægtige, end det er tilfældet blandt personer med børn i hjemmet.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 har der været en lille stigning i andelen, der er *moderat overvægtige* blandt kvinder, mens der er sket et lille fald blandt personer i alderen 65-74 år og blandt personer med et lavt uddannelsesniveau. Se figur 6.2.S i bind 2. I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen, der er *svært overvægtige*, blandt både mænd og kvinder, personer på 35 år og derover og på tværs af uddannelsesniveauer. Se figur 6.3.S i bind 2. ◄

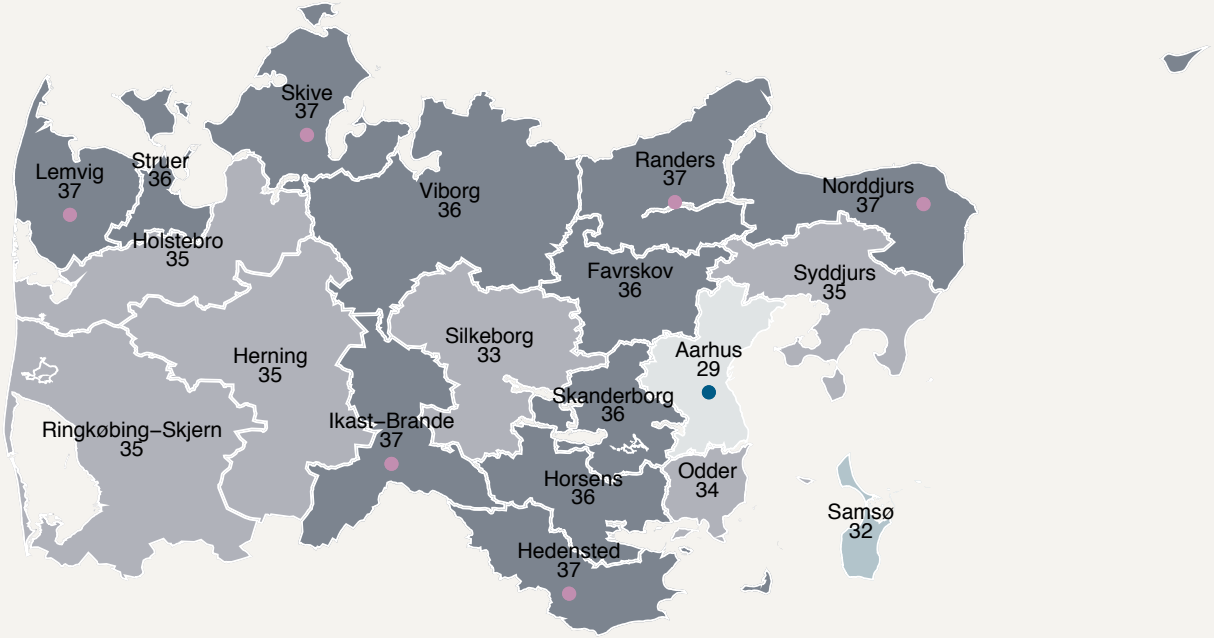
► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været en lille stigning i andelen, der er *moderat overvægtige,* blandt personer med et middelhøjt uddannelsesniveau. Se figur 6.2.S i bind 2. I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen, der er *svært overvægtige*, blandt både mænd og kvinder, personer i alderen 25-64 år og på tværs af uddannelsesniveauer. Se figur 6.3.S i bind 2. ◄

Figur 6.3
Overvægt – kommuner

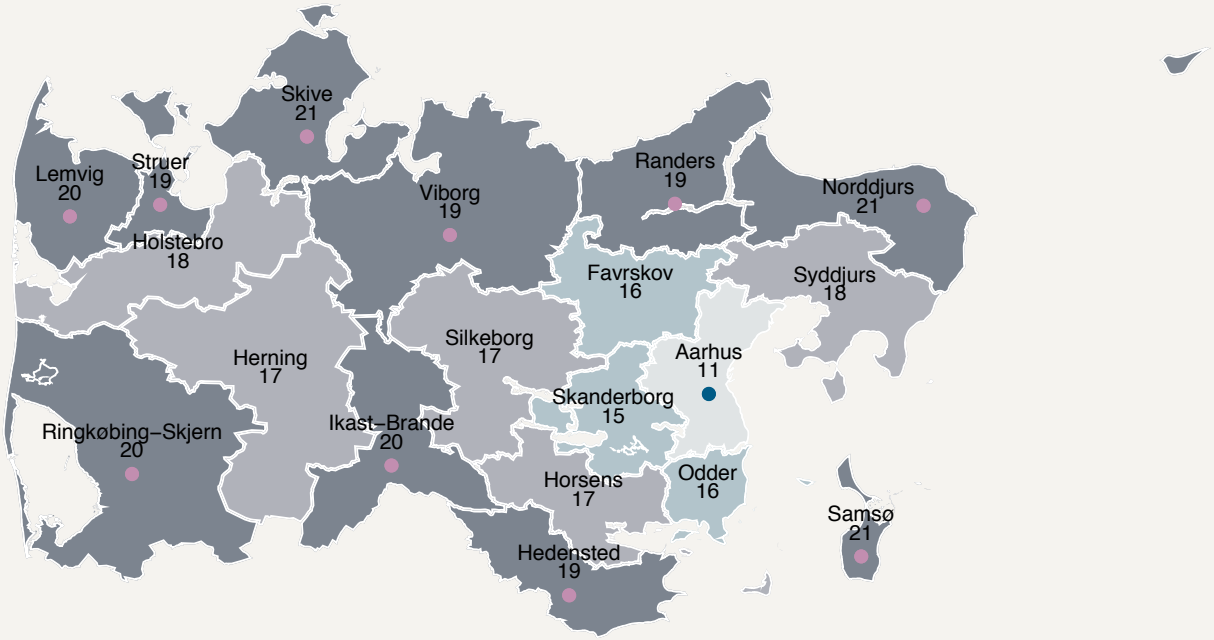
	Moderat overvægt	Svær overvægt	Moderat overvægtige	Svært overvægtige
	Pct.	Pct.	Personer	Personer
Norddjurs	37	21	11.000	6.000
Skive	37	21	13.000	7.500
Samsø	32	21	900	600
Ikast-Brande	37	20	11.000	6.000
Lemvig	37	20	5.800	3.100
Ringkøbing-Skjern	35	20	15.000	8.700
Hedensted	37	19	12.000	6.300
Randers	37	19	27.000	14.000
Struer	36	19	5.900	3.000
Viborg	36	19	25.000	14.000
Holstebro	35	18	15.000	7.700
Syddjurs	35	18	11.000	5.800
Horsens	36	17	24.000	11.000
Herning	35	17	23.000	11.000
Silkeborg	33	17	23.000	11.000
Favrskov	36	16	13.000	5.700
Odder	34	16	5.700	2.700
Skanderborg	36	15	15.000	6.400
Aarhus	29	11	75.000	29.000
Region Midtjylland	34	16	331.000	160.000

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

Moderat overvægt



Svær overvægt



Overvægt – kommuner

Figur 6.3 viser andelen af moderat og svært overvægtige i kommunerne. Andelen af moderat overvægtige varierer fra 37 % i Norddjurs, Skive, Ikast-Brande, Lemvig, Hedensted og Randers til 29 % i Aarhus. Andelen af svært overvægtige varierer fra 21 % i Norddjurs, Skive og på Samsø til 11 % i Aarhus.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel, der er *moderat overvægtige,* i følgende kommuner:

- Norddjurs
- Skive
- Ikast-Brande
- Lemvig
- Hedensted
- Randers

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel, der er *svært overvægtige,* i følgende kommuner:

- Norddjurs
- Skive
- Samsø
- Ikast-Brande
- Lemvig
- Ringkøbing-Skjern
- Hedensted
- Randers
- Struer
- Viborg

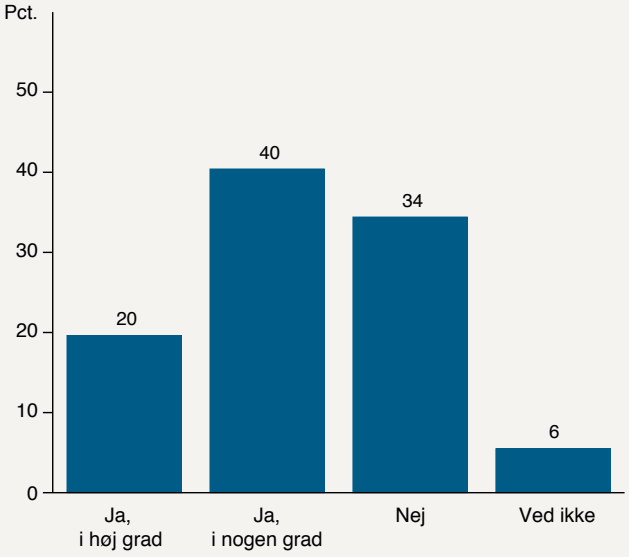
I disse kommuner varierer andelen mellem 19 % og 21 %.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 er der ikke sket signifikante ændringer i andelen, der er *moderat overvægtige*, i nogen af kommunerne. Se figur 6.4.S i bind 2. I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen, der er *svært overvægtige,* i følgende kommuner: Skive, Ringkøbing-Skjern, Silkeborg, Ikast-Brande, Norddjurs, Lemvig, Odder, Struer, Randers og Herning. Se figur 6.5.S i bind 2. ◄

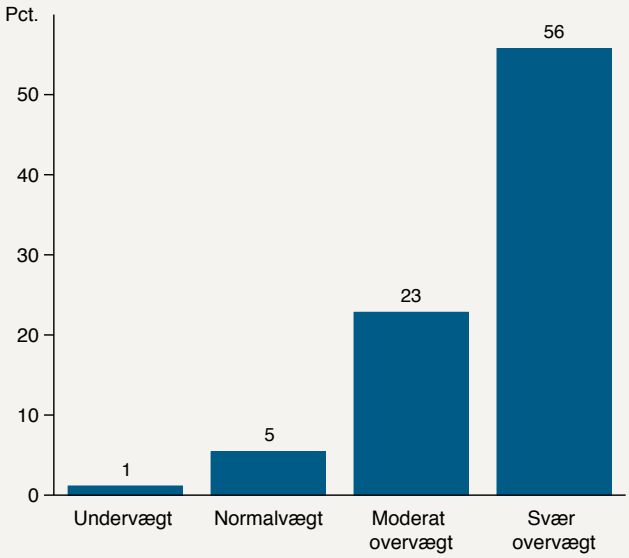
► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 er der ikke sket signifikante ændringer i andelen, der er *moderat overvægtige,* i nogen af kommunerne. Se figur 6.4.S i bind 2. I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen, der er *svært overvægtige,* i følgende kommuner: Skive, Ringkøbing-Skjern, Silkeborg, Viborg, Ikast-Brande og Aarhus. Se figur 6.5.S i bind 2. ◄

Figur 6.4 og 6.5
Vil du gerne tabe dig?

Figur 6.4
Vil du gerne tabe dig?



Figur 6.5
Andel, der i høj grad ønsker at tabe sig – i forhold til vægtklasse



6

Hvor mange vil gerne tabe sig?

Figur 6.4 viser, at 20 % af befolkningen i høj grad ønsker at tabe sig, ligesom 40 % i nogen grad ønsker at tabe sig. Der er 34 % af befolkningen, som ikke ønsker at tabe sig.

Figur 6.5 viser, at der er en stærk sammenhæng mellem vægtklasse og ønsket om at tabe sig. Blandt moderat overvægtige ønsker 23 % i høj grad at tabe sig, mens over halvdelen (56 %) af de svært overvægtige i høj grad ønsker at tabe sig.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 er der sket en lille stigning i andelen, der i høj grad ønsker at tabe sig, mens der tilsvarende er sket et fald i andelen, der ikke ønsker at tabe sig. I forhold til vægtklasse ses et lille fald i andelen, der i høj grad ønsker at tabe sig, blandt de svært overvægtige. Se figur 6.6.S og 6.7.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 er der sket en lille stigning i andelen, der i høj grad ønsker at tabe sig, mens der tilsvarende er sket et fald i andelen, der ikke ønsker at tabe sig. I forhold til vægtklasse ses der ingen udvikling i andelen, der i høj grad ønsker at tabe sig, på tværs af vægtklasser. Se figur 6.7.S og 6.8.S i bind 2. ◄

Figur 6.6
Overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig – køn, alder og sociale forhold

	Moderat overvægt	Svær overvægt	Moderat overvægtige	Svært overvægtige
	Pct.	Pct.	Personer	Personer
Alle	23	56	75.000	89.000
Køn				
Mand	14	47	28.000	37.000
Kvinde	35	65	47.000	52.000
Alder				
16-24 år	34	61	8.400	5.900
25-34 år	30	68	12.000	14.000
35-44 år	30	66	15.000	19.000
45-54 år	26	60	17.000	21.000
55-64 år	22	54	13.000	16.000
65-74 år	13	43	7.200	11.000
75+ år	8	25	2.500	3.000
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)				
Lavt (0-10 år)	16	45	7.800	14.000
Middel (11-14 år)	21	55	36.000	47.000
Højt (15+ år)	27	67	22.000	20.000
Erhvervstilknytning				
Studerende/skoleelever	36	69	8.200	5.200
Beskæftigede	25	58	46.000	48.000
Arbejdsløse	34	70	2.000	3.100
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	30	67	4.100	8.300
Førtidspensionister	28	62	3.700	8.100
Efterlønsmodtagere	21	56	1.600	1.800
Folkepensionister	11	38	8.900	13.000
Etnisk baggrund				
Dansk	22	55	67.000	81.000
Anden vestlig	24	72	3.200	4.200
Ikke-vestlig	31	64	5.300	3.600
Bolig				
Ejer	22	53	48.000	50.000
Lejer	26	61	25.000	36.000
Bor med ægtefælle/samlever				
Nej	24	58	23.000	30.000
Ja	23	55	51.000	57.000
Børn i hjemmet 0-15 år				
Nej	20	52	45.000	56.000
Ja	30	68	25.000	26.000

Signifikant større end blandt alle moderat/svært overvægtige
Signifikant mindre end blandt alle moderat/svært overvægtige
Adskiller sig ikke signifikant fra alle moderat/svært overvægtige

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

Af figur 6.6 fremgår det, at der blandt *moderat overvægtige* er en signifikant større andel, der i høj grad ønsker at tabe sig, i følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 16-54 år
- Personer med højt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, beskæftigede, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer med børn i hjemmet

Af figur 6.6 fremgår det også, at der blandt *svært overvægtige* er en signifikant større andel, der i høj grad ønsker at tabe sig, i følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 25-44 år
- Personer med højt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, beskæftigede, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med anden vestlig baggrund end dansk
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer med børn i hjemmet

Køn. Blandt både moderat og svært overvægtige er der en markant større andel kvinder end mænd, som i høj grad ønsker at tabe sig.

Alder. De største andele moderat overvægtige, som i høj grad ønsker at tabe sig, er blandt personer i alderen 16-54 år, og de mindste andele er blandt personer på 65 år og derover. De største andele svært overvægtige, som i høj grad ønsker at tabe sig, er blandt personer i alderen 25-44 år, og de mindste andele er blandt personer på 65 år og derover.

Uddannelsesniveau. Blandt både moderat og svært overvægtige er der en større andel, som i høj grad ønsker at tabe sig, blandt personer med højt uddannelsesniveau, mens der er en mindre andel blandt personer med lavt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. De største andele blandt både moderat og svært overvægtige, som i høj grad ønsker at tabe sig, er blandt studerende/skoleelever, beskæftigede, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister, mens den mindste andel er blandt folkepensionister.

Etnisk baggrund. Der en større andel moderat overvægtige, som i høj grad ønsker at tabe sig, blandt personer med ikke-vestlig baggrund og en mindre andel blandt personer med dansk baggrund. Der er en større andel, der er svært overvægtige, som i høj grad ønsker at tabe sig, blandt personer med anden vestlig baggrund end dansk og en mindre andel blandt personer med dansk baggrund.

Bolig. Blandt både moderat og svært overvægtige er der en større andel, der i høj grad ønsker at tabe sig, blandt personer, der bor i ejerbolig, end blandt personer, der bor i lejebolig.

Bor med ægtefælle/samlever. Der er ingen sammenhæng mellem samlivssituation og ønsket om i høj grad at tabe sig blandt hverken moderat eller svært overvægtige.

Børn i hjemmet. Blandt både moderat og svært overvægtige er der en større andel, der i høj grad ønsker at tabe sig, blandt personer med børn i hjemmet end blandt personer uden børn i hjemmet.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 er der sket et fald i andelen af *moderat overvægtige,* der i høj grad ønsker at tabe sig, blandt kvinder og personer i alderen 16-24 år. Se figur 6.8.S i bind 2. Ligeledes har der været et fald i andelen af *svært overvægtige,* der i høj grad ønsker at tabe sig, blandt kvinder og personer med højt uddannelsesniveau. Se figur 6.9.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 er der sket et fald i andelen af *moderat overvægtige,* der i høj grad ønsker at tabe sig, blandt personer i alderen 16-24 år. Se figur 6.8.S i bind 2. Ligeledes er der ikke sket signifikante ændringer i andelen af *svært overvægtige,* der i høj grad ønsker at tabe sig. Se figur 6.9.S i bind 2. ◄

Figur 6.7
Overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig – kommuner

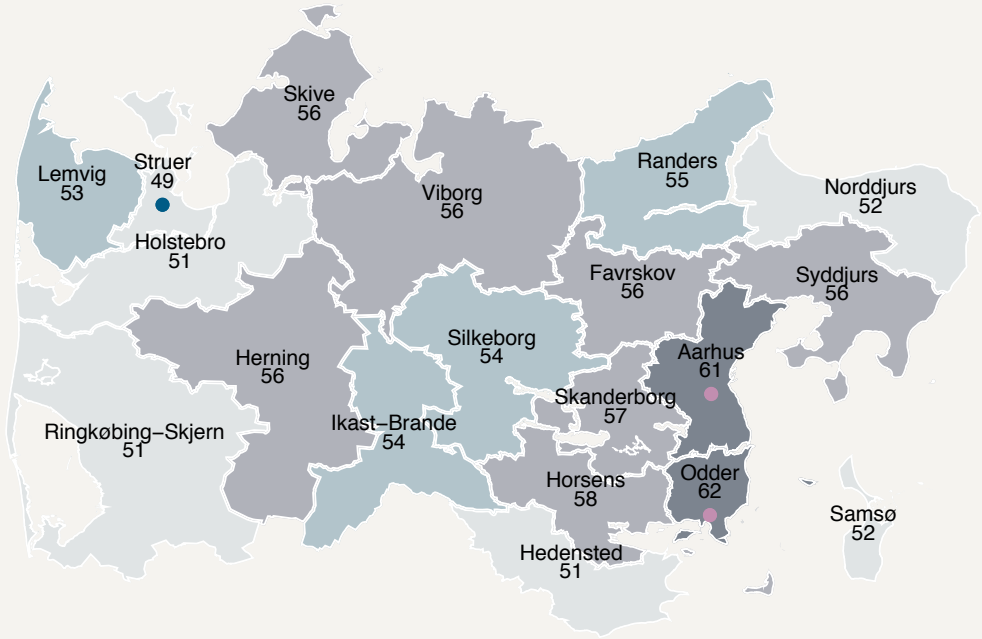
	Moderat overvægt	Svær overvægt	Moderat overvægtige	Svært overvægtige
	Pct.	Pct.	Personer	Personer
Odder	21	62	1.200	1.700
Aarhus	27	61	20.000	18.000
Horsens	21	58	4.900	6.400
Skanderborg	22	57	3.400	3.600
Favrskov	25	56	3.100	3.200
Herning	23	56	5.300	6.100
Syddjurs	23	56	2.500	3.200
Skive	21	56	2.700	4.200
Viborg	20	56	5.100	7.600
Randers	21	55	5.800	7.800
Ikast-Brande	25	54	2.800	3.200
Silkeborg	22	54	5.000	6.100
Lemvig	22	53	1.300	1.700
Norddjurs	17	52	1.800	3.100
Samsø	17	52	200	300
Holstebro	23	51	3.400	3.800
Hedensted	21	51	2.600	3.200
Ringkøbing-Skjern	20	51	3.000	4.400
Struer	20	49	1.200	1.500
Region Midtjylland	23	56	75.000	89.000

Signifikant større end blandt alle moderat/svært overvægtige
Signifikant mindre end blandt alle moderat/svært overvægtige
Adskiller sig ikke signifikant fra alle moderat/svært overvægtige

Moderat overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig



Svært overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig



Overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig – kommuner

Figur 6.7 viser andelen af moderat og svært overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig, i kommunerne. Andelen af moderat overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig, varierer fra 17 % i Norddjurs og på Samsø til 27 % i Aarhus. Andelen af svært overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig, varierer fra 49 % i Struer til 62 % i Odder.

Blandt *moderat overvægtige* er der en signifikant større andel, der i høj grad ønsker at tabe sig, i følgende kommuner:

- Aarhus

Blandt *svært overvægtige* er der en signifikant større andel, der i høj grad ønsker at tabe sig, i følgende kommuner:

- Odder
- Aarhus

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 er der ikke sket signifikante ændringer i andelen af *moderat overvægtige,* der i høj grad ønsker at tabe sig, i nogen af kommunerne. Se figur 6.10.S i bind 2. Blandt *svært overvægtige* har der været et fald i andelen, der i høj grad ønsker at tabe sig, i Holstebro Kommune. Se figur 6.11.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 er der ikke sket signifikante ændringer i andelen af *moderat overvægtige,* der i høj grad ønsker at tabe sig, i nogen af kommunerne. Se figur 6.10.S i bind 2. Ligeledes er der ikke sket signifikante ændringer i andelen af *svært overvægtige,* der i høj grad ønsker at tabe sig, i nogen af kommunerne. Se figur 6.11.S i bind 2. ◄

Ønsker at spise mere sundt og være mere fysisk aktiv

Figur 6.8 viser andelen, der gerne vil spise mere sundt, på tværs af vægtklasser. Blandt personer, der er undervægtige, ønsker 46 % at spise mere sundt, mens 53 % og 56 % blandt personer, der er normalvægtige og moderat overvægtige, ønsker at spise mere sundt. Blandt personer, der er svært overvægtige, ønsker hele 66 % at spise mere sundt. Dermed ses den største andel, der ønsker at spise mere sundt, blandt de svært overvægtige.

I forlængelse heraf viser figur 6.9 andelen, der har et usundt kostmønster, på tværs af de fire vægtklasser. De største andele med et usundt kostmønster ses blandt personer, der er undervægtige, og personer, der er svært overvægtige, henholdsvis 22 % og 18 %. Der er 13 % blandt personer, der er normalvægtige, og 14 % blandt personer, der er moderat overvægtige, der har et usundt kostmønster.

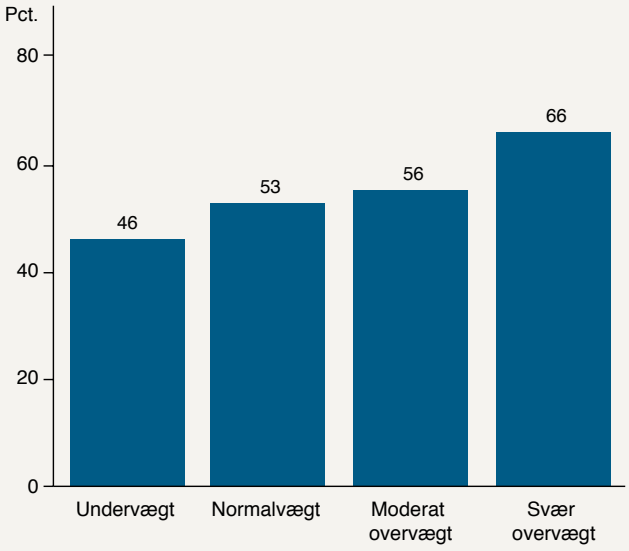
Figur 6.10 viser andelen, der gerne vil være mere fysisk aktive, på tværs af vægtklasser. Blandt personer, der er undervægtige, ønsker 55 % at være mere fysisk aktive, mens 60 % og 61 % blandt personer, der er henholdsvis normalvægtige og moderat overvægtige, ønsker at være mere fysisk aktive. Hele 68 % blandt personer, der er svært overvægtige, ønsker at være mere fysisk aktive, hvilket udgør den største andel, der ønsker at være mere fysisk aktive.

I forlængelse heraf viser figur 6.11 andelen, der er fysisk inaktive, på tværs af de fire vægtklasser. De største andele, der er fysisk inaktive, ses blandt personer, der er undervægtige, og personer, der er svært overvægtige, henholdsvis 26 % og 28 %, svarende til lidt mere end hver fjerde i begge grupper. Der er 17 % blandt personer, der er normalvægtige, og 19 % blandt personer, der er moderat overvægtige, der er fysisk inaktive.

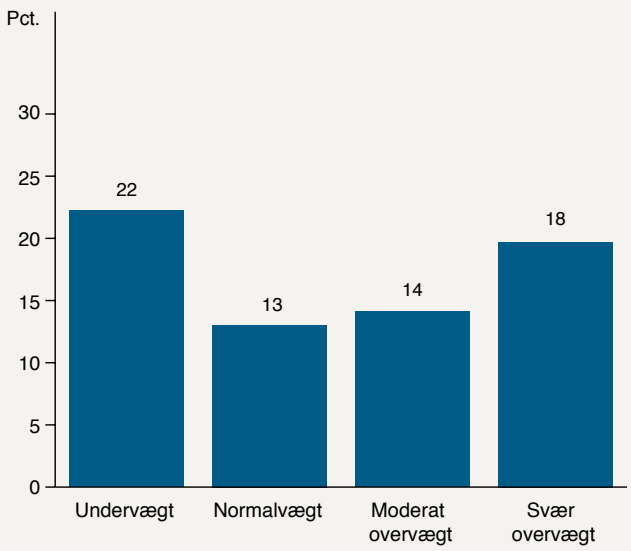
Opsummerende ses der en tendens til, at andelen af svært overvægtige, der ønsker at leve mere sundt i forhold til kost og motion, generelt er stor. Modsat adskiller andelen af moderat overvægtige, der ønsker at spise mere sundt og være mere fysisk aktive, sig ikke fra andelen i befolkningen generelt, der er på henholdsvis 56 % og 61 %. Dette til trods for, at der er betydelige risici forbundet med at være moderat overvægtig og dermed et stort forebyggelsespotentiale i forhold til vægttab.

Figur 6.8, 6.9, 6.10 og 6.11
Ønske om at leve sundere i forhold til vægtklasse

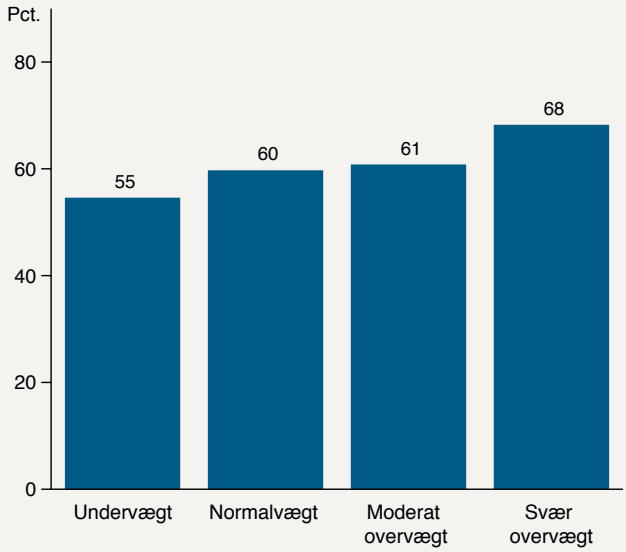
Figur 6.8
Andel, der gerne vil spise mere sundt – i forhold til vægtklasse



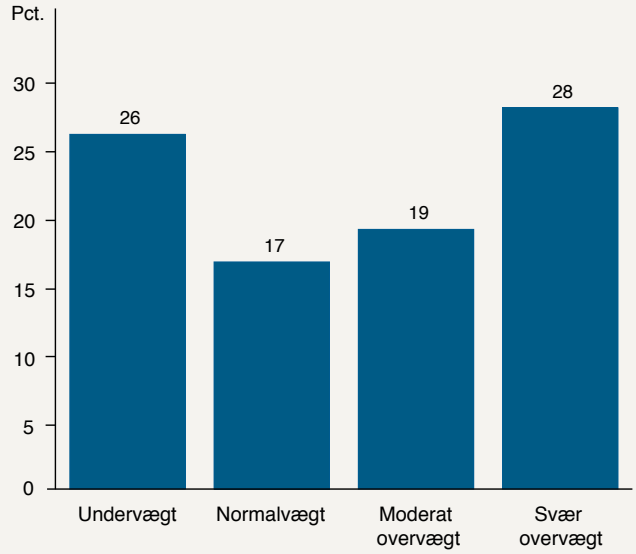
Figur 6.9
Andel med et usundt kostmønster – i forhold til vægtklasse



Figur 6.10
Andel, der gerne vil være mere fysisk aktiv – i forhold til vægtklasse

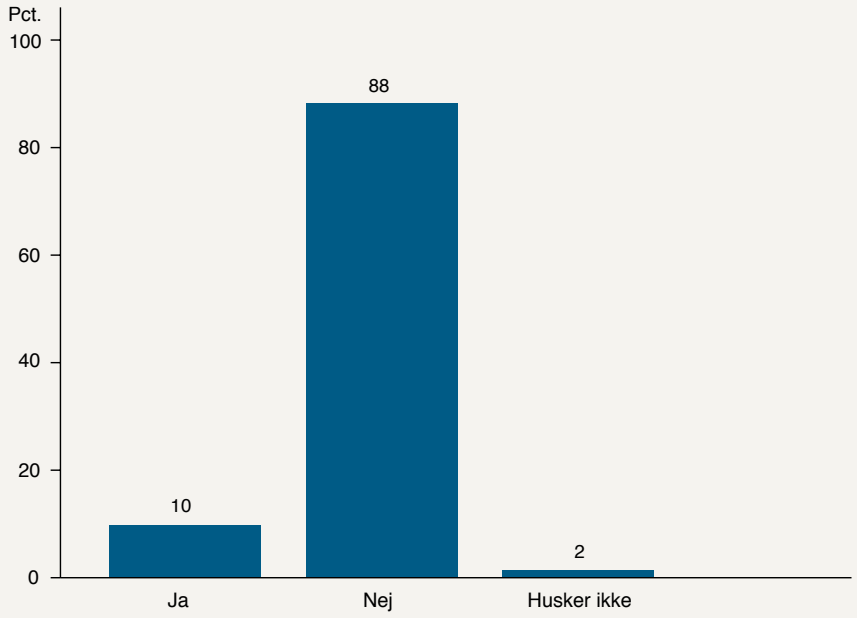


Figur 6.11
Andel, der er fysisk inaktive (30 minutters fysisk aktivitet 0-1 dag om ugen) – i forhold til vægtklasse



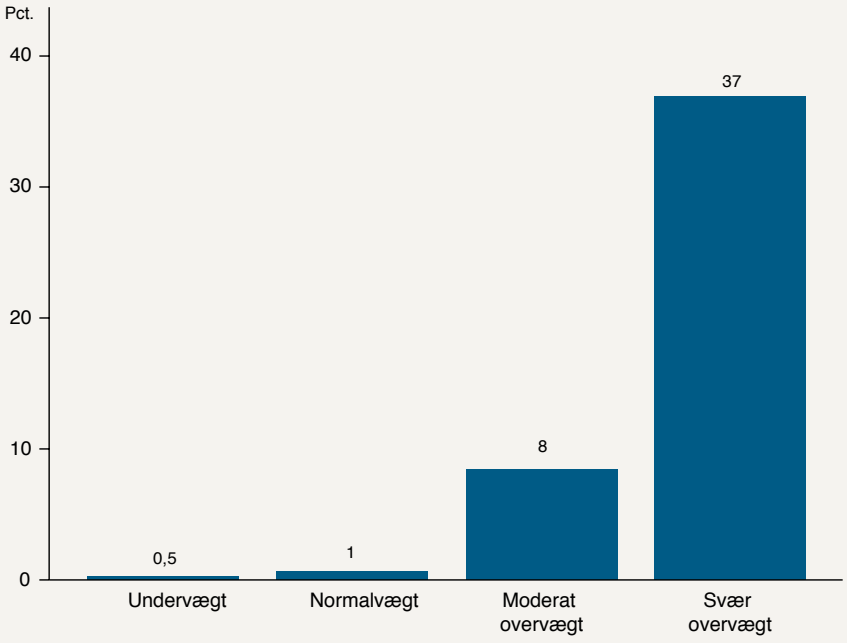
Figur 6.12 og 6.13
Råd fra egen læge om at tabe sig

Figur 6.12
Har du fået råd fra egen læge om vægttab?



Note: Opgjort blandt alle, der har været ved læge i løbet af de seneste 12 måneder

Figur 6.13
Andel, der har fået råd fra egen læge om vægttab – i forhold til vægtklasse



Note: Opgjort blandt alle, der har været ved læge i løbet af de seneste 12 måneder

Råd fra egen læge om at tabe sig

Figur 6.12 viser, at 10 % af befolkningen, der har været ved lægen inden for de seneste 12 måneder, er blevet rådet til at tabe sig.

Af figur 6.13 fremgår det, at der er en stærk sammenhæng mellem rådgivning fra egen læge og vægtklasse. Blandt personer, der er svært overvægtige, har 37 % modtaget råd fra lægen om vægttab. Det samme gælder for 8 % blandt de moderat overvægtige.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 har der været et lille fald i andelen, der af egen læge er blevet rådet til at tabe sig i løbet af de seneste 12 måneder. Se figur 6.12.S i bind 2. Dertil ses, at der har været et stort fald i andelen, der er blevet rådet til at tabe sig, blandt både moderat og svært overvægtige. Se figur 6.13.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været et lille fald i andelen, der er blevet rådet til at tabe sig. Se figur 6.12.S i bind 2. Dertil ses det, at der har været et fald i andelen, der er blevet rådet til at tabe sig, blandt moderat og svært overvægtige. Se figur 6.13.S i bind 2. ◄

Sammenfatning

Halvdelen af befolkningen i Region Midtjylland er overvægtige, hvilket dækker over 34 %, der er moderat overvægtige, og 16 %, der er svært overvægtige. Det er især mænd, der er moderat overvægtige, mens der ikke er forskel på mænd og kvinder med hensyn til svær overvægt. Dertil ses det, at personer i alderen 45-74 år er mere overvægtige end befolkningen generelt. Ligeledes er der en stærk sammenhæng mellem svær overvægt og uddannelse.

I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen, der er svært overvægtige, fra 14 % til 16 %. Stigningen ses både blandt mænd og kvinder, men især blandt personer i alderen 45-54 år og blandt personer med lavt uddannelsesniveau. Mens der fra 2010 til 2013 var en stagnation i andelen af svært overvægtige, er der igen sket en stigning fra 2013 til 2017. Man kan således konstatere, at fedmekurven endnu ikke er knækket i Region Midtjylland.

I alt 23 % blandt de moderat overvægtige og 56 % blandt de svært overvægtige ønsker i høj grad at tabe sig. Det er især overvægtige kvinder, der i høj grad gerne vil tabe sig, idet andelen, der i høj grad ønsker at tabe sig, er mere end dobbelt så stor blandt moderat overvægtige kvinder end blandt moderat overvægtige mænd. I perioden fra 2010 til 2017 er andelen, der i høj grad ønsker at tabe sig, stagneret blandt moderat overvægtige, mens der er sket et lille fald blandt svært overvægtige.

Det ses, at mere end halvdelen af de personer, der er overvægtige, ønsker at spise mere sundt og være mere fysisk aktive. Dertil er det især svært overvægtige, der ønsker at ændre kost-og motionsvaner.

Sluttelig ses der en sammenhæng mellem råd fra egen læge om vægttab og vægtklasse, hvor henholdsvis 8 % af de moderat overvægtige og 37 % af de svært overvægtige er blevet rådet til at tabe sig.

Referencer

1. The GBD 2013 Obesity Collaboration. Global, regional and national prevalence of overweight and obesity in children and adults 1980-2013: A systematic analysis. Lancet 2014;384(9945):766-781.

2. OECD. Obesity Update. OECD 2017. https://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf.

3. Matthiessen J, Stockmarr A. Flere overvægtige danske kvinder. København: DTU Fødevareinstituttet; 2015.

4. Tremmel M, Gerdtham UG, Nilsson PM, Saha S. Economic Burden of Obesity: A Systematic Literature Review. International Journal of Environmental Research and Public Health 2017;14(4):435.

5. Sundhedsstyrelsen. Definition af fedme og overvægt. 1999; Available at: https://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ1999/fedme/Definition.htm. Indhentet 11.14, 2017.

6. Bogers RP, Bemelmans WJE, Hoogenveen, RT, Boshuizen, HC, Woodward M, Knekt P, van Dam RM, et al. Association of overweight with increased risk of coronary heart disease partly independent of blood pressure and cholesterol levels. A meta-analysis of 21 cohort studies including more than 300,000 persons. Arch Intern Med 2007;167(26):1720-1728.

7. Garg SK, Maurer H, Reed K, Selagamsetty R. Diabetes and cancer: two diseases with obesity as a common risk factor. Diabetes, Obesity & Metabolism 2014;16(2):97-110.

8. Hruby A, Manson JE, Qi L, Malik VS, Rimm EB, Sun Q, et al. Determinants and Consequences of Obesity. Am J Public Health 2016 09/01; 2017/11;106(9):1656-1662.

9. Dansk Selskab for almen Medicin. Opsporing og behandling af overvægt hos voksne. København: Dansk Selskab for Almen Medicin; 2009.

10. The Global BMI Mortality Collaboration. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. The Lancet; 2016;388(10046):776-786.

11. Sørensen TI, Sandbæk A, Pedersen BK, Overvad K. Skal overvægtige tabe sig? København: Vidensråd for Forebyggelse; 2015.

12. Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Pennix B, et al. Overweight, obesity, and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Archives of General Psychiatry 2010;67(3):220-229.

13. Avila C, Holloway AC, Hahn MK, Morrison KM, Restivo M, Anglin R, et al. An overview of links between obesity and mental health. Current Obesity Reports 2015;4(3):303-310.

14. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundheden i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2016.

15. Vallgårda S, Nielsen MEJ, Hansen AKK, Cathaoir KÓ, Hartlev M, Holm L, et al. Should Europe follow the US and declare obesity a disease?: a discussion of the so-called utilitarian argument; 2017 ;71(11):1263-1267.

16. Krueger PM, Reither EN. Mind the Gap: Race\ethnic and socioeconomic disparities in obesity. Current Diabetes Reports 2015;15(11):95.

17. González-Muniesa P, Mártinez-González MA, Hu FB, Després JP, Matsuzawa Y, Loos RJ, et al. Obesity. Nature Reviews Disease Primers 2017;15(3):17034.

18. Locke AE, Kahali B, Berndt SI, Justice AE, Pers TH, Day FR, et al. Genetic studies of body mass index yield new insights for obesity biology. Nature 2015;518(7538):197-206.

19. Tabibzadeh P, Mewes R. Thin mother, obese child? A review of risk factors for obesity in offspring. Current Opinion in Psychiatry 2016;29(5):309-315.

20. Mackenbach JD, Rutter, H, Compernolle S, Glonti K, Oppert J et al. Obesogenic environments: a systematic review of the association between the physical environment and adult weight status, the SPOTLIGHT project. BMC Public Health 2014; 14:233.

21. Ma C, Bolland M, Hudson J, Stewart F, Robertsen C, Sharma P, Fraser C, MacLennan G. 2017. Effects of weight loss interventions for adults who are obese on mortality, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2017;359:j4849. doi: 10.1136/bmj.j4849.

22. World Health Organisation. Obesity and Overweight Fact sheet. Oct. 2017. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/

23. Ziebell B, Eriksen K. Forebyggelsespakke: Mad og Måltider. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.

24. World Health Organisation. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consolation. World Health Organisation; 2000.

25. Due P, Heitman BL, Sørensen TIA. Prevalence of obesity in Denmark. Obesity Reviews 2007;8:187.

FYSISK OG MENTAL SUNDHED

Helbredsrelateret livskvalitet 164
Mental sundhed og mentalt helbred 192
Kronisk sygdom og multisygdom 246

INDLEDNING

Formålet med denne blok er at give en detaljeret beskrivelse af den fysiske og mentale sundhed i befolkningen i Region Midtjylland, som den opleves af borgerne selv.

Det danske sundhedsvæsen er kendt for at have registre af høj kvalitet med oplysninger om diagnoser, medicinordination, dødelighed osv. (1). Der er imidlertid oplysninger om sundhed og sygelighed, der ikke kan hentes ud af registre. Når man skal tegne et samlet billede af, hvordan befolkningen har det, er der brug for at supplere registrenes overvejende kliniske data med oplysninger fra borgerne om selvvurderet helbred, mental sundhed, deres erfaringer som brugere af sundhedsvæsenet mv.

Desuden er der kun oplysninger i registrene om de personer, der har været i kontakt med sundhedsvæsenet. Ønsker man at danne sig et overblik over sundhedstilstanden i hele befolkningen, må man i stedet spørge et repræsentativt udsnit af befolkningen, sådan som det er gjort i *Hvordan har du det?*. Undersøgelsen giver mulighed for at beskrive den fysiske og mentale sundhed i befolkningen i et populationsperspektiv og kan derfor bruges som referencedata ved tilrettelæggelse af sundhedsarbejdet.

Forebyggelse er sammen med behandling og rehabilitering en vigtig del af det gode patientforløb (2). *Hvordan har du det?* indeholder oplysninger om sundhedsvaner hos personer, der har en eller flere kroniske sygdomme, som kan bruges ved planlægningen af disse indsatser.

Denne blok om fysisk og mental sundhed indeholder tre kapitler: helbredsrelateret livskvalitet (kap. 7), mental sundhed og mentalt helbred (kap. 8) og kronisk sygdom og multisygdom (kap. 9).

I kapitlet om helbredsrelateret livskvalitet beskrives befolkningens selvvurderede helbred, herunder forekomsten af dårligt selvvurderet helbred i forhold til køn, alder, sociale forhold og geografi. I kapitlet introduceres desuden et mål for helbredsrelateret livskvalitet, SF-12, der kan anvendes både på befolkningsniveau og i det praktiske sundhedsarbejde til indsamling af patientrapporterede oplysninger (PRO). Der præsenteres SF-12-profiler for forskellige sociodemografiske grupper og personer med specifikke risikofaktorer og belastninger.

Kapitlet om mental sundhed og mentalt helbred handler om trivsel og livskvalitet, stress, angst, ensomhed og depression. Den mentale sundhed beskrives i forhold til køn, alder, sociale forhold, geografi samt for en række udvalgte grupper, som har øget risiko for dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer. Endelig indgår en beskrivelse af unges mentale sundhed og mentale helbredsproblemer.

Kapitlet om kronisk sygdom og multisygdom beskriver forekomsten af en række almindelige kroniske sygdomme og to eller flere samtidige sygdomme. Desuden beskrives sundhedsvaner, helbred og livskvalitet, kontakten med sundhedsvæsenet og behandlingsbyrde og sundhedskompetence hos borgere med kronisk sygdom.

Referencer

1. Venkatraman V, Mani P, Ussing A. Mapping the healthcare data landscape in Denmark. København: Leapcraft; 2015.

2. Sundhed for alle – forebyggelse er en nødvendig investering. København: Danske Regioner; 2017.

7. HELBREDSRELATERET LIVSKVALITET

Helbred og livskvalitet er to begreber, der hører tæt sammen. Men at være sund og rask er ikke det samme som at have en god livskvalitet. Et godt helbred er nærmere en ressource, der kan bidrage til en god livskvalitet, ligesom sygdom kan påvirke livskvaliteten i negativ retning (1).

Livskvalitet betegner den oplevede følelse af at have et godt liv, og livskvalitet påvirkes dermed af en lang række andre forhold end blot helbredet, såsom boligforhold, arbejdsliv, økonomi, relationer til familie og venner og psykologiske faktorer (positiv selvfølelse, lyst, glæde og velvære mv.) (2, 3).

Helbredsrelateret livskvalitet er derimod et mere snævert begreb. Når man taler om helbredsrelateret livskvalitet, sætter man således fokus på de aspekter af livskvaliteten, hvor helbredet spiller en central rolle (4-7), og ser samtidig bort fra andre aspekter af livskvalitet, der kun i mindre grad påvirkes af helbredet.

Ved at måle den helbredsrelaterede livkvalitet kan man tegne et billede af, hvordan befolkningen som helhed eller udvalgte grupper af borgere og patienter opfatter deres helbred, samt hvordan de vurderer, at helbredet påvirker deres trivsel og livsudfoldelse.

Helbredsrelateret livskvalitet er et vigtigt pejlemærke for de udfordringer, sundhedsvæsenet står overfor, samt for kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser. Sundhedsvæsenets indsats kan i sidste ende måles på, om den fremmer den helbredsrelaterede livskvalitet hos borgerne. Det gælder både for de sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter samt for udredning og behandling af sygdomme og efterfølgende rehabilitering.

Formålet med dette kapitel er at beskrive befolkningens helbredsrelaterede livskvalitet. Det gøres ved hjælp af to mål:

- Et enkelt mål for selvvurderet helbred belyst ved spørgsmålet "Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?".
- Et sammensat mål for helbredsrelateret livskvalitet (SF-12), der ved hjælp af ti skalaer beskriver personens fysiske og mentale helbred, og hvorvidt helbredet begrænser udførelsen af dagligdagens gøremål og samkvemmet med andre mennesker.

Begge mål er det, man kalder subjektive helbredsmål. Det første mål bruges først og fremmest til at beskrive befolkningsgruppers helbredsstatus, sådan som folk selv oplever det, på et overordnet niveau. Målet bruges i første del af kapitlet til at tegne et billede af, hvordan befolkningen har det som helhed, og til at belyse forskelle i helbred imellem grupper opdelt efter køn, alder, sociale forhold og geografi.

Anden del af kapitlet handler om SF-12. SF-12 måler ved hjælp af 12 spørgsmål svarpersonens fysiske og sociale funktionsniveau og mentale trivsel. SF-12 er ikke rettet mod en specifik sygdom og kan derfor bruges til at beskrive helbredsrelateret livskvalitet hos såvel raske som personer i behandling, rehabilitering eller andre sundhedstilbud. SF-12 anvendes både på befolkningsniveau og som PRO-mål (patientrapporterede oplysninger) i det praktiske sundhedsarbejde. SF-12 indgår blandt andet i MoEva, som er Region Midtjyllands værktøj til monitorering og evaluering af patientuddannelser og sundhedstilbud i kommuner og på hospitaler.

SF-12 er ikke så intuitivt forståeligt som det enkle spørgsmål om selvvurderet helbred. Til gengæld giver SF-12 en meget detaljeret beskrivelse af helbredsstatus hos en person eller en gruppe. Brugt på den rigtige måde kan SF-12 dermed bidrage med værdifulde oplysninger, der kan anvendes i det praktiske sundhedsarbejde.

For at udnytte SF-12's informationer kræves der imidlertid en vis forhåndsviden. Man skal eksempelvis kende den begrebslige model, der ligger til grund for måleredskabet, ligesom man skal have kendskab til, hvilke helbredsdimensioner SF-12 måler. Dernæst skal man vide, hvordan man tolker værdierne på SF-12's skalaer, og hvor stor forskellen mellem to skalaværdier skal være, for at det har praktisk eller klinisk betydning. For at kunne bruge SF-12 i praksis kræves der desuden en vis erfaring med at tolke SF-12-profilen for konkrete personer og grupper.

Afsnittet om SF-12 i dette kapitel er derfor opbygget således: Først beskrives skalaerne i SF-12, og der gives en vejledning i tolkning af skalaværdierne. Dernæst beskrives den helbredsrelaterede livskvalitet i en række udvalgte cases. Formålet er at give læseren et indblik i, hvordan SF-12-profilen ser ud for

personer med bestemte karakteristika sammenlignet med personer uden disse karakteristika. Der er netop tale om en eksempelsampling og dermed ikke nogen udtømmende beskrivelse af befolkningens helbredsrelaterede livskvalitet. I kapitel 9, *Kronisk sygdom og multisygdom*, vises desuden en række SF-12-profiler for personer med forskellige kroniske sygdomme.

Selvvurderet helbred

I dette afsnit beskrives det, hvordan borgerne oplever deres eget helbred.

Selvvurderet helbred er en af de mest anvendte helbredsindikatorer inden for forskning i folkesundhed og anvendes ofte i store internationale og nationale befolkningsundersøgelser (8, 9).

Selvvurderet helbred er personens egen vurdering af sin helbredstilstand og kan betragtes som personens opsummering og evaluering af forskellige aspekter ved helbredet – både objektive og subjektive – der ikke beskrives udtømmende ved en oplistning af symptomer, sygdomme og risikofaktorer (8, 10).

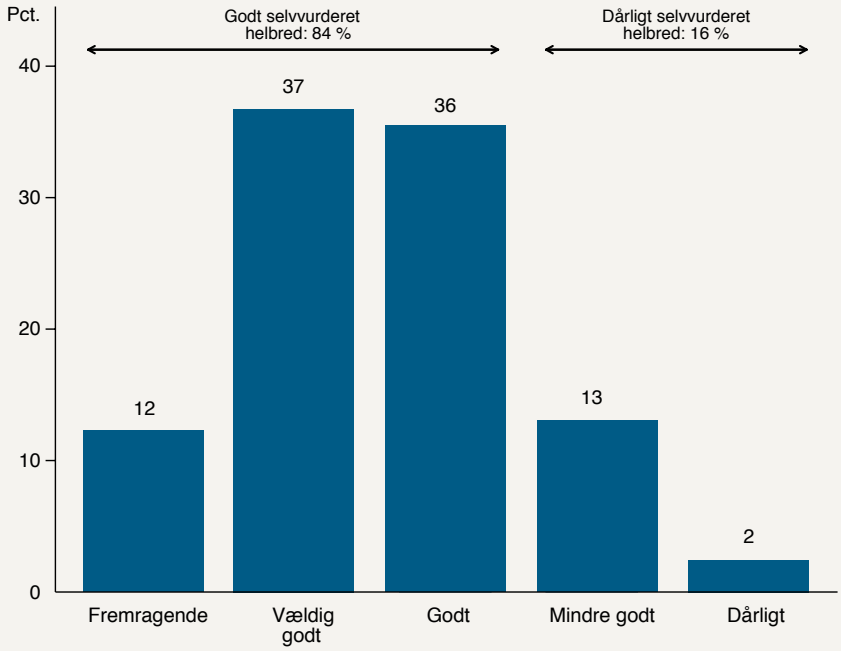
Undersøgelser har vist, at dårligt selvvurderet helbred er en yderst stærk prædiktor for dødelighed (11, 12), ligesom dårligt selvvurderet helbred er forbundet med øget risiko for forskellige former for kronisk sygdom (13-15). I forlængelse heraf har dårligt selvvurderet helbred betydning for prognosen under alvorlig sygdom (16-18), og det ses, at personer med dårligt selvvurderet helbred har øget risiko for komplikationer i forbindelse med kirurgiske indgreb (19, 20) og øget dødelighed i forbindelse med kræftsygdom (21) og diabetes (16). Dertil er dårligt selvvurderet helbred forbundet med brug af sundhedsvæsenet, sygefravær, medicinforbrug, forringet funktionsevne, arbejdsløshed og førtidspension (11, 22), ligesom selvvurderet helbred, uafhængigt af sygdomsforhold, livsstil og demografiske forhold, har vist sig at være en selvstændig faktor til forudsigelse af lægebesøg og hospitalsindlæggelser (23, 24).

I det følgende belyses befolkningens selvvurderede helbred. Der sættes fokus på, hvor stor en andel af befolkningen i Region Midtjylland der har et dårligt selvvurderet helbred, og andelen med dårligt selvvurderet helbred beskrives i forhold til køn, alder, sociale forhold og geografi. I kapitlet er der desuden sat fokus på sammenhængen mellem selvvurderet helbred og sundhedsvaner, herunder rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet, kost og overvægt.

Selvvurderet helbred er 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'.

Figur 7.1
Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?



Hvor mange har et dårligt selvvurderet helbred?

Figur 7.1 viser, hvordan svarene fordeler sig på det generelle spørgsmål om selvvurderet helbred. Hele 84 % af befolkningen vurderer, at de har et godt helbred. Det dækker over, at 12 % angiver, at deres helbred er fremragende, 37 % angiver, at deres helbred er vældig godt, og 36 % angiver, at deres helbred er godt. Der er 13 %, der angiver, at deres helbred er mindre godt, og 2 %, der angiver, at deres helbred er dårligt.

De ca. 16 %, der vurderer deres helbred som dårligt, svarer til ca. 160.000 borgere i Region Midtjylland.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 har der været et lille fald i andelen, der vurderer, at deres helbred er vældig godt. Tilsvarende er andelen, der angiver, at deres helbred er mindre godt, steget. Samlet set er andelen, der har et dårligt selvvurderet helbred, steget en smule. Se figur 7.1.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været et lille fald i andelen, der angiver, at deres helbred er fremragende, og i andelen, der angiver, at deres helbred er vældig godt. Modsat har der været en lille stigning i andelen, der angiver, at deres helbred er godt eller mindre godt. Samlet set er andelen, der har et dårligt selvvurderet helbred, steget en smule. Se figur 7.1.S i bind 2. ◄

Figur 7.2
Dårligt selvvurderet helbred – køn, alder og sociale forhold

	Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Alle	16	163.000
Køn		
Mand	13	70.000
Kvinde	18	93.000
Alder		
16-24 år	8	12.000
25-34 år	9	15.000
35-44 år	14	23.000
45-54 år	17	30.000
55-64 år	21	32.000
65-74 år	17	24.000
75+ år	30	28.000
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)		
Lavt (0-10 år)	28	37.000
Middel (11-14 år)	17	72.000
Højt (15+ år)	10	26.000
Erhvervstilknytning		
Studerende/skoleelever	8	8.700
Beskæftigede	9	45.000
Arbejdsløse	22	4.400
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	38	21.000
Førtidspensionister	52	23.000
Efterlønsmodtagere	12	2.500
Folkepensionister	23	50.000
Etnisk baggrund		
Dansk	15	142.000
Anden vestlig	13	6.000
Ikke-vestlig	22	15.000
Bolig		
Ejer	13	80.000
Lejer	19	63.000
Bor med ægtefælle/samlever		
Nej	19	62.000
Ja	14	88.000
Børn i hjemmet 0-15 år		
Nej	17	107.000
Ja	11	26.000

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

Dårligt selvvurderet helbred – køn, alder og sociale forhold

Af figur 7.2 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med dårligt selvvurderet helbred blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer på 45 år og derover
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister
- Personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. Der er en større andel af kvinder end mænd, som har dårligt selvvurderet helbred.

Alder. Andelen med dårligt selvvurderet helbred øges med stigende alder. Det ses således, at andelen med dårligt selvvurderet helbred er næsten 4 gange større blandt de ældste (75 år og derover) sammenlignet med de yngste (16-24 år).

Uddannelsesniveau. Andelen med dårligt selvvurderet helbred falder med stigende uddannelsesniveau. Således er der 28 % blandt personer med lavt uddannelsesniveau, der har dårligt selvvurderet helbred, hvorimod dette kun gælder for hver tiende blandt de højtuddannede.

Erhvervstilknytning. De største andele med dårligt selvvurderet helbred er blandt arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister. Blandt førtidspensionister ses det, at mere end halvdelen angiver at have et dårligt selvvurderet helbred. De mindste andele med dårligt selvvurderet helbred findes blandt studerende/skoleelever og beskæftigede, hvor mindre end hver tiende har dårligt selvvurderet helbred.

Etnisk baggrund. Andelen med dårligt selvvurderet helbred er størst blandt personer med ikke-vestlig baggrund, hvor mere end hver femte har dårligt selvvurderet helbred. De mindste andele med dårligt selvvurderet helbred er blandt personer med dansk baggrund og blandt personer med anden vestlig baggrund end dansk.

Bolig. En større andel af personer, der bor i lejebolig, har dårligt selvvurderet helbred, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig.

Bor med ægtefælle/samlever. En større andel af personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, har et dårligt selvvurderet helbred, end det er tilfældet for personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. En større andel blandt personer uden børn i hjemmet har et dårligt selvvurderet helbred, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

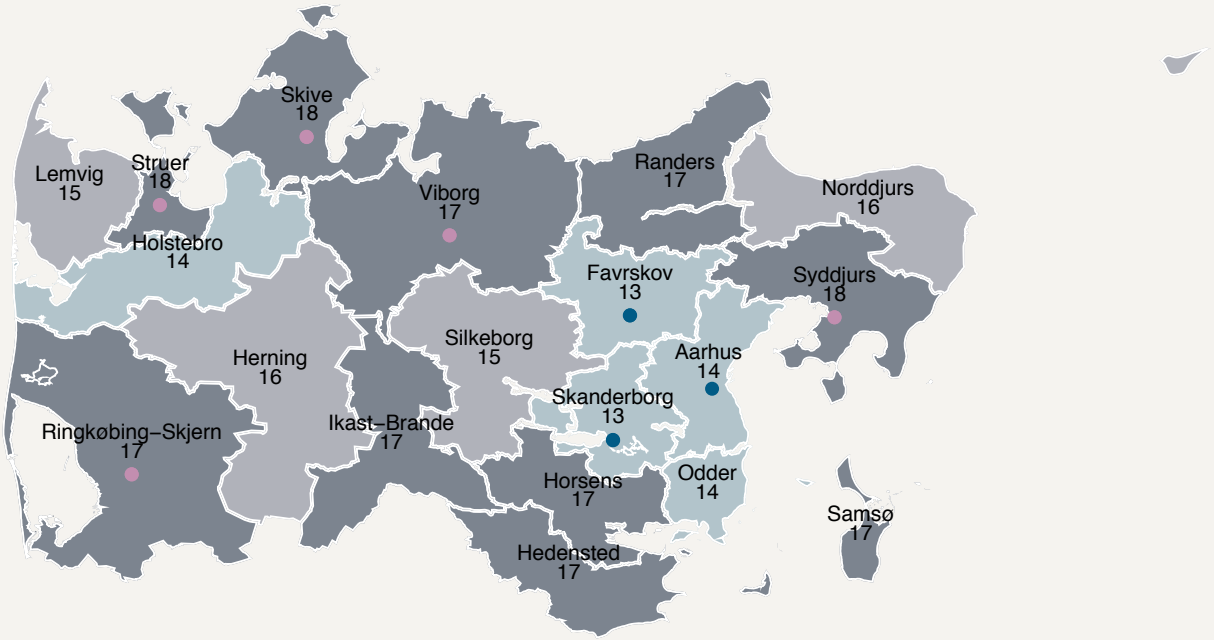
► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 har der været en lille stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred for både mænd og kvinder og blandt personer i alderen 16-44 år og 55-64 år, mens der er sket et lille fald blandt personer på 75 år og derover. Der ses dertil en lille stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Se figur 7.2.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været en lille stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred for både mænd og kvinder og blandt personer i alderen 16-44 år og 55-64 år, mens der er sket et lille fald blandt personer på 75 år og derover. Der ses dertil en lille stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Se figur 7.2.S i bind 2. ◄

Figur 7.3
Dårligt selvvurderet helbred – kommuner

	Pct.	Antal personer i kommunerne
Skive	18	6.800
Syddjurs	18	6.000
Struer	18	3.100
Ringkøbing-Skjern	17	8.000
Viborg	17	13.000
Randers	17	13.000
Samsø	17	500
Horsens	17	12.000
Hedensted	17	6.100
Ikast-Brande	17	5.400
Herning	16	12.000
Norddjurs	16	5.100
Lemvig	15	2.600
Silkeborg	15	11.000
Odder	14	2.600
Holstebro	14	6.600
Aarhus	14	38.000
Skanderborg	13	6.200
Favrskov	13	4.900
Region Midtjylland	16	163.000

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen



Dårligt selvvurderet helbred – kommuner

Figur 7.3 viser, at andelen med et dårligt selvvurderet helbred varierer mellem kommunerne fra 13 % i Skanderborg og Favrskov til 18 % i Skive, Syddjurs og Struer.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel, der angiver at have et dårligt selvvurderet helbred, i følgende kommuner:

- Skive
- Syddjurs
- Struer
- Ringkøbing-Skjern
- Viborg

I disse kommuner varierer andelen fra 17 % til 18 %.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel med et dårligt selvvurderet helbred i følgende kommuner:

- Aarhus
- Skanderborg
- Favrskov

I disse kommuner varierer andelen fra 13 % til 14 %.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred i Viborg, Hedensted, Ringkøbing-Skjern, Skive og Ikast-Brande. Se figur 7.3.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred i Viborg. Se figur 7.3.S i bind 2. ◄

Sammenfatning

Hovedparten af befolkningen i Region Midtjylland oplever at have et godt selvvurderet helbred. Der er dog 16 %, der vurderer, at de har et dårligt selvvurderet helbred. Det er især kvinder, personer over 45 år og personer med lavt uddannelsesniveau, der har et dårligt selvvurderet helbred. Desuden har godt 40 % blandt dem, der modtager kontanthjælp eller sygedagpenge mv., og mere end hver anden førtidspensionist et dårligt selvvurderet helbred.

I perioden fra 2010 til 2017 er der sket en lille stigning i andelen, der har et dårligt selvvurderet helbred. Stigningen ses både blandt mænd og kvinder og på tværs af flere aldersgrupper. Stigningen ses dog især blandt de unge og midaldrende. Der ses også en stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau.

Helbredsrelateret livskvalitet – en indføring i brug af SF-12

Selv om det enkle spørgsmål "Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?" rummer væsentlige informationer om en persons helbredtilstand, er der ofte brug for mere detaljerede oplysninger. Det gælder især, hvis man skal forstå, hvad eksempelvis en hjerte- eller gigtpatients helbredsmæssige udfordringer består i. Begrænser sygdommen patientens fysiske funktionsevne eller samværet med andre mennesker, er personen trist til mode eller plaget af smerter? Det er ikke mindst relevant, når man gennem behandling, rehabilitering og sundhedsfremme søger at forbedre personers eller gruppers livskvalitet.

Til dette formål er der udviklet en række spørgsmålsbatterier, der beskriver helbredsrelateret livskvalitet. Nogle er såkaldte generiske mål, dvs. ikke sygdomsspecifikke, der egner sig til at beskrive den helbredsrelaterede livskvalitet i befolkningen generelt og på tværs af forskellige grupper af patienter. Andre spørgsmålsbatterier er derimod udviklet til personer med en bestemt sygdom og fokuserer på de særlige problemstillinger, der knytter sig til netop denne.

I *Hvordan har du det?* indgår et generisk mål for helbredsrelateret livskvalitet, *Short Form 12 Health Survey version 2* (SF-12) (25), som vil blive beskrevet nærmere i det følgende.

SF-12 består af 12 spørgsmål, der sammenfattes i otte skalaer. De otte skalaer beskriver forskellige aspekter af helbredet, som har betydning for livskvaliteten hos de fleste mennesker. Man kan desuden beregne en samlet score for to generelle helbredsskalaer, der vedrører henholdsvis de fysiske og mentale aspekter ved helbredsrelateret livskvalitet. Tilsammen tegner de ti skalaer en helbredsprofil af en person eller en gruppe.

Hvad skal man vide for at bruge SF-12?

I modsætning til mere intuitivt forståelige tegn på, hvordan en person har det, som f.eks. smerter eller træthed, kræver det et vist kendskab til SF-12 som måleredskab, hvis man skal kunne tolke og anvende resultaterne.

Man skal dels vide, hvad de enkelte skalaer måler, og hvordan de opgøres. Dels skal man vide, hvordan man tolker værdierne på skalaerne, herunder hvor store forskelle i skalaværdier skal være, for at det har praktisk betydning. Formålet med de følgende afsnit er at introducere læseren til brugen af SF-12. I forlængelse heraf beskrives den helbredsrelaterede livskvalitet ved hjælp af SF-12 i en række udvalgte cases, som omfatter forskellige grupper af befolkningen.

Baggrunden for SF-12

Baggrunden for de såkaldte SF-mål er et forsøg, der blev lavet i USA i 1980'erne (RAND Health Insurance Experiment), hvor man undersøgte, hvordan forskellige måder at indrette sundhedsvæsenet på påvirkede befolkningens helbred. Der var brug for et spørgeskema med selvrapporterede helbredsoplysninger, som patienterne kunne udfylde, før og efter de blev behandlet. Da det skulle fungere i en travl klinisk hverdag, var det vigtigt, at spørgeskemaet kunne besvares på få minutter.

Udgangspunktet for SF-målet var mere end 100 spørgsmål om helbredsstatus, der dog blev reduceret til 36 (SF-36) og yderligere til 12 (SF-12). Der eksisterer desuden to kortere versioner på henholdsvis 8 (SF-8) og 6 (SF-6) spørgsmål specielt til brug i sundhedsøkonomiske analyser. SF-36 er oversat til mere end 40 forskellige sprog og er formentlig det mest udbredte redskab på verdensplan til vurdering af helbredsbetinget livskvalitet, men SF-12 og de øvrige SF-mål har også vundet stor udbredelse.

Hvad kan SF-12 bruges til?

SF-12 kan bruges til flere forskellige formål og kan anvendes både på befolknings-, gruppe- og individniveau.

Monitorering og referencedata. For det første kan SF-12 bruges til at beskrive den helbredsrelaterede livskvalitet på befolkningsniveau og udviklingen i denne over tid (monitorering), som det er tilfældet i *Hvordan har du det?*. I denne sammenhæng kan forskelle mellem grupper i befolkningen beskrives, herunder forskelle mellem aldersgrupper, sociale grupper eller borgere med kroniske sygdomme sammenholdt med raske borgere. Opgørelser på befolkningsniveau kan desuden bruges som sammenligningsgrundlag for grupper af patienter og borgere, der deltager i behandling, rehabilitering og sundhedsfremmende aktiviteter i det nære eller det specialiserede sundhedsvæsen (dvs. som referencedata).

Evaluering og effektmåling. Man kan bruge SF-12 som evalueringsredskab og effektmål ved behandling, rehabilitering og sundhedsfremmende indsatser. I disse tilfælde bruges SF-12 som et PRO-mål (patientrapporterede oplysninger), hvor patienten eller borgerens egen viden og vurderinger bruges til at beskrive resultaterne af en sundhedsfaglig indsats (se forordet for en omtale af PRO-mål).

Dialogredskab. SF-12 kan bruges som dialogredskab i mødet mellem patient og sundhedspersonale. Også her bruges SF-12 som PRO-mål – i denne sammenhæng med det formål aktivt at inddrage patienten. Sundhedspersonalet får en komprimeret beskrivelse af patientens helbredstilstand set fra patientens perspektiv. Det kan blandt andet fremme en fælles forståelse af patientens situation og bidrage til en diskussion om prioritering af indsatser ud fra patientens præferencer. Både patient og sundhedsprofessionel kan desuden via SF-12 følge patientens udvikling over tid.

Boks 7.1
SF-12's skalaer

Nedenfor beskrives de otte skalaer og de to generelle helbredsskalaer i SF-12.

Fysisk funktion beskriver, om helbredsmæssige problemer begrænser udførelsen af almindelige fysiske aktiviteter. Skalaen bygger på to spørgsmål om udførelsen af henholdsvis lettere og mere krævende aktiviteter.

Fysiske begrænsninger beskriver, om det fysiske helbred begrænser udførelsen af arbejde eller andre daglige aktiviteter. Skalaen bygger på to spørgsmål om, hvorvidt man pga. sit fysiske helbred har nået mindre, end man gerne ville, og om man har været begrænset i at udføre sit arbejde eller andre daglige aktiviteter i de seneste fire uger.

Fysisk smerte beskriver, om smerter vanskeliggør udførelsen af dagligdagsaktiviteter. Skalaen bygger på et spørgsmål om, hvorvidt fysiske smerter har vanskeliggjort ens arbejde uden for hjemmet eller husarbejde de seneste fire uger.

Alment helbred beskriver personens selvvurderede helbred. Skalaen bygger på et spørgsmål om, hvordan man vurderer sit helbred alt i alt. Spørgsmålet er det samme, som er brugt i begyndelsen af dette kapitel til at beskrive selvvurderet helbred.

Energi beskriver, om personen har meget eller lidt energi. Skalaen bygger på et spørgsmål om, hvorvidt man i de sidste fire uger har været fuld af energi.

Social funktion beskriver, om det fysiske eller psykiske helbred vanskeliggør sociale aktiviteter. Skalaen bygger på et spørgsmål om, hvorvidt det fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer har gjort det vanskeligt at se andre mennesker de seneste fire uger.

Psykiske begrænsninger beskriver, om følelsesmæssige problemer begrænser udførelsen af arbejde eller andre daglige aktiviteter. Skalaen bygger på to spørgsmål om, hvorvidt man på grund af følelsesmæssige problemer har nået mindre, end man gerne ville, og om man har udført sit arbejde eller andre aktiviteter mindre omhyggeligt, end man plejer de seneste fire uger.

Psykisk trivsel beskriver graden af psykisk velbefindende. Skalaen bygger på to spørgsmål om, hvorvidt man har følt sig rolig og afslappet, og om man har følt sig trist til mode i de seneste fire uger.

De to generelle helbredsskalaer er en sammenfatning af de otte ovennævnte skalaer. Den ene skala betegnes ***Fysisk helbred***, den anden ***Mentalt helbred***. Alle otte skalaer indgår i beregningen af de samlede skalaer, men de vægtes forskelligt i forhold til fysisk og mentalt helbred.

Opgørelsen af SF-12 – rå og normerede skalaer

SF-12's skalaer er beskrevet i boks 7.1. Som det fremgår, giver SF-12 en alsidig beskrivelse af svarpersonens fysiske, sociale og mentale helbredstilstand, og hvordan den påvirker evnen til at udføre dagligdagens gøremål og deltage i sociale aktiviteter.
De otte skalaer i SF-12 kan gøres op på to måder. Dels som såkaldte rå skalaer, hvor hver skala går fra 0 til 100, og dels som normbaserede skalaer. For begge opgørelsesmåder gælder, at jo højere score, jo bedre er den helbredsrelaterede livskvalitet. De to generelle skalaer opgøres udelukkende som normbaserede skalaer.

Ved de normbaserede skalaer vælger man en befolkning, der bruges som reference (norm). Skalaen er kalibreret således, at referencebefolkningen har et gennemsnit på 50 og en standardafvigelse på 10 på alle skalaer.

Fordelen ved de normbaserede skalaer er, at man kan sammenligne på tværs af skalaerne – samme forskel betyder det samme – hvilket ikke er tilfældet ved de rå skalaer. Der er desuden den praktiske fordel ved de normbaserede skalaer, at det er let at huske, at gennemsnitsværdien for referencebefolkningen er 50 uanset skala. Det anbefales derfor, at man ved opgørelsen af SF-12 bruger normbaserede skalaer.

Referencebefolkning for SF-12

I de følgende analyser bruges normbaserede skalaer, hvor befolkningen i Region Midtjylland fra 16 år og derover bruges som referencebefolkning. Befolkningen som helhed har derfor et gennemsnit på 50 og en standardafvigelse på 10 på samtlige SF-12-skalaer. Datagrundlaget er *Hvordan har du det? 2017*.
Til kalibreringen af de otte skalaer er benyttet den metode, som er beskrevet i SF-12-manualen (25). Til kalibreringen af de to generelle skalaer, *Fysisk helbred* og *Mentalt helbred*, er benyttet en modificeret udgave af SF-12-manualens metode (se bilag 2).

Tolkningen af SF-12-profiler

Nytten af SF-12 og lignende mål for helbredsrelateret livskvalitet bygger på, at værdierne på skalaerne kan gives en meningsfuld tolkning. Tolkningen af de enkelte skalaer er grundlæggende baseret på erfaringer om, hvad det betyder, når SF-12-profilen for en person eller gruppe ser ud på en bestemt måde. Brugere af SF-12 kan ved at sammenholde kliniske iagttagelser og skalaværdier gradvist udvikle en sikrere fornemmelse af skalaværdiernes betydning. Der findes desuden nogle enkle metodiske hjælpemidler til støtte for tolkningen, som gennemgås i det følgende.

Der er to metoder til at give skalaværdierne i SF-12 mening: *sammenligning* af undersøgelsesgruppen med en anden gruppe, der tjener som referencegruppe, og vurdering af betydningen af *forskellen* mellem undersøgelsesgruppen og referencegruppen. Er forskellene betydningsløse, har de en vis betydning, eller har de stor betydning?

Nedenfor gives en beskrivelse af de to metoder. I boks 7.2. finder man desuden en verbal beskrivelse af yderpunkterne i de otte SF-12-skalaer, som er nyttig at have ved hånden ved tolkningen af SF-12-profiler. Efterfølgende præsenteres i kapitlets sidste del en række cases bestående af udvalgte grupper af befolkningen med det formål at eksemplificere, hvordan forskellige SF-12-profiler kan tolkes.

Sammenligning af forskellige SF-12-profiler

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

Eksempel: I en kommune, hvor man tilbyder rehabilitering til borgere med kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), registrerer man deltagernes helbredsrelaterede livskvalitet ved hjælp af SF-12 ved starten af forløbet. Det giver et billede af, hvor meget deltagerne afviger fra befolkningen med hensyn til fysisk funktionsevne, social funktionsevne og psykisk trivsel, samt på hvilke dimensioner der især er afvigelser. Desuden får man et billede af, hvor meget deltagerne afviger fra en typisk gruppe borgere, der har samme sammensætning med hensyn til køn, alder og uddannelsesniveau ved at bruge *Hvordan har du det?* som referencedata.

Endelig får man at vide, om deltagerne har bedre eller dårligere helbredsrelateret livskvalitet end tidligere kursister. Gentager man målingen ved afslutningen af forløbet og evt. efter et år, kan man se, hvor meget deltagernes helbredsrelaterede livskvalitet (f.eks. fysisk funktionsevne) har ændret sig.

Man kan dermed konstatere, hvor meget kursisterne har nærmet sig niveauet i 1) befolkningen som helhed og 2) den befolkningsgruppe, de ligner med hensyn til køn, alder og uddannelsesniveau. Endvidere kan man konstatere, om forbedringen har været større eller mindre end hos deltagerne på tidligere kursusforløb.

Brug af effektstørrelse ved tolkning af forskelle i SF-12's skalaværdier

Den anden del af tolkningen handler om den betydning, man skal tillægge forskelle i helbredsrelateret livskvalitet, herunder ændringer hos de samme personer over tid. Hvor stor skal forskellen mellem to skalaværdier være, før det har praktisk betydning? Det er et centralt spørgsmål ved tolkningen af skalaværdier fra SF-12.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at en forskel mellem to skalaværdier, der er statistisk signifikant, ikke nødvendigvis har klinisk eller praktisk betydning. Statistisk signifikans siger heller ikke noget om størrelsen af forskellen, blot at forskellen næppe skyldes tilfældig variation.

Et hjælpemiddel til tolkning af forskelle i skalaværdier er effektstørrelse. Effektstørrelse er et almindeligt brugt mål, når man skal vurdere forskellen mellem to skalaværdier. Effektstørrelse bruges hyppigt til evaluering af medicinske forsøg, men kan f.eks. også bruges, når man sammenligner SF-12-profilen for en udvalgt befolkningsgruppe eller en enkeltperson med referencebefolkningens SF-12-profil.

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

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

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

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

I ovenstående eksempel vil effektstørrelsen på 1,5 således blive vurderet som stor. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at Cohens *d* netop kun er en tommelfingerregel, og at den derfor kun skal anvendes som vejledende.

Anvendt på SF-12's normbaserede skalaer med et gennemsnit på 50 og en standardafvigelse på 10 for referencebefolkningen svarer en forskel på 2-4,9 point til en lille effektstørrelse, på 5-7,9 point til en moderat effektstørrelse og på 8 eller flere point til en stor effektstørrelse. Et gruppegennemsnit på 52 point minus gennemsnit i referencebefolkningen (RM-norm) på 50 point giver en forskel på 2 point. Divideret med standardafvigelsen på 10 i befolkningen giver det en effektstørrelse på 0,2, hvilket svarer til en lille effektstørrelse.

Det er endvidere blevet foreslået, at en forskel på 5 point mellem et gruppegennemsnit og en referencebefolkning er klinisk og praktisk relevant (26).

I de følgende cases bruges Cohens tommelfingerregel ved tolkningen af forskelle i skalaværdier mellem undergrupper af befolkningen og den samlede befolkning.

SF-12-profiler for udvalgte befolkningsgrupper

I det følgende beskrives SF-12-profilen for udvalgte befolkningsgrupper. Hver SF-12-profil er visualiseret i en graf. Visualiseringen letter tolkningen af SF-12, fordi de ti skalaværdier, der indgår i hver profil, med et enkelt blik kan sammenlignes med hinanden. Hvis der indgår to eller flere grupper i figuren, kan forskelle og ligheder mellem profilerne desuden let afkodes.

I hvert eksempel indgår to grupper, der sammenlignes med hinanden. Desuden sammenlignes de to grupper med normen for Region Midtjylland (forkortet RM-norm i figurerne), der er baseret på hele regionens befolkning på 16 år og derover og har værdien 50 på alle 10 skalaer. Som nævnt tidligere i kapitlet er tolkningen af SF-12 erfaringsbaseret, og de udvalgte eksempler skal give læseren en fornemmelse af den variation, man kan forvente at finde i den helbredsrelaterede livskvalitet, når den beskrives ved hjælp af SF-12. Hvert eksempel er valgt med øje for, at de repræsenterer en interessant case, og der er derfor ikke tale om nogen udtømmende beskrivelse af befolkningens helbredsrelaterede livskvalitet. De inkluderede cases skal dermed forstås som eksempler, der skal bidrage til at øge forståelsen for anvendelse og tolkning af SF-12. I kapitel 9 om kronisk sygdom og multisygdom vises SF-12-profiler for borgere med forskellige kroniske sygdomme.

Boks 7.2
Betydning af højeste og laveste score på SF-12-skalaerne

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

I det følgende vises der SF-12-profiler for følgende befolkningsgrupper:

Sociodemografiske faktorer

- Kvinder vs. mænd (figur 7.4)
- Midaldrende vs. ældre (figur 7.5)
- Personer med lavt uddannelsesniveau vs. personer med højt uddannelsesniveau (figur 7.6)
- Personer med dansk baggrund vs. personer med ikke-vestlig baggrund (figur 7.7)

Risikofaktorer

- Dagligrygere vs. aldrig-rygere (figur 7.8)
- Personer med højrisikoforbrug af alkohol vs. personer med lavrisikoforbrug af alkohol (figur 7.9)
- Unge, der har taget andre stoffer end hash inden for det seneste år vs. øvrige unge (figur 7.10)

Særligt belastende forhold

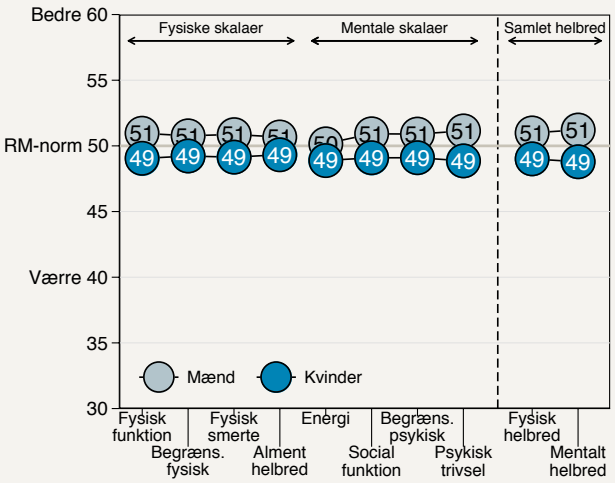
- Unge, der har et højt stressniveau vs. øvrige unge (figur 7.11)
- Midaldrende med depression vs. øvrige midaldrende (figur 7.12)
- Midaldrende på førtidspension vs. øvrige midaldrende (figur 7.13)
- Diabetikere med svær overvægt og usundt kostmønster vs. normalvægtige diabetikere med sundt kostmønster (figur 7.14)
- Dagligrygere med leddegigt vs. eksrygere med leddegigt (figur 7.15)
- Ældre med behov for hjælp til dagligdagens gøremål vs. øvrige ældre (figur 7.16)

Definitioner af dagligryger, højrisikoforbrug af alkohol og usundt kostmønster findes i kapitlerne om KRAM (kap. 2-6), mens højt stressniveau og depression beskrives i kapitlet om mental sundhed (kap. 8).

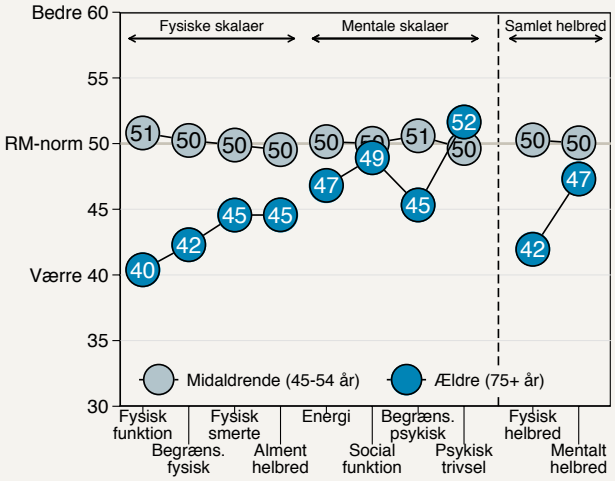
I de følgende grafer er de præsenterede tal afrundede, mens der i tolkningen er taget højde for decimaler.

Figur 7.4, 7.5, 7.6 og 7.7
Sociodemografiske faktorer

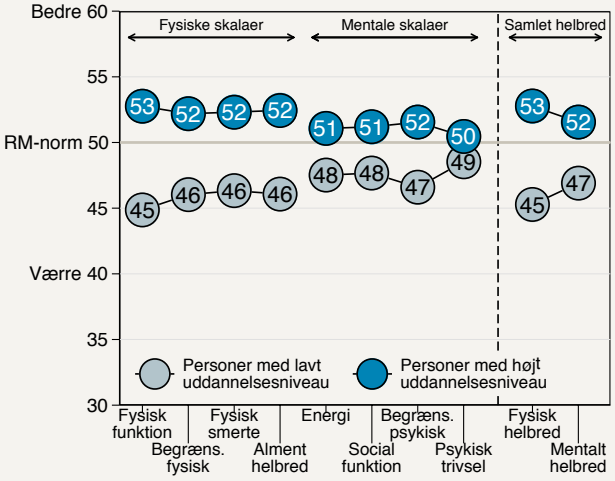
Figur 7.4
SF-12-profil for kvinder vs. mænd



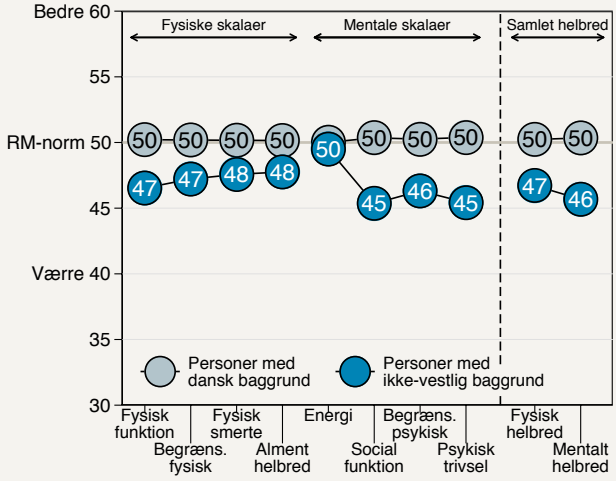
Figur 7.5
SF-12-profil for midaldrende vs. ældre



Figur 7.6
SF-12-profil for personer med lavt uddannelsesniveau vs. personer med højt uddannelsesniveau



Figur 7.7
SF-12-profil for personer med dansk baggrund vs. personer med ikke-vestlig baggrund



RM-norm 50: Gennemsnittet for Region Midtjyllands befolkning

Sociodemografiske faktorer

I det følgende præsenteres en række cases, der har til formål at vise SF-12-profilerne for forskellige sociale og demografiske grupper.

Sociodemografiske faktorer som køn, alder, uddannelse og etnicitet har betydning for helbredsrelaterede forhold. Forskning i køn og sundhed peger blandt andet på, at mænd har en kortere middellevetid end kvinder, mens kvinder har et dårligere helbred end mænd (27). Alder spiller også en vigtig rolle i forhold til sygdom og sundhed, og stigende alder er ofte forbundet med flere kroniske sygdomme og dårligere helbredsrelateret livskvalitet. Der er desuden store sociale forskelle i helbredsstatus og sundhedsvaner opgjort i forhold til uddannelsesniveau og etnicitet (kap. 2-10).

Køn

Figur 7.4 viser SF-12-profilen for mænd og kvinder i Region Midtjylland.

Fysiske skalaer: Figuren viser, at der ud fra effektstørrelse ikke er forskel på mænd og kvinders fysiske helbred, idet forskellen er på mindre end 2 point.

Mentale skalaer: Ud fra effektstørrelser er der heller ingen forskel på mænd og kvinder på tre af de mentale skalaer. På en enkelt skala, *psykisk trivsel*, er der en forskel på 2 point (lille effektstørrelse), idet kvinder har en lidt dårligere psykisk trivsel end mænd.

Samlet helbred: Kvinder scorer 2 point dårligere på fysisk helbred og mentalt helbred end mænd. I begge tilfælde er der tale om en lille effektstørrelse. Kvinders fysiske og mentale helbred er således lidt dårligere end mænds.

Det samlede billede, der tegner sig, er, at kvinders helbredsrelaterede livskvalitet er en smule dårligere end mænds.

Alder

Figur 7.5 viser SF-12-profilen for midaldrende (45-54 år) og ældre (75 år og derover) i Region Midtjylland.

Fysiske skalaer: De ældre scorer markant lavere end de midaldrende på alle fire fysiske skalaer. Forskellen er størst i forhold til *fysisk funktion*, hvor de ældre scorer 11 point lavere end de midaldrende (stor effektstørrelse), og mindst i forhold til *fysisk smerte* og *alment helbred*, hvor de ældre scorer 5 point lavere end de midaldrende (moderat effektstørrelse). De ældre afviger også fra befolkningen som helhed, mens de midaldrende ikke adskiller sig fra gennemsnittet i befolkningen på de fire fysiske skalaer.

Mentale skalaer: Ældre scorer lidt lavere på *energi* (lille effektstørrelse) og noget lavere (5 point) på *psykiske begrænsninger* (moderat effektstørrelse) end de midaldrende. Der er ingen forskel på *social funktion* og *psykisk trivsel*. De ældre scorer ligeledes lavere end gennemsnittet i befolkningen på *energi* og *psykiske begrænsninger*, mens de midaldrende ikke adskiller sig fra befolkningen som helhed på de fire mentale skalaer.

Samlet helbred: De midaldrende har samme både fysiske og mentale helbred som befolkningen som helhed. De ældre derimod har en markant dårligere score på *fysisk helbred* (8 point), svarende til en stor effektstørrelse, men kun en lidt lavere score på *mentalt helbred* (3 point), svarende til en lille effektstørrelse, end de midaldrende og befolkningen som helhed.

Det samlede billede viser, at ældre har en betydelig dårligere helbredsrelateret livskvalitet i forhold til fysisk helbred end de midaldrende, mens forskellene i forhold til mentalt helbred er små. Det er således først og fremmest det fysiske helbred, der er en udfordring for den ældre del af befolkningen.

Uddannelsesniveau

Figur 7.6 viser SF-12-profilen for personer med lavt og højt uddannelsesniveau i Region Midtjylland.

Fysiske skalaer: Lavtuddannede scorer betydeligt lavere på alle fire fysiske skalaer end personer med højt uddannelsesniveau. Forskellene svarer til en moderat effektstørrelse og er størst på *fysisk funktion,* hvor de lavtuddannede scorer 8 point dårligere end de højtuddannede, mens de scorer 6 point dårligere på *fysiske begrænsninger, fysisk smerte* og *alment helbred*. De lavtuddannede scorer desuden lidt dårligere end befolkningen som helhed på tre af de fysiske skalaer, mens de scorer 5 point lavere på *fysisk funktion* (moderat effektstørrelse). De højtuddannede scorer lidt bedre end befolkningen som helhed på de fire fysiske skalaer (lille effektstørrelse).

Mentale skalaer: De lavtuddannede scorer lidt lavere end de højtuddannede på *energi* og *social funktion* (lille effektstørrelse), men scorer til gengæld noget dårligere på *psykiske begrænsninger* (moderat effektstørrelse). Der ses ingen forskel på skalaen *psykisk trivsel.* De lavtuddannede adskiller sig ikke fra befolkningen som helhed på *psykisk trivsel,* men adskiller sig ganske lidt fra gennemsnittet i befolkningen på *energi, social funktion* og *psykiske begrænsninger.* De højtuddannede adskiller sig ikke fra befolkningen som helhed på de fire mentale skalaer.

Samlet helbred: De lavtuddannede scorer noget lavere end de højtuddannede på *fysisk helbred* (moderat effektstørrelse) og lidt lavere på *mentalt helbred* (lille effektstørrelse). De lavtuddannede adskiller sig fra gennemsnittet i befolkningen ved en lavere score på både *fysisk helbred* og *mentalt helbred* (lille effektstørrelse). De højtuddannede scorer lidt bedre på *fysisk helbred* og *mentalt helbred* end befolkningen som helhed.

Det samlede billede viser, at der er store forskelle mellem de lavt- og højtuddannede, og forskellene ses især i forhold til deres fysiske helbred. Således peger figuren på, at de lavtuddannede generelt har en dårligere helbredsrelateret livskvalitet end de højtuddannede.

Etnicitet

Figur 7.7 viser SF-12-profilen for personer med dansk baggrund og personer med ikke-vestlig baggrund i Region Midtjylland.

Fysiske skalaer: Personer med ikke-vestlig baggrund scorer lidt lavere end personer med dansk baggrund på de fire fysiske skalaer (lille effektstørrelse).

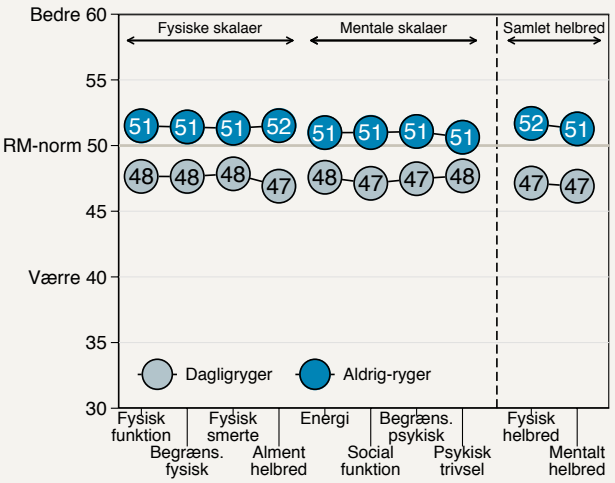
Mentale skalaer: Personer med ikke-vestlig baggrund scorer lavere på tre af de fire mentale skalaer end personer med dansk baggrund. På to af skalaerne, *social funktion* og *psykisk trivsel,* er forskellen på 5 point, svarende til en moderat effektstørrelse, mens der ses en lille forskel i forhold til *psykiske begrænsninger* (lille effektstørrelse).

Samlet helbred: Personer med ikke-vestlig baggrund scorer lidt lavere end personer med dansk baggrund og befolkningen som helhed på både *fysisk* og *mentalt helbred* (lille effektstørrelse).

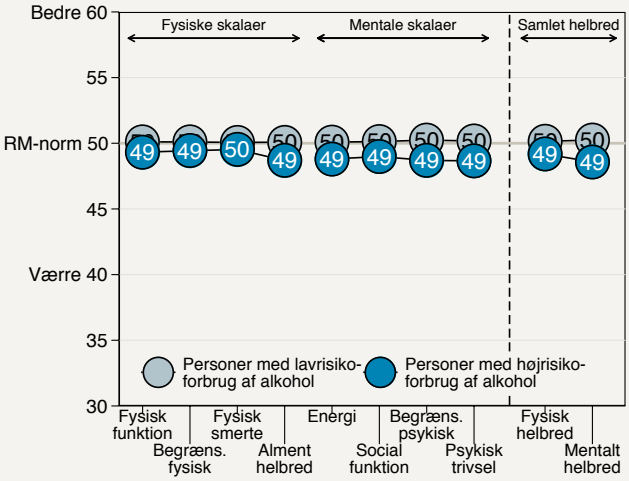
Det samlede billede viser, at personer med ikke-vestlig baggrund har en dårligere helbredsrelateret livskvalitet, både set i forhold til deres fysiske og mentale helbred, end personer med dansk baggrund og befolkningen som helhed. Der er dog tale om mindre forskelle.

Figur 7.8, 7.9 og 7.10
Risikofaktorer

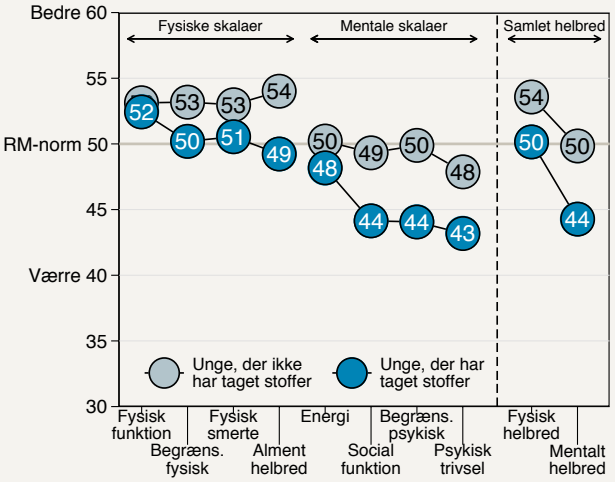
Figur 7.8
SF-12-profil for dagligrygere vs. aldrig-rygere



Figur 7.9
SF-12-profil for personer med højrisikoforbrug vs. personer med lavrisikoforbrug af alkohol



Figur 7.10
SF-12-profil for unge, der har taget andre stoffer end hash inden for det seneste år, vs. øvrige unge



RM-norm 50: Gennemsnittet for Region Midtjyllands befolkning

Risikofaktorer

I det følgende præsenteres en række cases, der har til formål at vise SF-12-profilerne for udvalgte grupper med risikable sundhedsvaner, herunder personer, der ryger dagligt, har et højrisikoforbrug af alkohol og unge, der har taget stoffer.

Rygning er en væsentlig risikofaktor for langvarig sygdom og tidlig død (28), ligesom personer med et stort forbrug af alkohol har forøget risiko for at dø tidligt og har færre gode leveår (29). Brug af stoffer blandt unge kan blandt andet være medvirkende til kognitive vanskeligheder (hukommelsesproblemer) (30), ligesom stofmisbrug kan have en række alvorlige sundhedsmæssige konsekvenser (31).

Rygning

Figur 7.8 viser SF-12-profilen for dagligrygere og aldrig-rygere i Region Midtjylland. I alt ryger 16 % af befolkningen i Region Midtjylland dagligt, mens andelen af aldrig-rygere er 54 %.

Fysiske skalaer: Dagligrygere scorer lavere end aldrig-rygere på alle fire fysiske skalaer. Forskellene er dog små (lille effektstørrelse). Dagligrygere adskiller sig ligeledes kun en smule fra befolkningen som helhed på de fire fysiske skalaer, mens aldrig-rygere ikke adskiller sig fra gennemsnittet i befolkningen.

Mentale skalaer: Dagligrygere scorer ligeledes lavere end aldrig-rygere på de fire mentale skalaer, men også her er forskellene små (lille effektstørrelse). Aldrig-rygere afviger ikke fra gennemsnittet i befolkningen på de fire mentale skalaer, mens dagligrygere scorer lidt dårligere.

Samlet helbred: Dagligrygere scorer dårligere på *fysisk helbred* og *mentalt helbred* end gruppen af aldrig-rygere (lille effektstørrelse). Ligeledes scorer dagligrygere lavere end befolkningen som helhed, mens aldrig-rygere ikke adskiller sig fra gennemsnittet i befolkningen på de to samlede skalaer.
Det samlede billede viser, at dagligrygere har en lidt dårligere helbredsrelateret livskvalitet end aldrig-rygere.

Alkohol

Figur 7.9 viser SF-12-profilen blandt personer med høj- og lavrisikoforbrug af alkohol i Region Midtjylland. I alt har 6 % af befolkningen i Region Midtjylland et højrisikoforbrug af alkohol, dvs. mere end 14 genstande pr. uge for kvinder og mere end 21 genstande pr. uge for mænd, mens andelen med et lavrisikoforbrug af alkohol, dvs. højst syv genstande om ugen for kvinder og 14 genstande om ugen for mænd, er 72 %.

Fysiske skalaer: Personer med et højrisikoforbrug af alkohol adskiller sig ikke fra personer med et lavrisikoforbrug af alkohol.

Mentale skalaer: Ligeledes ses det, at personer med et højrisikoforbrug af alkohol ikke afviger fra personer med et lavrisikoforbrug af alkohol på de fire mentale skalaer.

Samlet helbred: I forhold til *fysisk sundhed* og *mental sundhed* er der ingen afvigelser mellem personer med et højrisikoforbrug af alkohol og personer med et lavrisikoforbrug.

Det samlede billede viser, at der ikke er forskel i den helbredsrelaterede livskvalitet mellem personer med et højrisikoforbrug af alkohol og personer med et lavrisikoforbrug af alkohol.

Euforiserende stoffer

Figur 7.10 viser SF-12-profilen for unge (16-24 år), der har taget andre stoffer end hash inden for det seneste år, sammenlignet med unge, der aldrig har taget stoffer. I alt har 6 % af de unge i Region Midtjylland taget andre stoffer end hash inden for det seneste år.

Fysiske skalaer: Unge, der har taget andre stoffer end hash inden for det seneste år, scorer lavere på *fysiske begrænsninger, fysisk smerte* og *alment helbred* end unge, der aldrig har taget stoffer. Forskellene er dog generelt små (lille effektstørrelse). Unge, der har taget stoffer inden for det seneste år, afviger ikke fra befolkningen som helhed på de fire fysiske skalaer, om end de scorer en smule højere på *fysisk funktion,* hvorimod unge, der aldrig har taget stoffer, har en lidt bedre score på alle skalaer.

Mentale skalaer: Unge, der har taget andre stoffer end hash inden for det seneste år, scorer dårligere på alle fire mentale skalaer end de øvrige unge. Forskellen på *social funktion* og *psykiske begrænsninger* svarer til en moderat effektstørrelse, mens forskellen på *psykisk trivsel* og *energi* svarer til en lille effekt-

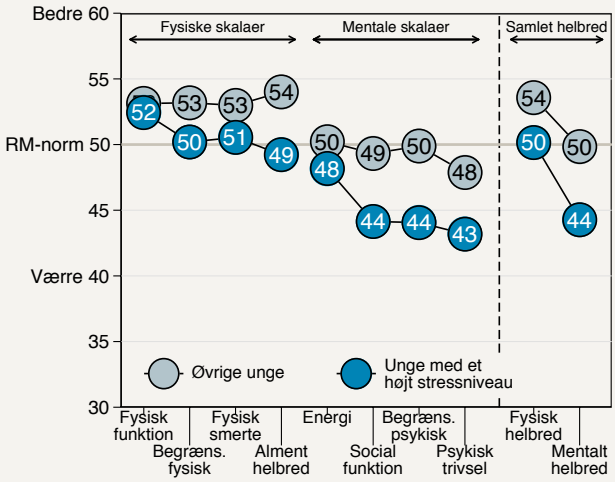
størrelse. De unge, der har taget andre stoffer end hash inden for det seneste år, scorer desuden noget dårligere end befolkningen som helhed på både *social funktion, psykiske begrænsninger* og *psykisk trivsel* (moderat effektstørrelse). Unge, der aldrig har taget stoffer, adskiller sig ikke fra gennemsnittet i befolkningen.

Samlet helbred: Unge, der har taget andre stoffer end hash inden for det seneste år, scorer lidt dårligere end unge, der aldrig har taget stoffer, på *fysisk helbred* (4 point; lille effektstørrelse) og meget dårligere på *mentalt helbred* (6 point), svarende til en moderat effektstørrelse. De afviger ikke fra hele befolkningen på *fysisk helbred,* men scorer meget dårligere på *mentalt helbred* (moderat effektstørrelse). Unge, der aldrig har taget stoffer, har et lidt bedre *fysisk helbred* end befolkningen som helhed (lille effektstørrelse), men adskiller sig ikke fra befolkningsgennemsnittet på *mentalt helbred.*

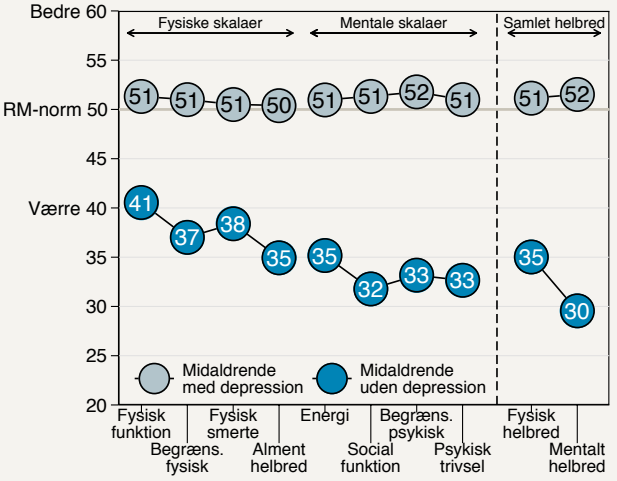
Det samlede billede viser, at unge, der har taget andre stoffer end hash inden for det seneste år, har en nedsat helbredsrelateret livkvalitet sammenlignet med unge, der aldrig har taget stoffer, og befolkningen som helhed. Dette vedrører særligt deres mentale helbred, mens deres fysiske helbred dog også er dårligere sammenlignet med de øvrige unge, om end forskellene er små.

Figur 7.11, 7.12, 7.13 og 7.14
Særligt belastende forhold

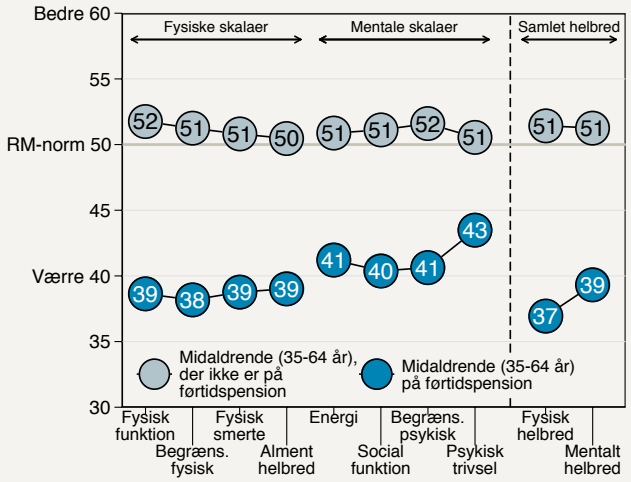
Figur 7.11
SF-12-profil for unge med et højt stressniveau vs. øvrige unge



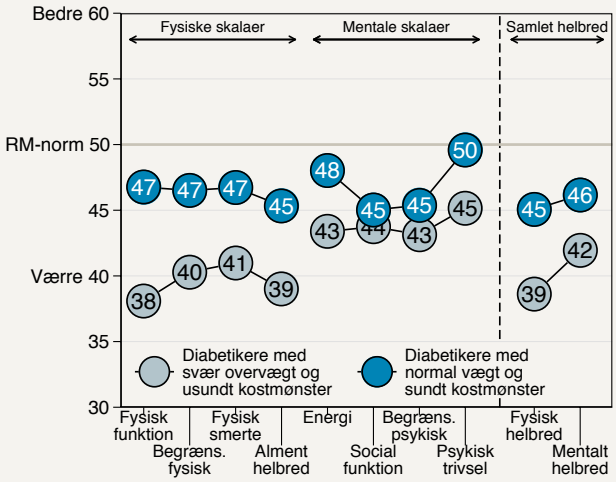
Figur 7.12
SF-12-profil for midaldrende med depression vs. øvrige midaldrende



Figur 7.13
SF-12-profil for midaldrende på førtidspension vs. øvrige midaldrende



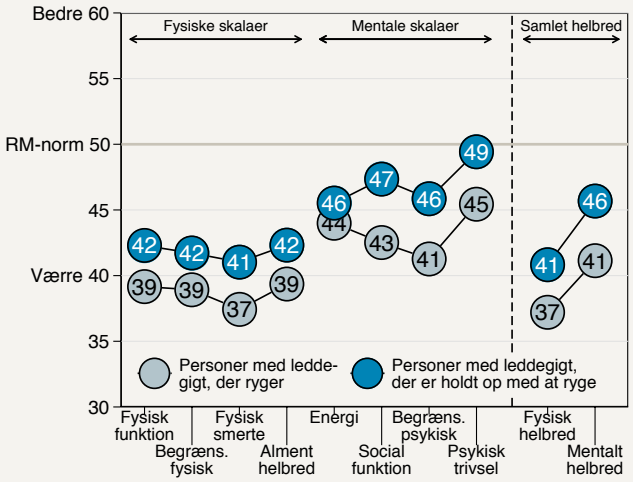
Figur 7.14
SF-12-profil for diabetikere med svær overvægt og usundt kostmønster vs. normalvægtige diabetikere med et sundt kostmønster



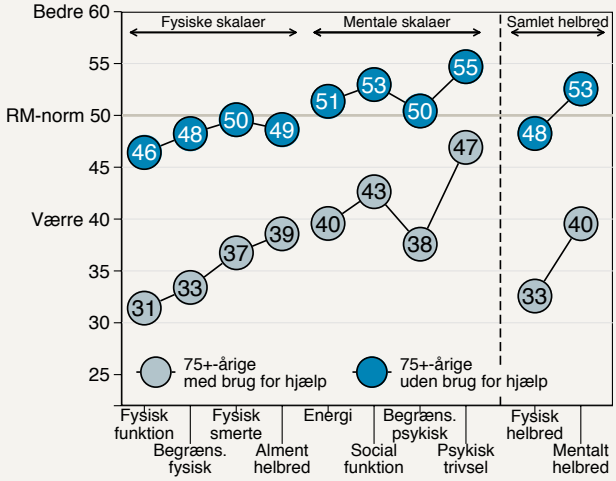
RM-norm 50: Gennemsnittet for Region Midtjyllands befolkning

Figur 7.15 og 7.16
Særligt belastende forhold

Figur 7.15
SF-12-profil for dagligrygere med leddegigt vs. eksrygere med leddegigt



Figur 7.16
SF-12-profil for ældre med behov for hjælp til dagligdagens gøremål vs. øvrige ældre



RM-norm 50: Gennemsnittet for Region Midtjyllands befolkning

Særligt belastende forhold

I det følgende præsenteres en række cases, der har til formål at vise SF-12-profilerne for udvalgte grupper, der er særligt belastet af sygdom eller sociale omstændigheder.

Højt stressniveau

Figur 7.11 viser SF-12-profilen for unge med et højt stressniveau (score på 16 eller mere på Perceived Stress Scale) sammenlignet med andre unge. 41 % af de unge i alderen 16-24 år har et højt stressniveau. Langvarig stress er en risikofaktor for udviklingen af bl.a. depression (32). Der har i de senere år været øget fokus på stress hos unge, fordi antallet af unge, der ofte føler sig stresset, er øget markant gennem en årrække (33).

Fysiske skalaer: Unge med et højt stressniveau scorer lavere på de fire fysiske skalaer end andre unge. Forskellene er små ved *fysisk funktion* og *fysisk smerte* (lille effektstørrelse), mens forskellene er moderate ved *fysiske begrænsninger* og *alment helbred.* Unge med et højt stressniveau afviger ikke fra befolkningen som helhed med hensyn til deres fysiske livskvalitet, mens andre unge scorer meget bedre på både *fysiske begrænsninger* og *alment helbred* (moderat effektstørrelse) og lidt bedre på *fysisk funktion* og *fysisk smerte* (lille effektstørrelse).

Mentale skalaer: Unge med et højt stressniveau scorer markant dårligere på de fire mentale skalaer end de øvrige unge (stor effektstørrelse). Forskellen er især markant ved *social funktion,* hvor deres gennemsnit er hele 12 point lavere end de øvrige unges. Unge med et højt stressniveau har ligeledes en dårligere mental livskvalitet end befolkningen som helhed. Gennemsnittet for de fire mentale skalaer ligger mellem 5 til 9 point under gennemsnittet for hele befolkningen, mens de øvrige unge har en mental livskvalitet, der er lidt bedre end befolkningen som helhed.

Samlet helbred: Unge med et højt stressniveau har en meget dårligere score på *fysisk helbred* end de øvrige unge (moderat effektstørrelse) og en markant dårligere score på *mentalt helbred* end de øvrige unge (stor

effektstørrelse). Gruppen ligger på niveau med hele befolkningen på *fysisk helbred* og markant dårligere på *mentalt helbred (*stor effektstørrelse), mens de øvrige unge placerer sig bedre på både *fysisk* og *mentalt helbred* end befolkningen som helhed.

Det samlede billede viser, at unge med et højt stressniveau har et dårligere mentalt helbred sammenlignet med øvrige unge og befolkningen som helhed, mens deres fysiske helbred ikke er dårligere end befolkningsgennemsnittet, om end de har et dårligere fysisk helbred end deres jævnaldrende. Deres helbredsrelaterede livskvalitet er således nedsat i en grad, der må antages at påvirke deres generelle livsudfoldelse.

Depression

Figur 7.12 viser SF-12-profilen for midaldrende (35-64 år) med depression (se definition i kapitel 8) sammenlignet med alle øvrige midaldrende. Der er 6 % af de midaldrende mellem 35-64 år i Region Midtjylland, som har en mild, moderat eller svær depression. Depression har store samfundsmæssige omkostninger, især pga. øget sygefravær og udstødning fra arbejdsmarkedet, ligesom depression øger risikoen for flere kroniske sygdomme, herunder hjerte-kar-lidelser (34, 35, 36).

Fysiske skalaer: Midaldrende med depression scorer markant dårligere på de fire fysiske skalaer end midaldrende uden depression. Forskellene varierer fra 10 til 15 point (stor effektstørrelse). Forskellen er størst ved *alment helbred* og lavest ved *fysisk funktion*. Midaldrende med depression har ligeledes en markant dårligere fysisk livskvalitet end befolkningen som helhed, mens midaldrende uden depression ikke adskiller sig fra befolkningsgennemsnittet.

Mentale skalaer: Midaldrende med depression scorer i høj grad dårligere på de fire mentale skalaer end de øvrige midaldrende (stor effektstørrelse). Den største forskel ses ved *social funktion* og *psykiske begrænsninger,* hvor midaldrende med depression scorer 19 point lavere end de øvrige midaldrende. Midaldrende med depression adskiller sig ligeledes markant fra gennemsnittet i befolkningen på alle fire mentale skalaer (stor effektstørrelse), mens de øvrige midaldrende ikke adskiller sig fra gennemsnittet i befolkningen.

Samlet helbred: Midaldrende med depression har en markant dårligere score på *fysisk helbred* end de øvrige midaldrende og en endnu dårligere score på *mentalt helbred.* Begge svarer til en stor effektstørrelse. Midaldrende med depression scorer ligeledes markant lavere end gennemsnittet i befolkningen på begge samlede skalaer, mens de øvrige midaldrende ligger på samme niveau som hele befolkningen.

Det samlede billede viser, at midaldrende med depression har både et væsentlig dårligere fysisk og mentalt helbred end øvrige midaldrende og befolkningen som helhed. Det er forventeligt, at de midaldrende med depression adskiller sig markant med hensyn til deres mentale helbred, men bemærkelsesværdigt, at de også adskiller sig så markant fra andre midaldrende og befolkningen som helbred med hensyn til fysisk helbred. Deres helbredsrelaterede livskvalitet er således nedsat i en grad, der må antages at påvirke deres generelle livsudfoldelse, blandt andet i forhold til fysiske gøremål og social kontakt.

Førtidspension

Figur 7.13 viser SF-12-profilen for midaldrende (35-64 år), der er på førtidspension, sammenlignet med andre midaldrende. I alt 9 % af de midaldrende i alderen 35-64 år i Region Midtjylland er på førtidspension. Kriteriet for tilkendelse af førtidspension er, at arbejdsevnen hos en borger i den erhvervsaktive alder er varigt nedsat i et sådant omfang, at han eller hun ikke kan komme til at arbejde – hverken i et ordinært job med støtte eller i et særligt tilrettelagt fleksjob. Den hyppigste årsag til tilkendelse af førtidspension er angst efterfulgt af skizofreni, lænderygsmerter, depression, hjerneblødning, misbrug og slidgigt (28).

Fysiske skalaer: Midaldrende på førtidspension scorer markant lavere på de fire fysiske skalaer end de øvrige midaldrende. Forskellene varierer fra 10 til 13 point (stor effektstørrelse). Midaldrende på førtidspension scorer ligeledes markant lavere på de fire fysiske skalaer end befolkningen som helhed, mens de øvrige midaldrende ikke adskiller sig fra befolkningen som helhed.

Mentale skalaer: Midaldrende på førtidspension scorer markant dårligere på de fire mentale skalaer end de øvrige midaldrende. Den største forskel ses ved *energi, social funktion* og *psykiske begrænsninger* (stor effektstørrelse). Forskellen er mindst ved *psykisk trivsel* (moderat effektstørrelse). Midaldrende på førtidspension scorer ligeledes betydeligt lavere end befolkningen som helhed på alle fire mentale skalaer, mens de

øvrige midaldrende ikke adskiller sig fra gennemsnittet i befolkningen.

Samlet helbred: Midaldrende på førtidspension har en meget dårligere score på *fysisk helbred* end de øvrige midaldrende, ligesom de har en meget dårligere score på *mentalt helbred.* Begge svarer til en stor effektstørrelse. Midaldrende på førtidspension scorer ligeledes markant lavere end gennemsnittet i befolkningen på både *fysisk helbred* og *mentalt helbred,* mens de øvrige midaldrende ikke afviger fra gennemsnittet.

Det samlede billede viser, at midaldrende på førtidspension har en væsentlig nedsat helbredsrelateret livkvalitet i forhold til både deres fysiske og mentale helbred sammenlignet med øvrige midaldrende og befolkningen som helhed. Dette er ikke overraskende, eftersom førtidspension tilkendes både som følge af fysiske og psykiske sygdomme.

Diabetes og livsstil

Figur 7.14 viser SF-12-profilen for diabetikere med svær overvægt (BMI 30+) og et usundt kostmønster sammenlignet med normalvægtige diabetikere med et sundt kostmønster. Tre ud af fire diabetikere er moderat eller svært overvægtige. Overvægt, usunde kostvaner og fysisk inaktivitet er vigtige risikofaktorer ved udviklingen af type 2-diabetes. Hos personer med diabetes kan risikoen for at udvikle følgesygdomme nedsættes ved livsstilsændringer. Derfor er livsstilsændringer en vigtig del af behandlingen af diabetes ved både type 1- og type 2-diabetes.

Fysiske skalaer: Diabetikere med svær overvægt og et usundt kostmønster har en markant lavere score på *fysisk funktion* sammenlignet med normalvægtige diabetikere med et sundt kostmønster (stor effektstørrelse). Det samme er tilfældet, om end i lidt mindre grad, ved de tre andre fysiske skalaer: *fysiske begrænsninger, fysisk smerte* og *alment helbred.* Her er gennemsnittet blandt svært overvægtige diabetikere med usundt kostmønster 6 point lavere (moderat effektstørrelse). Gruppen scorer desuden markant dårligere på alle fire fysiske skalaer end befolkningen som helhed (stor effektstørrelse). Til sammenligning har normalvægtige diabetikere med sunde kostvaner kun en lidt dårligere fysisk livskvalitet end hele befolkningen (lille effektstørrelse).

Mentale skalaer: Diabetikere med svær overvægt og et usundt kostmønster scorer ligeledes lidt dårligere end normalvægtige diabetikere med et sundt kostmønster på tre af de mentale skalaer: *energi, psykiske begrænsninger* og *psykisk trivsel* (lille effektstørrelse). Gruppen scorer desuden meget lavere end befolkningen som helhed på alle fire mentale skalaer (moderat effektstørrelse), mens normalvægtige diabetikere med et sundt kostmønster kun adskiller sig meget på *social funktion* (moderat effektstørrelse).

Samlet helbred: Diabetikere med svær overvægt og et usundt kostmønster har et markant dårligere *fysisk helbred* og et lidt dårligere *mentalt helbred* end normalvægtige diabetikere med et sundt kostmønster. Begge diabetikergrupper ligger lavere end hele befolkningen på de to samlede helbredsskalaer, men diabetikere med svær overvægt og usundt kostmønster ligger markant lavere på begge samlede skalaer (stor effektstørrelse), mens normalvægtige diabetikere med sundt kostmønster kun adskiller sig lidt (lille effektstørrelse).

Det samlede billede peger på, at diabetikere med svær overvægt og et usundt kostmønster har væsentligt nedsat helbredsrelateret livskvalitet. Således er deres fysiske helbred betydelig dårligere sammenlignet med normalvægtige diabetikere med sundt kostmønster og befolkningen som helhed. Det kan skyldes følgevirkninger af en dårligt reguleret diabetes. Det er velkendt, at sunde kostvaner og motion er med til at sikre en velreguleret diabetes, og at vægttab forbedrer diabetikeres tilstand betydeligt (37). Dertil har diabetikere med svær overvægt og usundt kostmønster et meget dårligere mentalt helbred, sammenlignet med befolkningen som helhed, og en lidt dårligere mental livskvalitet end andre diabetikere.

Leddegigt og rygning

Figur 7.15 viser SF-12-profilen for dagligrygere med leddegigt sammenlignet med personer med leddegigt, der er holdt op med at ryge for fem år siden eller mere. Rygning er den stærkeste og bedst dokumenterede risikofaktor for udløsning af leddegigt. Rygning forværrer desuden leddegigten hos personer, der har udviklet sygdommen (38, 39). Hver femte borger med leddegigt ryger dagligt.

Fysiske skalaer: Personer med leddegigt, der ryger dagligt, har en lavere score på de fire fysiske skalaer end eksrygere med leddegigt. Der er tale om mindre, men konsistente forskelle (lille effektstørrelse). Begge grupper af leddegigtpatienter har et væsentligt dårlige-

re fysisk helbred end befolkningen som helhed. Rygere med leddegigt ligger hele 11 til 13 point lavere end befolkningen som helhed på de fire fysiske skalaer (stor effektstørrelse). Eksrygere med leddegigt ligger tilsvarende 8 til 9 point lavere. Forskellen er størst for begge grupper ved *fysisk smerte.*

Mentale skalaer: Dagligrygere med leddegigt ligger mellem 4 og 5 point lavere på tre af de mentale skalaer end eksrygere med leddegigt (lille effektstørrelse). Det drejer sig om: *social funktion, psykiske begrænsninger* og *psykisk trivsel*. Både dagligrygere og eksrygere med leddegigt har en dårligere mental livskvalitet end befolkningen som helhed, men forskellene er ikke så store som ved fysisk helbred.

Samlet helbred: Dagligrygere med leddegigt scorer dårligere på både *fysisk helbred* og *mentalt helbred* end eksrygere med leddegigt. Forskellen svarer til en moderat effektstørrelse. Begge grupper har et dårligere *fysisk helbred* og *mentalt helbred* end hele befolkningen.

Det samlede billede viser, at dagligrygere med leddegigt har en dårligere helbredsrelateret livskvalitet end eksrygere med leddegigt, og at begge grupper har en markant dårligere helbredsrelateret livskvalitet end befolkningen som helhed. Dette vedrører både deres fysiske og mentale helbred.

Brug for hjælp til dagligdagens gøremål

Figur 7.16 viser SF-12-profilen for ældre (75 år og derover), der har brug for hjælp til dagligdagens gøremål, sammenholdt med ældre, der ikke har brug for hjælp.

Fire ud af ti personer på 75 år og derover har brug for hjælp til at udføre et eller flere af dagligdagens gøremål. Det kan dreje sig om hjælp til personlig pleje, madlavning, rengøring, indkøb osv. Med et fagudtryk fra ergoterapien har de et ADL-behov, hvor ADL står for *Activities of Daily Living* (på dansk bruges betegnelsen almindelig daglig levevis) (40). Ofte udløser behovet kommunal hjemmehjælp eller anden professionel hjælp.

Fysiske skalaer: Ældre med behov for hjælp til dagligdagens gøremål adskiller sig markant fra ældre, der ikke har behov for hjælp. Gennemsnittet på de fire fysiske skalaer er mellem 10 og 15 point lavere (stor effektstørrelse). Størst er forskellen ved *fysisk funktion*. Ældre med behov for hjælp scorer ligeledes markant dårligere end gennemsnittet i befolkningen (stor effektstørrelse), mens ældre uden behov for hjælp kun ligger en smule under eller på niveau med hele befolkningen.

Mentale skalaer: Ældre med behov for hjælp til dagligdagens gøremål scorer ligeledes dårligere på de mentale skalaer sammenlignet med ældre uden behov for hjælp. Forskellen på de fire mentale skalaer er mellem 8 og 13 point lavere (stor effektstørrelse). Ældre med behov for hjælp scorer ligeledes lavere end befolkningen som helbred på alle fire skalaer, mens ældre uden behov for hjælp har et gennemsnit på de fire mentale skalaer, der ligger på eller over gennemsnittet for hele befolkningen.

Samlet helbred: Ældre med behov for hjælp til dagligdagens gøremål scorer væsentlig lavere på *fysisk helbred* og *mentalt helbred* end ældre uden et sådant behov, svarende til en stor effektstørrelse på begge samlede skalaer. Forskellen er på henholdsvis 16 og 13 point. Ældre med behov for hjælp scorer ligeledes markant lavere på både *fysisk* og *mentalt helbred* end befolkningen som helhed, mens ældre uden behov for hjælp scorer lidt bedre end befolkningen som helhed på mentalt helbred.

SF-12-profilerne for ældre med og uden behov for hjælp til dagligdagens gøremål er markant forskellige. Især det fysiske helbred er væsentlig dårligere hos personer, der har brug for hjælp, mens det mentale helbred dog også er nedsat. Personer uden behov for hjælp har, på trods af deres alder, en helbredsrelateret livskvalitet på niveau med eller bedre end hele befolkningen.

► Udvikling fra 2010-2017. Opgjort som effektstørrelse er der reelt ingen forskel på befolkningens helbredsrelaterede livskvalitet i perioden fra 2010 og 2017. Se figur 7.4.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. Opgjort som effektstørrelse er der reelt ingen forskel på befolkningens helbredsrelaterede livskvalitet i perioden fra 2013 og 2017. Se figur 7.4.S i bind 2. ◄

Sammenfatning

Formålet med den del af kapitel 7, der omhandler SF-12, har været at vise, hvordan SF-12 kan anvendes til at beskrive helbredsrelateret livskvalitet i forskellige befolkningsgrupper. Der er blevet præsenteret en række SF-12-profiler for udvalgte sociodemografiske grupper og for befolkningsgrupper med forskellige risikofaktorer og særlige belastninger. Hensigten med caseeksemplerne har været at eksemplificere, hvordan SF-12 kan tolkes, samt illustrere, hvordan forskellige SF-12-profiler ser ud.

Referencer

1. CLK Lam. Subjective quality of life measures – general principles and concepts. In: Preedy VR & Watson RR (Eds.), Handbook of disease burdens and quality of life measures, v. 1, p. 382-399. New York, NY: Springer; 2010.

2. Næss S, Moun T. Livskvalitet: forskning om det gode liv. Bergen: Fagbokforlaget; 2011.

3. Kajandi, M. Livskvalitet. Uppsala: Psykologiske enheten, Forskningskliniken, Ulleråkers sjukhus; 1985.

4. Centers for Disease Control and Prevention. Measuring healthy days: Population assessment of health-related quality of life. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention; 2000.

5. Gandek B, Sinclair SJ, Kosinski M, Ware JE Jr. Psychometric evaluation of the SF-36 health survey in Medicare managed care. Health Care Finance Rev 2004; 25(4):5-25.

6. McHorney CA. Health status assessment methods for adults: past accomplishments and future directions. Annual Rev Public Health 1999; 20:309-35.

7. Selim AJ, Rogers W, Fleishman JA, Qian SX, Fincke BG, Rothendler JA, Kazis LE. Updated U.S. population standard for the Veterans RAND 12-item Health Survey (VR-12). Qual Life Res 2009; 18(1):43-52.

8. Jylha M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. Soc Sci Med 2009; 69(3):307-16.

9. Bombak E. 2013. Self-Rated Health and Public Health: A Critical Perspective. Front Public Health; 2013; 1:15.

10. Tissue T. Another look at self-rated health among the elderly. Journal of Gerontology. 1972; 27:91-94.

11. Idler EL & Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty seven community studies. J Health Soc Beh 1997; 38:21-37.

12. DeSalvo KB. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A metaanalysis. J Gen Intern Med 2006; 21(3):267-75.

13. Latham K, Peek C. Self-Rated Health and Morbidity Onset Among Late Midlife U.S. Adult. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2013 Jan; 68(1):107-116. doi: 10.1093/geronb/gbs104.

14. Riise HK, Riise T, Natvig GK, Daltveit AK. Poor self-rated health associated with an increased risk of subsequent development of lung cancer. Qual Life Res 2014 Feb; 23(1):145-53. doi: 10.1007/s11136-013-0453-2.

15. Waller G, Janlert U, Norberg M, Lundqvist R, Forssén A. Self-rated health and standard risk factors for myocardial infarction: a cohort study. BMJ Open 2015 Feb 13;5(2):e006589. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006589.

16. Wennberg P, Rolandson O, Jerdén L, Boeing H, Sluik D, Kaas R, et al. Self-rated health and mortality in individuals with diabetes mellitus: prospective cohort study. BMJ Open 2012; 2(1).

17. Grool AM, van der Graaf Y, Visseren FL, de Borst GJ, Algra A, Geerlings MI; SMART Study Group. Self-rated health status as a risk factor for future vascular events and mortality in patients with symptomatic and asymptomatic atherosclerotic disease: the SMART study. J Intern Med 2012 Sep; 272(3):277-86. doi: 10.1111/j.1365-2796.2012.02521.x.

18. Venskutonyte L, Brismar K, Öhrvik J, Rydén L, Kjellström B. Self-rated health predicts outcome in patients with type 2 diabetes and myocardial infarction: a DIGAMI 2 quality of life sub-study. Diab Vasc Dis Res 2013 Jul; 10(4):361-7. doi: 10.1177/1479164113482694.

19. Perruccio AV, Davis AM, Hogg-Johnson S, Badley EM. Importance of self-rated health and mental well-being in predicting health outcomes following total joint replacement surgery for osteoarthritis. Arthritis Care Res (Hoboken); 2011; 63(7):973-81. doi: 10.1002/acr.20467.

20. Cserép Z, Losoncz E, Tóth R, Tóth A, Juhász B, Balog P, Vargha P, Gál J, Contrada RJ, Falger PR, Székely A. Self-rated health is associated with the length of stay at the intensive care unit and hospital following cardiac surgery. BMC Cardiovasc Disord; 2014; 14:171. doi: 10.1186/1471-2261-14-171.

21. Eng JA, Clough-Gorr K, Cabral HJ, Silliman RA. Predicting 5- and 10-Year Survival In Older Women With Early Stage Breast Cancer: Self-Rated Health and Walking Ability. J Am Geriatr Soc; 2015; 63(4):757-762. doi:10.1111/jgs.13340.

22. Kristensen TS et al. Selvvurderet helbred og arbejdsmiljø – Er selvvurderet helbred et frugtbart og nyttigt begreb i arbejdsmiljøforskning og forebyggelse? København: Arbejdsmiljofondet; 1998.

23. Dominick KL et al. Relationship of health related quality of life to health care utilization and mortality among older adults. Aging Clin Exp Res 2001; 14(6):499-508.

24. DeSalvo KB et al. Health care expenditure prediction with a single item, self-rated health measure. Med Care 2009; 47(4):440-7.

25. Ware JE, Kosinski M, Turner-Bowker DM, Gandek B. How to score version 2 of the SF-12 health survey (with a supplement documenting version 1). Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated; 2001.

26. Ware J, Snow K, Kosinski M. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston: MA: The Health Institute, New England Medical Centre; 1993.

27. Alberts SC, Archie EA, Gesquiere LR, Altmann J, Vaupel JW, Christensen K. The male-female health-survival paradox: A comparative perspective on sex differences. pp. 339-364 in: Aging and Mortality in National Research Council. (2014). Sociality, Hierarchy, Health: Comparative Biodemography: A Collection of Papers. Weinstein M and Lane MA, editors, Committee on Population, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press.

28. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2016.

29. Smyth A, Teo KK, Rangarajan S, O'Donnell M, Zhang X, Rana P, et al. Alcohol consumption and cardiovascular disease, cancer, injury, admission to hospital, and mortality: a prospective cohort study. The Lancet; 2015; 386(10007):1945-1954.

30. Squeglia LM, Gray KM. Alcohol and Drug Use and the Developing Brain. Curr Psychiatry Rep, 2016; 18(5):46. doi: 10.1007/s11920-016-0689-y.

31. Sundhedsstyrelsen. Narkotikasituationen i Danmark 2017 – Nationale data. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.

32. Sundhedsstyrelsen. Langvarig stress. Aktuel viden og forslag til stressforebyggelse. Rådgivning til almen praksis. København: Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen; 2007.

33. Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, Juel K. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. København: Sundhedsstyrelsen; 2015.

34. Wulsin LR, Singal BM. Do depressive symptoms increase the risk for the onset of coronary disease? A systematic quantitative review. Psychosom Med 2003; 65(2):201-210.

35. Nicholson A, Kuper H, Hemingway H. Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146.538 participants in 54 observational studies. Eur Heart J; 2006; 27:2763-74.10.1093/eurheartj/ehl338.

36. Dhar AK, Barton DA. Depression and the Link with Cardiovascular Disease. Frontiers in Psychiatry. 2016;7:33. doi:10.3389/fpsyt.2016.00033.

37. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2018. Diabetes Care; 2018; 41 (1).

38. Sugiyama D, Nishimura K, Tamaki K, et al. Impact of smoking as a risk factor for developing rheumatoid arthritis: a meta-analysis of observational studies. Ann Rheum Dis, 2010;69:70-81.

39. Kallberg H, Ding B, Padyukov L, et al. Smoking is a major preventable risk factor for rheumatoid arthritis: estimations of risks after various exposures to cigarette smoke. Ann Rheum Dis; 2011; 70:508-11.

40. Wæhrens EE (red.). Almindelig daglig levevis – ADL. København: Munksgaard; 2015.

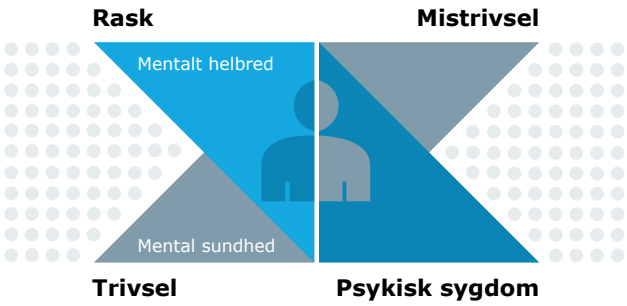
8. MENTAL SUNDHED OG MENTALT HELBRED

Formålet med dette kapitel er at give en beskrivelse af befolkningens mentale sundhed og mentale helbredsproblemer. Først introduceres centrale begreber samt viden om risikofaktorer og interventionsmuligheder. Dernæst præsenteres syv forskellige vinkler på mental sundhed og mentalt helbred: 1) trivsel og livskvalitet, 2) stress, 3) generet af angst og anspændthed, 4) ensomhed, 5) depression, 6) selvskadende adfærd og 7) risiko for udvikling af spiseforstyrrelse. Dermed spænder analysen fra almen trivsel over tegn på dårlig mental sundhed til egentlige mentale helbredsproblemer.

Hvad menes der med mental sundhed og mentalt helbred?

Det engelske begreb *mental health* kan på dansk oversættes til både *mental sundhed* og *mentalt helbred* (1). Dermed afspejler den danske oversættelse to væsentlige dimensioner af begrebet. *Mental sundhed* dækker over et spektrum fra trivsel/mentalt velbefindende til mistrivsel/mentale problemer, for eksempel i form af symptomer, som fra tid til anden kan ramme alle i befolkningen (1). En tilstand af trivsel giver mulighed for at udfolde egne evner, håndtere dagligdagens udfordringer og stress samt indgå i fællesskaber (2). Den mentale sundhed er i høj grad påvirket af den enkeltes mestring af belastninger, adgang til ressourcer og samspil med omgivelserne (3) og dækker derfor både over den enkeltes oplevelse af trivsel og muligheder for og evne til at klare udfordringer og gøremål (2). *Mentalt helbred* dækker til gengæld over et sygdomsrelateret spektrum – fra at være rask til at have en psykisk lidelse – og refererer dermed til diagnoser (3) (se figur 8.1).

Figur 8.1
Mental sundhed og mentalt helbred



I praksis overlapper de to begreber hinanden afhængigt af de konkrete tilstande. Størstedelen af befolkningen har en god mental sundhed og lider ikke af en psykisk lidelse. En anden del af befolkningen har et eller flere problemer eller symptomer, som er forbundet med dårlig mental sundhed, men som ikke opfylder diagnostiske kriterier. Endelig lider en mindre del af befolkningen af egentlige psykiske lidelser. En del af denne gruppe udviser tydelige tegn på dårlig mental sundhed, mens andre, trods mentale helbredsproblemer, har en god mental sundhed, eksempelvis som følge af tilstrækkelig behandling og støtte (3).

Sammenfattende er *mental health* et bredt begreb, som dækker over en række forskellige tilstande. Dette er en potentiel styrke, men samtidig problematisk, da det giver anledning til begrebsforvirring (4). WHO har i en række rapporter søgt at nuancere begrebet (5, 6). Det fremhæves her, at mental sundhed er mere end fravær af psykisk lidelse, og at den gensidige påvirkning mellem mental sundhed/mentale helbredsproblemer og fysisk helbred er både omfattende og kompleks. Heraf følger den erkendelse, at fremme af mental sundhed og afhjælpning af mentale helbredsproblemer kræver en folkesundhedstilgang, der både tilsigter at øge trivsel og at mindske de personlige og samfundsmæssige omkostninger ved egentlige psykiske lidelser (6). Denne pointe afspejler sig i WHO's aktuelle *Mental health action plan* (2013-2020), der sammentænker fremme af trivsel, forebyggelse og afhjælpning af psykiske lidelser og rehabilitering (7).

Samtidig fremhæver WHO, at den begrebslige og organisatoriske opdeling i mentalt helbred og fysisk helbred er en barriere for arbejdet med sundhed (8). Denne pointe bygger især på nyere forskning i neurovidenskab og adfærdsmedicin, som har vist 1) at psykiske sygdomme, ligesom mange somatiske sygdomme, er resultatet af komplekse samspil mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer, og 2) at mentalt helbred og fysisk helbred er tæt forbundet via fysiologiske systemer og sundhedsadfærd (8). Det fysiske helbred påvirker i betydelig grad den enkeltes mentale helbred, ligesom mentalt helbred har væsentlig betydning for det fysiske helbred. Eksempelvis udløser en depression uhensigtsmæssige forandringer i immunfunktionen og øger derved risikoen for en række somatiske sygdomme (8). Endvidere er psykisk sygdom forbundet med uhensigtsmæssige

sundhedsvaner (f.eks. rygning, alkohol og seksuel risikoadfærd), som blandt andet øger risikoen for kræft, hjerte-kar-lidelser og seksuelt overførte sygdomme (8). I tråd hermed har de fleste personer med psykisk sygdom en eller flere somatiske sygdomme, og disse forekommer generelt hyppigere blandt personer med psykisk sygdom end i den øvrige befolkning (8, 9). Den forventede levetid blandt psykiatriske patienter er cirka 15-20 år kortere end i den øvrige befolkning, hvilket især skyldes livsstilsrelaterede somatiske sygdomme (10, 11).

Risikofaktorer for udvikling af dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer

Der er en stigende erkendelse af, at mental sundhed har stor betydning for blandt andet helbred, uddannelse og beskæftigelse (1). Den enkeltes sociale og økonomiske vilkår, kulturelle forhold, livsfase og mestringsstrategier giver forskellige muligheder for at modstå belastninger, som kan forringe den mentale sundhed og eventuelt udløse eller forværre mentale helbredsproblemer (6, 12). Undersøgelser har identificeret en række faktorer, som øger risikoen for dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer (se eksempler i tabel 8.1). Som det fremgår, spænder faktorerne fra det overordnede samfundsniveau (f.eks. fattigdom) over familieforhold (f.eks. omsorgssvigt) til individniveau (f.eks. fysiske helbredsproblemer) (12).

Tabel 8.1
Eksempler på risikofaktorer for dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer (1, 12, 13, 14, 15)

Biologiske forhold (herunder genetik)
Omsorgssvigt, vold og seksuelle overgreb
Sygdom/dødsfald blandt nærtstående
Mobning/social eksklusion/diskrimination
Fysiske helbredsproblemer/funktionstab
Lavt selvværd
Arbejdsløshed
Misbrug af alkohol og stoffer
Kriminalitet
Fattigdom
Manglende social støtte
Psykisk sygdom (risikofaktor for dårlig mental sundhed)

Det har vist sig vanskeligt at opstille og validere et samlet mål, der i befolkningsundersøgelser og interventionsstudier kan belyse mental sundhed og ikke blot symptomer på psykisk sygdom (4). Selv om psykiske lidelser ikke udgør en modpol til mental sundhed, er psykisk sygdom en af de væsentligste årsager til dårlig mental sundhed (4). I tråd hermed ses der en stærk negativ sammenhæng mellem mål for positiv mental sundhed/trivsel og mål, der belyser symptomer på mentale helbredsproblemer, f.eks. depression (16, 17). Dertil kommer, at forskellige tilstande, der er forbundet med mental sundhed og mentale helbredsproblemer, ofte overlapper hinanden og indgår i et gensidigt forstærkende samspil. Eksempelvis kan psykisk sygdom påvirke sociale relationer, ligesom sociale relationer kan have betydning for symptomer på psykisk sygdom: Depression øger risikoen for ensomhed, ligesom ensomhed øger risikoen for depression (18, 19, 20). Tilsvarende er stress et tegn på dårlig mental sundhed, men også en risikofaktor i forhold til depression (21, 22). Dette varierende landskab af forskellige komponenter af mental sundhed og mentale helbredsproblemer er med til at understrege, at det er relevant både at beskrive trivsel, forskellige aspekter af dårlig mental sundhed og egentlige mentale helbredsproblemer.

Udviklingen i mental sundhed og mentale helbredsproblemer

Det er vanskeligt at danne sig et samlet billede af udviklingen i befolkningens mentale sundhed og mentale helbredsproblemer i Danmark, hvilket blandt andet skyldes, at de to begreber dækker over en række forskellige tilstande. Flere undersøgelser bidrager imidlertid med væsentlig information herom. Analyser baseret på *Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen* peger på, at forekomsten af dårligt mentalt helbred i den voksne danske befolkning faldt fra 1994 til 2005 (23). Dog sås en stigende forekomst af dårlig mental sundhed hos unge kvinder (16-24 år) fra 2000 til 2005. *Den natio-*

nale sundhedsprofil fra 2013 peger på en lille stigning i andelen med dårligt mentalt helbred fra 2010 til 2013 (24). Andelen med højt stressniveau forblev i samme periode uændret på befolkningsniveau, om end der sås en stigning blandt yngre kvinder (16-34 år) og et fald blandt ældre (75+ år). Angående psykiske lidelser er det vanskeligt at finde sammenlignelige befolkningsundersøgelser (1, 25). Registeroplysninger peger dog på en stigning fra 2001 til 2011 i antallet af voksne (18+ år), som har været i kontakt med den regionale psykiatri på grund af angsttilstande og depression (25). Antallet af kontakter er i samme periode uændret for en række andre psykiske sygdomme (voksne) (25).

Rapporten *Børn og unges mentale helbred* fra 2014 har på baggrund af danske videnskabelige undersøgelser kortlagt de foregående 20 års udvikling i mentalt helbred hos børn og unge (10-24 år) (1). Kortlægningen dokumenterer, at der på tværs af en række indikatorer for mental sundhed (bl.a. nervøsitet og stress, søvnproblemer og medicin mod hovedpine) har været en negativ udvikling. Eksempelvis er andelen af 16-24-årige kvinder, som ofte *føler* sig nervøse og stressede, steget fra 14 % i 2005 til 26 % i 2013. Endvidere viser registeroplysninger en stigning i antallet af børn og unge, som diagnosticeres og modtager behandling for psykiske lidelser, hvilket tilskrives både en negativ udvikling og øget fokus/kapacitet på området (1, 25).

Sammenfattende tyder tilgængelige undersøgelser på, at der overordnet er sket en forværring i børn og unges mentale sundhed og mentale helbred (især blandt unge kvinder), mens udviklingen i den voksne del af befolkningen er mere uklar. En mulig forklaring på udviklingen hos børn og unge er ændrede samfundsforhold, blandt andet i form af øgede krav og øgede forventninger til egne og andres præstationer (25). Flere studier peger på, at unge – især kvinder – oplever, at de skal præstere på en lang række fronter, herunder uddannelse, venskaber og udseende (26, 27, 28). Denne oplevelse kan danne grundlag for en performancekultur, hvor unge løbende søger at gøre sig gældende på den bedst tænkelige måde og derfor stiller høje krav til sig selv. Samtidig skal de unge navigere i de mange muligheder og valg, som er en del af ungdomslivet i det moderne samfund, hvilket kan skabe en frygt for at forspilde sine chancer og føre til selvbebrejdelser, når tingene ikke lykkes (26).

Indsatser for at fremme mental sundhed og et godt mentalt helbred

WHO har påpeget, at indsatser til mental sundhedsfremme og forebyggelse af psykiske lidelser med fordel kan kategoriseres ud fra formål og målgruppe (6). En dominerende tilgang til arbejdet med mental sundhed og mentale helbredsproblemer bygger på den forestilling, at universelle indsatser, som tilbydes alle og ikke er behovsstyrede, kan forbedre hele eller dele af befolkningens trivsel og derigennem forebygge forekomsten af psykiske lidelser (29, 30). Det kan eksempelvis dreje sig om kampagner, som sigter mod åbenhed omkring mentale helbredsproblemer og afstigmatisering af psykisk sygdom (31). Set fra dette perspektiv vil selv en mindre forbedring af befolkningens mentale sundhed føre til en reduktion i forekomsten af psykiske lidelser (29, 30, 32). En anden dominerende tilgang til arbejdet med mental sundhed og mentale helbredsproblemer er selektive eller indikerede forebyggende indsatser, som er rettet mod udvalgte målgrupper eller enkeltpersoner, der har en forhøjet risiko for dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer. Det kan eksempelvis dreje sig om screening for symptomer på fødselsdepression eller demens (6).

Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 2012 en forebyggelsespakke, der kan understøtte arbejdet med konkrete indsatser og inspirere til politiske målsætninger, der skal medvirke til at forbedre befolkningens mentale sundhed (33). Mange kommuner har blandt andet på den baggrund udarbejdet en politik for mental sundhed og styrket deres indsats inden for forskellige fagområder (34). Endvidere har Sund By Netværket, som omfatter 56 kommuner, nedsat en temagruppe, der arbejder med mental sundhed (35). I kommunalt regi ses både sundhedsfremmende tiltag (36) og forebyggende og afhjælpende indsatser, der sigter mod forskellige problemer, som er forbundet med mental sundhed og mentalt helbred (34). Indsatserne spænder bredt fra stresspolitikker over skolebaserede antimobbeprogrammer til indsatser for personer med lettere angst- og depressionstilstande. Kommunernes indsats for personer med psykiske lidelser er et område i udvikling med mange forskellige opgaver og en bred målgruppe (25).

Den eksisterende viden om indsatsernes effekt varierer på tværs af forskellige problemstillinger. Der mangler især viden om, hvilke interventioner der ef-

fektivt fremmer positiv mental sundhed (6). Endvidere er vores viden om effekten af strukturelle indsatser mangelfuld. Dog har universelle tiltag, der begrænser adgang til medicin og våben, vist sig effektivt som selvmordsforebyggende indsatser (37).

Det er samtidig veldokumenteret, at mange mennesker med mentale helbredsproblemer ikke modtager den rette behandling (38, 39). Dansk Psykiatrisk Selskab vurderer, på baggrund af udenlandske undersøgelser, at ca. 20 % af den danske befolkning i løbet af et år opfylder kriterierne for en psykisk lidelse, og at knap halvdelen af disse ikke er i behandling (25).

Der er særlig god grund til at lave indsatser i barndoms- og ungdomsårene, da de fleste mentale helbredsproblemer opstår i denne periode (12). Samtidig udgør mentale helbredsproblemer en stor del af den samlede sygdomsbyrde hos børn og unge (antal år, som går tabt pga. nedsat funktionsevne eller for tidlig død) (1). Endvidere tyder danske undersøgelser som nævnt på, at der inden for de seneste 20 år er sket en stigning i andelen af unge med dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer (1). Det er således nødvendigt at sikre en tidlig indsats i form af forebyggelse og behandling/støtte, hvis der skal ske en bedring i befolkningens mentale sundhed og helbred. Det er derfor positivt, at andelen af kommuner, hvor mental sundhed indgår som en integreret del af indsatsen på skoleområdet, er stigende (34).

Der findes en omfangsrig litteratur om forebyggende programmer til børn og unge, men forholdsvis få kontrollerede studier af indsatserne effekt (1). Grundskolen anses generelt som en relevant arena for forebyggelse og tidlig intervention i forhold til mentalt helbred, da skolen giver adgang til hele børne-/ungegruppen og samtidig giver mulighed for at nå elever, som er særligt udsatte, og som i andre sammenhænge er svære at identificere (40). Litteraturstudier tyder på, at brug af skolebaserede programmer til forebyggelse af psykosociale vanskeligheder og risikoadfærd har en effekt (40, 41, 42). Programmerne har dog størst effekt, når indsatsen bliver grundigt implementeret, er langvarig og involverer hele skolen inklusive elever, lærere, ledelse og forældre (det såkaldte "Whole School Approach") (41, 43).

Kapitlets opbygning

Formålet med dette kapitel er som nævnt at beskrive befolkningens mentale sundhed og mentale helbredsproblemer ud fra forskellige vinkler. I analysen beskrives først forekomsten af trivsel og livskvalitet i forhold til køn, alder, sociale forhold og geografi. Dernæst beskrives forekomsten af forskellige aspekter af dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer i forhold til køn, alder, sociale forhold, geografi samt en række udvalgte grupper, som har øget risiko for dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer (benævnt risikogrupper). En del af denne analyse har fokus på unge.

Følgende indikatorer for mental sundhed og mentalt helbred indgår i analysen:

- God trivsel/livskvalitet (god mental sundhed)
- Højt stressniveau (dårlig mental sundhed)
- Generet af angst og anspændthed (dårlig mental sundhed og muligvis dårligt mentalt helbred)
- Ensomhed (dårlig mental sundhed)
- Depression (dårligt mentalt helbred)
- Selvskadende adfærd hos unge (dårlig mental sundhed)
- Risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse hos unge kvinder (risiko for dårligt mentalt helbred)

Dermed rettes fokus overvejende mod dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer, selv om vi anerkender, at positive dimensioner af mental sundhed også er relevante for arbejdet med befolkningens mentale sundhed og mentale helbred. De nævnte indikatorer beskrives nærmere i kapitlet forud for analyserne.

Forekomsten af somatisk sygdom hos personer med psykisk sygdom beskrives i kapitel 9, *Kronisk sygdom og multisygdom,* som også belyser sundhedsvaner hos personer med psykisk sygdom og forekomsten af depression og ensomhed hos personer med somatisk sygdom.

Risikogrupper. I analysen indgår 14 faktorer, som bidrager til at belyse mental sundhed og mentale helbredsproblemer hos grupper, der ifølge tidligere undersøgelser har en forøget risiko for dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer. Fem af disse grupper bruges alene til at belyse unges mentale

sundhed. Det skal holdes for øje, at risikogrupperne overlapper hinanden, og samme person kan derfor indgå i flere grupper. Følgende risikogrupper indgår i analysen:

- Belastet af dødsfald blandt de nærmeste
- Belastet af sygdom hos nærtstående
- Belastet af økonomiske forhold
- Belastet af arbejdssituation (personer i arbejde)
- Udsat for fysisk vold (25 år og opefter)
- Dårligt selvvurderet helbred
- Tegn på alkoholproblemer
- Tegn på social isolation
- Mangler social støtte

- Udsat for fysisk vold i hjemmet i barndom (unge)
- Udsat for seksuelt overgreb i barndom (unge)
- Udsat for kærestevold (unge)
- Højt forbrug af hash (unge)
- Anden seksuel orientering end heteroseksuel (unge)

Følgende spørgsmål fra *Hvordan har du det? 2017* er anvendt til at belyse de nævnte risikogrupper:

Belastende livsomstændigheder. Deltagerne er i undersøgelsen blevet spurgt, om de inden for de seneste 12 måneder har følt sig belastet af 1) Dødsfald blandt de nærmeste, 2) Sygdom hos partner, familie eller nære venner, 3) Økonomi og 4) Arbejdssituation. I analysen indgår den andel, der har svaret 1) Ja, en del eller 2) Ja, meget til spørgsmålene om, hvorvidt de har været belastet af henholdsvis dødsfald, sygdom, økonomiske forhold eller deres arbejdssituation. I analysen af personer, der er belastet af deres arbejdssituation, rettes fokus mod beskæftigelsesrelaterede forhold (herunder arbejdsmiljø) fremfor belastninger som følge af manglende beskæftigelse. Derfor er det kun deltagere, som er i arbejde, der indgår i denne analyse.

Udsat for fysisk vold (25 år og derover). Deltagerne er i undersøgelsen blevet spurgt, om de inden for det seneste år har været udsat for fysisk vold. I analysen indgår den andel, der har bekræftet dette.

Dårligt selvvurderet helbred. I undersøgelsen indgår spørgsmålet "Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?" med svarmulighederne 1) Fremragende, 2) Vældig godt, 3) Godt, 4) Mindre godt og 5) Dårligt. De to sidste svarmuligheder betegnes som dårligt selvvurderet helbred. Selvvurderet helbred er en persons egen vurdering af sin helbredstilstand og kan betragtes som en opsummering og evaluering af forskellige aspekter ved helbredet (se kapitel 7) (44, 45). Derfor vil der være et overlap mellem dårligt selvvurderet helbred og specifikke mentale helbredsproblemer, som beskrives i dette kapitel.

Tegn på alkoholproblemer. I undersøgelsen indgår CAGE-C, der består af seks spørgsmål om alkoholvaner, som belyser tegn på alkoholproblemer (46). Spørgsmålene omhandler personens egen oplevelse af, om alkoholforbruget er problematisk, og hvorvidt personer i netværket har givet udtryk for, at alkoholforbruget er for stort. Derudover indgår et spørgsmål om den fysiske afhængighed af alkohol samt to spørgsmål om drikkemønsteret og hyppigheden af indtaget. Analysen omfatter den andel, der har tegn på alkoholproblemer.

Tegn på social isolation. Berkman og Syme konstruerede i 1970'erne et socialt netværksindeks som et objektivt mål for sociale relationer (47). Indekset kombinerer på simpel vis information om samliv, social kontakt med familie og venner, religiøse aktiviteter og medlemsskab af organisationer/klubber. Lignende indeks er siden anvendt i mange undersøgelser (48). Fordelen ved et sådant indeks er, at oplysninger om forskellige sociale kontaktflader kombineres i et samlet mål, som udtrykker graden af social deltagelse/social isolation. På baggrund af spørgsmål fra *Hvordan har du det? 2017* er der udviklet et sådant indeks.

Følgende seks indikatorer indgår:

1) Bor ikke sammen med ægtefælle/samlever (hele befolkningen) og er ikke i et kæresteforhold, som har varet minimum et år (unge).
2) Har mindre end månedlig/aldrig kontakt med familie, som vedkommende ikke bor sammen med.
3) Har mindre end månedlig/aldrig kontakt med venner.
4) Har mindre end månedlig/aldrig kontakt med kolleger eller studiekammerater i fritiden.
5) Har mindre end månedlig/aldrig kontakt med naboer eller beboere i lokalområdet.
6) Deltager aldrig i foreningsliv eller frivilligt arbejde sammen med andre.

Man kan score fra 0 til 6 point på indekset. Det antages, at personer med en score på 0-2, svarende til højest 2 kontaktflader, udviser tegn på social isolation. I analysen indgår den andel, der ifølge indekset udviser tegn på social isolation.

Mangler social støtte. Deltagerne i undersøgelsen er blevet spurgt: "Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?" med svarmulighederne 1) Ja, altid, 2) Ja, for det meste, 3) Ja, nogle gange og 4) Nej, aldrig eller næsten aldrig. I analysen indgår den andel, der har svaret, at de aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med.

Udsat for fysisk vold i hjemmet i barndom (unge). Deltagerne på 16-24 år er i undersøgelsen blevet spurgt, om de i deres barndom (før de fyldte 13 år) har været udsat for fysisk vold eller trusler om fysisk vold (f.eks. blevet skubbet, revet, rusket, slået, sparket, kastet ind i noget eller blevet truet med tæsk). De deltagere, der bekræftede dette, blev efterfølgende spurgt, hvem der udsatte dem for den fysiske vold. I analysen indgår den andel, der har angivet, at en forælder eller anden familie har udsat dem for fysisk vold eller trusler om fysisk vold.

Udsat for seksuelt overgreb i barndom (unge). Deltagerne på 16-24 år er i undersøgelsen blevet spurgt, om de i deres barndom (før de fyldte 13 år) har været udsat for seksuelle overgreb eller forsøg på seksuelle overgreb (f.eks. seksuel beføling, forsøg på samleje eller gennemført samleje). I analysen indgår den andel, der har bekræftet, at de har været udsat for seksuelle overgreb eller forsøg på seksuelle overgreb.

Udsat for kærestevold (unge). Deltagerne på 16-24 år er i undersøgelsen blevet spurgt, om de i deres ungdomsliv (13-24 år) har været udsat for henholdsvis fysisk vold/trusler om fysisk vold eller seksuelle overgreb/forsøg på seksuelle overgreb. De deltagere, der bekræftede dette, blev efterfølgende spurgt, hvem der udsatte dem for fysisk vold og/eller seksuelle overgreb. Analysen omfatter den andel, der har angivet, at en kæreste/ægtefælle (tidligere eller nuværende) har udsat dem for fysisk vold og/eller seksuelle overgreb.

Højt forbrug af hash (unge). Deltagerne på 16-24 år er i undersøgelsen blevet spurgt, hvor mange gange de har røget hash inden for de seneste 12 måneder. I analysen indgår den andel, der har angivet, at de har et højt forbrug af hash (10+ gange inden for de seneste 12 måneder) (49).

Anden seksuel orientering end heteroseksuel (unge). Deltagerne på 16-24 år er i undersøgelsen blevet spurgt, hvorvidt de opfatter sig selv som 1) Heteroseksuel, 2) Homoseksuel, 3) Biseksuel, 4) Uafklaret eller 5) Andet. Analysen omfatter den andel, der har angivet en anden seksuel orientering end heteroseksuel.

Trivsel og livskvalitet

Den samlede oplevelse af egen trivsel og livskvalitet udgør en bred parameter for mental sundhed og anvendes i analysen til at beskrive borgernes subjektive oplevelse af mental sundhed (se desuden foregående kapitel om helbredsrelateret livskvalitet). Trivsel og livskvalitet er to nært beslægtede paraplybegreber (50): Trivsel dækker blandt andet over vurdering af eget liv, vilkår og begivenheder inden for forskellige domæner, mens livskvalitet refererer til, om man på et overordnet niveau finder sit liv tilfredsstillende, og påvirkes dermed af en række forhold (f.eks. helbred, boligforhold, arbejdsliv og økonomi, sociale relationer og selvfølelse) (51, 52). Selvvurderet trivsel og livskvalitet inkluderer således livsaspekter, som er centrale for mental sundhed.

Trivsel og livskvalitet er i *Hvordan har du det?* belyst med spørgsmålet "Hvordan synes du, din trivsel og livskvalitet er alt i alt?" med svarmulighederne:
1) Virkelig god, 2) God, 3) Nogenlunde, 4) Dårlig og 5) Meget dårlig.

De første to svarmuligheder betegnes i det følgende som "god trivsel og livskvalitet", mens de tre sidste betegnes som "nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet".

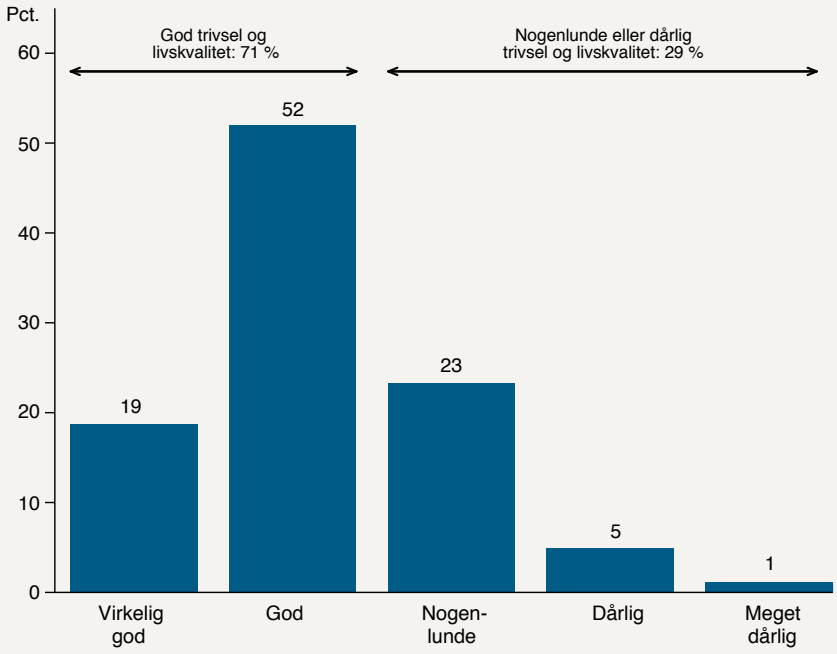
Spørgsmålet om trivsel og livskvalitet indgik ikke i *Hvordan har du det?* i 2010. Det er således kun muligt at belyse udviklingen i trivsel og livskvalitet fra 2013 til 2017.

Trivsel og livskvalitet i hele befolkningen

Figur 8.2 viser, hvordan svarene fordeler sig på spørgsmålet om trivsel og livskvalitet. Der er 71 %, som vurderer, at de har en god trivsel og livskvalitet, mens 29 % vurderer, at de har nogenlunde eller dårlig trivsel og livskvalitet. De fleste personer vurderer således, at de har en god trivsel og livskvalitet, hvilket svarer til knap 700.000 borgere i Region Midtjylland. I det følgende fokuseres der på denne gruppe.

► 2013-2017. Der er fra 2013 til 2017 sket et fald fra 76 % til 71 % i andelen, der angiver, at deres trivsel og livskvalitet er god. Se figur 8.2.S i bind 2. ◄

Figur 8.2
Hvordan synes du, din trivsel og livskvalitet er alt i alt?



Figur 8.3
God trivsel og livskvalitet – køn, alder og sociale forhold

	Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Alle	71	696.000
Køn		
Mand	72	353.000
Kvinde	69	343.000
Alder		
16-24 år	77	109.000
25-34 år	75	106.000
35-44 år	70	105.000
45-54 år	68	116.000
55-64 år	67	102.000
65-74 år	74	103.000
75+ år	61	55.000
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)		
Lavt (0-10 år)	57	76.000
Middel (11-14 år)	69	304.000
Højt (15+ år)	78	197.000
Erhvervstilknytning		
Studerende/skoleelever	77	87.000
Beskæftigede	77	396.000
Arbejdsløse	52	11.000
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	46	26.000
Førtidspensionister	33	14.000
Efterlønsmodtagere	75	15.000
Folkepensionister	68	143.000
Etnisk baggrund		
Dansk	71	631.000
Anden vestlig	74	30.000
Ikke-vestlig	62	35.000
Bolig		
Ejer	74	458.000
Lejer	65	218.000
Bor med ægtefælle/samlever		
Nej	63	210.000
Ja	75	470.000
Børn i hjemmet 0-15 år		
Nej	70	448.000
Ja	75	187.000

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

God trivsel og livskvalitet – køn, alder og sociale forhold

Af figur 8.3 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der har en god trivsel og livskvalitet, blandt følgende grupper:

- Mænd
- Personer i alderen 16-34 år og 65-74 år
- Personer med højt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever og beskæftigede
- Personer med dansk baggrund
- Personer, der bor i ejerbolig
- Personer, der bor med ægtefælle/samlever
- Personer med børn i hjemmet

Køn. Der er en lidt større andel af mænd end kvinder, der har en god trivsel og livskvalitet.

Alder. De største andele af personer med en god trivsel og livskvalitet er blandt de 16-34-årige og de 65-74-årige, og de mindste andele er blandt de 45-64-årige og blandt personer på 75 år eller derover.

Uddannelsesniveau. Andelen af personer med en god trivsel og livskvalitet øges med stigende uddannelsesniveau. Der er 78 % med en god trivsel og livskvalitet blandt personer med højt uddannelsesniveau og 57 % blandt personer med lavt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. Der er en stærk sammenhæng mellem en god trivsel og livskvalitet og erhvervstilknytning. De største andele med en god trivsel og livskvalitet findes blandt studerende/skoleelever og beskæftigede. De mindste andele med en god trivsel og livskvalitet findes blandt arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister. Blandt førtidspensionister er det blot 33 %, der angiver, at de har en god trivsel og livskvalitet, mens andelen er på 77 % blandt studerende/skoleelever og beskæftigede.

Etnisk baggrund. Andelen med en god trivsel og livskvalitet er mindst blandt personer med ikke-vestlig baggrund.

Bolig. En større andel personer, der bor i ejerbolig, har en god trivsel og livskvalitet, end det er tilfældet for personer, der bor i lejebolig.

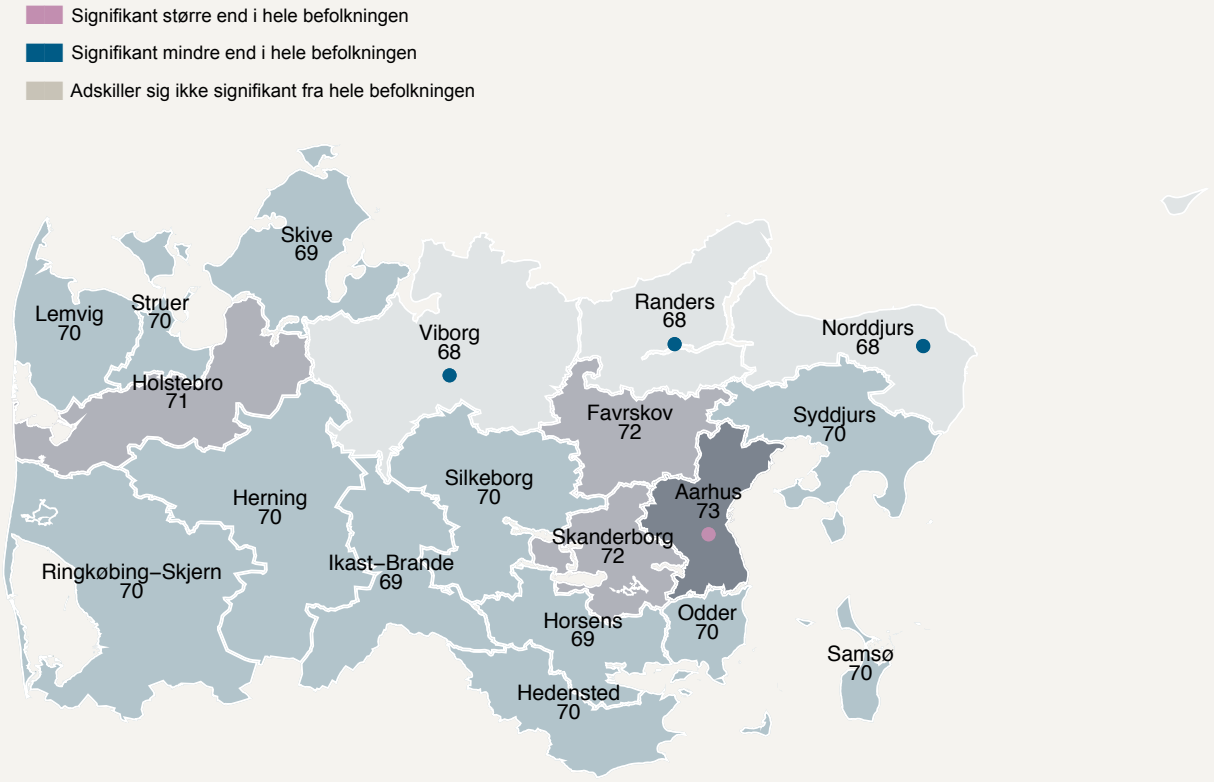
Bor med ægtefælle/samlever. En markant større andel blandt personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever, har en god trivsel og livskvalitet, end det er tilfældet for personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever

Børn i hjemmet. En lidt større andel personer med børn i hjemmet har en god trivsel og livskvalitet, end det er tilfældet for personer uden børn i hjemmet.

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været et fald i andelen, der har en god trivsel og livskvalitet, både for mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveau. Se figur 8.2.S i bind 2. ◄

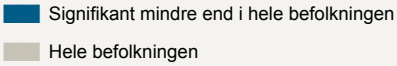
Figur 8.4
God trivsel og livskvalitet – kommuner

	Pct.	Antal personer i kommunerne
Aarhus	73	188.000
Favrskov	72	25.000
Skanderborg	72	31.000
Holstebro	71	31.000
Odder	70	12.000
Lemvig	70	11.000
Herning	70	47.000
Ringkøbing-Skjern	70	30.000
Syddjurs	70	23.000
Hedensted	70	24.000
Struer	70	12.000
Samsø	70	2.100
Silkeborg	70	48.000
Ikast-Brande	69	21.000
Horsens	69	45.000
Skive	69	25.000
Norddjurs	68	20.000
Randers	68	52.000
Viborg	68	49.000
Region Midtjylland	71	696.000



Figur 8.5
God trivsel og livskvalitet – forekomsten i forskellige risikogrupper

	Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Alle	71	696.000
Belastet af dødsfald blandt de nærmeste	58	46.000
Belastet af sygdom hos nærtstående	55	75.000
Belastet af økonomiske forhold	49	76.000
Belastet af arbejdssituation (personer i arbejde)	54	55.000
Udsat for fysisk vold (25+ år)	59	8.500
Dårligt selvvurderet helbred	18	26.000
Tegn på alkoholproblemer	65	79.000
Tegn på social isolation	43	42.000
Mangler social støtte	41	20.000



God trivsel og livskvalitet – kommuner

Figur 8.4 viser, at andelen med en god trivsel og livskvalitet varierer lidt mellem kommunerne, fra 68 % i Norddjurs, Randers og Viborg til 73 % i Aarhus.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel af personer med en god trivsel og livskvalitet i Aarhus Kommune.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel af personer med en god trivsel og livskvalitet i følgende kommuner:

- Norddjurs
- Randers
- Viborg

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været et fald i andelen af personer med god trivsel og livskvalitet i alle kommuner, undtagen i Skive og på Samsø. Faldet varierer fra 3 procentpoint i Aarhus til 8 procentpoint i Viborg og Lemvig. Se figur 8.3.S i bind 2. ◄

God trivsel og livskvalitet – i forskellige risikogrupper

Af figur 8.5 fremgår forekomsten af god trivsel og livskvalitet i forskellige risikogrupper. Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant mindre andel med god trivsel og livskvalitet blandt alle risikogrupper. Den mindste andel med god trivsel og livskvalitet findes blandt personer med dårligt selvvurderet helbred, hvoraf blot 18 % har en god trivsel og livskvalitet.

Stress

Stress er et væsentligt sundhedsmæssigt problem med store personlige og samfundsmæssige omkostninger og er en vigtig årsag til sygefravær (53, 54). Stress kan beskrives som en tilstand af kropslig og psykisk ubalance. Jo højere stressniveau, jo dårligere trivsel.

Stress er ikke en sygdom, men stress øger risikoen for fysisk og psykisk sygdom og forringet livskvalitet, især hvis der er tale om en stresstilstand, der strækker sig over en længere periode (55). Det oplevede stressniveau er derfor en vigtig indikator for dårlig mental sundhed.

Der er forskningsmæssig dokumentation for, at stress øger risikoen for forkølelse, influenza, hjerte-kar-lidelser, hjerneblødning/blodprop i hjernen, depression og kortere levetid (56, 57).

Man skelner 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, hjertefrekvens mv. (58, 59). Stress er således både et socialt, psykologisk og fysiologisk fænomen. I figur 8.6 ses en illustration, der med udgangspunkt i nyere stressforskning beskriver det komplekse samspil mellem social kontekst, stresspåvirkninger, ressourcer og helbred (60).

I *Hvordan har du det?* anvendes et standardiseret og anerkendt mål for oplevet stress: Perceived Stress Scale (PSS) (61, 62). 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.

Figur 8.6
Stressmodel

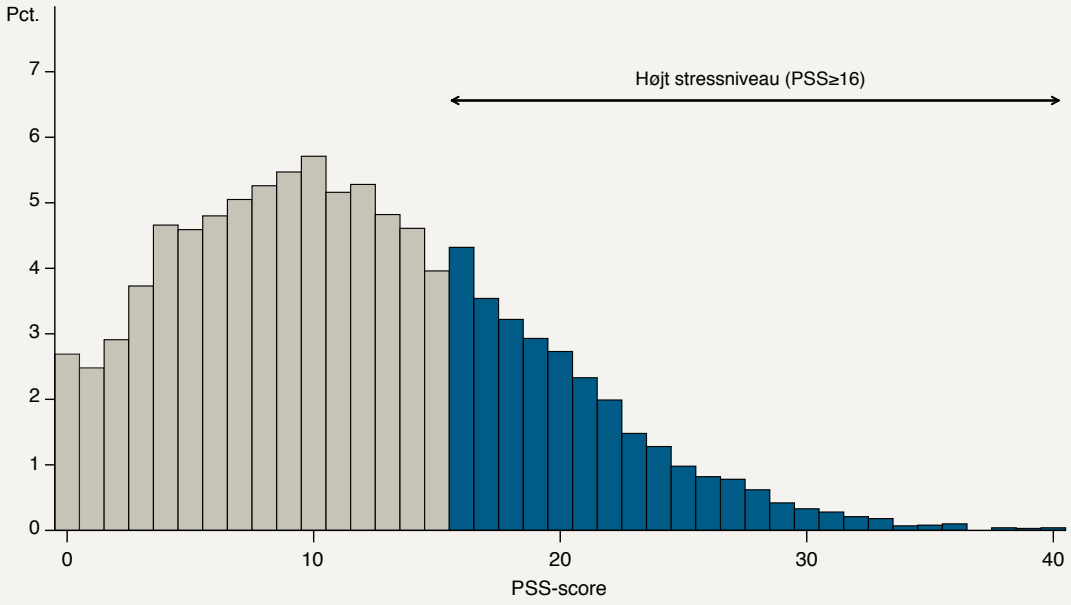


PSS bygger på Richard Lazarus' kognitive stressmodel, der ligger til grund for meget af den nyere psykologiske stressforskning (63). Stress opstår ifølge Lazarus i et samspil mellem individ og omgivelser. Stress udløses af stresspåvirkninger, men personens egen vurdering af, om en begivenhed eller en tilstand er stressende, er et vigtigt mellemled mellem stresspåvirkning og stressreaktion. Belastning og mestring er således koblet sammen i Lazarus' stressmodel. 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 har diabetes (64).

Det er vigtigt at være opmærksom på, at stress kan opstå som følge af alle slags belastninger. Eksempelvis viste en undersøgelse, baseret på data fra *Hvordan har du det? 2006*, at en belastende arbejdssituation var den vigtigste stressfaktor for personer i arbejde, mens den vigtigste stressfaktor hos personer uden arbejde var sygdom (65). 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.

Interventionsforsøg viser, at mennesker med et højt stressniveau kan blive bedre til at undgå og mestre stresspåvirkninger (66). På arbejdspladser, uddannelsesinstitutioner og i andre sociale fællesskaber kan der desuden gøres 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 uddannelsesinstitutioner kan ledelse og undervisere medvirke til at reducere stress hos elever/studerende ved at sikre, at der er tid til de forskellige opgaver/afleveringer og vejledning i, hvordan opgaverne skal prioriteres (27). På samfundsplan kan der endvidere gøres en indsats for at mindske belastningerne i særligt udsatte grupper samt skabe gode betingelser for børnefamilier, så der opnås en bedre balance mellem arbejds- og familieliv.

Figur 8.7
Stress målt ved Perceived Stress Scale (PSS) – histogram, der viser fordelingen i hele befolkningen



Stressniveauet i 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 8.7 viser, hvordan scoren fordeler sig i hele befolkningen. Den gennemsnitlige score er 12,2 point.

Man kan opleve en mindre eller større grad af stress, men PSS har ikke en indbygget definition af, hvor mange point der skal til for at have et højt stressniveau. Som det fremgår af figur 8.7, er der mange, der har en værdi omkring gennemsnittet.

En undersøgelse af sammenhængen mellem stress og risikoen for langtidssygemelding viser, at den relative risiko stiger betydeligt ved en PSS-score på 16 point og opefter (67). Dette indikerer, at stress især udgør en helbredsmæssig risiko for den del af befolkningen, der har et stressniveau derover.

I det følgende fokuseres der på denne brede befolkningsgruppe, dvs. personer med en PSS-score på 16-40 point. Denne gruppe udgør 31 % af befolkningen. Dette svarer til godt 315.000 personer i Region Midtjylland eller knap hver tredje af regionens borgere.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen af personer, der har et højt stressniveau, fra 28 % til 31 %. Se figur 8.5.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen af personer, der har et højt stressniveau, fra 27 % til 31 %. Se figur 8.5.S i bind 2. ◄

Figur 8.8
Højt stressniveau (PSS≥16) – køn, alder og sociale forhold

	Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Alle	31	315.000
Køn		
Mand	27	134.000
Kvinde	36	181.000
Alder		
16-24 år	41	61.000
25-34 år	34	51.000
35-44 år	32	49.000
45-54 år	30	52.000
55-64 år	27	42.000
65-74 år	23	32.000
75+ år	34	29.000
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)		
Lavt (0-10 år)	42	68.000
Middel (11-14 år)	28	156.000
Højt (15+ år)	23	70.000
Erhvervstilknytning		
Studerende/skoleelever	39	43.000
Beskæftigede	24	124.000
Arbejdsløse	53	11.000
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	62	35.000
Førtidspensionister	63	26.000
Efterlønsmodtagere	18	3.600
Folkepensionister	28	58.000
Etnisk baggrund		
Dansk	30	268.000
Anden vestlig	39	16.000
Ikke-vestlig	52	31.000
Bolig		
Ejer	26	157.000
Lejer	40	133.000
Bor med ægtefælle/samlever		
Nej	38	126.000
Ja	27	170.000
Børn i hjemmet 0-15 år		
Nej	31	197.000
Ja	30	74.000

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

Højt stressniveau – køn, alder og sociale forhold

Af figur 8.8 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med højt stressniveau blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 16-34 år og personer på 75 år eller derover
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med anden vestlig baggrund end dansk og personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever

Køn. Der er en større andel af kvinder end mænd, der har et højt stressniveau.

Alder. Andelen af personer med højt stressniveau er faldende med alderen, om end der ses en stigning blandt personer på 75 år eller derover. De største andele af personer med højt stressniveau findes blandt de 16-34-årige og blandt personer på 75 år eller derover, og de mindste andele findes blandt de 45-74-årige.

Uddannelsesniveau. Andelen af personer med højt stressniveau er størst blandt personer med lavt uddannelsesniveau og mindst blandt personer med højt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. Der er en markant sammenhæng mellem erhvervstilknytning og andelen med højt stressniveau. De største andele af personer med højt stressniveau er blandt studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister. Især ses en meget høj andel blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister, hvor cirka 2 ud af 3 personer har et højt stressniveau. De mindste andele af personer med højt stressniveau findes blandt beskæftigede, efterlønsmodtagere og folkepensionister.

Etnisk baggrund. Den største andel af personer med højt stressniveau findes blandt personer med ikke-vestlig baggrund efterfulgt af personer med anden vestlig baggrund end dansk. Den mindste andel findes blandt personer med dansk baggrund.

Bolig. En større andel personer, der bor i lejebolig, har et højt stressniveau, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig.

Bor med ægtefælle/samlever. Der er en større andel blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, som har et højt stressniveau, end det er tilfældet for personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. Der er ingen sammenhæng mellem, hvorvidt der er børn i hjemmet eller ej og højt stressniveau.

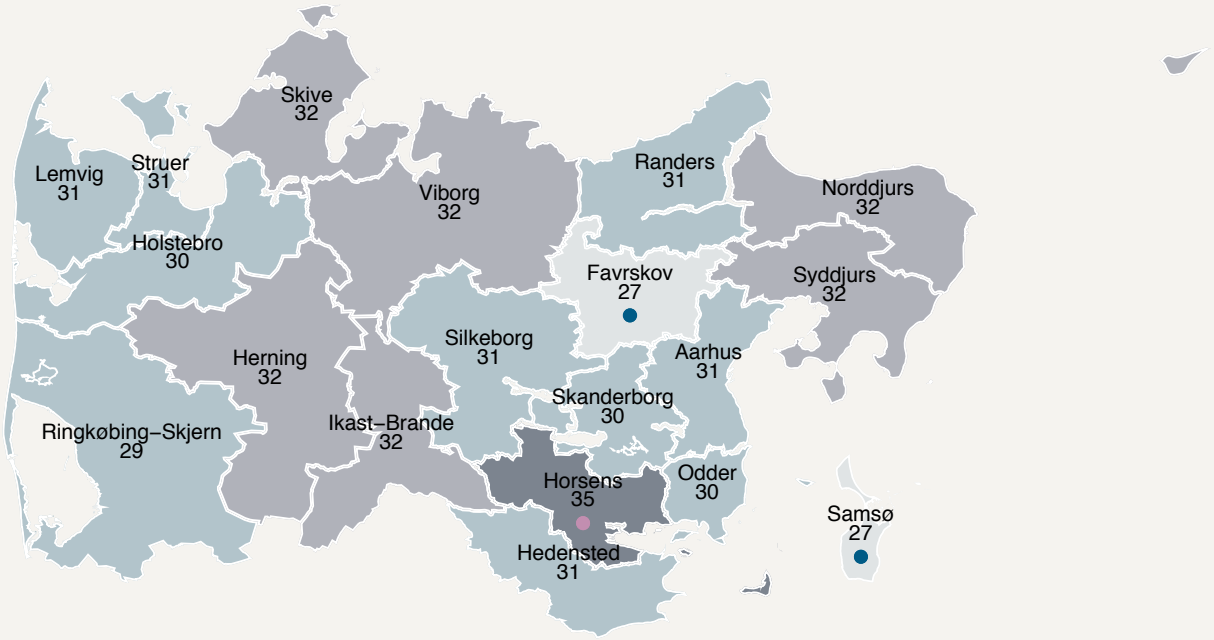
► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen af personer, der har et højt stressniveau, blandt både mænd og kvinder, blandt de 16-64-årige og på tværs af uddannelsesniveau. Se figur 8.5.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen af personer, der har et højt stressniveau, blandt både mænd og kvinder, blandt de 16-64-årige og på tværs af uddannelsesniveau. Se figur 8.5.S i bind 2. ◄

Figur 8.9
Højt stressniveau (PSS≥16) – kommuner

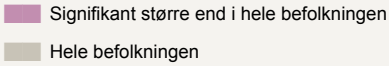
	Pct.	Antal personer i kommunerne
Horsens	35	24.000
Viborg	32	24.000
Norddjurs	32	9.700
Skive	32	12.000
Syddjurs	32	11.000
Herning	32	21.000
Ikast-Brande	32	9.800
Aarhus	31	83.000
Struer	31	5.300
Hedensted	31	11.000
Randers	31	24.000
Silkeborg	31	22.000
Lemvig	31	5.000
Skanderborg	30	14.000
Odder	30	5.200
Holstebro	30	13.000
Ringkøbing-Skjern	29	13.000
Favrskov	27	9.700
Samsø	27	800
Region Midtjylland	31	315.000

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen



Figur 8.10
Højt stressniveau (PSS≥16) – forekomsten i forskellige risikogrupper

	Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Alle	31	315.000
Belastet af dødsfald blandt de nærmeste	45	36.000
Belastet af sygdom hos nærtstående	49	65.000
Belastet af økonomiske forhold	59	91.000
Belastet af arbejdssituation (personer i arbejde)	51	52.000
Udsat for fysisk vold (25+ år)	46	6.900
Dårligt selvvurderet helbred	68	103.000
Tegn på alkoholproblemer	34	42.000
Tegn på social isolation	53	52.000
Mangler social støtte	54	26.000



Højt stressniveau – kommuner

Figur 8.9 viser andelen med højt stressniveau i kommunerne. Andelen varierer fra 27 % på Samsø og i Favrskov til 35 % i Horsens.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel, der har et højt stressniveau, i Horsens Kommune.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel, der har et højt stressniveau, i følgende kommuner:

- Samsø
- Favrskov

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen, der har et højt stressniveau, i følgende kommuner: Viborg, Hedensted, Horsens, Skanderborg, Silkeborg, Syddjurs, Ikast-Brande, Struer, Norddjurs, Herning, Holstebro og Skive. Se figur 8.6.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen, der har et højt stressniveau, i alle kommuner, undtagen i Randers, Skive og på Samsø. Stigningen varierer fra 3 procent-point i Favrskov til 7 procentpoint i Lemvig. Se figur 8.6.S i bind 2. ◄

Højt stressniveau – i forskellige risikogrupper

Af figur 8.10 fremgår forekomsten af højt stressniveau i forskellige risikogrupper. Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med højt stressniveau blandt alle risikogrupper. Den højeste andel med højt stressniveau findes blandt personer med dårligt selvvurderet helbred, hvoraf 68 % har et højt stressniveau. Denne risikogruppe omfatter cirka 103.000 personer i Region Midtjylland, hvilket svarer til knap hver tredje borger med højt stressniveau.

Generet af angst og anspændthed

De fleste mennesker oplever indimellem helbredsgener og symptomer, f.eks. symptomer på angst og anspændthed (68). Sådanne helbredsgener og symptomer kan påvirke den enkeltes trivsel og være årsag til sygefravær (69, 70). Forekomsten af mentale helbredsgener kan derfor bidrage til at belyse befolkningens mentale sundhed.

Angstlidelser dækker over en række nervøse og stressrelaterede tilstande. Eksempler på angstlidelser er panikangst, generaliseret angst, fobiske tilstande og posttraumatisk belastningsreaktion (71). Forekomsten af angstlidelser inden for de foregående 12 måneder skønnes at være 6-18 % på befolkningsniveau med hyppigere forekomst hos kvinder end hos mænd (72). Såfremt lidelserne ikke behandles med psykoterapi og/eller medicin, er de forbundet med nedsat livskvalitet og kan blandt andet være hindrende for uddannelse, beskæftigelse og socialt samvær (72, 73). De fleste angstlidelser forbliver imidlertid ubehandlede (73).

Ifølge rapporten *Sygdomsbyrden i Danmark* (74) registreres der årligt knap 120.000 psykiatriske, ambulante hospitalsbesøg med en angsttilstand som aktionsdiagnose, svarende til 13 % af alle psykiatriske, ambulante hospitalsbesøg. Samme rapport viser endvidere, at angsttilstande er den betydeligste årsag til førtidspension, idet godt 1.900 tilkendelser om året tilskrives en angsttilstand, svarende til hver ottende nytilkendelse.

I *Hvordan har du det?* indgår et spørgsmål, der belyser, om deltagerne inden for de seneste 14 dage har været generet af *ængstelse, nervøsitet, uro og angst.* Svarmulighederne er: 1) Ja, meget generet, 2) Ja, lidt generet og 3) Nej.

Det skal understreges, at der ikke er tale om et spørgsmål, som bygger på diagnostiske kriterier for angsttilstande. Det enkeltstående spørgsmål anvendes alene til at belyse, om deltagerne selv oplever at være generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst.

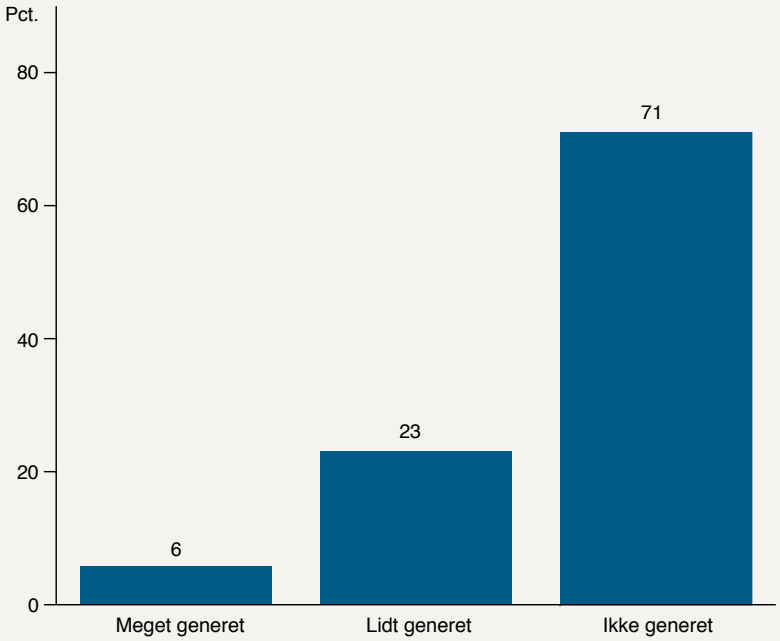
Figur 8.11 viser, hvor stor en del af befolkningen der inden for de seneste 14 dage har været generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst. Der er 6 %, som har været *meget generet* af ængstelse, nervøsitet, uro og angst, mens 23 % har været *lidt generet* af disse symptomer.

I det følgende fokuseres der på personer, som har været meget generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst. Denne gruppe betegnes *generet af angst og anspændthed.* Gruppen svarer til cirka 58.000 personer i Region Midtjylland.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning fra 4 % til 6 % i andelen af personer, som er *meget generet* af ængstelse, nervøsitet, uro og angst. Tilsvarende har der i samme periode været en stigning fra 20 % til 23 % i andelen af personer, som er *lidt generet* af ængstelse, nervøsitet, uro og angst. Se figur 8.7.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning fra 4 % til 6 % i andelen af personer, som er *meget generet* af ængstelse, nervøsitet, uro og angst. Tilsvarende har der i samme periode været en stigning fra 21 % til 23 % i andelen af personer, som er *lidt generet* af ængstelse, nervøsitet, uro og angst. Se figur 8.7.S i bind 2. ◄

Figur 8.11
Generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst inden for de seneste 14 dage



Figur 8.12
Generet af angst og anspændthed – køn, alder og sociale forhold

	Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Alle	6	58.000
Køn		
Mand	4	20.000
Kvinde	7	38.000
Alder		
16-24 år	10	14.000
25-34 år	6	9.000
35-44 år	5	8.400
45-54 år	6	10.000
55-64 år	5	7.600
65-74 år	3	4.500
75+ år	4	3.900
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)		
Lavt (0-10 år)	8	11.000
Middel (11-14 år)	5	20.000
Højt (15+ år)	4	9.200
Erhvervstilknytning		
Studerende/skoleelever	8	9.300
Beskæftigede	3	17.000
Arbejdsløse	9	1.800
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	20	11.000
Førtidspensionister	19	8.000
Efterlønsmodtagere	2	500
Folkepensionister	4	8.100
Etnisk baggrund		
Dansk	5	49.000
Anden vestlig	6	2.600
Ikke-vestlig	11	6.500
Bolig		
Ejer	4	24.000
Lejer	9	30.000
Bor med ægtefælle/samlever		
Nej	8	28.000
Ja	4	26.000
Børn i hjemmet 0-15 år		
Nej	6	38.000
Ja	5	11.000

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

Generet af angst og anspændthed – køn, alder og sociale forhold

Af figur 8.12 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, som er generet af angst og anspændthed, blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 16-24 år
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. Der er en større andel af kvinder end mænd, der er generet af angst og anspændthed.

Alder. Den største andel af personer, der er generet af angst og anspændthed, findes blandt de 16-24-årige, og den mindste andel findes blandt personer på 65 år eller derover.

Uddannelsesniveau. Andelen, der er generet af angst og anspændthed, er størst blandt personer med lavt uddannelsesniveau og mindst blandt personer med højt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. Der er en markant sammenhæng mellem erhvervstilknytning og andelen af personer, der er generet af angst og anspændthed. De største andele af personer, der er generet af angst og anspændthed, findes blandt studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister. Cirka hver femte modtager af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspension er generet af angst og anspændthed. De mindste andele af personer, der er generet af angst og anspændthed, findes blandt beskæftigede, efterlønsmodtagere og folkepensionister, hvor mindre end hver tyvende person er generet af angst og anspændthed.

Etnisk baggrund. Andelen, der er generet af angst og anspændthed, er størst blandt personer med ikke-vestlig baggrund og mindst blandt personer med dansk baggrund.

Bolig. En markant større andel personer, der bor i lejebolig, er generet af angst og anspændthed, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig.

Bor med ægtefælle/samlever. Der er en markant større andel blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, der er generet af angst og anspændthed, end det er tilfældet blandt personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. En lidt større andel personer uden børn i hjemmet er generet af angst og anspændthed, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

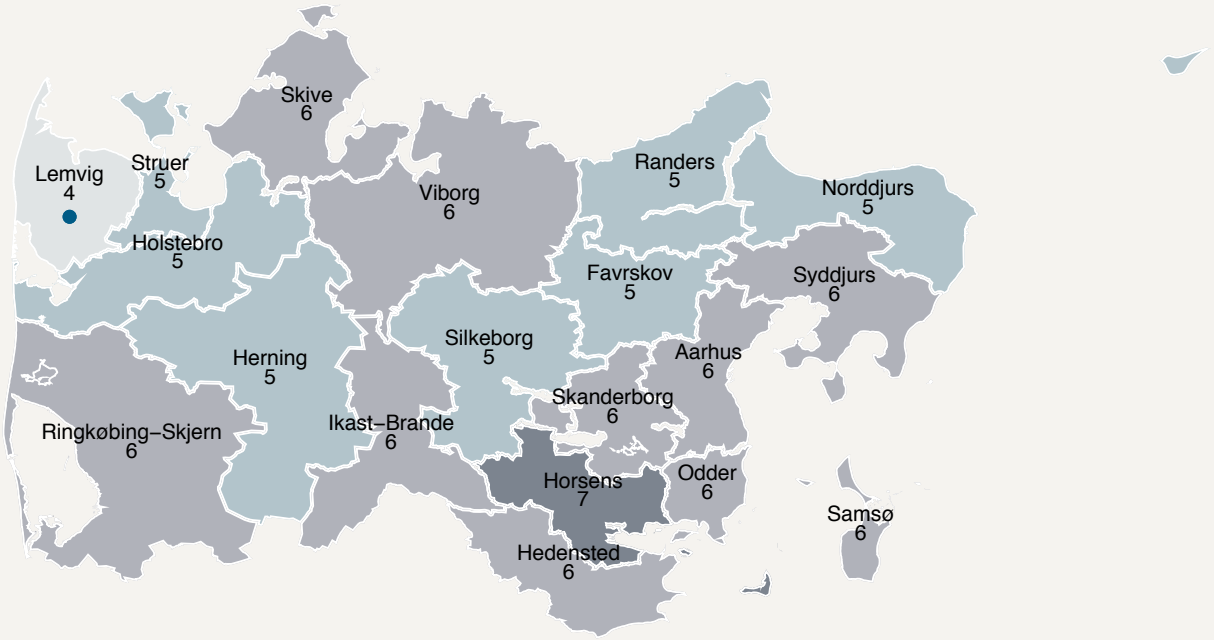
► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen af personer, som er generet af angst og anspændthed, blandt både mænd og kvinder, blandt de 16-44-årige og blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau. Den største stigning ses blandt de 16-24-årige, hvor andelen er steget fra 4 % til 10 %. Se figur 8.8.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen af personer, der er generet af angst og anspændthed, blandt både mænd og kvinder, blandt de 16-34-årige og 55-64-årige og blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau. Der har især været en stor stigning i andelen, der er generet af angst og anspændthed, blandt de 16-24-årige. I denne aldersgruppe er andelen steget fra 4 % til 10 %. Se figur 8.8.S i bind 2. ◄

Figur 8.13
Generet af angst og anspændthed – kommuner

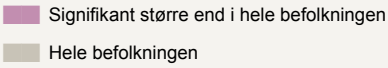
	Pct.	Antal personer i kommunerne
Horsens	7	4.500
Skive	6	2.300
Odder	6	1.100
Aarhus	6	16.000
Skanderborg	6	2.700
Ikast-Brande	6	1.900
Samsø	6	200
Hedensted	6	2.000
Viborg	6	4.200
Syddjurs	6	1.900
Ringkøbing-Skjern	6	2.500
Randers	5	4.200
Herning	5	3.700
Silkeborg	5	3.800
Norddjurs	5	1.600
Struer	5	900
Holstebro	5	2.200
Favrskov	5	1.600
Lemvig	4	700
Region Midtjylland	6	58.000

Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen



Figur 8.14
Generet af angst og anspændthed – forekomsten i forskellige risikogrupper

	Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Alle	6	58.000
Belastet af dødsfald blandt de nærmeste	11	8.500
Belastet af sygdom hos nærtstående	12	16.000
Belastet af økonomiske forhold	15	22.000
Belastet af arbejdssituation (personer i arbejde)	9	8.600
Udsat for fysisk vold (25+ år)	15	2.200
Dårligt selvvurderet helbred	20	30.000
Tegn på alkoholproblemer	8	9.400
Tegn på social isolation	17	16.000
Mangler social støtte	15	7.200



Generet af angst og anspændthed – kommuner

Figur 8.13 viser andelen af personer, der er generet af angst og anspændthed, i kommunerne.

Det fremgår, at der ikke er nogen kommuner, hvor andelen af personer, der er generet af angst og anspændthed, er større end i hele Region Midtjylland.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel, der er generet af angst og anspændthed, i Lemvig Kommune, hvor andelen er 4 %.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen, der er generet af angst og anspændthed, i følgende kommuner: Hedensted, Samsø, Syddjurs, Herning, Odder, Favrskov, Skive, Viborg, Skanderborg, Ikast-Brande og Horsens. Se figur 8.9.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen, der er generet af angst og anspændthed, i følgende kommuner: Hedensted, Samsø, Ringkøbing-Skjern, Syddjurs, Herning, Odder, Favrskov og Aarhus. Se figur 8.9.S i bind 2. ◄

Generet af angst og anspændthed – i forskellige risikogrupper

Af figur 8.14 fremgår forekomsten af personer, der er generet af angst og anspændthed, i forskellige risikogrupper. Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der er generet af angst og anspændthed, blandt alle risikogrupper. Den største forekomst af personer, der er generet af angst og anspændthed, findes blandt personer med dårligt selvvurderet helbred (20 %) og blandt personer med tegn på social isolation (17 %). Sammenlignet med hele befolkningen er risikoen for at være generet af angst og anspændthed cirka tre gange større blandt personer i disse to risikogrupper. Gruppen, som består af personer med dårligt selvvurderet helbred, omfatter godt hver anden borger, der er generet af angst og anspændthed (ca. 30.000 borgere).

Ensomhed

Sociale relationer har væsentlig betydning for både mental og fysisk sundhed. I tråd med dette har nyere forskning dokumenteret, at ensomhed er et selvstændigt folkesundhedsproblem, som har negative konsekvenser for trivsel og helbred (20, 75, 76).

Ensomhed er en subjektiv, ubehagelig følelse, der opstår som følge af en oplevet uoverensstemmelse mellem ønskede sociale relationer og faktiske sociale relationer (77, 78). Det er væsentligt at skelne mellem social isolation (at være alene), som er et objektivt forhold, der eventuelt kan være årsag til ensomhed – og følelsen af ensomhed, der både kan opstå, når man er alene og savner social kontakt og nærhed, og når man er omgivet af andre mennesker (79, 80). Følelsen af ensomhed er primært forbundet med kvaliteten af den enkeltes relationer frem for antallet af relationer (81, 82).

Der er forskningsmæssig dokumentation for, at ensomhed øger risikoen for depression (18, 20), forhøjet blodtryk (83), hjerte-kar-lidelser (76, 84), søvnforstyrrelse (85), smerter (86) og kortere levetid (75, 87).

Den voksende dokumentation for ensomheds negative følgevirkninger har medvirket til igangsættelse af en række initiativer, der skal forebygge og afhjælpe ensomhed. Et eksempel er Folkebevægelsen mod Ensomhed, der omfatter godt 70 organisationer, foreninger, skoler, kommuner og virksomheder, der er gået sammen om at bekæmpe ensomhed. Et centralt element i udviklingen af initiativer er et udvidet samarbejde mellem kommuner og aktører fra civilsamfundet (88, 89).

En nylig kortlægning af danske initiativer dokumenterer, at der gennem de seneste fem år er sket en markant stigning i antallet af initiativer, der henvender sig til personer, der føler sig ensomme (90). Hovedparten af disse initiativer rettes mod unge og ældre.

Et systematisk litteraturstudie af 50 interventioner konkluderer, at det at "øge social støtte", "øge muligheder for social kontakt" og "forbedre sociale færdigheder" har en lille effekt i forhold til at reducere ensomhed (91). Endvidere finder studiet, at det at "arbejde med social kognition (dvs. evnen til opfange, fortolke og reagere på andres intentioner og adfærd)" gennem psykologfaglig behandling har en moderat effekt. Sidstnævnte konklusion bygger på et spinkelt datagrundlag (fire studier). Vores kendskab til interventioner, der effektivt reducerer følelsen af ensomhed, og viden om, hvilke typer af interventioner der egner sig bedst til specifikke målgrupper, er derfor fortsat begrænset (90, 92). Dertil kommer, at der mangler viden om virksomme forebyggende interventioner (93).

Måling af ensomhed – the Three-Item Loneliness Scale

I *Hvordan har du det?* anvendes et standardiseret og anerkendt mål for ensomhed: the Three-Item Loneliness Scale (T-ILS) (94). T-ILS omfatter 3 spørgsmål, der belyser, i hvilket omfang svarpersonen føler sig isolereret, savner nogen at være sammen med og føler sig udenfor. T-ILS er en forkortet version af UCLA Loneliness Scale (UCLA) (95), som er det mest anvendte og anerkendte instrument i forhold til måling af ensomhed. UCLA belyser ensomhed som en global følelse, der varierer i den oplevede intensitet, og skalaen foreligger på dansk i en valideret udgave (96).

T-ILS er udviklet til brug i befolkningsundersøgelser, og et amerikansk valideringsstudie har påvist en stærk sammenhæng mellem T-ILS og UCLA (94). Det tyder således på, at de tre spørgsmål, der indgår i T-ILS, indfanger en væsentlig del af den ensomhedsfølelse, der belyses ved brug af det fulde instrument. Scoren på T-ILS går fra 3 til 9 point.

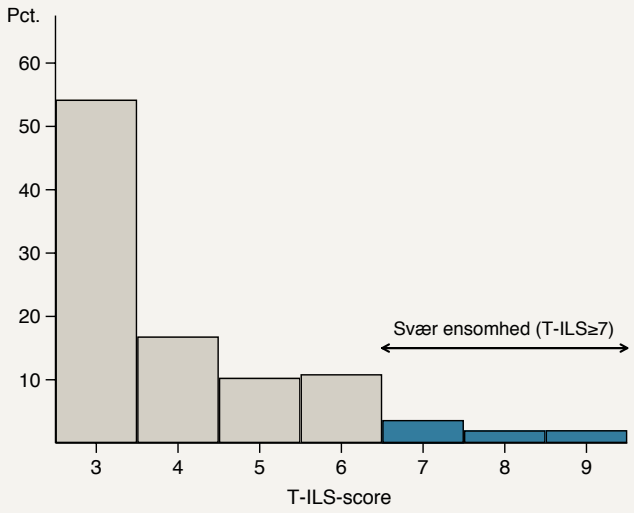
Man kan opleve en større eller mindre grad af ensomhedsfølelse, men T-ILS har ikke en indbygget definition af, hvor mange point der skal til, for at en svarperson føler sig ensom. Jo højere score, jo højere grad af oplevet ensomhed. I de følgende analyser er der valgt en konservativ tilgang til identifikation af personer, der føler sig ensomme. Det medfører, at svarpersonerne er opdelt på baggrund af deres score på T-ILS, idet en score på 7-9 klassificeres som svær ensomhed (97). Denne tilgang er anvendt i et nyt tysk studie (98) og indebærer, at man for at blive klassificeret som svært ensom som minimum skal svare *ofte* på et af de tre spørgsmål og *engang imellem* til de andre spørgsmål eller *ofte* på to af de tre spørgsmål og *sjældent* på det tredje spørgsmål. Det skal fremhæ-

ves, at T-ILS ikke angiver en bestemt tidsperiode. Det er derfor ikke muligt at skelne skarpt mellem forbigående og længerevarende følelser af ensomhed, omend skalaens ensomhedsscore har vist sig at være forholdsvis stabil over tid (99).

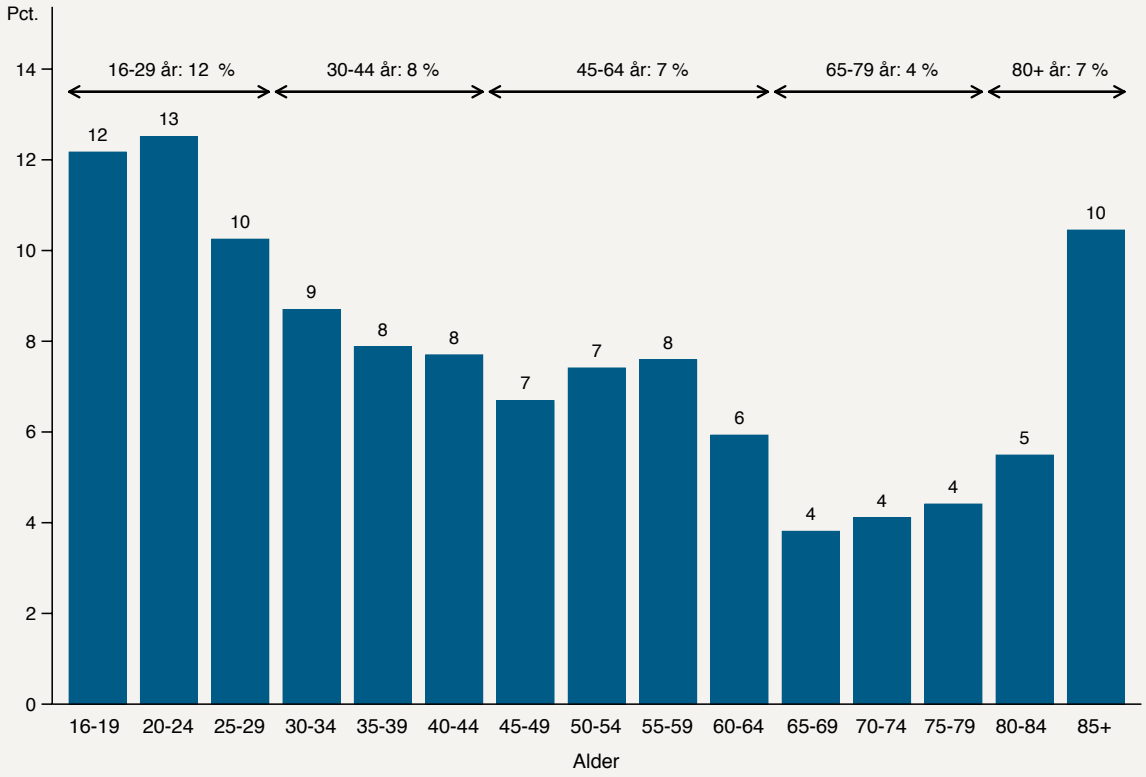
T-ILS indgik ikke i *Hvordan har du det?* i 2010. Det er således kun muligt at belyse udviklingen i forekomsten af ensomhed fra 2013 til 2017.

Figur 8.15 og 8.16
Ensomhed i befolkningen

Figur 8.15
Ensomhed målt med Three-Item Loneliness Scale (T-ILS) – histogram, der viser fordelingen i hele befolkningen



Figur 8.16
Andel svært ensomme – histogram, der viser fordelingen på 5-årsintervaller



Ensomhed i befolkningen målt med Three-Item Loneliness Scale

Den gennemsnitlige score på T-ILS er 4,1 point. Figur 8.15 viser, hvordan scoren fordeler sig i hele befolkningen. Som det fremgår, angiver hovedparten af befolkningen, at de ikke føler sig ensomme.

I det følgende fokuseres der på gruppen af svært ensomme, dvs. personer med en score på T-ILS på 7-9. Denne gruppe udgør 8 % af befolkningen. Dette svarer til godt 75.000 personer i Region Midtjylland.

I figur 8.16 ses forekomsten af svær ensomhed i et aldersperspektiv fordelt på 5-årsintervaller. Den højeste andel svært ensomme ses blandt de 16-29-årige og blandt personer på 85 år eller derover (10-13 %). Den laveste forekomst af svær ensomhed ses blandt de 65-79-årige (4 %). Forekomsten er faldende med alderen, indtil der ses en markant stigning i forekomsten af svær ensomhed i den sene alderdom.

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i svær ensomhed. Se figur 8.10.S i bind 2. ◄

Det skal bemærkes, at der fra 2013 til 2017 er ændret i formuleringen af et af tre spørgsmål, som belyser ensomhed. Dette beskrives nærmere i bind 2, hvor der også indgår uddybende analyser.

Figur 8.17
Svær ensomhed – køn, alder og sociale forhold

	Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Alle	8	75.000
Køn		
Mand	7	33.000
Kvinde	9	42.000
Alder		
16-24 år	12	17.000
25-34 år	10	13.000
35-44 år	8	12.000
45-54 år	7	12.000
55-64 år	7	10.000
65-74 år	4	5.400
75+ år	6	5.100
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)		
Lavt (0-10 år)	11	14.000
Middel (11-14 år)	6	28.000
Højt (15+ år)	5	14.000
Erhvervstilknytning		
Studerende/skoleelever	12	13.000
Beskæftigede	5	26.000
Arbejdsløse	14	2.900
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	24	13.000
Førtidspensionister	22	8.600
Efterlønsmodtagere	3	600
Folkepensionister	5	10.000
Etnisk baggrund		
Dansk	7	63.000
Anden vestlig	12	4.700
Ikke-vestlig	13	7.400
Bolig		
Ejer	5	31.000
Lejer	12	41.000
Bor med ægtefælle/samlever		
Nej	13	44.000
Ja	5	29.000
Børn i hjemmet 0-15 år		
Nej	8	53.000
Ja	7	16.000

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

Svær ensomhed – køn, alder og sociale forhold

Af figur 8.17 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel af svært ensomme blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 16-34 år
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med anden vestlig baggrund end dansk og personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. Der er en større andel kvinder end mænd, der er svært ensomme.

Alder. Den største andel af personer med svær ensomhed findes blandt de 16-34-årige, og den mindste andel findes blandt personer på 65 år eller derover.

Uddannelsesniveau. Andelen af personer med svær ensomhed er størst blandt personer med lavt uddannelsesniveau og mindst blandt personer med højt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. De største andele, der er svært ensomme, findes blandt studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister. Mere end hver femte modtager af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspension føler sig svært ensom. De mindste andele, der er svært ensomme, findes blandt beskæftigede, efterlønsmodtagere og folkepensionister.

Etnisk baggrund. De største andele, der er svært ensomme, findes blandt personer med anden vestlig baggrund end dansk og personer med ikke-vestlig baggrund. Den mindste andel findes blandt personer med dansk baggrund.

Bolig. En markant større andel personer, der bor i lejebolig, er svært ensomme, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig.

Bor med ægtefælle/samlever. Der er en markant større andel blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, som er svært ensomme, end blandt personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

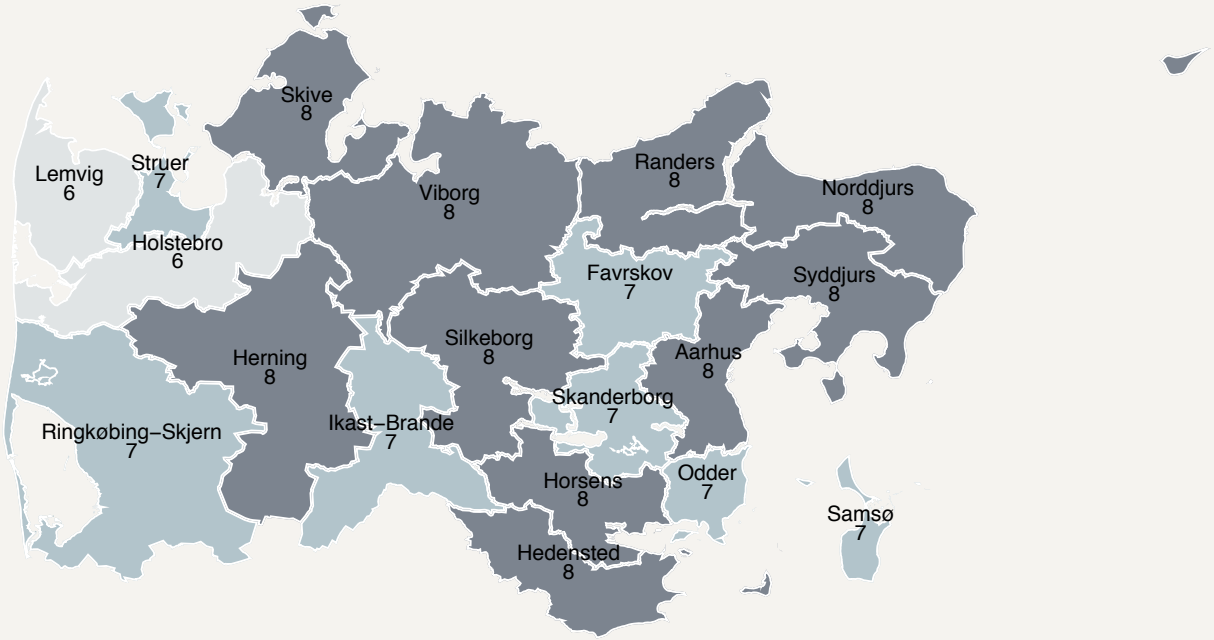
Børn i hjemmet. En lidt større andel personer uden børn i hjemmet er svært ensomme, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

► Udvikling fra 2013-2017. Udviklingen i ensomhed på tværs af køn, aldersgrupper og uddannelsesniveau beskrives på baggrund af to enkeltspørgsmål. Dette skyldes, at det tredje spørgsmål, som belyser ensomhed ("Hvor ofte føler du dig udenfor?"), er ændret fra 2013 til 2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen af personer, der *ofte føler sig isoleret*, blandt både mænd og kvinder, blandt de 16-54-årige og på tværs af uddannelsesniveau. Der er sket en fordobling i andelen af unge, der ofte føler sig isoleret. I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen, der *ofte savner nogen at være sammen med*, blandt både mænd og kvinder, for personer i alderen 16-24 år, 35-44 år, 55-64 år og for personer på 75 år eller derover samt hos personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau. Stigningen i andelen, der *ofte savner nogen at være sammen*, er mest markant hos de 16-24-årige og personer med lavt uddannelsesniveau. I disse to grupper er andelen steget fra henholdsvis 8 % til 11 % og 7 % til 10 %. Se figur 8.14.S i bind 2. ◄

Figur 8.18
Svær ensomhed – kommuner

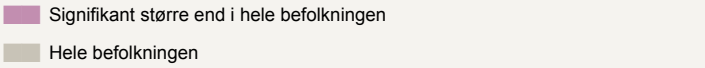
	Pct.	Antal personer i kommunerne
Horsens	8	5.400
Aarhus	8	21.000
Norddjurs	8	2.400
Herning	8	5.200
Skive	8	2.800
Hedensted	8	2.600
Silkeborg	8	5.200
Randers	8	5.800
Syddjurs	8	2.400
Viborg	8	5.400
Struer	7	1.200
Favrskov	7	2.500
Ikast-Brande	7	2.200
Ringkøbing-Skjern	7	3.100
Samsø	7	200
Odder	7	1.100
Skanderborg	7	2.900
Holstebro	6	2.700
Lemvig	6	1.000
Region Midtjylland	8	75.000

Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen



Figur 8.19
Svær ensomhed – forekomsten i forskellige risikogrupper

	Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Alle	8	75.000
Belastet af dødsfald blandt de nærmeste	13	10.000
Belastet af sygdom hos nærtstående	13	18.000
Belastet af økonomiske forhold	20	31.000
Belastet af arbejdssituation (personer i arbejde)	12	12.000
Udsat for fysisk vold (25+ år)	17	2.500
Dårligt selvvurderet helbred	21	31.000
Tegn på alkoholproblemer	10	12.000
Tegn på social isolation	26	25.000
Mangler social støtte	32	15.000



Ensomhed – kommuner

Figur 8.18 viser forekomsten af svær ensomhed i kommunerne. Der ses på kommuneniveau ikke signifikante forskelle fra regionens befolkning som helhed.

► Udvikling fra 2013-2017. Udviklingen i ensomhed på kommuneniveau beskrives for andelen, der har svaret ofte på to enkeltspørgsmål, som er uændret fra 2013 til 2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen af personer, *der ofte føler sig isoleret*, i følgende kommuner: Silkeborg, Horsens, Hedensted, Struer, Herning, Ringkøbing-Skjern, Skanderborg, Odder, Syddjurs, Favrskov og Aarhus. I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen, *der ofte savner nogen at være sammen med*, i følgende kommuner: Silkeborg, Odder, Ringkøbing-Skjern, Samsø, Favrskov, Norddjurs, Hedensted og Syddjurs. Se figur 8.15.S i bind 2. ◄

Svær ensomhed – forekomsten i forskellige risikogrupper

Af figur 8.19 fremgår forekomsten af svær ensomhed i forskellige risikogrupper. Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større forekomst af svær ensomhed i alle risikogrupper. Den største forekomst af svær ensomhed findes blandt personer, der mangler social støtte (32 %), og personer med tegn på social isolation (26 %). Sammenlignet med hele befolkningen er risikoen for svær ensomhed mere end tre gange større blandt personer, der tilhører disse to risikogrupper. Gruppen, der består af personer med tegn på social isolation, omfatter cirka hver tredje borger, som er svært ensom (ca. 25.000 borgere).

Depression

Unipolar depression (betegnet depression) er en udbredt psykisk lidelse, hvor kernesymptomerne er vedvarende nedtrykthed og nedsat interesse/lyst og energi (71). Typiske ledsagersymptomer er selvbebrejdelse, søvnforstyrrelse, ændringer i appetit og kognitive vanskeligheder (tænke-/koncentrationsbesvær).

Det skønnes, at cirka 20 % af befolkningen får en depression i løbet af livet, og at forekomsten er cirka dobbelt så høj hos kvinder som hos mænd (100). Mange forskellige faktorer øger risikoen for udvikling af depression, heriblandt genetik og negative livsbegivenheder i barndommen (100).

Depression har store samfundsmæssige omkostninger og er en vigtig årsag til sygefravær i Danmark (74). På verdensplan vurderes det ud fra opgørelser over en række sygdomme, at depression er forbundet med den næststørste sygdomsbyrde (antal år, som går tabt pga. nedsat funktionsevne eller for tidlig død) (101). Det er endvidere dokumenteret, at depression øger risikoen for diabetes, hjerte-kar-lidelser, selvmord og kortere levetid (100).

Depressionsbehandling består primært af medicin og psykoterapi (100). De fleste personer behandles i almen praksis (antal patienter/ konsultationer er ukendt) (25, 102), mens der årligt registreres cirka 130.000 psykiatriske, ambulante hospitalsbesøg med depression som aktionsdiagnose i Danmark (74).

På grund af den høje sygdomsforekomst er der et stort forebyggelsespotentiale (100). Et litteraturstudie, der har belyst effekten af 32 forebyggende interventioner, indikerer et gennemsnitligt fald på 21 % i forekomsten af depression (103). Hovedparten af interventionerne var selektive indsatser til målgrupper/individer med øget risiko for depression eller indikerede indsatser til individer, som havde symptomer på depression, men ikke opfyldte de diagnostiske kriterier. Interventionen bestod typisk i samtaleterapi (f.eks. kognitiv adfærdsterapi).

Depression i befolkningen målt med Major Depression Inventory

Depression måles i *Hvordan har du det? 2017* med Major Depression Inventory (MDI) (104). MDI er et selvadministreret skema, der belyser, hvor mange der opfylder kriterierne for let, moderat og svær depression (71). MDI har tidligere været anvendt i danske befolkningsundersøgelser, der har fundet en overordnet prævalens af depression på cirka 3-4 % (105, 106, 107). MDI anvendes endvidere til vurdering af depression i klinisk sammenhæng (108).

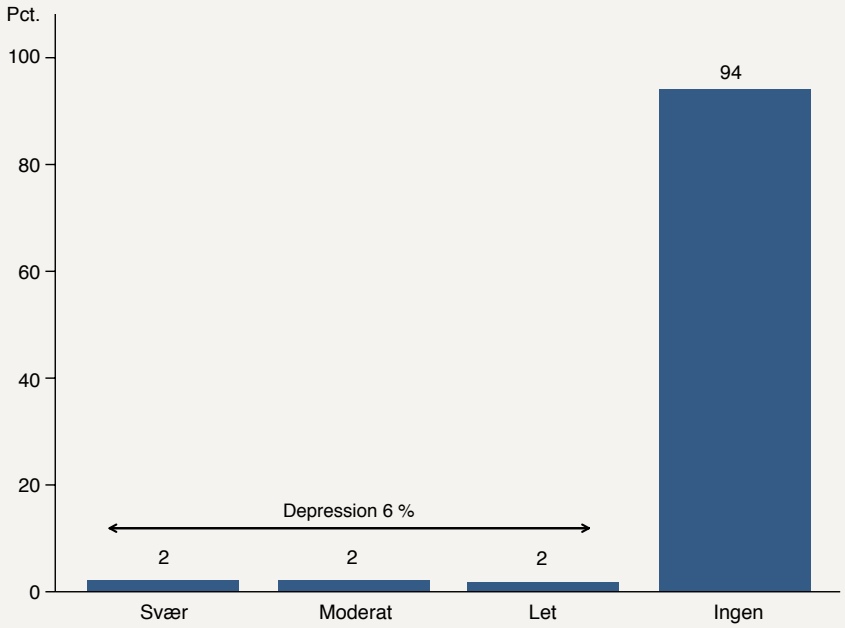
MDI omfatter 12 spørgsmål, der belyser 10 forskellige symptomer på depression, som indgår i WHO's afgrænsning af diagnosen (71). Tidsrummet, hvorunder det vurderes, om de enkelte symptomer har været til stede, er de sidste to uger.

Ved tre udsagn, der afspejler kernesymptomer i diagnosen, forudsættes det, at de gennem de sidste to uger har været til stede det meste af tiden. Ved syv ledsagersymptomer forudsættes det, at de gennem de sidste to uger skal have været til stede i over halvdelen af tiden. På baggrund heraf skelnes der mellem:

1) Let depression: minimum 2 kernesymptomer og 2 ledsagersymptomer
2) Moderat depression: minimum 2 kernesymptomer og 4 ledsagersymptomer
3) Svær depression: minimum 3 kernesymptomer og 5 ledsagersymptomer

I det følgende afsnit belyses forekomsten af svær, moderat og let depression i befolkningen. Det angives, hvor stor en andel af borgerne i Region Midtjylland der samlet set opfylder kriterierne for depression. Endvidere beskrives andelen med depression i forhold til køn, alder, sociale forhold, kommuner og risikogrupper.

Figur 8.20
Depression målt med Major Depression Inventory (MDI) – forekomsten af svær, moderat og let depression i befolkningen



Figur 8.20 viser, hvordan forekomsten af let, moderat og svær depression fordeler sig i befolkningen. Vurderet ud fra MDI har 6 % af befolkningen i Region Midtjylland en depression, idet 2 % har en svær depression, 2 % har en moderat depression, og 2 % har en lettere depression.

I det følgende fokuseres der på den samlede gruppe, dvs. personer, der ifølge WHO's kriterier har en svær, moderat eller lettere depression. Denne gruppe svarer til cirka 58.000 personer i Region Midtjylland.

MDI indgik ikke i *Hvordan har du det?* i 2010 og 2013. Det er således ikke muligt at belyse udviklingen i forekomsten af depression.

Figur 8.21
Depression – køn, alder og sociale forhold

	Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Alle	6	58.000
Køn		
Mand	4	22.000
Kvinde	7	36.000
Alder		
16-24 år	10	14.000
25-34 år	8	11.000
35-44 år	6	8.700
45-54 år	6	9.900
55-64 år	5	7.400
65-74 år	2	3.300
75+ år	5	4.500
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)		
Lavt (0-10 år)	9	12.000
Middel (11-14 år)	5	22.000
Højt (15+ år)	4	9.700
Erhvervstilknytning		
Studerende/skoleelever	8	9.200
Beskæftigede	3	17.000
Arbejdsløse	14	2.800
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	23	13.000
Førtidspensionister	18	7.100
Efterlønsmodtagere	3	500
Folkepensionister	4	7.500
Etnisk baggrund		
Dansk	6	50.000
Anden vestlig	5	2.100
Ikke-vestlig	11	6.200
Bolig		
Ejer	4	24.000
Lejer	10	32.000
Bor med ægtefælle/samlever		
Nej	9	30.000
Ja	4	26.000
Børn i hjemmet 0-15 år		
Nej	6	41.000
Ja	5	12.000

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

Depression – køn, alder og sociale forhold

Af figur 8.21 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med depression blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 16-34 år
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. Der er en større andel af kvinder end mænd, der har en depression.

Alder. De største andele af personer med depression findes blandt de 16-34-årige, og den mindste andel findes blandt de 65-74-årige.

Uddannelsesniveau. Andelen med depression er størst blandt personer med lavt uddannelsesniveau og mindst blandt personer med højt uddannelsesniveau. Næsten hver tiende med lavt uddannelsesniveau har en depression, mens det gælder for hver femogtyvende med højt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. Der er en markant sammenhæng mellem erhvervstilknytning og andelen med depression. De største andele af personer med depression findes blandt studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister. Næsten hver fjerde modtager af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. har en depression. De mindste andele af personer med depression findes blandt beskæftigede og folkepensionister.

Etnisk baggrund. Andelen med depression er størst blandt personer med ikke-vestlig baggrund og mindst blandt personer med dansk baggrund.

Bolig. En markant større andel personer, der bor i lejebolig, har en depression, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig.

Bor med ægtefælle/samlever. Der er en større andel blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, som har en depression, end det er tilfældet blandt personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. En lidt større andel personer uden børn i hjemmet har en depression, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

Figur 8.22
Depression – kommuner

	Pct.	Antal personer i kommunerne
Horsens	7	4.500
Hedensted	7	2.300
Skive	7	2.300
Viborg	6	4.600
Ikast-Brande	6	2.000
Syddjurs	6	2.100
Struer	6	1.000
Randers	6	4.700
Norddjurs	6	1.800
Silkeborg	6	4.100
Odder	6	1.000
Aarhus	6	15.000
Herning	6	3.800
Samsø	5	200
Ringkøbing-Skjern	5	2.300
Skanderborg	5	2.300
Lemvig	5	700
Holstebro	4	1.900
Favrskov	4	1.600
Region Midtjylland	6	58.000

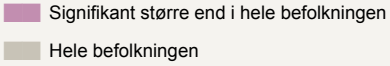
Signifikant mindre end i hele befolkningen

Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen



Figur 8.23
Depression – forekomsten i forskellige risikogrupper

	Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Alle	6	58.000
Belastet af dødsfald blandt de nærmeste	11	9.000
Belastet af sygdom hos nærtstående	13	17.000
Belastet af økonomiske forhold	17	27.000
Belastet af arbejdssituation (personer i arbejde)	10	10.000
Udsat for fysisk vold (25+ år)	12	1.700
Dårligt selvvurderet helbred	23	34.000
Tegn på alkoholproblemer	8	10.000
Tegn på social isolation	18	17.000
Mangler social støtte	19	9.000



Depression – kommuner

Figur 8.22 viser andelen af personer med depression i kommunerne.

Det fremgår, at der ikke er nogen kommuner, hvor andelen af personer med depression er større end i hele Region Midtjylland.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel, der har en depression, i Holstebro og Favrskov Kommune. I disse kommuner er andelen 4 %.

Depression – i forskellige risikogrupper

Af figur 8.23 fremgår forekomsten af depression i forskellige risikogrupper. Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med depression blandt alle risikogrupper. De højeste forekomster af depression findes blandt personer med dårligt selvvurderet helbred (23 %), personer, der mangler social støtte (19 %), personer med tegn på social isolation (18 %) og personer belastet af økonomiske forhold (17 %). Sammenlignet med hele befolkningen er risikoen for at have en depression 3-4 gange større for personer, der tilhører disse risikogrupper.

Unges mentale sundhed og mentale helbredsproblemer

Som nævnt i indledningen til dette kapitel er der god grund til at lave indsatser i ungdomsårene, da mange mentale helbredsproblemer opstår i denne livsfase (12). Samtidig udgør mentale helbredsproblemer en stor del af sygdomsbyrden hos unge (antal år, som går tabt pga. nedsat funktionsevne eller for tidlig død) (1). Dette skyldes blandt andet lidelser som depression og angst, som ofte debuterer i ungdomsårerne.

Danske undersøgelser tyder på, at der inden for de seneste 20 år er sket en stigning i andelen af unge med dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer (1). I tråd hermed viser analyserne i dette kapitel, at der sammenlignet med de øvrige aldersgrupper ses en høj forekomst af stress, symptomer på angst/anspændthed, svær ensomhed og depression blandt de unge på 16-24 år i Region Midtjylland.

I det følgende sættes der fokus på unges mentale sundhed og mentale helbredsproblemer. Fokus rettes mod selvskadende adfærd og risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelser, som har en særlig forekomst i ungdomsårene (109, 110, 111). Derefter beskrives forekomsten af de seks indikatorer, som indgår i analysen af dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer, i forhold til køn, alder og sociale forhold samt fem risikogrupper, som er af særlig relevans for mental sundhed blandt unge.

Selvskade blandt unge

Mange unge skader sig selv (112). Det starter ofte som en relativt uskyldig flugt fra personlige problemer (113), men for en del unge udvikler det sig til et alvorligt problem (114), som er forbundet med stor skam (115) og en markant forøget risiko for selvmordsforsøg (116). Selvskade er således et problem, som foruroliger pårørende og fagfolk og kræver behandlingsmæssige ressourcer (117).

Selvskadende adfærd defineres som en direkte, forsætlig, selvpåført og socialt uacceptabel ødelæggelse af kropsvæv, der medfører fysisk skade og/eller smerte, og som er udført uden intention om selvmord (118, 119). De mest almindelige former for selvskadende adfærd er at skære i sig selv ('cutting'), brænde sig selv og slå sig selv (114). Der ses en tendens til, at kvinder, der selvskader, ofte skærer i sig selv, mens mænd har tendens til at brænde sig selv eller slå sig selv (112, 120).

Der kan ligge forskellige motiver til grund for selvskade. Derfor kan adfærden have forskellige funktioner for den enkelte, såsom affektregulering (nedregulering af negative/pinagtige følelser), at straffe sig selv eller gøre andre opmærksomme på mistrivsel eller følelsesmæssig smerte (115, 121, 122). Det mest almindelige motiv menes at være affektregulering, hvor den selvskadende adfærd giver en kortvarig lettelse af indre spændinger (115, 121).

Selvskadende adfærd starter ofte i de tidlige ungdomsår og er hyppigst forekommende i ungdomsårene (109, 116). Studier har fundet, at ca. 10-20 % af alle unge har udøvet selvskadende adfærd (123, 124, 125). I Danmark er forekomsten af selvskadende adfærd sparsomt belyst (116), men et studie af gymnasielever har rapporteret en forekomst på 22 % (112).

I dette afsnit anvendes følgende spørgsmål vedrørende selvskadende adfærd:

- Har du nogensinde skadet dig selv med vilje uden at have til hensigt at tage dit eget liv? (f.eks. ved at skære/cutte, brænde, kradse eller slå dig selv)
- Hvordan har du skadet dig selv?
- Hvor mange gange har du skadet dig selv inden for de seneste 12 måneder?
- Vil du gerne have hjælp til at stoppe med at skade dig selv fra læge, psykolog eller anden fagperson?

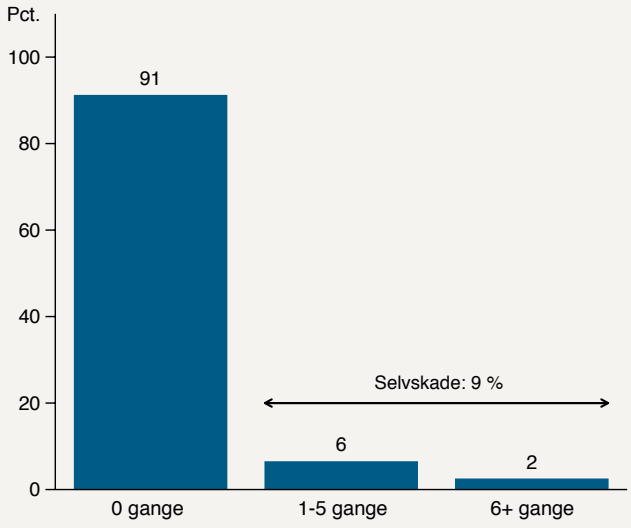
Blandt de unge har 19 % mindst én gang i deres liv skadet sig selv med vilje uden at have til hensigt at tage deres eget liv (26 % unge kvinder og 11 % unge mænd) (ikke vist). Dette svarer til godt 27.000 unge i Region Midtjylland. I det følgende rettes fokus mod de unge, der har skadet sig selv inden for de seneste 12 måneder.

Figur 8.24 viser, at andelen, der har skadet sig selv inden for de seneste 12 måneder, udgør 9 %. Der er godt 6 %, som angiver at have skadet sig selv 1-5 gange inden for de seneste 12 måneder, mens godt 2 % angiver, at de har skadet sig selv 6 eller flere gange i perioden.

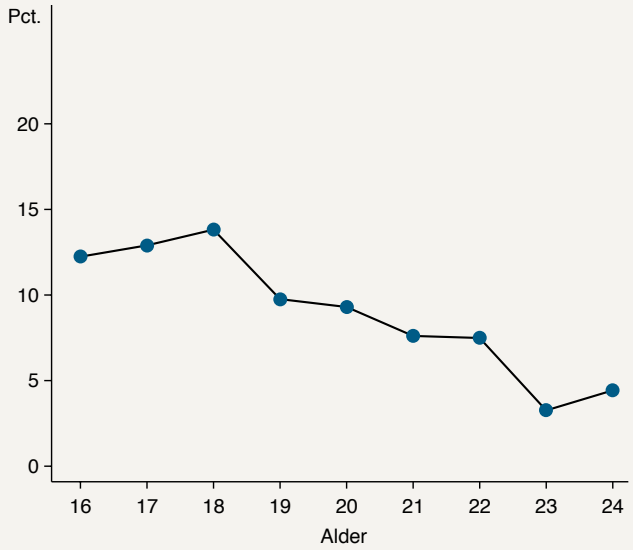
Det fremgår af figur 8.25, at andelen, der har skadet sig selv inden for de seneste 12 måneder, er størst blandt de 16-18-årige og falder markant fra 19-års-

Figur 8.24 og 8.25
Unges selvskade

Figur 8.24
Unges selvskade – antal gange inden for de seneste 12 måneder



Figur 8.25
Andel af unge, der har skadet sig selv inden for de seneste 12 måneder – alder



alderen. Andelen, der har skadet sig selv, er størst blandt de 18-årige (14 %) og mindst blandt de 23-årige (3 %).

Hvordan skader unge sig selv?

Adspurgt om, hvordan de skader sig selv, angiver de unge, der har skadet sig selv inden for de seneste 12 måneder, overvejende følger metoder:

- Jeg har slået eller sparket hårdt mod noget (77 %)
- Jeg har kradset eller nevet mig selv (67 %)
- Jeg har slået mig selv (63 %)
- Jeg har skåret mig selv ('cutting') (61 %)
- Jeg har brændt mig selv (25 %)
- Jeg har trukket hår ud (22 %)

Der er kønsforskelle i de anvendte metoder. Mens tre ud af fire af de selvskadende unge kvinder har kradset eller nevet sig selv, gælder dette cirka hver anden af de unge mænd. Tilsvarende har 68 % af de unge kvinder og 46 % af de unge mænd skåret sig ('cutting'). Omvendt har 36 % af de selvskadende unge mænd brændt sig selv, mens dette gælder for 20 % af de unge kvinder (ikke vist).

Hvor mange unge, der skader sig selv, ønsker hjælp?

Men henblik på at afdække, hvor mange unge der ønsker hjælp til at stoppe med at skade sig selv, er der i *Hvordan har du det?* spurgt, om de unge ønsker hjælp fra læge, psykolog eller anden fagperson. Knap 10 % af de unge, der har skadet sig selv inden for de seneste 12 måneder, vil gerne have hjælp til at stoppe med at skade sig selv, mens 20 % allerede modtager hjælp. Endvidere angiver godt halvdelen af de unge, at hjælp ikke er relevant, fordi de er stoppet med selvskade, mens 20 % ikke ønsker hjælp (ikke vist).

Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelse er en fællesbetegnelse for flere psykiske lidelser: anoreksi, bulimi og tvangsoverspisning (71, 126, 127). Et fælles diagnostisk kriterium for anoreksi og bulimi er forstyrret kropsopfattelse og stor frygt for fedme. Ved anoreksi forudsættes endvidere vægttab førende til en vægt på 15 % eller mere under normalvægt, ekstrem undgåelse af mad og drikke, der feder, samt hormonelle forstyrrelser (71). Bulimi er endvidere kendetegnet ved spiseanfald (minimum 2 gange ugentlig) i en periode på minimum 3 måneder og spisetrang (cravings), som efterfølgende udløser forsøg på modvirkning af vægtøgning ved opkastning, brug af afføringsmidler, faste og/eller brug af slankepiller (71). Tvangsoverspisning er karakteriseret ved hyppige, gentagne episoder med overspisning. Ved overspisning forstås et ekstremt indtag af føde inden for en tidsafgrænset periode. Episoderne skal opleves som et kontroltab, hvor man føler, at man ikke kan stoppe igen. Overspisning er ikke forbundet med uhensigtsmæssig kompensatorisk adfærd (f.eks. opkastning, faste eller motion) (126, 127).

Spiseforstyrrelser opstår typisk hos kvinder i ungdomsårene (110, 111), hvorfor der i analysen sættes fokus på unge kvinder på 16-24 år. Sundhedsstyrelsen skønner, at mellem 0,4 % og 1 % unge kvinder udvikler anoreksi, mens 2-4 % udvikler bulimi (128). Markant flere kvinder end mænd udvikler anoreksi og bulimi (129, 130). Forekomsten af tvangsoverspisning er cirka 2-3 % i befolkningen (131, 132).

Der er forskningsmæssig dokumentation for, at følgende faktorer kan have indflydelse på udviklingen af en spiseforstyrrelse (133, 134, 135, 136, 137, 138):

- Biologiske faktorer (herunder genetik)
- Lavt selvværd
- Vægtrelateret mobning
- Anden psykisk lidelse
- Overvægt
- Hyppige slankekure
- Medieopmærksomhed på kropsidealer
- Seksuelle overgreb og fysisk vold

Spiseforstyrrelser kan medføre andre psykiske lidelser såvel som somatisk sygdom og kan blandt andet derved få betydelige negative konsekvenser for helbredet (139). I værste fald kan en spiseforstyrrelse have dødelig udgang (140). Spiseforstyrrelser udgør samtidig et omkostningsfuldt problem for sundhedssektoren (141, 142). Der er derfor gode grunde til at iværksætte forebyggende tiltag, såsom tidlig behandling med kognitiv adfærdsterapi, før der udvikles en egentlig spiseforstyrrelse (130). Blandt dem, som overlever anoreksi, forbliver cirka 20 % kronisk syge, mens knap 50 % bliver raske, og cirka 30 % oplever bedring, men stadig har symptomer (143).

Måling af risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelser

For at kunne udvikle forebyggende tiltag mod spiseforstyrrelser er det væsentligt at kunne opspore personer, som udviser risikoadfærd, forinden der udvikles en egentlig spiseforstyrrelse (139, 144). Risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse er uhensigtsmæssig adfærd og problematiske holdninger i forhold til kropsforståelse, vægtkontrol og spisevaner, som øger risikoen for senere at udvikle en egentlig spiseforstyrrelse (144).

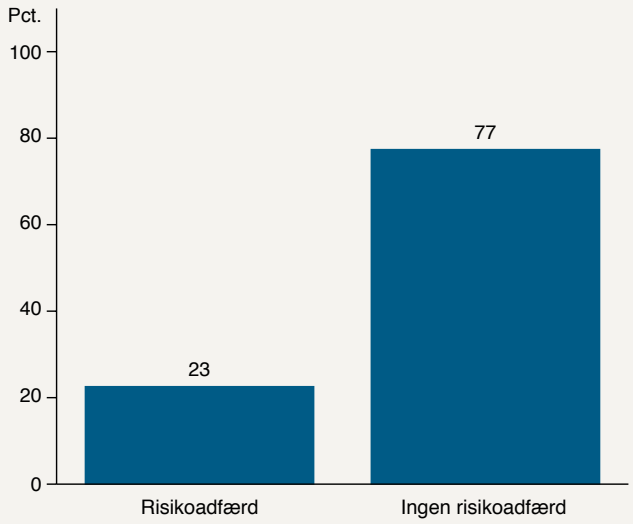
Risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelser hos unge er i *Hvordan har du det? 2017* målt med et standardiseret skema: Risk Behaviour for Eating Disorders-8 (RiBED-8) (144). Skemaet består af otte spørgsmål, hvor angivelse af tre eller flere kritiske svar indikerer risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse.

En dansk undersøgelse har fundet, at unge kvinder, der på RiBED-8 angiver tre eller flere kritiske svar, har 5-6 gange større risiko for senere at have symptomer på en spiseforstyrrelse end unge kvinder med færre end tre kritiske svar (144). Herudover har personer, som udviser risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse, også flere psykiske og sociale problemer og dårligere livskvalitet (144). Ydermere er det fundet, at der er en stærk sammenhæng mellem overvægt og risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse blandt unge kvinder, således at et stigende BMI medfører en stigende grad af risikoadfærd (134, 139), hvilket hænger sammen med, at overvægt øger unge kvinders fokus på vægtkontrol og vægttabsstrategier (139).

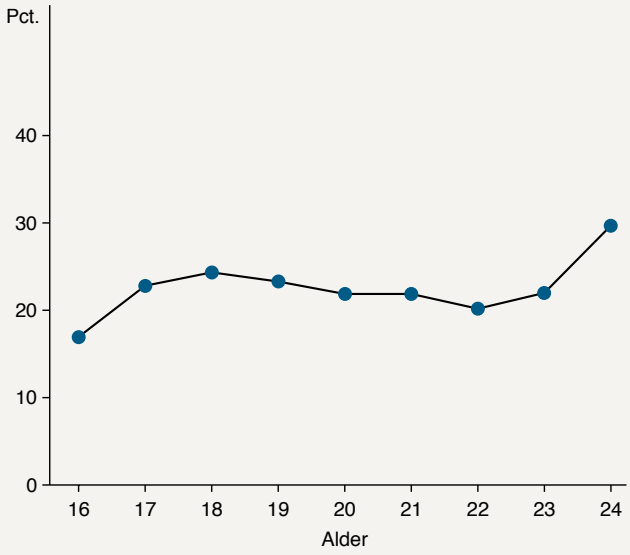
Undersøgelser, der har benyttet RIBED-8, har vist, at skalaen kun kan identificere risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelser hos unge kvinder (144). Derfor er unge mænd udeladt fra den følgende analyse.

Figur 8.26, 8.27 og 8.28
Risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse

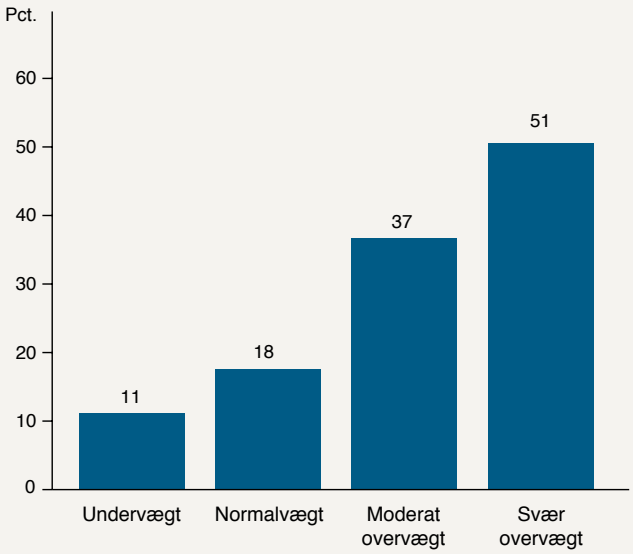
Figur 8.26
Forekomsten af risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse blandt unge kvinder



Figur 8.27
Andel af unge kvinder med risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse – alder



Figur 8.28
Andelen af unge kvinder med risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse – vægtklasser

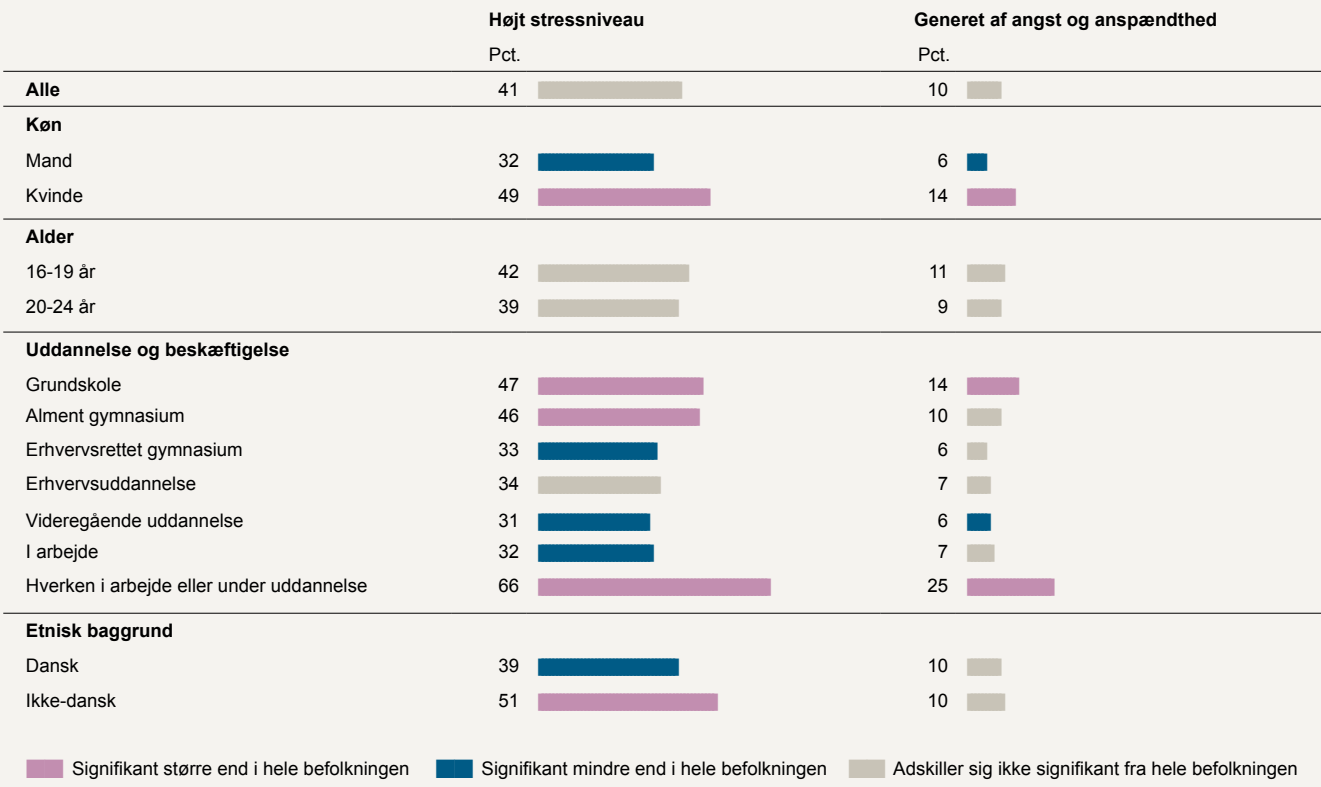


Figur 8.26 viser, at 23 % blandt unge kvinder udviser risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse, hvilket svarer til cirka 16.000 unge kvinder i Region Midtjylland.

Figur 8.27 viser, at andelen af unge kvinder med risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse ikke varierer væsentligt med alderen. Dog er der en større andel, der udviser risikoadfærd i forhold til spiseforstyrrelse, blandt de 24-årige.

Af figur 8.28 fremgår det, at andelen af unge kvinder med risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse stiger med stigende vægtklasse. Blandt de undervægtige udviser 11 % af de unge kvinder risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse, mens andelen er betydeligt større for moderat overvægtige (37 %) og svært overvægtige (51 %).

Figur 8.29
Unges mentale sundhed og mentale helbredsproblemer – køn, alder og sociale forhold



Unges mentale sundhed og mentale helbredsproblemer – køn, alder og sociale forhold

Figur 8.29 viser andelen af unge, der har dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer set i forhold til køn, alder, uddannelse/beskæftigelse og etnisk baggrund. Følgende seks indikatorer indgår i analysen: 1) højt stressniveau, 2) generet af angst og anspændthed, 3) svær ensomhed, 4) depression, 5) selvskadende adfærd og 6) risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse (kun unge kvinder).

Af figur 8.29 fremgår det, at sammenlignet med alle unge er der en signifikant større andel med dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer blandt følgende grupper:

- Unge kvinder (alle indikatorer)
- Unge i alderen 16-19 år (selvskade)
- Unge, der går i grundskole (højt stressniveau, generet af angst og anspændthed og selvskade)
- Unge, der går i alment gymnasium (højt stressniveau og selvskade)
- Unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (alle indikatorer)
- Unge med anden etnisk baggrund end dansk (højt stressniveau)

Køn. Der er en markant større andel af unge kvinder end unge mænd, der har et højt stressniveau, er generet af angst og anspændthed, er svært ensomme, har en depression og har skadet sig selv.

Alder. Der er en sammenhæng mellem alder og selvskade, idet en større andel af unge i alderen 16-19 år har skadet sig selv. Derudover ses ingen sammenhæng mellem alder og de indikatorer, der indgår i analysen.

Uddannelse og beskæftigelse. Der er en stærk sammenhæng mellem dårlig mental sundhed/mentale helbredsproblemer og uddannelse/beskæftigelse. *Grundskole.* Der er i grundskolen en større andel unge, som har et højt stressniveau, er generet af angst og anspændthed, og som har skadet sig selv, end i hele ungegruppen. *Alment gymnasium.* Der er en større andel på det almene gymnasium, som har et højt stressniveau, og som har skadet sig selv, end i hele ungegruppen. *Erhvervsrettet gymnasium.* Blandt elever på erhvervsrettede gymnasier er der en mindre andel med

Svær ensomhed	Depression	Selvskade	Risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse (kun kvinder)
Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
12	10	9	23
10	6	6	-
15	14	12	-
12	9	12	22
13	10	6	23
14	6	14	18
12	10	11	20
9	7	10	21
13	8	6	28
9	6	5	19
9	6	7	22
25	27	20	34
12	10	9	23
14	10	7	22

et højt stressniveau end i hele ungegruppen. *Videregående uddannelse.* Der er på de videregående uddannelser en mindre andel med dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer end i hele ungegruppen (alle indikatorer, undtagen risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse). *I arbejde.* Blandt unge, der er i arbejde, er der en mindre andel, som har et højt stressniveau og er svært ensomme, end i hele ungegruppen. *Hverken i arbejde eller under uddannelse.* Blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse, er der en markant større andel med dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer (alle indikatorer) end i ungegruppen som helhed. To ud af tre unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse, har et højt stressniveau, og cirka hver fjerde er generet af angst og anspændthed, er svært ensom og/eller har en depression.

Etnisk baggrund. Der er en markant større andel med anden etnisk baggrund end dansk, der har et højt stressniveau, end i hele ungegruppen. Der er ingen sammenhæng mellem etnisk baggrund og de andre indikatorer for dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen af unge, der har et højt stressniveau, blandt unge mænd og 16-19-årige. Se figur 8.16.S i bind 2. Endvidere ses der fra 2010 til 2017 en markant stigning i andelen af unge, der er generet af angst og anspændthed, på tværs af køn og aldersgrupper. Se figur 8.17.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været en markant stigning i andelen af unge, der har et højt stressniveau, på tværs af køn og aldersgrupper. Se figur 8.16.S i bind 2. Endvidere er der fra 2013 til 2017 sket en markant stigning i andelen af unge, der er generet af angst og anspændthed, på tværs af køn og aldersgrupper. Især ses en meget stor stigning fra 5 % til 14 % i andelen af unge kvinder, der er generet af angst og anspændthed. Se figur 8.17.S i bind 2. Fra 2013 til 2017 har der været en markant stigning i andelen af unge, der *ofte føler sig isoleret,* på tværs af køn og aldersgrupper. I samme periode har der været en stigning i andelen af unge, der *ofte savner nogen at være sammen med,* på tværs af køn og aldersgrupper. Se figur 8.17.S i bind 2. ◄

Figur 8.30
Unges mentale sundhed og mentale helbredsproblemer – forekomsten i forskellige risikogrupper

	Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Højt stressniveau		
Alle	41	61.000
Udsat for fysisk vold i hjemmet i barndom	61	5.300
Udsat for seksuelt overgreb i barndom	64	2.500
Udsat for kærestevold	71	4.200
Højt forbrug af hash	51	3.500
Anden seksuel orientering end heteroseksuel	61	6.900
Generet af angst og nervøsitet		
Alle	10	14.000
Udsat for fysisk vold i hjemmet i barndom	24	2.100
Udsat for seksuelt overgreb i barndom	27	1.000
Udsat for kærestevold	25	1.400
Højt forbrug af hash	18	1.200
Anden seksuel orientering end heteroseksuel	25	2.800
Svær ensomhed		
Alle	12	17.000
Udsat for fysisk vold i hjemmet i barndom	27	2.300
Udsat for seksuelt overgreb i barndom	31	1.200
Udsat for kærestevold	28	1.700
Højt forbrug af hash	15	1.000
Anden seksuel orientering end heteroseksuel	28	3.300
Depression		
Alle	10	14.000
Udsat for fysisk vold i hjemmet i barndom	24	2.100
Udsat for seksuelt overgreb i barndom	29	1.100
Udsat for kærestevold	32	1.900
Højt forbrug af hash	22	1.400
Anden seksuel orientering end heteroseksuel	26	3.000
Selvskade		
Alle	9	13.000
Udsat for fysisk vold i hjemmet i barndom	24	2.000
Udsat for seksuelt overgreb i barndom	33	1.300
Udsat for kærestevold	25	1.500
Højt forbrug af hash	24	1.600
Anden seksuel orientering end heteroseksuel	24	2.700

Signifikant større end blandt unge i hele befolkningen

Adskiller sig ikke signifikant fra unge i hele befolkningen

Unges mentale sundhed og mentale helbredsproblemer – i forskellige risikogrupper

Figur 8.30 viser forekomsten af unge, der har dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer, i forskellige risikogrupper. Følgende fem indikatorer indgår i analysen: 1) højt stressniveau, 2) generet af angst og anspændthed, 3) svær ensomhed, 4) depression og 5) selvskadende adfærd.

Højt stressniveau. Sammenlignet med hele ungegruppen er der en signifikant større andel med højt stressniveau blandt alle risikogrupper. Den højeste andel med højt stressniveau findes blandt unge, der har været udsat for kærestevold, hvoraf 71 % har et højt stressniveau. Denne gruppe omfatter cirka 4.200 unge i Region Midtjylland.

Generet af angst og anspændthed. Sammenlignet med ungegruppen er der en signifikant større andel, der er generet af angst og anspændthed, blandt alle risikogrupper. Sammenlignet med hele ungegruppen er risikoen for at være generet af angst og anspændthed cirka to-tre gange større blandt unge i de fem risikogrupper.

Svær ensomhed. Sammenlignet med hele ungegruppen er der en signifikant større forekomst af svær ensomhed blandt alle risikogrupper, undtagen blandt unge, der har et højt forbrug af hash. Den største forekomst af svær ensomhed findes blandt unge, der har været udsat for seksuelt overgreb i barndommen, hvoraf 31 % er svært ensomme. Denne gruppe omfatter cirka 1.200 unge i Region Midtjylland.

Depression. Sammenlignet med hele ungegruppen er der en signifikant større andel med depression blandt alle risikogrupper. De højeste forekomster af depression blandt unge findes hos unge, der har været udsat for kærestevold (32 %) eller seksuelt overgreb i barndommen (29 %). Sammenlignet med hele ungegruppen er risikoen for at have en depression omkring tre gange større for unge, der tilhører disse risikogrupper.

Selvskade. Sammenlignet med hele ungegruppen er der en signifikant større andel, der har skadet sig selv, blandt alle risikogrupper. Den højeste forekomst af unge, der har skadet sig selv, findes hos unge, der har været udsat for seksuelt overgreb i barndommen (33 %). Sammenlignet med hele ungegruppen er sandsynligheden for at have skadet sig selv mere end tre gange større for unge, der tilhører denne risikogruppe.

Sammenfatning

De fleste borgere i Region Midtjylland, svarende til 71 %, vurderer, at de har en god trivsel og livskvalitet. Der er en stærk sammenhæng mellem god trivsel og livskvalitet og erhvervstilknytning. De største andele med god trivsel og livskvalitet findes blandt studerende/skoleelever og beskæftigede. Blandt førtidspensionister er det blot 33 %, der angiver, at de har en god trivsel og livskvalitet. Endvidere ses en stærk sammenhæng mellem god trivsel og livskvalitet og selvvurderet helbred. Blandt personer med dårligt selvvurderet helbred har blot 18 % en god trivsel og livskvalitet.

Der er fra 2013 til 2017 sket et fald i andelen, der angiver, at deres trivsel og livskvalitet er god. Dette fald ses i alle kommuner, undtagen i Skive og på Samsø. Endvidere ses et større fald i andelen med god trivsel og livskvalitet blandt lavtuddannede end højtuddannede.

Andelen med højt stressniveau udgør 31 % af befolkningen, svarende til knap hver tredje af regionens borgere. Denne andel er faldende med alderen, om end der ses en stigning i højt stressniveau blandt personer på 75 år eller derover. Der ses en meget stor andel med højt stressniveau blandt personer med dårligt selvvurderet helbred (68 %). Blandt unge er der en markant større andel med højt stressniveau blandt dem, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (66 %), og blandt dem, der har været udsat for kærestevold (71 %).

I perioden fra 2013 til 2017 er der sket en stigning i andelen af personer, der har et højt stressniveau, fra 27 % til 31 %.

Det ses endvidere, at 6 % af befolkningen har været generet af angst og anspændthed inden for de seneste 14 dage. Sammenlignet med hele befolkningen er der en markant større andel, som er generet af angst og anspændthed, blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. (20 %) eller førtidspension (19 %), personer med dårligt selvvurderet helbred (20 %) og personer med tegn på social isolation (17 %). Blandt unge er der en markant større andel, som er generet af angst og anspændthed, blandt dem, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (25 %), dem, der har været udsat for fysisk vold eller seksuelt overgreb (24-27 %), og dem med anden seksuel orientering end heteroseksuel (25 %).

I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen af personer, der er generet af angst og anspændthed. Især ses en meget stor stigning i andelen af unge, der er generet af angst og anspændthed. Hos unge kvinder er andelen, der er generet af angst og anspændthed, steget fra 5 % til 14 % fra 2013 til 2017.

Andelen af svært ensomme udgør 8 % af befolkningen. Der ses en høj andel svært ensomme blandt de 16-29-årige (10-13 %) og personer på 85 år og derover (11 %). Endvidere er der en markant større andel, som er svært ensomme, blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. (24 %) og førtidspension (22 %), personer, der mangler social støtte (32 %), og personer med tegn på social isolation (26 %). Blandt unge er der en markant større andel, som er svært ensomme, blandt dem, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (25 %), dem, der har været udsat for fysisk vold eller seksuelt overgreb (27-31 %), og dem med anden seksuel orientering end heteroseksuel (28 %).

I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i svær ensomhed. Stigningen er mest markant hos de unge (begge køn) og hos personer med lavt uddannelsesniveau.

Andelen, der har en depression, udgør 6 % af befolkningen. Dette svarer til cirka 58.000 personer i Region Midtjylland. Der er en stærk sammenhæng mellem depression og sociale forhold. Eksempelvis varierer andelen med depression markant efter uddannelsesniveau, tilknytning til arbejdsmarkedet, etnisk baggrund og boligforhold. Knap hver fjerde modtager af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. har en depression, mens dette gælder godt hver fjerde blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse. Sammenlignet med hele befolkningen er risikoen for at have en depression endvidere 3-4 gange større for personer med tegn på social isolation, personer belastet af økonomiske forhold og personer, der mangler social støtte. De højeste forekomster af depression blandt unge findes hos dem, der har været udsat for kærestevold (32 %) eller seksuelt overgreb i barndommen (29 %).

Blandt de unge har 19 % mindst én gang i deres liv skadet sig selv med vilje uden at have til hensigt at tage deres eget liv (26 % unge kvinder og 11 % unge mænd). Andelen, der har skadet sig selv inden for de

seneste 12 måneder, udgør 9 % og er størst blandt de 16-18-årige. Sammenlignet med hele ungegruppen er der endvidere en større andel med selvskadende adfærd blandt unge, der går i grundskole, unge på det almene gymnasium og unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse. Den højeste forekomst af unge, der har skadet sig selv inden for de seneste 12 måneder, findes hos personer, der har været udsat for et seksuelt overgreb i deres barndom (33 %). Knap 10 % af de unge, der har skadet sig selv, vil gerne have hjælp til at stoppe med at skade sig selv, mens 20 % allerede modtager hjælp.

Blandt de unge kvinder angiver 23 % risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse, hvilket svarer til cirka 16.000 unge kvinder i Region Midtjylland. Sammenlignet med alle unge kvinder er der en større andel med risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse. Andelen af unge kvinder med risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse øges endvidere markant med stigende vægtklasse.

Sammenfattende har de fleste borgere i Region Midtjylland en god trivsel og livskvalitet. Der ses imidlertid markante forskelle i forekomsten af dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer på tværs af sociale grupper. Eksempelvis ses en stor variation i forhold til erhvervstilknytning. Blandt modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge og førtidspension er der en markant større andel med dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer end i hele befolkningen. Tilsvarende er forekomsten af dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer høj blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse. Blandt unge er der desuden en markant større forekomst af dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer, blandt dem, der har været udsat for vold eller overgreb, og blandt dem med anden seksuel orientering end heteroseksuel.

Der er fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 sket en forværring af befolkningens mentale sundhed. Forværringen er mest udtalt blandt de 16-24-årige unge. Endvidere tyder det på, at den sociale ulighed i mental sundhed, opgjort ud fra uddannelsesniveau, er blevet større.

Referencer

1. Due P, Diderichsen F, Meilstrup C, Nordentoft M, Obel C, Sandbæk A. Børn og unges mentale helbred. København: Vidensråd for forebyggelse; 2014.

2. Eplov LF, Lauridsen S. Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.

3. Stefansson C. Major public health problems – mental ill-health. Scand J Public Health Suppl. 2006;34(67):87-103.

4. Mehta N, Croudace T, Davies DSC. Public mental health: evidenced-based priorities. The Lancet. 2015;385(9976):1472-1475.

5. World Health Organization. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Summary report. A Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. Genève: WHO; 2004.

6. World Health Organization. Promoting mental health. Summary report. A Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Genève: WHO; 2004.

7. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Schweiz: WHO; 2013.

8. World Health Organization. The world health report 2001 – mental health: new understanding, new hope. Schweiz: WHO; 2001.

9. Larsen FB, Nielsen AL. Psykisk syges sundhed i Region Midtjylland. Aarhus: CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland; 2012.

10. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. Br J Psychiatr. 2011;199:453-458.

11. Nordentoft M, Krogh J, Lange P, Moltke A. Psykisk sygdom og ændringer i livsstil. København: Vidensråd for forebyggelse; 2015.

12. Elliot I. Poverty and mental health: A review to inform the Joseph Rowntree Foundation's Anti-Poverty Strategy. London: Mental Health Foundation; 2016.

13. Bhui K. Discrimination, poor mental health, and mental illness. Int Rev Psychiatry. 2016;28(4):411-414.

14. Department of Health. Chief Medical Officer: Annual Report: public mental health. 2013. Available at: https://www.gov.uk/government/publications/chief-medical-officer-cmo-annual-report-public-mental-health. Accessed 21.11.2017.

15. World Health Organization Europe. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: Executive Summary. København: WHO Regional Office for Europe; 2013.

16. NHS Health Scotland. Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS). Edinburgh: NHS Health Scotland; 2016.

17. Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P. The WHO-5 Well-Being Index: A systematic review of the literature. Psychother Psychosom. 2015;84(3):167-176.

18. Vanhalst J, Klimstra TA, Luyckx K, Scholte RH, Engels RC, Goossens L. The interplay of loneliness and depressive symptoms across adolescence: Exploring the role of personality traits. J Youth Adolesc. 2012;41(6):776-787.

19. Lasgaard M, Goossens L, Elklit A. Loneliness, depressive symptomatology, and suicide ideation in adolescence: Cross-sectional and longitudinal analyses. J Abnorm Child Psychol. 2011;39(1):137-150.

20. Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Thisted RA. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. Psychol Aging. 2006;21(1):140-151.

21. Brown GW, Harris TO. Depression. I: Brown GW, Harris TO, red. Life events and illness. London: Guilford Press; 1989.

22. Hammen C. Stress and depression. Annu Rev Clin Psychol. 2005;1:293-319.

23. Christensen AI, Davidsen M, Kjøller M, Juel K. Mental sundhed blandt voksne danskere. København: Sundhedsstyrelsen; 2010.

24. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes sundhed – den nationale sundhedsprofil 2014. København: Sundhedsstyrelsen; 2014.

25. Regeringens udvalg om psykiatri. Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udviklingen i diagnoser og behandling. Bilagsrapport 2. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2013.

26. Sørensen NU, Grubb A, Madsen IW, Nielsen JC. Når det er svært at være ung i DK – unges beretninger om mistrivsel og ungdomsliv. København: Center for Ungdomsforskning; 2011.

27. Nielsen AM, Lagermann LC. Stress i gymnasiet – hvad der stresser gymnasieelever og hvordan forebyggelse og behandling virker med 'åben og rolig for unge'. Aarhus: DPU, Aarhus Universitet; 2017.

28. Institut for Lykkeforskning. Det gode, unge liv. Hvordan fremmer vi det? – en undersøgelse af unges trivsel i Danmark. København: Institut for Lykkeforskning; 2017.

29. The Government Office for Science. Foresight mental capital and wellbeing project. Final project report. London: The Government Office for Science; 2008.

30. Whittington JE, Huppert FA. Changes in the prevalence of psychiatric disorder in a community are related to changes in the mean level of psychiatric symptoms. Psychol Med. 1996;26(6):1253-1260.

31. Anwar-McHenry J, Donovan RJ, Jalleh G, Laws A. Impact evaluation of the Act-Belong-Commit mental health promotion campaign. J Public Ment Health. 2012;11(4):186-194.

32. Stewart-Brown S, Middleton J, Ashton J. Responses to the Chief Medical Officer's report 2013. The Lancet. 2015;385(9987):2576.

33. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke om mental sundhed. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.

34. Christiansen NS, Holmberg T, Hærvig KK, Christensen AI, Rod MH. Kortlægning: Kommunernes arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker 2015. Udvikling i arbejdet fra 2013-2015. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2015.

35. Sund By Netværket. Mental sundhed: Om de positive faktorer, der påvirker vores mentale sundhed. Available at: http://sund-by-net.dk/temagrupper/mental-sundhed/. Accessed 21.11.2017.

36. Thybo P. Det Dobbelte KRAM — et tværfagligt arbejdsgrundlag for mental sundhed, helbred og trivsel. København: Hans Reitzels Forlag; 2016.

37. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA. 2005;294(16):2064-2074.

38. Health and Social Care Information Centre. Fundamental facts about mental health 2015. London: Mental Health Foundation; 2015.

39. Ormel J, Petukhova M, Chatterji S, et al. Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. Br J Psychiatry. 2008;192: 368-375.

40. Niel AL, Christensen H. Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. Clinical Psychology Review, 2009; 29: 208-215.

41. Durlak JA, Dymnicki AB, Taylor RD, Weissberg RP, Schellinger K B. The Impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. Child Development. 2011; 82: 405-432.

42. Rones M, Hoagwood K. School-based mental health services: A research review. Clinical child and family psychology review. 2000; 3: 223-241.

43. Weare K, Nind M. Mental health promotion and problem prevention in schools: What does the evidence say? Health Promotion International. 2011: 26; 29-56.

44. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. Soc Sci Med. 2009;69(3):307-316.

45. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of seven community studies. J Health Soc Behav. 1997;38(1):21-37.

46. 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):615-622.

47. Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. Am J Epidemiol. 1979;109(2):186-204.

48. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. PNAS. 2013;110(15):5797-5801.

49. Fergusson DM, Horwood LJ, Swain-Campbell, NR. Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. Addiction. 2002; 97: 1123-1135.

50. Camfield L, Skevington S. On subjective well-being and quality of life. J Health Psychol. 2008;13(6):764-775.

51. Næss S, Moun T. Livskvalitet: forskning om det gode liv. Bergen: Fagbokforlaget; 2011.

52. Kajandi M. Livskvalitet. Uppsala: Psykologiske enheten, Forskningskliniken, Ulleråkers sjukhus; 1985.

53. 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.

54. Holmgren K, et al. The prevalence of work-related stress, and its association with self-perceived health and sick-leave, in a population of employed Swedish women. BMC Public Health. 2009;9(73):73-82.

55. Sundhedsstyrelsen. Langvarig stress. Aktuel viden og forslag til stress-forebyggelse. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.

56. Kalia M. Assessing the economic impact of stress – the modern day hidden epidemic. Metabolism Suppl. 2002;51(6):49-53.

57. Pedersen A, Zachariae R, Bovbjerg DH. Influence of psychological stress on upper respiratory infection – a meta-analysis of prospective studies. Psychosom Med. 2010;72(8):823-832.

58. Nielsen NR. Stress – folkesundhed og forebyggelse. I: Kamper-Jørgensen F, Almind G, Jensen BB, red. Forebyggende sundhedsarbejde. 5. udgave. København: Munksgaard; 2009.

59. Netterstrøm B. Stress. I: Kjøller M, Juel K, Kamper-Jørgensen F, red. Folkesundhedsrapporten Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2007.

60. Wheaton B. The stress process as a successful paradigm. I: Avison W, Aneshensel C, Schieman S, Wheaton B, red. Advances in the Conceptualization of the Stress Process. Springer: New York; 2009.

61. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav. 1983;24(4):385-396.

62. 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.

63. Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.

64. Cohen S, Tyrrell DAJ, Smith AP. Negative life events, perceived stress, negative affect, and susceptibility to the common cold. J Pers Soc Psychol. 1993;64(1):131-140.

65. Larsen FB. Stress og belastende livsomstændigheder – hvilke belastninger betyder mest? Hvordan har du det? Online. 2007;1:4-10.

66. Willert MV, Thulstrup AM, Hertz J. Changes in stress and coping from a randomized controlled trial of a three-month stress management intervention. Scand J Work Environ Health. 2009;35(2):145-152.

67. Kellenberger S, Larsen FB. Stress øger risikoen for sygefravær hos raske erhvervsaktive. Hvordan har du det? Online. 2008;5:1-4.

68. Larsen FB. Selvvurderet helbred og ulighed i sundhed. Hvordan har du det? Aarhus: DEFACTUM; 2009.

69. Ihlebaek C, Brage S, Eriksen HR. Health complaints and sickness absence in Norway, 1996-2003. Occup Med. 2007;57(1):43-49.

70. Roelen CA, Koopmans PC, Groothoff JW. Subjective health complaints in relation to sickness absence. Work. 2010;37(1):15-21.

71. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems: 10th revision (ICD-10). Diagnostic criteria for research. Genève: WHO; 1993.

72. Sundhedsstyrelsen. Referenceprogram for angstlidelser hos voksne. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.

73. Craske MG, Stein MB, Eley TC, Milad MR, Holmes A, Ronald MR, Wittchen HU. Anxiety disorders. Nat Rev Dis Primers. 2017:4(3).

74. Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, Juel K. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. København: Sundhedsstyrelsen; 2015.

75. Holt-Lunstad J, Smith TB, et al. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. Perspect Psychol Sci. 2015;10(2):227-237.

76. Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, et al. Socially isolated children 20 years later: risk of cardiovascular disease. Arch Pediatri Adolesc Med. 2006;160(8):805-811.

77. Peplau LA, Perlman D. Perspectives on loneliness. I: Peplau L, D Perlman, red. Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. USA: John Wiley; 1982.

78. Rotenberg K. Childhood and adolescent loneliness: An introduction. I: Rotenberg K, Hymel S, red. Loneliness in childhood and adolescence. England: Cambridge University Press; 1999.

79. Madsen KR, Lasgaard M. Ensom, men ikke alene. Viden om et ungdomsproblem. I: Pedersen K, red. Ensom, men ikke alene: En antologi om unge og ensomhed. København: Ventilen; 2014.

80. Swane CE. Gamle menneskers hverdagsliv. I: Swane CE, Blaakilde AL, Amstrup K, red. Gerontologi – livet som gammel. København: Munksgaard; 2007.

81. Jones WH. Loneliness and social contact. J Soc Psychol. 1981;113(2):295-296.

82. Williams JG, Solano CH. The social reality of feeling lonely: Friendship and reciprocation. Pers Soc Psychol Bull. 1983;9(2):237-242.

83. Hawkley LC, Thisted RA, Masi CM, et al. Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. Psychol Aging. 2010;25(1):132-141.

84. Luanaigh CO, Lawlor BA. Loneliness and health of older people. Int J Geriatri Psychiatry. 2008;23(12):1213-1221.

85. Harris RA, Qualter P, Robinson SJ. Loneliness trajectories from middle childhood to pre-adolescence: impact on perceived health and sleep disturbance. J Adolesc. 2013;36(6):1295-1304.

86. Jaremka LM, Andridge RR, Fagundes CP, Alfano CM, Povoski SP, et al. Pain, depression and fatigue: Loneliness as a longitudinal risk factor. Health Psychol. 2014;33(9):948-957.

87. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. PLOS Med. 2010;7(7):1-20.

88. Lasgaard M, Bang L, Reese S, Nielsen LA. Ensomhed i Aarhus – evaluering af et samskabelsesprojekt. Temaanalyse vol. 5. Hvordan har du det? Aarhus: DEFACTUM; 2017.

89. Sundhedsstyrelsen. Styrket indsats mod ensomhed hos ældre mennesker med meget hjemmehjælp: Rapport. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.

90. Christiansen J, Lasgaard M. Kortlægning og analyse af danske initiativer til ensomme. Aarhus: DEFACTUM; 2017.

91. Masi CM, Chen HY, Hawkley LC, Cacioppo JT. A metaanalysis of interventions to reduce loneliness. Pers Soc Psychol Rev. 2011;15(3):219-266.

92. Mann F, Bone JK, Lloyd-Evans B, et al. A life less lonely: the state of the art in interventions to reduce loneliness in people with mental health problems. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2017;52(6):627-638.

93. Lasgaard M, Christiansen J, Nielsen SS, Poulsen AKH, Bramsen RH. Netwerk - om at forebygge og afhjælpe ensomhed på ungdomsuddannelser: Spor 2 - effektstudie. Odense: Syddansk Universitet - Institut for Psykologi; 2013.

94. Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Cacioppo JT. A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. Res Aging. 2004;26(6):655-672.

95. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (version 3): Reliability, validity and factor structure. J Pers Assess. 1996;66(1):20-40.

96. Lasgaard M. Reliability and validity of the Danish version of the UCLA Loneliness Scale. Pers Individ Dif. 2007;42(7):1359-1366.

97. Lasgaard M, Friis K, Shevlin M. Where are all the lonely people? A population based study of high-risk groups across the life span. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2016;51(10):1373-1384.

98. Boehlen F, Herzog W, Quinzler R et al. Loneliness in the elderly is associated with the use of psychotropic drugs. Int J Geriatr Psychiatry. 2015;30(9):957-964.

99. Luo Y, Hawkley LC, Waite LJ, Cacioppo JT. Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. Soc Sci Med. 2012; 74(6):907-914.

100. Otte C, et al. Major depressive disorder. Nat Rev Dis Primers. 2016;2:1-19.

101. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. The Lancet. 2015;386(9995):743-800.

102. Goldberg D. Epidemiology of mental-disorders in primary-care settings. Epidemiol Rev. 1995;17(1):182-190

103. van Zoonen K et al. Preventing the onset of major depressive disorder: a meta-analytic review of psychological interventions. Int J Epidemiol. 2014;43(2):318-329.

104. Olsen LR, Jensen DV, Noerholm V, Martiny K, Bech P. The internal and external validity of the Major Depression Inventory in measuring severity of depressive states. Psychol Med. 2003;33(2):351-356.

105. Olsen LR, Mortensen EL, Bech P. Prevalence of major depression and stress indicators in the Danish general population. Acta Psychiatr Scand. 2004;109(2):96-103.

106. Ellervik C, Kvetny J, Christensen KS, Vestergaard M, Bech P. Prevalence of depression, quality of life and antidepressant treatment in the Danish General Suburban Population Study. Nord J Psychiatry. 2014;68(7):507-512.

107. Olesen LR. Measurements of depressive illness and mental distress in the Danish general population. København: Københavns Universitet; 2014.

108. Bech P. Klinisk Psykometri. København: Munksgaard; 2011.

109. Nock MK. Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. Curr Dir Psychol Sci. 2009;18(2):78-83.

110. Lau M, Schousboe BH, Waaddegaard M. Diagnoser. I: Hecht LK, Schousboe BH, red. Spiseforstyrrelser – symptomer, årsager og behandling. København: Psykiatrifonden; 2012.

111. Lunn S. Teorier om årsager til spiseforstyrrelser. I: Lunn S, Rokkedal K, Rosenbaum B, red. Fråsog faste – spiseforstyrrelser i klinisk og kulturel betydning. København: Dansk Psykologisk Forlag; 2010.

112. Møhl B, Skandsens A. The prevalence and distribution of self-harm among Danish high school students. Personal Ment Health. 2012;6(2):147-155.

113. Nielsen JC, Sørensen NU, Osmec MN. Når det er svært at være ung i DK – unges trivsel og mistrivsel i tal. København: Center for ungdomsforskning; 2010.

114. Nock MK. Self-injury. Annu Rev Clin Psychol. 2010;6:339-363.

115. Klonsky ED. The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect regulation. Psychiatry Res. 2009;166(2-3):260-268.

116. Lindekilde N, Lasgaard M. Fra selvskade til selvmord. Psyke & Logos. 2016;2.

117. Region Midtjylland. Social strategi: Nødvendig viden – målrettet indsats – bedre liv – til flere. Viborg: Region Midtjylland, Psykiatri og Social; 2013.

118. Møhl B. Selvskade: psykologi og behandling. København: Hans Reitzels Forlag; 2013.

119. Nock MK. Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment. Washington DC: American Psychological Association; 2009.

120. Andover MS, Primack JM, Gibb BE, Pepper CM. An examination of non-suicidal self-injury in men: Do men differ from women in basic NSSI characteristics? Arch Suicide Res. 2010;14(1):78-88.

121. Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the inventory of statements about self-injury (ISAS). J Psychopathol Behav Assess. 2009;31:215-219.

122. Nock MK, Prinstein MJ. Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. J Abnorm Psychol. 2005;114(1):140-146.

123. Brausch AM, Gutierrez PM. Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. J Youth Adolesc. 2010;39(3):233-242.

124. Heath NL, Toste JR, Nedercheva T, Charlebois A. An examination of nonsuicidal self-injury among college students. J Ment Health Couns. 2008;30(2):137-156.

125. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. Suicide Life Threat Behav. 2004;34(1):12-22.

126. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (56th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.

127. Mortality and Morbidity Statistics. ICD-11 beta draft. Available at: https://icd.who.int/dev11/l-m/en#http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f1673294767. Accessed 21.12.2017.

128. Sundhedsstyrelsen. Psykisk sygdom: Spiseforstyrrelser. Available at: https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/psykisk-sygdom/sygdomme/spiseforstyrrelser. Accessed 1.12.2017.

129. Striegel-Moore RH, Bulik CM. Risk factors for eating disorders. AM Psychol. 2007; 62(3):181-198.

130. Khanh-Dao LL, Barendregt JJ, Hay P, Mihalopoulos C. Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2017;53:46-58.

131. Kessler RC, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Biol Psychiatry. 2013;73(9):904-914.

132. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. Biol Psychiatry. 2007;61(3):348-358.

133. Berrettini W. The genetics of eating disorders. Psychiatry (Edgmont). 2004;1(3):18-25.

134. Fairburn CG, Welch SL, Doll HA, Davies BA, O'Conner ME. Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study. Arch Gen Psychiatry. 1997;54:509-517.

135. Patton GC. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. Br Med J. 1999;318:765-768.

136. Haines J, Neumark-Sztainer D. Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. Health Educ Res. 2006;21(6):770-782.

137. Ghaderi A. Review of risk factors for eating disorders: implications for primary prevention and cognitive behavioural therapy. Scand J Behav Ther. 2001;30(2):57-74.

138. Polivy J, Herman CP. Causes of eating disorders. Annu Rev Psychol. 2002;53:187-213.

139. Waaddegaard M, Davidsen M, Kjøller M. Obesity and prevalence of risk behaviour for eating disorder among young Danish Women. Scand J Public Health. 2009;37:736-743.

140. Quadflieg N, Fichter MM. Mortality in eating disorders – results of a large prospective clinical longitudinal study. Int J Eat Disord. 2014;49(4):391-401.

141. Pratt BM, Woolfenden S. Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2002;2:1-34.

142. Emans SJ. Eating disorders in adolescent girls. Pediatr Int. 2000;42(1):1-7.

143. Steinhausen H-C. The outcome of anorexia nervosa in the twentieth century. Am J Psychiatry. 2002; 159:1284-1293.

144. Waaddegaard M, Thoning H, Petersson B. Validation of a screening instrument for identifying risk behavior related to eating disorders. Eur Eat Disord Rev. 2003;11(6):433-455.

9. KRONISK SYGDOM OG MULTISYGDOM

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. Tilbud til borgere med kroniske sygdomme er også en fast del af alle kommuners sundhedsindsats, ligesom forebyggelse af kroniske sygdomme udgør en væsentlig del af kommunernes generelle forebyggelsesarbejde (1).

I dette kapitel har vi samlet en række oplysninger, der kan støtte indsatsen i forhold til borgere med kronisk sygdom. Først gives en kort oversigt over indholdet i kapitlet. Dernæst beskrives nogle af de aktuelle udfordringer og udviklingstendenser i kronikerindsatsen. Herefter præsenteres resultaterne fra *Hvordan har du det? 2017*. Resultaterne er inddelt i fire sektioner.

I *første sektion* beskrives forekomsten af en række almindelige kroniske sygdomme. Det er vigtigt at kende udbredelsen af kroniske sygdomme i befolkningen og de ændringer, der sker i sygdomsmønsteret, for at kunne tilpasse sundhedsvæsenets ydelser hertil. Det er ligeledes vigtigt at vide, hvor hyppigt sygdommene optræder i forhold til køn, alder, uddannelsesniveau og erhvervstilknytning. Forekomsten af multisygdom beskrives også, idet flere og flere borgere er multisyge, dvs. at de har to eller flere kroniske sygdomme, hvilket kan give særlige udfordringer både for patienten og sundhedsvæsenet.

I *anden sektion* beskrives sundhedsvaner hos borgere med kronisk sygdom. Rygning, et højt alkoholforbrug, fysisk inaktivitet, usunde kostvaner og svær overvægt hører til de vigtigste risikofaktorer for udvikling af en række kroniske sygdomme. Disse faktorer øger desuden risikoen for forværring af tilstanden, når sygdom først er opstået, og for udvikling af nye sygdomme. Desuden kan de mindske effekten af visse behandlinger. Derfor er det vigtigt, at der er tilbud om forebyggelse til patienter, der har behov for og er motiverede for at ændre sundhedsvaner. Kapitlets oplysninger om sundhedsvaner hos borgere med kroniske sygdomme kan understøtte den patientrettede forebyggelse.

I *tredje sektion* beskrives helbred og livskvalitet hos borgere med kronisk sygdom. Mange mennesker lever en betydelig del af deres liv med kroniske sygdomme, der kan behandles, men ofte ikke kan kureres. At kunne leve et aktivt og meningsfuldt liv på trods af sygdom og for manges vedkommende at kunne bevare en tilknytning til arbejdsmarkedet er en vigtig målsætning i forhold til denne del af befolkningen. Derfor er det relevant at beskrive, hvordan borgere med kroniske sygdomme har det. Kapitlets oplysninger kan understøtte indsatsen for bedre livskvalitet hos borgere med kroniske sygdomme og sikring af arbejdsmarkedstilknytning blandt personer i den erhvervsaktive alder.

I *fjerde sektion* beskrives kontakten med sundhedsvæsenet blandt borgere med kronisk sygdom. I sektionen gives først en beskrivelse af, hvem der var i behandling på undersøgelsestidspunktet. Derefter fokuseres der på to aspekter, der er vigtige i den enkeltes kontakt med sundhedsvæsenet: Hvor stor en indsats kræver det at følge sin behandling? Hvor svært er det at forstå information om sundhed og at kommunikere med sundhedspersonalet?

Spørgsmålene refererer til henholdsvis behandlingsbyrde og sundhedskompetence, som begge er vigtige aspekter af kontakten med sundhedsvæsenet. En stor behandlingsbyrde kan gøre det svært for nogle at følge deres behandling, ligesom en lav sundhedskompetence kan forringe borgerens udbytte af behandlingen. Begge dele kan således føre til forringet livskvalitet og øget sygdomsrisiko gennem mangelfuld efterlevelse af optimal behandling. Kapitlets oplysninger kan understøtte indsatsen for bedre behandlingsforløb for borgere med kroniske sygdomme.

Boks 9.1 giver en oversigt over de emner, der behandles i dette kapitel, og de indikatorer, der er udvalgt til beskrivelse af emnerne.

Både emner og indikatorer præsenteres nærmere i de enkelte sektioner.

Boks 9.1
Kronisk sygdom og multisygdom – oversigt over indholdet i kapitel 9

SEKTION 1
FOREKOMST
- 17 kroniske sygdomme
- Multisygdom

SEKTION 2
SUNDHEDSVANER
- Dagligrygere
- Højrisikoforbrug af alkohol
- Fysisk inaktivitet
- Usundt kostmønster
- Svær overvægt

SEKTION 3
HELBRED OG LIVSKVALITET
- Helbredsrelateret livskvalitet (opgjort ved SF-12)
- Nedsat arbejdsevne
- Brug for hjælp til dagligdagens gøremål
- Svær ensomhed
- Depression

SEKTION 4
KONTAKTEN MED SUNDHEDSVÆSENET
- Borgere i behandling
- Behandlingsbyrde
- Svært ved at læse og forstå information om sundhed
- Svært ved at kommunikere med sundhedspersonale

Udfordringer og udviklingstendenser i kronikerindsatsen

Sundhedsvæsenet har igennem de seneste årtier været igennem en omstillingsproces fra først og fremmest at tage sig af akut episodisk behandling til at kunne yde en længerevarende, kontinuerlig indsats for personer med kroniske sygdomme (2).

I løbet af denne omstillingsproces er der kommet øget fokus på patientens udbytte af behandlingen, ikke blot i form af overlevelse og afhjælpning af akutte sundhedsproblemer, men også med hensyn til, hvordan patienten har det. Det har medført en øget opmærksomhed på, at behandling af sygdom også handler om at sikre så god en livskvalitet som muligt trods et liv med kronisk sygdom (1). Det ideelle mål for behandlingen er, at patienten bliver symptomfri, bevarer eller genvinder sin fysiske og mentale funktionsevne samt får en god trivsel og livskvalitet.

Det er en overordnet målsætning i dansk sundhedspolitik, at patienten skal være i centrum (3). Målsætningen skal ses i lyset af, at det i den kliniske hverdag ofte er selve sygdommen og behandlingen, der er i centrum, og at det hele menneske glider i baggrunden, ikke mindst i den højt specialiserede del af sundhedsvæsenet.

Ønsket om øget patientcentrering afspejler sig blandt andet i de otte nationale mål for sundhedsvæsenet fra 2016, der ud over kravet om et mere effektivt sundhedsvæsen har et stærkt patientfokus:

- Bedre sammenhængende patientforløb
- Styrket indsats for kronikere og ældre patienter
- Forbedret overlevelse og patientsikkerhed
- Behandling af høj kvalitet
- Hurtig udredning og behandling
- Øget patientinddragelse
- Flere sunde leveår
- Mere effektivt sundhedsvæsen

Udmøntningen af disse målsætninger sker blandt andet gennem sundhedsaftalerne mellem regioner og kommuner. Et vigtigt formål med sundhedsaftalerne er at bidrage til sammenhæng og koordinering af de patientforløb, der går på tværs af region og kommuner, tilrettelægge differentierede indsatser, som svarer til borgernes behov og ressourcer, samt at understøt-

te, at sundhedspersonalet inddrager borgere og pårørende i beslutninger om egen sundhed og behandling.

Den højt specialiserede behandling af patienter med kroniske sygdomme har ført til bedre behandlingsresultater, men har samtidig skabt nogle udfordringer for både patient og sundhedsvæsen.

I det følgende nævnes nogle af de centrale udfordringer og udviklingstendenser i kronikerindsatsen i Danmark og internationalt.

Populationsperspektivet er kommet i fokus. Tanken om, at sundhedsvæsenets arbejde med kronisk sygdom bør tilrettelægges ud fra behovet hos hele patientpopulationer, har vundet større og større udbredelse i de senere år både i sygehusvæsenet, praksissektoren og kommunerne (2, 4-5). Ved en populationsbaseret tilgang tilrettelægges sundhedsydelserne med udgangspunkt i sygdomsmønster, forekomsten af risikofaktorer for forværring af eksisterende sygdom og udvikling af ny sygdom samt den sociale og demografiske sammensætning af de befolkningsgrupper, der betjenes.

Formålet med den populationsbaserede tilgang er at mindske behovet for akutte og episodiske behandlinger gennem en mere systematisk og kontinuerlig indsats (2). Tilgangen er derfor særlig anvendelig i behandlingen af kronisk sygdom, idet systematisk viden om patientpopulationen blandt andet kan anvendes hos den praktiserende læge til at opspore diagnosticerede patienter, som ikke selv kontakter lægen, før de er akut syge (2). Populationsperspektivet kan dermed understøtte en mere forebyggende og proaktiv indsats fra sundhedsvæsenets side.

Stor behandlingsbyrde hos multisyge patienter. En patientgruppe, der er særligt udfordret, er personer med to eller flere samtidige kroniske sygdomme – dvs. personer, der er multisyge (4). En stor andel af de multisyge er hyppigt i kontakt med sundhedsvæsenet og risikerer at opleve usammenhængende og ukoordinerede behandlingsforløb som følge af siloopdelingen af den specialiserede del af sundhedsvæsenet (4, 6-7). Multisygdom kan derfor medføre en betydelig behandlingsbyrde for patienten, som f.eks. ofte skal koordinere mange aftaler, arrangere transport til og fra konsultationer, kommunikere med mange forskellige sundhedsprofessionelle samt foretage egenomsorgsopgaver (eksempelvis medicinering, hjemmemonitoreringer, livsstilsændringer mv.). Hvis patienten oplever, at behandlingsbyrden bliver for stor, kan det medføre en mangelfuld efterlevelse af behandlingen og dermed øge risikoen for forværring af tilstanden (8-9). Multisyge personer, hvis sygdomme går på tværs af faglige specialer, har desuden større risiko for at opleve bivirkninger og utilsigtede hændelser pga. mangelfuld koordinering af behandlingen (10).

Nye modeller for kronikerindsatsen. De negative konsekvenser ved usammenhængende behandlingsforløb har medført en øget interesse for afprøvning af nye modeller for behandling af borgere med kronisk sygdom og særligt patienter med multisygdom. Både nationalt og internationalt er der gjort erfaringer med modeller, der har til formål at gøre behandlingsforløbene mere sammenhængende, skånsomme og effektive for patienterne. Internationalt er der stor interesse for at arbejde med *integrated care* under forskellige former (11-14).

Af danske initiativer til bedre sammenhæng for de multisyge patienter kan blandt andet nævnes *Den patientansvarlige læge* (15) samt oprettelsen af *Klinik for Multisygdom* ved Regionshospitalet Silkeborg (16) og *Medicinsk Fælles Ambulatorium* på Holbæk Sygehus (17-18). Derudover er flere andre multisygdomsklinikker under planlægning og opstart rundt om i landet, ligesom der afprøves nye samarbejdsmodeller mellem almen praksis og hospitalsvæsenet.

Øget patientinddragelse. Borgere med kronisk sygdom har forskellige behov. Særligt hos borgere med multisygdom kan sygdomsbilledet variere fra det relativt simple til det meget komplekse, hvilket ofte kræver et individuelt tilpasset behandlingsforløb. De sociale forskelle i udbredelse og konsekvenser af kroniske sygdomme forstærker yderligere behovet for differentierede indsatser, der tager udgangspunkt i den enkelte borgers samlede livssituation (4). Øget inddragelse af patienterne er helt centralt for at sikre optimale behandlingsforløb for den enkelte borger. Det er erkendelsen bag det ændrede fokus fra en *sygdomsbaseret tilgang*, hvor fokus primært har været på den enkelte sygdom og behandlingen heraf, til en *patientcentreret tilgang* (4, 19-20). Formålet med den *patientcentrerede tilgang* er at tilpasse sundhedsydelserne til den enkelte patients behov under hensyntagen til patientens værdier, præferencer og ressourcer.

Planlægning af behandlingsforløbet skal derfor tage udgangspunkt i patientens samlede sygdomsbillede og aktuelle livssituation frem for at fokusere på det optimale forløb for hver specifik sygdom.

Patientrapporterede oplysninger (PRO). For at kunne tilrettelægge behandlingen ud fra den enkelte patients behov og understøtte den patientcentrerede tilgang er det relevant at indhente oplysninger om eksempelvis personens funktionsevne, symptomer og generelle helbredsstatus samt erfaringer med kontakten med sundhedsvæsenet. I forbindelse med behandling og rehabilitering indhentes denne type oplysninger i stigende grad fra patienten selv under betegnelsen *patientrapporterede oplysninger* (PRO) som et supplement til kliniske data (21-22). PRO omfatter alle oplysninger om patientens helbredstilstand, sundhedsvaner og erfaringer med sundhedsvæsenet, der kommer direkte fra patienten selv, uden at svarene først er fortolket af sundhedspersonalet eller andre (23).

PRO kan desuden anvendes til at monitorere effekten og kvaliteten af behandlingen for en hel patientpopulation, herunder at give indblik i sygdoms- og behandlingsforløb og forbedre sektorovergange. En stor del af de resultater, der præsenteres i nærværende kapitel, bygger på spørgsmål, der også bruges ved indsamling af patientrapporterede oplysninger i klinikken, ved rehabilitering og i patientuddannelsesforløb mv. Kapitlet beskriver, hvordan personer med forskellige kroniske sygdomme har det sammenholdt med befolkningen generelt, samt hvordan personer i behandling oplever kommunikationen med sundhedspersonalet, og hvor meget det kræver af dem at følge deres behandling. Det giver mulighed for at få et populationsoverblik over borgere med specifikke sygdomme eller multisygdom. Oplysningerne kan således bruges som referencedata for PRO-data, der indsamles og anvendes blandt andet som effektmål i det regionale sundhedsvæsen, i praksissektoren eller i kommunalt regi.

SEKTION 1: FOREKOMSTEN AF KRONISKE SYGDOMME OG MULTISYGDOM

I denne sektion beskrives forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Region Midtjylland og i de 19 kommuner i regionen.

Kroniske sygdomme i *Hvordan har du det?*

Hvordan har du det? 2017 indeholder oplysninger om forekomsten af 17 kroniske sygdomme, der hver især antages at bidrage væsentligt til sygdomsbyrden i befolkningen, enten fordi de er årsag til mange dødsfald, eller fordi de fører til nedsat livskvalitet og funktionsevne hos store grupper af borgere (se figur 9.1).

I WHO's globale strategi for forebyggelse og behandling af kroniske sygdomme prioriteres forebyggelse af fire kroniske sygdomme: hjerte-kar-sygdom, diabetes, kræft og kroniske luftvejssygdomme (24). WHO's strategi sigter mod forebyggelse af de kroniske sygdomme, der forårsager mest sygdom og død.

De fire sygdomme skønnes at være årsag til over 60 % af alle dødsfald på verdensplan. I Danmark forårsager de knap 70 % af alle dødsfald (25).

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, blandt andet i form af kræftplaner og pakkeforløb for kræft- og hjertepatienter.

Man har samtidig ønsket at styrke indsatsen i forhold til ikke-livstruende sygdomme som astma og allergi, muskel-skelet-sygdomme, 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 og funktionsevnen (26).

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 17 kroniske sygdomme kan 7 betegnes som potentielt livstruende og 10 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 diabetes er f.eks. næppe meget højere end hos raske.

Opdelingen i potentielt livstruende kroniske sygdomme og ikke-livstruende kroniske sygdomme er en grov opdeling. F.eks. er kræft den hyppigste dødsårsag i Danmark, men den mest udbredte kræftform er almindelig hudkræft, som kun forårsager få dødsfald (27).

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 som følge af en række somatiske sygdomme (28). Astma regnes her til de ikke-livstruende sygdomme, men forårsager ligeledes enkelte dødsfald (29), 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, sat over for 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) (30).

Figur 9.1
De 17 kroniske sygdomme i *Hvordan har du det? 2017*

Potentielt livstruende kroniske sygdomme	
Hjerte-kar-sygdomme	Forhøjet blodtryk
	Hjertekrampe
	Blodprop i hjertet
	Hjerneblødning, blodprop i hjernen
Stofskiftesygdomme	Diabetes
Svulster	Kræft
Luftvejssygdomme	Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (KOL)
Ikke-livstruende kroniske sygdomme	
Luftvejssygdomme	Astma
Overfølsomhedssygdomme	Allergi (ikke astma)
Muskel-skelet-sygdomme	Slidgigt
	Leddegigt
	Knogleskørhed
	Diskusprolaps, andre rygsygdomme
Psykiske lidelser	Psykiske lidelser
Sygdomme i nervesystem og sanseorganer	Migræne, hyppig hovedpine
	Tinnitus
	Grå stær

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 2016 – nævnt i aftagende rækkefølge – lænderygsmerter (diskusprolaps og andre ryglidelser), iskæmiske hjertesygdomme (blodprop i hjertet og hjertekrampe), lungekræft, hjerneblødning/blodprop i hjernen, kronisk obstruktiv lungesygdom, hudsygdomme, migræne, Alzheimers sygdom, diabetes og sygdomme i sanseorganerne (31).

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 og 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 rygning, alkohol, fysisk aktivitet og kost vil derfor have en forebyggende effekt i forhold til mange sygdomme (32).

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. I Region Midtjylland er der udarbejdet forløbsprogrammer for type 2-diabetes, kronisk obstruk-

tiv lungesygdom (herefter benævnt KOL), hjertesygdom, lænderygsmerter og depression (33). 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 17 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 17 sygdomme er der spurgt, om man har sygdommen nu, eller om man har haft den tidligere. Hvis man har haft den tidligere, er der spurgt 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 eller ikke har eftervirkninger af den, og personer, der har sygdommen eller har eftervirkninger af den. Det skyldes, at det ved nogle sygdomme kan være vanskeligt at skelne præcist mellem selve sygdommen og eftervirkninger heraf (det gælder f.eks. hjerte-kar-sygdomme). 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 sammenholder forekomst af sygdom opgjort ved hjælp af spørgeskemaer og sundhedsvæsenets registre, viser en betydelig uoverensstemmelse mellem de to opgørelsesmetoder, og at graden af overensstemmelse er forskellig fra sygdom til sygdom (34). 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, at personer afgiver forkerte eller mangelfulde svar i spørgeskemaer, ligesom der kan være misklassifikation i 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 andet billede af forekomsten af kronisk sygdom i befolkningen, herunder hvor der især er behov for forebyggelse (særligt sekundær forebyggelse). Man får her identificeret en større gruppe af borgere, blandt andet de borgere, som udelukkende behandles i almen praksis, eller som har eftervirkninger af sygdommen.

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 (35).

I dette kapitel beregnes multisygdom ved at tælle antallet af kroniske sygdomme ud af de 17 sygdomme, der indgår i *Hvordan har du det?*, for hver person.

I det følgende beskrives forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i region og kommuner. Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom analyseres desuden i forhold til køn, alder og sociale forhold.

Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Region Midtjylland

Figur 9.2 viser forekomsten af de 17 kroniske sygdomme i Region Midtjylland. Forekomsten er både angivet i procent og i antal borgere, der aktuelt har sygdommen, eller som har eftervirkninger af sygdommen. Antallet af borgere med kronisk sygdom/multisygdom skal sammenholdes med, at Region Midtjylland har et befolkningstal på ca. 1.064.000 i alderen 16 år og derover.

Nederst i figuren under 'Antallet af kroniske sygdomme' kan man se, hvor stor en del af befolkningen der har henholdsvis ingen, én eller flere af de 17 kroniske sygdomme. Desuden vises andelen med multisygdom (to eller flere sygdomme).

I kolonnen 'Heraf multisyge' vises, hvor stor en andel af personerne med den enkelte sygdom der er multisyge – dvs. hvor stor en andel af personerne med sygdommen, der ud over den pågældende sygdom også har én eller flere andre sygdomme.

De enkelte kroniske sygdomme

Af de 17 kroniske sygdomme er de hyppigst forekommende allergi og slidgigt, som optræder hos hver femte borger på 16 år og derover i Region Midtjylland. Det svarer til 204.000 personer med allergi og 199.000 personer med slidgigt. Dernæst kommer forhøjet blodtryk, som ses hos 18 % af befolkningen (svarende til 177.000 personer), og migræne eller hyppig hovedpine, der ses hos 15 % (svarende til 150.000 personer). Generelt dominerer de ikke-livstruende sygdomme i det samlede sygdomsbillede, idet de udgør otte ud af de ni hyppigst forekommende sygdomme.

Blandt de ikke-livstruende sygdomme fylder muskel-skelet-sygdomme meget.

- 20 % har slidgigt, svarende til 199.000 personer
- 13 % har diskusprolaps eller andre rygsygdomme, svarende til 135.000 personer
- 6 % har leddegigt, svarende til 60.000 personer
- 4 % har knogleskørhed, svarende til 41.000 personer

Hver femte borger (20 %) har én af de fire muskel-skelet-sygdomme, mens hver tiende borger (10 %) har to eller flere af dem (ikke vist). Alt i alt betyder det, at 30 % af befolkningen har mindst én muskel-skelet-sygdom (svarende til 303.000 personer).

Sygdomme i nervesystem og sanseorganer er ligeledes hyppige.

- 15 % har migræne eller hyppig hovedpine, svarende til 150.000 personer
- 13 % har tinnitus, svarende til 131.000 personer
- 4 % har grå stær, svarende til 43.000 personer

Sammenholdt med muskel-skelet-sygdomme er der en lavere samtidig forekomst af sygdommene i nervesystem og sanseorganer. Det betyder, at 24 % har én af de tre sygdomme, mens 4 % har to eller alle tre (ikke vist). Dermed har i alt 28 % af befolkningen mindst én af sygdommene i nervesystem og sanseorganer (svarende til 283.000 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. Det ses af figur 9.2, at der er stor forskel på forekomsten af forhøjet blodtryk i forhold til de andre hjerte-kar-sygdomme.

- 18 % har forhøjet blodtryk, svarende til 177.000 personer
- 2,1 % lider af hjertekrampe, svarende til 21.000 personer
- 1,8 % lider af hjerneblødning eller blodprop i hjernen, svarende til 18.000 personer
- 1,2 % lider af blodprop i hjertet, svarende til 12.000 personer

I alt lider hver femte borger af mindst én af de fire hjerte-kar-sygdomme (ikke vist). Der er 17 % af borgerne, som lider af én af sygdommene (forhøjet blodtryk i 90 % af tilfældene), mens 2,4 % af borgerne lider af to eller flere.

Psykiske lidelser optræder hos 12 % af befolkningen, svarende til 124.000 personer.

En ud af ti borgere i Region Midtjylland lever med mindst én luftvejssygdom, svarende til 99.000 personer (ikke vist).

- 7 % har astma, svarende til 70.000 personer
- 4 % har KOL, svarende til 44.000 personer

Der er godt 8 % af befolkningen, som har én af de to luftvejssygdomme, mens 1,5 % har dem begge (ikke vist).

Diabetes optræder hos 5 % af regionens borgere, svarende til 53.000 personer. Der er i undersøgelsen ikke sondret mellem type 1- og type 2-diabetes. Det vides fra andre undersøgelser, at ca. 90 % af diabetespatienterne har type 2-diabetes (36).

Der er 3 % af borgerne, som lever med eller har eftervirkninger af kræft. Det svarer til 30.000 personer. For godt halvdelen er der tale om eftervirkninger (54 %) (ikke vist).

Antallet af kroniske sygdomme og forekomsten af multisygdom

Af figur 9.2 fremgår det endvidere, at knap hver tredje borger i Region Midtjylland (svarende til 317.000 personer) ikke har nogen af de 17 kroniske sygdomme, der indgår i *Hvordan har du det?*, mens de resterende to tredjedele har én eller flere sygdomme. Der er 28 %, som har én kronisk sygdom, 29 % har to til tre kroniske sygdomme, og de resterende 11 % har fire eller flere kroniske sygdomme. I alt er to ud af fem borgere (40 %) multisyge, svarende til 400.000 personer.

Multisygdom blandt de enkelte sygdomsgrupper

Af kolonnen 'Heraf multisyge' i figur 9.2 fremgår det, at andelen af de kronisk syge, der er multisyge, varierer fra 67 % blandt personer med allergi til 94 % blandt personer med hjertekrampe eller blodprop i hjertet.

Det ses således, at en meget stor andel af personerne med kronisk sygdom har mere end én sygdom; for alle sygdomsgrupper – bortset fra allergi – er det mere end tre ud af fire personer, der er multisyge, og for syv af sygdomsgrupperne er det ni ud af ti personer eller flere.

De syv sidstnævnte grupper omfatter personer med hjerte-kar-sygdommene hjertekrampe, blodprop i hjertet og hjerneblødning/blodprop i hjernen, personer med muskel-skelet-sygdommene leddegigt og knogleskørhed samt personer med KOL og grå stær.

Uddybende analyser viser, at de samme syv grupper er dem, der har de største andele med fire eller flere samtidige kroniske sygdomme, varierende fra 49 % blandt personer med knogleskørhed til 66 % blandt personer med hjertekrampe (ikke vist). Til sammenligning ses den laveste andel med fire eller flere kroniske sygdomme på 21 % blandt personer med allergi.

► Udvikling fra 2010-2017. *Kroniske sygdomme.* Der er en signifikant stigning i forekomsten af 12 ud af de 16 kroniske sygdomme, der er sammenlignelige i perioden fra 2010 til 2017 (der er ikke beregnet udvikling for psykiske lidelser i perioden). De fire kroniske sygdomme, hvor der ikke er nogen signifikant ændring, er: hjertekrampe, blodprop i hjertet, KOL og astma. Se figur 9.1.S i bind 2.

Multisygdom. I perioden fra 2010 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen med multisygdom fra 36 % til 40 %. Der er en stigning både for personer med to til tre kroniske sygdomme og for personer med fire eller flere kroniske sygdomme. Samtidig ses et fald fra 35 % til 32 % i andelen, der ikke har en kronisk sygdom, samt et fald i andelen med kun én kronisk sygdom fra 29 % til 28 %. Se figur 9.21.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. *Kroniske sygdomme.* I perioden fra 2013 til 2017 har der været en signifikant stigning i 11 ud af de 17 kroniske sygdomme, der indgår i *Hvordan har du det?* 2017. De seks sygdomme, hvor der ikke ses nogen signifikant ændring, er: forhøjet blodtryk, hjertekrampe, blodprop i hjertet, diabetes, astma og grå stær. Se figur 9.1.S i bind 2.

Multisygdom. I perioden fra 2013 til 2017 ses også en signifikant stigning i andelen med multisygdom fra 36 % til 40 % samt et fald i andelen, der ikke har en kronisk sygdom, fra 35 % til 32 %. Se figur 9.21.S i bind 2. ◄

Figur 9.2
Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Region Midtjylland (aktuel sygdom og eftervirkninger)

Kroniske sygdomme		Heraf multisyge	Antal personer i Region Midtjylland
	Pct.	Pct.	
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	18	82	177.000
Hjertekrampe	2,1	94	21.000
Blodprop i hjertet	1,2	94	12.000
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,8	90	18.000
Diabetes	5	88	53.000
Kræft	3	85	30.000
Luftveje			
KOL	4	92	44.000
Astma	7	88	70.000
Allergi	20	67	204.000
Muskel-skelet			
Slidgigt	20	86	199.000
Leddegigt	6	93	60.000
Knogleskørhed	4	90	41.000
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	13	84	135.000
Psykiske lidelser	12	77	124.000
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	15	77	150.000
Tinnitus	13	76	131.000
Grå stær	4	91	43.000
Antallet af kroniske sygdomme			
Ingen af de 17 sygdomme	32		317.000
En sygdom	28		283.000
To-tre sygdomme	29		290.000
Fire+ sygdomme	11		109.000

Multisygdom: 40 %

Forekomsten af kronisk sygdom og multisygdom i kommunerne

Figur 9.3-9.21 viser sygdomsprofilerne for de enkelte kommuner i Region Midtjylland. Hver kommunes profil indeholder de 17 kroniske sygdomme, der indgår i *Hvordan har du det? 2017*. For hver kronisk sygdom er det angivet i procent, hvor stor en andel af kommunens befolkning der aktuelt har sygdommen, eller som har eftervirkninger af sygdommen. Det er ligeledes angivet, hvor mange af kommunens borgere det drejer sig om.

Der er stor forskel på, hvor meget den enkelte kommunes sygdomsprofil afviger fra den generelle sygdomsprofil i regionen. I adskillige kommuner ligner sygdomsprofilen overordnet set regionens profil. Kommunerne varierer mellem kun at afvige fra regionen ved én enkelt kronisk sygdom i Favrskov, Silkeborg og Viborg, til at afvige fra regionen ved 14 kroniske sygdomme i Aarhus, 10 i Struer og 9 i Lemvig.

Derudover er der stor forskel på, om den enkelte kommune generelt har en større forekomst af de enkelte sygdomme eller en lavere forekomst. Eksempelvis ses en betydelig lavere sygdomsforekomst i Aarhus Kommune end i hele Region Midtjylland målt på andelen med kronisk sygdom, idet forekomsten er lavere ved 12 ud af de 14 signifikant afvigende sygdomme. Samtidig ses det, at Aarhus har en signifikant mindre andel af borgere med multisygdom og en større andel af borgere med ingen eller én kronisk sygdom end i hele Region Midtjylland. De to sygdomme, hvor forekomsten er større i Aarhus end i regionen generelt, er allergi og psykiske lidelser.

Modsat er der en betydelig større sygdomsforekomst i Lemvig, Norddjurs, Skive og Struer, som alle har en signifikant større andel med forhøjet blodtryk, blodprop i hjertet og slidgigt end i hele Region Midtjylland. Derudover ses en større forekomst af tinnitus og grå stær i tre af kommunerne end i regionen generelt samt andre sygdomme, der er hyppigere forekommende i den enkelte kommune end i hele regionen. Fælles for de fire kommuner er endvidere en større andel af borgere med fire eller flere samtidige kroniske sygdomme end i hele Region Midtjylland. Samsø hører ligeledes til gruppen af kommuner med en betydelig større sygdomsforekomst end i regionen generelt. Her ses større andele ved både diabetes, kræft, KOL, slidgigt, tinnitus og grå stær samt en større forekomst af multisygdom end i hele regionen.

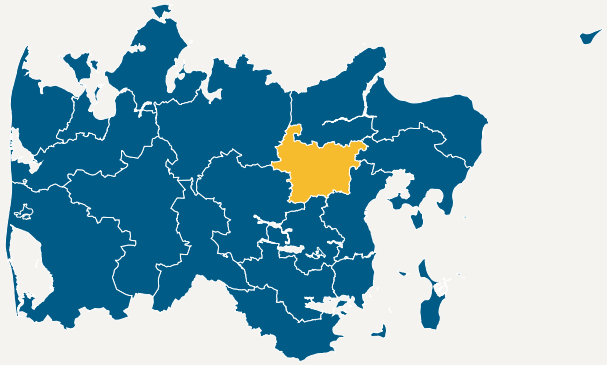
► Udvikling fra 2010-2017. *Kroniske sygdomme.* I perioden fra 2010 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen af en eller flere kroniske sygdomme i alle kommuner, undtagen Horsens, hvor der ikke ses nogen udvikling. Ikast-Brande er den kommune, hvor der er sket flest signifikante stigninger i sygdomsforekomst, med en større andel af 7 ud af de 16 sammenlignelige sygdomme fra 2010 til 2017. Kun i Odder og Silkeborg Kommune ses et fald i forekomsten af en enkelt kronisk sygdom. Ud af de 16 sygdomme er det kun andelene med blodprop i hjertet, hjerneblødning/blodprop i hjernen og astma, der ikke har ændret sig på kommunalt niveau. Tinnitus er den sygdom, hvor forekomsten er steget i flest kommuner, idet den er steget i alle kommuner, undtagen Horsens, Silkeborg og Viborg Kommune. Se figur 9.2.S-9.20.S i bind 2.

Multisygdom. I perioden fra 2010 til 2017 er andelen med multisygdom steget i alle kommuner, undtagen Syddjurs, Randers og Aarhus. Andelen med fire eller flere kroniske sygdomme er steget i Norddjurs, Herning, Struer, Skive, Odder, Hedensted og Ringkøbing-Skjern Kommune. Se figur 9.24.S-9.25.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. *Kroniske sygdomme.* I perioden fra 2013 til 2017 er forekomsten af en eller flere kroniske sygdomme steget i alle 19 kommuner. Det varierer mellem, at der i Ringkøbing-Skjern, Samsø og Skanderborg Kommune ses en signifikant større andel af én kronisk sygdom i 2017 end i 2013, og til at der i Favrskov, Herning og Odder Kommune ses en større andel af 5 ud af de 17 kroniske sygdomme i 2017 sammenholdt med 2013. Der er ikke nogen tilfælde, hvor forekomsten af en sygdom er faldet. Der er fire sygdomme, hvor der ikke er sket en stigning i den kommunale forekomst. Det drejer sig om blodprop i hjertet, diabetes, astma og allergi. Psykiske lidelser og tinnitus er de sygdomme, hvor andelen er steget i flest kommuner (12 ud af de 19 kommuner). Se figur 9.2.S-9.20.S i bind 2.

Multisygdom. I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen med multisygdom i alle kommuner, undtagen Ringkøbing-Skjern, Skanderborg, Samsø, Syddjurs og Randers. I samme periode er der sket en stigning i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme i Norddjurs, Herning, Struer, Holstebro, Favrskov, Ikast-Brande, Silkeborg og Lemvig Kommune. Se figur 9.24.S-9.25.S i bind 2. ◄

Figur 9.3
Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Favrskov Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)



Favrskov

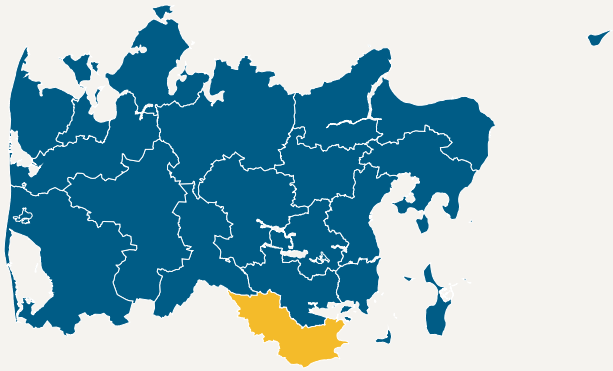
Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	18	6.300
Hjertekrampe	1,3	400
Blodprop i hjertet	0,6	200
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,5	500
Diabetes	5	1.800
Kræft	2,3	800
Luftveje		
KOL	4	1.400
Astma	7	2.400
Allergi	22	7.700
Muskel-skelet		
Slidgigt	18	6.500
Leddegigt	6	2.200
Knogleskørhed	5	1.600
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	14	5.000
Psykiske lidelser	11	4.000
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	15	5.400
Tinnitus	14	4.900
Grå stær	4	1.300
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	32	11.000
En sygdom	28	10.000
To-tre sygdomme	29	10.000
Fire+ sygdomme	11	3.800

Multisygdom: 40 %

Signifikant mindre end i hele befolkningen i Region Midtjylland

Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Figur 9.4
Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Hedensted Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)



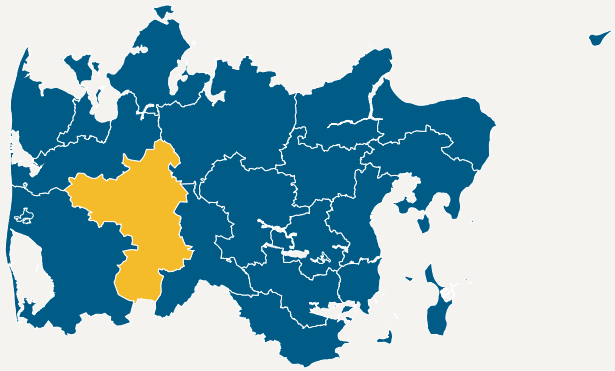
Hedensted

Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	20	6.900
Hjertekrampe	2,1	700
Blodprop i hjertet	1,1	400
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,5	500
Diabetes	4	1.500
Kræft	4	1.400
Luftveje		
KOL	5	1.600
Astma	7	2.500
Allergi	18	6.300
Muskel-skelet		
Slidgigt	22	7.700
Leddegigt	7	2.400
Knogleskørhed	3	1.200
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	16	5.700
Psykiske lidelser	11	4.000
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	16	5.700
Tinnitus	15	5.100
Grå stær	4	1.500
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	31	11.000
En sygdom	26	8.900
To-tre sygdomme	31	11.000
Fire+ sygdomme	12	4.200

Multisygdom: 43 %

Signifikant større end i hele befolkningen i Region Midtjylland
Signifikant mindre end i hele befolkningen i Region Midtjylland
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Figur 9.5
Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Herning Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)



Herning

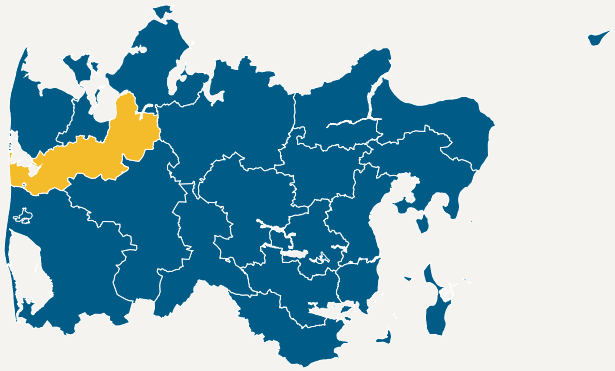
Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	19	13.000
Hjertekrampe	2,4	1.600
Blodprop i hjertet	0,8	500
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,2	800
Diabetes	6	4.000
Kræft	2,8	1.900
Luftveje		
KOL	5	3.400
Astma	7	4.400
Allergi	21	14.000
Muskel-skelet		
Slidgigt	22	15.000
Leddegigt	6	4.100
Knogleskørhed	4	2.600
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	14	9.200
Psykiske lidelser	13	9.000
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	18	12.000
Tinnitus	15	10.000
Grå stær	5	3.100
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	29	20.000
En sygdom	28	19.000
To-tre sygdomme	30	20.000
Fire+ sygdomme	13	8.500

Multisygdom: 43 %

Signifikant større end i hele befolkningen i Region Midtjylland

Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Figur 9.6
Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Holstebro Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)



Holstebro

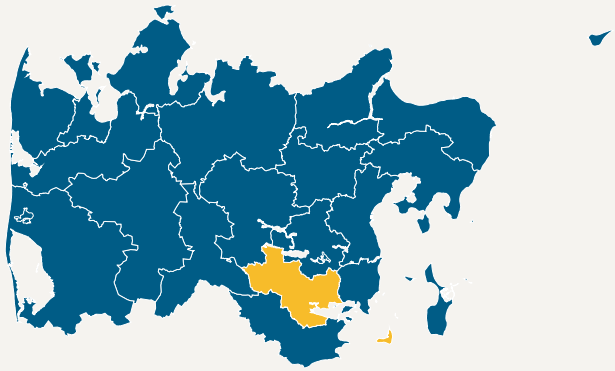
Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	20	8.900
Hjertekrampe	2,3	1.000
Blodprop i hjertet	1,4	600
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,8	800
Diabetes	5	2.200
Kræft	4	1.700
Luftveje		
KOL	4	1.700
Astma	7	2.900
Allergi	19	8.500
Muskel-skelet		
Slidgigt	21	9.500
Leddegigt	5	2.300
Knogleskørhed	4	1.600
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	13	5.600
Psykiske lidelser	12	5.100
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	15	6.700
Tinnitus	14	6.200
Grå stær	5	2.300
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	32	14.000
En sygdom	26	12.000
To-tre sygdomme	32	14.000
Fire+ sygdomme	11	4.800

Multisygdom: 43 %

Signifikant større end i hele befolkningen i Region Midtjylland

Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Figur 9.7
Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Horsens Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)



Horsens

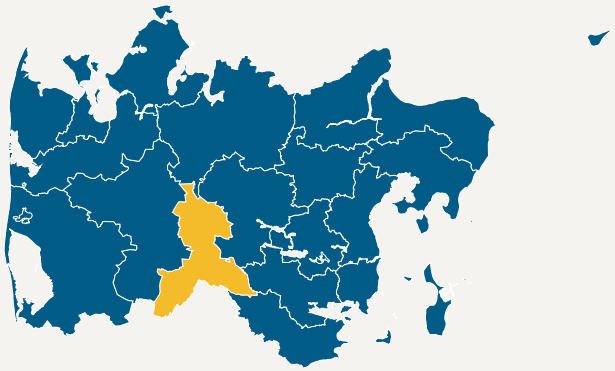
Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	19	13.000
Hjertekrampe	2,4	1.600
Blodprop i hjertet	1,3	900
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2,1	1.400
Diabetes	7	4.700
Kræft	3	2.000
Luftveje		
KOL	5	3.500
Astma	7	4.700
Allergi	21	14.000
Muskel-skelet		
Slidgigt	20	13.000
Leddegigt	6	4.000
Knogleskørhed	4	2.500
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	14	9.400
Psykiske lidelser	13	9.000
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	18	12.000
Tinnitus	13	8.700
Grå stær	4	2.900
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	31	21.000
En sygdom	26	18.000
To-tre sygdomme	30	20.000
Fire+ sygdomme	12	8.400

Multisygdom: 42 %

Signifikant større end i hele befolkningen i Region Midtjylland

Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Figur 9.8
Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Ikast-Brande Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)



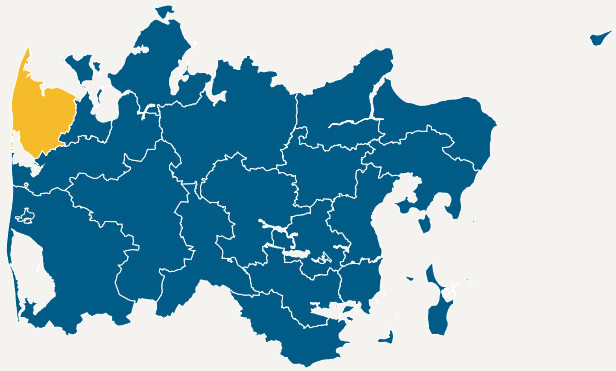
Ikast-Brande

Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	22	6.800
Hjertekrampe	2,1	700
Blodprop i hjertet	1,6	500
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,9	600
Diabetes	6	2.000
Kræft	4	1.100
Luftveje		
KOL	5	1.500
Astma	6	2.000
Allergi	16	4.900
Muskel-skelet		
Slidgigt	22	6.700
Leddegigt	7	2.300
Knogleskørhed	5	1.700
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	14	4.200
Psykiske lidelser	11	3.300
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	15	4.600
Tinnitus	14	4.400
Grå stær	5	1.600
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	34	10.000
En sygdom	24	7.300
To-tre sygdomme	30	9.300
Fire+ sygdomme	12	3.800

Multisygdom: 42 %

Signifikant større end i hele befolkningen i Region Midtjylland
Signifikant mindre end i hele befolkningen i Region Midtjylland
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Figur 9.9
Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Lemvig Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)



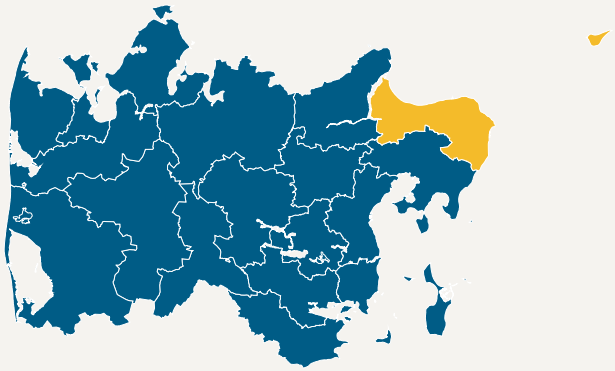
Lemvig

Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	22	3.600
Hjertekrampe	2,4	400
Blodprop i hjertet	1,8	300
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2,1	300
Diabetes	7	1.200
Kræft	2,8	500
Luftveje		
KOL	5	900
Astma	7	1.100
Allergi	16	2.600
Muskel-skelet		
Slidgigt	25	4.100
Leddegigt	6	900
Knogleskørhed	4	600
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	15	2.400
Psykiske lidelser	10	1.600
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	16	2.600
Tinnitus	15	2.500
Grå stær	6	900
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	29	4.800
En sygdom	27	4.300
To-tre sygdomme	31	5.000
Fire+ sygdomme	13	2.100

Multisygdom: 44 %

Signifikant større end i hele befolkningen i Region Midtjylland
Signifikant mindre end i hele befolkningen i Region Midtjylland
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Figur 9.10
Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Norddjurs Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)



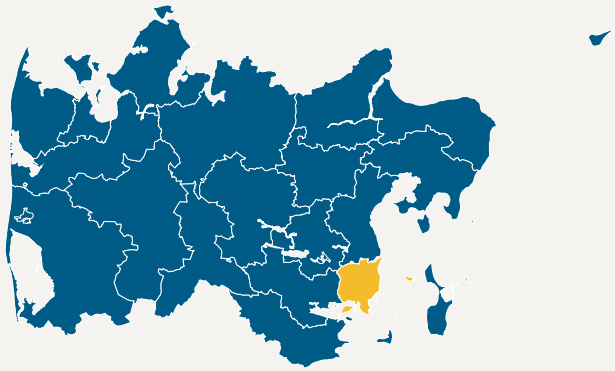
Norddjurs

Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	20	6.000
Hjertekrampe	2,4	700
Blodprop i hjertet	1,7	500
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2,0	600
Diabetes	6	1.700
Kræft	3	900
Luftveje		
KOL	5	1.600
Astma	7	2.100
Allergi	17	5.200
Muskel-skelet		
Slidgigt	24	7.200
Leddegigt	8	2.400
Knogleskørhed	5	1.400
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	14	4.200
Psykiske lidelser	13	3.900
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	14	4.200
Tinnitus	17	5.000
Grå stær	6	1.700
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	28	8.400
En sygdom	28	8.500
To-tre sygdomme	30	9.000
Fire+ sygdomme	14	4.000

Multisygdom: 44 %

Signifikant større end i hele befolkningen i Region Midtjylland
Signifikant mindre end i hele befolkningen i Region Midtjylland
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Figur 9.11
Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Odder Kommune
(aktuel sygdom og eftervirkninger)



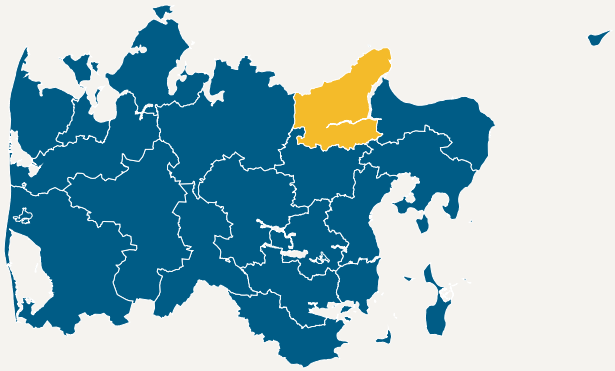
Odder

Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	20	3.300
Hjertekrampe	1,3	200
Blodprop i hjertet	1,0	200
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,7	300
Diabetes	7	1.100
Kræft	3	600
Luftveje		
KOL	4	700
Astma	7	1.200
Allergi	20	3.400
Muskel-skelet		
Slidgigt	21	3.600
Leddegigt	6	900
Knogleskørhed	4	700
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	13	2.200
Psykiske lidelser	13	2.300
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	16	2.700
Tinnitus	14	2.300
Grå stær	5	800
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	29	4.900
En sygdom	28	4.800
To-tre sygdomme	31	5.300
Fire+ sygdomme	11	1.900

Multisygdom: 42 %

Signifikant større end i hele befolkningen i Region Midtjylland
Signifikant mindre end i hele befolkningen i Region Midtjylland
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Figur 9.12
Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Randers Kommune
(aktuel sygdom og eftervirkninger)



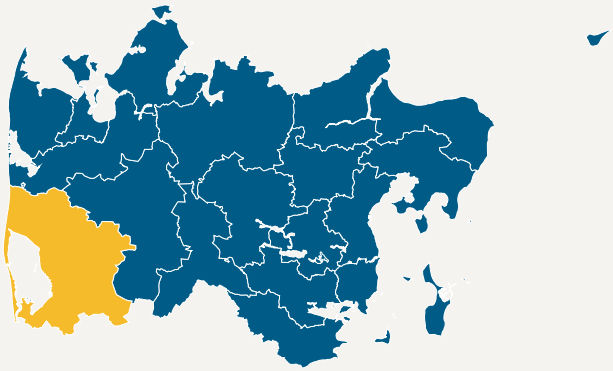
Randers

Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	19	14.000
Hjertekrampe	2,1	1.600
Blodprop i hjertet	0,9	700
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2,1	1.600
Diabetes	4	3.200
Kræft	2,4	1.900
Luftveje		
KOL	5	3.600
Astma	8	6.000
Allergi	18	14.000
Muskel-skelet		
Slidgigt	20	15.000
Leddegigt	7	5.200
Knogleskørhed	5	3.700
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	16	12.000
Psykiske lidelser	12	9.000
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	15	12.000
Tinnitus	15	11.000
Grå stær	5	3.500
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	29	22.000
En sygdom	31	23.000
To-tre sygdomme	29	22.000
Fire+ sygdomme	11	8.600

Multisygdom: 40 %

Signifikant større end i hele befolkningen i Region Midtjylland
Signifikant mindre end i hele befolkningen i Region Midtjylland
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Figur 9.13
Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Ringkøbing-Skjern Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)



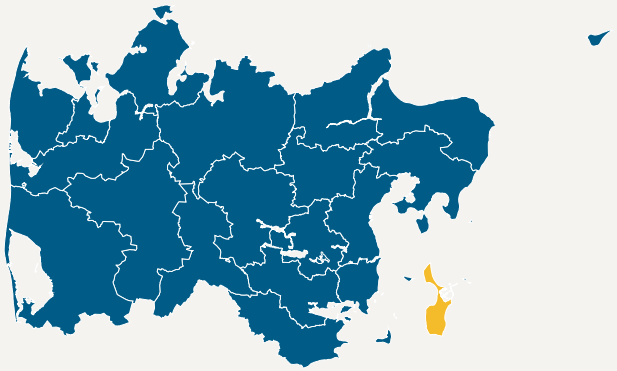
Ringkøbing-Skjern

Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	19	8.500
Hjertekrampe	2,5	1.100
Blodprop i hjertet	1,6	700
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,9	800
Diabetes	5	2.200
Kræft	4	1.600
Luftveje		
KOL	6	2.500
Astma	6	2.800
Allergi	17	7.400
Muskel-skelet		
Slidgigt	23	10.000
Leddegigt	7	2.900
Knogleskørhed	4	1.700
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	15	6.600
Psykiske lidelser	10	4.500
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	15	6.400
Tinnitus	14	6.100
Grå stær	5	2.200
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	32	14.000
En sygdom	27	12.000
To-tre sygdomme	30	13.000
Fire+ sygdomme	11	5.000

Multisygdom: 41 %

Signifikant større end i hele befolkningen i Region Midtjylland
Signifikant mindre end i hele befolkningen i Region Midtjylland
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Figur 9.14
Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Samsø Kommune
(aktuel sygdom og eftervirkninger)



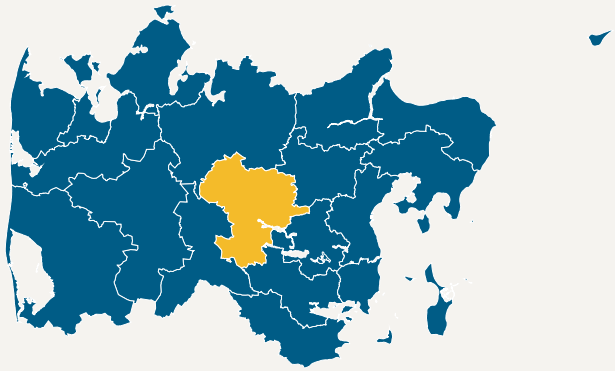
Samsø

Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	20	600
Hjertekrampe	1,7	50
Blodprop i hjertet	1,9	60
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,8	50
Diabetes	7	200
Kræft	4	100
Luftveje		
KOL	6	200
Astma	6	200
Allergi	16	500
Muskel-skelet		
Slidgigt	28	900
Leddegigt	8	200
Knogleskørhed	5	100
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	15	400
Psykiske lidelser	9	300
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	13	400
Tinnitus	18	500
Grå stær	6	200
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	29	900
En sygdom	26	800
To-tre sygdomme	33	1.000
Fire+ sygdomme	13	400

Multisygdom: 46 %

Signifikant større end i hele befolkningen i Region Midtjylland
Signifikant mindre end i hele befolkningen i Region Midtjylland
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Figur 9.15
Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Silkeborg Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)



Silkeborg

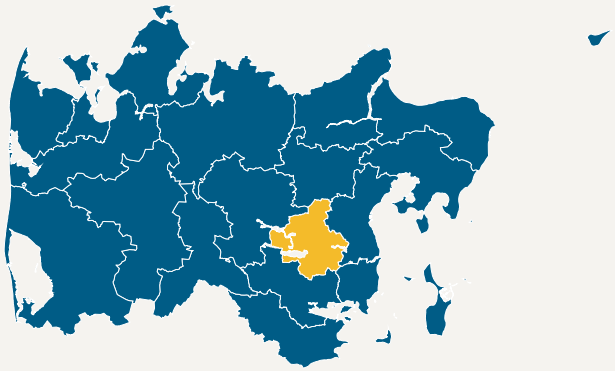
Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	18	13.000
Hjertekrampe	1,8	1.300
Blodprop i hjertet	1,7	1.200
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,6	1.100
Diabetes	7	4.700
Kræft	4	2.500
Luftveje		
KOL	4	2.500
Astma	7	4.800
Allergi	21	15.000
Muskel-skelet		
Slidgigt	20	14.000
Leddegigt	6	4.200
Knogleskørhed	4	2.800
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	14	9.800
Psykiske lidelser	13	8.900
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	16	11.000
Tinnitus	12	8.600
Grå stær	4	3.000
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	31	22.000
En sygdom	29	20.000
To-tre sygdomme	28	20.000
Fire+ sygdomme	12	8.200

Multisygdom: 40 %

Signifikant større end i hele befolkningen i Region Midtjylland

Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Figur 9.16
Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Skanderborg Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)



Skanderborg

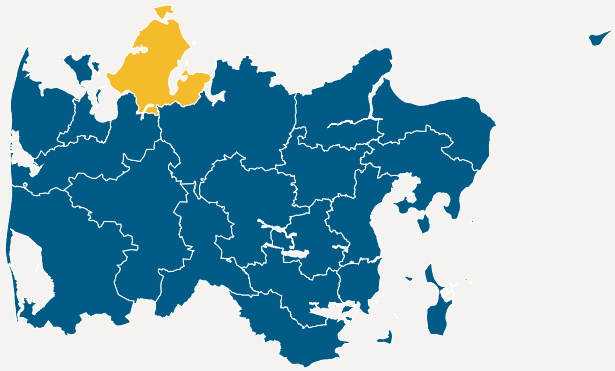
Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	18	7.900
Hjertekrampe	2,0	900
Blodprop i hjertet	1,1	500
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,1	500
Diabetes	5	2.400
Kræft	2,4	1.100
Luftveje		
KOL	4	1.700
Astma	7	2.900
Allergi	20	9.100
Muskel-skelet		
Slidgigt	19	8.400
Leddegigt	6	2.600
Knogleskørhed	3	1.300
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	13	5.600
Psykiske lidelser	12	5.300
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	14	6.100
Tinnitus	13	5.800
Grå stær	3	1.400
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	32	14.000
En sygdom	29	13.000
To-tre sygdomme	31	14.000
Fire+ sygdomme	9	3.800

Multisygdom: 40 %

Signifikant mindre end i hele befolkningen i Region Midtjylland

Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Figur 9.17
Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Skive Kommune
(aktuel sygdom og eftervirkninger)



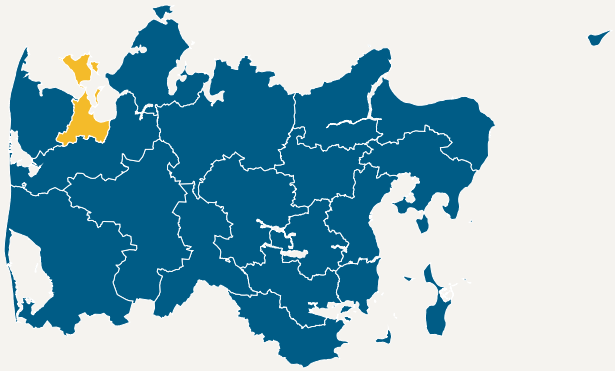
Skive

Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	21	7.800
Hjertekrampe	3	1.200
Blodprop i hjertet	2,1	800
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2,2	800
Diabetes	6	2.400
Kræft	3	1.300
Luftveje		
KOL	5	2.000
Astma	7	2.700
Allergi	19	6.800
Muskel-skelet		
Slidgigt	23	8.500
Leddegigt	8	2.900
Knogleskørhed	5	1.700
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	15	5.500
Psykiske lidelser	13	4.800
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	15	5.600
Tinnitus	14	5.300
Grå stær	5	1.700
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	28	10.000
En sygdom	28	10.000
To-tre sygdomme	31	11.000
Fire+ sygdomme	13	4.900

Multisygdom: 44 %

Signifikant større end i hele befolkningen i Region Midtjylland
Signifikant mindre end i hele befolkningen i Region Midtjylland
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Figur 9.18
Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Struer Kommune
(aktuel sygdom og eftervirkninger)



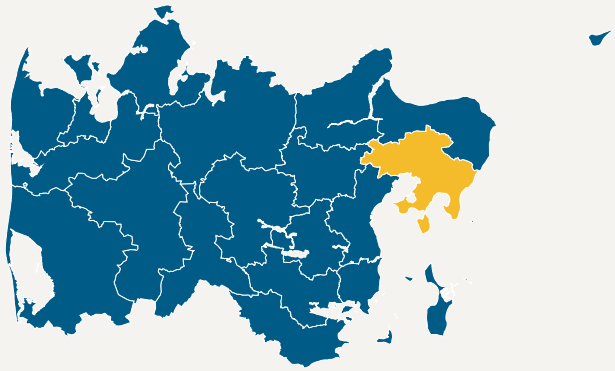
Struer

Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	22	3.800
Hjertekrampe	2,4	400
Blodprop i hjertet	1,9	300
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2,6	400
Diabetes	6	1.000
Kræft	5	800
Luftveje		
KOL	6	1.000
Astma	8	1.300
Allergi	19	3.200
Muskel-skelet		
Slidgigt	24	4.000
Leddegigt	6	1.100
Knogleskørhed	5	900
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	12	2.100
Psykiske lidelser	10	1.700
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	15	2.400
Tinnitus	16	2.700
Grå stær	6	1.000
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	29	4.800
En sygdom	25	4.200
To-tre sygdomme	33	5.500
Fire+ sygdomme	13	2.200

Multisygdom: 46 %

Signifikant større end i hele befolkningen i Region Midtjylland
Signifikant mindre end i hele befolkningen i Region Midtjylland
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Figur 9.19
Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Syddjurs Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)



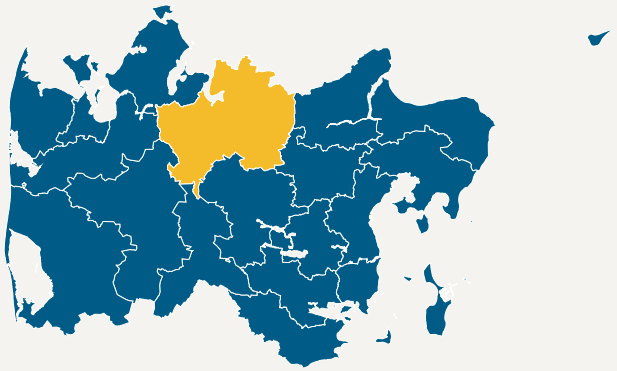
Syddjurs

Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	20	6.500
Hjertekrampe	1,9	600
Blodprop i hjertet	1,3	400
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2,4	800
Diabetes	5	1.700
Kræft	3	1.100
Luftveje		
KOL	5	1.500
Astma	7	2.300
Allergi	17	5.700
Muskel-skelet		
Slidgigt	24	8.000
Leddegigt	7	2.400
Knogleskørhed	4	1.200
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	14	4.600
Psykiske lidelser	11	3.700
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	14	4.700
Tinnitus	14	4.600
Grå stær	5	1.700
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	29	9.600
En sygdom	29	9.500
To-tre sygdomme	30	9.900
Fire+ sygdomme	12	3.800

Multisygdom: 42 %

Signifikant større end i hele befolkningen i Region Midtjylland
Signifikant mindre end i hele befolkningen i Region Midtjylland
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Figur 9.20
Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Viborg Kommune
(aktuel sygdom og eftervirkninger)



Viborg

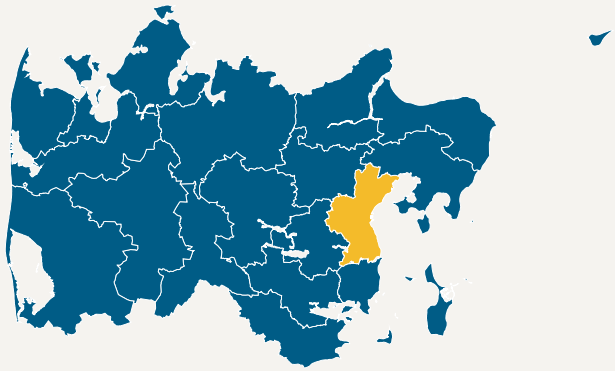
Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	19	14.000
Hjertekrampe	2,9	2.100
Blodprop i hjertet	1,5	1.100
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2,1	1.500
Diabetes	5	3.700
Kræft	3	2.400
Luftveje		
KOL	5	3.700
Astma	7	4.900
Allergi	19	14.000
Muskel-skelet		
Slidgigt	19	14.000
Leddegigt	6	4.600
Knogleskørhed	5	3.500
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	13	9.200
Psykiske lidelser	13	9.400
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	16	12.000
Tinnitus	13	9.300
Grå stær	4	2.700
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	32	23.000
En sygdom	27	20.000
To-tre sygdomme	30	22.000
Fire+ sygdomme	11	7.800

Multisygdom: 41 %

Signifikant større end i hele befolkningen i Region Midtjylland

Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Figur 9.21
Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Aarhus Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)



Aarhus

Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	13	33.000
Hjertekrampe	1,6	4.100
Blodprop i hjertet	0,9	2.200
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,5	4.000
Diabetes	4	11.000
Kræft	2,3	5.900
Luftveje		
KOL	3	9.100
Astma	7	19.000
Allergi	24	62.000
Muskel-skelet		
Slidgigt	17	43.000
Leddegigt	5	13.000
Knogleskørhed	4	10.000
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	12	31.000
Psykiske lidelser	13	34.000
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	13	35.000
Tinnitus	11	27.000
Grå stær	4	9.100
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	35	91.000
En sygdom	30	79.000
To-tre sygdomme	26	67.000
Fire+ sygdomme	9	23.000

Multisygdom: 35 %

Signifikant større end i hele befolkningen i Region Midtjylland
Signifikant mindre end i hele befolkningen i Region Midtjylland
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Figur 9.22
Kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) – køn, alder og sociale forhold

	Potentielt livstruende kroniske sygdomme							Ikke-livstruende kroniske sygdomme									
	Forhøjet blodtryk	Hjertekrampe	Blodprop i hjertet	Hjerneblødning, blodprop i hjernen	Diabetes	Kræft	KOL	Astma	Allergi	Slidgigt	Ledbetgigt	Knogleskørhed	Diskusprolaps, andre rygsygdomme	Psykiske lidelser	Migræne, hyppig hovedpine	Tinnitus	Grå stær
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Alle	18	2,1	1,2	1,8	5	3	4	7	20	20	6	4	13	12	15	13	4
Køn																	
Mand	17	2,3	1,7	1,8	6	2,8	4	6	19	16	6	1,5	13	9	10	16	3
Kvinde	18	1,9	0,7	1,7	4	3	4	8	22	24	6	7	14	16	20	10	5
Alder																	
16-24 år	1,5	1,1	0,2	0,3	0,8	0,4	1,3	8	25	1,0	0,9	0,4	4	16	16	7	0,4
25-34 år	2,3	0,6	0,1	0,3	1,3	0,5	0,9	6	24	3	1,8	0,7	7	16	18	7	0,3
35-44 år	6	0,7	0,2	0,4	2,3	0,7	1,3	7	26	8	3	0,8	13	14	20	10	0,4
45-54 år	15	1,7	0,8	1,0	4	2,1	2,9	6	22	20	6	1,7	17	14	18	13	1,1
55-64 år	27	2,5	1,3	2,6	7	4	6	7	18	33	10	5	19	12	14	19	3
65-74 år	38	4	2,8	3	11	7	9	7	13	39	10	9	17	6	8	21	11
75+ år	45	6	4,4	6	14	8	13	7	10	46	13	16	17	6	7	16	21
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)																	
Lavt (0-10 år)	33	4	2,6	3	11	5	10	9	14	35	12	10	18	14	15	16	10
Middel (11-14 år)	22	2,2	1,4	2,1	6	4	5	7	19	24	7	4	16	12	15	15	4
Højt (15+ år)	12	1,1	0,6	1,1	3	2,3	2,2	6	25	15	3	3	11	10	14	11	3
Erhvervstilknytning																	
Studerende/skoleelever	1,4	1,0	0,3	0,3	0,9	0,4	1,1	8	25	1,5	1,3	0,6	4	15	17	7	0,4
Beskæftigede	11	1,1	0,5	0,5	3	1,7	1,7	6	22	13	4	1,1	12	9	15	12	1,0
Arbejdsløse	8	1,0	0,8	1,2	3	2,0	2,7	8	26	12	4	2,6	13	22	20	9	0,5
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	13	2,1	0,9	1,7	5	2,5	4	10	27	17	7	2,5	18	36	26	14	1,5
Førtidspensionister	30	5	1,7	7	13	4	12	13	25	39	17	9	34	42	29	18	5
Efterlønsmodtagere	34	1,7	0,9	1,0	5	5	8	7	16	38	9	5	15	8	9	19	4
Folkepensionister	41	5	4	5	12	7	11	7	12	42	11	13	17	6	8	19	15

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

Kroniske sygdomme – køn, alder og sociale forhold

Figur 9.22 viser forekomsten af de 17 kroniske sygdomme opgjort i forhold til køn, alder, uddannelse og erhvervstilknytning. Figuren belyser, hvilke grupper af befolkningen der er særligt belastede med hensyn til kronisk sygdom.

Køn. Det ses af figuren, at tre ud af de syv potentielt livstruende kroniske sygdomme optræder hos en større andel mænd end kvinder. Det drejer sig om hjertekrampe, blodprop i hjertet og diabetes. Der ses ingen kønsforskelle ved de øvrige potentielt livstruende kroniske sygdomme.

For de ikke-livstruende kroniske sygdomme ses det, at der er en større andel mænd end kvinder, som har tinnitus. Der er ingen kønsforskelle i forekomsten af leddegigt og diskusprolaps eller andre rygsygdomme, mens de resterende syv ikke-livstruende sygdomme alle forekommer hyppigere hos kvinder end hos mænd. Særligt slidgigt, knogleskørhed, psykiske lidelser og migræne eller hyppig hovedpine optræder oftere hos kvinder end mænd.

Alder. Sammenhængen mellem alder og forekomsten af kronisk sygdom er meget markant. Personer på 55 år og derover har en større forekomst af samtlige syv potentielt livstruende kroniske sygdomme end befolkningen generelt, mens de 16-44-årige har en mindre forekomst af alle syv sygdomme. Forekomsten af alle syv sygdomme stiger markant med alderen.

Halvdelen af de ikke-livstruende kroniske sygdomme forekommer også hyppigere hos personer på 55 år og derover og mindre hyppigt blandt de 16-44-årige end i hele befolkningen. Det drejer sig om de fire muskel-skelet-sygdomme (slidgigt, leddegigt, knogleskørhed og diskusprolaps eller andre rygsygdomme) samt tinnitus. Derudover forekommer grå stær hyppigere hos personer på 65 år og derover og sjældnere hos de 16-44-årige og de 55-64-årige sammenlignet med hele befolkningen. I alle tilfældene er der en markant stigning med alderen i forekomsten af sygdommene.

Modsat ses det, at en større andel af de 16-54-årige har allergi, psykiske lidelser og migræne eller hyppig hovedpine end befolkningen generelt. Sammenlignet med hele befolkningen er der en mindre andel af personer på 55 år og derover, der har allergi. Psykiske lidelser og migræne eller hyppig hovedpine optræder ligeledes hos en mindre andel af personer på 65 år og derover. Forekomsten af både allergi, psykiske lidelser og migræne eller hyppig hovedpine aftager altså betydeligt med alderen.

Uddannelsesniveau. Der er en meget stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og forekomsten af de 17 kroniske sygdomme. Personer med lavt uddannelsesniveau har en større forekomst af 15 ud af de 17 kroniske sygdomme end befolkningen generelt (eneste undtagelser er allergi og migræne eller hyppig hovedpine), mens personer med højt uddannelsesniveau har en lavere forekomst af 16 ud af de 17 kroniske sygdomme (eneste undtagelse er allergi). Sammenlignet med hele befolkningen er der en større forekomst af alle syv potentielt livstruende kroniske sygdomme blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau, ligesom de har en større forekomst af halvdelen af de ikke-livstruende sygdomme (slidgigt, leddegigt, diskusprolaps eller andre rygsygdomme, migræne eller hyppig hovedpine og tinnitus).

Andelen med allergi stiger med stigende uddannelsesniveau, mens der ikke ses nogen særlig uddannelsesmæssig sammenhæng i andelen med migræne eller hyppig hovedpine. Ved resten af de kroniske sygdomme falder andelen med stigende uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. Der er ligeledes en meget stærk sammenhæng mellem erhvervstilknytning og forekomsten af kronisk sygdom. Særligt førtidspensionister er meget sygdomsbelastede med en større forekomst af samtlige 17 kroniske sygdomme sammenlignet med befolkningen generelt. De tre hyppigst forekommende sygdomme blandt førtidspensionisterne er: psykiske lidelser (42 %), slidgigt (39 %) og diskusprolaps eller andre rygsygdomme (34 %). Blandt folkepensionister ses tilsvarende en øget sygdomsforekomst ved alle potentielt livstruende kroniske sygdomme samt seks af de ikke-livstruende kroniske sygdomme, mens de har en mindre andel med allergi, psykiske lidelser og migræne eller hyppig hovedpine end befolkningen generelt. Efterlønsmodtagere har en større andel ved ca. halvdelen af de kroniske sygdomme og en mindre andel med allergi og migræne eller hyppig hovedpine end befolkningen generelt. Blandt modtagere af kontanthjælp eller sy-

gedagpenge mv. ses større andele med astma, allergi, leddegigt, diskusprolaps eller andre rygsygdomme, psykiske lidelser og migræne eller hyppig hovedpine end i befolkningen generelt.

De laveste sygdomsforekomster ses blandt studerende/skoleelever og beskæftigede. Begge grupper har en mindre andel end befolkningen generelt ved alle potentielt livstruende kroniske sygdomme. Studerende/skoleelever har derudover en mindre andel ved seks af de ikke-livstruende sygdomme og en større andel med astma, allergi, psykiske lidelser og migræne eller hyppig hovedpine. Beskæftigede har en mindre andel ved otte af de ikke-livstruende sygdomme. Kun ved allergi og migræne eller hyppig hovedpine er andelen større i denne gruppe end i befolkningen.

Multisygdom – køn, alder og sociale forhold

Multisygdom er defineret ved, at en person har to eller flere kroniske sygdomme samtidig. Personer med fire eller flere samtidige kroniske sygdomme udgør en særligt belastet gruppe. I figur 9.23 opgøres multisygdom – fordelt på grupperne med henholdsvis to til tre kroniske sygdomme og fire eller flere kroniske sygdomme – i forhold til køn, alder og sociale forhold. De to grupper af multisyge personer udgør tilsammen den samlede andel af befolkningen med multisygdom.

Af figuren fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel af personer med *to til tre samtidige kroniske sygdomme* blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer på 45 år og derover
- Personer med lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau
- Modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister, efterlønsmodtagere og folkepensionister
- Personer med dansk baggrund
- Personer, der bor i ejerbolig
- Personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Det fremgår også, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel af personer med *fire eller flere samtidige kroniske sygdomme* blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer på 55 år og derover
- Personer med lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau
- Modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister, efterlønsmodtagere og folkepensionister
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. Der er en større andel af kvinder end mænd, der er multisyge. Både hvad angår to til tre kroniske sygdomme og fire eller flere kroniske sygdomme.

Alder. Både andelen med to til tre kroniske sygdomme og andelen med fire eller flere kroniske sygdomme stiger markant med alderen. Blandt de 16-24-årige er der i alt 21 % med multisygdom, mens det samlet gør sig gældende for 67 % blandt personer på 75 år og derover. Ser man på antallet af personer med multisygdom er det imidlertid tydeligt, at det ikke kun er en udfordring for den ældre del af befolkningen. Godt to ud af tre personer, der har to til tre kroniske sygdomme, er under 65 år, og godt halvdelen af de personer, der har fire eller flere sygdomme, er under 65 år.

Uddannelsesniveau. Der er en stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og forekomsten af multisygdom. Der er samlet set 58 % multisyge blandt personer med lavt uddannelsesniveau og 33 % multisyge blandt personer med højt uddannelsesniveau. Blandt personer med lavt uddannelsesniveau fordeler det sig med henholdsvis 36 % (to til tre kroniske sygdomme) og 22 % (fire eller flere kroniske sygdomme). Til sammenligning er andelene blandt personer med højt uddannelsesniveau 26 % (to til tre kroniske sygdomme) og 7 % (fire eller flere kroniske sygdomme).

Erhvervstilknytning. Der ses en markant større andel med multisygdom blandt personer uden for arbejdsmarkedet end i befolkningen generelt, idet andelen af multisyge er større hos modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister, efterlønsmodtagere og folkepensionister. Særligt blandt førtidspensionister er andelen af multisyge stor, hvor det samlet gør sig gældende for godt tre ud af fire personer. Til sammenligning ses den mindste andel blandt studerende/skoleelever, hvor godt én ud af fem er multisyg, ligesom der er en mindre andel blandt beskæftigede.

Etnisk baggrund. Andelen med to til tre kroniske sygdomme er større blandt personer med dansk baggrund og mindre blandt personer med anden vestlig baggrund end dansk og ikke-vestlig baggrund end i befolkningen generelt. Der er ingen signifikant sammenhæng mellem etnisk baggrund og andelen med fire eller flere kroniske sygdomme.

Bolig. Blandt personer, der bor i ejerbolig, er der en større andel med to til tre kroniske sygdomme og en mindre andel med fire eller flere kroniske sygdomme end blandt personer, der bor i lejebolig.

Bor med ægtefælle/samlever. Blandt personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever, er der en større andel med to til tre kroniske sygdomme og en mindre andel med fire eller flere kroniske sygdomme end blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. En markant større andel blandt personer uden børn i hjemmet har multisygdom, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i den samlede andel med multisygdom (to eller flere kroniske sygdomme) fra 36 % til 40 %. Stigningen ses for både mænd og kvinder, personer i alderen 35-44 år og personer på 55 år og derover samt på tværs af uddannelsesniveau – dog mest udtalt for personer med middelhøjt uddannelsesniveau. Se figur 9.22.S.

I samme periode er der også sket en stigning i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme fra 9 % til 11 %. Stigningen ses for både mænd og kvinder, personer i alderen 55-64 år og 75 år og derover samt personer med lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau. Se figur 9.23.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i den samlede andel med multisygdom (to eller flere kroniske sygdomme) fra 36 % til 40 %. Stigningen ses for både mænd og kvinder, personer i alderen 16-64 år og personer med lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau – dog mest udtalt for personer med middelhøjt uddannelsesniveau. Se figur 9.22.S.

I samme periode er der sket en stigning i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme fra 9 % til 11 %. Stigningen ses for både mænd og kvinder, personer i alderen 16-34 år og 55-64 år samt personer med middelhøjt uddannelsesniveau. Se figur 9.23.S i bind 2. ◄

Figur 9.23
Multisygdom – køn, alder og sociale forhold

	2-3 kroniske sygdomme	4 eller flere kroniske sygdomme	2-3 kroniske sygdomme	4 eller flere kroniske sygdomme
	Pct.	Pct.	Personer	Personer
Alle	29	11	290.000	109.000
Køn				
Mand	26	10	128.000	47.000
Kvinde	32	12	162.000	62.000
Alder				
16-24 år	19	2,4	27.000	3.500
25-34 år	20	2,7	29.000	4.000
35-44 år	25	6	38.000	8.500
45-54 år	30	9	52.000	16.000
55-64 år	34	17	53.000	26.000
65-74 år	39	19	54.000	27.000
75+ år	41	27	38.000	25.000
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)				
Lavt (0-10 år)	36	22	49.000	29.000
Middel (11-14 år)	32	13	139.000	55.000
Højt (15+ år)	26	7	67.000	17.000
Erhvervstilknytning				
Studerende/skoleelever	18	2,7	21.000	3.000
Beskæftigede	25	5	130.000	27.000
Arbejdsløse	26	8	5.300	1.600
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	33	16	18.000	9.200
Førtidspensionister	41	36	17.000	15.000
Efterlønsmodtagere	39	14	7.800	2.800
Folkepensionister	40	23	86.000	49.000
Etnisk baggrund				
Dansk	30	11	268.000	99.000
Anden vestlig	24	9	9.700	3.800
Ikke-vestlig	23	11	13.000	6.100
Bolig				
Ejer	30	10	183.000	60.000
Lejer	28	12	93.000	42.000
Bor med ægtefælle/samlever				
Nej	28	13	94.000	42.000
Ja	30	10	187.000	63.000
Børn i hjemmet 0-15 år				
Nej	31	13	200.000	86.000
Ja	24	4	59.000	10.000

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

SEKTION 2: SUNDHEDSVANER BLANDT PERSONER MED KRONISK SYGDOM

Viden om sundhedsvaner og overvægt blandt personer med kronisk sygdom er vigtig, fordi rygning, alkohol, fysisk inaktivitet, usundt kostmønster og svær overvægt hører til de væsentligste "nære" årsager til udvikling af forebyggelige kroniske sygdomme og forværring af allerede opstået sygdom, jf. kapitel 2-6.

Rygning er en væsentlig risikofaktor for adskillige kroniske sygdomme, herunder kræft, hjerte-kar-sygdomme, KOL, diabetes og leddegigt, og kan desuden mindske virkningen af behandling. Rygning er fortsat den risikofaktor, hvor forebyggelsesindsatser potentielt kan bidrage mest til at reducere sygelighed og dødelighed. Dette gælder både blandt befolkningen i almindelighed og blandt personer med kronisk sygdom (se kapitel 2).

Et stort forbrug af alkohol er ligeledes en risikofaktor for udvikling af alvorlige kroniske sygdomme som kræft, hjerte-kar-sygdomme og psykiske lidelser. For kvinder er alkohol samtidig en væsentlig risikofaktor for udvikling af brystkræft. Borgere med kronisk sygdom, der er i medicinsk behandling, risikerer desuden, at der opstår bivirkninger eller nedsat effekt af behandlingen, når der indtages alkohol. På samme måde som for rygning er der betydelige sundhedsgevinster ved at reducere alkoholforbruget blandt kronisk syge borgere (se kapitel 3).

En fysisk aktiv livsstil fremmer den enkeltes sundhed, forebygger en lang række sygdomme og nedsætter risikoen for tidlig død. Det er desuden påvist, at fysisk aktivitet er virkningsfuld som led i 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. Fysisk inaktivitet har derimod en række negative konsekvenser for blandt andet kredsløb, muskler, knogler og stofskifte (se kapitel 4).

Usund kost er blandt andet forbundet med en øget forekomst af type 2-diabetes, svær overvægt, kræft og hjerte-kar-sygdomme. Sund kost, karakteriseret ved et lavt indtag af fedt, sukker og salt samt et højt indtag af frugt og grønt, er derimod forbundet med en længere levealder og sund aldring. Sund kost kan dermed have sundhedsfremmende effekter for personer med kroniske sygdomme som for befolkningen generelt (se kapitel 5).

I tråd med de andre sundhedsvaner udgør *svær overvægt* også en betydelig risiko for at udvikle et stort antal kroniske sygdomme, herunder type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdomme, forskellige former for kræft, slidgigt og leddegigt og psykisk sygdom. Sygdomme og medicinforbrug kan dog i sig selv være årsag til vægtforøgelse og overvægt, hvorfor der kan være behov for et ekstra fokus på sunde vaner i forhold til kost og fysisk aktivitet blandt særlige grupper af kronisk syge (se kapitel 6).

Samlet set er sundhedsvaner ofte væsentlige for behandlingen af og prognosen for mange kroniske sygdomme. Der er derfor et stort forebyggelsespotentiale i forhold til sundhedsvaner blandt kronisk syge borgere. Det afspejler sig blandt andet i forløbsprogrammer målrettet borgere med specifikke kroniske sygdomme og nationale anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom (37). Desuden er det besluttet, at der fra 2018 skal være en systematisk og målrettet forebyggelse på hospitalerne, hvor alle relevante patienter skal spørges til ryge- og alkoholvaner – i de tilfælde, hvor det giver mening – samt have tilbud om henvisning til rygestop eller alkoholbehandling i kommunen, hvis det er relevant (38). Beslutningen kommer som opfølgning på Danske Regioners udspil *Sundhed for livet – forebyggelse er en nødvendig investering* fra 2017 (39).

I det følgende belyses sundhedsvaner blandt personer med kronisk sygdom. Til dette formål anvendes følgende indikatorer, som alle er præsenteret tidligere i rapporten:

- Dagligrygere
- Højrisikoforbrug af alkohol
- Fysisk inaktivitet
- Usundt kostmønster
- Svær overvægt

Indikatorerne er opgjort for personer på 16 år og derover.

Dagligrygere angiver andelen, der ryger cigaretter eller anden form for tobak dagligt (se kapitel 2).

Højrisikoforbrug af alkohol angiver andelen med et ugentligt forbrug af alkohol på mere end 14 genstande for kvinder og 21 genstande for mænd (se kapitel 3).

Fysisk inaktivitet angiver andelen, som er fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen højst én dag om ugen (se kapitel 4).

Usundt kostmønster angiver andelen, der har usunde kostvaner med hensyn til frugt, grønt, fisk og fedt beregnet ved hjælp af *The Dietary Quality Score*, der giver et samlet mål for kostens kvalitet (se kapitel 5).

Svær overvægt er defineret som et Body Mass Index (BMI) på 30 eller derover (se kapitel 6).

Personer med to eller flere risikable sundhedsvaner (multiple risikofaktorer) er i øget risiko for udvikling og forværring af kroniske sygdomme end personer med én eller ingen risikable sundhedsvaner, og der er muligvis en synergieffekt mellem risikofaktorer, så den sundhedsskadelige virkning af den enkelte faktor forstærkes (40-42).

Afsnittet afsluttes derfor med en sammenfatning, der indeholder en oversigt over multiple risikable sundhedsvaner blandt de kronisk syge borgere.

Figur 9.24
Dagligrygere – kroniske sygdomme og multisygdom

	Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Hele befolkningen	16	158.000
Kroniske sygdomme		
KOL	40	17.000
Hjertekrampe	26	5.200
Psykiske lidelser	25	31.000
Leddegigt	22	13.000
Blodprop i hjertet	21	2.500
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	20	27.000
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	20	3.500
Diabetes	20	10.000
Migræne eller hyppig hovedpine	19	28.000
Tinnitus	18	23.000
Knogleskørhed	17	7.000
Kræft	17	5.000
Astma	17	12.000
Slidgigt	17	33.000
Forhøjet blodtryk	16	29.000
Grå stær	16	6.500
Allergi	13	26.000
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	14	44.000
En sygdom	15	41.000
To-tre sygdomme	17	48.000
Fire+ sygdomme	22	24.000

Multisygdom

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

Dagligrygere blandt personer med kronisk sygdom

Af figur 9.24 fremgår det, at der ved 11 ud af de 17 kroniske sygdomme er en større andel, der er dagligrygere, end i hele befolkningen. Andelen af dagligrygere varierer mellem de kroniske sygdomme fra 13 % hos personer med allergi til 40 % hos personer med KOL.

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel dagligrygere blandt personer med følgende sygdomme:

- KOL
- Hjertekrampe
- Psykisk lidelse
- Leddegigt
- Blodprop i hjertet
- Diskusprolaps, rygsygdom
- Hjerneblødning, blodprop i hjernen
- Diabetes
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Tinnitus
- Slidgigt

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant mindre andel dagligrygere blandt personer med allergi.

Figur 9.24 viser yderligere, at der blandt personer med multisygdom er en større andel dagligrygere end i hele befolkningen. Blandt personer med to-tre sygdomme er 17 % dagligrygere, og blandt personer med fire eller flere sygdomme er 22 % dagligrygere. Omvendt er der en mindre andel dagligrygere blandt personer med ingen eller én sygdom end i hele befolkningen.

► Udvikling fra 2010-2017. *Kroniske sygdomme og rygning.* I perioden fra 2010 til 2017 har der været et fald i andelen af dagligrygere ved 9 ud af de 16 sammenlignelige kroniske sygdomme (udviklingen for psykiske lidelser er ikke beregnet i denne periode). Der er ingen signifikante ændringer i andelen af dagligrygere hos personer med blodprop i hjertet, hjertekrampe, kræft, KOL, diabetes, grå stær eller hjerneblødning/blodprop i hjernen. Se figur 9.26.S i bind 2.

Antallet af kroniske sygdomme og rygning. I perioden fra 2010 til 2017 er der sket et signifikant fald i andelen af dagligrygere uanset antallet af kroniske sygdomme. Således har der været et fald både blandt personer uden sygdom, med én kronisk sygdom og multisyge personer. Faldet i alle grupper ligner den generelle udvikling i befolkningen. Der ses dermed ikke nogen speciel sammenhæng mellem antallet af kroniske sygdomme og faldet i andelen af dagligrygere. Se figur 9.31.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. *Kroniske sygdomme og rygning.* I perioden fra 2013 til 2017 er der sket et signifikant fald i andelen af dagligrygere blandt personer med slidgigt, diskusprolaps eller andre rygsygdomme og psykiske lidelser. Se figur 9.26.S i bind 2.

Antallet af kroniske sygdomme og rygning. I perioden fra 2013 til 2017 har der været et signifikant fald i andelen af dagligrygere blandt personer med én kronisk sygdom og to til tre kroniske sygdomme. Denne udvikling ligner udviklingen i befolkningen. Blandt personer uden kronisk sygdom eller med fire eller flere kroniske sygdomme er der ikke sket nogen signifikant udvikling. Se figur 9.31.S i bind 2. ◄

Figur 9.25
Højrisikoforbrug af alkohol (>14/21 genstande pr. uge) – kroniske sygdomme og multisygdom

		Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Hele befolkningen		6	55.000
Kroniske sygdomme			
KOL		13	5.300
Hjerneblødning, blodprop i hjernen		8	1.400
Forhøjet blodtryk		7	13.000
Psykiske lidelser		7	8.600
Leddegigt		7	4.100
Tinnitus		7	8.700
Blodprop i hjertet		7	800
Hjertekrampe		7	1.300
Slidgigt		7	13.000
Astma		6	4.200
Grå stær		6	2.400
Diskusprolaps, andre rygsygdomme		6	7.700
Kræft		6	1.700
Allergi		6	11.000
Diabetes		5	2.600
Knogleskørhed		5	1.800
Migræne eller hyppig hovedpine		4	6.500
Antallet af kroniske sygdomme			
Ingen af de 17 sygdomme		5	15.000
En sygdom		6	16.000
To-tre sygdomme	Multisygdom	6	16.000
Fire+ sygdomme	Multisygdom	7	7.600

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

Højrisikoforbrug af alkohol blandt personer med kronisk sygdom

Figur 9.25 viser, at der ved 7 ud af de 17 kroniske sygdomme er en større andel personer med et højrisikoforbrug af alkohol end i hele befolkningen. Andelen med et højrisikoforbrug af alkohol blandt personer med kroniske sygdomme varierer fra 4 % hos personer med migræne eller hyppig hovedpine til 13 % hos personer med KOL.

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

- KOL
- Hjerneblødning, blodprop i hjernen
- Forhøjet blodtryk
- Psykisk lidelse
- Leddegigt
- Tinnitus
- Slidgigt

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant mindre andel med et højrisikoforbrug af alkohol blandt personer med migræne eller hyppig hovedpine.

Af figur 9.25 fremgår det, at der blandt personer med fire eller flere sygdomme er en større andel med et højrisikoforbrug af alkohol end i hele befolkningen. Omvendt er der en mindre andel med et højrisikoforbrug af alkohol blandt personer uden sygdom sammenlignet med hele befolkningen.

► Udvikling fra 2010-2017. *Kroniske sygdomme og alkohol.* I perioden fra 2010 til 2017 er der sket et signifikant fald i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol blandt alle de kroniske sygdomme, undtagen personer med blodprop i hjertet. Se figur 9.27.S i bind 2.

Antallet af kroniske sygdomme og alkohol. I perioden fra 2010 til 2017 har der været et signifikant fald i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol blandt alle fire grupper: personer uden kronisk sygdom, med én kronisk sygdom, med to til tre kroniske sygdomme og med fire eller flere kroniske sygdomme. I alle grupper er udviklingen meget tilsvarende den generelle udvikling i befolkningen. Se figur 9.32.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. *Kroniske sygdomme og alkohol.* I perioden fra 2013 til 2017 har der været et fald i andelen af personer, der har et højrisikoforbrug af alkohol, ved 9 ud af de 17 kroniske sygdomme. Der ses i perioden ingen signifikant ændring i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol hos personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen, KOL, knogleskørhed, leddegigt, blodprop i hjertet, diabetes, hjertekrampe eller kræft. Se figur 9.27.S i bind 2.

Antallet af kroniske sygdomme og alkohol. I perioden fra 2013 til 2017 er der sket et signifikant fald i andelen, der har et højrisiko forbrug af alkohol, blandt personer uden kronisk sygdom, med én kronisk sygdom og med to til tre kroniske sygdomme. For disse tre grupper er udviklingen tilsvarende den generelle udvikling i befolkningen. Faldet fra 2013 til 2017 i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol er dog ikke at genfinde blandt personer med fire eller flere kroniske sygdomme. Se figur 9.32.S i bind 2. ◄

Figur 9.26
Fysisk inaktive – kroniske sygdomme og multisygdom

		Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Hele befolkningen		20	190.000
Kroniske sygdomme			
KOL		33	14.000
Hjertekrampe		32	6.200
Diabetes		30	15.000
Hjerneblødning, blodprop i hjernen		29	4.600
Leddegigt		29	17.000
Knogleskørhed		29	11.000
Grå stær		28	11.000
Blodprop i hjertet		27	3.100
Psykiske lidelser		26	31.000
Forhøjet blodtryk		25	42.000
Kræft		25	7.000
Diskusprolaps, andre rygsygdomme		24	31.000
Migræne eller hyppig hovedpine		22	32.000
Slidgigt		22	42.000
Astma		22	15.000
Tinnitus		20	25.000
Allergi		20	39.000
Antallet af kroniske sygdomme			
Ingen af de 17 sygdomme		16	51.000
En sygdom		18	49.000
To-tre sygdomme	Multisygdom	21	59.000
Fire+ sygdomme	Multisygdom	29	31.000

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

Fysisk inaktivitet blandt personer med kronisk sygdom

Fysisk inaktivitet er her opgjort som de personer, der er fysisk aktive i mindst 30 minutter om dagen 0-1 dag om ugen (se nærmere i kapitel 4 *Fysisk aktivitet*).

Figur 9.26 viser, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel af fysisk inaktive blandt alle sygdomsgrupperne, undtagen personer med tinnitus og personer med allergi.

Andelen, der er fysisk inaktive, varierer fra 22 % blandt personer med migræne eller hyppig hovedpine, slidgigt eller astma til 33 % blandt personer med KOL.

Af figur 9.26 fremgår det yderligere, at andelen af fysisk inaktive stiger med antallet af kroniske sygdomme. Således er der en større andel fysisk inaktive blandt personer med multisygdom, hvor det især er blandt personer med fire eller flere kroniske sygdomme, der findes den største andel af fysisk inaktive på 29 %.

► Udvikling fra 2010-2017. *Kroniske sygdomme og fysisk inaktivitet.* I perioden fra 2010 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen af fysisk inaktive blandt personer med forhøjet blodtryk, leddegigt, allergi, slidgigt og tinnitus. Udviklingen for disse sygdomsgrupper følger samme tendens som i befolkningen generelt. Blandt personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen ses derimod et markant fald fra 37 % til 29 %. Se figur 9.28.S i bind 2.

Antallet af kroniske sygdomme og fysisk inaktivitet. I perioden fra 2010 til 2017 er der sket en signifikant stigning i andelen af fysisk inaktive blandt personer uden kronisk sygdom, med én kronisk sygdom og med to til tre kroniske sygdomme. Der ses samme udviklingstendens for disse grupper som for befolkningen generelt. Se figur 9.33.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. *Kroniske sygdomme og fysisk inaktivitet.* I perioden fra 2013 til 2017 er der sket et markant fald i andelen af fysisk inaktive blandt personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen fra 37 % til 29 %. Udviklingen for denne gruppe er dermed gået i modsat retning af den lille stigning, der er sket i hele befolkningen. Se figur 9.28.S i bind 2.

Antallet af kroniske sygdomme og fysisk inaktivitet. I perioden fra 2013 til 2017 har der kun været en signifikant stigning i andelen af fysisk inaktive blandt personer, der ikke har nogen sygdom. Stigningen er tilsvarende den, der ses i hele befolkningen. Se figur 9.33.S i bind 2. ◄

Figur 9.27
Usundt kostmønster – kroniske sygdomme og multisygdom

		Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Hele befolkningen		15	144.000
Kroniske sygdomme			
KOL		25	10.000
Psykiske lidelser		21	24.000
Hjerneblødning, blodprop i hjernen		19	3.000
Leddegigt		18	10.000
Blodprop i hjertet		18	2.100
Migræne eller hyppig hovedpine		17	25.000
Astma		17	11.000
Tinnitus		16	20.000
Diabetes		16	8.000
Diskusprolaps, andre rygsygdomme		16	21.000
Hjertekrampe		16	3.100
Forhøjet blodtryk		16	26.000
Allergi		14	28.000
Grå stær		14	5.500
Slidgigt		13	25.000
Kræft		13	3.500
Knogleskørhed		13	4.600
Antallet af kroniske sygdomme			
Ingen af de 17 sygdomme		14	44.000
En sygdom		14	38.000
To-tre sygdomme	Multisygdom	15	42.000
Fire+ sygdomme	Multisygdom	19	19.000

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

Usundt kostmønster blandt personer med kronisk sygdom

Figur 9.27 viser, at der ved 6 ud af de 17 kroniske sygdomme er en større andel personer med et usundt kostmønster end i hele befolkningen. Andelen med et usundt kostmønster blandt personer med kroniske sygdomme varierer fra 13 % hos personer med slidgigt til 25 % hos personer med KOL.

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med et usundt kostmønster blandt personer med følgende sygdomme:

- KOL
- Psykiske lidelser
- Hjerneblødning, blodprop i hjernen
- Leddegigt
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Tinnitus

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant mindre andel med et usundt kostmønster blandt personer med slidgigt.

Af figur 9.27 fremgår det, at der blandt personer med fire eller flere sygdomme er en større andel med et usundt kostmønster end i hele befolkningen. Omvendt er der en mindre andel med et usundt kostmønster blandt personer, der kun har én sygdom, sammenlignet med hele befolkningen.

► Udvikling fra 2010-2017. *Kroniske sygdomme og usundt kostmønster.* I perioden fra 2010 til 2017 er andelen med et usundt kostmønster steget ved 8 ud af de 16 sammenlignelige sygdomme. Det gælder personer med diabetes, tinnitus, migræne eller hyppig hovedpine, KOL, diskusprolaps eller andre rygsygdomme, allergi, forhøjet blodtryk eller slidgigt. Se figur 9.29.S i bind 2.

Antallet af kroniske sygdomme og usundt kostmønster. I perioden fra 2010 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen med et usundt kostmønster for alle fire grupper. Der ses dog en tendens til, at stigningen øges med antallet af kroniske sygdomme, således at den er større blandt personer med fire eller flere kroniske sygdomme end den stigning, der ses i befolkningen generelt. Se figur 9.34.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. *Kroniske sygdomme og usundt kostmønster.* I perioden fra 2013 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen med et usundt kostmønster blandt personer med følgende sygdomme: psykiske lidelser, diabetes, tinnitus, migræne eller hyppig hovedpine, diskusprolaps eller andre rygsygdomme, allergi, forhøjet blodtryk og slidgigt. Se figur 9.29.S i bind 2.

Antallet af kroniske sygdomme og usundt kostmønster. I perioden fra 2013 til 2017 er andelen med et usundt kostmønster steget for alle fire grupper. Der ses en tendens til, at stigningen er større blandt personer med fire eller flere kroniske sygdomme end blandt befolkningen generelt. Se figur 9.34.S i bind 2. ◄

Figur 9.28
Svær overvægt – kroniske sygdomme og multisygdom

		Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Hele befolkningen		16	160.000
Kroniske sygdomme			
Diabetes		39	20.000
Forhøjet blodtryk		29	50.000
Leddegigt		28	16.000
Hjertekrampe		26	5.200
Slidgigt		24	47.000
Psykiske lidelser		24	29.000
KOL		24	10.000
Astma		23	15.000
Diskusprolaps, andre rygsygdomme		22	29.000
Hjerneblødning, blodprop i hjernen		22	3.700
Blodprop i hjertet		22	2.500
Kræft		20	5.800
Migræne eller hyppig hovedpine		20	29.000
Tinnitus		19	25.000
Allergi		18	35.000
Grå stær		16	6.400
Knogleskørhed		14	5.400
Antallet af kroniske sygdomme			
Ingen af de 17 sygdomme		10	31.000
En sygdom		14	39.000
To-tre sygdomme	Multisygdom	21	58.000
Fire+ sygdomme	Multisygdom	29	30.000

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

Svær overvægt blandt personer med kronisk sygdom

Af figur 9.28 fremgår andelen af svært overvægtige blandt personer med kroniske sygdomme.

For alle de kroniske sygdomme – undtagen grå stær og knogleskørhed – gælder det, at der er en større andel svært overvægtige end i hele befolkningen. Andelen af svært overvægtige varierer fra 18 % blandt personer med allergi til 39 % blandt personer med diabetes. For personer med knogleskørhed er der en mindre andel med svær overvægt end i hele befolkningen.

Figur 9.28 viser, at der er en større andel svært overvægtige blandt multisyge personer end i hele befolkningen. Det fremgår, at andelen af svært overvægtige stiger med antallet af sygdomme. Således er der 10 % svært overvægtige blandt personer uden kronisk sygdom og hele 29 % svært overvægtige blandt personer med fire eller flere sygdomme.

► Udvikling fra 2010-2017. *Kroniske sygdomme og svær overvægt.* I perioden fra 2010 til 2017 er der sket en signifikant stigning i andelen med svær overvægt ved alle kroniske sygdomme, undtagen personer med KOL, blodprop i hjertet eller grå stær. Se figur 9.30.S i bind 2.

Antallet af kroniske sygdomme og svær overvægt. I perioden fra 2010 til 2017 er der sket en signifikant stigning i andelen af personer, der er svært overvægtige, blandt personer uden kronisk sygdom, med én kronisk sygdom og med to til tre kroniske sygdomme. Udviklingen ligner i gennemsnit den samme som i hele befolkningen. Se figur 9.35.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. *Kroniske sygdomme og svær overvægt.* I perioden fra 2013 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen af svært overvægtige ved 11 ud af de 17 kroniske sygdomme. Der ses i perioden ingen signifikant ændring i andelen af svært overvægtige hos personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen, diabetes, migræne eller hyppig hovedpine, hjertekrampe, blodprop i hjertet eller grå stær. Se figur 9.30.S i bind 2.

Antallet af kroniske sygdomme og svær overvægt. I perioden fra 2013 til 2017 er der sket en signifikant stigning i andelen med svær overvægt blandt alle fire grupper. Stigningen følger udviklingen i befolkningen generelt. Se figur 9.35.S i bind 2. ◄

Figur 9.29
Sammenfatning af sundhedsvaner – kroniske sygdomme og multisygdom

	Dagligrygere	Højrisikoforbrug af alkohol	Fysisk inaktivitet	Usundt kostmønster	Svær overvægt
Potentielt livstruende kroniske sygdomme					
Forhøjet blodtryk		●	●		●
Hjertekrampe	●		●		●
Blodprop i hjertet	●		●		●
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	●	●	●	●	●
Diabetes	●		●		●
Kræft			●		●
KOL	●	●	●	●	●
Ikke-livstruende kroniske sygdomme					
Astma			●		●
Allergi	●				●
Slidgigt	●	●	●	●	●
Leddegigt	●	●	●	●	●
Knogleskørhed			●		●
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	●		●		●
Psykiske lidelser	●	●	●	●	●
Migræne, hyppig hovedpine	●	●	●	●	●
Tinnitus	●	●		●	●
Grå stær			●		
Antallet af kroniske sygdomme					
Ingen af de 17 sygdomme	●	●	●		●
En sygdom	●		●	●	●
To-tre sygdomme	●		●		●
Fire+ sygdomme	●	●	●	●	●

Multisygdom

● Signifikant større end i hele befolkningen

● Signifikant mindre end i hele befolkningen

Sammenfatning af sundhedsvaner blandt personer med kronisk sygdom

Det kan være nyttigt med en samlet opgørelse over risikable sundhedsvaner for at få et overblik over forebyggelsespotentialet inden for hver sygdomsgruppe og blandt personer med multisygdom.

Figur 9.29 viser, ved hvilke af de fem sundhedsvanemål personer med kronisk sygdom adskiller sig fra hele befolkningen.

Multiple risikable sundhedsvaner i forhold til de 17 kroniske sygdomme

Det fremgår af figur 9.29, at samtlige 17 sygdomsgrupper har mindst én risikabel sundhedsvane, hvor de har en større andel end befolkningen som helhed. Det ses samtidig, at der er forskel på, om sygdomsgrupperne kun adskiller sig fra befolkningen på et enkelt af de fem sundhedsvanemål, eller om de adskiller sig på samtlige fem mål. Ved 14 ud af de 17 sygdomsgrupper er andelen større end i hele befolkningen ved mindst to ud af de fem mål.

Større andel på fem sundhedsvanemål: Den største forekomst af risikable sundhedsvaner og dermed det største forebyggelsespotentiale ses hos personer med KOL, leddegigt, psykiske lidelser eller hjerneblødning/blodprop i hjernen. I disse fire sygdomsgrupper er andelen med risikable sundhedsvaner større på samtlige fem sundhedsvanemål end i hele befolkningen. Særligt personer med KOL er udsatte, idet de har den største andel blandt samtlige sygdomsgrupper ved fire af de fem sundhedsvanemål. Kun ved svær overvægt finder man større andele i andre sygdomsgrupper end ved KOL.

Større andel på fire sundhedsvanemål: Personer med slidgigt, migræne eller hyppig hovedpine eller tinnitus har alle en større andel end befolkningen generelt ved fire ud af de fem mål. Blandt personer med slidgigt er der en større andel, som er dagligrygere, har et højrisikoforbrug af alkohol, er fysisk inaktive og svært overvægtige, og en mindre andel med et usundt kostmønster, end det er tilfældet i befolkningen generelt. Blandt personer med migræne eller hyppig hovedpine er der en større andel af dagligrygere, fysisk inaktive, personer med usundt kostmønster og svært overvægtige og en mindre andel med et højrisikoforbrug af alkohol end i hele befolkningen.

Personer med tinnitus adskiller sig ikke fra befolkningen generelt i forhold til fysisk inaktivitet, men har en større andel på de fire øvrige mål.

Større andel på tre sundhedsvanemål: Fem sygdomsgrupper har en større andel end befolkningen generelt på tre af målene. Personer med forhøjet blodtryk har en større andel med et højrisikoforbrug af alkohol og en større andel af fysisk inaktive og svært overvægtige sammenlignet med hele befolkningen. Personer med hjertekrampe, blodprop i hjertet, diabetes eller diskusprolaps eller andre rygsygdomme har alle en større andel af dagligrygere, fysisk inaktive og svært overvægtige end i hele befolkningen.

Større andel på to sundhedsvanemål: Personer med kræft og personer med astma har en større andel fysisk inaktive og svært overvægtige end i hele befolkningen.

Større andel på ét sundhedsvanemål: Personer med allergi har en større andel af svært overvægtige og en mindre andel dagligrygere end i hele befolkningen. Personer med knogleskørhed har en større andel af fysisk inaktive og en mindre andel svært overvægtige end i hele befolkningen. Personer med grå stær afviger kun fra hele befolkningen ved at have en større andel af fysisk inaktive.

Multiple risikable sundhedsvaner i forhold til multisygdom

Figur 9.29 viser nogle meget klare forskelle i sundhedsvaner i forhold til antallet af kroniske sygdomme, idet personer med multisygdom samlet set har en større andel med risikable sundhedsvaner end i befolkningen som helhed, mens personer uden kronisk sygdom eller med én kronisk sygdom samlet set har en mindre andel med risikable sundhedsvaner end hele befolkningen.

Blandt personer, der ikke har nogen af de 17 kroniske sygdomme, der indgår i *Hvordan har du det?*, ses således en mindre andel, der er dagligrygere, har et højrisikoforbrug af alkohol, er fysisk inaktive og er svært overvægtige end i befolkningen generelt, mens de ikke adskiller sig i forhold til andelen med usundt kostmønster.

Personer med én kronisk sygdom adskiller sig ikke fra befolkningen i forhold til andelen med et højrisikofor-

brug af alkohol, men har ellers en mindre andel ved de fire øvrige mål.

For multisyge personer med to til tre kroniske sygdomme ses en større andel dagligrygere, fysisk inaktive og svært overvægtige sammenlignet med befolkningen generelt.

Multisyge personer med fire eller flere kroniske sygdomme har en større andel ved alle fem sundhedsvanemål sammenlignet med hele befolkningen.

Resultaterne understreger, at der er et meget stort forebyggelsespotentiale blandt personer, der allerede har udviklet en eller flere kroniske sygdomme. Ændring af livsstil hos kroniske patienter med risikable sundhedsvaner kan modvirke forværring af eksisterende sygdom og udvikling af nye sygdomme samt forbedre behandlingseffekten. Dette forebyggelsespotentiale er særlig stort blandt personer med kompleks multisygdom.

Det er dog samtidig vigtigt at være opmærksom på, at netop gruppen af komplekst multisyge patienter ofte har sværere ved at foretage livsstilsændringer på egen hånd, fordi de mangler de fornødne ressourcer. Der kan derfor være behov for at tilbyde intensiv hjælp til livsstilsændringer, hvis ændringerne skal lykkes.

► Udvikling fra 2010-2017 og fra 2013-2017. *Kroniske sygdomme.* Overordnet set er der en tendens til, at udviklingen i sundhedsvaner i de enkelte sygdomsgrupper går i samme retning som udviklingen i befolkningen generelt. Der er dog nogen variation på tværs af sygdommene og enkelte tilfælde af, at udviklingen i en sundhedsvane hos en bestemt sygdomsgruppe er gået i modsat retning end den udvikling, der ses i befolkningen generelt (se bind 2 for nærmere gennemgang).

Antallet af kroniske sygdomme. Generelt set er der ikke den store sammenhæng mellem udviklingen i sundhedsvanerne og antallet af kroniske sygdomme. Udviklingen for de fire grupper (ingen kronisk sygdom, én kronisk sygdom, to til tre kroniske sygdomme og fire eller flere kroniske sygdomme) ligner i store træk den samme udvikling som i befolkningen generelt. Kun i enkelte tilfælde er der antydning af små afvigelser, hvilket primært omfatter personer med fire eller flere kroniske sygdomme (se bind 2 for nærmere gennemgang).

SEKTION 3: HELBRED OG LIVSKVALITET BLANDT PERSONER MED KRONISK SYGDOM

Et liv med kronisk sygdom er ofte forbundet med begrænsninger og belastninger i hverdagen både fysisk, socialt og mentalt. Et vigtigt mål for behandling og rehabilitering er derfor, at patienter kan opretholde deres funktionsevne eller genvinde tabt funktionsevne helt eller delvist og være i stand til at leve et normalt og meningsfuldt liv.

Denne sektion handler om, hvordan personer med kronisk sygdom har det. Det vil blive belyst ud fra følgende aspekter: helbredsrelateret livskvalitet, arbejdsevne og evnen til at klare sig selv i dagligdagen samt forekomsten af ensomhed og depression.

De valgte indikatorer skal blandt andet belyse, hvilke grupper af kronisk syge borgere der har særligt forringet helbred og livskvalitet, og resultaterne kan bruges ved tilrettelæggelse af differentierede indsatser for borgere med kronisk sygdom.

De valgte indikatorer er følgende:

- Helbredsrelateret livskvalitet (opgjort ved SF-12)
- Nedsat arbejdsevne (16-64 år)
- Brug for hjælp til dagligdagens gøremål (25+ år)
- Svær ensomhed
- Depression

Hvis ikke andet er angivet, opgøres indikatorerne for personer på 16 år og derover med kronisk sygdom. De enkelte indikatorer vil blive nærmere introduceret i forbindelse med analyserne.

Helbredsrelateret livskvalitet (SF-12) blandt personer med kronisk sygdom

I det følgende beskrives den helbredsrelaterede livskvalitet hos personer med kronisk sygdom ved hjælp af SF-12, der er et hyppigt anvendt PRO-mål. For en nærmere beskrivelse af SF-12 se kapitel 7.

På de kommende sider vises SF-12-profiler for personer med hver af de 17 kroniske sygdomme, der indgår i *Hvordan har du det? 2017* (figur 9.31).

Formålet er at tegne et billede af den helbredsrelaterede livskvalitet blandt forskellige kronikergrupper i befolkningen.

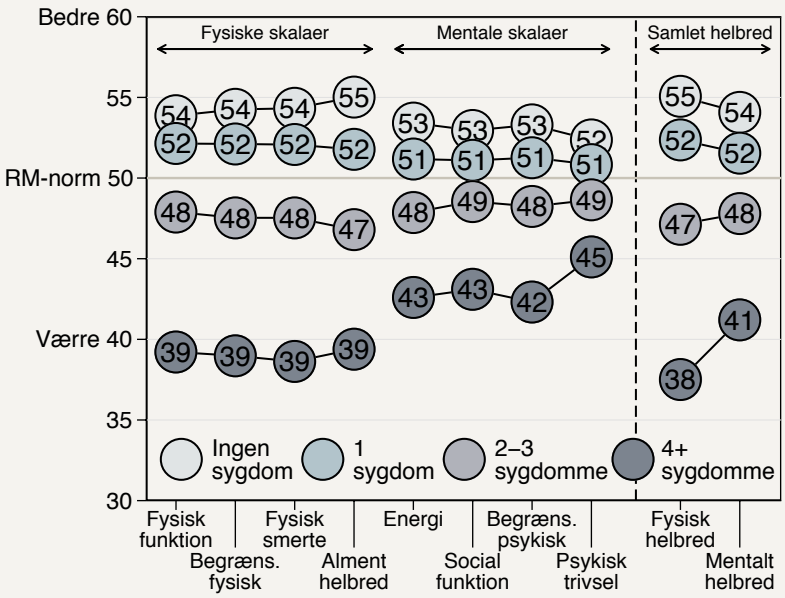
For hver sygdom er personerne opdelt i to grupper: *Monosyge*, defineret som personer, der kun har den pågældende sygdom ud af de 17 sygdomme, og *multisyge*, defineret som personer, der har en eller flere af de 17 sygdomme ud over den pågældende sygdom. Eksempelvis: SF-12-profilen for diabetes viser den helbredsrelaterede livskvalitet for personer med diabetes. Disse personer er opdelt i to grupper: De *monosyge*, som kun har diabetes og ikke nogen af de andre kroniske sygdomme, og de *multisyge*, som har diabetes samt en eller flere af de andre sygdomme, der indgår i *Hvordan har du det?*.

Formålet med opdelingen i monosyge og multisyge er at vise forskellen i helbredsrelateret livskvalitet hos personer med én specifik sygdom, alt efter om der er tale om et enkelt sygdomsbillede med kun den ene sygdom eller et mere komplekst sygdomsbillede med flere samtidige kroniske sygdomme.

Ved hver af de 17 SF-12-profiler er desuden vist gennemsnittet for hele befolkningen i Region Midtjylland (RM-norm = 50). Da RM-normen er beregnet for hele befolkningen, omfatter den både personer uden kronisk sygdom, personer med kun én kronisk sygdom og multisyge personer. Figur 9.30 viser SF-12-profiler, hvor befolkningen er opdelt efter antallet af kroniske sygdomme.

I figur 9.30 ses det tydeligt, hvordan personer uden kronisk sygdom eller med kun én kronisk sygdom scorer højere på alle SF-12-skalaer end gennemsnittet i befolkning, illustreret ved RM-normen. Multisyge personer med to til tre kroniske sygdomme eller fire eller flere kroniske sygdomme scorer lavere end RM-normen. Figuren viser, at den helbredsrelaterede livskvalitet, både i forhold til fysisk og mentalt helbred, bliver dårligere i takt med et stigende antal kroniske sygdomme, selv om der ikke i figuren skelnes mellem, hvilke sygdomme det drejer sig om. Der er dog store forskelle mellem SF-12-profilerne ved de forskellige

Figur 9.30
Helbredsrelateret livskvalitet målt ved SF-12 fordelt efter antallet af kroniske sygdomme



RM-norm 50: Gennemsnittet for Region Midtjylland

kroniske sygdomme, og nogle sygdomme er generelt forbundet med dårligere helbredsrelateret livskvalitet end andre. Dette fremgår af figur 9.31.

Ved den følgende gennemgang af SF-12-profilerne for de 17 kroniske sygdomme tolkes forskelle mellem skalaværdier ud fra effektstørrelse (jf. beskrivelsen i kapitel 7). Til vurdering af effektstørrelse anvendes Cohens *d*. Anvendt på SF-12's normbaserede skalaer med et gennemsnit på 50 og en standardafvigelse på 10 for hele befolkningen er en forskel:

- *Lille*, hvis den er på 2-4,9 point (gruppens helbredsrelaterede livskvalitet er lidt bedre/dårligere)
- *Moderat*, hvis den er på 5-7,9 point (gruppens helbredsrelaterede livskvalitet er moderat bedre/dårligere)
- *Stor*, hvis den er på 8 eller flere point (gruppens helbredsrelaterede livskvalitet er meget bedre/dårligere)

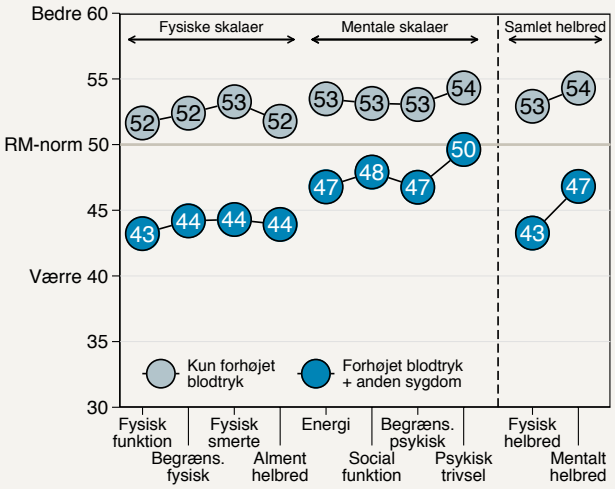
Som nævnt i kapitel 7 er det desuden blevet foreslået, at en forskel på 5 point mellem et gruppegennemsnit og en referencebefolkning er klinisk og praktisk relevant (43).

Der fokuseres i gennemgangen af SF-12-profilerne på den helbredsrelaterede livskvalitet opgjort på baggrund af de to samlede helbredsskalaer *fysisk helbred* og *mentalt helbred*, mens forskelle og afvigelser på de otte specifikke helbredsskalaer ikke omtales. Dette gøres af hensyn til overskueligheden i præsentationen af resultaterne. Mere detaljeret information om den helbredsrelaterede livskvalitet hos specifikke sygdomsgrupper kan aflæses i de forskellige SF-12-profiler i figur 9.31. Læseren opfordres derfor til at studere de enkelte SF-12-profiler nøjere.

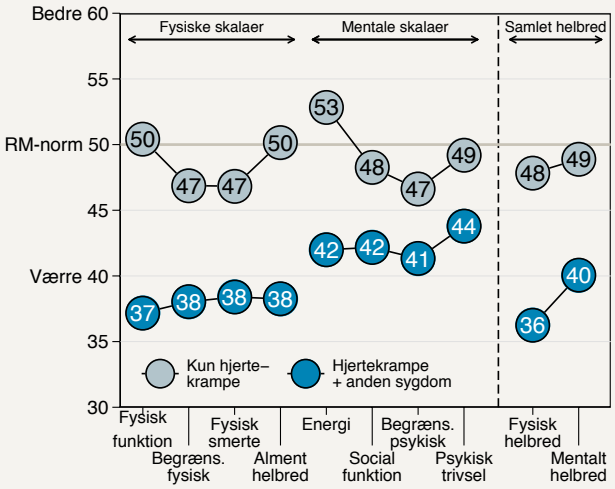
I det følgende beskrives SF-12-profilerne for personer med hver af de 17 kroniske sygdomme. Først gennemgås den helbredsrelaterede livskvalitet hos de monosyge. Dernæst gennemgås den helbredsrelaterede livskvalitet hos de multisyge. I begge tilfælde sammenlignes den helbredsrelaterede livskvalitet med gennemsnittet for hele befolkningen (RM-normen). Efterfølgende beskrives forskellene i helbredsrelateret livskvalitet mellem monosyge og multisyge.

Figur 9.31
SF-12-profiler for hver kronisk sygdom opdelt på monosyge og multisyge

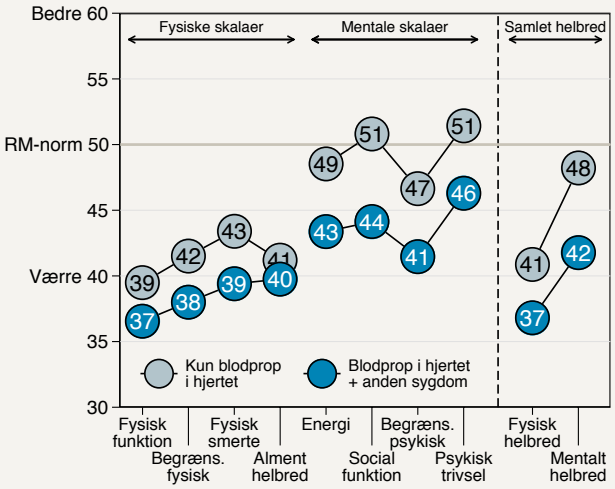
Forhøjet blodtryk



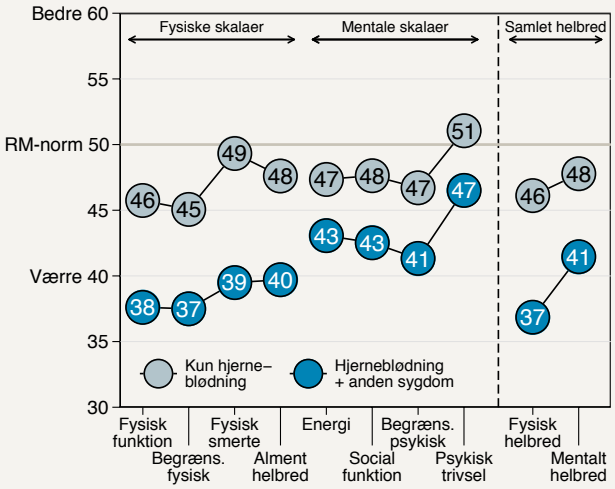
Hjertekrampe



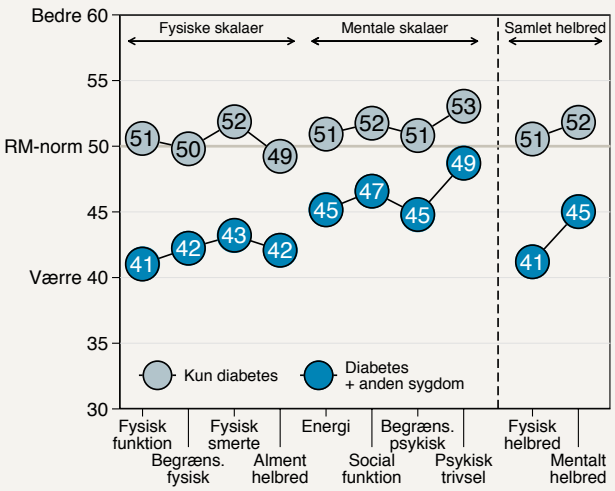
Blodprop i hjertet



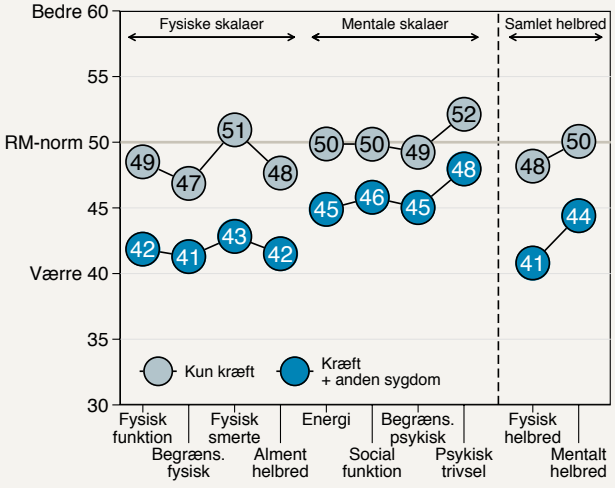
Hjerneblødning, blodprop i hjernen



Diabetes



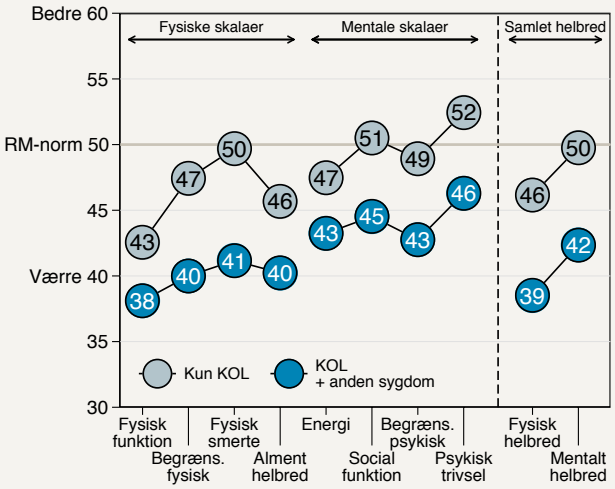
Kræft



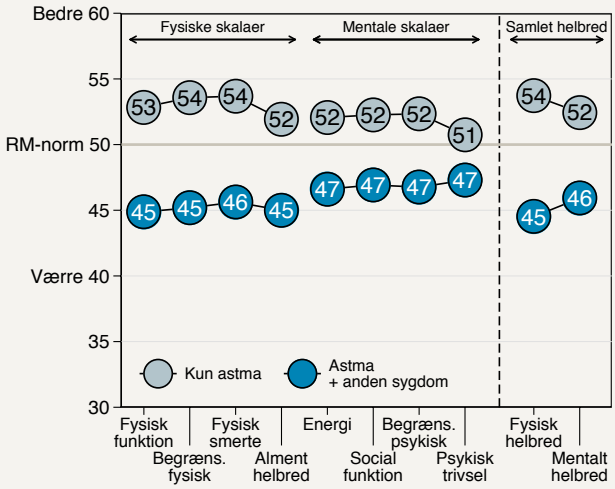
RM-norm 50: Gennemsnittet for Region Midtjylland

Figur 9.31 fortsat
SF-12-profiler for hver kronisk sygdom opdelt på monosyge og multisyge

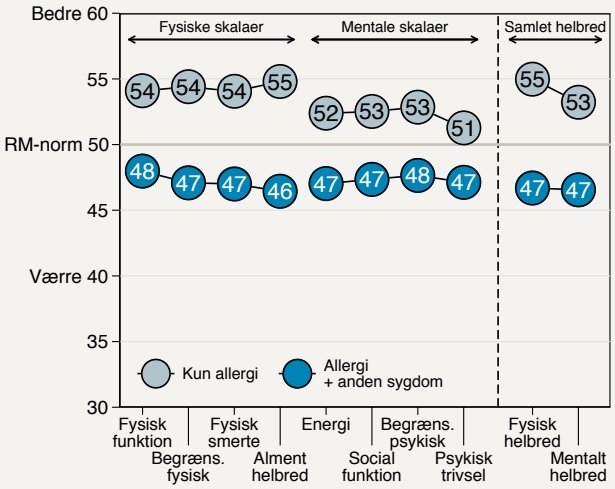
KOL



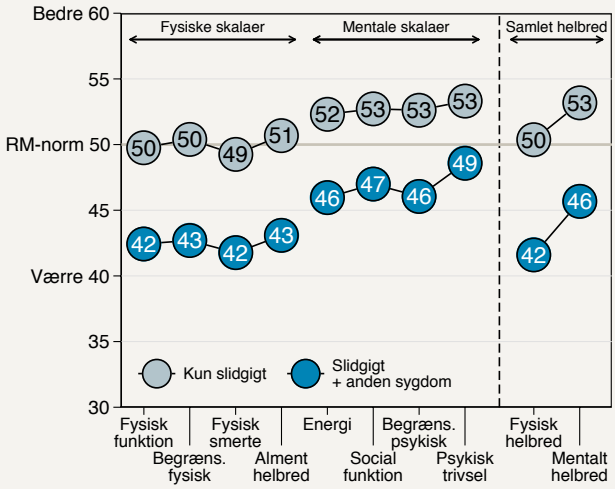
Astma



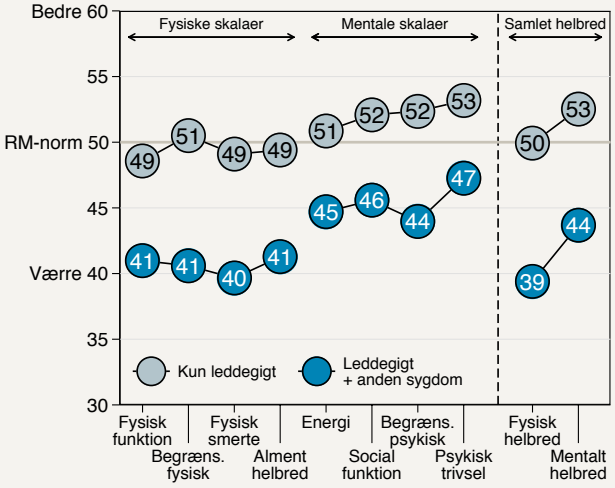
Allergi



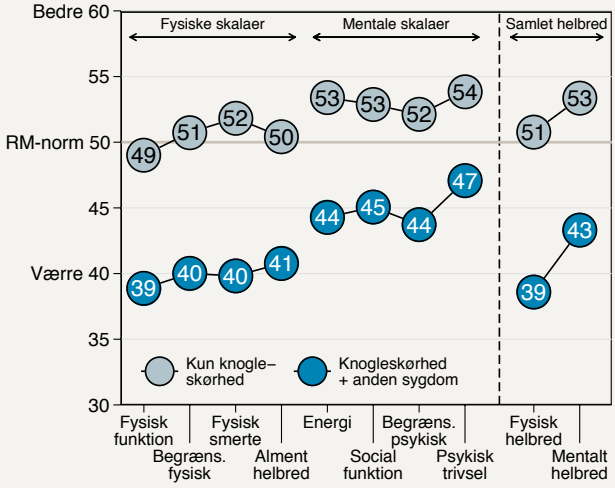
Slidgigt



Leddegigt



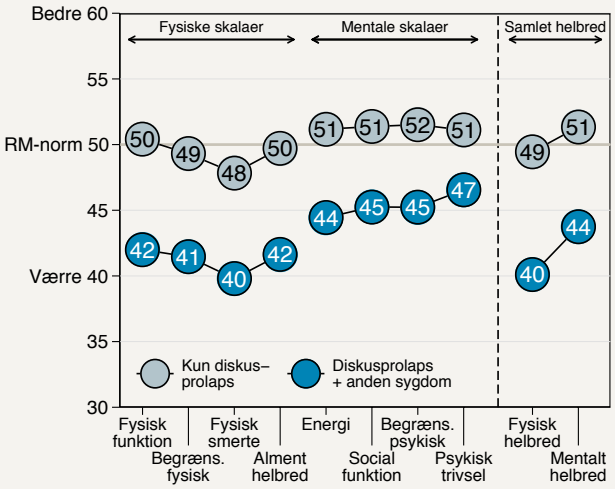
Knogleskørhed



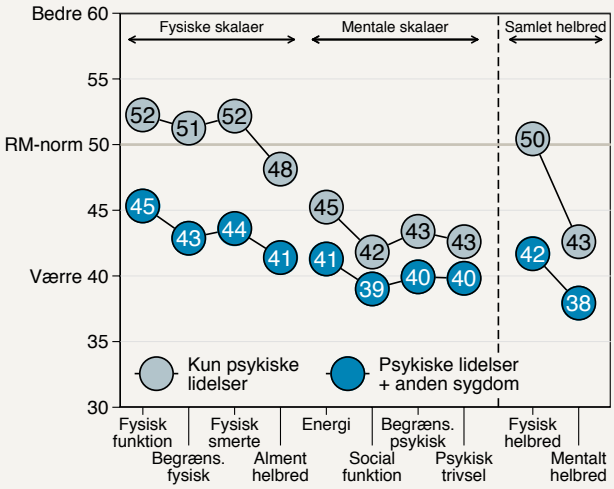
RM-norm 50: Gennemsnittet for Region Midtjylland

Figur 9.31 fortsat
SF-12-profiler for hver kronisk sygdom opdelt på monosyge og multisyge

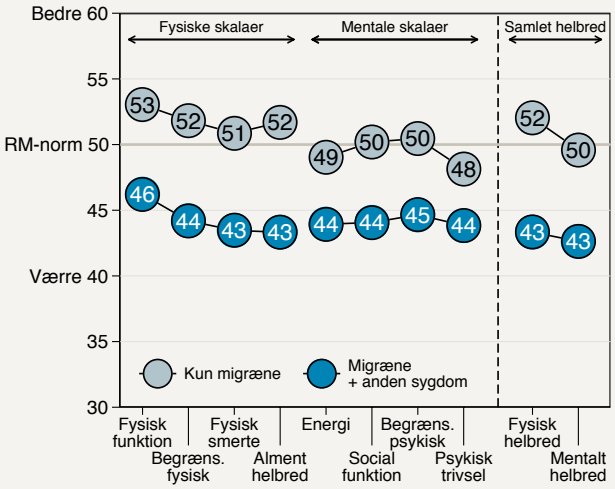
Diskusprolaps, andre rygsygdomme



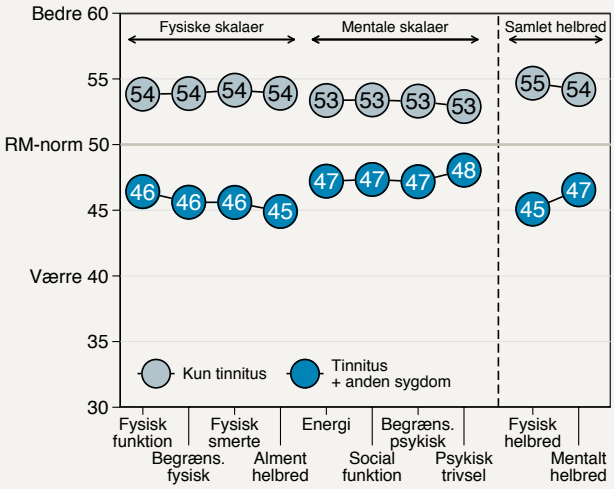
Psykiske lidelser



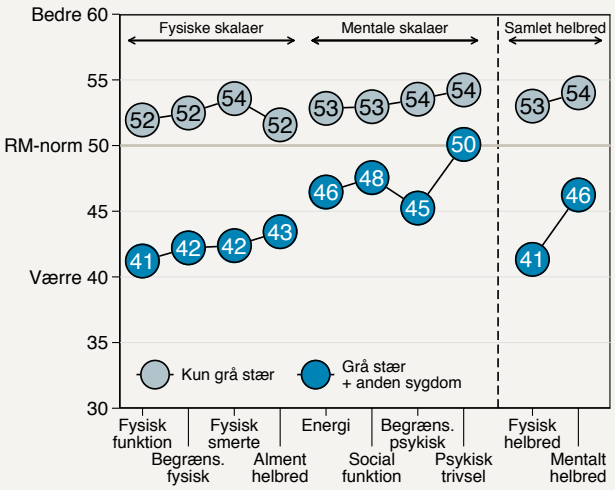
Migræne, hyppig hovedpine



Tinnitus



Grå stær



RM-norm 50: Gennemsnittet for Region Midtjylland

SF-12-profiler for personer, der kun har én kronisk sygdom (monosyge)

Af figur 9.31 fremgår det, at personer, der kun har én kronisk sygdom (monosyge), har et bedre fysisk og mentalt helbred end personer, der har to eller flere kroniske sygdomme (multisyge). Det gør sig gældende på tværs af alle 17 SF-12-profiler for kronisk syge.

Det er desuden værd at bemærke, at der blandt de monosyge er stor variation i SF-12-profilerne på tværs af de 17 kroniske sygdomme. Det ses tydeligt, når man sammenligner de 17 grupper af monosyge med befolkningen generelt i Region Midtjylland (RM-normen).

Samlet fysisk helbred blandt de 17 grupper af monosyge sammenlignet med befolkningen generelt

- 1 gruppe har et *moderat bedre* fysisk helbred end befolkningen generelt (allergi).
- 5 grupper har et *lidt bedre* fysisk helbred end befolkningen generelt (højeste til laveste score: tinnitus, astma, grå stær, forhøjet blodtryk og migræne eller hyppig hovedpine).
- 7 grupper *adskiller sig ikke* i fysisk helbred fra befolkningen generelt (højeste til laveste score: knogleskørhed, diabetes, psykiske lidelser, slidgigt, leddegigt, diskusprolaps eller andre rygsygdomme og kræft).
- 3 grupper har et *lidt dårligere* fysisk helbred end befolkningen generelt (højeste til laveste score: hjertekrampe, KOL og hjerneblødning/blodprop i hjernen).
- 1 gruppe har et *meget dårligere* fysisk helbred end befolkningen generelt (blodprop i hjertet).

Den største forskel i det samlede fysiske helbred ses mellem gruppen udelukkende med allergi og gruppen udelukkende med blodprop i hjertet. Med et gennemsnit på henholdsvis 55,0 og 40,9 point er forskellen på 14,1 point, hvilket viser, at der er meget markante forskelle i det fysiske helbred mellem personer med forskellige kroniske sygdomme.

Ovenstående viser, at personer, der udelukkende har én af de 17 kroniske sygdomme, gennemsnitligt set har et fysisk helbred, der enten er bedre end eller lige så godt som det fysiske helbred blandt befolkningen generelt. Kun ved KOL og tre hjerte-kar-sygdomme har grupperne med en enkelt sygdom et fysisk helbred, der er dårligere end hos befolkningen generelt. Særligt gruppen med blodprop i hjertet har et meget dårligere fysisk helbred, selv om de kun har den ene sygdom.

Samlet mentalt helbred blandt de 17 grupper af monosyge sammenlignet med befolkningen generelt

- 8 grupper har et *lidt bedre* mentalt helbred end befolkningen generelt (højeste til laveste score: forhøjet blodtryk, tinnitus, grå stær, knogleskørhed, allergi, slidgigt, leddegigt og astma).
- 7 grupper *adskiller sig ikke* i mentalt helbred fra befolkningen generelt (højeste til laveste score: diabetes, diskusprolaps eller andre rygsygdomme, kræft, KOL, migræne eller hyppig hovedpine, hjertekrampe og blodprop i hjertet).
- 1 gruppe har et *lidt dårligere* mentalt helbred end befolkningen generelt (hjerneblødning/blodprop i hjernen).
- 1 gruppe har et *moderat dårligere* mentalt helbred end befolkningen generelt (psykiske lidelser).

Den største forskel i det samlede mentale helbred ses mellem gruppen udelukkende med forhøjet blodtryk og gruppen udelukkende med psykiske lidelser. Med et gennemsnit på henholdsvis 54,3 og 42,6 point er forskellen mellem de to grupper på 11,7 point. Dermed ses der også meget markante forskelle i det mentale helbred mellem personer med forskellige kroniske sygdomme.

Ligesom ved det fysiske helbred ses det også ved det mentale helbred, at langt hovedparten af grupper med én kronisk sygdom enten har et bedre mentalt helbred end befolkningen generelt eller ikke adskiller sig fra befolkningen. Kun grupperne med henholdsvis hjerneblødning/blodprop i hjernen og psykiske lidelser har et dårligere mentalt helbred end befolkningen generelt. Særligt gruppen udelukkende med psykiske lidelser adskiller sig – ikke overraskende – ved at være den gruppe af monosyge, der har det dårligste mentale helbred.

Forskel mellem samlet fysisk helbred og samlet mentalt helbred for hver monosyg gruppe

- 1 gruppe har et fysisk helbred, der er *moderat bedre* end det mentale helbred (psykiske lidelser).
- 1 gruppe har et fysisk helbred, der er *lidt bedre* end det mentale helbred (migræne eller hyppig hovedpine).

- 4 grupper har et fysisk helbred, der er *lidt dårligere* end det mentale helbred (knogleskørhed, leddegigt, slidgigt og KOL).
- 1 gruppe har et fysisk helbred, der er *moderat dårligere* end det mentale helbred (blodprop i hjertet).
- Ved de resterende 10 grupper med monosyge ses der ikke nogen forskel i det samlede fysiske og mentale helbred, vurderet ud fra effektstørrelse.

Opgørelserne viser, at der for de fleste grupper med kun en enkelt sygdom ikke er nogen betydelig forskel mellem deres fysiske helbred og deres mentale helbred. Kun to grupper har et fysisk helbred, der er bedre end det mentale, nemlig personer med psykiske lidelser og migræne/hyppig hovedpine. I begge tilfælde er det sygdomme, der forekommer hyppigere blandt unge og midaldrende personer end i befolkningen generelt (jf. figur 9.22). Fem grupper har et fysisk helbred, der er dårligere end det mentale helbred, nemlig personer med blodprop i hjertet, KOL og muskel-skelet-sygdommene knogleskørhed, leddegigt og slidgigt. Alle fem sygdomme forekommer hyppigere blandt personer på 55 år og derover (jf. figur 9.22).

SF-12-profiler for personer, der har to eller flere kroniske sygdomme (multisyge)

Af figur 9.31 ses det, at de 17 grupper af personer, der har to eller flere kroniske sygdomme (multisyge), har et fysisk og mentalt helbred, der er dårligere end i grupperne med monosyge. Alle grupper af multisyge har også et dårligere fysisk og mentalt helbred end befolkningen generelt.

Derudover er det værd at bemærke, at der ligesom ved de 17 grupper udelukkende med én kronisk sygdom også er en stor variation i SF-12-profilerne på tværs af de 17 multisyge grupper.

Samlet fysisk helbred blandt de 17 grupper af multisyge sammenlignet med befolkningen generelt

- 2 grupper har et *lidt dårligere* fysisk helbred end befolkningen generelt (højeste til laveste score: allergi og tinnitus).
- 3 grupper har et *moderat dårligere* fysisk helbred end befolkningen generelt (højeste til laveste score: astma, forhøjet blodtryk og migræne/hyppig hovedpine).
- De resterende 12 grupper har et *meget dårligere* fysisk helbred end befolkningen generelt (højeste til laveste score: psykiske lidelser, slidgigt, grå stær, diabetes, kræft, diskusprolaps eller andre rygsygdomme, leddegigt, knogleskørhed, KOL, blodprop i hjertet, hjerneblødning/blodprop i hjernen og hjertekrampe).

Den største forskel i det samlede fysiske helbred mellem de multisyge grupper ses mellem multisyge med allergi og multisyge med hjertekrampe. Med et gennemsnit på henholdsvis 46,7 og 36,3 point er forskellen mellem de to grupper på 10,4 point. Det betyder, at der er markante forskelle i det fysiske helbred mellem multisyge personer med forskellige kroniske sygdomme.

Ovenstående viser endvidere, at alle multisyge grupper har et samlet fysisk helbred, der er dårligere end i befolkningen som helhed, og at hovedparten af grupperne har et fysisk helbred, der er meget dårligere end i befolkningen generelt. De 12 grupper med meget dårligere helbred omfatter multisyge med psykiske lidelser, de fire muskel-skelet-sygdomme, grå stær eller potentielt livstruende sygdomme i form af diabetes, kræft, KOL og hjerte-kar-sygdomme med undtagelse af forhøjet blodtryk. Multisyge med hjerte-kar-sygdomme har de laveste fysiske helbredsscorer blandt alle sygdomsgrupperne.

Samlet mentalt helbred blandt de 17 grupper af multisyge sammenlignet med befolkningen generelt

- 6 grupper har et *lidt dårligere* mentalt helbred end befolkningen generelt (højeste til laveste score: forhøjet blodtryk, allergi, tinnitus, grå stær, astma og slidgigt).
- 7 grupper har et *moderat dårligere* mentalt helbred end befolkningen generelt (højeste til laveste score: diabetes, kræft, diskusprolaps eller andre rygsygdomme, leddegigt, knogleskørhed, migræne eller hyppig hovedpine og KOL).
- 4 grupper har et *meget dårligere* mentalt helbred end befolkningen generelt (højeste til laveste score: blodprop i hjertet, hjerneblødning/blodprop i hjernen, hjertekrampe og psykiske lidelser).

Den største forskel i det samlede mentale helbred mellem de 17 grupper af multisyge ses mellem gruppen med forhøjet blodtryk og gruppen med psykiske

lidelser. Med et gennemsnit på henholdsvis 46,8 point og 37,9 point er forskellen på 8,9 point, hvilket er en stor forskel.

Ligesom ved det fysiske helbred ses det, at samtlige grupper af multisyge har et mentalt helbred, der er dårligere end i befolkningen som helhed. Dog er der færre grupper, hvor det samlede mentale helbred er meget dårligere end i befolkningen, end det var tilfældet med det samlede fysiske helbred. De fire grupper med det dårligste mentale helbred omfatter multisyge med blodprop i hjertet, hjerneblødning/blodprop i hjernen, hjertekrampe og psykiske lidelser. Multisyge med hjerte-kar-sygdommene blodprop i hjertet, hjerneblødning/blodprop i hjernen og hjertekrampe tilhører således grupperne med både dårligst fysisk helbred og dårligst mentalt helbred. Gruppen med psykiske lidelser og multisygdom har den laveste mentale helbredsscore blandt alle repræsenterede grupper af kronisk syge.

Forskel mellem samlet fysisk helbred og samlet mentalt helbred for hver gruppe af multisyge

- 1 gruppe har et fysisk helbred, der er *lidt bedre* end det mentale helbred (psykiske lidelser).
- Ved 4 grupper er der ikke nogen forskel i det samlede fysiske og mentale helbred (migræne eller hyppig hovedpine, allergi, astma og tinnitus).
- 1 gruppe har et fysisk helbred, der er *moderat dårligere* end det mentale helbred (blodprop i hjertet).
- De resterende 11 grupper har et fysisk helbred, der er *lidt dårligere* end det mentale helbred.

Opgørelserne viser, at hovedparten af grupper af multisyge har et dårligere fysisk helbred end mentalt helbred, om end begge dele er dårligere hos multisyge sammenlignet med befolkningen som helhed. Kun i gruppen af personer med psykiske lidelser og multisygdom er det fysiske helbred bedre end det mentale.

SF-12-profiler for hver kronisk sygdom (monosyge vs. multisyge)

I ovenstående analyser er der redegjort for variationen i fysisk og mentalt helbred mellem de 17 grupper af monosyge og tilsvarende mellem de 17 grupper af multisyge. Grupperne er ligeledes sammenlignet med befolkningen som helhed.

I det følgende redegøres der for, hvor store forskelle der er i henholdsvis det fysiske og mentale helbred mellem monosyge og multisyge ved hver af de 17 sygdomme. Er der eksempelvis stor forskel i den helbredsrelaterede livskvalitet hos personer udelukkende med leddegigt sammenlignet med personer med leddegigt plus en eller flere andre kroniske sygdomme? Og er der størst forskel på det fysiske helbred eller det mentale helbred?

Forskel i samlet fysisk helbred mellem monosyge og multisyge for hver af de 17 sygdomme

- Ved 1 gruppe er det fysiske helbred i den multisyge gruppe *lidt dårligere* end i den monosyge gruppe (blodprop i hjertet).
- Ved 2 grupper er det fysiske helbred i den multisyge gruppe *moderat dårligere* end i den monosyge gruppe (kræft og KOL).
- Ved de resterende 14 grupper er det fysiske helbred i den multisyge gruppe *meget dårligere* end i den monosyge gruppe.

Den mindste forskel i fysisk helbred ses således blandt personer med blodprop i hjertet, hvor personer kun med blodprop har en score på 40,9 point, mens personer med blodprop i hjertet og én eller flere andre sygdomme har en score på 36,8 point. Forskellen viser, at personer med andre sygdomme ud over blodprop i hjertet kun har et lidt dårligere helbred end personer, der udelukkende har blodprop i hjertet. Forklaringen skal findes i, at de monosyge med blodprop i hjertet er en patientgruppe, der allerede har et meget dårligt fysisk helbred, til trods for at der ikke er andre samtidige sygdomme.

Den største forskel i fysisk helbred ses blandt personer med knogleskørhed, hvor personer udelukkende med knogleskørhed har en score på 50,8 point, mens personer med knogleskørhed og én eller flere andre sygdomme har en score på 38,6 point, en forskel på 12,2 point. Det viser, at multisyge personer med knogleskørhed gennemsnitligt set har et meget dårligere fysisk helbred sammenlignet med personer, der ikke har andre sygdomme end knogleskørhed.

Den samlede opgørelse tydeliggør, at personer med en kronisk sygdom generelt har et dårligere fysisk helbred, hvis sygdommen ledsages af andre kroniske

sygdomme frem for at stå alene, og at hovedparten af de multisyge har et meget dårligere helbred sammenlignet med de monosyge. Ved alle andre sygdomme end blodprop i hjertet er forskellene mellem de monosyge og de multisyge større end 5 point, hvormed de vurderes at være klinisk og praktisk relevante.

Forskel i samlet mentalt helbred mellem monosyge og multisyge for hver af de 17 sygdomme

- Ved 1 gruppe er det mentale helbred i den multisyge gruppe *lidt dårligere* end i den monosyge gruppe (psykiske lidelser).
- Ved 3 grupper er det mentale helbred i den multisyge gruppe *meget dårligere* end i den monosyge gruppe (knogleskørhed, hjertekrampe og leddegigt).
- Ved de resterende 13 grupper er det mentale helbred i den multisyge gruppe *moderat dårligere* end i den monosyge gruppe.

Den mindste forskel i mentalt helbred ses blandt personer med psykiske lidelser, hvor personer udelukkende med psykiske lidelser har en score på 42,6 point, mens personer med psykiske lidelser og én eller flere andre sygdomme har en score på 37,9 point. En forskel på 4,7 point, som viser, at det mentale helbred er lidt dårligere blandt de multisyge. Den lille forskel skal ses i lyset af, at de monosyge med psykiske lidelser er en patientgruppe, der har et betydeligt nedsat mentalt helbred, til trods for at der ikke er andre samtidige sygdomme.

Den største forskel i mentalt helbred ses ved knogleskørhed, hvor personer kun med knogleskørhed har en score på 53,4 point, mens personer med knogleskørhed og én eller flere andre sygdomme har en score på 43,3 point. Der er således en stor forskel mellem grupperne på 10,1 point. Multisyge med knogleskørhed har dermed både et meget dårligere fysisk helbred og et meget dårligere mentalt helbred sammenlignet med personer, der ikke har andre sygdomme end knogleskørhed.

Ovenstående opgørelse viser, at personer med en kronisk sygdom generelt har et dårligere mentalt helbred, hvis sygdommen ledsages af andre kroniske sygdomme frem for at stå alene. Ved alle sygdommene, undtagen psykiske lidelser, er forskellene mellem de monosyge og de multisyge større end 5 point, hvormed de vurderes at være klinisk og praktisk relevante. Dog er der tale om moderate forskelle ved hovedparten af tilfældene og ikke store forskelle, som det hovedsagligt var tilfældet med det fysiske helbred. Kun ved knogleskørhed, hjertekrampe eller leddegigt er det mentale helbred meget dårligere blandt de multisyge sammenholdt med de monosyge.

Sammenfatning af SF-12-profiler for personer med kronisk sygdom

Langt hovedparten med én kronisk sygdom har et fysisk og mentalt helbred, der enten er bedre eller lige så godt som i befolkningen generelt opgjort ved hjælp af SF-12's to samlede helbredsskalaer *fysisk helbred* og *mentalt helbred*. Man bør her huske på, at fire ud af ti personer i hele befolkningen er multisyge. Kun personer med KOL eller en af hjerte-kar-sygdommene (hjertekrampe, hjerneblødning/blodprop i hjernen eller blodprop i hjertet) har et fysisk helbred, der er dårligere end i befolkningen generelt. Særligt personer med blodprop i hjertet har et meget dårligere fysisk helbred, selv om de kun har den ene sygdom. Kun personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen eller psykiske lidelser har et dårligere mentalt helbred end befolkningen generelt. Særligt personer med psykiske lidelser adskiller sig – ikke uventet – ved at have det dårligste mentale helbred.

I modsætning til grupper med kun én kronisk sygdom har samtlige grupper af multisyge et både fysisk og mentalt helbred, der er dårligere end i befolkningen som helhed. Multisyge med psykiske lidelser, en af de fire muskel-skelet-sygdomme, grå stær, diabetes, kræft, KOL, blodprop i hjertet, hjerneblødning/blodprop i hjernen eller hjertekrampe har alle et fysisk helbred, der er meget dårligere end i befolkningen generelt. De tre sidstnævnte grupper med en hjerte-kar-sygdom og én eller flere andre sygdomme har det dårligste fysiske helbred blandt alle grupper med kroniske sygdomme. De har ligeledes et mentalt helbred, der er meget dårligere end i befolkningen som helhed. Det gælder også gruppen med psykiske lidelser og én eller flere andre sygdomme, som har det dårligste mentale helbred af alle sygdomsgrupperne. Samlet set er der en større andel blandt personer, der er multisyge, hvor det fysiske helbred er meget dårligere sammenlignet med befolkningen, end hvor det mentale helbred er meget dårligere sammenlignet med befolkningen.

Analyserne viser, at personer med en kronisk sygdom både har et dårligere fysisk helbred og et dårligere mentalt helbred, hvis sygdommen ledsages af andre kroniske sygdomme frem for at stå alene. Ved alle kroniske sygdomme, undtagen blodprop i hjertet, kræft og KOL, har multisyge i gennemsnit et meget dårligere fysisk helbred end monosyge. Det mentale helbred er derimod moderat dårligere hos de multisyge sammenlignet med de monosyge ved alle 17 sygdomme, undtagen knogleskørhed, hjertekrampe og leddegigt, hvor det mentale helbred er meget dårligere blandt multisyge, og psykiske lidelser, hvor det mentale helbred er lidt dårligere blandt multisyge end monosyge.

Alle forskelle mellem monosyge og multisyge er større end 5 point, hvormed de vurderes at være klinisk og praktisk relevante. De eneste undtagelser er ved blodprop i hjertet, hvor monosyge har et så dårligt fysisk helbred, at helbredet blandt de multisyge kun er lidt dårligere (4,7 point), og tilsvarende ved psykiske lidelser, hvor monosyge har et så dårligt mentalt helbred, at helbredet blandt de multisyge kun er lidt dårligere (4,7 point).

Der kan være mange årsager til den variation i helbredsrelateret livskvalitet, som SF-12-profilerne viser mellem de forskellige befolkningsgrupper med en eller flere kroniske sygdomme. Ud over sygdommene i sig selv spiller blandt andet alder, sociale forhold og sundhedsvaner en rolle for den helbredsrelaterede livskvalitet. Uanset de bagvedliggende årsager peger SF-12-profilerne på særlige udfordringer i den helbredsrelaterede livskvalitet, som gør sig gældende for kronisk syge og her især for multisyge. Disse udfordringer er vigtige at tage i betragtning, når forebyggelse, behandling og rehabiliteringsindsatser skal planlægges for personer med kronisk sygdom.

Figur 9.32
En del eller meget nedsat arbejdsevne blandt personer i den erhvervsaktive alder (16-64 år) – kroniske sygdomme og multisygdom

		Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Alle		17	102.000
Kroniske sygdomme			
Hjerneblødning, blodprop i hjernen		69	4.400
Blodprop i hjertet		55	2.000
Hjertekrampe		54	4.400
KOL		52	8.800
Knogleskørhed		51	6.000
Leddegigt		47	15.000
Psykiske lidelser		47	39.000
Diabetes		45	10.000
Grå stær		45	3.300
Kræft		44	5.300
Diskusprolaps, andre rygsygdomme		44	38.000
Slidgigt		40	39.000
Forhøjet blodtryk		32	25.000
Migræne, hyppig hovedpine		32	34.000
Astma		30	12.000
Tinnitus		27	20.000
Allergi		19	26.000
Antallet af kroniske sygdomme			
Ingen af de 17 sygdomme		4	7.800
En sygdom		10	17.000
To-tre sygdomme	Multisygdom	27	44.000
Fire+ sygdomme	Multisygdom	61	32.000

Signifikant større end blandt alle i den erhvervsaktive alder (16-64 år)
Signifikant mindre end blandt alle i den erhvervsaktive alder (16-64 år)
Alle i den erhvervsaktive alder (16-64 år)

Nedsat arbejdsevne blandt personer med kronisk sygdom

I det følgende beskrives sammenhængen mellem kronisk sygdom og nedsat arbejdsevne hos personer i alderen 16-64 år.

Blandt personer i den erhvervsaktive alder er nedsat arbejdsevne generelt forbundet med øget risiko for længerevarende sygefravær og førtidspensionering (44). Derudover er graden af nedsat arbejdsevne ligeledes en prædiktor for øget sygefravær, idet personer, der i højere grad føler, at deres arbejdsevne er nedsat, har mere sygefravær end gennemsnittet (45). Endvidere tyder forskning på, at støttet beskæftigelse frem for ledighed fremmer sundhed og trivsel for personer med nedsat arbejdsevne (46). Der er derfor et sundhedsmæssigt potentiale i at kunne understøtte personer med nedsat arbejdsevne i at have en tilknytning til arbejdsmarkedet.

Kronisk sygdom er i høj grad medvirkende til at skubbe folk ud af arbejdsmarkedet. Det er derfor relevant at belyse, hvilke grupper af de kronisk syge der i særlig grad vurderer deres arbejdsevne som nedsat. Formålet er at kunne understøtte initiativer, der kan hjælpe personer med kronisk sygdom til at opretholde en tilknytning til arbejdsmarkedet.

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. Årsagerne kan også være rent fysisk betingede, rent psykiske eller en kombination. Det er personens egen vurdering af sit fysiske, sociale og mentale helbred samlet set, der – i kombination med krav og forventninger til arbejdsudførelsen – afgør, om personen føler, at arbejdsevnen er nedsat – og i så fald i hvor høj grad.

Der er i *Hvordan har du det? 2017* spurgt til nedsat arbejdsevne med spørgsmålet: "Føler du, at din arbejdsevne er nedsat? Her tænkes på en mere varig nedsættelse af arbejdsevnen, *ikke* nedsættelse som følge af forbigående sygdom m.v.". Spørgsmålet har følgende svarmuligheder: 'Nej', 'Ja, en smule', 'Ja, en del' og 'Ja, meget'.

I det følgende fokuseres der på personer med en del eller meget nedsat arbejdsevne. Der er 17 % blandt de 16-64-årige, som har en del eller meget nedsat arbejdsevne (ca. 102.000 personer), jf. figur 9.32. Der er desuden 17 %, som føler, at deres arbejdsevne er nedsat en smule (ikke vist).

Af figur 9.32 fremgår andelen med en del eller meget nedsat arbejdsevne blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom.

Der ses en meget markant sammenhæng mellem forekomst af kronisk sygdom og andelen med en del eller meget nedsat arbejdsevne. Ved alle 17 sygdomme ses en signifikant større andel end blandt alle 16-64-årige i regionen. Andelen varierer fra 19 % blandt personer med allergi til 69 % blandt personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen.

Hvis man ser på antallet af personer med nedsat arbejdsevne, er det tydeligt, at særligt personer med psykiske lidelser, diskusprolaps eller andre rygsygdomme, slidgigt og migræne eller hyppig hovedpine udgør en stor andel. Dette billede stemmer overens med den viden, der er omkring typiske årsager til sygefravær og tilkendelser af førtidspension (47-48). Derudover ses det også, at der blandt personer med en del eller meget nedsat arbejdsevne er et betragteligt antal personer med forhøjet blodtryk, tinnitus eller allergi.

Figur 9.32 viser også, at der er en meget markant stigning i andelen med en del eller meget nedsat arbejdsevne i takt med et stigende antal kroniske sygdomme. Andelen varierer fra 4 % blandt personer med ingen sygdomme til 61 % blandt personer med fire eller flere kroniske sygdomme. Ser man på antallet af personer med en del eller meget nedsat arbejdsevne, har ca. tre ud af fire personer multisygdom.

Figur 9.33
Brug for hjælp til dagligdagens gøremål (25 år og derover) – kroniske sygdomme og multisygdom

		Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Alle		14	124.000
Kroniske sygdomme			
Hjerneblødning, blodprop i hjernen		53	9.000
Hjertekrampe		45	8.500
Knogleskørhed		42	16.000
Blodprop i hjertet		41	4.800
KOL		37	15.000
Grå stær		34	14.000
Leddegigt		33	19.000
Psykiske lidelser		32	32.000
Kræft		32	9.100
Diabetes		31	16.000
Diskusprolaps, andre rygsygdomme		30	39.000
Slidgigt		27	53.000
Forhøjet blodtryk		24	41.000
Astma		24	14.000
Migræne, hyppig hovedpine		23	30.000
Tinnitus		17	21.000
Allergi		15	24.000
Antallet af kroniske sygdomme			
Ingen af de 17 sygdomme		4	9.200
En sygdom		8	19.000
To-tre sygdomme	Multisygdom	18	47.000
Fire+ sygdomme		42	43.000

Signifikant større end i hele befolkningen på 25 år og derover
Signifikant mindre end i hele befolkningen på 25 år og derover
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen på 25 år og derover

Brug for hjælp til dagligdagens gøremål blandt personer med kronisk sygdom

I dette afsnit opgøres andelen af befolkningen på 25 år og derover med kronisk sygdom, der har brug for hjælp til at klare dagligdagens gøremål.

I *Hvordan har du det? 2017* er behovet for hjælp undersøgt ved brug af et såkaldt ADL-mål, hvor ADL står for *Activities of Daily Living*, på dansk betegnet som almindelig daglig levevis (49). Med målet opgøres det, hvor stor en andel der på grund af deres helbred har brug for hjælp til en eller flere af i alt ti hverdagsaktiviteter fra indkøb og rengøring til at spise, klæde sig på og vaske sig. Brug for hjælp til at gå til læge er f.eks. også indeholdt heri.

Spørgsmålet er kun stillet til personer på 25 år og derover.

Det fremgår af figur 9.33, at 14 % af befolkningen på 25 år og derover har brug for hjælp til at klare sine daglige gøremål, og at der er en markant sammenhæng mellem kronisk sygdom og behov for hjælp.

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der har brug for hjælp til dagligdagens gøremål, blandt alle sygdomsgrupperne, undtagen personer med allergi. Blandt sygdommene med en større andel varierer andelen fra 17 % hos personer med tinnitus til 53 % hos personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen.

Af figur 9.2 fremgik det, at der ud af de 17 kroniske sygdomme i *Hvordan har du det?* var syv sygdomme, hvor 90 % eller flere med de pågældende sygdomme havde multisygdom. Det er de samme syv sygdomme, som ligger øverst i figur 9.33, med den største andel, der har brug for hjælp til dagligdagens gøremål.

Tre af de fire sygdomme, hvor der er de største andele med brug for hjælp, udgøres af hjerte-kar-sygdommene hjerneblødning/blodprop i hjernen, hjertekrampe og blodprop i hjertet. De foregående SF-12-profiler viste, at særligt multisyge blandt disse sygdomsgrupper havde et meget dårligere helbred både fysisk og mentalt sammenlignet med hele befolkningen.

Af figur 9.33 ses det også, at andelen med brug for hjælp til dagligdagens gøremål stiger markant med antallet af kroniske sygdomme – fra 4 % blandt personer uden kronisk sygdom til 42 % blandt personer med fire eller flere kroniske sygdomme.

Ser man på antallet af personer, der har brug for hjælp til dagligdagens gøremål, er det ca. 124.000 personer på 25 år og derover i regionen. I runde tal har knap halvdelen heraf slidgigt, hver tredje har diskusprolaps eller andre rygsygdomme, hver fjerde har psykiske lidelser, og tre ud af fire har multisygdom.

Figur 9.34
Svær ensomhed og depression – kroniske sygdomme og multisygdom

	Svær ensomhed Pct.	Depression Pct.	Svær ensomhed Personer	Depression Personer
Alle	8	6	75.000	58.000
Kroniske sygdomme				
Psykiske lidelser	26	26	31.000	32.000
Hjertekrampe	13	16	2.700	3.300
Migræne, hyppig hovedpine	15	14	21.000	21.000
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	13	14	2.100	2.200
KOL	13	11	5.400	4.800
Blodprop i hjertet	11	11	1.200	1.300
Leddegigt	12	11	7.100	6.500
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	11	10	14.000	13.000
Astma	12	10	8.100	6.700
Diabetes	9	9	4.700	4.800
Knogleskørhed	11	9	4.400	3.700
Kræft	7	9	2.000	2.500
Allergi	10	8	19.000	16.000
Tinnitus	11	7	14.000	9.400
Slidgigt	9	7	17.000	14.000
Forhøjet blodtryk	8	7	13.000	11.000
Grå stær	8	6	3.300	2.600
Antallet af kroniske sygdomme				
Ingen af de 17 sygdomme	4	2	13.000	6.500
En sygdom	7	4	18.000	12.000
To-tre sygdomme (Multisygdom)	9	8	27.000	24.000
Fire+ sygdomme (Multisygdom)	16	15	17.000	16.000

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

Ensomhed og depression blandt personer med kronisk sygdom

I dette afsnit undersøges det, hvor stor en andel af borgerne med kronisk sygdom der lider af svær ensomhed og depression.

Depression er en vigtig årsag til sygefravær i Danmark (29) og øger risikoen for diabetes, hjerte-kar-sygdomme, selvmord og kortere levetid (50). Depression øger desuden risikoen for ensomhed, ligesom ensomhed øger risikoen for depression (51-53).

Ensomhed er også et selvstændigt folkesundhedsproblem, som har negative konsekvenser for trivsel og helbred (53-55). Der er forskningsmæssig dokumentation for, at ensomhed øger risikoen for forhøjet blodtryk (56), hjerte-kar-sygdomme (55, 57), søvnforstyrrelse (58), smerter (59) og kortere levetid (54, 60).

Personer med kronisk sygdom, der er svært ensomme eller har en depression, er således i forhøjet risiko for negative helbredskonsekvenser, og de kan have sværere ved at følge deres behandling.

Analyserne her giver et billede af, ved hvilke af de kroniske sygdomme der er en relativt større risiko for svær ensomhed eller depression. Det er vigtigt at understrege, at analyserne ikke siger noget om årsager. Der kan være bagvedliggende biologiske eller sociale faktorer, som er årsag til både somatisk og psykisk sygdom/dårlig mental sundhed. Derudover kan somatiske sygdomme i høj grad påvirke den mentale sundhed og det mentale helbred, herunder oplevelsen af ensomhed og udvikling af psykiske lidelser som f.eks. depression, ligesom depression og ensomhed kan have negative konsekvenser for det fysiske helbred. Uanset årsagerne til den samtidige forekomst kan denne viden være nyttig ud fra et målgruppeperspektiv, idet den mentale sundhed og helbredstilstand er vigtig at have for øje ved tilrettelæggelse af indsatser for borgere med kronisk sygdom.

Svær ensomhed er i *Hvordan har du det? 2017* opgjort på bagrund af Three-Item Loneliness Scale (T-ILS). T-ILS omfatter 3 spørgsmål, der belyser, i hvilket omfang svarpersonen føler sig isolereret, savner nogen at være sammen med og føler sig udenfor (se kap. 8).

Depression måles i *Hvordan har du det? 2017* med Major Depression Inventory (MDI). MDI omfatter 12 spørgsmål, der belyser 10 symptomer på depression. I det følgende belyses forekomsten af let, moderat og svær depression under fællesbetegnelsen 'depression' (se kap. 8).

Figur 9.34 viser, at der er stor variation i andelen med svær ensomhed og depression blandt personer med forskellige kroniske sygdomme.

Sammenholdt med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der er svært ensomme, blandt personer med psykiske lidelser, hjertekrampe, migræne eller hyppig hovedpine, hjerneblødning/blodprop i hjernen, KOL, leddegigt, diskusprolaps eller andre rygsygdomme, astma, knogleskørhed, allergi, tinnitus og slidgigt.

Ved disse sygdomsgrupper varierer andelen med svær ensomhed fra 9 % blandt personer med slidgigt til 26 % blandt personer med psykiske lidelser. I sidstnævnte gruppe er andelen mere end tre gange så stor som i befolkningen generelt.

Sammenholdt med hele befolkningen er der en signifikant større andel med depression blandt alle sygdomsgrupperne, undtagen forhøjet blodtryk og grå stær. Blandt de 15 sygdomme med signifikant større andele varierer andelen fra 7 % hos personer med tinnitus eller slidgigt til 26 % hos personer med psykiske lidelser. Blandt de somatiske sygdomme finder man den højeste forekomst ved hjertekrampe, hvor 16 % har depression. At den største andel ses blandt personer med psykiske lidelser er forventeligt, eftersom depression er en del af dette sygdomsspektrum. Analysen viser, at én ud af fire med psykiske lidelser som minimum har depression. Derudover ses det, at andelen med depression er mere end dobbelt så stor blandt personer med hjertekrampe, migræne/hyppig hovedpine eller hjerneblødning/blodprop i hjernen end i befolkningen generelt.

Det ses endvidere af figur 9.34, at både andelen med svær ensomhed og andelen med depression stiger markant med antallet af kroniske sygdomme. Sammenholdt med befolkningen generelt er der en lavere andel med svær ensomhed og depression blandt personer, der ikke har nogen af de 17 kroniske sygdomme fra *Hvordan har du det?* (henholdsvis 4 %, som føler sig svært ensomme, og 2 % med depression). Modsat er der en større andel blandt de multisyge grupper. Blandt personer med fire eller flere kroniske sygdomme er der 16 %, der føler sig svært ensomme, og 15 % med depression.

SEKTION 4: KONTAKTEN MED SUNDHEDSVÆSENET

Personer med kronisk sygdom er ofte i kontakt med sundhedsvæsenet (4, 61). Kontakten kan eksempelvis gælde egen læge, hospitalsafdelinger, praktiserende speciallæger, fysioterapeuter, psykologer, apoteker mv. Det kan endvidere dreje sig om kontakter til kommunale medarbejdere, idet en stor del af forebyggelses- og plejeopgaven vedrørende kroniske patienter i dag varetages af kommunerne. Særligt personer med multisygdom har typisk mange kontakter, f.eks. i form af flere hospitalsindlæggelser og flere konsultationer ved egen læge (62-63).

Den oplevede byrde ved at have en eller flere kroniske sygdomme betegnes som *sygdomsbyrden* (på engelsk *burden of illness*) og omfatter blandt andet symptomer, gener, smerter og nedsat funktionsevne. Den løbende forebyggelse, kontrol og behandling er vigtig for de kroniske patienter for at minimere sygdomsbyrden og sikre dem en så god livskvalitet som muligt på trods af deres sygdom.

At følge en ordineret behandling kan imidlertid også opleves som en byrde. Man taler her om *behandlingsbyrden* (på engelsk *burden of treatment*). Kronisk sygdom, og i særdeleshed multisygdom, kan være forbundet med en betydelig behandlingsbyrde for patienten (4, 7, 9). Behandlingsbyrden omfatter den tid og de ressourcer, patienten bruger på at følge et behandlingsforløb. Det kan dreje sig om koordinering af aftaler, konsultationer, transport til og fra konsultationer og egenomsorgsopgaver, herunder medicinering, hjemmemonitorering, gennemførelse af livsstilsændringer mv. (8-9).

Desværre oplever mange kroniske patienter et fragmenteret og usammenhængende behandlingsforløb, særligt når der er tale om behandling af flere forskellige sygdomme (4, 7). Det øger behandlingsbyrden. Årsager hertil er blandt andet et højt specialiseret hospitalsvæsen med mangelfuld koordinering på tværs af faglige specialer og sektorer (4, 7).

Hvis behandlingsbyrden er stor, kan det mindske motivationen for at følge behandlingen eller overstige patientens muligheder og evner, så efterlevelsen af behandlingen bliver mangelfuld.

Oplevelse af behandlingsbyrde er subjektiv og afhænger af en lang række andre faktorer end behandlingsomfanget i sig selv. Dette er søgt indfanget i en teoretisk model – *den kumulative kompleksitetsmodel* – der indeholder den samlede "arbejdsbyrde", en person har, i form af sygdomsbyrde, behandlingsbyrde og forpligtelser i forhold til arbejde, familie, økonomi mv. Arbejdsbyrden afvejes i modellen mod den samlede kapacitet, som personen har, i form af fysisk og mentalt helbred, kognitive evner inkl. sundhedskompetence, økonomi, social støtte mv., til at håndtere arbejdsbyrden (64).

Modellen illustrerer, hvordan kombinationen af personens samlede arbejdsbyrde og kapacitet påvirker dennes tilgang til og udnyttelse af behandlingsmuligheder og mestring af egenomsorg. Ubalancer, som opstår, når den samlede byrde overstiger den samlede kapacitet, kan føre til manglende efterlevelse af optimal behandling med forværring af helbredstilstanden til følge, hvilket kan sætte gang i en negativ spiral med endnu større arbejdsbyrde og formindsket kapacitet osv.

Der er derfor argumenteret for, at der i sundhedsvæsenet er behov for en behandlingstilgang, der i højere grad balancerer behandlingsmulighederne med patienternes egne behov og aktuelle livssituation (65). Formålet er at sikre et behandlingsforløb, der er fagligt forsvarligt og samtidig skaber så lidt forstyrrelse i patientens liv som muligt. På engelsk betegnes tilgangen som *minimally disruptive medicine*, på dansk kunne man tale om *minimalt forstyrrende behandling*.

Hvordan har du det? 2017 indeholder oplysninger om borgere i behandling og deres oplevede behandlingsbyrde. Det er derfor muligt at undersøge, om der f.eks. er grupper i befolkningen, som i særlig grad oplever en stor behandlingsbyrde.

Et andet vigtigt aspekt ved at have kronisk sygdom og være i hyppig kontakt med sundhedsvæsenet er behovet for at kunne læse information på medicinpakninger, at kunne spørge sundhedspersonalet til råds og bruge den information, man får, på en hensigtsmæssig måde. Problemer hermed kan ligeledes føre

til mangelfuld efterlevelse af optimal behandling med øget risiko for forringet helbred.

Hvordan har du det? 2017 indeholder oplysninger om borgernes sundhedskompetence, defineret som den enkeltes evne til at få adgang til, forstå, vurdere og anvende information om sundhed (66-67). Det gør det muligt at undersøge, hvilke grupper i befolkningen der i særlig grad oplever det som svært at anvende information om sundhed og kommunikere med sundhedspersonalet.

I det følgende gives først en beskrivelse af borgere, der er i behandling, og dernæst af deres oplevede behandlingsbyrde. Der afsluttes med analyser af borgernes sundhedskompetence.

Borgere i behandling

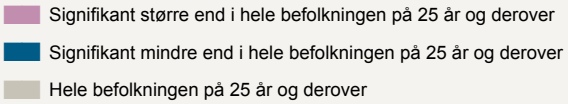
Hvorvidt en person er i behandling eller ej, er i *Hvordan har du det? 2017* belyst ved spørgsmålet: "Får du behandling eller medicin for en eller flere sygdomme, eller går du til genoptræning eller regelmæssig kontrol?" med svarmulighederne 'Ja' og 'Nej'. Spørgsmålet er kun stillet til personer på 25 år og derover.

På tidspunktet for *Hvordan har du det?*-undersøgelsen fik knap halvdelen (47 %) af befolkningen på 25 år og derover i Region Midtjylland behandling eller medicin for en eller flere sygdomme eller gik til genoptræning eller regelmæssig kontrol (herefter benævnt 'behandling'). Det svarer til ca. 395.000 personer.

I det følgende opgøres omfanget af personer på 25 år og derover i behandling i forhold til køn, alder, sociale forhold, geografi, kronisk sygdom og multisygdom.

Figur 9.35
Borgere i behandling (25 år og derover) – køn, alder og sociale forhold

	Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Alle	47	395.000
Køn		
Mand	44	182.000
Kvinde	50	213.000
Alder		
25-34 år	25	36.000
35-44 år	32	48.000
45-54 år	41	70.000
55-64 år	56	84.000
65-74 år	67	91.000
75+ år	78	66.000
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)		
Lavt (0-10 år)	61	78.000
Middel (11-14 år)	48	208.000
Højt (15+ år)	38	95.000
Erhvervstilknytning		
Studerende/skoleelever	23	5.600
Beskæftigede	34	163.000
Arbejdsløse	41	7.400
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	60	23.000
Førtidspensionister	79	31.000
Efterlønsmodtagere	63	12.000
Folkepensionister	72	147.000
Etnisk baggrund		
Dansk	48	365.000
Anden vestlig	39	14.000
Ikke-vestlig	37	17.000
Bolig		
Ejer	46	256.000
Lejer	49	119.000
Bor med ægtefælle/samlever		
Nej	55	124.000
Ja	44	262.000
Børn i hjemmet 0-15 år		
Nej	54	285.000
Ja	29	65.000



Borgere i behandling – køn, alder og sociale forhold

Af figur 9.35 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen på 25 år og derover er der en signifikant større andel af personer i behandling blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer på 55 år og derover
- Personer med lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau
- Modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister, efterlønsmodtagere og folkepensionister
- Personer med dansk baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. En større andel af kvinder end mænd er i behandling.

Alder. Andelen af personer i behandling stiger markant med alderen fra én ud af fire (25 %) blandt de 25-34-årige til mere end tre ud af fire (78 %) blandt personer på 75 år og derover. Sammenlignet med hele befolkningen er andelen i behandling mindre blandt de 25-54-årige og større blandt personer på 55 år og derover.

Uddannelsesniveau. Der er en markant sammenhæng mellem uddannelsesniveau og andelen i behandling: jo højere uddannelsesniveau, jo lavere andel. Blandt personer med højt uddannelsesniveau er andelen i behandling 38 %, mens andelen blandt personer med lavt uddannelsesniveau er 61 %.

Erhvervstilknytning. Der er ligeledes en stærk sammenhæng mellem erhvervstilknytning og andelen i behandling. De mindste andele ses blandt studerende/skoleelever, beskæftigede og arbejdsløse, mens de største andele ses blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister, efterlønsmodtagere og folkepensionister. Andelen er særligt høj blandt førtidspensionister, hvor knap fire ud af fem (79 %) er i behandling. Modsat ses den mindste andel på mindre end hver fjerde (23 %) blandt studerende/skoleelever.

Etnisk baggrund. Andelen i behandling er størst blandt personer med dansk baggrund og mindst blandt personer med anden vestlig baggrund end dansk og ikke-vestlig baggrund.

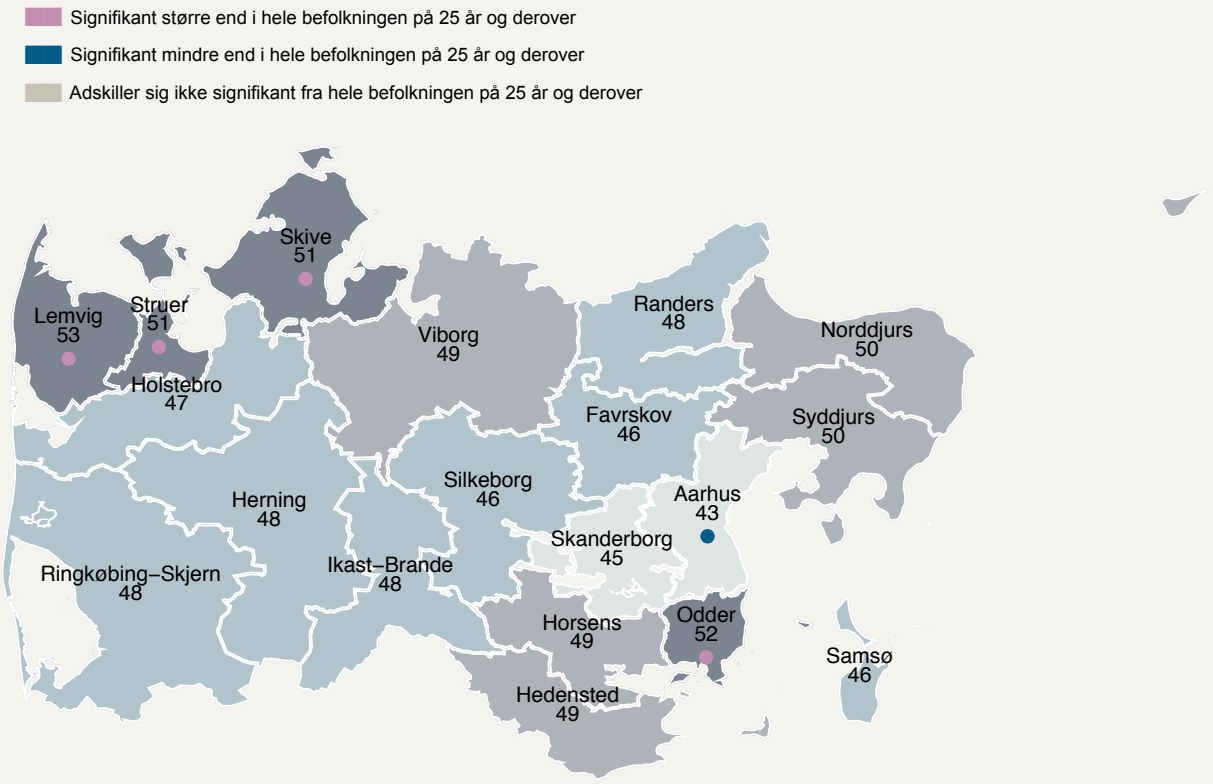
Bolig. Andelen i behandling er større blandt personer, der bor i lejebolig, end blandt personer, der bor i ejerbolig.

Bor med ægtefælle/samlever. Andelen i behandling er markant større blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, end blandt personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. En markant større andel personer uden børn i hjemmet er i behandling, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

Figur 9.36
Borgere i behandling (25 år og derover) – kommuner

	Pct.	Antal personer i kommunerne
Lemvig	53	7.400
Odder	52	7.600
Struer	51	7.400
Skive	51	16.000
Norddjurs	50	13.000
Syddjurs	50	14.000
Viborg	49	30.000
Horsens	49	28.000
Hedensted	49	15.000
Ikast-Brande	48	13.000
Herning	48	27.000
Randers	48	31.000
Ringkøbing-Skjern	48	18.000
Holstebro	47	18.000
Silkeborg	46	28.000
Samsø	46	1.300
Favrskov	46	14.000
Skanderborg	45	18.000
Aarhus	43	89.000
Region Midtjylland	47	395.000



Borgere i behandling – kommuner

Af figur 9.36 fremgår andelen af borgere på 25 år og derover i kommunerne, der er i behandling.

Sammenlignet med hele befolkningen på 25 år og derover i Region Midtjylland er der en signifikant større andel af personer i behandling i følgende kommuner:

- Lemvig
- Odder
- Struer
- Skive

I disse kommuner varierer andelen fra 51 % i Struer og Skive til 53 % i Lemvig.

Sammenlignet med hele befolkningen på 25 år og derover i Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel i behandling i Aarhus Kommune, hvor andelen udgør 43 %.

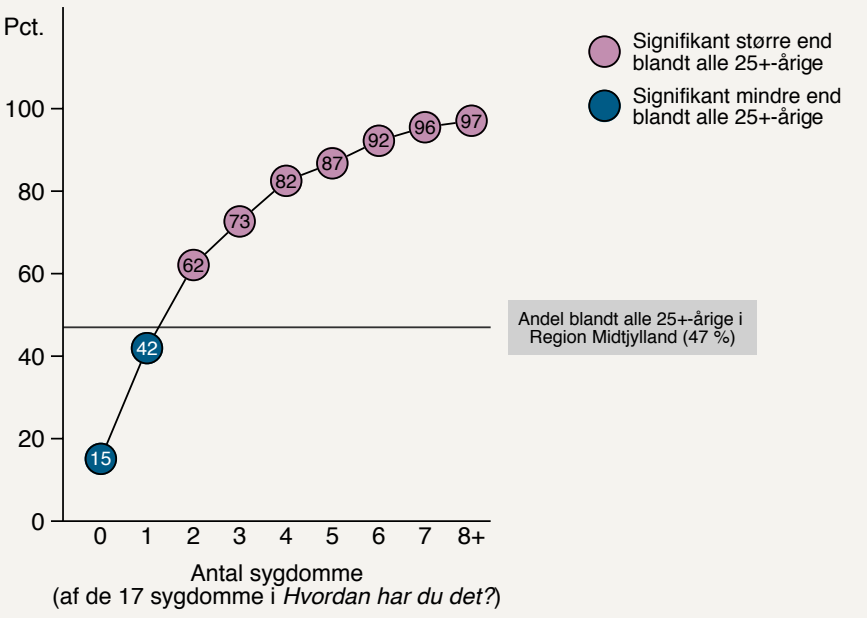
Figur 9.37
Borgere i behandling (25 år og derover) – kroniske sygdomme

	Monosyge (1 sygdom) Pct.	Multisyge (2 eller flere sygdomme) Pct.	Monosyge (1 sygdom) Personer	Multisyge (2 eller flere sygdomme) Personer
Kroniske sygdomme				
Diabetes	95	95	5.400	42.000
Knogleskørhed	81	89	3.300	30.000
Forhøjet blodtryk	73	88	22.000	121.000
Hjerte-kar-sygdomme*	73	91	2.500	32.000
Kræft	69	87	3.000	21.000
KOL	67	84	2.000	31.000
Astma	64	80	3.500	41.000
Leddegigt	60	74	2.300	40.000
Psykiske lidelser	57	73	11.000	57.000
Grå stær	41	82	1.400	30.000
Slidgigt	39	75	11.000	124.000
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	36	73	7.200	77.000
Migræne, hyppig hovedpine	27	64	7.400	63.000
Allergi	22	63	11.000	73.000
Tinnitus	20	68	5.600	62.000

* Hjerte-kar-sygdomme = hjertekrampe, blodprop i hjertet og hjerneblødning/blodprop i hjernen.

Signifikant større end i hele befolkningen på 25 år og derover
Signifikant mindre end i hele befolkningen på 25 år og derover
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen på 25 år og derover

Figur 9.38
Borgere i behandling (25 år og derover) – antallet af kroniske sygdomme



Borgere i behandling – kronisk sygdom

Figur 9.37 viser, hvor stor en andel af borgerne på 25 år og derover med kronisk sygdom der var i behandling på tidspunktet for *Hvordan har du det?*-undersøgelsen. For hver af de 17 sygdomme er personerne inddelt i grupperne monosyge og multisyge.

Formålet med opdelingen i monosyge og multisyge er at vise forskellen i andelen, der er i behandling, hos personer med en specifik sygdom, alt efter om der er tale om et enkelt sygdomsbillede eller et mere komplekst sygdomsbillede med flere kroniske sygdomme. Det skal understreges, at svarpersonerne ikke har oplyst, hvad de er i behandling for.

Af hensyn til antallet af respondenter i de monosyge grupper er de tre sygdomme: hjertekrampe, blodprop i hjertet og hjerneblødning/blodprop i hjernen slået sammen til én sygdomskategori (hjerte-kar-sygdomme).

Af figuren ses det, at der blandt de 17 grupper af monosyge er en meget stor variation i andelen af personer i behandling fra 20 % hos personer udelukkende med tinnitus til 95 % hos personer udelukkende med diabetes. Til sammenligning er andelen i behandling blandt alle personer på 25 år og derover 47 %.

Sammenlignet med hele befolkningen på 25 år og derover er der en signifikant større andel af personer i behandling blandt personer med én af følgende sygdomme:

- Diabetes
- Knogleskørhed
- Forhøjet blodtryk
- Hjerte-kar-sygdomme
- Kræft
- KOL
- Astma
- Leddegigt
- Psykiske lidelser

Blandt personer, der kun har én af disse sygdomme, varierer andelen i behandling fra 57 % hos personer udelukkende med psykiske lidelser til 95 % hos personer udelukkende med diabetes.

Sammenlignet med hele befolkningen på 25 år og derover er der en signifikant mindre andel af personer i behandling blandt personer med én af følgende sygdomme:

- Slidgigt
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Allergi
- Tinnitus

Blandt personer, der kun har én af disse sygdomme, varierer andelen i behandling fra 20 % hos personer udelukkende med tinnitus til 39 % hos personer udelukkende med slidgigt.

Af figuren fremgår det også, at der ved samtlige grupper af multisyge personer er en signifikant større andel i behandling end blandt befolkningen på 25 år og derover som helhed. Andelen varierer fra 63 % blandt personer med allergi og en eller flere andre sygdomme til 95 % blandt personer med diabetes og en eller flere andre sygdomme.

De største andele i behandling, både blandt monosyge og multisyge, ses hos personer med potentielt livstruende sygdomme (bortset fra knogleskørhed, hvor der også er en stor andel i behandling).

Forskellen mellem andelen i behandling blandt monosyge og multisyge varierer meget på tværs af de 17 kroniske sygdomme. Den mindste forskel ses ved diabetes, hvor andelen i behandling er 95 %, uanset om diabetes er den eneste sygdom eller forekommer sammen med andre sygdomme. Den største forskel ses ved tinnitus, hvor andelen i behandling er næsten 2,5 gange så stor, når tinnitus forekommer sammen med andre sygdomme (68 %) frem for at optræde alene (20 %).

Af figur 9.38 fremgår det, at andelen i behandling stiger markant med antallet af kroniske sygdomme; fra 15 % blandt personer, der ikke har nogen af de 17 kroniske sygdomme, som indgår i *Hvordan har du det?*, til 97 % blandt personer med otte eller flere af sygdommene. Stigningen er størst ved at gå fra ingen til én sygdom, dernæst fra én til to sygdomme og bliver gradvis mindre i takt med antallet af sygdomme. Kun hos personer med ingen eller én af de 17 kroniske sygdomme er andelen i behandling signifikant mindre end andelen blandt hele befolkningen på 25 år og derover. Blandt alle multisyge er andelen i behandling signifikant større end blandt alle personer på 25 år og derover.

Behandlingsbyrde

Oplevelsen af behandlingsbyrde er i *Hvordan har du det? 2017* undersøgt ved brug af *Multimorbidity Treatment Burden Questionnaire* (MTBQ).

MTBQ måler det besvær, som patienter oplever ved at skulle følge deres behandling. MTBQ er udviklet til indsamling af patientrapporterede oplysninger (PRO).

MTBQ består af ti spørgsmål, der tilsammen danner en skala. Spørgsmålene er kun stillet til personer på 25 år og derover, der har svaret ja til spørgsmålet "Får du behandling eller medicin for en eller flere sygdomme, eller går du til genoptræning eller regelmæssig kontrol?".

I MTBQ spørges der "Hvor stor en indsats kræver det af dig at passe dit helbred, og hvordan påvirker det din dagligdag? – Hvor besværligt er følgende for dig". Skalaens ti spørgsmål omfatter følgende forhold:

- Medicin (hente det, tage det, huske hvordan og hvornår)
- Kontakter med sundhedsvæsenet (aftale tider, have mange kontakter, komme til aftaler, som kan være besværligt grundet transport eller arbejde)
- Få klar og opdateret besked om sin helbredstilstand
- Gennemføre tilrådede livsstilsændringer
- Være afhængig af hjælp fra familie og venner

Svarmulighederne på spørgsmålene er 'Ikke besværligt', 'Lidt besværligt', 'Ret besværligt', 'Meget besværligt', 'Ekstremt besværligt' og 'Gælder ikke for mig'.

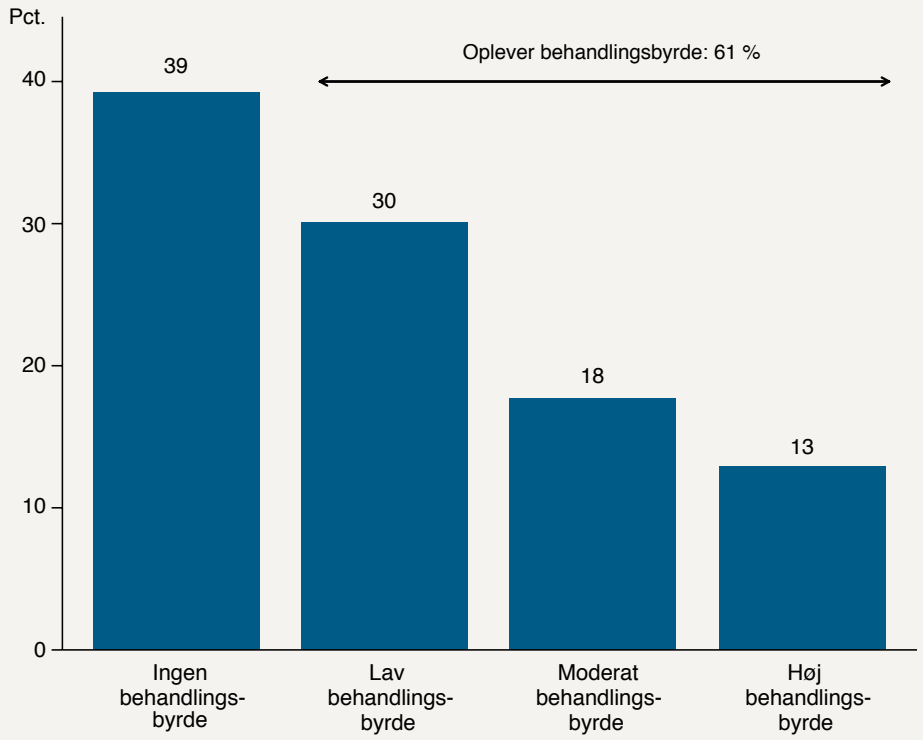
For hver person beregnes en gennemsnitlig score, hvis der er svaret på minimum 5 ud af de 10 spørgsmål. Efterfølgende beregnes en standardiseret score for alle respondenter, der går fra 0 til 100.

MTBQ er udviklet af Dr Chris Salisbury og Dr Polly Duncan ved *University of Bristol* i England som en videreudvikling af andre eksisterende skalaer til måling af behandlingsbyrde. Forfatterne har venligst stillet MTBQ til rådighed for *Hvordan har du det? 2017*.

Der er udført et engelsk valideringsstudie af MTBQ (68). På baggrund af resultaterne fra dette vurderes personer med en score på 22 eller derover til at opleve en høj behandlingsbyrde, mens personer med en score på 10 til knap 22 vurderes at opleve en moderat behandlingsbyrde. Det er disse to grupper, der fokuseres på i de følgende analyser.

Moderat og høj behandlingsbyrde opgøres i det følgende for alle personer på 25 år og derover, der er i behandling, fordelt på køn, alder, sociale forhold, geografi og kronisk sygdom og multisygdom.

Figur 9.39
Andel med behandlingsbyrde blandt personer i behandling (25 år og derover)



Hvor mange i behandling oplever behandlingsbyrde?

Af figur 9.39 ses det, at knap to ud af fem (39 %) personer på 25 år og derover, der er i behandling, ikke oplever nogen byrde i forbindelse med at passe deres behandling. De resterende tre ud af fem (61 %) oplever en behandlingsbyrde i mindre eller større grad. Det svarer til ca. 236.000 personer.

Knap hver tredje person på 25 år og derover (30 %, svarende til 117.000 personer), der er i behandling, oplever en lav behandlingsbyrde, mellem hver femte og sjette (18 %, svarende til 69.000 personer) oplever en moderat behandlingsbyrde, og mellem hver syvende og ottende (13 %, svarende til 50.000 personer) oplever en høj behandlingsbyrde.

Figur 9.40
Behandlingsbyrde blandt personer i behandling (25 år og derover) – køn, alder og sociale forhold

	Moderat behandlingsbyrde	Høj behandlingsbyrde	Moderat behandlingsbyrde	Høj behandlingsbyrde
	Pct.	Pct.	Personer	Personer
Alle	18	13	69.000	50.000
Køn				
Mand	18	13	32.000	23.000
Kvinde	18	13	37.000	27.000
Alder				
25-34 år	24	22	8.500	7.700
35-44 år	25	20	12.000	9.400
45-54 år	20	17	14.000	12.000
55-64 år	19	11	16.000	9.000
65-74 år	11	6	9.900	5.200
75+ år	14	11	9.200	6.900
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)				
Lavt (0-10 år)	18	16	13.000	12.000
Middel (11-14 år)	17	12	35.000	25.000
Højt (15+ år)	19	11	18.000	10.000
Erhvervstilknytning				
Studerende/skoleelever	31	24	1.700	1.300
Beskæftigede	19	11	31.000	18.000
Arbejdsløse	27	14	2.000	1.100
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	25	33	5.600	7.400
Førtidspensionister	28	30	8.600	9.300
Efterlønsmodtagere	9	4	1.100	500
Folkepensionister	13	8	18.000	12.000
Etnisk baggrund				
Dansk	18	12	63.000	44.000
Anden vestlig	18	15	2.400	2.000
Ikke-vestlig	22	30	3.500	4.700
Bolig				
Ejer	16	9	41.000	24.000
Lejer	21	20	25.000	24.000
Bor med ægtefælle/samlever				
Nej	20	17	25.000	21.000
Ja	16	11	42.000	28.000
Børn i hjemmet 0-15 år				
Nej	17	12	47.000	33.000
Ja	23	18	14.000	12.000

Signifikant større end i hele befolkningen på 25 år og derover, der er i behandling

Signifikant mindre end i hele befolkningen på 25 år og derover, der er i behandling

Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen på 25 år og derover, der er i behandling

Moderat og høj behandlingsbyrde – køn, alder og sociale forhold

Af figur 9.40 fremgår det, at sammenlignet med alle personer på 25 år og derover, der er i behandling, er der en signifikant større andel, der oplever en *moderat behandlingsbyrde*, blandt følgende grupper:

- Personer i alderen 25-64 år
- Studerende/skoleelever, beskæftigede, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever
- Personer med børn i hjemmet

Det ses endvidere af figur 9.40, at sammenlignet med alle personer på 25 år og derover, der er i behandling, er der en signifikant større andel, der oplever en *høj behandlingsbyrde*, blandt følgende grupper:

- Personer i alderen 25-54 år
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever
- Personer med børn i hjemmet

Køn. Der er ingen kønsforskelle i andelen, der oplever moderat eller høj behandlingsbyrde.

Alder. Andelen med *moderat behandlingsbyrde* falder markant med alderen fra at omfatte hver fjerde blandt de 25-44-årige, der er i behandling, til godt hver tiende blandt de 65-74-årige og godt hver syvende blandt personer på 75 år og derover. Ligeledes ses et markant fald med alderen i andelen, der oplever en *høj behandlingsbyrde*. Det spænder fra 22 % blandt de 25-34-årige til 6 % blandt de 65-74-årige. Sidstnævnte gruppe er den eneste med høj behandlingsbyrde, der er signifikant mindre end blandt alle personer i behandling. De største andele ses blandt de 25-54-årige.

Uddannelsesniveau. Der er ingen sammenhæng mellem uddannelsesniveau og andelen med *moderat behandlingsbyrde*. Andelen med *høj behandlingsbyrde* er størst blandt personer med lavt uddannelsesniveau og mindst blandt personer med højt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. Der ses meget markante sammenhænge mellem erhvervstilknytning og andelen, der oplever en behandlingsbyrde. De mindste andele med *moderat behandlingsbyrde* ses blandt efterlønsmodtagere og folkepensionister, mens andelene blandt de resterende grupper er større end blandt alle, der er i behandling. Ligeledes ses de mindste andele med *høj behandlingsbyrde* blandt efterlønsmodtagere og folkepensionister, mens de største andele ses blandt studerende/skoleelever, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister. Det er således over halvdelen blandt de tre sidstnævnte grupper, der samlet oplever moderat eller høj behandlingsbyrde (54 % blandt studerende/skoleelever og 58 % blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. samt førtidspensionister). I modsætning hertil er det godt hver syvende (14 %) blandt efterlønsmodtagere, der samlet oplever *moderat* eller *høj behandlingsbyrde*.

Etnisk baggrund. Der er ingen signifikant sammenhæng mellem etnisk baggrund og andelen med *moderat behandlingsbyrde*. Andelen med *høj behandlingsbyrde* er markant større blandt personer med ikke-vestlig baggrund end blandt alle personer i behandling. Den mindste andel med *høj behandlingsbyrde* ses blandt personer med dansk baggrund.

Bolig. Der er en større andel både med *moderat* og *høj behandlingsbyrde* blandt personer i behandling, der bor i lejebolig, end blandt personer i behandling, der bor i ejerbolig. Forskellen mellem grupperne er særligt stor ved *høj behandlingsbyrde*.

Bor med ægtefælle/samlever. Både andelen med *moderat* og med *høj behandlingsbyrde* blandt personer på 25 år og derover, der er i behandling, er større blandt dem, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, end blandt dem, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. Både andelen med *moderat* og *høj behandlingsbyrde* er større blandt personer i behandling, der bor med børn i hjemmet, end blandt dem, der ikke bor med børn i hjemmet.

Samlet tegner der sig et billede af, at de personer, der føler sig mest belastet af at være i behandling i form af at opleve en høj behandlingsbyrde, særligt er yngre personer, personer med ikke-vestlig baggrund og marginaliserede grupper i forhold til arbejdsmarkedet (modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister).

Figur 9.41
Moderat og høj behandlingsbyrde blandt personer i behandling (25 år og derover) – kommuner

	Moderat behandlingsbyrde	Høj behandlingsbyrde	Moderat behandlingsbyrde	Høj behandlingsbyrde
	Pct.	Pct.	Personer	Personer
Ringkøbing-Skjern	16	17	2.800	3.000
Hedensted	19	16	2.800	2.300
Herning	17	15	4.600	4.000
Syddjurs	19	15	2.700	2.100
Horsens	18	14	4.800	3.800
Randers	15	13	4.800	4.100
Silkeborg	17	13	4.600	3.700
Struer	16	13	1.100	900
Skive	18	13	2.800	2.000
Ikast-Brande	19	13	2.400	1.600
Aarhus	19	12	16.000	11.000
Lemvig	15	12	1.100	900
Holstebro	18	12	3.100	2.100
Viborg	20	12	5.900	3.600
Samsø	19	12	200	100
Norddjurs	17	11	2.100	1.400
Skanderborg	18	11	3.200	1.900
Odder	18	10	1.400	700
Favrskov	17	9	2.300	1.300
Region Midtjylland	18	13	69.000	50.000

Signifikant større end i hele befolkningen på 25 år og derover
Signifikant mindre end i hele befolkningen på 25 år og derover
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen på 25 år og derover

Moderat og høj behandlingsbyrde – kommuner

Figur 9.41 viser, at der ikke er nogen signifikante forskelle mellem kommunerne i andelen med *moderat behandlingsbyrde* blandt personer på 25 år og derover i behandling. Andelen med *høj behandlingsbyrde* varierer fra 9 % i Favrskov til 17 % i Ringkøbing-Skjern.

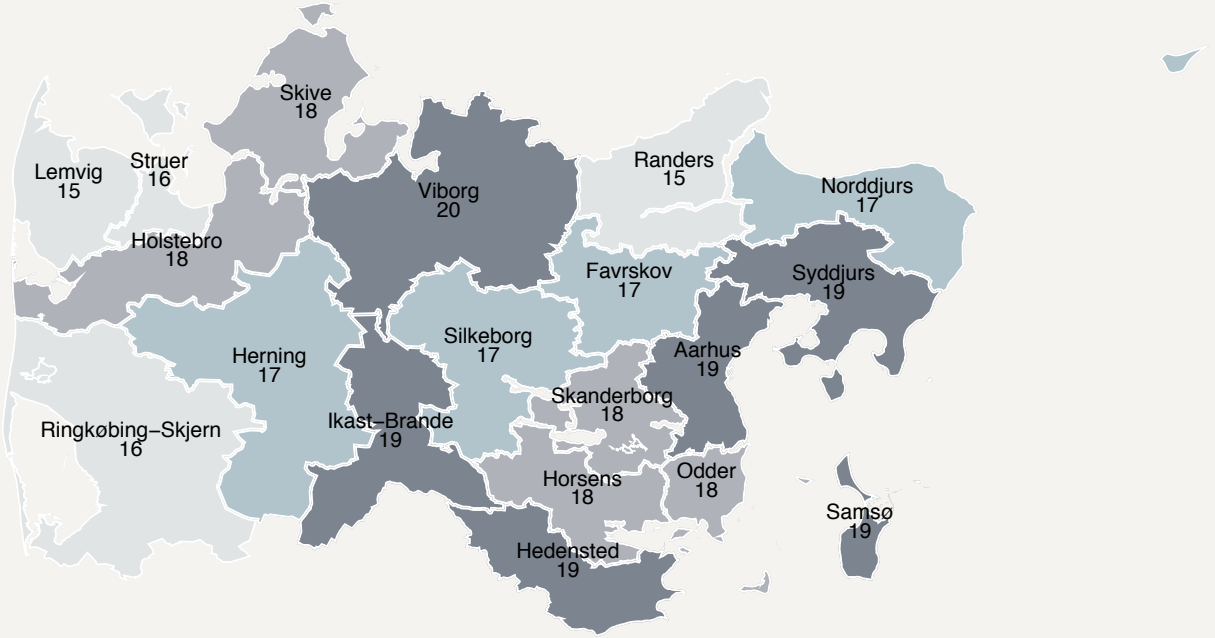
Sammenlignet med alle personer i behandling i Region Midtjylland er der en signifikant større andel med *høj behandlingsbyrde* i Ringkøbing-Skjern Kommune.

Sammenlignet med alle personer i behandling i Region Midtjylland er der en signifikant lavere andel med *høj behandlingsbyrde* i følgende kommuner:

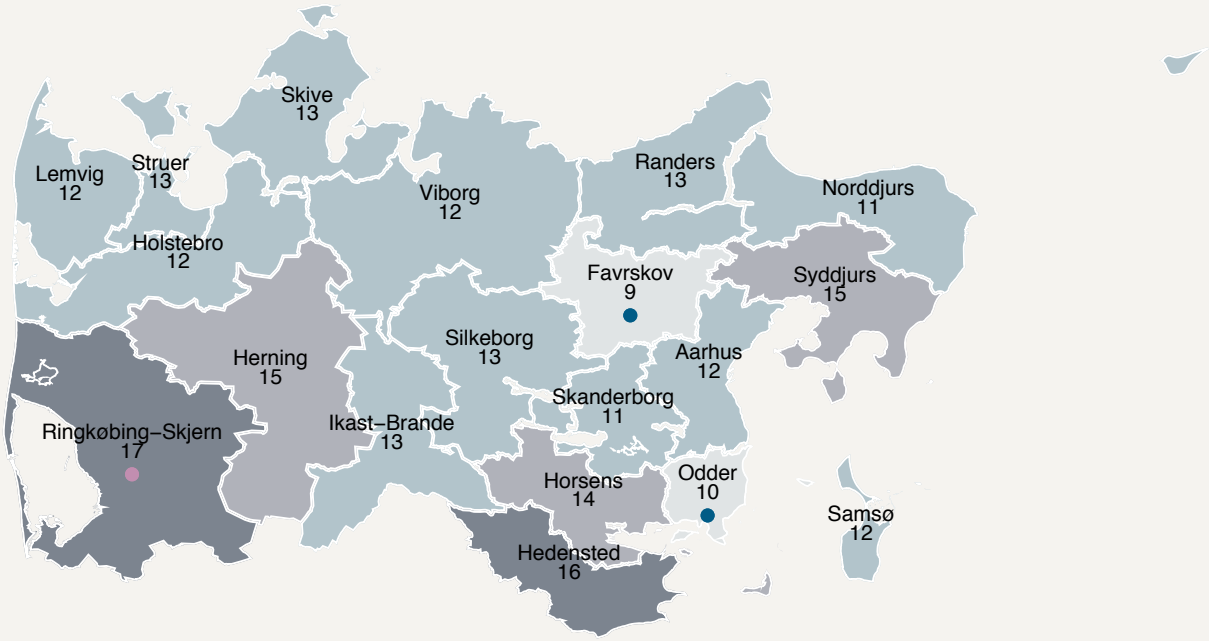
- Odder
- Favrskov

I disse kommuner ligger andelen på henholdsvis 10 % og 9 %.

Moderat behandlingsbyrde



Høj behandlingsbyrde



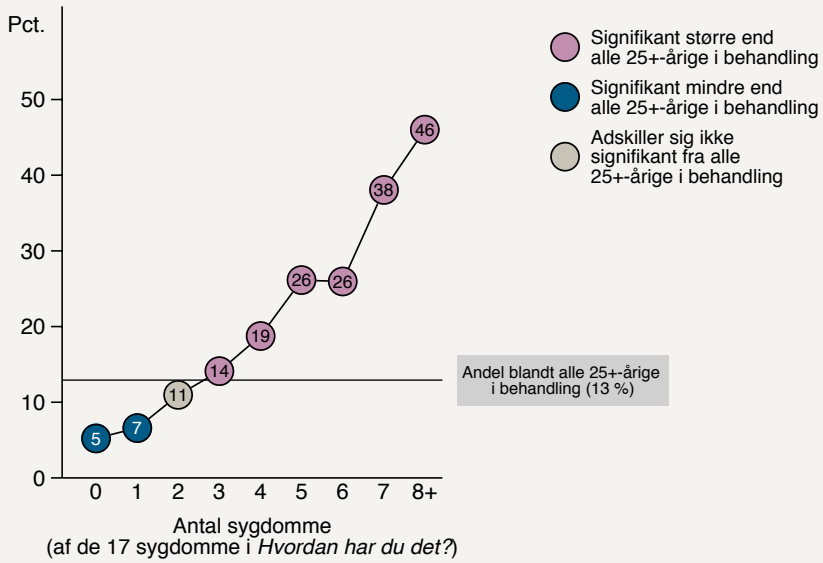
Figur 9.42
Moderat og høj behandlingsbyrde blandt personer i behandling (25 år og derover) – kroniske sygdomme

	Moderat behandlingsbyrde	Høj behandlingsbyrde	Moderat behandlingbyrde	Høj behandlingbyrde
	Pct.	Pct.	Personer	Personer
Alle	18	13	69.000	50.000
Kroniske sygdomme				
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	21	31	3.000	4.500
Psykiske lidelser	27	30	18.000	21.000
Blodprop i hjertet	23	28	2.400	2.900
Hjertekrampe	27	27	4.200	4.300
Migræne, hyppig hovedpine	24	24	17.000	17.000
Leddegigt	22	22	9.300	9.300
KOL	23	20	7.400	6.600
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	23	20	19.000	17.000
Diabetes	23	19	11.000	9.000
Astma	22	16	9.400	7.200
Kræft	17	16	3.900	3.800
Knogleskørhed	19	16	6.400	5.400
Allergi	20	16	17.000	13.000
Grå stær	17	16	5.100	4.800
Slidgigt	19	15	25.000	20.000
Tinnitus	19	15	13.000	9.700
Forhøjet blodtryk	18	12	25.000	17.000

Signifikant større end i hele befolkningen på 25 år og derover, der er i behandling

Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen på 25 år og derover, der er i behandling

Figur 9.43
Andel med høj behandlingsbyrde blandt personer i behandling (25 år og derover) – antallet af kroniske sygdomme



Moderat og høj behandlingsbyrde – kronisk sygdom

Figur 9.42 viser, at der er store forskelle i andelene med moderat og høj behandlingsbyrde på tværs af de 17 kroniske sygdomme.

Sammenlignet med alle personer på 25 år og derover, der er i behandling, er der en signifikant større andel, der oplever en *moderat behandlingsbyrde*, blandt personer med følgende kroniske sygdomme:

- Psykiske lidelser
- Blodprop i hjertet
- Hjertekrampe
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Leddegigt
- KOL
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme
- Diabetes
- Astma
- Allergi
- Slidgigt

Blandt disse sygdomsgrupper varierer andelen med *moderat behandlingsbyrde* fra 19 % hos personer med slidgigt til 27 % hos personer med psykiske lidelser eller hjertekrampe.

Andelen med *høj behandlingsbyrde* er signifikant større ved 16 ud af de 17 sygdomme, der indgår i *Hvordan har du det?*, sammenlignet med alle personer, der er i behandling. Forhøjet blodtryk er den eneste sygdom, hvor der ikke ses nogen forskel. Blandt de 16 sygdomme varierer andelen med *høj behandlingsbyrde* fra 15 % hos personer med tinnitus til 31 % hos personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen.

Den samlede andel med moderat eller høj behandlingsbyrde blandt alle personer på 25 år og derover, der er i behandling, er 31 % (summen af andelene med moderat og høj behandlingsbyrde i figur 9.42). Ved 14 ud af de 17 sygdomme er den samlede andel med moderat eller høj behandlingsbyrde signifikant større end blandt alle personer i behandling (ikke vist). Blandt disse sygdomme varierer andelen fra 34 % hos personer med tinnitus eller slidgigt til 57 % hos personer med psykiske lidelser. De tre sygdomme, der ikke adskiller sig signifikant fra befolkningen som helhed, er personer med kræft, grå stær eller forhøjet blodtryk.

Ser man på antallet af personer med moderat eller høj behandlingsbyrde, er det særligt personer med psykiske lidelser, migræne eller hyppig hovedpine, diskusprolaps eller andre rygsygdomme, allergi, slidgigt eller forhøjet blodtryk, som udgør en stor andel.

Figur 9.43 viser, at der blandt alle personer på 25 år og derover, der er i behandling, er en positiv, tilnærmelsesvis lineær, sammenhæng mellem antallet af kroniske sygdomme og andelen, der oplever en høj behandlingsbyrde (hvis man ser bort fra andelen blandt personer med seks kroniske sygdomme). Andelen med høj behandlingsbyrde varierer således fra 5 % blandt personer med ingen af de 17 kroniske sygdomme til 46 % blandt personer med otte eller flere kroniske sygdomme.

Sammenholdt med alle personer på 25 år og derover, der er i behandling, er der en signifikant mindre andel med høj behandlingsbyrde blandt personer med ingen eller én kronisk sygdom, mens der er en signifikant større andel blandt multisyge personer med tre eller flere kroniske sygdomme.

Sundhedskompetence

Sundhedskompetence (på engelsk: *health literacy*) handler først og fremmest om basale funktionelle færdigheder, såsom at kunne læse, forstå og handle på sundhedsrelateret information. Sundhedskompetence handler dog også om aktivt at kunne tage hånd om egen sundhed, at kunne vurdere den information, man får, at kunne samarbejde aktivt med sundhedspersonalet, at kunne navigere i et komplekst sundhedsvæsen og finde relevante informationer om sundhed (66-67).

Det er vigtigt at være opmærksom på den enkeltes evne til at tilegne sig viden, der er relevant for deres sundhed, og omsætte den til praktisk handling. Disse evner er et væsentligt element i forhold til en persons mulighed for at forebygge sygdom, tage vare på egen sundhed og følge en behandling, så vedkommende får optimalt udbytte af den. God kommunikation mellem patienter og sundhedspersonale fordrer, at sundhedspersonalet tilpasser sin information til modtagerens forudsætninger (66).

Tidligere studier har vist, at personer med et lavt niveau af sundhedskompetence oftere har mere risikable sundhedsvaner (69-70), har en eller flere kroniske sygdomme (71), har et underforbrug af forebyggende sundhedstilbud og et overforbrug af akutte behandlingstilbud (72) samt dør tidligere (73) end personer, der har et højt niveau af sundhedskompetence.

Ved at opnå en nuanceret viden om patientgruppers sundhedskompetence vil sundhedsvæsenet i højere grad kunne tilpasse information om f.eks. egenomsorg til personen med kronisk sygdom eller tilrettelægge forebyggelsestilbud, så personen i højere grad opnår livskvalitet og handlekompetencer i forhold til sin egen sundhed (74). Det er derfor væsentligt at identificere, hvad der kendetegner de patienter, der har begrænsede sundhedskompetencer.

Sundhedskompetencer beskrives i *Hvordan har du det?* med the *Health Literacy Questionnaire (HLQ)*. HLQ består af ni skalaer (44 spørgsmål), der belyser forskellige dimensioner af sundhedskompetencer (75). I samarbejde med Dr Richard H Osborne og den australske forskergruppe, der har udviklet HLQ, er der blevet udvalgt to skalaer fra det oprindelige HLQ-spørgeskema til at indgå i *Hvordan har du det?* i Region Midtjylland. HLQ kan anvendes som PRO-mål, idet det gengiver borgernes egne erfaringer med at være patienter i sundhedsvæsenet.

Den første skala handler om at *læse og forstå information om sundhed*. Her er svarpersonenerne blevet stillet fem spørgsmål om, hvorvidt de eksempelvis har svært ved at læse og forstå information på medicinpakker, udfylde skemaer med sundhedsoplysninger og følge anvisninger fra sundhedspersonalet.

Den anden skala handler om at *kommunikere med sundhedspersonale*. Skalaen baseres ligeledes på fem spørgsmål. Her er svarpersonerne eksempelvis blevet spurgt om, hvorvidt de har svært ved at stille de nødvendige spørgsmål til sundhedspersonalet, have gode samtaler om helbredet med læger og sikre sig, at sundhedspersonalet forstår helbredsproblemerne rigtigt.

Svarmulighederne på hvert enkelt af spørgsmålene er 'Meget svært', 'Svært', 'Let' og 'Meget let'. På baggrund af spørgsmålene beregnes en samlet score for hver person, der går fra 1 til 4, hvor en score på 2 eller derunder betyder, at personen har en lav sundhedskompetence.

Spørgsmålene om sundhedskompetence er kun blevet stillet til personer på 25 år og derover.

I det følgende opgøres det, hvor stor en andel af befolkning på 25 år og derover i Region Midtjylland der ud fra ovenstående beregningsmetode har lav sundhedskompetence, dvs. har svært eller meget svært ved henholdsvis at *læse og forstå information om sundhed* og *kommunikere med sundhedspersonale*. Andelene opgøres i forhold til køn, alder, sociale forhold, geografi og kronisk sygdom.

Sundhedskompetence – køn, alder og sociale forhold

Af figur 9.44 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen på 25 år og derover er der en signifikant større andel af personer, der har svært ved at *forstå information om sundhed*, blandt følgende grupper:

- Personer på 75 år eller derover
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister
- Personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Figur 9.44 viser yderligere, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel af personer, der har svært ved at *kommunikere med sundhedspersonale*, blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 25-34 år
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. Der er ikke nogen sammenhæng mellem køn og at have svært ved at forstå information om sundhed, men en større andel af kvinder end mænd har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale.

Alder. Andelen af personer, der har svært ved at forstå information om sundhed, er størst blandt personer på 75 år eller derover og mindst blandt de 25-34-årige. Omvendt er den største andel af personer, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, blandt de 25-34-årige, og den mindste andel er blandt de 65-74-årige.

Uddannelsesniveau. Der er en stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og det at have svært ved at forstå information om sundhed. Således er der en betydelig mindre andel, der har svært ved at forstå information om sundhed, blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau og en markant større andel blandt personer med lavt uddannelsesniveau. Der er ligeledes en markant større andel, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, blandt personer med lavt uddannelsesniveau og en mindre andel blandt personer med højt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. De største andele af personer, der har svært ved at forstå information om sundhed, er blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister. Den mindste andel er blandt beskæftigede. De største andele af personer, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, er blandt studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister, og den mindste andel er blandt beskæftigede.

Etnisk baggrund. Andelene, der har svært ved at forstå information om sundhed og kommunikere med sundhedspersonale, er størst blandt personer med ikke-vestlig baggrund og mindst blandt personer med dansk baggrund.

Bolig. En større andel blandt personer, der bor i lejebolig, har svært ved at forstå information om sundhed og kommunikere med sundhedspersonale, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig.

Bor med ægtefælle/samlever. Der er en større andel blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, som har svært ved forstå information om sundhed og kommunikere med sundhedspersonale, end blandt personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. En større andel personer uden børn i hjemmet har svært ved at forstå information om sundhed og kommunikere med sundhedspersonale, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

Samlet tegner der sig et billede af, at det i særlig grad er personer med lavt uddannelsesniveau, personer med ikke-vestlig baggrund, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister, som har svært ved eller meget svært ved både at forstå information om sundhed og kommunikere med sundhedspersonale.

De foregående opgørelser i kapitlet viste, at især personer med lavt uddannelsesniveau og førtidspensionister har en større forekomst af de enkelte kroniske sygdomme, og at de er mere multisyge. Det må derfor formodes, at en stor andel af netop disse grupper hyppigt har kontakt med sundhedsvæsenet, hvor de både skal forholde sig til og følge informationer om sundhed og behandling. Der ligger derfor en vigtig opgave i at tilpasse den sundhedsmæssige information til og kommunikation med ovenstående grupper, så de forstår de sundhedsmæssige budskaber korrekt og får det optimale udbytte af deres behandling.

Figur 9.44
Lav sundhedskompetence (25 år og derover) – køn, alder og sociale forhold

	Svært ved at forstå information om sundhed	Svært ved at kommunikere med sundhedspersonale	Svært ved at forstå information om sundhed	Svært ved at kommunikere med sundheds-personale
	Pct.	Pct.	Personer	Personer
Alle	5	7	37.000	59.000
Køn				
Mand	5	6	19.000	26.000
Kvinde	4	8	18.000	33.000
Alder				
25-34 år	3	9	4.900	12.000
35-44 år	4	8	5.900	11.000
45-54 år	4	7	6.500	12.000
55-64 år	4	7	6.400	10.000
65-74 år	4	5	5.800	6.900
75+ år	9	8	7.400	6.400
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)				
Lavt (0-10 år)	12	12	15.000	15.000
Middel (11-14 år)	4	7	17.000	30.000
Højt (15+ år)	1	5	2.800	11.000
Erhvervstilknytning				
Studerende/skoleelever	4	10	1.000	2.500
Beskæftigede	3	6	12.000	28.000
Arbejdsløse	6	10	1.100	1.700
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	10	16	3.700	5.900
Førtidspensionister	14	18	5.400	6.700
Efterlønsmodtagere	2	5	400	1.000
Folkepensionister	7	7	13.000	13.000
Etnisk baggrund				
Dansk	4	7	31.000	52.000
Anden vestlig	3	7	1.100	2.500
Ikke-vestlig	12	11	5.200	4.500
Bolig				
Ejer	3	6	18.000	31.000
Lejer	7	11	17.000	26.000
Bor med ægtefælle/samlever				
Nej	7	10	16.000	22.000
Ja	3	6	20.000	36.000
Børn i hjemmet 0-15 år				
Nej	5	8	26.000	40.000
Ja	3	6	6.800	14.000

Signifikant større end i hele befolkningen på 25 år og derover
Signifikant mindre end i hele befolkningen på 25 år og derover
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen på 25 år og derover

Figur 9.45
Lav sundhedskompetence (25 år og derover) – kommuner

	Svært ved at forstå information om sundhed	Svært ved at kommunikere med sundhedspersonale	Svært ved at forstå information om sundhed	Svært ved at kommunikere med sundhedspersonale
	Pct.	Pct.	Personer	Personer
Viborg	6	9	3.800	5.200
Randers	6	8	3.900	5.000
Struer	6	6	800	900
Lemvig	6	8	800	1.000
Norddjurs	6	8	1.400	2.000
Herning	5	8	2.900	4.400
Ringkøbing-Skjern	5	7	1.900	2.700
Hedensted	5	8	1.500	2.400
Syddjurs	5	9	1.300	2.400
Samsø	4	10	100	300
Ikast-Brande	4	8	1.100	2.100
Skive	4	7	1.300	2.200
Horsens	4	8	2.300	4.300
Silkeborg	4	6	2.300	3.400
Holstebro	4	7	1.400	2.400
Skanderborg	4	6	1.500	2.400
Odder	4	8	500	1.100
Aarhus	4	7	7.000	14.000
Favrskov	3	5	1.000	1.600
Region Midtjylland	5	7	37.000	59.000

Signifikant større end i hele befolkningen på 25 år og derover
Signifikant mindre end i hele befolkningen på 25 år og derover
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen på 25 år og derover

Sundhedskompetence – kommuner

Figur 9.45 viser andelene, der har svært ved henholdsvis at forstå information om sundhed og kommunikere med sundhedspersonale, i kommunerne i Region Midtjylland.

Sammenlignet med hele befolkningen på 25 år og derover i Region Midtjylland er der en signifikant større andel af personer, der har svært ved at forstå information om sundhed, i følgende kommuner:

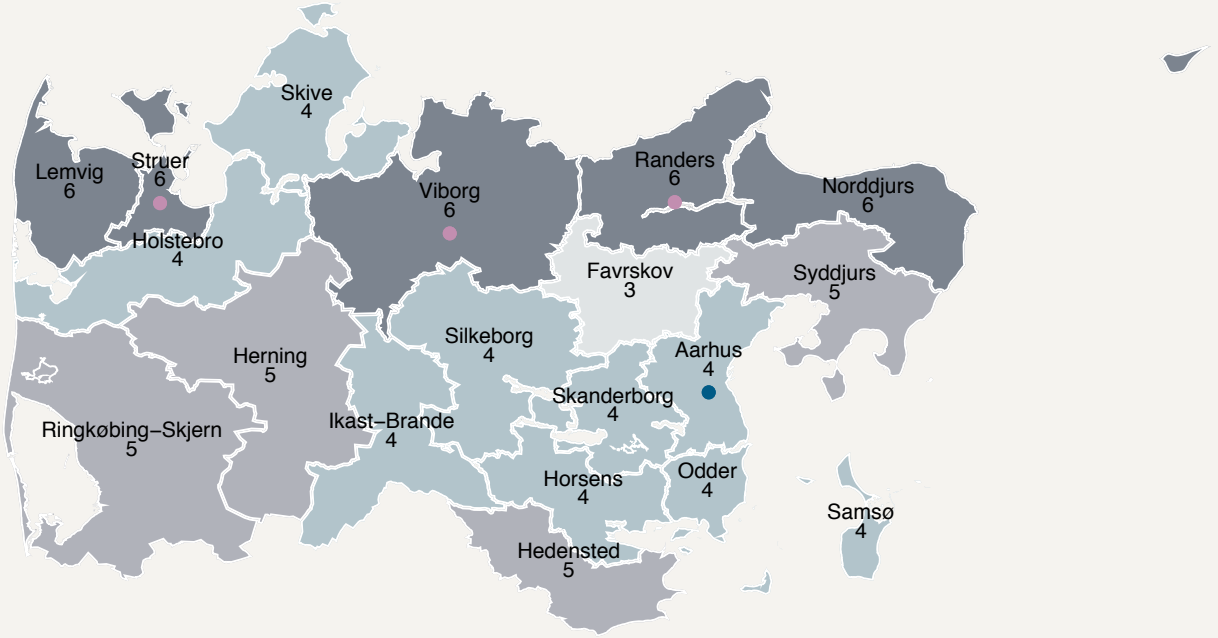
- Viborg
- Randers
- Struer

I disse kommuner ligger andelen på 6 %.

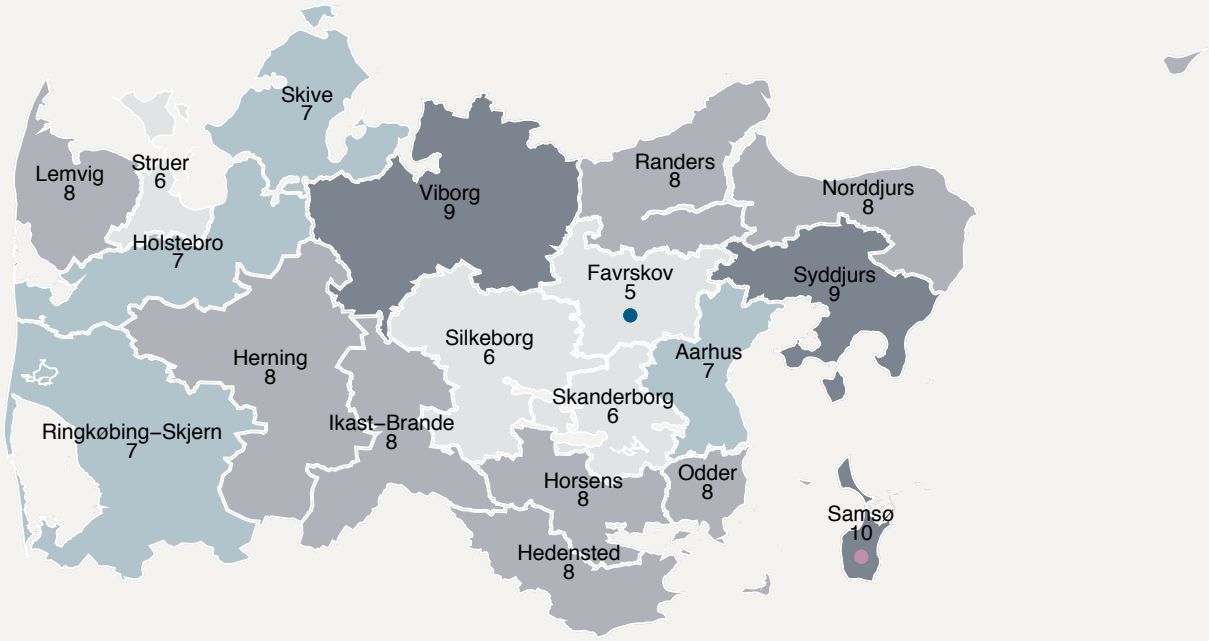
Omvendt er der en signifikant mindre andel, der har svært ved at forstå information om sundhed, i Aarhus Kommune.

Sammenlignet med hele befolkningen på 25 år og derover i Region Midtjylland er der en signifikant større andel af personer, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, i Samsø Kommune, hvor andelen er 10 %. Omvendt er der en signifikant mindre andel, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, i Favrskov Kommune. Andelen ligger her på 5 %.

Svært ved at forstå information om sundhed



Svært ved at kommunikere med sundhedspersonale



Figur 9.46
Lav sundhedskompetence (25 år og derover) – kroniske sygdomme og multisygdom

	Svært ved at forstå information om sundhed Pct.	Svært ved at kommunikere med sundhedspersonale Pct.	Svært ved at forstå information om sundhed Personer	Svært ved at kommunikere med sundheds-personale Personer
Alle	5	7	37.000	59.000
Kroniske sygdomme				
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	19	18	3.100	2.900
Blodprop i hjertet	12	13	1.300	1.400
Knogleskørhed	12	11	4.400	4.200
Hjertekrampe	12	15	2.100	2.800
KOL	11	14	4.500	5.400
Psykiske lidelser	11	18	10.000	17.000
Leddegigt	10	12	5.800	6.900
Diabetes	9	9	4.600	4.400
Grå stær	9	9	3.600	3.600
Astma	7	11	4.100	6.400
Migræne eller hyppig hovedpine	7	13	9.100	16.000
Forhøjet blodtryk	7	8	12.000	13.000
Kræft	7	9	2.000	2.400
Slidgigt	7	9	13.000	17.000
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	6	11	7.900	13.000
Tinnitus	6	9	7.200	10.000
Allergi	5	9	7.800	14.000
Antallet af kroniske sygdomme				
Ingen af de 17 sygdomme	2	4	5.300	9.500
En sygdom	3	6	6.100	13.000
To-tre sygdomme	5	9	13.000	22.000
Fire+ sygdomme	12	15	12.000	15.000

Multisygdom

Signifikant større end i hele befolkningen på 25 år og derover

Signifikant mindre end i hele befolkningen på 25 år og derover

Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen på 25 år og derover

Sundhedskompetence – kronisk sygdom

Af figur 9.46 fremgår andelene, der har svært ved henholdsvis at forstå information om sundhed og kommunikere med sundhedspersonale, blandt personer på 25 år og derover med kroniske sygdomme.

For næsten alle de kroniske sygdomme gælder det, at der er større andele, der har svært ved at forstå information om sundhed og kommunikere med sundhedspersonale, end i hele befolkningen.

Andelene, der har svært ved at forstå information om sundhed, varierer fra 6 % blandt personer med diskusprolaps eller andre rygsygdomme og tinnitus til 19 % blandt personer med hjerneblødning eller blodprop i hjernen. Andelen, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, varierer fra 9 % blandt personer med diabetes, grå stær, slidgigt, tinnitus og allergi til 18 % blandt personer med hjerneblødning eller blodprop i hjernen og psykiske lidelser.

Figur 9.46 viser yderligere, at andelene, der har svært ved at forstå information om sundhed og kommunikere med sundhedspersonale, stiger med antallet af kroniske sygdomme. Således er de største andele, der har svært ved at forstå information om sundhed og kommunikere med sundhedspersonale, blandt personer med multisygdom. Andelene er især store blandt personer med fire eller flere sygdomme, hvor 12 % har svært ved at forstå information om sundhed, og 15 % har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale.

Sammenfatning

I kapitlet belyses forekomsten af 17 kroniske sygdomme opgjort som aktuel sygdom eller eftervirkninger af sygdom. Der skelnes mellem potentielt livstruende og ikke-livstruende kroniske sygdomme.

Forekomsten af kroniske sygdomme. Generelt dominerer de ikke-livstruende kroniske sygdomme i det samlede sygdomsbillede, idet de udgør otte ud af de ni hyppigst forekommende sygdomme i befolkningen. De hyppigst forekommende kroniske sygdomme er allergi og slidgigt, som hver især optræder hos hver femte borger. Dernæst kommer forhøjet blodtryk, som ses hos 18 % af befolkningen, og migræne/hyppig hovedpine, der ses hos 15 % af befolkningen. Desuden har 13 % diskusprolaps/andre rygsygdomme, 12 % har en psykisk lidelse, 6 % har leddegigt, 5 % har diabetes, 4 % har KOL, 4 % har knogleskørhed, og 3 % af borgerne lever med eller har eftervirkninger af kræft. De kroniske sygdomme, der har den laveste forekomst, er hjerte-kar-sygdommene hjertekrampe, blodprop i hjertet og hjerneblødning/blodprop i hjernen.

Fra 2010 til 2017 er andelen ved 12 ud af 16 sammenlignelige sygdomme steget. Ved hjertekrampe, blodprop i hjertet, KOL og astma er forekomsten dog uændret. Siden 2013 er andelen ved 11 ud af de 17 kroniske sygdomme steget. Forekomsten er dog uændret ved forhøjet blodtryk, hjertekrampe, blodprop i hjertet, diabetes, astma og grå stær.

Der er en højere forekomst af potentielt livstruende sygdomme hos mænd og en højere forekomst af ikke-livstruende sygdomme hos kvinder. Særligt slidgigt, knogleskørhed, psykiske lidelser og migræne/hyppig hovedpine optræder oftere hos kvinder end mænd, hvorimod der eksempelvis ses højere forekomster af hjertekrampe, blodprop i hjertet og diabetes hos mænd end kvinder. For langt hovedparten af sygdommene øges forekomsten med stigende alder. Kun ved allergi, psykiske lidelser og migræne/hyppig hovedpine ses de mindste andele blandt de ældste borgere. Der er også en markant sammenhæng mellem uddannelsesniveau og kronisk sygdom. Især personer med et lavt uddannelsesniveau har en højere forekomst af samtlige sygdomme, bortset fra allergi og migræne/hyppig hovedpine, end i hele befolkningen. Der er ligeledes en stærk sammenhæng mellem kronisk sygdom og erhvervstilknytning, hvor førtidspensionister har en større andel af alle 17 sygdomme sammenholdt med befolkningen som helhed.

I adskillige kommuner ligner sygdomsprofilen overordnet set sygdomsprofilen i hele regionens befolkning. Dog adskiller særligt Aarhus Kommune sig ved at have en mindre andel af 12 ud af de 17 sygdomme end i regionen som helhed. Modsat ses en betydelig større sygdomsforekomst i Lemvig, Norddjurs, Skive, Struer og Samsø Kommune.

Fra 2010 til 2017 har der været en øget forekomst af en eller flere kroniske sygdomme i alle kommuner, undtagen Horsens. Kun andelen med blodprop i hjertet, hjerneblødning/blodprop i hjernen og astma er uændret i alle kommuner i perioden. Fra 2013 til 2017 har der været en øget forekomst af en eller flere kroniske sygdomme i samtlige 19 kommuner. Kun andelen med blodprop i hjertet, diabetes, astma og allergi er uændret i alle kommuner. Psykiske lidelser og tinnitus er de sygdomme, hvor andelen er steget i flest kommuner (12 ud af de 19 kommuner).

Sundhedsvaner og overvægt hos borgere med kronisk sygdom. Personer med kronisk sygdom har generelt mere risikable sundhedsvaner (rygning, højrisikoforbrug af alkohol, fysisk inaktivitet og usunde kostvaner) end personer uden kronisk sygdom. Det gælder i særdeleshed personer med KOL, som er den patientgruppe, der har mest risikable sundhedsvaner. Kun ved svær overvægt har de ikke den største andel, om end den er større end i befolkningen generelt. Derudover kan særligt nævnes personer med leddegigt, psykiske lidelser og hjerneblødning/blodprop i hjernen, hvor andelen ved samtlige risikable sundhedsvaner er større end i befolkningen generelt.

Der er samlet set en tendens til, at udviklingen i sundhedsvaner i de enkelte sygdomsgrupper går i samme retning som udviklingen i befolkningen, dog med enkelte undtagelser. Eksempelvis er andelen af dagligrygere ikke faldet blandt personer med KOL, kræft, hjertekrampe eller blodprop i hjertet i perioden fra 2013 til 2017, hvilket er tilfældet i befolkningen generelt. Blandt personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen eller KOL er andelen med et højrisikoforbrug af alkohol heller ikke faldet, sådan som det er tilfældet i hele befolkningen fra 2013 til 2017. I samme periode har der til gengæld været et markant fald i andelen af fysisk inaktive blandt personer med hjerneblødning/

blodprop i hjernen, mens andelen af fysisk inaktive er steget i befolkningen generelt. Andelen af svært overvægtige i samme sygdomsgruppe er dog steget betydeligt siden 2010.

Helbred og livskvalitet hos borgere med kronisk sygdom. SF-12-profiler af de 17 sygdomme viser, at den helbredsrelaterede livskvalitet blandt personer med kronisk sygdom i alle tilfælde er bedre, hvis de kun har én sygdom frem for flere samtidige sygdomme. Der er dog variation mellem sygdommene. Specielt personer med blodprop i hjertet har en helbredsrelateret livskvalitet, der er meget nedsat som følge af dårligt fysisk helbred, uanset om sygdommen forekommer som den eneste sygdom eller ledsages af andre sygdomme. Modsat viser analyserne, ikke uventet, at personer med psykiske lidelser har en betydeligt nedsat helbredsrelateret livskvalitet som følge af dårligt mentalt helbred.

Blandt borgere med kronisk sygdom er der en større andel med nedsat arbejdsevne, svær ensomhed og depression sammenlignet med den generelle befolkning. Ligeledes har mange personer med kronisk sygdom brug for hjælp til dagligdagens gøremål. Særligt blandt personer med hjerte-kar-sygdomme (hjerneblødning/blodprop i hjernen, blodprop i hjertet og hjertekrampe), KOL og knogleskørhed er der en stor andel med de nævnte problemer. Mere end halvdelen har nedsat arbejdsevne, omkring hver tiende eller flere oplever svær ensomhed og depression, og mere end to ud af fem har brug for hjælp i dagligdagen (dog 37 % blandt personer med KOL) i disse sygdomsgrupper.

Kontakten med sundhedsvæsenet. Kontakten med sundhedsvæsenet spiller en stor rolle for mange personer med kronisk sygdom. Vigtige aspekter i den forbindelse er borgernes sundhedskompetence (forstå information om sundhed og kommunikere med sundhedspersonale) og behandlingsbyrde (det besvær, patienter oplever ved at skulle følge deres behandling). Lav sundhedskompetence og høj behandlingsbyrde kan gøre det svært for patienten at følge behandlingen, så efterlevelsen heraf bliver mangelfuld.

Knap halvdelen af borgerne på 25 år og derover (47 %) angiver, at de er i behandling. Andelen stiger markant med alderen og er desuden særlig stor blandt personer med lavt uddannelsesniveau, blandt førtidspensionister og blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. I disse grupper er det samtidig mere end hver tiende, der har lav sundhedskompetence, og blandt førtidspensionister og modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., der er i behandling, oplever mere end hver fjerde en moderat behandlingsbyrde og op til hver tredje en høj behandlingsbyrde. Det er særligt blandt yngre og midaldrende personer, der er i behandling, at en stor andel oplever en moderat eller høj behandlingsbyrde, mens andelen blandt efterlønsmodtagere og folkepensionister er mindre end i befolkningen som helhed.

Dertil ses det, at hver femte eller flere med hjerte-kar-sygdom (blodprop i hjertet, hjertekrampe, hjerneblødning/blodprop i hjernen), psykiske lidelser, migræne/hyppig hovedpine, leddegigt, KOL og diskusprolaps/andre rygsygdomme, der er i behandling, oplever at have en høj behandlingsbyrde. Samtidig har mere end hver tiende person med disse sygdomme eller knogleskørhed svært ved at forstå information om sundhed og/eller kommunikere med sundhedspersonale.

Undersøgelsen peger således på, at sundhedskompetencen hos nogle patientgrupper er begrænset i en grad, hvor det kan være vanskeligt for dem aktivt at tage hånd om egen sundhed og navigere i et komplekst sundhedsvæsen, ligesom flere patientgrupper oplever en så stor behandlingsbyrde, at det kan have betydning for efterlevelsen af deres behandling.

Multisygdom. I alt to ud af fem borgere i Region Midtjylland er multisyge, idet de har to eller flere af de 17 kroniske sygdomme, der er med i undersøgelsen. Andelen af multisyge er større blandt kvinder end mænd, stiger markant med alderen, falder med stigende uddannelsesniveau og ses især blandt førtidspensionister og modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. Andelen varierer desuden på tværs af kommunerne fra 35 % i Aarhus til 46 % i Struer og Samsø Kommune.

Fra 2010 til 2017 er andelen, der er multisyge, steget fra 36 % til 40 % – en stigning, der dog primært er sket i perioden fra 2013 til 2017. Der har været en stigning i forekomsten af multisygdom hos både mænd og kvinder og i alle aldersgrupper. Der har ligeledes været en stigning på tværs af uddannelsesniveau, men mest udtalt for personer med middelhøjt uddannelsesniveau efterfulgt af personer med lavt uddannelsesniveau. Stigningen ses endvidere i hovedparten af kommunerne.

Personer med multisygdom har generelt mere risikable sundhedsvaner end befolkningen generelt, og den største forekomst af risikable sundhedsvaner ses blandt personer med fire eller flere kroniske sygdomme.

Der er ingen sammenhæng mellem udviklingen i sundhedsvaner og antallet af kroniske sygdomme. Der er således ikke nogen tendens i retning af, at det f.eks. er personer uden sygdom eller de multisyge, der generelt har fået mere eller mindre risikable sundhedsvaner. Den største risikobelastning i form af mindst to risikable sundhedsvaner ses både i 2010, 2013 og 2017 hos personer med fire eller flere kroniske sygdomme, og der er på tværs af de undersøgte perioder ikke sket nogen reduktion i denne belastning i forhold til resten af befolkningen.

Undersøgelsen viser, at personer med multisygdom generelt har det markant dårligere sammenlignet med personer, der kun har én kronisk sygdom. De har f.eks. en dårligere helbredsrelateret livskvalitet (både fysisk og mentalt). Desuden stiger andelen med nedsat arbejdsevne, brug for hjælp til dagligdagens gøremål, svær ensomhed og depression markant med antallet af kroniske sygdomme. Andelen, der oplever en høj behandlingsbyrde, og andelen med lav sundhedskompetence stiger ligeledes markant med antallet af sygdomme.

Samlet set peger undersøgelsens resultater på en række udfordringer for sundhedsvæsenet i forhold til borgere med kroniske sygdomme. *Dels* har mange borgere et komplekst sygdomsbillede i kraft af, at de har flere samtidige sygdomme. *Dels* har en betydelig andel af personer med kronisk sygdom risikable sundhedsvaner, der øger risikoen for forværring af helbredstilstanden og udvikling af nye sygdomme. *Dels* har især patienter med multisygdom en stærkt reduceret livskvalitet. *Dels* har nogle patienter en lav sundhedskompetence, og mange patienter i behandling oplever en stor behandlingsbyrde, hvilket kan føre til, at de har svært ved at følge deres behandling. *Dels* har mange patienter i den erhvervsaktive alder nedsat arbejdsevne, hvilket kan vanskeliggøre deres tilknytning til arbejdsmarkedet. Indsatsen for bedre livskvalitet og patientforløb for borgere med kroniske sygdomme kræver derfor en helhedsorienteret tilgang, der tager hensyn til patienternes samlede situation både i forhold til behandling, livsstil og sociale forhold. Det er endvidere vigtigt med et samarbejde på tværs af de forskellige dele af sundhedsvæsenet og mellem sundhedsvæsenet og blandt andet social- og beskæftigelsesområdet.

Referencer

1. Danske Regioner. Sundhed for alle. Vision for et bæredygtigt sundhedsvæsen. København: Danske Regioner; 2017.

2. Madsen MH, Buch MS. Er behandlingen af mennesker med kroniske sygdomme på rette spor? København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.

3. Finansministeriet. Patienten i Centrum; 2016. https://www.fm.dk/nyheder/pressemeddelelser/2016/06/aftale-om-regionernes-oekonomi-i-2017 (januar 2018).

4. Frølich A, Olesen F, Kristensen I, red. Hvidbog om multisygdom. Dokumentation af multisygdom i det danske samfund – fra silotænkning til sammenhæng. Fjerritslev: Forlag1.dk; 2017.

5. Region Midtjylland. Strategi for Region Midtjyllands rolle i Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Region Midtjylland, Sundhedsplanlægning; 2017.

6. Boyd CM, Fortin M. Future of multimorbidity research: how should understanding of multimorbidity inform health system design. Public Health Rev. 2010;32(2):451-74.

7. Ørtenblad L, Meillier L, Jønsson A. Multi-morbidity: A patient perspective on navigating the health care system and everyday life. Chronic Illness. 2017; 0(0):1-12.

8. Eton DT, Ramalho de Oliveira D, Egginton JS, et al. Building a measurement framework of burden of treatment in complex patients with chronic conditions: a qualitative study. Patient Relat Outcome Meas. 2012;3:39-49.

9. Rosbach M, Andersen JS. Patient-experienced burden of treatment in patients with multimorbidity – A systematic review of qualitative data. PLoS One. 2017;12(6):e0179916.

10. Sánchez-Fidalgo S, Guzmán-Ramos MI, Galván-Banqueri M, et al. Prevalence of drug interactions in elderly patients with multimorbidity in primary care. Int J Clin Pharm. 2017;39: 343. https://doi.org/10.1007/s11096-017-0439-1.

11. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. Int J Integr Care. 2002;2:e12.

12. European Observatory on Health Systems and Policies, Policy Brief 23. How to improve care for people with multimorbidity in Europe? 2017. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK464548/pdf/Bookshelf_NBK464548.pdf (januar 2018).

13. European Observatory on Health Systems and Policies, Policy Brief 26. How to support integration to promote care for people with multimorbidity in Europe? 2017. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK464580/pdf/Bookshelf_NBK464580.pdf (januar 2018).

14. Tsiachristas A, van Ginneken E, Rijken M, eds. Integrated care for people living with multimorbidity. Health Policy. 2018;122(1):1-68.

15. Danske Regioner. Hvidbog for den patientansvarlige læge. København: Danske Regioner; 2017.

16. Region Midtjylland. Klinik for Multisygdom, Regionshospitalet Silkeborg. http://www.hospitalsenhedmidt.dk/afdelinger-og-centre/diagnostisk-center/afsnit-og-klinikker/klinik-for-multisygdom/ (januar 2018).

17. Jung A, Glistrup L. Samme dag under samme tag. Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen; 2017;93(3):4-11.

18. Region Sjælland. Medicinsk Fælles Ambulatorium, Holbæk Sygehus. http://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/holbaeksygehus/afdelinger/medicinsk-afdeling/F%C3%A6llesambulatoriet/Sider/default.aspx (januar 2018).

19. European Observatory on Health Systems and Policies, Policy Brief 22. How to strengthen patient-centredness in caring for people with mulitmorbidity in Europe? 2017. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK464537/pdf/Bookshelf_NBK464537.pdf (januar 2018).

20. Sundheds- og Ældreministeriet. Nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet; 2016. http://www.sum.dk/Sundhed/Sundhedskvalitet/Ny-tilgang-til-kvalitetsarbejdet.aspx (januar 2018).

21. Greenhalgh J, Dalkin S, Gibbons E, et al. How do aggregated patient-reported outcome measures data stimulate health care improvement? A realist synthesis. J Health Serv Res Policy. 2018;23(1):57-65.

22. Sundheds- og Ældreministeriet, KL, Danske Regioner. Nationale mål for sundhedsvæsenet; 2017. http://sum.dk/~/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Nationale-maal/SUM-Nationale-maal-L-april-2016.pdf, (januar 2018).

23. Cella D, Hahn EA, Jensen SE, et al. Patient-reported outcomes in performance measurement. Durham: RTI Press; 2015.

24. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: WHO; 2013.

25. Sundhedsdatastyrelsen. Dødsårsagsregisteret; 2016. http://esundhed.dk/sundhedsregistre/DAR01/Sider/Tabel.aspx (januar 2018).

26. Frølich A, Jacobsen R, Knai C. Denmark. In: Nolte E, Knai C, eds. Assessing chronic disease management in European health systems. Country reports. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. (http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies).

27. Kræftens Bekæmpelse. Statistik om basalcelle- og pladecellekræft samlet (hudkræft); 2016 http://www.cancer.dk/Hjaelp+viden/kraeftformer/kraeftsygdomme/huden/statistik+hudkraeft/statistik+basalcelle+og+pladecelle/ (januar 2018).

28. Nordentoft M, Krogh J, Lange P, et al. Psykisk sygdom og ændringer i livsstil. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2012.

29. Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, et al. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. København: Sundhedsstyrelsen; 2015.

30. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, et al., eds. Global Burden of Disease and Risk Factors. Washington DC: Oxford University Press and The World Bank; 2006.

31. Global burden of disease, Denmark. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2017. http://www.healthdata.org/denmark (januar 2018).

32. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, et al. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.

33. Region Midtjylland. Forløbsprogrammer for kroniske sygdomme. https://www.rm.dk/sundhed/sundhedstilbud-og-forebyggelse/kronisk-sygdom/forlobsprogrammer/ (januar 2018).

34. Robinson KM, Lau CJ, Vind AB, et al. Kroniske sygdomme – hvordan opgøres kroniske sygdomme. Glostrup: Forskningscenter for forebyggelse og sundhed; 2011.

35. 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. doi: 10.1186/1471-2458-13-251.

36. Holman N, Young B, Gadsby R. Current prevalence of Type 1 and Type 2 diabetes in adults and children in the UK. Diabet Med. 2015;32(9):1119-20.

37. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom; 2016. https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2016/~/media/23A6190B27B64822AB93B319903DDBB0.ashx (januar 2018).

38. Danske Regioner. Dagsorden for møde i Danske Regioners bestyrelse torsdag den 14. december 2017 kl. 10.30. http://www.regioner.dk/media/6453/08-dagsorden-for-moede-den-14-december-2017-i-danske-regioners-bestyrelse.pdf (januar 2018).

39. Danske Regioner. Sundhed for livet – Forebyggelse er en nødvendig investering. København: Danske Regioner; 2017.

40. Volpe M, Erhardt LRW, Williams B. Cardiovascular risk management in clinical practice. High Blood Press Cardiovasc Prev. 2008;15:9-16.

41. Danaei G, Ding EL, Mozaffarian D, et al. The preventable causes of death in the United States: comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. PLoS Med. 2009;6(4):e1000058.

42. Poortinga W. The prevalence and clustering of four major lifestyle risk factors in an English adult population. Prev Med. 2007;44:124-8.

43. Ware J, Snow K, Kosinski M, et al. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston, Massachusetts: The Health Institute, New England Medical Centre; 1993.

44. Sell L, Bültmann U, Rugulies R, et al. Predicting long-term sickness and early retirement pension from self-reported work ability. Int Arch Occup Environ Health. 2009;82:1133-8. Erratum in: Int Arch Occup Environ Health. 2009 Oct;82(9):1139.

45. Lund T, Jensen C, Nielsen ML, et al. Sygefravær i et arbejdsmiljøperspektiv; 2003. http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/upload/udgivelser/sygefravaer.pdf (januar 2018).

46. Waddell G, Burton K. Is work good for your health and well-being? London: TSO; 2006.

47. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA). Sygefravær og tilbagevenden til arbejde ved muskel- og skeletbesvær. Årsager og handlemuligheder. Hvidbog. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA); 2008.

48. Ankestyrelsens statistikker. Førtidspension. Årsstatistik 2016. København: Ankestyrelsen; 2017.

49. Wæhrens EE, red. Almindelig daglig levevis – ADL. København: Munksgaard; 2015.

50. Otte C, Gold SM, Penninx BW, et al. Major depressive disorder. Nat Rev Dis Primers. 2016; 15(2):16065. doi: 10.1038/nrdp.2016.65.

51. Vanhalst J, Klimstra TA, Luyckx K, et al. The interplay of loneliness and depressive symptoms across adolescence: Exploring the role of personality traits. J Youth Adolesc. 2012;41(6):776-87.

52. Lasgaard M, Goossens L, Elklit A. Loneliness, depressive symptomatology, and suicide ideation in adolescence: cross-sectional and longitudinal analyses. J Abnorm Child Psychol. 2011;39(1):137-50.

53. Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, et al. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. Psychol Aging. 2006;21(1):140-51.

54. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, et al. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. Perspect Psychol Sci. 2015;10(2):227-37.

55. Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, et al. Socially isolated children 20 years later: risk of cardiovascular disease. Arch Pediatri Adolesc Med. 2006;160(8):805-11.

56. Hawkley LC, Thisted RA, Masi CM, et al. Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. Psychol Aging. 2010;25(1):132-41.

57. Luanaigh CO, Lawlor BA. Loneliness and health of older people. Int J Geriatr Psychiatry. 2008;23(12):1213-21.

58. Harris RA, Qualter P, Robinson SJ. Loneliness trajectories from middle childhood to pre-adolescence: impact on perceived health and sleep disturbance. J Adolesc. 2013;36(6):1295-304.

59. Jaremka LM, Andridge RR, Fagundes CP, et al. Pain, depression and fatigue: Loneliness as a longitudinal risk factor. Health Psychol. 2014;33(9):948-57.

60. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. PLOS Med 2010;7(7):1-20.

61. Statens Serum Institut, National Sundhedsdokumentation og -it. Store udgifter forbundet med multisygdom. København: Statens Serum Institut, National Sundhedsdokumentation og -it; 2015.

62. Lehnert T, Heider D, Leicht H, et al. Review: health care utilization and costs of elderly persons with multiple chronic conditions. Med Care Res Rev. 2011;68(4):387-420.

63. Bähler C, Huber C, Brüngger B, et al. Multimorbidity, health care utilization and costs in an elderly community-dwelling population: a claims data based observational study. BMC Health Serv Res. 2015;15:23. doi: 10.1186/s12913-015-0698-2.

64. Shippee ND, Shah ND, May CR, et al. Cumulative complexity: a functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. J Clin Epidemiol. 2012;65:1041-51.

65. May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. BMJ. 2009;339:b2803. doi: 10.1136/bmj.b2803.

66. Maindal HT, Vinther-Jensen K. Sundhedskompetence (Health literacy) – teori, forskning og praksis. Klinisk Sygepleje. 2016;43(01):3-16.

67. World Health Organization. Health literacy. The solid facts. Copenhagen: WHO; 2013.

68. Duncan P, Salisbury C, Murphy M, et al., eds. Development and validation of the multimorbidity treatment burden questionnaire. Warwick: SAPC ASM; 2017.

69. Friis K, Vind BD, Simmons RK, et al. The relationship between health literacy and health behaviour in people with diabetes: A Danish population-based study. J Diabetes Res. 2016;2016:7823130.

70. Aaby A, Friis K, Christensen B, et al. Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease. Eur J Prev Cardiol. 2017;24(17):1880-8.

71. Friis K, Lasgaard M, Osborne RH, et al. Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29,473 Danish citizens. BMJ Open. 2016;6(1):e009627.

72. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, et al. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. Evid Rep Technol Assess. 2011;199:1–941.

73. Bostock S, Steptoe A. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. BMJ. 2012;344:e1602.

74. Friis K, Jensen ML, Lasgaard M, et al. Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom. Temaanalyse, vol. 2, Hvordan har du det? Aarhus: CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling; 2015.

75. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, et al. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). BMC Public Health. 2013;13:658. doi: 10.1186/1471-2458-13-658.

ULIGHED I SUNDHED

Social ulighed i sundhed 348
Geografisk ulighed i sundhed 372

INDLEDNING

I enhver befolkning er der individuelle forskelle i sundhed som følge af forskelle i alder, gener, livshistorie m.m. Social ulighed i sundhed er i modsætning hertil systematiske forskelle i sundhed mellem grupper i samfundet som følge af forskelle i social position (f.eks. uddannelse og indkomst) (1, 2). Social ulighed i sundhed har også en geografisk dimension, der blandt andet skyldes en geografisk opdeling af befolkningen via boligmarkedet samt lokale forskelle i uddannelses- og beskæftigelsesmuligheder (1, 2).

Større social lighed i sundhed har i 20 år været en vigtig målsætning i dansk sundhedspolitik. Øget social lighed i sundhed er en del af Region Midtjyllands målbillede på sundhedsområdet og indgår også i kommunernes sundhedspolitikker. I slutningen af 2017 og i starten af 2018 har både Danske Regioner og Kommunernes Landsforening udgivet forebyggelsespolitiske udspil, der begge prioriterer indsatsen for større social lighed i sundhed højt (3, 4). Geografisk lighed i sundhed har også haft øget politisk bevågenhed i de senere år. I første omgang i forhold til at sikre et ensartet serviceniveau på tværs af landet. Det er imidlertid vigtigt også at være opmærksom på geografiske forskelle i sundhedstilstanden som følge af forskelle i befolkningens sociale sammensætning.

Social ulighed i sundhed er et gennemgående tema i de foregående kapitler om sundhedsvaner og fysisk og mental sundhed. De fleste sundhedsmål (f.eks. daglig rygning og ensomhed) præsenteres således opdelt på en række sociale baggrundsvariable som uddannelsesniveau, erhvervstilknytning, etnisk baggrund og boligforhold.

I denne blok sammenfattes og uddybes en række af oplysningerne om social ulighed i sundhed beskrevet ud fra uddannelsesniveau og erhvervstilknytning (kap. 10). I analyserne med erhvervstilknytning fokuseres der især på personer uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder. Desuden beskrives den geografiske ulighed i sundhed ud fra en opdeling af regionen i sociogeografiske områder baseret på indkomst, uddannelsesniveau og tilknytning til arbejdsmarkedet (kap. 11).

Uddannelse er et af de hyppigst anvendte mål for social position inden for sundhedsområdet (5). Et lavt uddannelsesniveau er hovedsageligt en årsag til, ikke en konsekvens af, dårligt helbred (6). Manglende erhvervstilknytning er derimod ofte en konsekvens af dårligt helbred. Samtidig er det en helbredsbelastning at stå uden for arbejdsmarkedet (7).

Lavtuddannede har en øget risiko for at miste jobbet ved sygdom eller af andre grunde. Uddannelse og erhvervstilknytning repræsenterer derfor to forskellige indgangsvinkler til social ulighed i sundhed med forskellige – men til dels overlappende – målgrupper og arenaer. Indsatser, der mindsker de sundhedsmæssige konsekvenser af et lavt uddannelsesniveau, og indsatser, der fremmer sundheden blandt personer, der er uden for arbejdsmarkedet, kan begge medvirke til større social lighed i sundhed.

Sundhedstilstanden i et lokalområde afspejler til en vis grad befolkningens sociale sammensætning (8). Beboerne i socialt dårligt stillede lokalområder udsættes desuden gennemgående for større helbredsrisici fra omgivelserne end andre (9). Målrettede sundhedsindsatser i disse områder er derfor en af måderne, man kan arbejde for større social lighed i sundhed på. Blokken afsluttes med en beskrivelse af sundheden i de enkelte kommuner, herunder den geografiske ulighed i sundhed under betegnelsen *Sundhed på én side*.

Referencer

1. Ulighed i sundhed [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen. Available from: https://www.sst.dk/da/planlaegning/ulighed.

2. Raahauge Hvass L, Manghezi A, Paldam Folker A, et al. Social ulighed i sundhed – hvad kan kommunen gøre? København: Sundhedsstyrelsen; 2012.

3. Forebyggelse for fremtiden. København: KL; 2018.

4. Sundhed for livet - Forebyggelse er en nødvendig investering. København: Danske Regioner; 2017.

5. Elstad J. Utdanning og helseulikheter Oslo: NOVA; 2008.

6. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. Raahauge Hvass L, Paldam Folker A, Sandø N, editors. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.

7. Bambra C. Work, worklessness and the political economy of health. Oxford: Oxford University Press; 2011.

8. Bambra C. Health divides. Where you live can kill you. Bristol: The Policy Press; 2016.

9. Stock C, Ellaway A. Neighbourhood structure and health promotion. New York: Springer; 2013.

10. SOCIAL ULIGHED I SUNDHED

Man taler om social ulighed i sundhed, når personer med en lavere social position målt ved f.eks. uddannelse eller indkomst har en større risiko for sygdom og død end personer med en højere social position (1, 2). Der kan også være sociale forskelle i konsekvenser af sygdom eksempelvis i forhold til funktionsevne, livskvalitet og tilbagevenden til arbejde.

Ulighed i sundhed omfatter i princippet alle forskelle i sundhed uanset årsag (herunder alder og genetiske forhold), mens social ulighed i sundhed kun drejer sig om forskelle, der kan tilskrives sociale forhold.

Social ulighed i sundhed kan beskrives enten som en social gradient i sundhed eller som en sundhedskløft (1, 3). *Den sociale gradient* i sundhed beskriver en stigning i sygelighed og risiko for død med faldende social position. *Sundhedskløften* beskriver en markant højere forekomst af sygelighed og risiko for død i særligt udsatte grupper, eksempelvis blandt misbrugere og hjemløse. Det er i store træk de samme risikofaktorer, der skaber både den sociale gradient i sundhed og sundhedskløften (4). Forskellen ligger primært i en meget høj forekomst og langvarig påvirkning af risikofaktorerne blandt særligt udsatte grupper (4).

En opgørelse af forskellene i forventet restlevetid for 30-årige i Danmark viser, at den højest uddannede fjerdedel af mændene lever 6,1 år længere end den lavest uddannede fjerdedel (5). For kvinder er forskellen 4,7 år. Tilsvarende er forskellen i middellevetid 9,6 år for mænd og 5,9 år for kvinder mellem den fattigste fjerdedel og den rigeste fjerdedel.

Valg af perspektiv i forhold til social ulighed i sundhed har konsekvenser for den praktiske indsats for øget lighed i sundhed. Den sociale gradient i sundhed lægger op til brede indsatser rettet mod større befolkningsgrupper, mens sundhedskløften lægger op til indsatser rettet mod socialt marginaliserede og væsentligt mindre grupper. I begge tilfælde kan indsatsen enten adressere "nære" årsager til social ulighed i sundhed (f.eks. sundhedsvaner som rygning og højrisikoforbrug af alkohol) eller bagvedliggende sociale årsager (f.eks. lavt uddannelsesniveau og arbejdsløshed).

Danske Regioners og Kommunernes Landsforenings forebyggelsespolitiske udspil prioriterer indsatsen for større social lighed i sundhed højt (6, 7). I udspillet fra Danske Regioner fokuseres der på de tidlige leveår og rammer, der motiverer til et sundt liv. I udspillet fra Kommunernes Landsforening indgår seks pejlemærker, der alle har fokus på social lighed i sundhed: 1) Alle skal have mulighed for et sundt liv – fælles ansvar og kvalitet i indsatsen. 2) Alle børn skal have en sund start på livet, der fremmer deres trivsel, udvikling og læring. 3) Alle unge skal have plads i fællesskabet og komme godt på vej i uddannelse og job. 4) Flere skal vælge et røgfrit liv, og ingen børn og unge skal begynde at ryge. 5) Flere skal drikke mindre, og ingen børn og unges liv må skades af alkohol. 6) Flere skal leve et liv med bedre mental sundhed og trivsel.

Kapitlets indhold

I dette kapitel sættes der fokus på social ulighed i sundhed. Formålet med kapitlet er at give en forståelsesramme for social ulighed i sundhed samt beskrive omfanget af social ulighed i sundhed i befolkningen. I kapitlet sammenfattes analyser fra de øvrige kapitler, og der tilføjes enkelte nye analyser med henblik på at tegne et sammenhængende billede af social ulighed i regionen.

Kapitlet indledes med en beskrivelse af årsager til social ulighed i sundhed. Herefter følger eksempler på indsatser og tilgange, der kan medvirke til at reducere den sociale ulighed i sundhed. Efterfølgende beskrives social ulighed i sundhedsvaner, generelt helbred samt mental sundhed og sundhedskompetence i regionen. I analyserne bliver social ulighed i sundhed belyst i forhold til uddannelse og erhvervstilknytning. Valget af uddannelse og erhvervstilknytning skyldes et ønske om at kunne beskrive social ulighed i sundhed dels overordnet og dels mere specifikt for marginaliserede grupper på arbejdsmarkedet. Kapitlet afsluttes med en kort sammenfatning.

Årsager til social ulighed i sundhed

Helt overordnet diskuteres det fortsat, om social ulighed i sundhed, målt som sygdom og tidlig død, overvejende skal tilskrives forskelle i sundhedsvaner (f.eks. rygning og alkohol) blandt forskellige socialgrupper, forskelle i psykosociale belastninger (f.eks. arbejdsløshed eller pludseligt opståede belastninger) eller forskelle i levevilkår (f.eks. økonomi, bolig og uddannelse) (8). Både sundhedsvaner og psykosociale belastninger påvirkes af den enkeltes sociale position og ressourcer (9, 10). Der er samtidig en indbyrdes påvirkning mellem psykosociale belastninger og sundhedsvaner, der vanskeliggør en vurdering af, hvilke der spiller den største rolle (9).

Psykosociale belastninger kan både fremme usunde vaner som eksempelvis rygning, overspisning og alkoholmisbrug, og de kan udgøre en barriere for ændring af adfærd og vaner (10). Desuden medvirker sociale forskelle i psykosociale belastninger til dårligere trivsel og livskvalitet hos den dårligst stillede del af befolkningen (9).

Der findes en del forskning, der belyser sammenhængen mellem psykosociale belastninger og social ulighed i sundhed. Resultaterne er dog modstridende, og der kan derfor ikke drages nogen entydig konklusion med hensyn til, hvor stor betydning psykosociale belastninger har for social ulighed i sundhed (9). Dog tyder forskningsresultater på en sammenhæng mellem arbejdsrelateret stress (f.eks. udløst af en kombination af høje krav og lav indflydelse) og social ulighed i sundhed samt mellem personlige ressourcer (f.eks. selvværd og mestringsevne) og social ulighed i sundhed (9).

Nyere studier tyder endvidere på, at sundhedsvaner kan forklare en større del af de sociale forskelle i sundhed end hidtil antaget. Eksempelvis har både et dansk og to britiske studier fundet, at op mod 70 % af den observerede sociale ulighed i sundhed kan forklares af rygning, alkohol, kost og fysisk aktivitet (11-13). Desuden forklarer rygning og alkohol størstedelen af den stigende sociale ulighed i dødelighed, der er sket i Danmark siden 1985, med rygning som den væsentligste faktor (11).

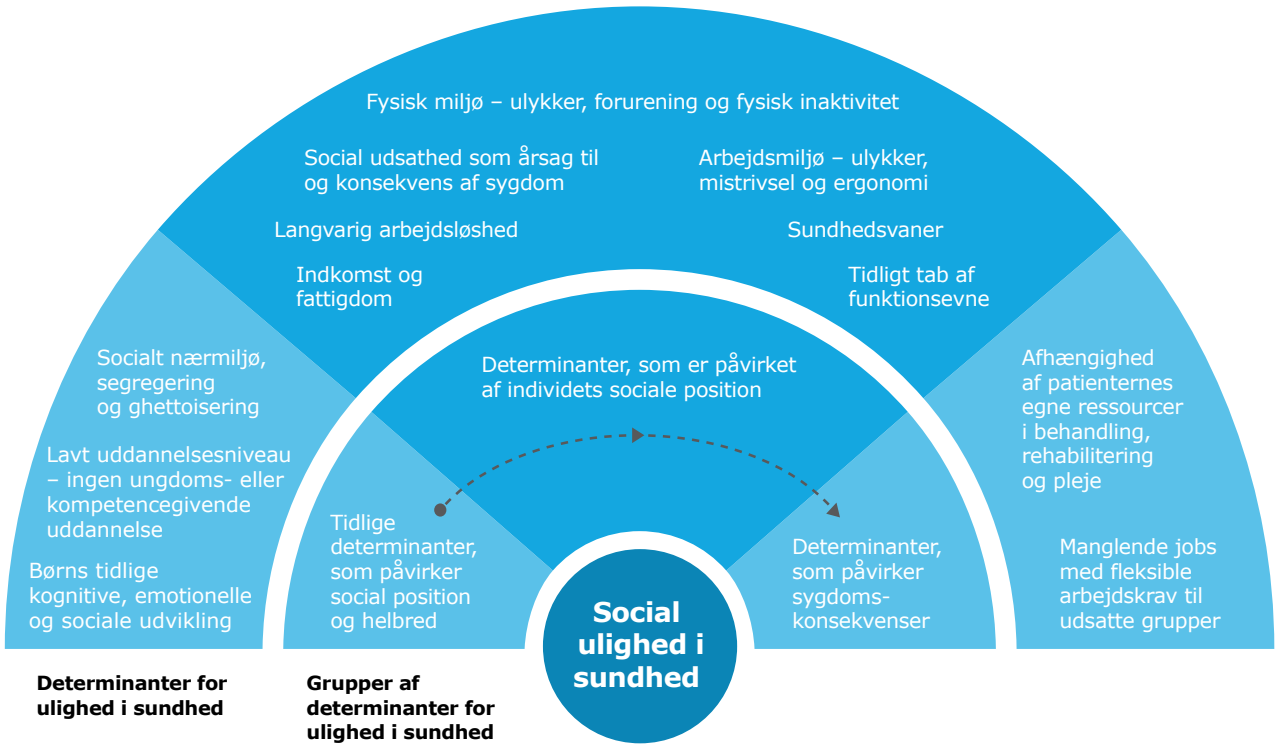
Et studie på tværs af 12 europæiske lande viser, at der er social ulighed i forekomsten af hjerneblødning/blodprop i hjernen (14). Studiet viser desuden, at ulighed i rygning, BMI og alkoholindtag kan forklare 30-50 % af forskellene mellem uddannelsesgrupper i de nordiske lande (14). En tværsnitsundersøgelse med 19 europæiske lande viser desuden, at det er muligt at reducere forskellene i dødelighed mellem uddannelsesgrupperne med 26 % for mænd og 32 % for kvinder, alene hvis rygeandelen i alle uddannelsesgrupper kommer ned på samme niveau som i den højeste uddannelsesgruppe (15).

Det er imidlertid ikke alle studier, der konkluderer, at sundhedsvaner er den væsentligste årsag til social ulighed i sundhed. En europæisk rapport finder, at arbejdsmarkedsforhold (særligt ergonomiske risikofaktorer som tunge løft samt manglende indflydelse på eget arbejde) i højere grad end sundhedsvaner forklarer den uddannelsesmæssige sociale ulighed i sundhed i Danmark (8). Af samme rapport fremgår desuden, at levevilkår (økonomiske problemer og konflikter under opvæksten, dårlig boligkvalitet, ringe økonomi og svage sociale netværk) forklarer en mindre del af den sociale ulighed i sundhed i Danmark end sundhedsvaner.

I en omfattende rapport fra Sundhedsstyrelsen identificeres 12 determinanter for social ulighed i sundhed (10). Determinanterne er opdelt i tre grupper, der tilsammen er styrende for den sociale ulighed i sundhed: 1) tidlige determinanter, som påvirker social position og helbred, 2) determinanter, som er påvirket af individets sociale position samt 3) determinanter, som påvirker sygdomskonsekvenser (figur 10.1).

De 12 determinanter udmærker sig ved en bred inddragelse af årsager til social ulighed i sundhed. De omfatter således både psykosociale belastninger (f.eks. arbejdsløshed og fattigdom), sundhedsvaner og andre "nære" årsager til ulighed i sundhed (f.eks. rygning og arbejdsmiljø), bagvedliggende årsager (f.eks. uafsluttet skolegang og nærmiljø), determinanter for fremtidig social position samt faktorer, som påvirker konsekvenser ved sundhed og sygdom (10).

Figur 10.1
Determinanter for social ulighed i sundhed



Note: Figuren er inspireret af Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser. Raahauge Hvass L, Paldam Folker A, Sandø N, editors. København: Sundhedsstyrelsen; 2011 (10).

De 12 determinanter påvirker hver for sig på forskellig måde og i forskellig grad den sociale ulighed i sundhed (10). Samtidig påvirkning af flere determinanter for social ulighed i sundhed eller en akkumuleret påvirkning over en længere periode har en yderligere negativ effekt på den enkelte og øger risikoen for sygdom og tidlig død. Determinanterne har desuden indflydelse på hinanden, eksempelvis i forhold til samspil mellem *de tidlige determinanter* og *determinanter, som er påvirket af social position,* og *determinanter, som påvirker sygdomskonsekvens.* Nedenfor følger en kort beskrivelse af de tre grupper af determinanter (10).

Tidlige determinanter, som påvirker social position og helbred. *Børns tidlige udvikling, lavt uddannelsesniveau* og *socialt nærmiljø* har en direkte virkning på børns aktuelle sundhed samt effekt på sundhedstilstanden som voksne. Samtidig har de tidlige determinanter en indirekte virkning på social ulighed i sundhed, fordi de påvirker den sociale position, personerne opnår som voksne. Den indirekte virkning på social ulighed i sundhed sker gennem påvirkning af de andre determinanter (illustreret med en pil i figur 10.1).

Determinanter, som er påvirket af individets sociale position. Social position har betydning for, i hvilken grad den enkelte udsættes for forhold, der påvirker hans eller hendes sundhed negativt. Ophobning af negative effekter over lang tid og samspil mellem flere determinanter for social ulighed i sundhed øger risikoen for sygdom og tidlig død. For flere determinanter gælder det, at påvirkningen går begge veje, således at determinanterne har en negativ indflydelse på sundheden, og at dårligt helbred også øger risikoen for eksempelvis at blive arbejdsløs, at miste sin indkomst og at blive socialt udsat.

Determinanter, som påvirker sygdomskonsekvenser. På den ene side er der en social ulighed i forhold til risikoen for at blive syg. På den anden side er der

også en social ulighed i effekten af behandling og rehabilitering. Det sidste skyldes, at den enkeltes ressourcer har betydning for udbyttet af den behandling og rehabilitering, man får, hvilket medvirker til social ulighed i overlevelse, funktionsevne, livskvalitet og tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Mennesker med de samme behov og symptomer får som udgangspunkt tilbudt samme behandling. Men der kan være behov for at behandle mennesker med samme behov forskelligt med udgangspunkt i deres sociale baggrund, hvis man skal opnå lighed i behandlingsresultater. Dette er blevet italesat som: "social ulighed i sundhed skal mødes med ulighed i behandling" (16). Herudover er der forskel i mulighederne for at vende tilbage til arbejdsmarkedet, hvilket blandt andet kan skyldes høje fysiske arbejdskrav og en lav grad af indflydelse på egen arbejdssituation blandt personer med et lavt uddannelsesniveau. Sygdom kan endvidere have større økonomiske konsekvenser for folk med lave indkomster, fordi de har sværere ved at bære et indkomstab ved sygdom, da deres økonomi er mere skrøbelig.

Fra viden og politik til handling

Social ulighed i sundhed har vist sig at være en vanskelig problemstilling at arbejde med. På trods af politiske målsætninger om at mindske den sociale ulighed i sundhed og en række konkrete initiativer på nationalt, regionalt og kommunalt niveau har indsatserne indtil videre ikke haft den ønskede effekt (10, 16). Det kan der være flere grunde til (17):

- Årsager og mekanismer er komplekse og ikke fuldt forståede
- Viden om effektive indsatser er fortsat mangelfuld
- De nødvendige løsninger involverer flere sektorer, myndigheder og politikområder
- Indsatsen har, trods stor opmærksomhed, ikke været prioriteret tilstrækkelig højt
- Emnet kan være politisk kontroversielt, og konkurrerende politiske målsætninger kan begrænse det politiske handlerum
- Udviklingstendenser i samfundet øger den sociale ulighed i sundhed

Illustrerende for det komplekse og vanskelige er det (indtil videre) uafklarede spørgsmål om, hvorvidt større social lighed i sundhed bedst opnås gennem indsatser målrettet de "nære" årsager til social ulighed i sundhed (f.eks. sundhedsvaner og arbejdsmiljø) eller de bagvedliggende årsager i form af økonomiske og sociale forhold (8, 18, 19).

På den ene side er sammenhængen mellem sociale forskelle i sundhedsvaner og risikoen for sygdom og tidlig død veletableret. Det gælder eksempelvis sammenhængen mellem sundhedsvaner og forekomsten af hjerte-kar-lidelser (14, 20). Dette taler for et større fokus på sundhedsvaner for at reducere social ulighed i sundhed. Indsatserne kan enten være målrettet hele eller meget store dele af befolkningen eller højrisikogrupper – begge typer indsatser forventes at bidrage til en øget lighed i sundhed (2).

På den anden side er individets mulighed for at ændre sundhedsvaner hæmmet af sociale omstændigheder (21). Hertil kommer større psykosociale belastninger og færre ressourcer til at stå imod disse belastninger blandt personer med en lav social position i samfundet (9). Dette taler for et større fokus på de bagvedliggende sociale årsager/determinanter for social ulighed i sundhed for derigennem blandt andet at sikre sundere vaner.

Erfaringer fra England viser, at det er muligt at fremme social lighed i sundhed gennem en omfattende og vedvarende indsats på mange niveauer og på tværs af politikområder. Den nationale sundhedsstrategi i England, der blev gennemført fra 1997 til 2010, var overvejende rettet mod socioøkonomisk dårligt stillede lokalområder, personer og familier med lav social position og borgere med kroniske sygdomme (22, 23). Sundhedsstrategien var bygget op om fire temaer: 1) støtte til familier, 2) håndtering af fattigdom i samarbejde med lokalsamfundet, 3) forbedret forebyggelse, behandling og pleje (f.eks. idrætsfaciliteter, seksualundervisning, byfornyelse, rygestoptilbud, ulykkesforebyggelse, influenzavaccination, kræft- og hjerte-kar-forløb), 4) håndtering af de bagvedliggende sociale determinanter (f.eks. uddannelse og børnefattigdom). Et studie viser, at den sociale ulighed i middellevetid voksede i perioden, før sundhedsstrategien blev indført, faldt i perioden, hvor strategien blev gennemført, og igen er begyndt at vokse, efter at sundhedsstrategien er blevet stoppet (22).

De 12 determinanter, der nævnes i Sundhedsstyrelsens ulighedsrapport, omfatter både bagvedliggende årsager og "nære" årsager til social ulighed i sundhed

(figur 10.1), og de er af rapportens hovedforfatter blevet omsat til fire anbefalede indsatsområder (16, 18):

- Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd. Sundhedsvaner skaber en stor del af den sociale ulighed i dødelighed. Kommunerne skal implementere de anbefalede indsatser i forebyggelsespakkerne for at ændre befolkningens sundhedsvaner, og Sundhedsstyrelsen skal understøtte implementeringen.

- Øget sårbarhed. Sårbarhed grundlægges tidligt i livet, når børn udsættes for mange risikofaktorer i deres sociale nærmiljø (f.eks. segregering, fattigdom og social udsathed) og i forældres sundhedsvaner (f.eks. rygning og højrisikoforbrug af alkohol). Risikofaktorerne påvirker hinandens forekomst og virkning på social ulighed i sundhed. Kommunerne skal derfor styrke den generelle indsats i dagtilbud og skoler i udsatte lokalområder samt til børn med kognitive vanskeligheder. Samtidig skal kommunerne modvirke boligsegregering og fremme blandede naboskaber.

- Effekt af sundhedsydelser. Der er social ulighed i behandling målt på overlevelse og tilbagevenden til arbejde. Etableringen af flere pakkeforløb (f.eks. som det er tilfældet for kræft og hjerte-kar-lidelser) kan medvirke til at reducere ulighed i effekten af behandling. Samtidig vil det reducere ulighed i sundhed, hvis der bliver brugt flere ressourcer på de svageste patienter. Sidstnævnte bør gøres både i almen praksis og på hospitalerne.

- Prioritering i sundhedsvæsenet. Rammerne i sundhedsvæsnet skal udformes, så det er muligt at bruge flere ressourcer på de svageste patienter og de dele af sundhedsvæsenet, der kan støtte patienter med multisygdom. Det handler eksempelvis om en styrkelse af almen praksis – særligt i lokalområder med borgere med store sociale problemer og sundhedsudfordringer. Det handler også om et styrket lokalt områdeansvar mellem de regionale og kommunale dele af det nære sundhedsvæsen.

Ved tilrettelæggelse af indsatsen for at reducere den sociale ulighed i sundhed må man træffe en række valg med hensyn til målgrupper og indsatstyper. Ønsker man at mindske den sociale gradient i sundhed eller at reducere sundhedskløften? Vil man arbejde med sundhedsvaner, psykosociale belastninger eller levevilkår?

Margaret Whitehead, der er en af de førende britiske forskere i social ulighed i sundhed, har påpeget, at indsatser for større social lighed i sundhed bør være metodisk og teoretisk mere stringente, end det typisk har været tilfældet, hvis de skal have den tilsigtede virkning (24).

For det første påpeger Whitehead (24), 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.

For det andet påpeger hun, at de fleste indsatser er svagt teoretisk 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 (24):

- Type 1: Styrkelse af individer. Indsatser i forhold til mennesker, der tilhører ressourcesvage 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, hvor mange ansatte har en kort uddannelse, som 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.

Den samlede strategi i en kommune for større social lighed i sundhed kan med fordel kombinere flere af de ovennævnte tilgange. Det vil i praksis ofte være hensigtsmæssigt at vælge en tilgang, hvor både gradient og sundhedskløft samt "nære" og bagvedliggende årsager til social ulighed i sundhed kan rummes (17). Dette vil sikre, at der eksempelvis både kan laves indsatser målrettet risikofaktorer blandt marginaliserede grupper og indsatser målrettet bagvedliggende årsager og sociale determinanter i hele eller dele af befolkningen. Herved kan der både arbejdes inden for rammerne af de kommunale sundhedsafdelinger, med andre dele af sundhedsvæsenet, på tværs af kommunale forvaltningsområder og med øvrige samfundssektorer. Med en helhedsorienteret indsats synes muligheden for at lykkes med at øge social lighed i sundhed større (17, 25).

Kommunerne har mange muligheder for at påvirke social ulighed i sundhed (2, 26). På en lang række kommunale forvaltningsområder er det muligt at løse den primære opgave og samtidig understøtte borgernes sundhed og reducere social ulighed i sundhed. I nogle tilfælde kan sundhedsindsatser bidrage til at løfte nogle af kerneopgaverne på andre kommunale forvaltningsområder (f.eks. arbejdsmarkedsområdet). Der kan således opstå synergi ved samarbejde på tværs om at løfte borgernes sundhed og reducere social ulighed i sundhed.

Boks 10.1
Kommunale eksempler, der kan medvirke til at øge social lighed i sundhed

På baggrund af drøftelser med repræsentanter fra 53 kommuner har Center for Forebyggelse i praksis samlet en række kommunale eksempler og ideer, der kan medvirke til at øge social lighed i sundhed (27).

Børns tidlige udvikling
- Tilbud om sundhedspleje til og ekstra opmærksomhed på mindre ressourcestærke familier
- Fokus på trivsel, sprog og motorik i dagtilbud og skoler
- Tidlig opsporing af mistrivsel i dagtilbud og skoler

Skolegang og overgang til ungdomsuddannelse
- Fremme trivsel og fællesskaber og forebygge frafald på ungdomsuddannelser
- Styrket indsats i forhold til rusmidler og tobak på alle skoler og ungdomsuddannelser

Sundhedsadfærd
- Røgfri skole- og arbejdstid
- Hjælp til rygestop for stærkt tobaksafhængige borgere med mulighed for betalt rygestopmedicin
- Tidlig opsporing af gravide og familier med alkoholproblemer samt familieorienteret alkoholbehandling
- Samarbejde med frivillige og foreninger om tilbud, der fremmer sociale fællesskaber, trivsel og fysisk aktivitet i nærmiljøet
- Sund byplanlægning

Ledige og fastholdelse på arbejdsmarkedet
- Tilbud om fysisk aktivitet og træning med fokus på trivsel og fællesskab og på at reducere smerter
- Bedre tilbagevenden til arbejde efter sygefravær med fleksible arbejdskrav
- Skabe et mere rummeligt arbejdsmarked med fleksible arbejdskrav
- Styrke langtidssygemeldte borgere og sikre hurtig udredning og behandling

Social udsathed
- Opsøgende indsats og støtte til udsatte borgere
- Koordineret sundheds- og socialindsats
- Sundhedsvaneindsatser i socialfaglige botilbud

I boks 10.1 ses en række eksempler på, hvordan man i kommunerne kan arbejde med at øge social lighed i sundhed.

Der findes ikke tilstrækkelig forskningsbaseret viden til at afgøre, hvilke indsatser der vil have størst effekt på den sociale ulighed i sundhed (10). I denne situation kan man læne sig op ad Sundhedsstyrelsens 12 determinanter samt de refererede eksempler i kapitlet. Udgangspunktet er fortsat, at social ulighed i sundhed er et komplekst og svært håndterbart problem, og flere samfundsmæssige niveauer og aktører må inddrages, hvis man skal opnå resultater, ligesom man både må arbejde ud fra et kortsigtet og et langsigtet perspektiv. Der er desuden brug for indsatser, der både retter sig mod bagvedliggende årsager til social ulighed i sundhed (f.eks. tilknytning til arbejdsmarkedet og børns opvækstvilkår), og indsatser, der retter sig mod "nære" årsager (f.eks. sundhedsvaner).

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. En ny opgørelse af kommunernes forebyggelsesindsats viser en fortsat fremgang i brugen af anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker (28). Der er imidlertid ikke foretaget en vurdering af effekten af forebyggelsespakkerne i forhold til befolkningens sundhedstilstand eller i forhold til en reduktion af social ulighed i sundhed.

Beskrivelse af social ulighed i sundhed

I det følgende beskrives social ulighed i sundhedsvaner, generelt helbred samt mental sundhed og sundhedskompetence i forhold til uddannelsesniveau samt erhvervstilknytning.

Uddannelse er et af de hyppigst anvendte mål for social position indenfor sundhedsområdet (29). Et lavt uddannelsesniveau er hovedsageligt en årsag til, ikke en konsekvens af dårligt helbred (10). Manglende erhvervstilknytning er derimod ofte en konsekvens af dårligt helbred. Samtidig er det en helbredsbelastning at stå uden for arbejdsmarkedet (30).

Uddannelse og erhvervstilknytning repræsenterer derfor to forskellige indgangsvinkler til social ulighed i sundhed med forskellige – men til dels overlappende – målgrupper og arenaer. Målet for indsatser med fokus på uddannelse er på den ene side at svække sammenhængen mellem lavt uddannelsesniveau og dårligt helbred og på den anden side at støtte alle børn og unge i at udnytte deres fulde potentiale i folkeskolen og uddannelsessystemet. Målet for indsatser med fokus på personer uden for arbejdsmarkedet er at fremme sundhed og trivsel i en gruppe, hvor mange allerede har et dårlig helbred.

Der er et vist sammenfald i målgrupperne, da personer med et lavt uddannelsesniveau er overrepræsenterede blandt modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. og førtidspensionister (data ikke vist). Der er derfor også et overlap i relevante arenaer for indsatser målrettet personer med et lavt uddannelsesniveau og personer uden for arbejdsmarkedet. Det gælder især inden for social- og beskæftigelsesområdet i kommunerne.

Uddannelse kan belyse det brede perspektiv af social ulighed i sundhed med særligt fokus på gruppen af personer med et lavt uddannelsesniveau. Uddannelsesniveau har den fordel som indikator for social position kun i begrænset omfang at være påvirket af helbredsforhold – i modsætning til indkomst – da de fleste afslutter deres uddannelse, mens de er unge, og få endnu har udviklet alvorlige kroniske sygdomme. Det mindsker risikoen for "omvendt kausalitet", altså at lav position er forårsaget af dårligt helbred, i stedet for at dårligt helbred er forårsaget af lav social position. Man skal dog være opmærksom på, at nogle udvikler alvorlige helbredsproblemer allerede som børn og unge, og at det kan hindre dem i at gennemføre en uddannelse. Analyserne, hvor uddannelse indgår, er opdelt på aldersgrupper, dels fordi den sociale betydningen af uddannelse har ændret sig over tid, og det derfor kan have interesse at beskrive sammenhængen mellem uddannelse og sundhed i forskellige alderskohorter, dels fordi det giver mulighed for at identificere aldersstrata, hvor der især er behov for en indsats for større lighed i sundhed.

Der skelnes i *Hvordan har du det?* mellem tre uddannelsesniveauer: lavt, middelhøjt og højt. 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.

Erhvervstilknytning repræsenterer et andet perspektiv på social ulighed i sundhed med fokus på voksne i den erhvervsaktive alder, der er uden for arbejdsmarkedet. Dårligt helbred er ofte en medvirkende årsag til en svag eller manglende tilknytning til arbejdsmarkedet. Omvendt kan udstødelse af arbejdsmarkedet være en helbredsmæssig belastning (30). Der er med andre ord tale om et komplekst samspil mellem sociale og sundhedsmæssige forhold. Førtidspensionister, kontanthjælpsmodtagere og arbejdsløse har det til fælles, at de står uden for arbejdsmarkedet. Der er tale om heterogene målgrupper, og det er ikke alle borgere i de tre grupper, der er socialt eller sundhedsmæssigt udsatte. Men samlet set er disse grupper på langt de fleste områder dårligere stillet end befolkningen som helhed (31). Det er derfor relevant at beskrive sundheden i de tre grupper og sammenligne dem med personer i beskæftigelse. Dels som led i beskrivelsen af den sociale ulighed i sundhed generelt, dels for at belyse, hvilke helbredsmæssige barrierer der er for at varetage et arbejde. Det sidste skal ikke mindst ses i lyset af det øgede fokus på aktiv arbejdsmarkedspolitik, der har været i de senere år.

Social ulighed i sundhed beskrives ved hjælp af 13 indikatorer, fem sundhedsvaner (figur 10.2-10.3), fire indikatorer for generelt helbred (figur 10.4-10.5) og fire indikatorer for mental sundhed og sundhedskompetence (figur 10.6-10.7):

Sundhedsvaner

- Daglig rygning
- Højrisikoforbrug af alkohol. Ugentligt forbrug på mere end 14 genstande for kvinder og 21 genstande for mænd
- Fysisk inaktivitet. Fysisk aktiv 0-1 dag om ugen i mindst 30 minutter
- Usundt kostmønster. Usunde kostvaner med hensyn til frugt, grønt, fisk og fedt
- Svær overvægt. Et Body Mass Index (BMI) på 30 eller derover

Generelt helbred

- Dårligt selvvurderet helbred. Mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred
- Nedsat arbejdsevne. Vurderer sin arbejdsevne som en del eller meget nedsat
- Brug for hjælp til dagligdagens gøremål. Brug for hjælp til almindelig daglig levevis (ADL) på grund af sygdom eller andre helbredsproblemer

Mental sundhed og sundhedskompetence

- Fire eller flere kroniske sygdomme. Fire eller flere af de 17 kroniske sygdomme, der indgår i *Hvordan har du det? 2017*
- Højt stressniveau. 16-40 point på *Perceived Stress Scale*
- Depression. Let, moderat og svær depression målt med *Major Depression Inventory*
- Svær ensomhed. Følelse af at være isoleret, at savne nogen at være sammen med og at føle sig udenfor opgjort på bagrund af *Three-Item Loneliness Scale* (T-ILS)
- Svært ved at forstå informationer om sundhed. Svært ved at forstå mundtlig og skriftlig information fra sundhedspersonalet, information på medicinpakninger mv. opgjort ved hjælp af *The Australian Health Literacy Questionnaire*

Som støtte til tolkning af data i forhold til social ulighed i sundhed er benyttet *Relative Concentration Index* (RCI) (32). RCI bruges til at måle graden af ulighed i sundhed og sygdom mellem uddannelsesgrupperne. Beregningen af RCI inddrager både forskelle i forekomst samt størrelsen af befolkningen i uddannelsesgrupperne. Udviklingen i social ulighed i sundhed vurderes for uddannelsesgrupper på baggrund af ændringer i RCI fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017.

Figur 10.2
Sundhedsvaner – uddannelse og alder (25 år og derover)

	Dagligrygere	Højrisikoforbrug af alkohol	Fysisk inaktive	Usundt kostmønster	Svær overvægt
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Alle	16	5	20	14	18
Uddannelsesniveau					
Lavt (0-10 år)	23	6	27	23	25
Middelhøjt (11-14 år)	17	5	19	16	20
Højt (15+ år)	10	4	18	7	12
Lavt uddannelsesniveau					
25-34 år	32	5	25	33	27
35-44 år	33	4	25	26	25
45-54 år	31	6	26	27	32
55-64 år	27	9	23	23	28
65-74 år	20	6	23	18	26
75+ år	12	3	38	19	16
Middelhøjt uddannelsesniveau					
25-34 år	19	4	20	19	18
35-44 år	16	4	20	20	23
45-54 år	20	5	19	18	22
55-64 år	20	7	18	14	19
65-74 år	15	7	14	12	18
75+ år	10	5	28	14	14
Højt uddannelsesniveau					
25-34 år	10	2	19	8	10
35-44 år	7	2	24	7	13
45-54 år	10	3	15	7	14
55-64 år	12	8	15	3	15
65-74 år	10	10	15	6	12
75+ år	7	9	17	8	8

Signifikant større end i hele befolkningen på 25 år og derover
Signifikant mindre end i hele befolkningen på 25 år og derover
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen på 25 år og derover

Social ulighed i sundhedsvaner – uddannelse

Figur 10.2 viser forekomsten af risikable sundhedsvaner for hele befolkningen på 25 år og derover (herefter blot omtalt som hele befolkningen) i forhold til uddannelsesniveau og på aldersgrupper for de tre uddannelsesniveauer. Den sociale ulighed i sundhedsvaner på baggrund af uddannelsesgrupper er størst for *usundt kostmønster* efterfulgt af *daglig rygning* og *svær overvægt.* Der er kun i begrænset omfang social ulighed i *fysisk inaktivitet* og *højrisikoforbrug af alkohol* (vurderet ved brug af RCI).

Dagligrygere (se kapitel 2). Der er stor forskel i andelen af dagligrygere i de tre uddannelsesgrupper. Blandt personer med et lavt uddannelsesniveau er der 23 %, der ryger dagligt, og blandt personer med et højt uddannelsesniveau er andelen 10 %.

For personer med et *lavt uddannelsesniveau* er der en større andel af dagligrygere blandt de 25-74-årige og en mindre andel blandt personer på 75 år og derover end i hele befolkningen. Andelen af dagligrygere blandt personer med et lavt uddannelsesniveau falder med stigende alder. For personer med et *middelhøjt uddannelsesniveau* er der en større andel af dagligrygere blandt de 25-34-årige og 45-64-årige og en mindre andel blandt personer på 75 år og derover end i hele befolkningen. For personer med et *højt uddannelsesniveau* er der en mindre andel af dagligrygere i alle aldersgrupper end i hele befolkningen.

Højrisikoforbrug af alkohol (se kapitel 3). Der er ikke nogen entydig forskel i højrisikoforbrug af alkohol mellem uddannelsesgrupperne. Blandt personer med et højt uddannelsesniveau er andelen med et højrisikoforbrug af alkohol dog lidt mindre end i hele befolkningen. Gennemføres analysen udelukkende for mænd, ses det, at der er en større andel med et højrisikoforbrug af alkohol blandt mænd med et lavt uddannelsesniveau, end det er tilfældet blandt alle mænd (resultater ikke vist).

For personer med et *lavt uddannelsesniveau* er der en større andel med et højrisikoforbrug af alkohol blandt de 55-64-årige og en mindre andel blandt personer på 75 år og derover end i hele befolkningen. For personer med et *middelhøjt uddannelsesniveau* er der en større andel med et højrisikoforbrug af alkohol blandt de 55-74-årige og en mindre andel blandt de 35-44-årige end i hele befolkningen. For personer med et *højt uddannelsesniveau* er der en større andel med et højrisikoforbrug af alkohol blandt personer på 55 år og derover og en mindre andel blandt de 25-54-årige end i hele befolkningen.

Fysisk inaktivitet (se kapitel 4). Der er forskel i andelen af fysisk inaktive i de tre uddannelsesgrupper. Forskellene er dog mindre end for daglig rygning, usundt kostmønster og svær overvægt. Blandt personer med et lavt uddannelsesniveau er der 27 %, der er fysisk inaktive, og blandt personer med et højt uddannelsesniveau er andelen 18 %.

For personer med et *lavt uddannelsesniveau* er der en større andel fysisk inaktive blandt de 35-54-årige og for personer på 65 år og derover end i hele befolkningen. For personer med et *middelhøjt uddannelsesniveau* er der en større andel fysisk inaktive blandt personer på 75 år og derover og en mindre andel blandt de 55-74-årige end i hele befolkningen. For personer med et *højt uddannelsesniveau* er der en større andel fysisk inaktive blandt de 35-44-årige og en mindre andel blandt de 45-74-årige end i hele befolkningen.

Usundt kostmønster (se kapitel 5). Der er stor forskel i andelen med et usundt kostmønster i de tre uddannelsesgrupper. Blandt personer med et lavt uddannelsesniveau er der 23 %, der har et usundt kostmønster, og blandt personer med et højt uddannelsesniveau er andelen 7 %.

For personer med et *lavt uddannelsesniveau* er der en større andel med et usundt kostmønster blandt alle aldersgrupper sammenlignet med hele befolkningen. Andelen med et usundt kostmønster blandt personer med et lavt uddannelsesniveau falder med stigende alder. For personer med et *middelhøjt uddannelsesniveau* er der en større andel med et usundt kostmønster blandt de 25-54-årige end i hele befolkningen. For personer med et *højt uddannelsesniveau* er der en mindre andel med et usundt kostmønster for alle aldersgrupper end i hele befolkningen.

Svær overvægt (se kapitel 6). Der er stor forskel i andelen af svært overvægtige mellem de tre uddannelsesgrupper. Blandt personer med et lavt uddannelsesniveau er der 25 %, der er svært overvægtige, og blandt personer med et højt uddannelsesniveau er andelen 12 %.

For personer med et *lavt uddannelsesniveau* er der en større andel med svær overvægt blandt de 25-74-årige end i hele befolkningen. For personer med et *middelhøjt uddannelsesniveau* er der en større andel med svær overvægt blandt de 35-64-årige og en mindre andel blandt personer på 75 år og derover end i hele befolkningen. For personer med et *højt uddannelsesniveau* er der en mindre andel med svær overvægt i alle aldersgrupper end i hele befolkningen.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden fra 2010 til 2017 har der været et fald i andelen af *dagligrygere* på 6 procentpoint blandt personer med et lavt uddannelsesniveau og på 4 procentpoint blandt personer med et højt uddannelsesniveau (se figur 2.2.S i bind 2). I samme periode har der været et fald i andelen med et *højrisikoforbrug af alkohol* på 3 procentpoint blandt personer med et lavt uddannelsesniveau og på 4 procentpoint blandt personer med et højt uddannelsesniveau (se figur 3.2.S i bind 2). Der har været en stigning i andelen af *fysisk inaktive* på 6 procentpoint blandt personer med et lavt uddannelsesniveau, mens der ikke er signifikante ændringer blandt personer med et højt uddannelsesniveau (se figur 4.2.S i bind 2). Der har ligeledes været en stigning i andelen med *usundt kostmønster* på 5 procentpoint blandt personer med et lavt uddannelsesniveau og på 2 procentpoint blandt personer med et højt uddannelsesniveau (se figur 5.6.S i bind 2). Endelig har der været en stigning i andelen med *svær overvægt* på 5 procentpoint blandt personer med et lavt uddannelsesniveau og på 2 procentpoint blandt personer med højt uddannelsesniveau (se figur 6.3.S i bind 2). Vurderet på baggrund af RCI er den sociale ulighed i sundhedsvaner steget for højrisikoforbrug af alkohol og fysisk inaktivitet i perioden fra 2010 til 2017. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden fra 2013 til 2017 er der ikke signifikante ændringer i andelen af *dagligrygere* blandt personer med lavt eller højt uddannelsesniveau (se figur 2.2.S i bind 2). I samme periode er der heller ikke signifikante ændringer i andelen med et *højrisikoforbrug af alkohol* blandt personer med et lavt uddannelsesniveau, mens der er et fald på 2 procentpoint blandt personer med et højt uddannelsesniveau (se figur 3.2.S i bind 2). Der er heller ikke signifikante ændringer i andelen af *fysisk inaktive* blandt personer med et lavt uddannelsesniveau, men der er en stigning på 1 procentpoint blandt personer med et højt uddannelsesniveau (se figur 4.2.S i bind 2). Der er en stigning i andelen med *usundt kostmønster* på 3 procentpoint blandt personer med et lavt uddannelsesniveau og på 2 procentpoint blandt personer med et højt uddannelsesniveau (se figur 5.6.S i bind 2). Endelig har der været en stigning i andelen med *svær overvægt* på 3 procentpoint blandt personer med et lavt uddannelsesniveau og på 1 procentpoint blandt personer med højt uddannelsesniveau (se figur 6.3.S i bind 2). Vurderet på baggrund af RCI er den sociale ulighed steget for højrisikoforbrug af alkohol, og den er faldet for fysisk inaktivitet. ◄

Social ulighed i sundhedsvaner – erhvervstilknytning

Figur 10.3 viser forekomsten af risikable sundhedsvaner i forhold til erhvervstilknytning. I relation til social ulighed i sundhed er det de arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. samt førtidspensionister, der er særligt relevante, da de i forskellig grad er marginaliserede i forhold til arbejdsmarkedet (herefter omtalt som de tre grupper uden for arbejdsmarkedet) (33).

Samlet set er der en stor social ulighed i sundhedsvaner i forhold til erhvervstilknytning. Det er især førtidspensionister, der har risikable sundhedsvaner.

Dagligrygere (se kapitel 2). Sammenlignet med hele befolkningen er der en større andel af dagligrygere i de tre grupper uden for arbejdsmarkedet. Blandt førtidspensionister er 32 % dagligrygere, blandt modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. er 24 % dagligrygere, og blandt arbejdsløse er 25 % dagligrygere. Blandt beskæftigede er andelen 15 %.

Højrisikoforbrug af alkohol (se kapitel 3). Sammenlignet med hele befolkningen er der en større andel med et højrisikoforbrug af alkohol blandt arbejdsløse og førtidspensionister. Blandt førtidspensionister har 7 % et højrisikoforbrug af alkohol, og blandt arbejdsløse er det 10 %. Blandt beskæftigede er andelen 4 %.

Fysisk inaktivitet (se kapitel 4). Sammenlignet med hele befolkningen er der en større andel fysisk inaktive blandt modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. og førtidspensionister. Blandt førtidspensionister er 31 % fysisk inaktive, blandt modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. er det 25 %. Blandt beskæftigede er andelen 18 %.

Figur 10.3
Sundhedsvaner – erhvervstilknytning

	Dagligrygere	Højrisikoforbrug af alkohol	Fysisk inaktive	Usundt kostmønster	Svær overvægt
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Alle	16	6	20	15	16
Erhvervstilknytning					
Studerende/skoleelever	13	8	18	17	7
Beskæftigede	15	4	18	14	16
Arbejdsløse	25	10	17	19	22
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	24	6	25	23	22
Førtidspensionister	32	7	31	23	33
Efterlønsmodtagere	17	10	11	11	17
Folkepensionister	13	6	22	13	17

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

Usundt kostmønster (se kapitel 5). Sammenlignet med hele befolkningen er der en større andel med et usundt kostmønster i de tre grupper uden for arbejdsmarkedet, end det er tilfældet i hele befolkningen. Blandt førtidspensionister og modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. har 23 % et usundt kostmønster, og blandt arbejdsløse er det 19 %. Blandt beskæftigede er andelen 14 %.

Svær overvægt (se kapitel 6). Sammenlignet med hele befolkningen er der en større andel svært overvægtige i de tre grupper uden for arbejdsmarkedet. Blandt førtidspensionister er 33 % svært overvægtige, blandt modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. og arbejdsløse er det 22 %. Blandt beskæftigede er andelen 16 %.

Figur 10.4
Generelt helbred – uddannelse og alder (25 år og derover)

	Dårligt selvvurderet helbred	Nedsat arbejdsevne (25-64 år)	Brug for hjælp til daglig-dagens gøremål	4+ kroniske sygdomm
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Alle	17	17	14	12
Uddannelsesniveau				
Lavt (0-10 år)	28	37	27	22
Middelhøjt (11-14 år)	17	17	12	13
Højt (15+ år)	10	9	8	7
Lavt uddannelsesniveau				
25-34 år	21	25	22	7
35-44 år	31	36	27	11
45-54 år	29	38	22	17
55-64 år	29	44	22	26
65-74 år	22	-	17	24
75+ år	34	-	45	29
Middelhøjt uddannelsesniveau				
25-34 år	11	10	8	4
35-44 år	14	13	8	7
45-54 år	16	18	11	10
55-64 år	20	24	12	16
65-74 år	16	-	12	19
75+ år	25	-	34	27
Højt uddannelsesniveau				
25-34 år	5	6	4	1
35-44 år	8	7	6	2
45-54 år	10	11	7	4
55-64 år	16	17	9	13
65-74 år	12	-	11	15
75+ år	25	-	35	21

Signifikant større end i hele befolkningen på 25 år og derover
Signifikant mindre end i hele befolkningen på 25 år og derover
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen på 25 år og derover

Social ulighed i generelt helbred – uddannelse

Figur 10.4 viser fire helbredsindikatorer for hele befolkningen på 25 år og derover (herefter blot omtalt som hele befolkningen) i forhold til uddannelsesniveau og på aldersgrupper for de tre uddannelsesniveauer.

Samlet set er der en tydelig forskel mellem helbred i de tre uddannelsesgrupper. Den sociale ulighed i sundhed på baggrund af uddannelsesgrupper er størst for *fire eller flere kroniske sygdomme,* efterfulgt af *brug for hjælp til dagligdagens gøremål, nedsat arbejdsevne blandt de 25-64-årige* og *dårligt selvvurderet helbred* (vurderet ved brug af RCI).

Dårligt selvvurderet helbred (se kapitel 7). Der er forskel i andelen med et dårligt selvvurderet helbred i de tre uddannelsesgrupper. Blandt personer med et lavt uddannelsesniveau er der 28 %, der har et dårligt selvvurderet helbred, og blandt personer med et højt uddannelsesniveau er andelen 10 %.

For personer med et *lavt uddannelsesniveau* er der en større andel med et dårligt selvvurderet helbred i alle aldersgrupper i sammenligning med hele befolkningen. For personer med et *middelhøjt uddannelsesniveau* er der en større andel med et dårligt selvvurderet helbred blandt de 55-64-årige og personer på 75 år og derover og en mindre andel blandt de 25-44-årige end i hele befolkningen. For personer med et *højt uddannelsesniveau* er der en større andel med et dårligt selvvurderet helbred blandt personer på 75 år og derover og en mindre andel blandt de 25-54-årige og 65-74-årige end i hele befolkningen.

Nedsat arbejdsevne (25-64 år) (se kapitel 9). Der er stor forskel i andelen, der vurderer deres arbejdsevne som nedsat, blandt de 25-64-årige i de tre uddannelsesgrupper. Blandt personer med et lavt uddannelsesniveau er der 37 %, der har nedsat arbejdsevne, og blandt personer med et højt uddannelsesniveau er andelen 9 %.

For personer med et *lavt uddannelsesniveau* er der en større andel med nedsat arbejdsevne i alle aldersgrupper i sammenligning med hele befolkningen på 25-64 år. For personer med et *middelhøjt uddannelsesniveau* er der en større andel med nedsat arbejdsevne blandt de 55-64-årige og en mindre andel blandt de 25-44-årige end i hele befolkningen på 25-64 år. For personer med et *højt uddannelsesniveau* er der en mindre andel med nedsat arbejdsevne blandt de 25-54-årige end i hele befolkningen på 25-64 år.

Brug for hjælp til dagligdagens gøremål (se kapitel 9). Der er stor forskel i andelen, der har brug for hjælp, i de tre uddannelsesgrupper. Blandt personer med et lavt uddannelsesniveau er der 27 %, der har brug for hjælp, og blandt personer med et højt uddannelsesniveau er andelen 8 %.

For personer med et *lavt uddannelsesniveau* er der en større andel, der har brug for hjælp til dagligdagens gøremål, i alle aldersgrupper i sammenligning med hele befolkningen. For personer med et *middelhøjt uddannelsesniveau* er der en større andel, der har brug for hjælp, blandt personer på 75 år og derover og en mindre andel blandt de 25-44-årige end i hele befolkningen. For personer med et *højt uddannelsesniveau* er der en større andel, der har brug for hjælp, blandt personer på 75 år og derover og en mindre andel blandt de 25-64-årige end i hele befolkningen.

Fire eller flere kroniske sygdomme (se kapitel 9). Der er stor forskel i andelen, der har fire eller flere kroniske sygdomme i de tre uddannelsesgrupper. Blandt personer med et lavt uddannelsesniveau er der 22 %, der har fire eller flere kroniske sygdomme, og blandt personer med et højt uddannelsesniveau er andelen 7 %.

For personer med et *lavt uddannelsesniveau* er der en større andel, der har fire eller flere kroniske sygdomme, blandt personer på 45 år og derover end i hele befolkningen. For personer med et *middelhøjt uddannelsesniveau* er der en større andel, der har fire eller flere kroniske sygdomme, blandt personer på 55 år og derover og en mindre andel blandt de 25-44-årige end i hele befolkningen. For personer med et *højt uddannelsesniveau* er der en større andel, der har fire eller flere kroniske sygdomme, blandt personer på 55 år og derover og en mindre andel blandt de 25-54-årige end i hele befolkningen.

► Udvikling fra 2010-2017. I perioden 2010 til 2017 er der ikke signifikante ændringer i andelen med *dårligt selvvurderet helbred* blandt personer med et lavt uddannelsesniveau, mens der har været en stigning på 2 procentpoint blandt personer med et højt uddannelsesniveau (se figur 7.2.S i bind 2). I samme periode er der en stigning i andelen med *fire eller flere kroniske sygdomme* blandt personer med et lavt uddannelses-

niveau på 3 procentpoint, mens der ikke er signifikante ændringer blandt personer med et højt uddannelsesniveau (se figur 9.23.S i bind 2). Vurderet på baggrund af RCI er den sociale ulighed mindsket for dårligt selvvurderet helbred. ◄

► Udvikling fra 2013-2017. I perioden 2013 til 2017 er der ikke signifikante ændringer i andelen med *dårligt selvvurderet helbred* blandt personer med et lavt uddannelsesniveau, mens der har været en stigning på 1 procentpoint blandt personer med et højt uddannelsesniveau (se figur 7.2.S i bind 2). I samme periode er der ikke signifikante ændringer i andelen med *fire eller flere kroniske sygdomme* blandt personer med et lavt eller højt uddannelsesniveau (se figur 9.23.S i bind 2). Vurderet på baggrund af RCI er den sociale ulighed mindsket for dårligt selvvurderet helbred og nedsat arbejdsevne blandt de 25-64-årige. ◄

Social ulighed i generelt helbred – erhvervstilknytning

Figur 10.5 viser fire helbredsindikatorer i forhold til erhvervstilknytning. I relation til social ulighed i sundhed er det de arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. samt førtidspensionister, der er særligt relevante, da de i forskellig grad er marginaliserede i forhold til arbejdsmarkedet (herefter omtalt som de tre grupper uden for arbejdsmarkedet) (33).

Samlet set er der en tydelig social ulighed i generelt helbred for de tre grupper uden for arbejdsmarkedet sammenlignet med beskæftigede. Det er især førtidspensionister, der har en dårlig fysisk sundhed.

Dårligt selvvurderet helbred (se kapitel 7). Sammenlignet med hele befolkningen er der en større andel med dårligt selvvurderet helbred i de tre grupper uden for arbejdsmarkedet. Blandt førtidspensionister har 52 % et dårligt selvvurderet helbred, blandt modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. er det 38 %, og blandt arbejdsløse er det 22 %. Blandt beskæftigede er andelen 9 %.

Nedsat arbejdsevne (25-64 år) (se kapitel 7). Sammenlignet med hele befolkningen på 25-64 år er der en større andel, der vurderer deres arbejdsevne som nedsat, i de tre grupper uden for arbejdsmarkedet. Blandt førtidspensionister har 88 % en nedsat arbejdsevne, blandt modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. er det 55 %, og blandt arbejdsløse er det 24 %. Blandt beskæftigede er andelen 8 %.

Brug for hjælp til dagligdagens gøremål (se kapitel 7). Sammenlignet med hele befolkningen er der en større andel, der har brug for hjælp, blandt førtidspensionister og modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. Blandt førtidspensionister har 50 % brug for hjælp til dagligdagens gøremål, blandt modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. er det 36 %, og blandt arbejdsløse er det 13 %. Blandt beskæftigede er andelen 6 %.

Figur 10.5
Generelt helbred – erhvervstilknytning

	Dårligt selvvurderet helbred	Nedsat arbejdsevne (25-64 år)	Brug for hjælp i dagligdagen	4+ kroniske sygdomme
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Alle	16	17	14	11
Erhvervstilknytning				
Studerende/skoleelever	8	11	8	3
Beskæftigede	9	8	6	5
Arbejdsløse	22	24	13	8
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	38	55	36	16
Førtidspensionister	52	88	50	36
Efterlønsmodtagere	12	17	7	14
Folkepensionister	23	-	25	23

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

Fire eller flere kroniske sygdomme (se kapitel 9). Sammenlignet med hele befolkningen er der en større andel med fire eller flere kroniske sygdomme blandt førtidspensionister og modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. Blandt førtidspensionister har 36 % fire eller flere kroniske sygdomme, blandt modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. er det 16 %, og blandt arbejdsløse er det 8 %. Blandt beskæftigede er andelen 5 %.

Figur 10.6
Mental sundhed og sundhedskompetence – uddannelse og alder (25 år og derover)

	Højt stressniveau	Depression	Svær ensomhed	Svært ved at forstå information om sundhed
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Alle	30	5	7	5
Uddannelsesniveau				
Lavt (0-10 år)	42	9	11	12
Middelhøjt (11-14 år)	28	5	6	4
Højt (15+ år)	23	4	5	1
Lavt uddannelsesniveau				
25-34 år	62	22	21	10
35-44 år	49	14	18	16
45-54 år	49	11	14	13
55-64 år	39	8	9	11
65-74 år	32	4	6	10
75+ år	40	7	8	13
Middelhøjt uddannelsesniveau				
25-34 år	35	8	11	4
35-44 år	32	6	7	4
45-54 år	28	6	6	3
55-64 år	26	5	6	4
65-74 år	21	2	3	3
75+ år	30	4	5	7
Højt uddannelsesniveau				
25-34 år	28	5	6	1
35-44 år	24	4	6	1
45-54 år	23	4	5	1
55-64 år	22	4	6	1
65-74 år	14	2	3	2
75+ år	22	3	4	2

Signifikant større end i hele befolkningen på 25 år og derover
Signifikant mindre end i hele befolkningen på 25 år og derover
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen på 25 år og derover

Social ulighed i mental sundhed og sundhedskompetence – uddannelse

Figur 10.6 viser forekomsten af mental sundhed og sundhedskompetence for hele befolkningen på 25 år og derover (herefter blot omtalt som hele befolkningen) i forhold til uddannelsesniveau og på aldersgrupper for de tre uddannelsesniveauer.

Samlet set er der forskel i mental sundhed og sundhedskompetence mellem de tre uddannelsesgrupper. Forskellen er størst mellem personer med lavt uddannelsesniveau og personer med højt uddannelsesniveau. Den sociale ulighed i sundhed på baggrund af uddannelsesgrupper er størst for *svært ved at forstå information om sundhed,* efterfulgt af *depression, svær ensomhed* og *højt stressniveau* (vurderet ved brug af RCI).

Højt stressniveau (se kapitel 8). Der er forskel i andelen med højt stressniveau imellem personer med lavt uddannelsesniveau og personer med højt uddannelsesniveau. Blandt personer med et lavt uddannelsesniveau er der 42 %, der har et højt stress niveau, og blandt personer med et højt uddannelsesniveau er andelen 23 %.

For personer med et *lavt uddannelsesniveau* er der en større andel med et højt stressniveau i alle aldersgrupper i sammenligning med hele befolkningen. For personer med et *middelhøjt uddannelsesniveau* er der en større andel med et højt stressniveau blandt de 25-44-årige og en mindre andel blandt de 55-74-årige end i hele befolkningen. For personer med et *højt uddannelsesniveau* er der en mindre andel med et højt stressniveau blandt personer på 35 år og derover.

Depression (se kapitel 8). Der er forskel i andelen med depression imellem personer med lavt uddannelsesniveau og personer med højt uddannelsesniveau. Blandt personer med et lavt uddannelsesniveau er der 9 %, der har depression, og blandt personer med et højt uddannelsesniveau er andelen 4 %.

For personer med et *lavt uddannelsesniveau* er der en større andel med depression blandt de 25-64-årige og for personer på 75 år og derover. For personer med et *middelhøjt uddannelsesniveau* er der en større andel med depression blandt de 25-34-årige og en mindre andel blandt de 65-74-årige end i hele befolkningen.

For personer med et *højt uddannelsesniveau* er der en mindre andel med depression blandt personer på 65 år og derover.

Svær ensomhed (se kapitel 8). Der er en forskel i andelen med svær ensomhed imellem personer med lavt uddannelsesniveau og personer med højt uddannelsesniveau. Blandt personer med et lavt uddannelsesniveau er der 11 %, der er ramt af svær ensomhed, og blandt personer med et højt uddannelsesniveau er andelen 5 %.

For personer med et *lavt uddannelsesniveau* er der en større andel, der er ramt af svær ensomhed, blandt de 25-64-årige i sammenligning med hele befolkningen. For personer med et *middelhøjt uddannelsesniveau* er der en større andel, der er ramt af svær ensomhed, blandt de 25-34-årige og en mindre andel blandt personer på 75 år og derover end i hele befolkningen. For personer med et *højt uddannelsesniveau* er der en mindre andel, der er ramt af svær ensomhed, blandt de 45-54-årige og blandt personer på 65 år og derover end i hele befolkningen.

Svært ved at forstå information om sundhed (se kapitel 9). Der er forskel i andelen, der har svært ved at forstå information om sundhed mellem de tre uddannelsesgrupper. Blandt personer med et lavt uddannelsesniveau er der 12 %, der har svært ved at forstå information om sundhed, og blandt personer med et højt uddannelsesniveau er andelen 1 %.

For personer med et *lavt uddannelsesniveau* er der en større andel, der har svært ved at forstå information om sundhed, i alle aldersgrupper i sammenligning med hele befolkningen. For personer med et *middelhøjt uddannelsesniveau* er der en større andel, der har svært ved at forstå information om sundhed, blandt personer på 75 år og derover og en mindre andel blandt de 55-64-årige end i hele befolkningen. For personer med et *højt uddannelsesniveau* er der en mindre andel, der har svært ved at forstå information om sundhed, blandt de 25-64-årige end i hele befolkningen.

► Udvikling fra 2010-2017. Det er kun muligt at beskrive udviklingen for højt stressniveau. I perioden 2010 til 2017 er der en stigning i andelen med *højt stressniveau* blandt personer med et lavt uddannelsesniveau på 5 procentpoint og en stigning blandt

personer med et højt uddannelsesniveau på 3 procentpoint (se figur 8.5.S i bind 2). ◄

► Udvikling fra 2013-2017. Det er kun muligt at beskrive udviklingen for højt stresseniveau, ensomhed og vanskeligheder med at forstå information om sundhed. Udviklingen i ensomhed beskrives på baggrund af to enkeltspørgsmål. Dette skyldes, at det tredje spørgsmål, som belyser ensomhed, er ændret fra 2013 til 2017 (se kapitel 8 i bind 1). I perioden 2013 til 2017 er der en stigning i andelen med *højt stressniveau* blandt personer med et lavt uddannelsesniveau på 5 procentpoint og en stigning blandt personer med et højt uddannelsesniveau på 2 procentpoint (se figur 8.5.S i bind 2). I samme periode er der en stigning på 2 procentpoint i andelen, der føler sig isoleret, og en stigning på 3 procentpoint i andelen, der ofte savner nogen at være sammen med, blandt personer med et lavt uddannelsesniveau. Blandt personer med et højt uddannelsesniveau er der en stigning på 1 procentpoint i andelen, der føler sig isoleret, og der er ikke signifikante ændringer i andelen, der ofte savner nogen at være sammen (se figur 8.14.S i bind 2). ◄

Social ulighed i mental sundhed og sundhedskompetence – erhvervstilknytning

Figur 10.7 viser tre indikatorer for mental sundhed og en for sundhedskompetence opgjort i forhold til erhvervstilknytning. I relation til social ulighed i sundhed er det de arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. samt førtidspensionister, der er særligt relevante, da de i forskellig grad er marginaliserede i forhold til arbejdsmarkedet (herefter omtalt som de tre grupper uden for arbejdsmarkedet) (33).

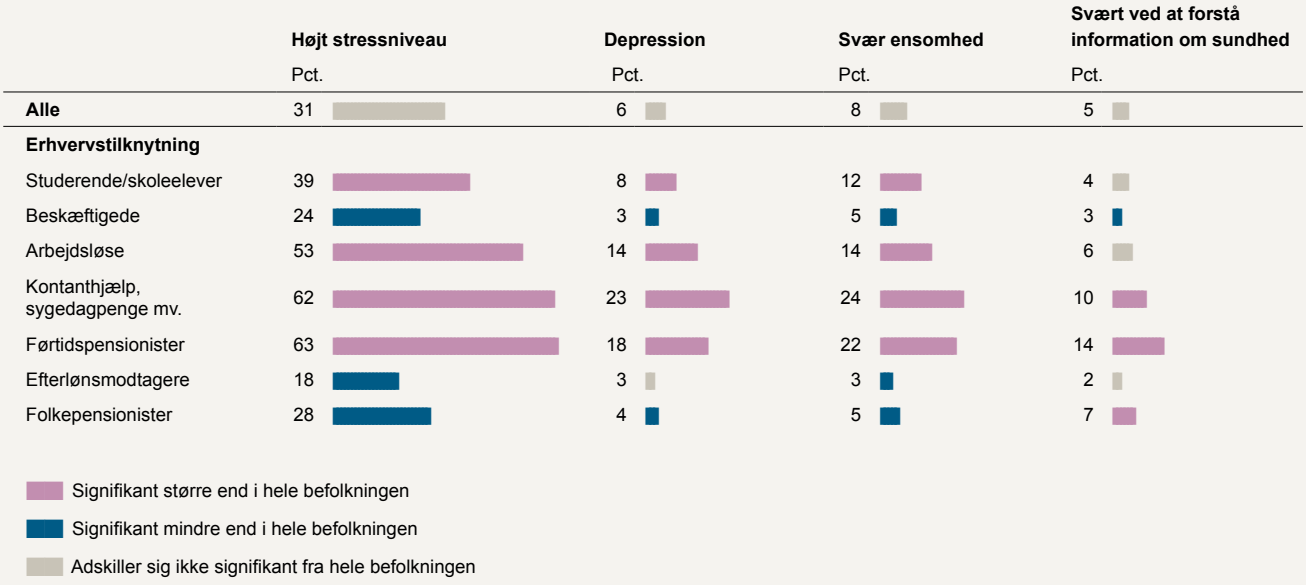
Samlet set er der en tydelig social ulighed i mental sundhed og sundhedskompetence for de tre grupper uden for arbejdsmarkedet sammenlignet med beskæftigede. Det er især førtidspensionister og modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv., der har en dårlig mental sundhed og lav sundhedskompetence.

Højt stressniveau (se kapitel 8). Sammenlignet med hele befolkningen er der en større andel med højt stressniveau i de tre grupper uden for arbejdsmarkedet. Blandt førtidspensionister har 63 % et højt stressniveau, blandt modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. er det 62 %, og blandt arbejdsløse er det 53 %. Blandt beskæftigede er andelen 24 %.

Depression (se kapitel 8). Sammenlignet med hele befolkningen er der en større andel med depression i de tre grupper uden for arbejdsmarkedet. Blandt førtidspensionister har 18 % depression, blandt modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. er det 23 %, og blandt arbejdsløse er det 14 %. Blandt beskæftigede er andelen 3 %.

Svær ensomhed (se kapitel 8). Sammenlignet med hele befolkningen er der en større andel, der er svært ensomme, i de tre grupper uden for arbejdsmarkedet. Blandt førtidspensionister er 22 % svært ensomme, blandt modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. er det 24 %, og blandt arbejdsløse er det 14 %. Blandt beskæftigede er andelen 5 %.

Figur 10.7
Mental sundhed og sundhedskompetence – erhvervstilknytning



Svært ved at forstå information om sundhed (se kapitel 9). Sammenlignet med hele befolkningen er der en større andel, der har svært ved at forstå information om sundhed, blandt førtidspensionister og modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. Blandt førtidspensionister har 14 % svært ved at forstå information om sundhed, og blandt modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. er det 10 %. Blandt beskæftigede er andelen 3 %.

Sammenfatning

De præsenterede resultater viser, at der er en betydelig social ulighed i sundhed i Region Midtjylland på tværs af uddannelsesgrupper, og når man sammenligner personer i den erhvervsaktive alder, der er uden for arbejdsmarkedet (førtidspensionister, modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. og arbejdsløse), med personer i beskæftigelse.

Der er en tydelig social ulighed i sundhedsvaner mellem uddannelsesgrupperne og mellem beskæftigede og de tre grupper uden for arbejdsmarkedet. Mellem uddannelsesgrupperne er forskellen mest udtalt for usundt kostmønster, daglig rygning og svær overvægt, mens der kun er en mindre grad af social ulighed for fysisk inaktivitet og højrisikoforbrug af alkohol. Blandt de tre grupper uden for arbejdsmarkedet er det særligt førtidspensionisterne, hvor der er store andele med risikable sundhedsvaner, efterfulgt af modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. og arbejdsløse.

Der er ligeledes en tydelig social ulighed i generelt helbred. Mellem uddannelsesgrupper er der en meget stor forskel for alle fire anvendte mål (*fire eller flere kroniske sygdomme, brug for hjælp til dagligdagens gøremål, nedsat arbejdsevne* og *dårligt selvvurderet helbred*). Blandt de tre grupper uden for arbejdsmarkedet er det generelle helbred især dårligere blandt førtidspensionister og modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv.

Endelig er der også social ulighed i mental sundhed og sundhedskompetence. Mellem uddannelsesgrupperne er der stor forskel ved alle fire anvendte mål (*svært ved at forstå information om sundhed, depression, svær ensomhed* og *højt stressniveau*). Blandt de tre grupper uden for arbejdsmarkedet er det særligt førtidspensionister og modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv., der har meget høje forekomster af dårlig mental sundhed og lav sundhedskompetence.

I perioden fra 2010 til 2017 er der sket en forøgelse af den sociale ulighed i højrisikoforbrug af alkohol og i fysisk inaktivitet. Til gengæld er den sociale ulighed mindsket i forhold til dårligt selvvurderet helbred.

I perioden fra 2013 til 2017 er der sket en forøgelse af den sociale ulighed i forhold til højrisikoforbrug af alkohol. Til gengæld er den sociale ulighed mindsket i forhold til fysisk inaktivitet, dårligt selvvurderet helbred, og nedsat arbejdsevne (25-64-årige).

Resultaterne kan læses således, at sundhedsudfordringer og forebyggelsespotentiale er størst blandt personer med et lavt uddannelsesniveau og personer i de tre grupper uden for arbejdsmarkedet – særligt førtidspensionister og modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. Generelt tegner der sig et billede af, at jo lavere uddannelsesniveau, jo større sundhedsudfordringer, og jo længere fra arbejdsmarkedet, jo større sundhedsudfordringer.

Personer med et lavt uddannelsesniveau og grupper uden for arbejdsmarkedet har generelt mere belastende levevilkår og færre ressourcer til at fremme egen sundhed, hvorfor forebyggelsesindsatsen må forventes at kræve ekstra ressourcer i sammenligning med indsatser og tilbud målrettet personer med højere uddannelsesniveau og flere ressourcer. Det skyldes blandt andet, at den enkeltes mulighed for at ændre sundhedsvaner kan være hæmmet af sociale omstændigheder (21) samtidig med, at personer med lavt uddannelsesniveau generelt oplever større psykosociale belastninger og har færre ressourcer til at stå imod disse belastninger (9). Den sociale ulighed i sundhedskompetence kan desuden medvirke til, at den socialt dårligst stillede del af befolkningen får et ringere udbytte af sundhedsvæsenets tilbud end den øvrige del af befolkningen.

Referencer

1. Ulighed i sundhed [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen. Available from: https://www.sst.dk/da/planlaegning/ulighed.

2. Raahauge Hvass L, Manghezi A, Paldam Folker A, Sandø N. Social ulighed i sundhed – hvad kan kommunen gøre? København: Sundhedsstyrelsen; 2012.

3. Larsen F, Friis K, Lasgaard M, Pedersen M, Sørensen J, Jakobsen L, et al. Hvordan har du det? 2013 – Sundhedsprofil for region og kommuner. Bind 1. Aarhus: CFK Folkesundhed og Kvalitetsudvikling; 2014.

4. Marmot M. Inclusion health: addressing the causes of the causes. Lancet. 2017 Nov 10.

5. Vilhelmsen J. De længst uddannede lever 6 år mere end de ufaglærte. København: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd; 2016.

6. Forebyggelse for fremtiden. København: KL; 2018.

7. Sundhed for livet – Forebyggelse er en nødvendig investering. København: Danske Regioner; 2017.

8. Eikemo T, Huijts T, Bambra C, McNamara C, Stornes P, Balaj M. Social Inequalities in health and their determinants. London: European Social Survey. 2016. Report No.: Issue 6.

9. 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. 2010 Feb;1186:146-73.

10. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. Raahauge Hvass L, Paldam Folker A, Sandø N, editors. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.

11. Juel K, Koch M. Social ulighed i dødelighed i Danmark gennem 25 år. Betydning af rygning og alkohol. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2013.

12. Stringhini S, Sabia S, Shipley M, Brunner E, Nabi H, Kivimaki M, et al. Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality. JAMA. 2010 Mar 24;303(12):1159-66.

13. Stringhini S, Tabak AG, Akbaraly TN, Sabia S, Shipley MJ, Marmot MG, et al. Contribution of modifiable risk factors to social inequalities in type 2 diabetes: prospective Whitehall II cohort study. BMJ. 2012 Aug 21;345:e5452.

14. Ferrario MM, Veronesi G, Kee F, Chambless LE, Kuulasmaa K, Jorgensen T, et al. Determinants of social inequalities in stroke incidence across Europe: a collaborative analysis of 126 635 individuals from 48 cohort studies. J Epidemiol Community Health. 2017 Dec;71(12):1210-6.

15. Kulik MC, Hoffmann R, Judge K, Looman C, Menvielle G, Kulhanova I, et al. Smoking and the potential for reduction of inequalities in mortality in Europe. Eur J Epidemiol. 2013 Dec;28(12):959-71.

16. Diderichsen F. Social ulighed i sundhed – hvad er determinanterne, og hvilken rolle spiller de nære sundhedstilbud? 29. november 2017; København. https://www.sst.dk/da/nyheder/2017/konference-kan-vi-aendre-paa-den-sociale-ulighed-i-sundhed: Sundhedsstyrelsen; 2017.

17. Diderichsen F, Scheele C, Little I. Tackling health inequality locally: the Scandinavian experience. København: Department of Public Health, University of Copenhagen; 2015.

18. Diderichsen F. Ulighed i sundhed – meget kan gøres! Ugeskriftet. 2017;24.

19. Luchenski S, Maguire N, Aldridge RW, Hayward A, Story A, Perri P, et al. What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalised and excluded populations. Lancet. 2017 Nov 10.

20. Veronesi G, Ferrario MM, Kuulasmaa K, Bobak M, Chambless LE, Salomaa V, et al. Educational class inequalities in the incidence of coronary heart disease in Europe. Heart. 2016 Jun 15;102(12):958-65.

21. Marmot M. The health gap: Doctors and the social determinants of health. Scand J Public Health. 2017 Nov;45(7):686-93.

22. Barr B, Higgerson J, Whitehead M. Investigating the impact of the English health inequalities strategy: time trend analysis. BMJ. 2017 Jul 26;358:j3310.

23. Mackenbach JP. Can we reduce health inequalities? An analysis of the English strategy (1997-2010). J Epidemiol Community Health. 2011 Jul;65(7):568-75.

24. Whitehead M. A typology of actions to tackle social inequalities in health. J Epidemiol Community Health. 2007 Jun;61(6):473-8.

25. Green LW, Kreuter MW. Evidence hierarchies versus synergistic interventions. Am J Public Health. 2010 Oct;100(10):1824-5.

26. Sandø N, Finke K, Aabel M, Kristensen T, Ziebell B. Sundhed på tværs. København: Sundhedsstyrelsen; 2010.

27. Social ulighed i sundhed. Anbefalinger til indsatser for at mindske social ulighed i sundhed, baseret på drøftelser på fem tværkommunale temadage. København: Center for Forebyggelse i praksis. KL; 2016.

28. Sølvhøj I, Cloos C, Jarlstrup N, Holmberg T. Monitorering af kommunernes forebyggelsesindsats 2017. Arbejdet med Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker siden 2013 og anbefalinger til borgere med kronisk sygdom. København: Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2017.

29. Elstad J. Utdanning og helseulikheter Oslo: NOVA; 2008.

30. Bambra C. Work, worklessness and the political economy of health. Oxford: Oxford University Press; 2011.

31. Borgere uden for arbejdsmarkedet [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen [Opdateret 7. februar 2013;]. Available from: https://www.sst.dk/da/puljer-og-projekter/2006/borgere-uden-for-arbejdsmarkedet.

32. Shaw M, Galobardes B, Lawlor D, Lynch J, Wheeler B, Smith G. The handbook of inequality and socioeconomic position. Bristol: The Policy press; 2007.

33. Christensen A. Lighed i sundhed – sundhedsfremme og forebyggelse målrettet borgere uden for arbejdsmarkedet. Sandø N, Nielsen K, Hanak M, Knigge A, editors. København: Sundhedsstyrelsen; 2009.

11. GEOGRAFISK ULIGHED I SUNDHED

Social ulighed i sundhed har en geografisk dimension. Nogle områder har en høj koncentration af borgere med længerevarende uddannelse, høje indtægter og fast tilknytning til arbejdsmarkedet, mens det modsatte er tilfældet i andre områder. Det fører til geografisk ulighed i sundhed (1-2).

Indsatser for at reducere den geografiske ulighed i sundhed kan være en måde at reducere den sociale ulighed i sundhed på. Indsatser for at fremme sundheden i bestemte områder er især relevante i kommuner med store geografiske forskelle i sundhed. Her kan det være hensigtsmæssigt at lave målrettede indsatser i de områder, hvor de sundhedsmæssige udfordringer er størst.

Kapitlets indhold

I dette kapitel beskrives den geografiske ulighed i sundhed i regionen som helhed og i hver af de 19 kommuner. Det gør det muligt for kommunerne at identificere områder, hvor behovet for forebyggende og sundhedsfremmende indsatser er størst. Kombineret med det lokalkendskab, der er i den enkelte kommune, kan det danne grundlag for tilrettelæggelse af geografisk målrettede sundhedsindsatser.

Kapitlet indledes med en beskrivelse af årsagerne til geografisk ulighed i sundhed og eksempler på indsatser, der kan mindske uligheden.

Herefter beskrives den anvendte inddeling i sociogeografiske områder, der er baseret på indkomst, tilknytning til arbejdsmarkedet og uddannelsesniveau. Metoden, der er benyttet, beskrives, og befolkningens fordeling på sociogeografiske områder vises for regionen som helhed og for hver kommune. Her kan man se de enkelte kommuners sociogeografiske profiler og sammenligne dem med hinanden.

Dernæst beskrives den geografiske ulighed i sundhedsvaner, levevilkår samt helbred og konsekvenser af sygdom opgjort på sociogeografiske områder i regionen som helhed.

Efter beskrivelsen af den geografiske ulighed i sundhed på regionsplan følger en beskrivelse af forholdene i de enkelte kommuner. For hver kommune er der et kort, som viser kommunen opdelt på sociogeografiske områder. Desuden er der en side med komprimerede oplysninger om borgernes sundhedstilstand, *Sundhed på én side*, opgjort både for kommunen som helhed og for de sociogeografiske områder. Formålet med *Sundhed på én side* er at give et resumé af sundhedstilstanden i den enkelte kommune og samtidig at beskrive omfanget af geografisk ulighed i sundhed i kommunerne. I kommuner med stor geografisk ulighed i sundhed kan *Sundhed på én side* kombineret med lokalkendskab bruges som grundlag for tilrettelæggelse af sundhedsindsatser i udvalgte nærmiljøer.

Kapitlet afsluttes med *Sundhed på én side* for regionen, der er opbygget på samme måde som Sundhed på een side for kommunerne.

Årsager til geografisk ulighed i sundhed

Geografisk ulighed i sundhed skyldes flere forhold. Via boligmarkedet sker der en geografisk sortering af befolkningen i forhold til indkomst. Uddannelses- og beskæftigelsesmuligheder 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 mv. Det vil typisk være de mest ressourcestærke borgere, der bor i de mest attraktive boligområder, mens andelen af ressourcesvage borgere er størst i de mindst attraktive boligområder. Denne opdeling af befolkningen er med til at øge udfordringerne yderligere i de mindre attraktive områder, hvorved der kan blive tale om en negativ, selvforstærkende spiral. Da der er en sammenhæng mellem social position og helbred, vil sundhedstilstanden variere med den sociale sammensætning af befolkningen i et område.

Ligesom et lokalområdes sundhedstilstand præges af den sociale sammensætning af beboerne, bliver beboernes helbred påvirket af området, både af det fysiske og det sociale miljø (3). Mennesker skaber steder, men steder skaber også mennesker.

Beboerne i socialt belastede lokalområder udsættes gennemgående for større helbredsrisici fra omgivelserne end andre. Enten direkte, f.eks. i form af

luftforurening, støj, kriminalitet og ulykkesrisici, eller indirekte ved, at det er vanskeligere at træffe sunde valg, fordi der er færre muligheder for motion, indkøb af sunde madvarer mv. i området (4). På den måde kan de negative sundhedsmæssige effekter af lav social position og usunde omgivelser forstærke hinanden i nogle lokalområder.

Indsatser for at mindske geografisk ulighed i sundhed

Kommunerne har mange strenge at spille på, hvis de ønsker at mindske den geografiske ulighed i sundhed. Man kan arbejde med de "nære" årsager til ulighed i sundhed som rygning og fysisk aktivitet eller med de bagvedliggende årsager ("årsagerne til årsagerne") i form af de økonomiske og sociale forhold, der påvirker befolkningens sundhedsvaner (5).

Sundhed skabes der, hvor mennesker arbejder, bor og lever. Mange kommuner har gode erfaringer med at tænke sundhedsfremme ind i de rammer og betingelser for borgernes sundhed, som kommunen i forvejen har ansvar for. Kommunerne er allerede til stede i lokalområderne og løser en bred vifte af opgaver i form af børnepasning, folkeskole, ældrepleje, integrationsindsats, beskæftigelsesindsats, indretning, anlæggelse og vedligeholdelse af veje og rekreative områder mv. Man har derfor gode muligheder for at påvirke borgernes sociale og fysiske omgivelser via eksisterende aktiviteter på en måde, som også fremmer sundheden. Der er desuden mulighed for at integrere sundhedsfemme og forebyggelse i de aktiviteter, hvor kommunale medarbejdere i forvejen møder borgerne, f.eks. i dagtilbud, skole, beskæftigelsesindsatsen eller i et ældrecenter. Kommunerne kan også inddrage beboere, foreninger og virksomheder i bestræbelserne på at fremme sundheden i et lokalområde. Nye begreber som samskabelse, samledelse og samstyring har vundet indpas i de senere år som redskaber til løsningen af kommunale opgaver i fællesskab med lokale aktører (6).

I det følgende nævnes nogle af de væsentligste indsatstyper, som kommunerne kan anvende for at fremme sundheden i et lokalområde. De forskellige indsatstyper kan kombineres, ligesom der er et vist overlap imellem indsatstyperne.

Styrkelse af den individrettede forebyggelse. Man kan styrke den individrettede forebyggelse i geografiske områder med det største behov. Det kan f.eks. dreje sig om lokalt forankrede rygestoptilbud, motionstilbud eller tilbud til unge med angst, depression eller adfærdsproblemer. De kommunale institutioner i området kan bl.a. bruges som rekrutteringskanal til disse tilbud. Der kan etableres et samarbejde med boligforeninger og andre lokale aktører om drift af lokale sundhedstilbud osv. I nogle kommuner har man desuden haft gode erfaringer med proaktiv rekruttering i udvalgte lokalområder i form af uopfordrede henvendelser om at deltage i en sundhedsindsats (7).

Forbedringer af fysiske og sociale rammer. Man kan forbedre de fysiske og sociale rammer i et lokalområde, bl.a. gennem byplanlægning. Faktorer, der påvirker sundheden i en positiv retning, er bl.a. jobmuligheder, skoler og dagtilbud af god kvalitet, adgang til grønne områder, sikre gang- og cykelstier, butikker med et godt udvalg af sund mad og let adgang til sundhedstilbud (8). Den målrettede ændring af de fysiske og sociale rammer i udsatte boligområder betragtes af flere forskere som en lovende vej til at reducere den sociale ulighed i sundhed (9).

En helhedsorienteret sundhedsindsats med fælles områdeansvar. Ved at etablere en samarbejdsstruktur mellem de sundhedsprofessionelle i et lokalområde kan der skabes en fælles forståelse af områdets sundhedsmæssige udfordringer, og der kan udvikles fælles løsningsstrategier. Almen praksis, kommune og region kan gå sammen om at løfte sundheden i et lokalområde, ikke bare for den enkelte borger, men for lokalbefolkningen som helhed (det såkaldte 'populationsperspektiv'). De lokale sundhedsaktører kan på den måde påtage sig et fælles områdeansvar for sundheden (10). Det muliggør en mere helhedsorienteret sundhedsindsats, hvor sundhedsfremme, forebyggelse, behandling og sociale indsatser integreres i højere grad, end det er tilfældet i dag. Sundhedsproblemerne er ofte komplekse i dårligt stillede områder. Mange borgere er f.eks. multisyge og har samtidig en risikabel livsstil og slås med sociale problemer.

Økonomisk og social udvikling gennem kvarterløft. Kvarterløftprojekter kan fremme den økonomiske og sociale udvikling i et lokalområde og forbedre befolkningens levevilkår og derigennem også befolkningens sundhed. Det vil typisk kræve en helhedsplan for den

lokale udvikling – som f.eks. Helhedsplan Gellerup i Aarhus Kommune – med omfattende investeringer i nye arbejdspladser, infrastruktur og boliger samt borgerinddragelse og etablering af private og offentlige partnerskaber (11). Gennem kvarterløft kan man påvirke de bagvedliggende årsager til den geografiske ulighed i sundhed.

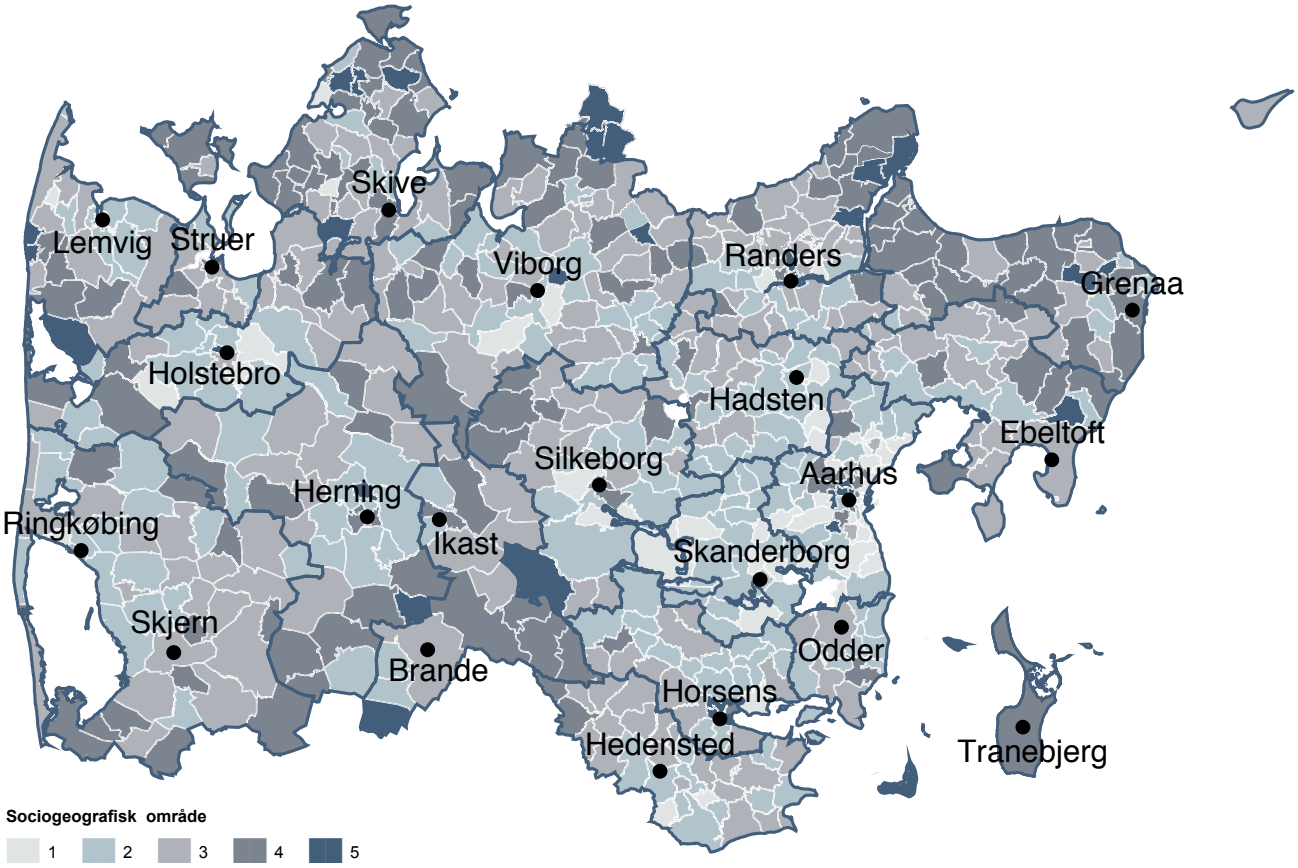
Brug af fysisk planlægning til at udjævne geografiske forskelle i sundhed. Den fysiske planlægning er et vigtigt redskab til at ændre på den sociale sammensætning på tværs af en kommune og hermed også til at reducere de geografiske forskelle i sundhed på længere sigt. Den sociale blanding af befolkningen antages at have en gavnlig effekt på sundheden hos den socialt dårligst stillede del af befolkningen, fordi de negative påvirkninger fra det fysiske og sociale miljø mindskes, mens de positive miljøpåvirkninger øges (12). Indsatser, der har til formål at bryde udsatte områders sociale og fysiske isolation – såkaldte bystrategiske indsatser – strækker sig typisk over en længere årrække.

Den sociogeografiske inddeling

Region Midtjylland er i det følgende inddelt i fem sociogeografiske områder. Inddelingen blev introduceret i *Hvordan har du det? 2013* med det formål at understøtte kommunernes indsatser i lokalområder med særlige sundhedsmæssige udfordringer. Den sociogeografiske inddeling fra 2013 er opdateret ved brug af registeroplysninger fra Danmarks Statistik.

Inddelingen tager udgangspunkt i sogne, der er den mindste administrative enhed i Danmarks Statistiks befolkningsregistre, og er baseret på den voksne befolkning på 25 år og derover. Der er 638 sogne i regionen med en gennemsnitlig befolkning af voksne på 1.340 personer.

Figur 11.1
Sognene i Region Midtjylland opdelt i fem sociogeografiske områder



Sognenes sociale sammensætning er beskrevet ved hjælp af tre variable:

- Gennemsnitlig personindkomst
- Andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år)
- Andel med kort uddannelse

Ved hjælp af en statistisk metode (*latent profilanalyse*) er sognene inddelt i grupper, der er homogene med hensyn til social sammensætning inden for den enkelte gruppe, men har forskellig social sammensætning på tværs af grupperne. Ifølge den anvendte statistiske model kan regionen optimalt set inddeles i fem grupper. Sognene er derfor på tværs af regionen slået sammen til fem sociogeografiske grupper. Det er ikke alle kommuner, der er repræsenteret med alle fem grupper. I det følgende omtales grupperne som sociogeografiske områder for at understrege, at der er tale om geografiske lokaliteter med forskellig social sammensætning. Man skal være opmærksom på, at der ikke er tale om sammenhængende områder. De danner tværtimod et kludetæppeagtigt mønster på tværs af regionen. Figur 11.1 viser et kort over Region Midtjylland med angivelse af, hvilket sociogeografisk område det enkelte sogn tilhører. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere er områdets socioøkonomiske status.

Oplysningerne om sognene er udtrukket af Danmarks Statistik for hele den voksne befolkning (personer på 25 år og derover) i hvert sogn i 2016 og altså ikke kun for de personer, der har deltaget i *Hvordan har du det? 2017*. Der er derfor ikke nogen stikprøveusikkerhed på de data, der ligger til grund for inddelingen i sociogeografiske områder (se bilag 3 for en beskrivelse af de benyttede registre og udtrækskriterier samt den statistiske model). Ved opgørelse af sundhedsmål fra *Hvordan har du det? 2017* fordelt på sociogeografiske områder vil der dog naturligvis være statistisk usikkerhed svarende til den stikprøveusikkerhed, der er på undersøgelsens resultater generelt. Det er vigtigt at understrege, at der ikke er tilstrækkelig med data til at opgøre resultaterne på enkeltsogne, men kun på grupper af sogne. Hvis der i en kommune er mindre end 50 svarpersoner i et sociogeografisk område, udelades resultaterne fra dette område i *Sundhed på én side*, fordi den statistiske usikkerhed ellers bliver for stor.

Som eksempel kan nævnes, at Ikast-Brande Kommune omfatter 16 sogne. Fire sogne med i alt 4.500 voksne tilhører sociogeografisk område 2, fem sogne med i alt 9.000 voksne tilhører sociogeografisk område 3, seks sogne med i alt 14.200 voksne tilhører sociogeografisk område 4, og et sogn med 500 voksne tilhører sociogeografisk område 5. De 1.568 borgere, der har udfyldt spørgeskemaet til *Hvordan har du det? 2017* i Ikast-Brande, fordeler sig med 278 personer i sociogeografisk område 2, 491 personer i sociogeografisk område 3, 773 personer i sociogeografisk område 4 og 26 personer i sociogeografisk område 5. Der er tilstrækkeligt mange besvarelser til at opgøre resultaterne på sociogeografisk område 2-4 i Ikast-Brande, mens sociogeografisk område 5 udelades fra *Sundhed på én side* pga. det lille antal svarpersoner, der bor i dette område.

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 så stor en befolkning, at det kan maskere de sociogeografiske forskelle, der måtte være internt i det pågældende område. Der er 52 sogne i Region Midtjylland med over 5.000 voksne indbyggere, heraf 20 sogne i Aarhus Kommune, og et enkelt sogn i Skanderborg Kommune har godt 10.000 voksne indbyggere, svarende til 26 % af kommunens voksne indbyggere. Her ville det være ønskeligt med en finere geografisk inddeling. I Samsø Kommune er kommunens fem sogne siden *Hvordan har du det? 2013* sammenlagt til et, hvorfor det ikke længere er muligt at opdele kommunen i flere sociogeografiske områder.

Tabel 11.1
Beskrivelse af de fem sociogeografiske områder

	Sociogeografisk område					
	1	2	3	4	5	Alle
Sociogeografiske kendetegn						
Gennemsnitlig personindkomst (kr.)	415.000	355.000	325.000	300.000	277.000	336.000
Andel uden arbejde (25-64 år) (%)	10	13	15	20	31	16
Andel med kort uddannelse (%)	18	25	30	34	36	28
Størrelse						
Andel af den voksne befolkning (%)	15	28	24	26	8	100
Antal voksne indbyggere (25+ år)	129.000	250.000	211.000	228.000	72.000	890.000
Antal sogne	48	198	211	146	35	638

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger

Beskrivelsen af de sociogeografiske områder

Tabel 11.1 viser fordelingen af sogne på de fem sociogeografiske områder. Som det fremgår, er der betydelige forskelle i gennemsnitsindkomst, andelen uden arbejde i den erhvervsaktive alder og andelen med kort uddannelse på tværs af områder. Personer uden arbejde omfatter arbejdsløse, andre dagpengemodtagere, førtidspensionister og kontanthjælpsmodtagere.

Sociogeografisk område 1 består af de 48 mest ressourcestærke sogne med en voksenbefolkning på i alt 129.000 personer. Gennemsnitsindkomsten er på 415.000 kr. Kun 10 % i den erhvervsaktive alder er uden arbejde, og 18 % har et lavt uddannelsesniveau.

Sociogeografisk område 2 består af 198 sogne med en voksenbefolkning på tilsammen 250.000 personer. Gennemsnitsindkomsten er på 355.000 kr. Der er 13 % i den erhvervsaktive alder, som er uden arbejde, og 25 % har et lavt uddannelsesniveau.

Sociogeografisk område 3 består af 211 sogne med en voksenbefolkning på 211.000 personer. Gennemsnitsindkomsten er på 325.000 kr. Der er 15 % i den erhvervsaktive alder, som er uden arbejde, og 30 % har et lavt uddannelsesniveau.

Sociogeografisk område 4 består af 146 sogne med en voksenbefolkning på 228.000 personer. Gennemsnitsindkomsten er på 300.000 kr. Der er 20 % i den erhvervsaktive alder, som er uden arbejde, og 34 % har et lavt uddannelsesniveau.

Sociogeografisk område 5 består af de 35 ressourcesvageste sogne med en voksenbefolkning på 72.000 personer. Gennemsnitsindkomsten er på 277.000 kr. Hele 31 % i den erhvervsaktive alder er uden arbejde, og 36 % har et lavt uddannelsesniveau.

Tabel 11.2 viser indbyggertallet i hvert af de fem sociogeografiske områder opdelt på kommuner. Indbyggertallet varierer betydeligt i de enkelte områder på tværs af kommuner. Otte kommuner har sogne i alle fem sociogeografiske områder. De resterende 11 kommuner har sogne i et til fire områder. Med hensyn til de mest ressourcesvage lokalområder, sociogeografisk område 5, er der syv kommuner, som har mindst 1.000 voksne indbyggere i denne kategori varierende fra 1.252 indbyggere i Skive til 27.804 indbyggere i Aarhus.

Kommunernes sociogeografiske profiler

Figur 11.2 viser kommunernes sociogeografiske profiler sammenholdt med den sociogeografiske profil for hele regionen, som er angivet med en gul streg. Kommunerne er sorteret efter andelen af voksne borgere, der bor i sociogeografisk område 4 og 5, altså de to dårligst stillede områder. Der er stor forskel på kommunernes andel af borgere i område 4 og 5.

I kommunerne øverst i figuren er der en overvægt af borgere i område 1-3 og få eller ingen borgere i område 4 og 5. I Skanderborg, Odder, Favrskov og Hedensted er befolkningsandelen i område 4 og 5

Tabel 11.2
De fem sociogeografiske områder – kommuner, antal voksne indbyggere i 2016 (25 år og derover)

	Sociogeografisk område					
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**Alle**
Favrskov	5.422	15.366	10.479	1.419	0	32.686
Hedensted	1.036	10.779	18.161	2.259	0	32.235
Herning	0	28.118	11.967	18.622	1.521	60.228
Holstebro	5.202	11.302	11.165	7.127	5.074	39.870
Horsens	4.200	22.945	8.684	10.613	13.788	60.230
Ikast-Brande	0	4.539	8.995	14.232	542	28.308
Lemvig	32	5.241	3.661	5.517	395	14.846
Norddjurs	0	706	2.435	24.087	332	27.560
Odder	0	6.451	10.172	301	103	17.027
Randers	2.976	7.143	30.594	11.111	16.645	68.469
Ringkøbing-Skjern	140	9.297	19.780	10.842	0	40.059
Samsø	0	0	0	2.992	0	2.992
Silkeborg	12.618	16.884	12.872	19.818	415	62.607
Skanderborg	10.673	30.333	0	0	0	41.006
Skive	182	4.013	5.169	22.905	1.252	33.521
Struer	0	2.122	4.971	8.385	0	15.478
Syddjurs	0	9.299	16.493	4.384	355	30.531
Viborg	5.471	17.652	19.411	19.988	3.586	66.108
Aarhus	81.387	48.070	15.775	43.064	27.804	216.100
Region Midtjylland	129.339	250.260	210.784	227.666	71.812	889.861

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger

således mellem 0 % og 7 %. Herefter følger et antal kommuner, hvor der er en større spredning på områder.

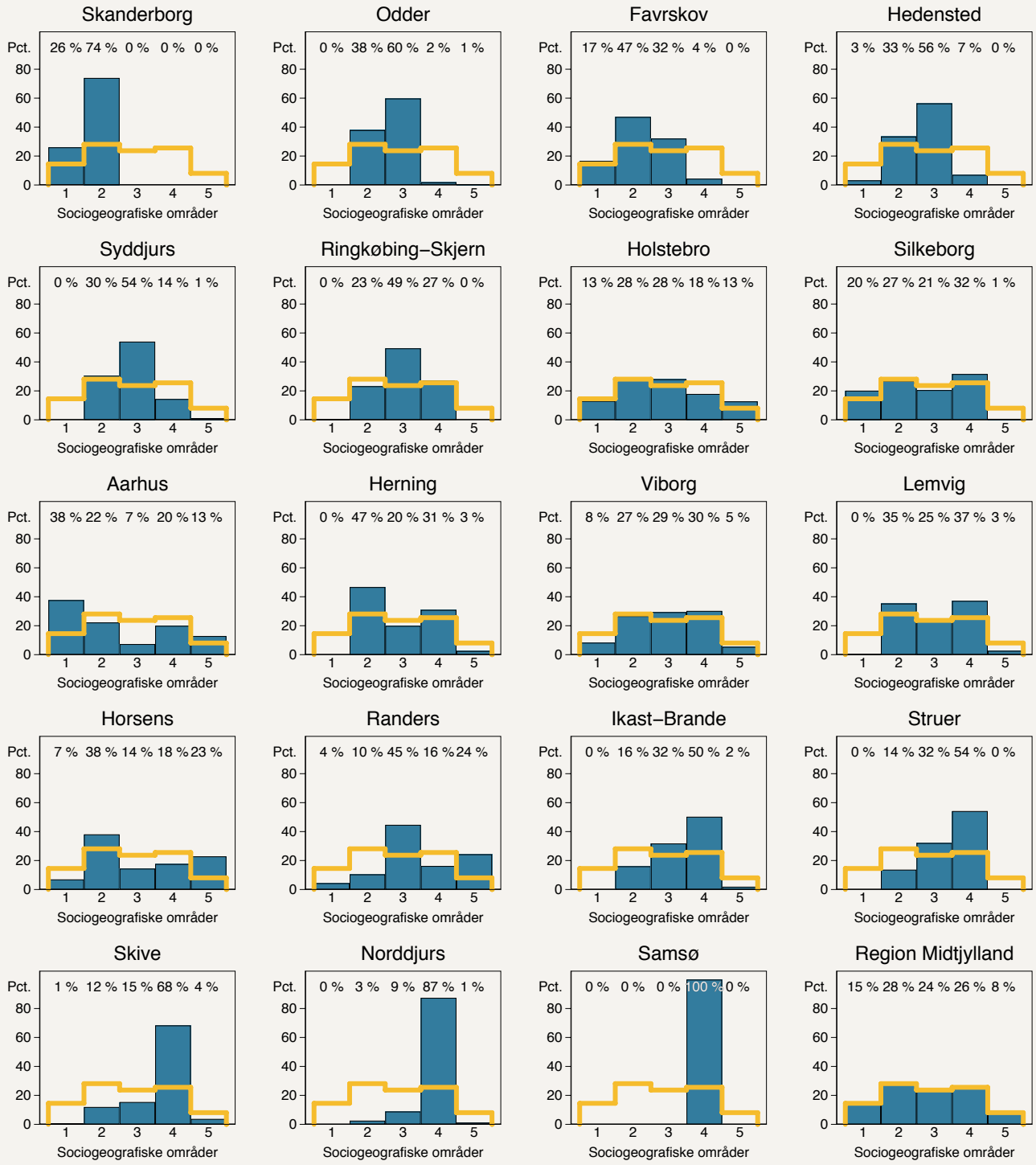
Nederst i figuren finder man de kommuner, der har en stor andel af borgere i område 4 og 5. I Ikast-Brande, Struer, Skive, Norddjurs og Samsø udgør befolkningsandelen i område 4 og 5 mellem 50 % og 100 %. I kommuner med en stor andel af borgere i gruppe 4 og 5 vil der forventeligt være et større behov for sundhedsfremme, forebyggelse og behandling end i kommuner med en lav andel grundet sammenhængen mellem social position og sundhedstilstand.

De sociogeografiske profiler viser desuden, om en kommunes befolkning er mere eller mindre spredt på forskellige sociogeografiske områder. Er spredningen stor, kan man tale om en heterogen sociogeografisk profil. Tilsvarende hvis spredningen er lille, kan man tale om en homogen sociogeografisk profil. Jo mere heterogen profilen er, i jo højere grad bør man overveje at differentiere de kommunale sundhedstilbud i forhold til udvalgte geografiske områder. Kommunerne med de mest heterogene sociogeografiske profiler er Aarhus, Silkeborg, Holstebro, Horsens og Viborg.

I nogle kommuner har den sociogeografiske profil en todelt struktur. Det gælder især Aarhus, Herning, Lemvig og Horsens. Det indicerer en polarisering af kommunens befolkning i en ressourcestærk og en ressourcesvag del med en forholdsvis lille midtergruppe og dermed særlige behov og muligheder for differentierede geografiske indsatser.

Figur 11.2
Kommunernes sociogeografiske profiler

Kommunerne er sorteret efter andelen af borgere, der bor i sociogeografisk område 4 og 5. Den gule linje viser den sociogeografiske profil for hele regionen.



Beskrivelse af den geografiske ulighed i sundhed

I det følgende beskrives den geografiske ulighed i sundhedsvaner, levevilkår samt helbred og konsekvenser af sygdom opgjort på sociogeografiske områder i regionen som helhed.

Den geografiske ulighed beskrives ved hjælp af 18 indikatorer, seks for hvert af de tre emner. Tretten af indikatorerne er ligeledes opgjort på kommuneniveau i afsnittet Sundhed på én side. Alle indikatorer er opgjort på baggrund af data fra *Hvordan har du det? 2017*.

I figur 11.3-11.5, der viser de 18 indikatorer opgjort på sociogeografiske områder, er der for hvert enkelt område angivet, om andelen afviger signifikant fra befolkningen som helhed.

Som støtte til tolkning af data er der benyttet *Relative Concentration Index* (RCI) (13). RCI måler graden af ulighed i sundhed og sygdom mellem de sociogeografiske områder. Beregningen af RCI inddrager både forskelle i forekomsten af indikatoren samt størrelsen af befolkningen i de sociogeografiske områder. Ved at bruge RCI er det muligt at sammenligne uligheden i forskellige indikatorer, f.eks. rygning og svær overvægt. De specifikke RCI-værdier for de enkelte indikatorer vises ikke i det følgende, men ligger til grund for beskrivelsen i teksten af størrelsen af den geografiske ulighed.

Geografisk ulighed i sundhedsvaner

Viden om den geografiske ulighed i sundhedsvaner er vigtig, fordi rygning, alkohol, fysisk aktivitet, kost og overvægt hører til de væsentligste "nære" årsager til udvikling og forværring af kroniske sygdomme, der kan forebygges, jf. kapitel 2-6. Mange af de kommunale forebyggelsesindsatser retter sig derfor mod disse.

Følgende indikatorer for sundhedsvaner indgår i analysen:

- Daglig rygning
- Højrisikoforbrug af alkohol
- Fysisk inaktivitet
- Usundt kostmønster
- Svær overvægt
- Mindst 2 af 5 risikable sundhedsvaner

Indikatorerne er opgjort for personer på 16 år og derover.

Daglig rygning angiver andelen, der ryger cigaretter eller anden form for tobak dagligt.

Højrisikoforbrug af alkohol angiver andelen med et ugentligt forbrug på mere end 14 genstande for kvinder og 21 genstande for mænd.

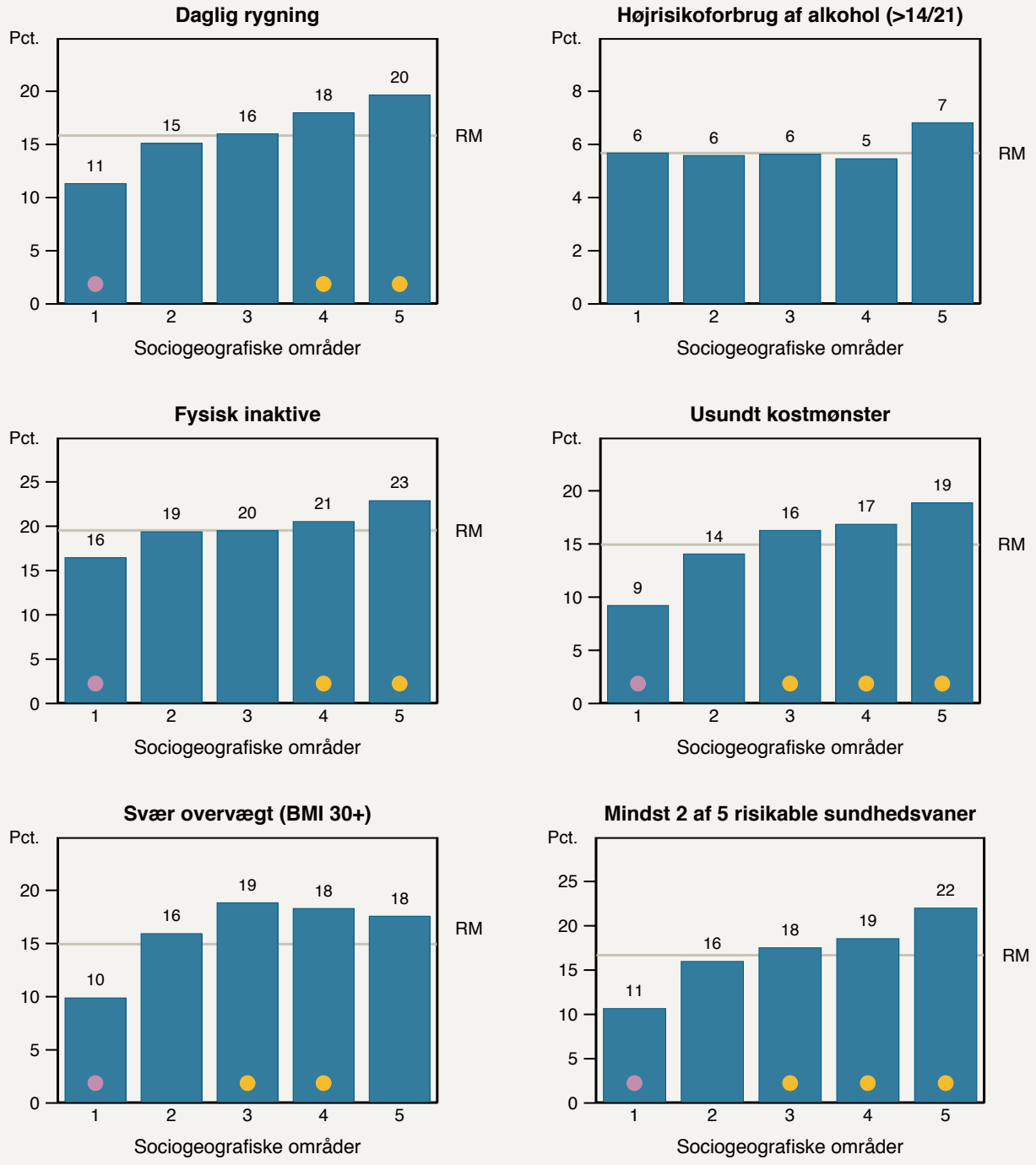
Fysisk inaktivitet angiver andelen, som højst er fysisk aktiv en dag om ugen i mindst 30 minutter.

Usundt kostmønster angiver andelen, der har usunde kostvaner med hensyn til frugt, grønt, fisk og fedt beregnet ved hjælp af *The Dietary Quality Score*, der giver et samlet mål for kostens kvalitet (se kapitel 5).

Svær overvægt er defineret som et Body Mass Index (BMI) på 30 eller derover.

Mindst 2 af 5 risikable sundhedsvaner angiver andelen af personer, der har to eller flere risikable sundhedsvaner ud af de fem ovennævnte (multiple risikofaktorer). Målet er en indikator for risikobelastningen af befolkningen i et område med hensyn til sundhedsvaner. Det øger risikoen for udvikling af kroniske sygdomme at have flere risikable sundhedsvaner frem for én eller ingen, og der er muligvis en synergieffekt mellem risikofaktorer, så den sundhedsskadelige virkning af den enkelte faktor forstærkes (14-16).

Figur 11.3
Sundhedsvaner i forhold til sociogeografiske områder



Signifikant mindre end i hele befolkningen

Signifikant større end i hele befolkningen

Stregen ved RM viser gennemsnittet for hele befolkningen i Region Midtjylland

Figur 11.3 viser forekomsten af de seks indikatorer for sundhedsvaner i de fem sociogeografiske områder. Det generelle billede er, at der er en markant geografisk ulighed i sundhedsvaner med undtagelse af højrisikoforbrug af alkohol.

I sociogeografisk område 1 er forekomsten signifikant lavere end i regionen som helhed ved fem ud af seks indikatorer. Det gælder daglig rygning, fysisk inaktivitet, usundt kostmønster, svær overvægt og multiple risikofaktorer. Ved de samme fem indikatorer er forekomsten højere end i regionen som helhed i sociogeografisk område 4 og for fire af indikatorerne i sociogeografisk område 5.

Den geografiske ulighed målt med RCI er størst ved kost efterfulgt af multiple risikofaktorer, rygning, svær overvægt og fysisk inaktivitet i nævnte rækkefølge.

Svær overvægt skiller sig ud ved, at forekomsten stiger markant fra sociogeografisk område 1 til og med 3, men ligger på samme niveau i sociogeografisk område 3-5.

Højrisikoforbrug af alkohol afviger fra det generelle mønster, idet der ikke er forskel i andelen på tværs af sociogeografiske områder.

Geografisk ulighed i levevilkår

Ved sundhedsfremmende indsatser i nærmiljøet er det vigtigt at tage udgangspunkt i borgernes ressourcer og handlekompetencer. Selv om mennesker med dårlige levevilkår ofte er motiverede for at forbedre deres egen sundhed, har de sværere end andre ved at omsætte deres ønsker til handling. Der kan derfor være behov for særlig støtte til at gennemføre ændringer. Information om geografiske forskelle i levevilkår er derfor nyttig ved tilrettelæggelse af lokale sundhedsindsatser. Her er udvalgt seks indikatorer vedrørende sociale netværk og social støtte, ensomhed, arbejdsevne, behov for hjælp til dagligdagens gøremål og sundhedskompetence.

Følgende indikatorer for levevilkår indgår i analysen:

- Bor ikke sammen med andre voksne (25+ år)
- Svag social støtte
- Svær ensomhed
- Nedsat arbejdsevne (25-64 år)
- Brug for hjælp til dagligdagens gøremål (25+ år)
- Svært ved at forstå information om sundhed (25+ år)

Indikatorer er, hvor andet ikke er nævnt, opgjort for personer på 16 år og derover.

Bor ikke sammen med andre voksne omfatter personer, der hverken bor sammen med en ægtefælle/samlever eller andre personer på 16 år eller derover.

Svag social støtte angiver, hvor stor en andel, der på spørgsmålet "Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?" har svaret 'nogle gange', 'næsten aldrig' eller 'aldrig'.

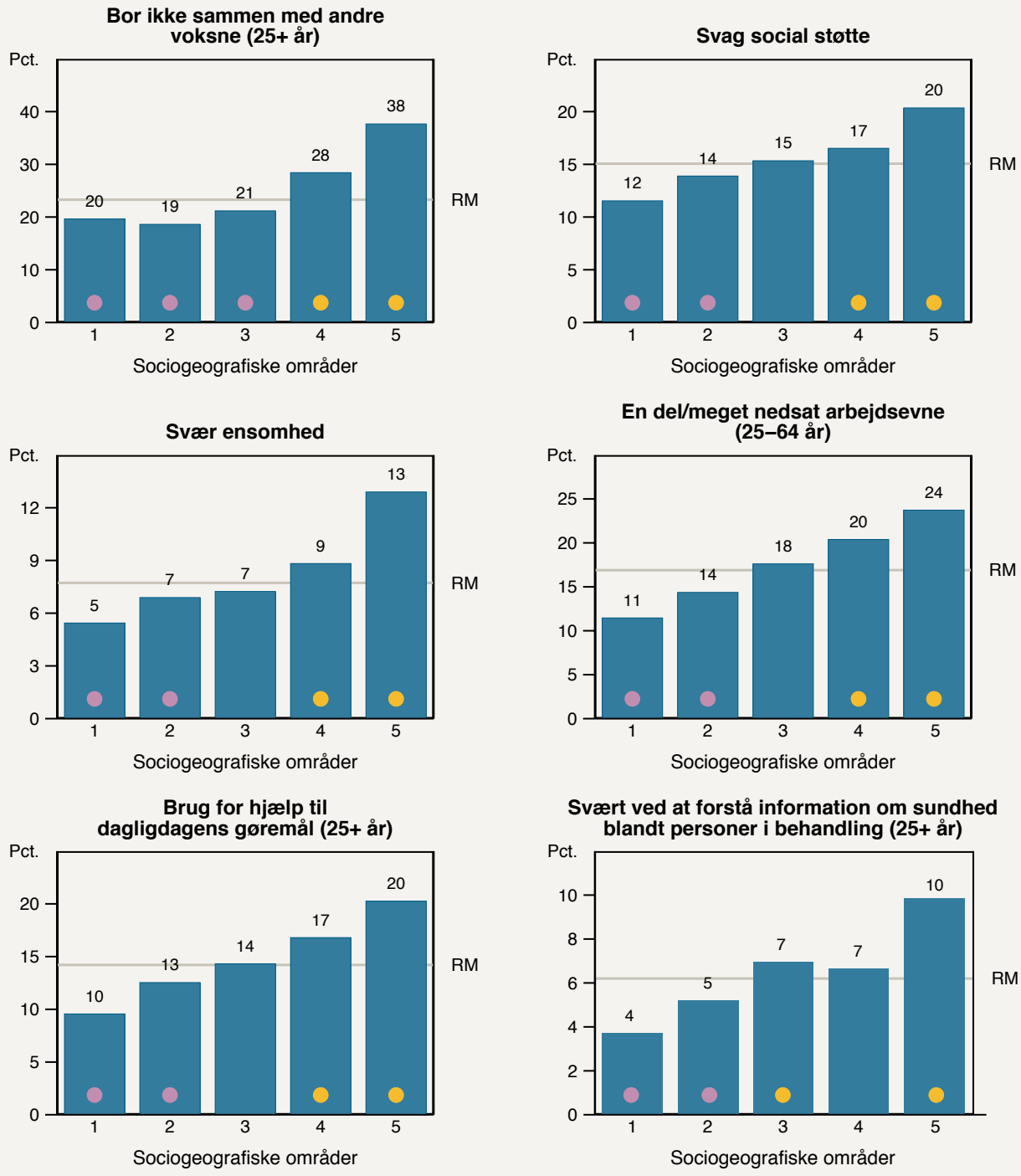
Svær ensomhed er opgjort på bagrund af *Three-Item Loneliness Scale* (T-ILS). T-ILS omfatter 3 spørgsmål, der belyser, i hvilket omfang svarpersonen føler sig isolereret, savner nogen at være sammen med og føler sig udenfor (se kapitel 8 for en nærmere beskrivelse).

Nedsat arbejdsevne angiver andelen, der på spørgsmålet "Føler du, at din arbejdsevne er nedsat?" har svaret 'en del' eller 'meget'.

Brug for hjælp til dagligdagens gøremål angiver andelen, der på grund af deres helbred har brug for hjælp til en eller flere af i alt ti hverdagsaktiviteter fra indkøb og rengøring til at spise, klæde sig på og vaske sig. Det er et såkaldt ADL-mål, hvor ADL står for *Activities of Daily Living*, på dansk betegnet som almindelig daglig levevis (17).

Svært ved at forstå information om sundhed angiver andelen, der har svært ved at forstå mundtlig og skriftlig information fra sundhedspersonalet, information på medicinpakninger osv., blandt personer, der er i behandling. Den her anvendte indikator bygger på fem spørgsmål, der indgår i *The Australian Health Literacy Questionnaire* (18-19) (se afsnittet om sundhedskompetence i kapitel 9 for en nærmere beskrivelse).

Figur 11.4
Levevilkår i forhold til sociogeografiske områder



Stregen ved RM viser gennemsnittet for hele befolkningen i Region Midtjylland

Figur 11.4 viser de seks indikatorer for levevilkår i de fem sociogeografiske områder. Ligesom ved sundhedsvaner er der en tydelig geografisk ulighed i levevilkår. Dette er for så vidt forventeligt, eftersom de sociogeografiske områder er inddelt efter sociale kriterier. De seks indikatorer for levevilkår føjer imidlertid nogle vigtige nuancer til billedet af levevilkårene i de fem områder. Ikke blot er indkomst- og uddannelsesniveauet lavere og tilknytningen til arbejdsmarkedet svagere i sociogeografisk område 4 og 5. Mange har også færre sociale ressourcer at trække på, fordi de ikke til daglig lever sammen med en partner eller andre voksne eller mangler nogen, de kan tale med deres problemer om (svage sociale netværk, svag social støtte). Flere end i sociogeografisk område 1-3 oplever desuden svær ensomhed. En større andel har nedsat arbejdsevne, brug for hjælp til at udføre dagligdagens gøremål samt svært ved at forstå sundhedsinformation.

Ved alle seks indikatorer er andelen signifikant lavere i sociogeografisk område 1, mens andelen i sociogeografisk område 4 og 5 er signifikant højere end i regionen som helhed ved henholdsvis fem og seks indikatorer.

Målt ved hjælp af RCI ses den største geografiske ulighed (nævnt i aftagende rækkefølge) i andelen, der ikke bor sammen med andre voksne, har nedsat arbejdsevne, oplever svær ensomhed, har brug for hjælp til dagligdagens gøremål og svært ved at forstå sundhedsinformation. Den geografiske ulighed er mindre, men stadig betydelig, når det gælder andelen med svag social støtte.

Geografisk ulighed i helbred og konsekvenser af sygdom

Til at beskrive den geografiske ulighed i helbred er der benyttet to generelle mål for helbred og sygelighed og to for mental sundhed og helbred. Der er desuden medtaget to indikatorer for konsekvenser af sygdom.

Følgende indikatorer indgår i analysen for helbred og konsekvenser af sygdom:

- Dårligt selvvurderet helbred
- Fire eller flere kroniske sygdomme
- Højt stressniveau
- Depression
- Høj behandlingsbyrde blandt personer i behandling (25+ år)
- Beskæftigelsesgabet mellem personer med og uden langvarig sygdom (25-64 år)

Indikatorerne er, hvor andet ikke er nævnt, opgjort for personer på 16 år og derover.

Dårligt selvvurderet helbred angiver andelen, der på spørgsmålet "Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?" har svaret 'mindre godt' eller 'dårligt'.

Fire eller flere kroniske sygdomme angiver andelen, der har fire eller flere af de 17 kroniske sygdomme, der indgår i *Hvordan har du det? 2017*.

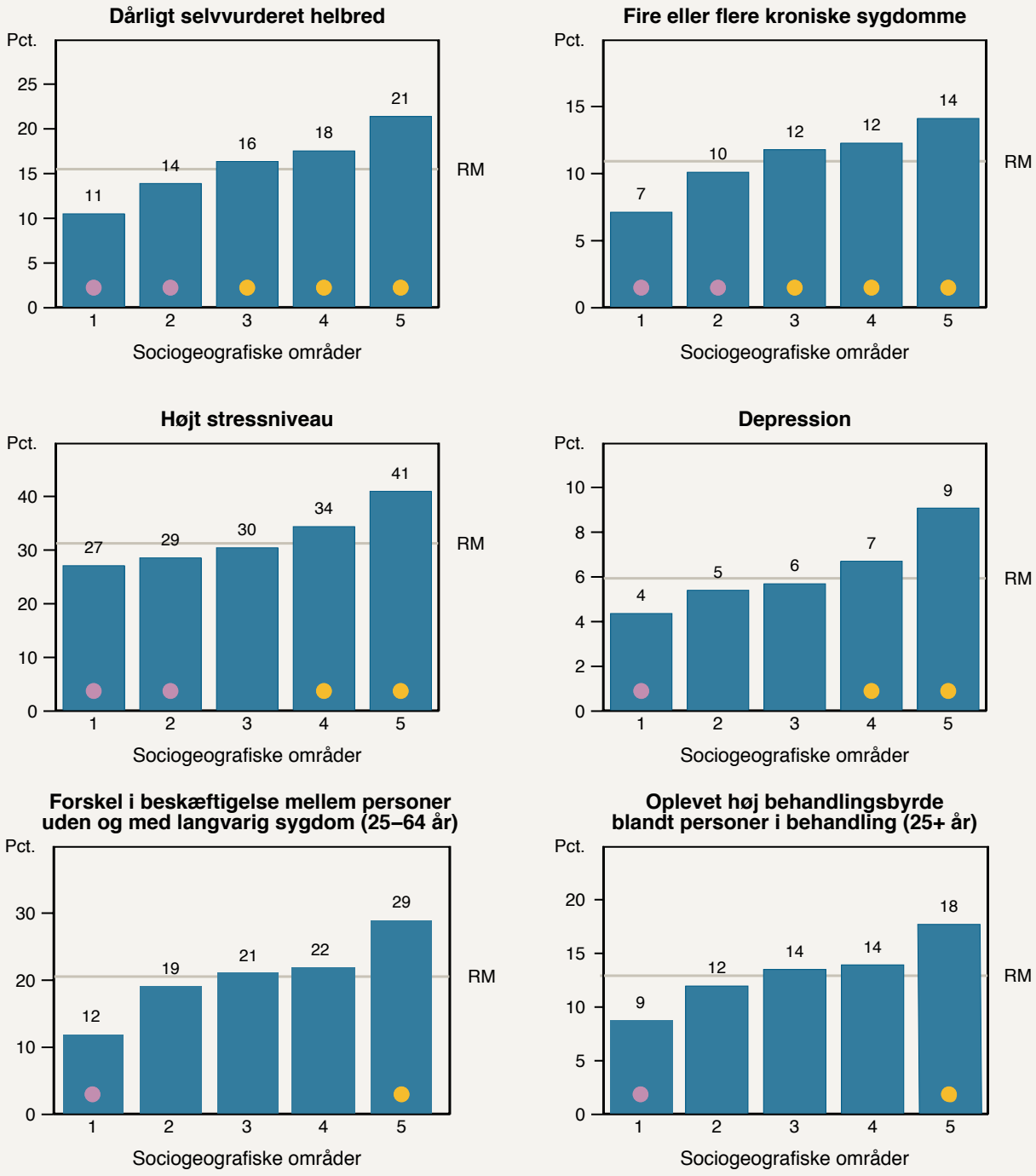
Højt stressniveau angiver andelen, der har en score på *Perceived Stress Scale* på 16-40 point (se kapitel 8).

Depression angiver andelen, der har let, moderat og svær depression målt med *Major Depression Inventory* (se kapitel 8.).

Forskel i beskæftigelsesfrekvens mellem raske og syge er beregnet som andelen, der er i beskæftigelse blandt personer uden langvarig sygdom, minus andelen, der er i beskæftigelse blandt personer med langvarig sygdom. Det er en indikator for de beskæftigelsesmæssige konsekvenser af sygdom blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år).

Høj behandlingsbyrde blandt personer i behandling angiver andelen, der har scoret højt på *Multimorbidity Treatment Burden Questionnaire* (MTBQ), som er et mål for den oplevede behandlingsbyrde hos personer med kroniske sygdomme. MTBQ omfatter ti spørgsmål om behandlingsbyrde, der er stillet til de personer, der oplyser, at de får behandling eller medicin for en eller flere sygdomme eller går til genoptræning eller regelmæssig kontrol (se kapitel 9).

Figur 11.5
Helbred og konsekvenser af sygdom i forhold til sociogeografiske områder



Stregen ved RM viser gennemsnittet for hele befolkningen i Region Midtjylland

Figur 11.5 viser de seks indikatorer for helbred og konsekvenser af sygdom i de fem sociogeografiske områder. Ligesom ved sundhedsvaner og levevilkår er der en markant geografisk ulighed. Ved alle seks indikatorer er andelen signifikant lavere i sociogeografisk område 1, mens andelen i sociogeografisk område 4 og 5 er signifikant højere for henholdsvis fire og seks indikatorer end i regionen som helhed.

Ved tre af de fire helbredsindikatorer er forekomsten dobbelt så stor i sociogeografisk område 5 i forhold til sociogeografisk område 1. Det gælder dårligt selvvurderet helbred, fire eller flere kroniske sygdomme og depression.

Desuden er forskellen i beskæftigelsesfrekvens mellem raske og syge mere end dobbelt så stor i sociogeografisk område 5 end i sociogeografisk område 1. Og blandt personer, der er i behandling, oplever dobbelt så mange en høj behandlingsbyrde i førstnævnte område sammenholdt med sidstnævnte område. Det indicerer, at der ikke blot er geografisk ulighed i sygelighed, men også i konsekvenserne af at være syg. Målt ved hjælp af RCI er den geografiske ulighed i helbred størst (nævnt i aftagende rækkefølge) for depression, selvvurderet helbred og fire eller flere kroniske sygdomme. Forskellen er noget mindre, men stadig markant, i behandlingsbyrde og forskellen i beskæftigelsesfrekvens mellem raske og syge. Den geografiske ulighed er mindst ved højt stressniveau.

Sammenfatning af den geografiske ulighed i sundhed i regionen som helhed

De præsenterede resultater viser, at der er en betydelig geografisk ulighed i sundhed i Region Midtjylland på tværs af de sociogeografiske områder.

Der er en sociogeografisk gradient med hensyn til sundhedsvaner, som ses tydeligst ved kost, svær overvægt og multiple risikofaktorer. Den eneste sundhedsvane, hvor der ikke er nogen forskel på tværs af sociogeografiske områder, er højrisikoforbrug af alkohol.

Der er ligeledes en tydelig sociogeografisk gradient i levevilkårene. Den geografiske ulighed i sundhedsvaner og levevilkår må antages at udgøre en væsentlig del af baggrunden for den markante geografiske ulighed i helbred og konsekvenser af sygdom. Samtidig er svage sociale netværk, svag social støtte, mistrivsel i form af svær ensomhed og lav sundhedskompetence en barriere for fremme af egen sundhed.

Resultaterne kan tolkes sådan, at behovet for sundhedsfremme og forebyggelse er størst i sociogeografisk område 4 og 5. Det betyder samtidig, at det er i disse områder, man finder det største forebyggelsespotentiale. Men da der er mange borgere med belastende levevilkår i de to områder, vil det kræve en ekstra indsats at løfte sundheden, uanset om man benytter individrettede eller strukturelle og organisatoriske indsatser.

Sundhed på én side

På de følgende sider præsenteres den sociogeografiske profil og *Sundhed på én side* for hver af de 19 kommuner i Region Midtjylland og afslutningsvis for hele Region Midtjylland. Hver kommunes oplysninger præsenteres på to sider.

På den første side ses den sociogeografiske profil for kommunen.

I oversigten øverst kan man se, hvor mange indbyggere og hvilke sogne der er i hvert sociogeografisk område. Det er vigtigt at holde sig for øje, at sognene er slået sammen til fem sociogeografiske områder på tværs af hele Region Midtjylland. Det er derfor ikke alle fem sociogeografiske områder, der er repræsenteret i alle kommuner (områder, der ikke er repræsenteret, er markeret med en streg).

På kortet angiver farverne på de enkelte sogne, hvilket sociogeografisk område de tilhører. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere er områdets socioøkonomiske status. På kommunekortet er der indsat bynavne for at lette aflæsning af kortet.

Søjlegrafen på den første side viser den procentvise fordeling af befolkningen på de sociogeografiske områder for kommunen, og den gule linje viser fordelingen i hele Region Midtjylland.

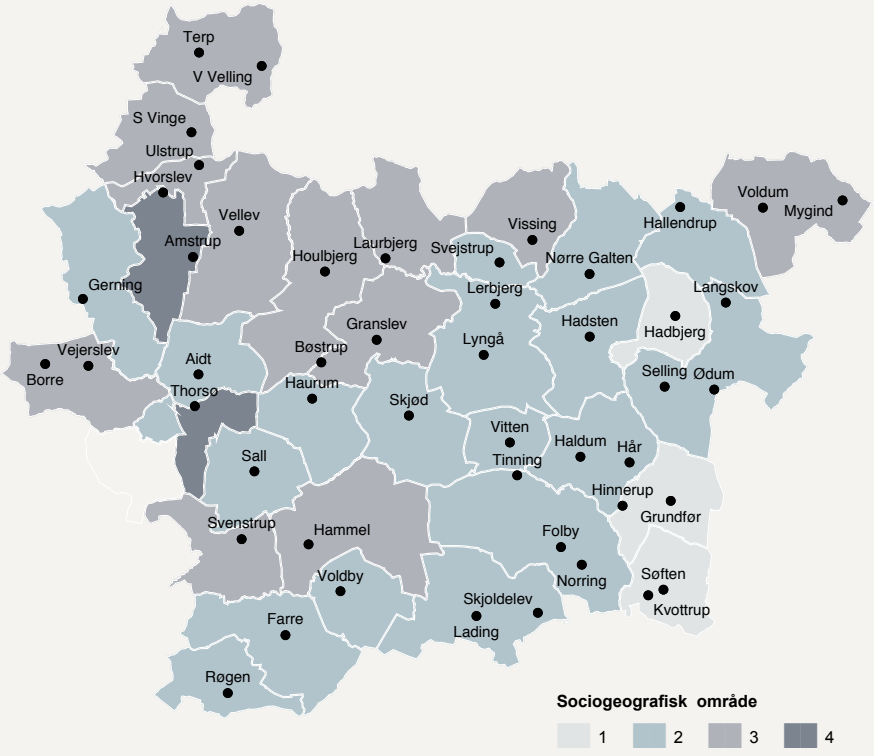
På den anden side præsenteres *Sundhed på én side* for kommunen. I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af 13 forskellige sundhedsmål i hele Region Midtjylland og i den specifikke kommune. De valgte sundhedsmål er beskrevet i de foregående afsnit om geografisk ulighed i sundhedsvaner, levevilkår samt helbred og konsekvenser af sygdom.

I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen, og i kolonnen til højre med søjlegrafer ses, hvordan kommunen for det enkelte sundhedsmål er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.

Hvis der i en kommune er mindre end 50 svarpersoner i et sociogeografisk område, udelades resultaterne fra dette område i *Sundhed på én side*, fordi den statistiske usikkerhed ellers bliver for stor. Dette er markeret med en streg.

FAVRSKOV KOMMUNE
Sociogeografiske områder

Område 1 Antal personer: 5.400	**Område 2** Antal personer: 15.400	**Område 3** Antal personer: 10.500	**Område 4** Antal personer: 1.400	**Område 5** Antal personer: 0
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 Houlbjerg Sogn Laurbjerg Sogn Søby Sogn Sønder Vinge Sogn Ulstrupbro Sogn Vejerslev Sogn Vellev Sogn Vester Velling Sogn Vissing Sogn Voldum Sogn	Hvorslev Sogn Thorsø Sogn	–



Læsevejledning: Sociogeografiske områder

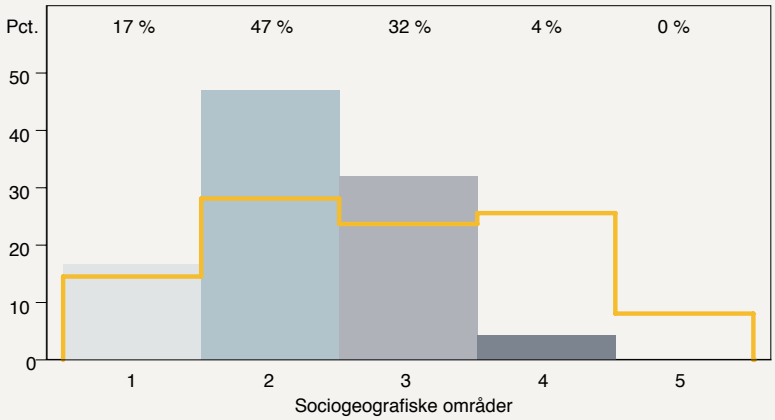
Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og opefter.

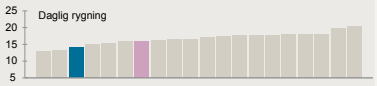
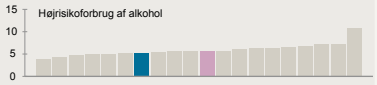
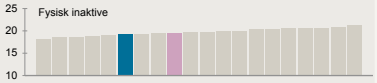
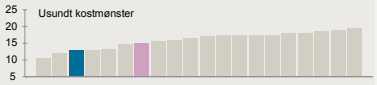
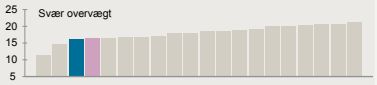
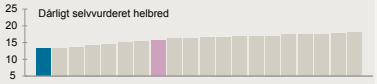
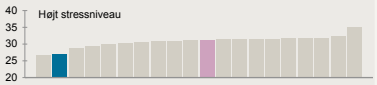
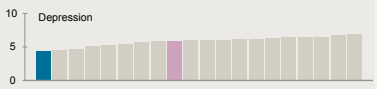
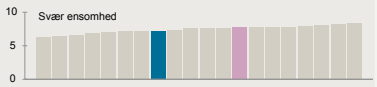
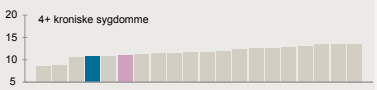
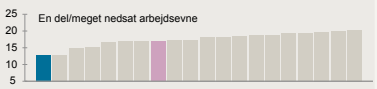
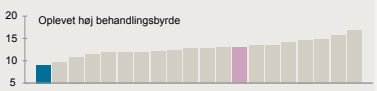
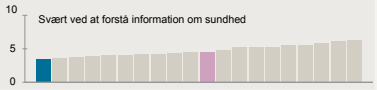
Søjlegrafen viser, at hovedparten af befolkningen i Favrskov Kommune bor i område 1, 2 og 3. Kun en lille andel bor i område 4, og ingen bor i område 5. Den gule linje viser fordelingen i hele Region Midtjylland.

Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.



FAVRSKOV KOMMUNE

Sundhed på én side

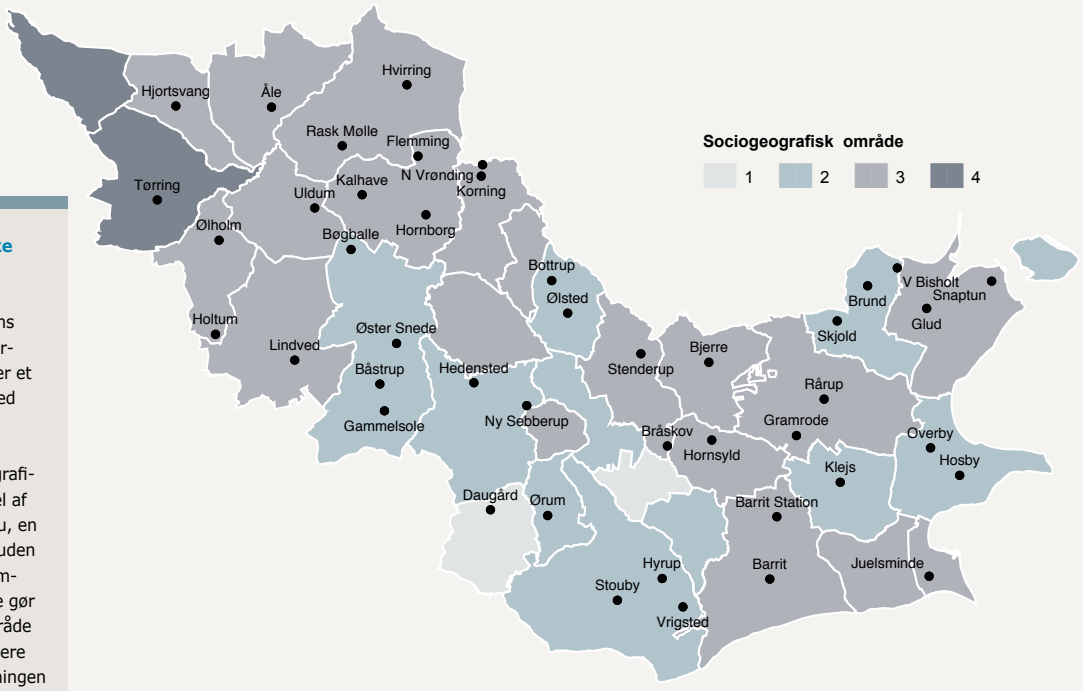
Sundhedsmål	Region Midtjylland	Favrskov Kommune	Sociogeografiske områder i kommunen: Omr. 1	Omr. 2	Omr. 3	Omr. 4	Omr. 5	
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Daglig rygning Antal personer: 5.000	16	14	9*	15	15	18	-	
Højrisikoforbrug af alkohol Antal personer: 1.800	6	5	5	6	4	4	-	
Fysisk inaktive Antal personer: 6.800	20	19	21	19	19	13	-	
Usundt kostmønster Antal personer: 4.400	15	13	7*	14	14	17	-	
Svær overvægt Antal personer: 5.700	16	16	12*	17	18	15	-	
Dårligt selvvurderet helbred Antal personer: 4.900	16	13*	9*	12	16*	18	-	
Højt stressniveau Antal personer: 9.700	31	27*	26	26	28	31	-	
Depression Antal personer: 1.600	6	4*	4	4	5	7	-	
Svær ensomhed Antal personer: 2.500	8	7	3*	9*	8	4	-	
4+ kroniske sygdomme Antal personer: 3.800	11	11	9	9	13*	14	-	
En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år) Antal personer: 2.900	17	13*	7*	13	15	18	-	
Oplevet høj behandlingsbyrde (personer i behandling 25+ år) Antal personer: 1.300	13	9*	6	9	10	-	-	
Svært ved at forstå information om sundhed (25+ år) Antal personer: 1.000	5	3	2	4	4	2	-	

Læsevejledning: Sundhed på én side

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. **Signifikante forskelle** er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. **Signifikante forskelle** mellem det enkelte sociogeografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne.
I kolonnen til højre ses, hvordan kommunen for det enkelte sundhedsmål er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
Se indledningen af kapitlet for en nærmere beskrivelse af de valgte sundhedsmål.

HEDENSTED KOMMUNE
Sociogeografiske områder

Område 1 Antal personer: 1.000	**Område 2** Antal personer: 10.800	**Område 3** Antal personer: 18.200	**Område 4** Antal personer: 2.300	**Område 5** Antal personer: 0
Daugård Sogn Hornum Sogn	As Sogn Hedensted Sogn Hjarnø Sogn Klejs Sogn Skjold Sogn Stouby Sogn Urlev Sogn Vrigsted Sogn Ølsted Sogn Ørum Sogn Øster Snede Sogn	Barrit Sogn Bjerre Sogn Glud Sogn Hornborg Sogn Hvirring Sogn Juelsminde Sogn Klakring Sogn Korning Sogn Langskov Sogn Linnerup Sogn Løsning Sogn Nebsager Sogn Rårup Sogn Sindbjerg Sogn Stenderup Sogn Store Dalby Sogn Uldum Sogn Åle Sogn	Hammer Sogn Tørring Sogn	–



Læsevejledning: Sociogeografiske områder

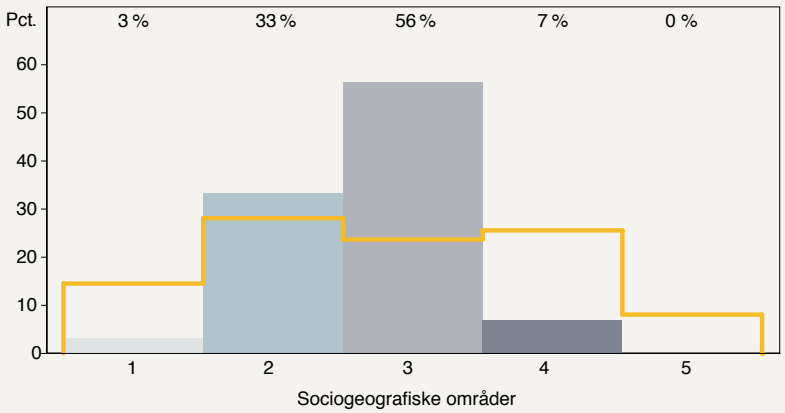
Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og opefter.

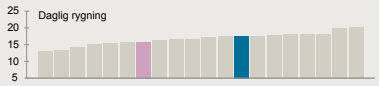
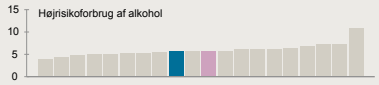
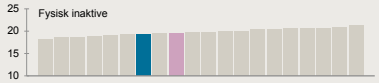
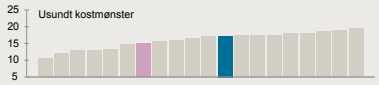
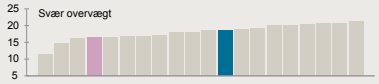
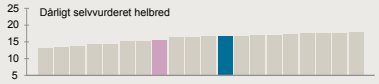
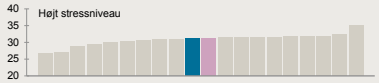
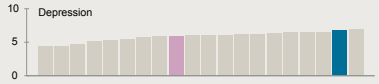
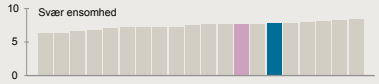
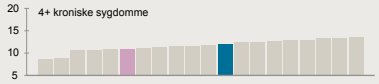
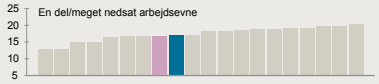
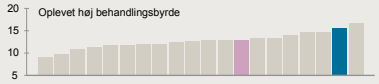
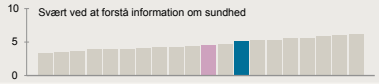
Søjlegrafen viser, at hovedparten af befolkningen i Hedensted Kommune bor i område 2 og 3. Kun en lille andel bor i område 1 og 4, og ingen bor i område 5. Den gule linje viser fordelingen i hele Region Midtjylland.

Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.



HEDENSTED KOMMUNE

Sundhed på én side

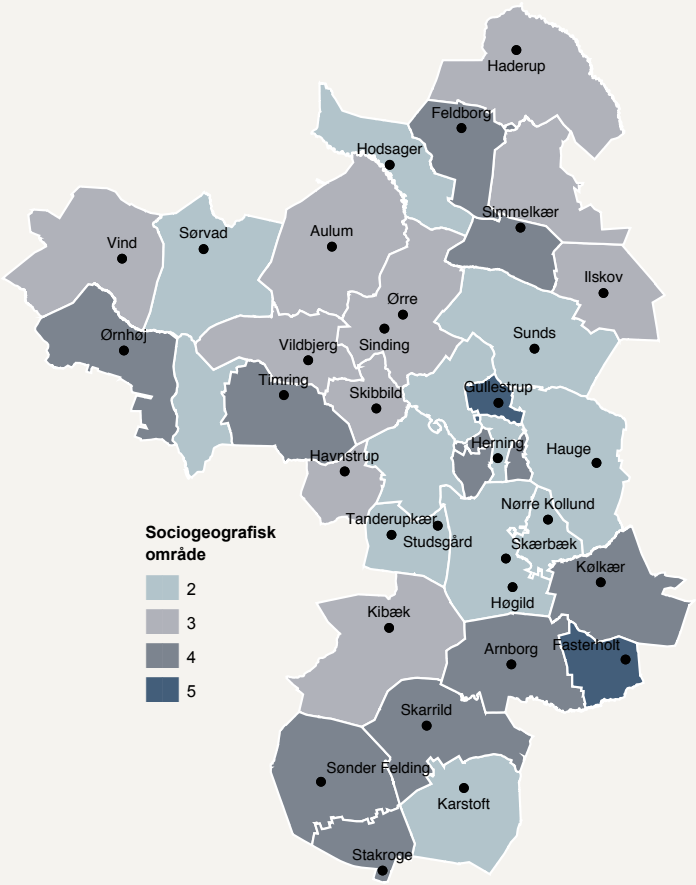
Sundhedsmål	Region Midtjylland	Hedensted Kommune	Sociogeografiske områder i kommunen: Omr. 1	Omr. 2	Omr. 3	Omr. 4	Omr. 5	Pct.
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	
Daglig rygning Antal personer: 6.100	16	18	-	15	18	25	-	
Højrisikoforbrug af alkohol Antal personer: 1.900	6	6	-	5	6	6	-	
Fysisk inaktive Antal personer: 6.600	20	19	-	19	20	21	-	
Usundt kostmønster Antal personer: 5.700	15	17*	-	17	17	25	-	
Svær overvægt Antal personer: 6.300	16	19*	-	16	21*	12	-	
Dårligt selvvurderet helbred Antal personer: 6.100	16	17	-	15	17	16	-	
Højt stressniveau Antal personer: 11.000	31	31	-	29	32	39	-	
Depression Antal personer: 2.300	6	7	-	4*	7	12	-	
Svær ensomhed Antal personer: 2.600	8	8	-	6	9	10	-	
4+ kroniske sygdomme Antal personer: 4.200	11	12	-	10	13	14	-	
En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år) Antal personer: 3.700	17	17	-	12*	20*	22	-	
Oplevet høj behandlingsbyrde (personer i behandling 25+ år) Antal personer: 2.300	13	16	-	13	18*	-	-	
Svært ved at forstå information om sundhed (25+ år) Antal personer: 1.500	5	5	-	3*	7*	6	-	

Læsevejledning: Sundhed på én side

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. **Signifikante forskelle** er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. **Signifikante forskelle** mellem det enkelte sociogeografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne. Ved område 1 er der for få svarpersoner til, at der kan foretages analyser.
I kolonnen til højre ses, hvordan kommunen for det enkelte sundhedsmål er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
Se indledningen af kapitlet for en nærmere beskrivelse af de valgte sundhedsmål.

HERNING KOMMUNE
Sociogeografiske områder

Område 1 Antal personer: 0	**Område 2** Antal personer: 28.100	**Område 3** Antal personer: 12.000	**Område 4** Antal personer: 18.600	**Område 5** Antal personer: 1.500
–	Gjellerup Sogn Herning Sogn Hodsager Sogn Karstoft Sogn Kollund Sogn Rind Sogn Snejbjerg Sogn Studsgård Sogn Sunds Sogn Tiphede Sogn Tjørring Sogn Vinding Sogn	Assing Sogn Aulum Sogn Grove Sogn Haderup Sogn Haunstrup Sogn Ilskov Sogn Nøvling Sogn Vildbjerg Sogn Vind Sogn Ørre-Sinding Sogn	Arnborg Sogn Feldborg Sogn Fredens Sogn Hedeager Sogn Ilderhede Sogn Kølkær Sogn Sankt Johannes Sogn Simmelkær Sogn Skarrild Sogn Sønder Felding Sogn Timring Sogn Ørnhøj Sogn	Fasterholt Sogn Gullestrup Sogn



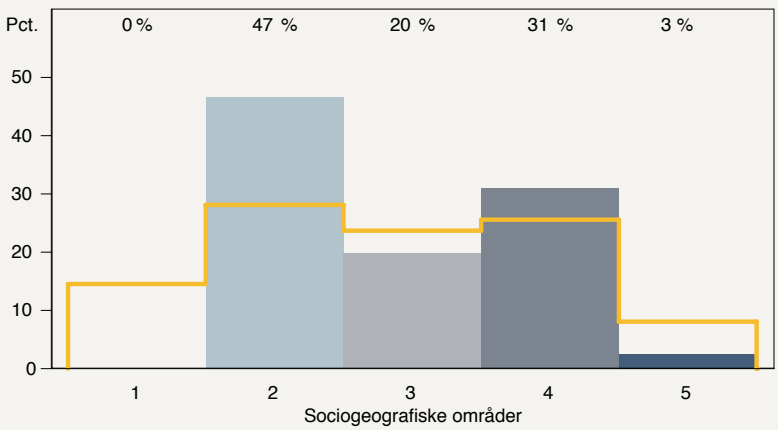
Læsevejledning: Sociogeografiske områder
Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og opefter.

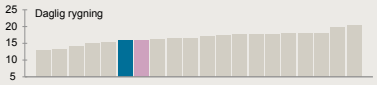
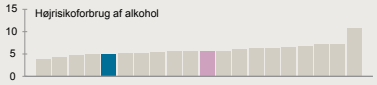
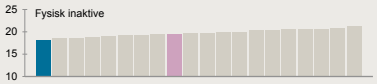
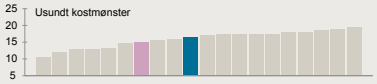
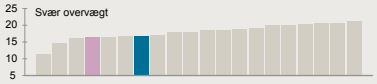
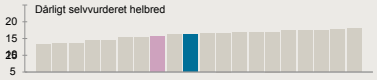
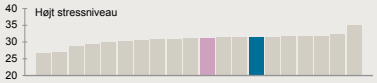
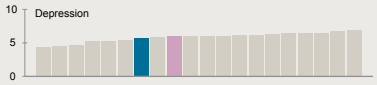
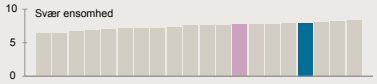
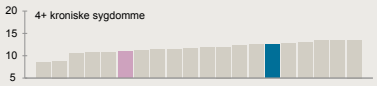
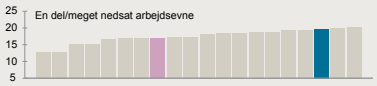
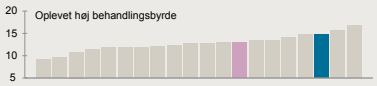
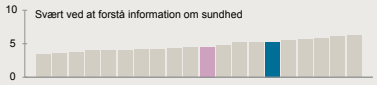
Søjlegrafen viser, at hovedparten af befolkningen i Herning Kommune bor i område 2, 3 og 4. Kun en lille andel bor i område 5, og ingen bor i område 1. Den gule linje viser fordelingen i hele Region Midtjylland.

Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.



HERNING KOMMUNE

Sundhed på én side

Sundhedsmål	Region Midtjylland	Herning Kommune	Sociogeografiske områder i kommunen					
			Omr. 1	Omr. 2	Omr. 3	Omr. 4	Omr. 5	
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Daglig rygning Antal personer: 11.000	16	16	-	14	13	19	-	
Højrisikoforbrug af alkohol Antal personer: 3.300	6	5	-	6	6	3*	-	
Fysisk inaktive Antal personer: 12.000	20	18	-	17	17	20	-	
Usundt kostmønster Antal personer: 11.000	15	17*	-	14*	17	19	-	
Svær overvægt Antal personer: 11.000	16	17	-	16	17	18	-	
Dårligt selvvurderet helbred Antal personer: 12.000	16	16	-	14	16	18	-	
Højt stressniveau Antal personer: 21.000	31	32	-	29*	31	36*	-	
Depression Antal personer: 3.800	6	6	-	6	3	6	-	
Svær ensomhed Antal personer: 5.200	8	8	-	7	6	11*	-	
4+ kroniske sygdomme Antal personer: 8.500	11	13*	-	12	11	14	-	
En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år) Antal personer: 8.000	17	20*	-	16*	18	26*	-	
Oplevet høj behandlingsbyrde (personer i behandling 25+ år) Antal personer: 4.000	13	15	-	13	15	17	-	
Svært ved at forstå information om sundhed (25+ år) Antal personer: 2.900	5	5	-	3*	10*	6	-	



Læsevejledning: Sundhed på én side

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. **Signifikante forskelle** er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. **Signifikante forskelle** mellem det enkelte socio-geografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne. Ved område 5 er der for få svarpersoner til, at der kan foretages analyser.
I kolonnen til højre ses, hvordan kommunen for det enkelte sundhedsmål er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
Se indledningen af kapitlet for en nærmere beskrivelse af de valgte sundhedsmål.

HOLSTEBRO KOMMUNE
Sociogeografiske områder

Område 1 Antal personer: 5.200	**Område 2** Antal personer: 11.300	**Område 3** Antal personer: 11.200	**Område 4** Antal personer: 7.100	**Område 5** Antal personer: 5.100
Mejdal Sogn	Borbjerg Sogn	Bur Sogn	Sevel Sogn	Nørrelands Sogn
Mejrup Sogn	Ellebæk Sogn	Ejsing Sogn	Sønder Nissum Sogn	
Råsted Sogn	Idom Sogn	Handbjerg Sogn	Trandum Sogn	
	Madum Sogn	Herrup Sogn	Ulfborg Sogn	
	Måbjerg Sogn	Hogager Sogn	Vemb Sogn	
	Naur Sogn	Holstebro Sogn	Vinderup Sogn	
	Nørre Felding Sogn	Husby Sogn		
	Nørre Gørding Sogn	Ryde Sogn		
	Sir Sogn	Sahl Sogn		
	Staby Sogn			
	Tvis Sogn			

Læsevejledning: Sociogeografiske områder

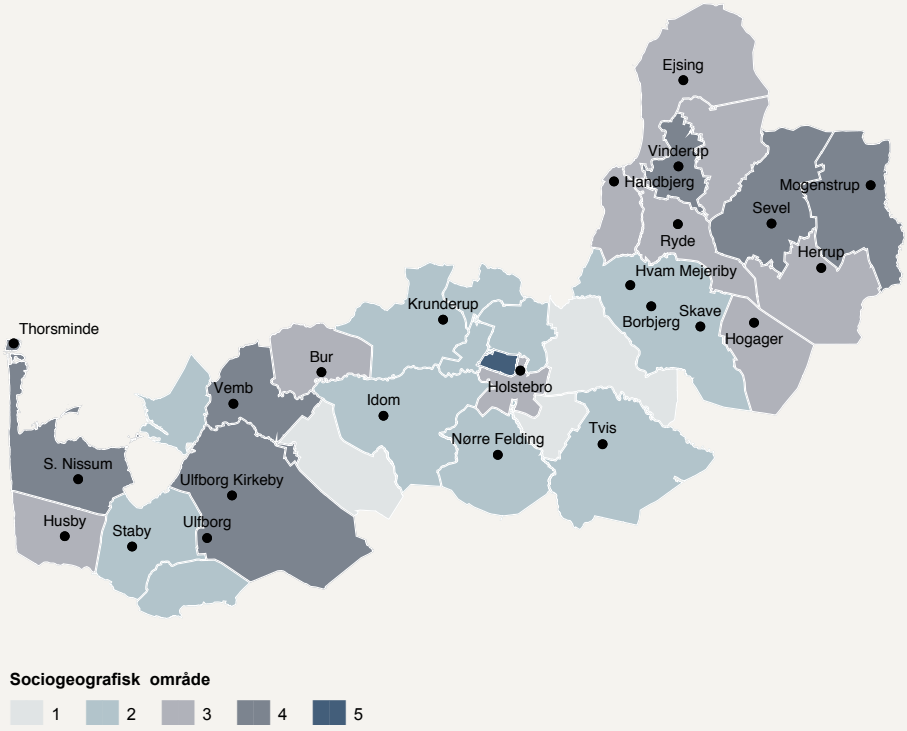
Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

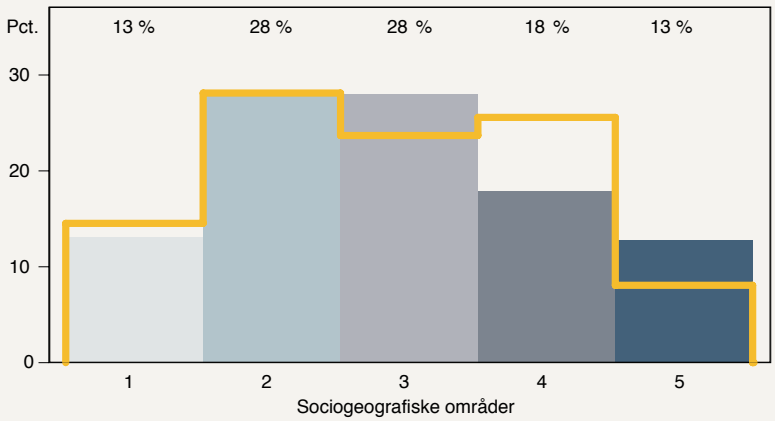
Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og opefter.

Søjlegrafen viser, at befolkningen i Holstebro Kommune er fordelt på alle fem typer af sociogeografiske områder. En relativ stor del af befolkningen bor i område 5. Holstebro Kommune har en sociogeografisk profil, der minder meget om profilen for hele regionen (den gule linje i søjlegrafen).

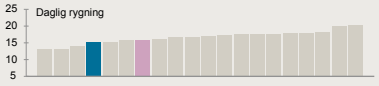
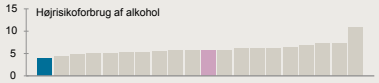
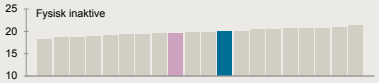
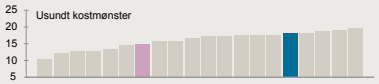
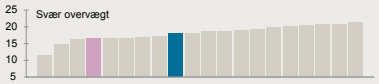
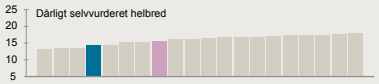
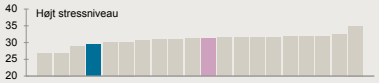
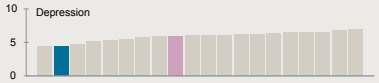
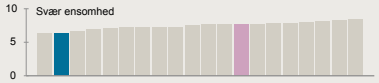
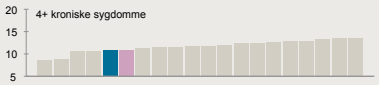
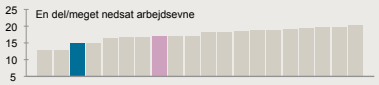
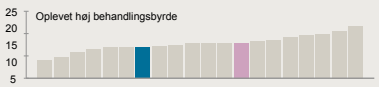
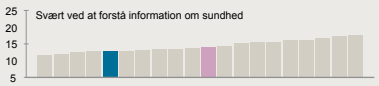
Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.

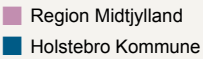




HOLSTEBRO KOMMUNE

Sundhed på én side

Sundhedsmål	Region Midtjylland	Holstebro Kommune	Sociogeografiske områder i kommunen					
			Omr. 1	Omr. 2	Omr. 3	Omr. 4	Omr. 5	
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Daglig rygning Antal personer: 6.700	16	15	12	14	15	13	24*	
Højrisikoforbrug af alkohol Antal personer: 1.700	6	4*	2	3	5	5	6	
Fysisk inaktive Antal personer: 8.600	20	20	14*	22	19	18	28*	
Usundt kostmønster Antal personer: 7.600	15	18*	15	17	17	19	23*	
Svær overvægt Antal personer: 7.700	16	18	14	17	16	22	24*	
Dårligt selvvurderet helbred Antal personer: 6.600	16	14	11	12	14	17	18	
Højt stressniveau Antal personer: 13.000	31	30	24	25*	31	31	39*	
Depression Antal personer: 1.900	6	4*	2	5	4	5	7	
Svær ensomhed Antal personer: 2.700	8	6	5	7	3*	9	10	
4+ kroniske sygdomme Antal personer: 4.800	11	11	9	10	9	14*	13	
En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år) Antal personer: 4.000	17	15	13	11	17	12	26*	
Oplevet høj behandlingsbyrde (personer i behandling 25+ år) Antal personer: 2.100	13	12	7	11	11	7	28*	
Svært ved at forstå information om sundhed (25+ år) Antal personer: 1.400	5	4	3	3	3	5	7*	

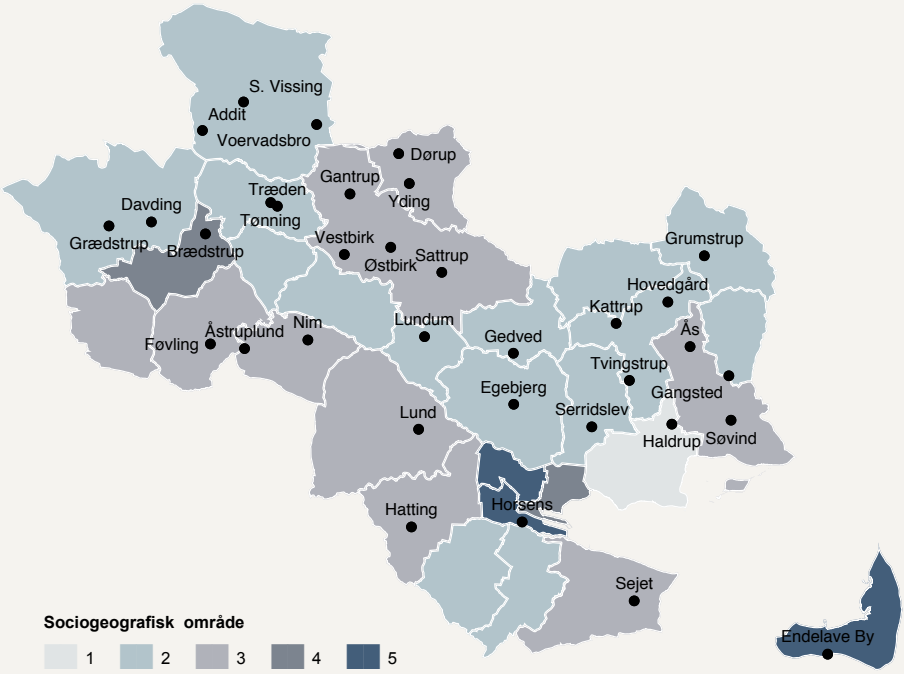


Læsevejledning: Sundhed på én side

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. **Signifikante forskelle** er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. **Signifikante forskelle** mellem det enkelte sociogeografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne.
I kolonnen til højre ses, hvordan kommunen for det enkelte sundhedsmål er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
Se indledningen af kapitlet for en nærmere beskrivelse af de valgte sundhedsmål.

HORSENS KOMMUNE
Sociogeografiske områder

Område 1 Antal personer: 4.200	Område 2 Antal personer: 22.900	Område 3 Antal personer: 8.700	Område 4 Antal personer: 10.600	Område 5 Antal personer: 13.800
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 Underup Sogn Vedslet Sogn Ørridslev Sogn	Føvling Sogn Hatting Sogn Nim Sogn Søvind Sogn Tamdrup Sogn Tyrsting Sogn Uth Sogn Yding Sogn Østbirk Sogn	Brædstrup Sogn Klostersogn	Endelave Sogn Sønderbro Sogn Vor Frelsers Sogn



Læsevejledning: Sociogeografiske områder

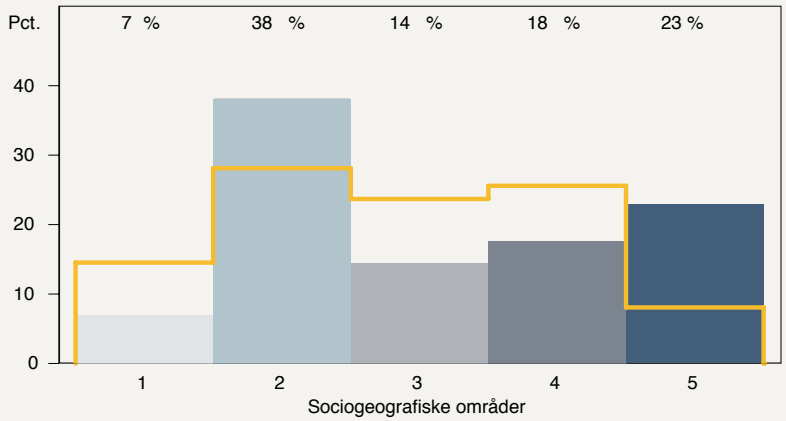
Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og opefter.

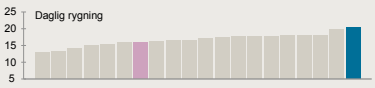
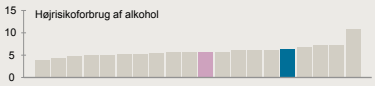
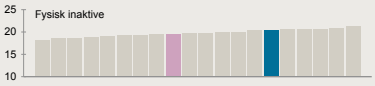
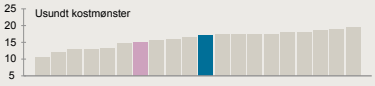
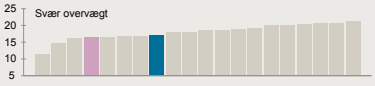
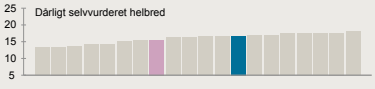
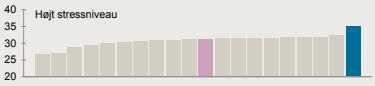
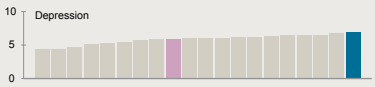
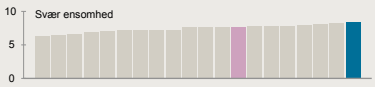
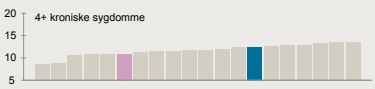
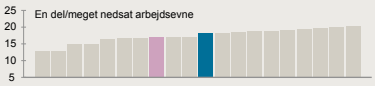
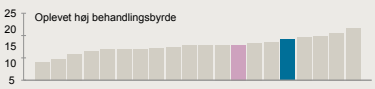
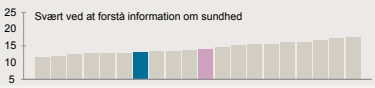
Søjlegrafen viser, at befolkningen i Horsens Kommune er fordelt på alle fem typer af sociogeografiske områder. Næsten en fjerdedel af befolkningen bor i område 5. Den gule linje viser fordelingen i hele Region Midtjylland.

Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.



HORSENS KOMMUNE

Sundhed på én side

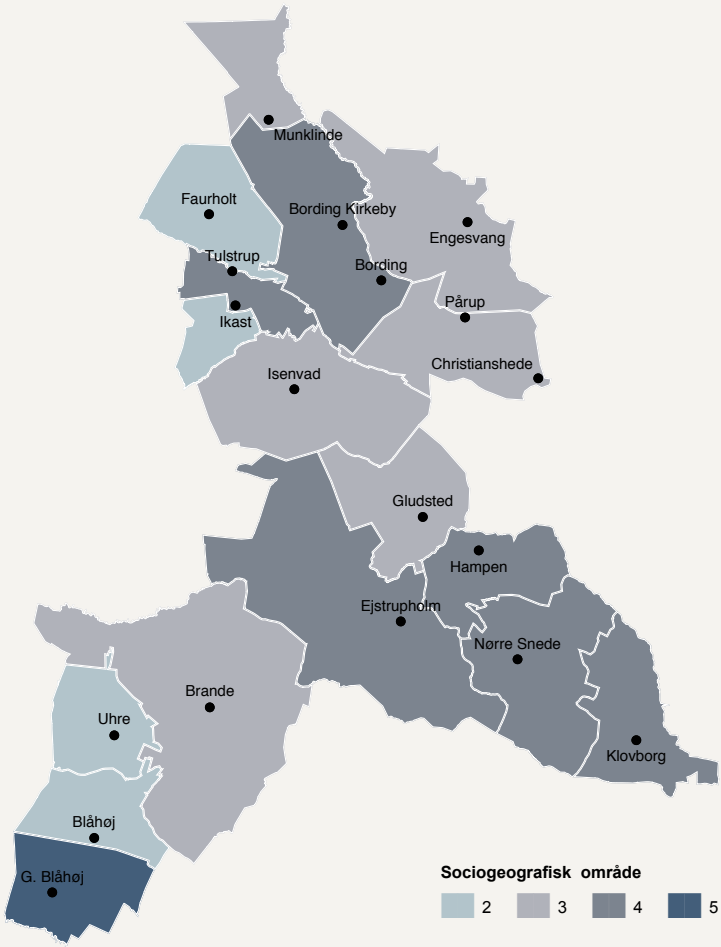
Sundhedsmål	Region Midtjylland	Horsens Kommune	Sociogeografiske områder i kommunen: Omr. 1	Omr. 2	Omr. 3	Omr. 4	Omr. 5	
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Daglig rygning Antal personer: 14.000	16	20*	10*	17	14*	29*	25*	
Højrisikoforbrug af alkohol Antal personer: 4.200	6	6	6	7	2*	6	9*	
Fysisk inaktive Antal personer: 13.000	20	20	16	20	16	23	23	
Usundt kostmønster Antal personer: 11.000	15	17*	8*	17	17	13	22*	
Svær overvægt Antal personer: 11.000	16	17	5*	18	19	13	21*	
Dårligt selvvurderet helbred Antal personer: 12.000	16	17	11	14	14	16	25*	
Højt stressniveau Antal personer: 24.000	31	35*	25*	28*	31	40	46*	
Depression Antal personer: 4.500	6	7	2	5	8	6	11*	
Svær ensomhed Antal personer: 5.400	8	8	4	8	6	9	12*	
4+ kroniske sygdomme Antal personer: 8.400	11	12*	4*	11	11	12	18*	
En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år) Antal personer: 7.600	17	18	9	13*	15	20	29*	
Oplevet høj behandlingsbyrde (personer i behandling 25+ år) Antal personer: 3.800	13	14	-	14	11	19	14	
Svært ved at forstå information om sundhed (25+ år) Antal personer: 2.300	5	4	2	3	2	5	6	

Læsevejledning: Sundhed på én side

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. **Signifikante forskelle** er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. **Signifikante forskelle** mellem det enkelte sociogeografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne.
I kolonnen til højre ses, hvordan kommunen for det enkelte sundhedsmål er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
Se indledningen af kapitlet for en nærmere beskrivelse af de valgte sundhedsmål.

IKAST-BRANDE KOMMUNE
Sociogeografiske områder

Område 1 Antal personer: 0	**Område 2** Antal personer: 4.500	**Område 3** Antal personer: 9.000	**Område 4** Antal personer: 14.200	**Område 5** Antal personer: 500
–	Faurholt Sogn Fonnesbæk Sogn Skærlund Sogn Uhre Sogn	Brande Sogn Christianshede Sogn Engesvang Sogn Gludsted Sogn Isenvad Sogn	Bording Sogn Ejstrup Sogn Hampen Sogn Ikast Sogn Klovborg Sogn Nørre Snede Sogn	Blåhøj Sogn



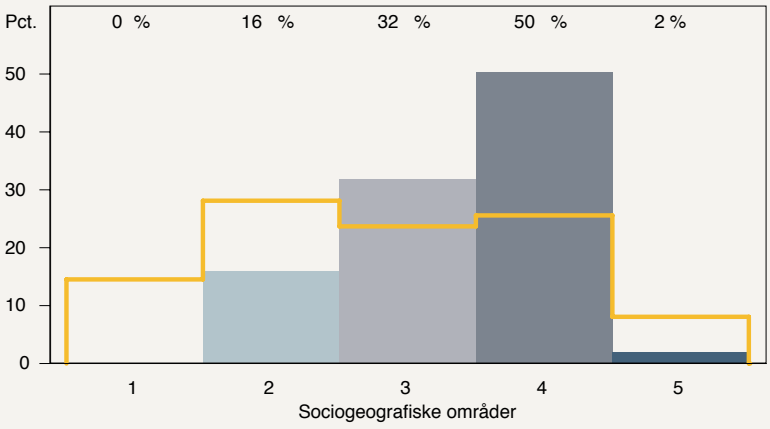
Læsevejledning: Sociogeografiske områder Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og opefter.

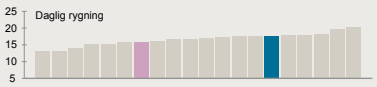
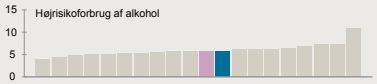
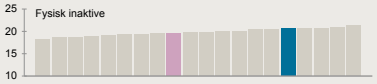
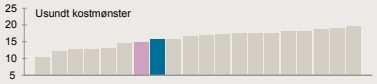
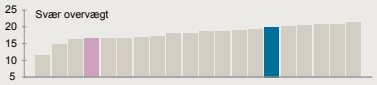
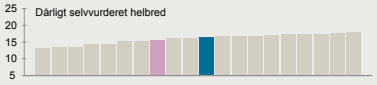
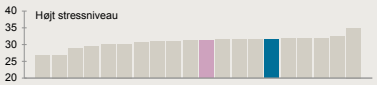
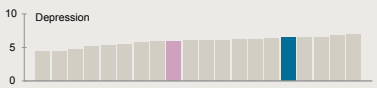
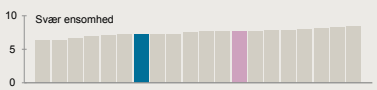
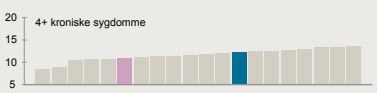
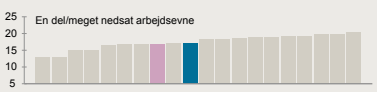
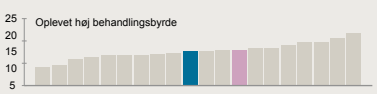
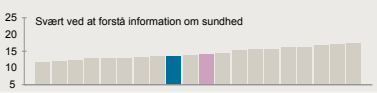
Søjlegrafen viser, at hovedparten af befolkningen i Ikast-Brande Kommune bor i område 2, 3 og 4. Kun en lille andel bor i område 5, og ingen bor i område 1. Den gule linje viser fordelingen i hele Region Midtjylland.

Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.



IKAST-BRANDE KOMMUNE

Sundhed på én side

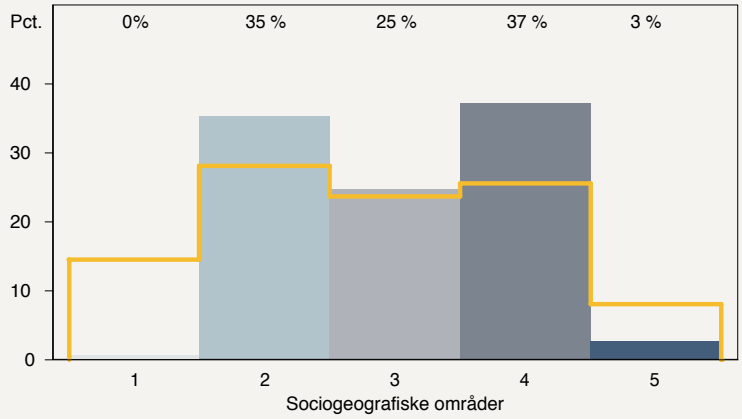
Sundhedsmål	Region Midtjylland	Ikast-Brande Kommune	Sociogeografiske områder i kommunen: Omr. 1	Omr. 2	Omr. 3	Omr. 4	Omr. 5	
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Daglig rygning Antal personer: 5.400	16	18	-	16	16	20	-	
Højrisikoforbrug af alkohol Antal personer: 1.700	6	6	-	5	4	7	-	
Fysisk inaktive Antal personer: 6.200	20	21	-	19	22	20	-	
Usundt kostmønster Antal personer: 4.700	15	16	-	15	14	17	-	
Svær overvægt Antal personer: 6.000	16	20*	-	19	19	20	-	
Dårligt selvvurderet helbred Antal personer: 5.400	16	17	-	14	14	19*	-	
Højt stressniveau Antal personer: 9.800	31	32	-	31	28*	34	-	
Depression Antal personer: 2.000	6	6	-	7	6	7*	-	
Svær ensomhed Antal personer: 2.200	8	7	-	7	6	8	-	
4+ kroniske sygdomme Antal personer: 3.800	11	12	-	12	11	13	-	
En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år) Antal personer: 3.200	17	17	-	14	14	21*	-	
Oplevet høj behandlingsbyrde (personer i behandling 25+ år) Antal personer: 1.600	13	13	-	13	18*	10	-	
Svært ved at forstå information om sundhed (25+ år) Antal personer: 1.100	5	4	-	6	4	4	-	

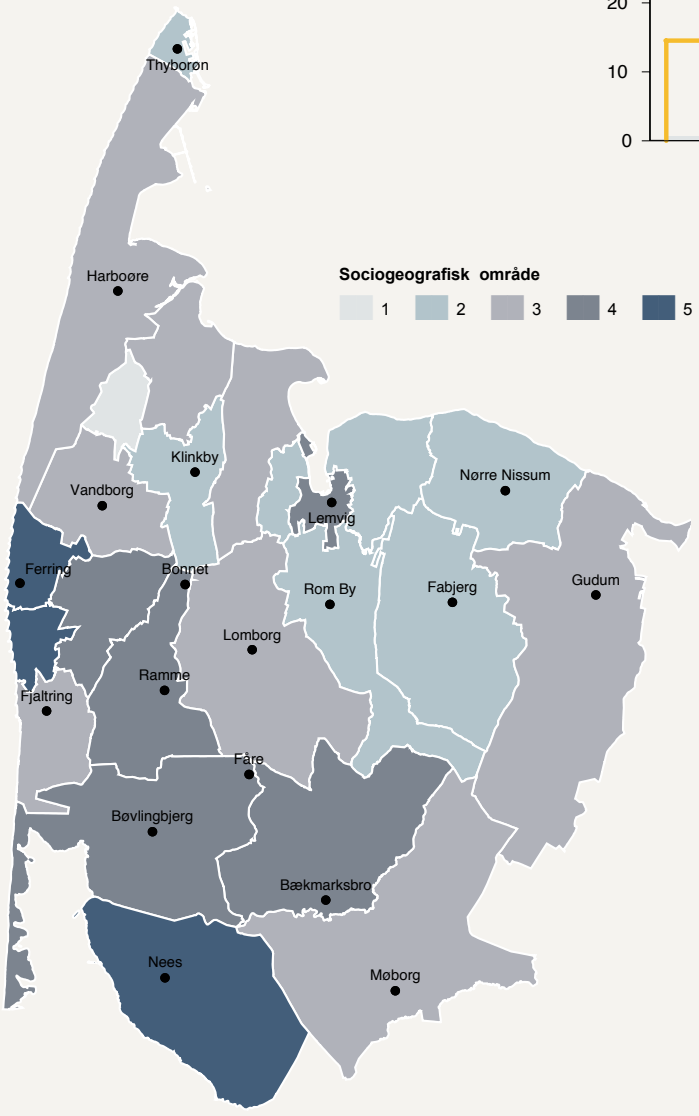
Læsevejledning: Sundhed på én side

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. **Signifikante forskelle** er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. **Signifikante forskelle** mellem det enkelte socio-geografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne. Ved område 5 er der for få svarpersoner til, at der kan foretages analyser.
I kolonnen til højre ses, hvordan kommunen for det enkelte sundhedsmål er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
Se indledningen af kapitlet for en nærmere beskrivelse af de valgte sundhedsmål.

LEMVIG KOMMUNE
Sociogeografiske områder

Område 1 Antal personer: <100	Område 2 Antal personer: 5.200	Område 3 Antal personer: 3.700	Område 4 Antal personer: 5.500	Område 5 Antal personer: 400
Engbjerg Sogn	Fabjerg Sogn Heldum Sogn Hove Sogn Nørlem Sogn Nørre Nissum Sogn Rom Sogn Thyborøn Sogn	Fjaltring Sogn Gudum Sogn Harboøre Sogn Hygum Sogn Lomborg Sogn Møborg Sogn Tørring Sogn Vandborg Sogn	Bøvling Sogn Dybe Sogn Flynder Sogn Lemvig Sogn Ramme Sogn	Ferring Sogn Nees Sogn Trans Sogn





Læsevejledning: Sociogeografiske områder

Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

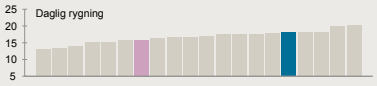
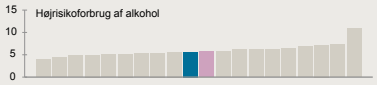
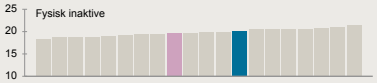
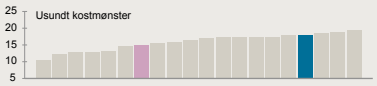
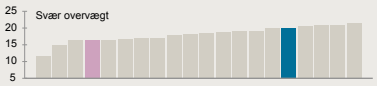
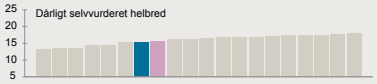
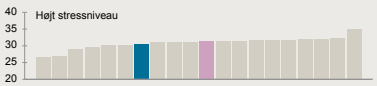
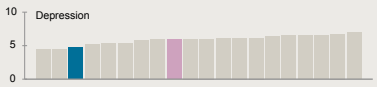
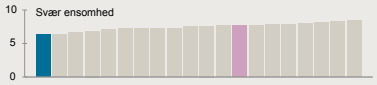
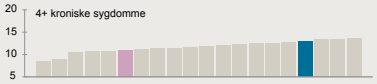
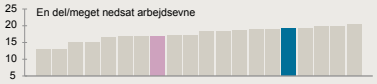
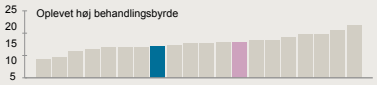
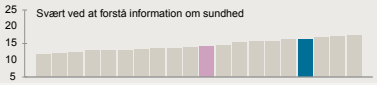
Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

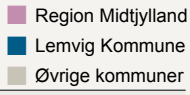
Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og opefter.

Søjlegrafen viser, at hovedparten af befolkningen i Lemvig Kommune bor i område 2, 3 og 4. Kun en lille andel bor i område 1 og 5. Den gule linje viser fordelingen i hele Region Midtjylland.

Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.

LEMVIG KOMMUNE
Sundhed på én side

Sundhedsmål	Region Midtjylland	Lemvig Kommune	Sociogeografiske områder i kommunen					
			Omr. 1	Omr. 2	Omr. 3	Omr. 4	Omr. 5	
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Daglig rygning Antal personer: 2.900	16	18*	-	16	19	18	-	
Højrisikoforbrug af alkohol Antal personer: 900	6	6	-	5	6	6	-	
Fysisk inaktive Antal personer: 3.100	20	20	-	18	19	21	-	
Usundt kostmønster Antal personer: 2.800	15	18*	-	18	19	18	-	
Svær overvægt Antal personer: 3.100	16	20*	-	19	20	21	-	
Dårligt selvvurderet helbred Antal personer: 2.600	16	15	-	13	15	18*	-	
Højt stressniveau Antal personer: 5.000	31	31	-	26*	30	35*	-	
Depression Antal personer: 700	6	5	-	3	4	7	-	
Svær ensomhed Antal personer: 1.000	8	6	-	7	4	8	-	
4+ kroniske sygdomme Antal personer: 2.100	11	13*	-	11	13	15	-	
En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år) Antal personer: 1.800	17	19	-	18	16	22	-	
Oplevet høj behandlingsbyrde (personer i behandling 25+ år) Antal personer: 900	13	12	-	10	9	14	-	
Svært ved at forstå information om sundhed (25+ år) Antal personer: 800	5	6	-	6	3	7	-	



Læsevejledning: Sundhed på én side

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. **Signifikante forskelle** er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af su ndhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. **Signifikante forskelle** mellem det enkelte socio-geografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne. Ved område 1 og 5 er der for få svarpersoner til, at der kan foretages analyser.
I kolonnen til højre ses, hvordan kommunen for det enkelte sundhedsmål er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
Se indledningen af kapitlet for en nærmere beskrivelse af de valgte sundhedsmål.

NORDDJURS KOMMUNE
Sociogeografiske områder

Område 1 Antal personer: 0	Område 2 Antal personer: 700	Område 3 Antal personer: 2.400	Område 4 Antal personer: 24.100	Område 5 Antal personer: 300
–	Enslev Sogn Hammelev Sogn Karlby Sogn Vejlby Sogn Vester Alling Sogn	Albøge Sogn Anholt Sogn Fausing Sogn Ginnerup Sogn Homå Sogn Nørager Sogn Rimsø Sogn Øster Alling Sogn	Auning Sogn Estruplund Sogn Fjellerup Sogn Gjerrild Sogn Gjesing Sogn Glesborg Sogn Grenaa Sogn Hemmed Sogn Hoed Sogn Holbæk Sogn Lyngby Sogn Stenvad Sogn Udby Sogn Vejlby Sogn Villersø Sogn Vivild Sogn Voer Sogn Voldby Sogn Ørsted Sogn Ørum Sogn Ålsø Sogn	Kastbjerg Sogn Veggerslev Sogn

Læsevejledning: Sociogeografiske områder

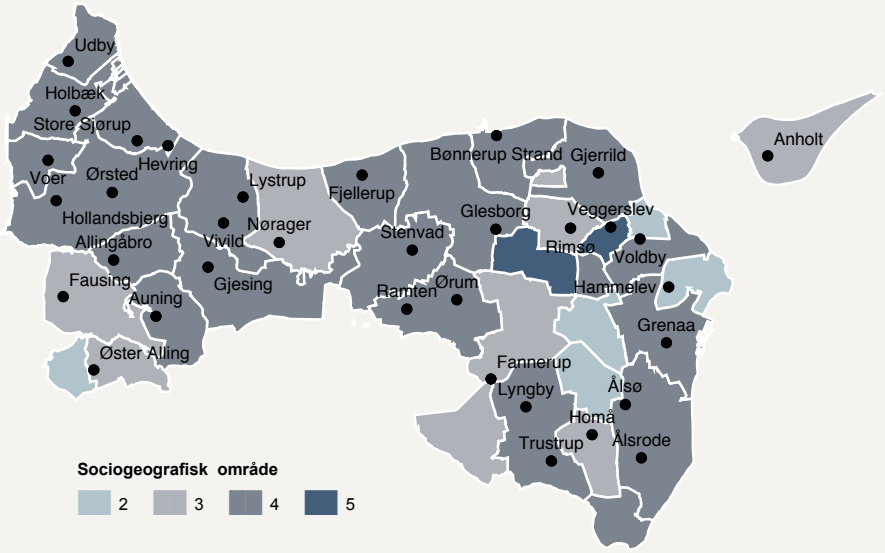
Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

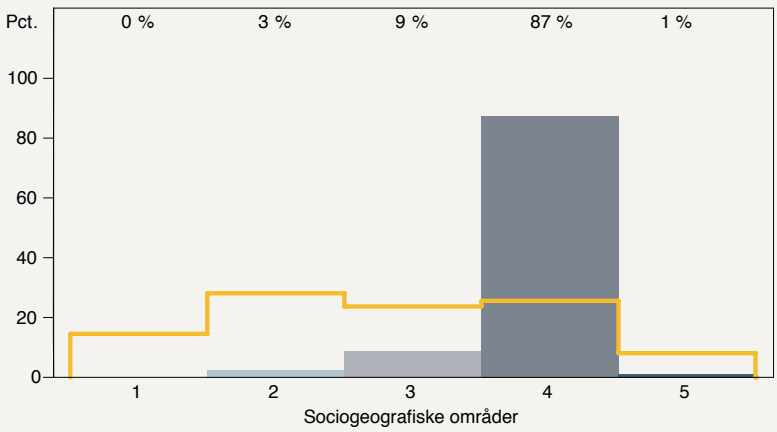
Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og opefter.

Søjlegrafen viser, at langt hovedparten af befolkningen i Norddjurs Kommune bor i område 4. Kun en lille andel bor i område 2, 3 og 5, og ingen bor i område 1. Den gule linje viser fordelingen i hele Region Midtjylland.

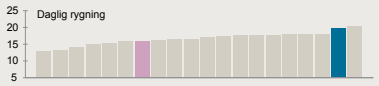
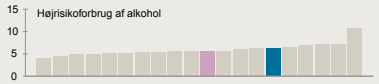
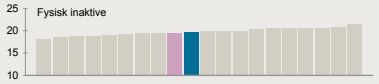
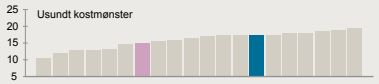
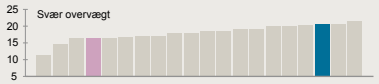
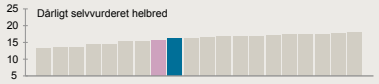
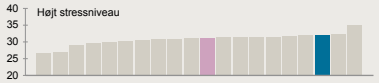
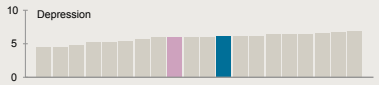
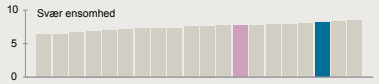
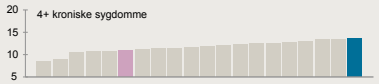
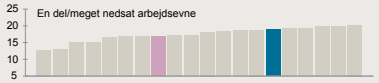
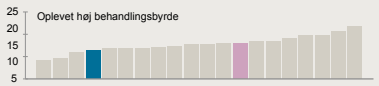
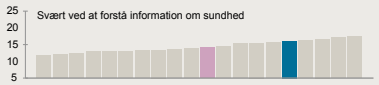
Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.





NORDDJURS KOMMUNE

Sundhed på én side

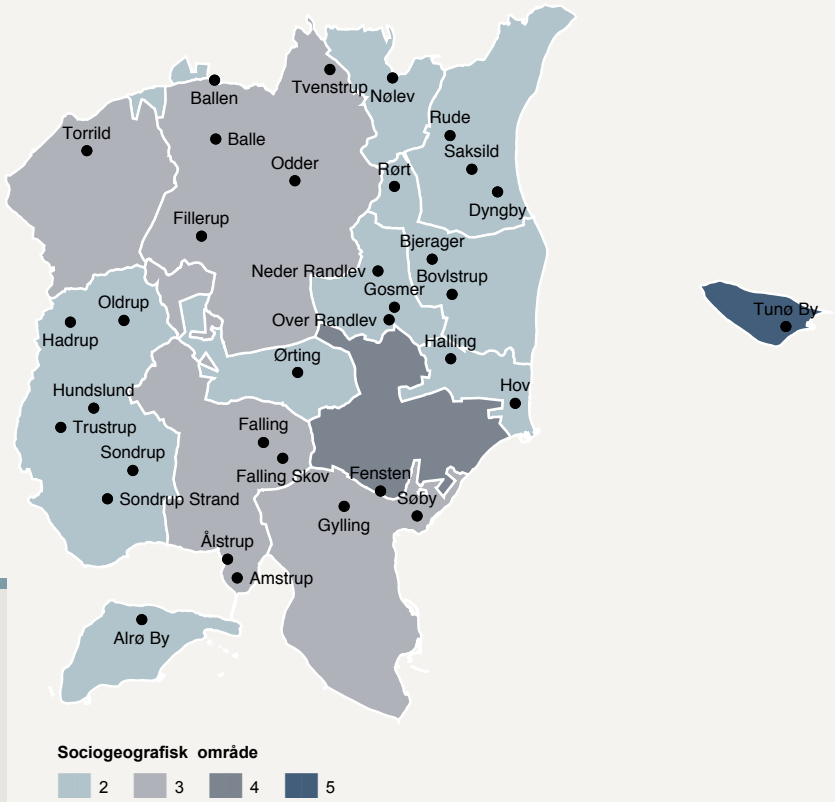
Sundhedsmål	Region Midtjylland	Norddjurs Kommune	Sociogeografiske områder i kommunen					
			Omr. 1	Omr. 2	Omr. 3	Omr. 4	Omr. 5	
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Daglig rygning Antal personer: 6.000	16	20*	-	-	21	20	-	
Højrisikoforbrug af alkohol Antal personer: 1.800	6	6	-	-	5	6	-	
Fysisk inaktive Antal personer: 5.700	20	20	-	-	23	19	-	
Usundt kostmønster Antal personer: 5.000	15	17*	-	-	22	17	-	
Svær overvægt Antal personer: 6.000	16	21*	-	-	26	20	-	
Dårligt selvvurderet helbred Antal personer: 5.100	16	16	-	-	14	17*	-	
Højt stressniveau Antal personer: 9.700	31	32	-	-	31	32	-	
Depression Antal personer: 1.800	6	6	-	-	4	6	-	
Svær ensomhed Antal personer: 2.400	8	8	-	-	10	8*	-	
4+ kroniske sygdomme Antal personer: 4.000	11	14*	-	-	13	14	-	
En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år) Antal personer: 3.300	17	19	-	-	22	19	-	
Oplevet høj behandlingsbyrde (personer i behandling 25+ år) Antal personer: 1.400	13	11	-	-	-	11*	-	
Svært ved at forstå information om sundhed (25+ år) Antal personer: 1.400	5	6	-	-	6	6	-	

Læsevejledning: Sundhed på én side

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. **Signifikante forskelle** er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. **Signifikante forskelle** mellem det enkelte socio-geografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne. Ved område 2 og 5 er der for få svarpersoner til, at der kan foretages analyser.
I kolonnen til højre ses, hvordan kommunen for det enkelte sundhedsmål er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
Se indledningen af kapitlet for en nærmere beskrivelse af de valgte sundhedsmål.

ODDER KOMMUNE
Sociogeografiske områder

Område 1 Antal personer: 0	**Område 2** Antal personer: 6.500	**Område 3** Antal personer: 10.200	**Område 4** Antal personer: 300	**Område 5** Antal personer: 100
–	Alrø Sogn Astrup Sogn Bjerager Sogn Halling Sogn Hundslund Sogn Hvilsted Sogn Nølev Sogn Randlev Sogn Saksild Sogn Ørting Sogn	Falling Sogn Gylling Sogn Odder Sogn Torrild Sogn	Gosmer Sogn	Tunø Sogn



Læsevejledning: Sociogeografiske områder

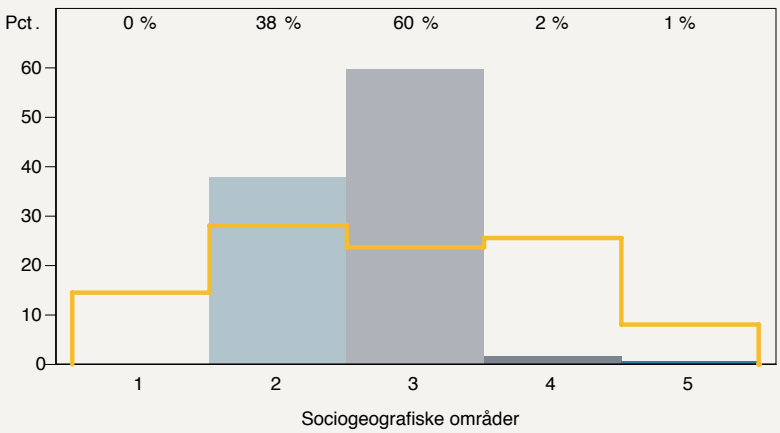
Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

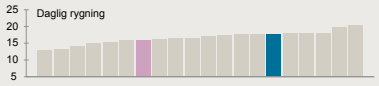
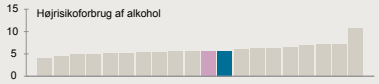
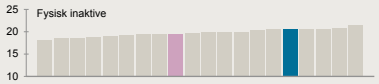
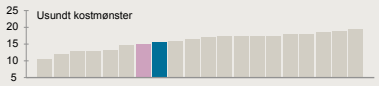
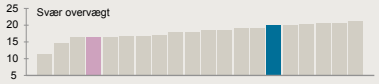
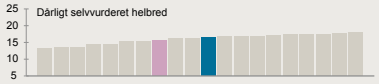
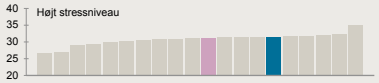
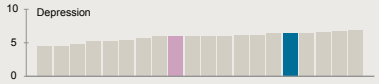
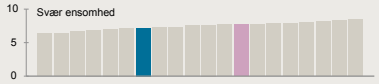
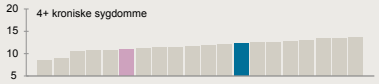
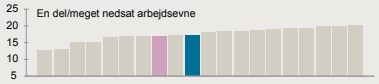
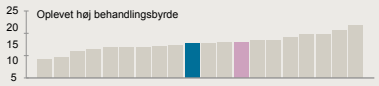
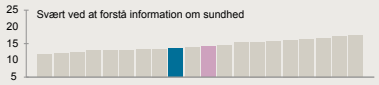
Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og opefter.

Søjlegrafen viser, at hovedparten af befolkningen i Odder Kommune bor i område 2 og 3. Kun en lille andel på bor i område 4 og 5, og ingen bor i område 1. Den gule linje viser fordelingen i hele Region Midtjylland.

Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.



ODDER KOMMUNE
Sundhed på én side

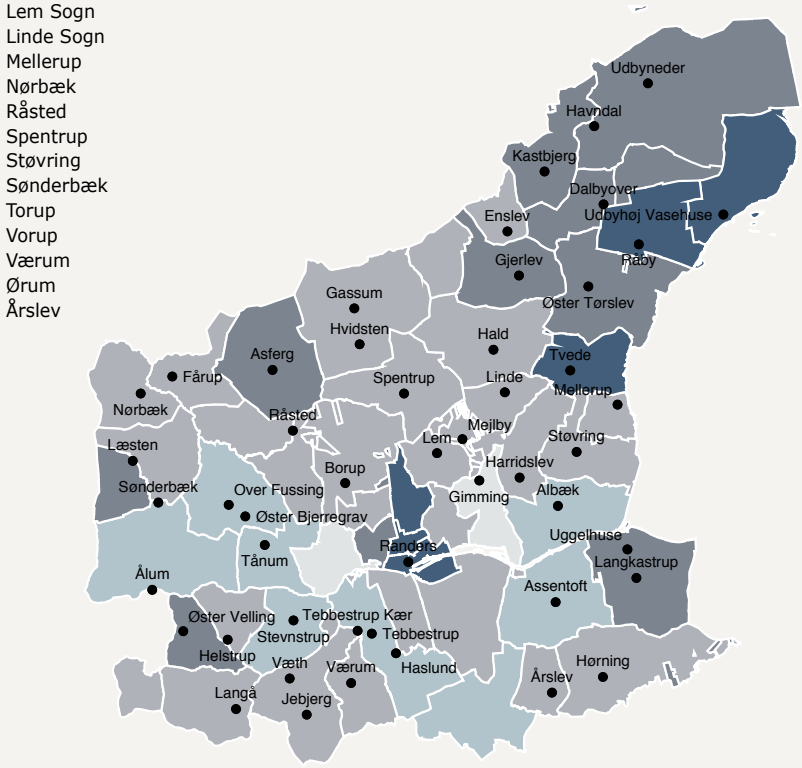
Sundhedsmål	Region Midtjylland	Odder Kommune	Sociogeografiske områder i kommunen: Omr. 1	Omr. 2	Omr. 3	Omr. 4	Omr. 5	Region Midtjylland / Odder Kommune / Øvrige kommuner
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Daglig rygning Antal personer: 2.800	16	16	-	18	15	-	-	
Højrisikoforbrug af alkohol Antal personer: 1.200	6	7*	-	7	7	-	-	
Fysisk inaktive Antal personer: 3.300	20	20	-	22	19	-	-	
Usundt kostmønster Antal personer: 2.200	15	13	-	12	13	-	-	
Svær overvægt Antal personer: 2.700	16	16	-	17	16	-	-	
Dårligt selvvurderet helbred Antal personer: 2.600	16	14	-	15*	15*	-	-	
Højt stressniveau Antal personer: 5.200	31	30	-	30	30	-	-	
Depression Antal personer: 1.000	6	6	-	6	6	-	-	
Svær ensomhed Antal personer: 1.100	8	7	-	4*	8*	-	-	
4+ kroniske sygdomme Antal personer: 1.900	11	11	-	13	11	-	-	
En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år) Antal personer: 1.700	17	17	-	20	16	-	-	
Oplevet høj behandlingsbyrde (personer i behandling 25+ år) Antal personer: 700	13	10*	-	6	12*	-	-	
Svært ved at forstå information om sundhed (25+ år) Antal personer: 500	5	4	-	3	4	-	-	

Læsevejledning: Sundhed på én side

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. **Signifikante forskelle** er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. **Signifikante forskelle** mellem det enkelte socio-geografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne. Ved område 4 og 5 er der for få svarpersoner til, at der kan foretages analyser.
I kolonnen til højre ses, hvordan kommunen for det enkelte sundhedsmål er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
Se indledningen af kapitlet for en nærmere beskrivelse af de valgte sundhedsmål.

RANDERS KOMMUNE
Sociogeografiske områder

Område 1 Antal personer: 3.000	**Område 2** Antal personer: 7.100	**Område 3** Antal personer: 30.600	**Område 4** Antal personer: 11.100	**Område 5** Antal personer: 16.600
Gimming Sogn	Albæk Sogn	Borup Sogn	Asferg Sogn	Råby Sogn
Hornbæk Sogn	Essenbæk Sogn	Dronningborg Sogn	Dalbyneder Sogn	Sankt Andreas Sogn
	Grensten Sogn	Enghøj Sogn	Dalbyover Sogn	Sankt Mortens Sogn
	Haslund Sogn	Enslev Sogn	Gjerlev Sogn	Sankt Peders Sogn
	Tånum Sogn	Fårup Sogn	Kastbjerg Sogn	Sødring Sogn
	Ølst Sogn	Gassum Sogn	Læsten Sogn	Tvede Sogn
	Øster Bjerregrav Sogn	Hald Sogn	Sankt Clemens Sogn	
	Ålum Sogn	Harridslev Sogn	Udbyneder Sogn	
		Helstrup Sogn	Virring Sogn	
		Hørning Sogn	Øster Tørslev Sogn	
		Kousted Sogn	Øster Velling Sogn	
		Kristrup Sogn		
		Kærby Sogn		
		Langå Sogn		
		Lem Sogn		
		Linde Sogn		
		Mellerup		
		Nørbæk		
		Råsted		
		Spentrup		
		Støvring		
		Sønderbæk		
		Torup		
		Vorup		
		Værum		
		Ørum		
		Årslev		



Sociogeografisk område

1 2 3 4 5

Læsevejledning: Sociogeografiske områder

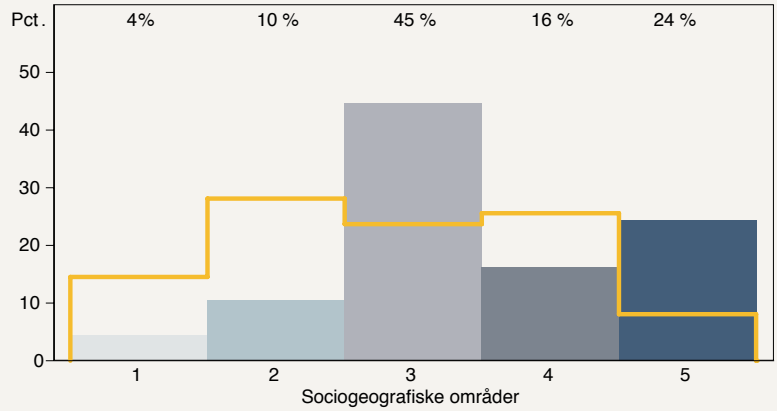
Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og opefter.

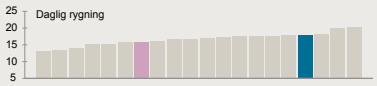
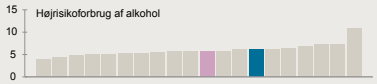
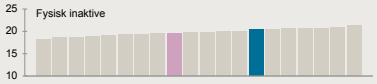
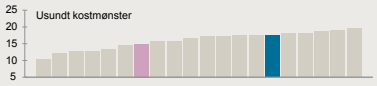
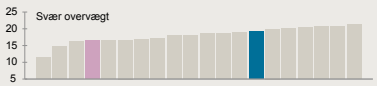
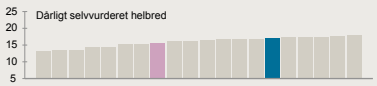
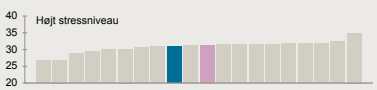
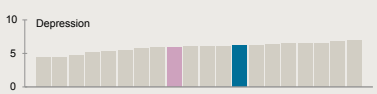
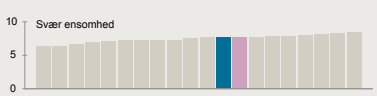
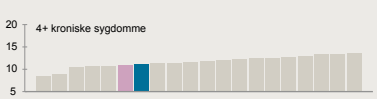
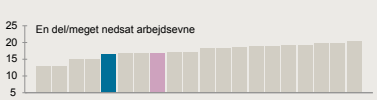
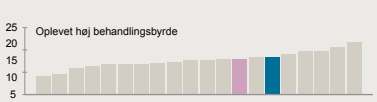
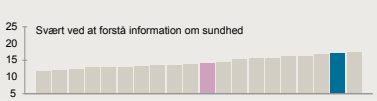
Søjlegrafen viser, at befolkningen i Randers Kommune er fordelt på alle fem typer af sociogeografiske områder. Næsten en fjerdedel af befolkningen bor i område 5. Den gule linje viser fordelingen i hele Region Midtjylland.

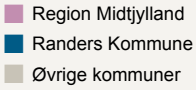
Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.



RANDERS KOMMUNE

Sundhed på én side

Sundhedsmål	Region Midtjylland	Randers Kommune	Sociogeografiske områder i kommunen: Omr. 1	Omr. 2	Omr. 3	Omr. 4	Omr. 5	
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Daglig rygning Antal personer: 14.000	16	18*	20	17	16	17	22	
Højrisikoforbrug af alkohol Antal personer: 4.600	6	6	10	7	6	4	6	
Fysisk inaktive Antal personer: 15.000	20	20	18	20	20	20	23	
Usundt kostmønster Antal personer: 13.000	15	17*	12	16	17	16	22*	
Svær overvægt Antal personer: 14.000	16	19*	8*	17	20	19	19	
Dårligt selvvurderet helbred Antal personer: 13.000	16	17	8*	13	17	17	20	
Højt stressniveau Antal personer: 24.000	31	31	22	26	28	28	42*	
Depression Antal personer: 4.700	6	6	1	3	6	4	10*	
Svær ensomhed Antal personer: 5.800	8	8	2	4	7	7	13*	
4+ kroniske sygdomme Antal personer: 8.600	11	11	6	8	13	10	11	
En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år) Antal personer: 7.800	17	17	-	11	16	19	20	
Oplevet høj behandlingsbyrde (personer i behandling 25+ år) Antal personer: 4.100	13	13	-	15	12	10	19*	
Svært ved at forstå information om sundhed (25+ år) Antal personer: 3.900	5	6*	1	6	6	6	8	

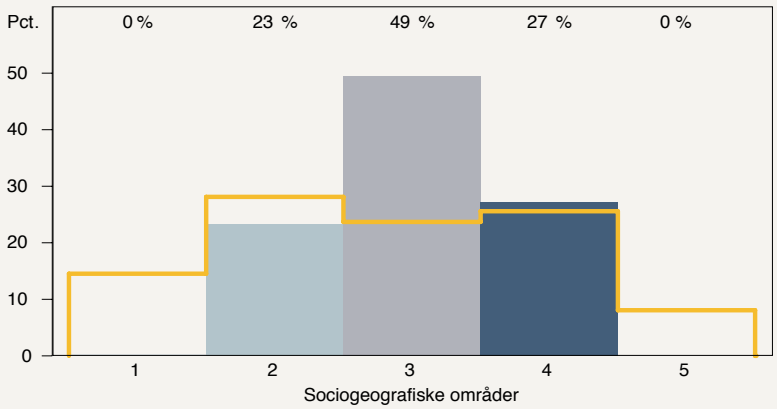


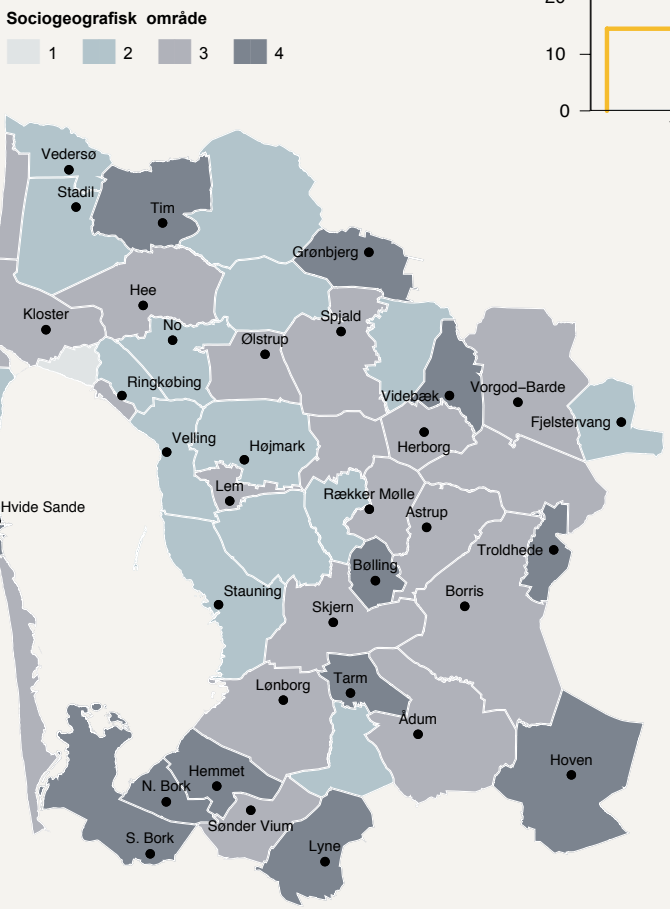
Læsevejledning: Sundhed på én side

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. **Signifikante forskelle** er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. **Signifikante forskelle** mellem det enkelte sociogeografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne.
I kolonnen til højre ses, hvordan kommunen for det enkelte sundhedsmål er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
Se indledningen af kapitlet for en nærmere beskrivelse af de valgte sundhedsmål.

RINGKØBING-SKJERN KOMMUNE
Sociogeografiske områder

Område 1 Antal personer: 100	**Område 2** Antal personer: 9.300	**Område 3** Antal personer: 19.800	**Område 4** Antal personer: 10.800	**Område 5** Antal personer: 0
Gammelsogn	Dejbjerg Sogn Egvad Sogn Fjelstervang Sogn Hanning Sogn Hover Sogn Lyngvig Sogn No Sogn Rindum Sogn Stadil Sogn Stauning Sogn Sønder Lem Sogn Torsted Sogn Vedersø Sogn Velling Sogn Væggerskilde Sogn	Borris Sogn Brejning Sogn Faster Sogn Finderup Sogn Haurvig Sogn Hee Sogn Herborg Sogn Lem Sogn Lønborg Sogn Nysogn Nørre Vium Sogn Ringkøbing Sogn Skjern Sogn Sædding Sogn Vorgod Sogn Sønder Vium Sogn Ølstrup Ådum	Bølling Sogn Hemmet Sogn Hoven Sogn Hvide Sande Sogn Lyne Sogn Nørre Bork Sogn Nørre Omme Sogn Sønder Bork Sogn Tarm Sogn Tim Sogn Troldhede Sogn Videbæk Sogn	–





Læsevejledning: Sociogeografiske områder

Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og opefter.

Søjlegrafen viser, at næsten hele befolkningen i Ringkøbing-Skjern Kommune bor i område 2, 3 og 4. Kun ganske få bor i område 1, og ingen bor i område 5. Den gule linje viser fordelingen i hele Region Midtjylland.

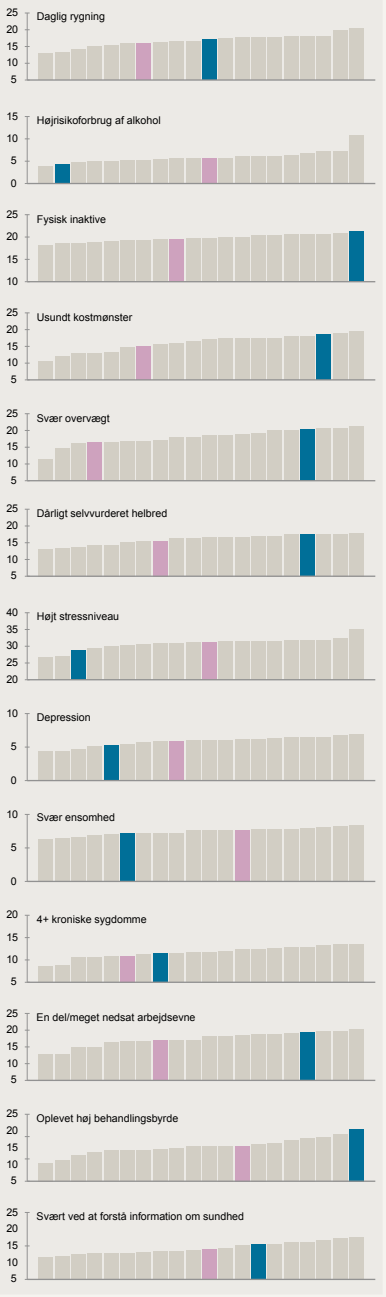
Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.

RINGKØBING-SKJERN KOMMUNE

Sundhed på én side

Sundhedsmål	Region Midtjylland	Ringkøbing-Skjern Kommune	Sociogeografiske områder i kommunen: Omr. 1	Omr. 2	Omr. 3	Omr. 4	Omr. 5
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Daglig rygning Antal personer: 7.500	16	17	-	13*	17	19	-
Højrisikoforbrug af alkohol Antal personer: 1.900	6	4*	-	4	5	4	-
Fysisk inaktive Antal personer: 9.000	20	21	-	20	21	23	-
Usundt kostmønster Antal personer: 7.700	15	19*	-	17	19	19	-
Svær overvægt Antal personer: 8.700	16	20*	-	17	21	22	-
Dårligt selvvurderet helbred Antal personer: 8.000	16	17*	-	17	17	18	-
Højt stressniveau Antal personer: 13.000	31	29	-	27	29	29	-
Depression Antal personer: 2.300	6	5	-	5	5	6	-
Svær ensomhed Antal personer: 3.100	8	7	-	8	6	8	-
4+ kroniske sygdomme Antal personer: 5.000	11	11	-	11	11	13	-
En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år) Antal personer: 5.100	17	19	-	15	18	26*	-
Oplevet høj behandlingsbyrde (personer i behandling 25+ år) Antal personer: 3.000	13	17*	-	15	15	20	-
Svært ved at forstå information om sundhed (25+ år) Antal personer: 1.900	5	5	-	4	6	5	-

Pct. — Region Midtjylland, Ringkøbing-Skjern Kommune, Øvrige kommuner



Læsevejledning: Sundhed på én side

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. **Signifikante forskelle** er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. **Signifikante forskelle** mellem det enkelte socio-geografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne. Ved område 1 er der for få svarpersoner til, at der kan foretages analyser.
I kolonnen til højre ses, hvordan kommunen for det enkelte sundhedsmål er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
Se indledningen af kapitlet for en nærmere beskrivelse af de valgte sundhedsmål.

SAMSØ KOMMUNE
Sociogeografiske områder

Område 1	Område 2	Område 3	Område 4	Område 5
Antal personer: 0	Antal personer: 0	Antal personer: 0	Antal personer: 3.000	Antal personer: 0
–	–	–	Samsø Sogn	–



Læsevejledning: Sociogeografiske områder

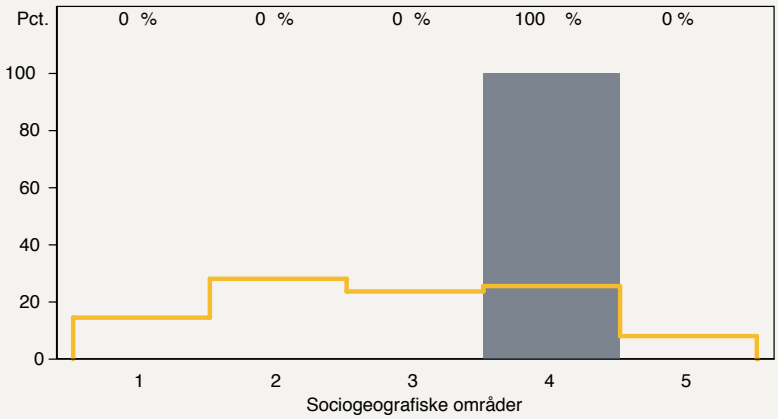
Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

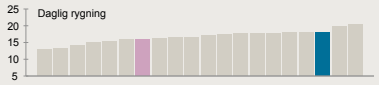
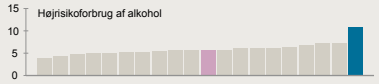
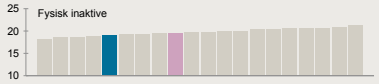
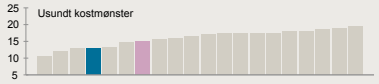
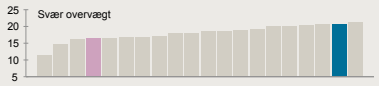
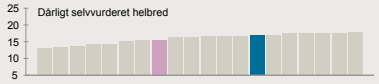
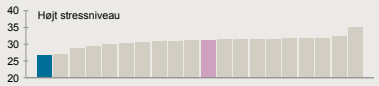
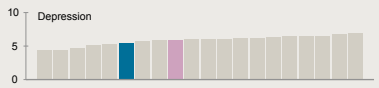
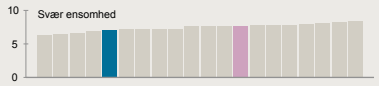
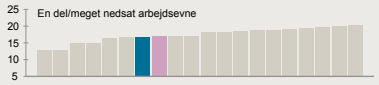
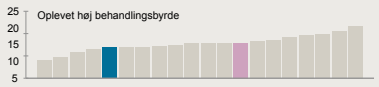
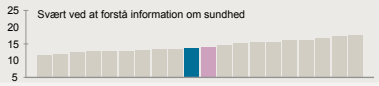
Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og opefter.

Søjlegrafen viser, at hele befolkningen i Samsø Kommune bor i område 4. Dette skyldes, at der på Samsø siden 2014 kun har været et sogn i kommunen, hvor der tidligere har været 5 sogne. Den gule linje viser fordelingen i hele Region Midtjylland.

Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.



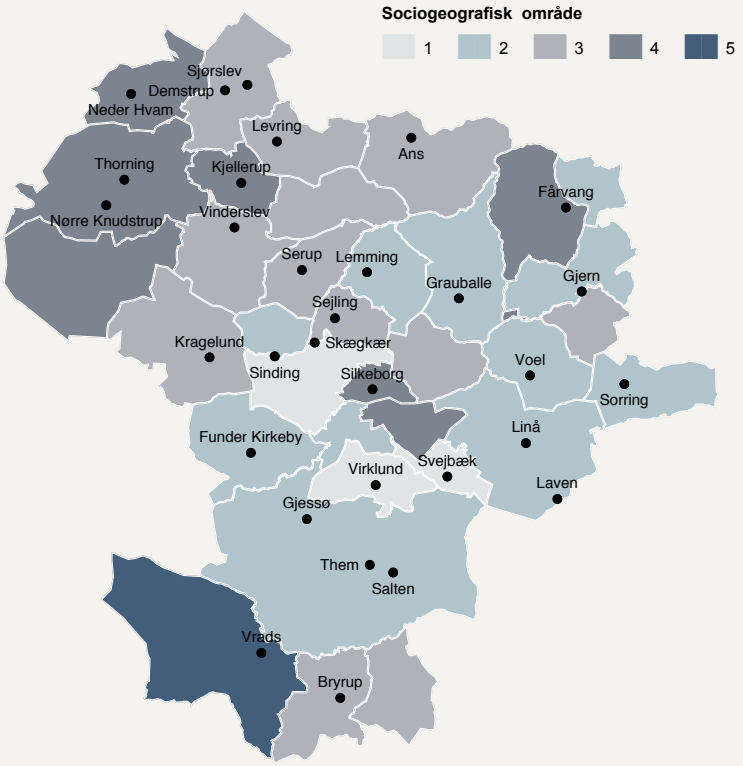
SAMSØ KOMMUNE
Sundhed på én side

Sundhedsmål	Region Midtjylland Pct.	Samsø Kommune Pct.	Pct.
Daglig rygning Antal personer: 500	16	18	
Højrisikoforbrug af alkohol Antal personer: 300	6	11*	
Fysisk inaktive Antal personer: 600	20	19	
Usundt kostmønster Antal personer: 400	15	13	
Svær overvægt Antal personer: 600	16	21*	
Dårligt selvvurderet helbred Antal personer: 500	16	17	
Højt stressniveau Antal personer: 800	31	27*	
Depression Antal personer: 200	6	5	
Svær ensomhed Antal personer: 200	8	7	
4+ kroniske sygdomme Antal personer: 400	11	13	
En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år) Antal personer: 300	17	17	
Oplevet høj behandlingsbyrde (personer i behandling 25+ år) Antal personer: 100	13	12	
Svært ved at forstå information om sundhed (25+ år) Antal personer: 100	5	4	

Læsevejledning: Sundhed på én side
I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. **Signifikante forskelle** er markeret med en stjerne.
I kolonnen til højre ses, hvordan kommunen for det enkelte sundhedsmål er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
Se indledningen af kapitlet for en nærmere beskrivelse af de valgte sundhedsmål.

SILKEBORG KOMMUNE
Sociogeografiske områder

Område 1 Antal personer: 12.600	Område 2 Antal personer: 16.900	Område 3 Antal personer: 12.900	Område 4 Antal personer: 19.800	Område 5 Antal personer: 400
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	
	Svostrup Sogn	Serup Sogn		
	Them Sogn	Sjørslev Sogn		
	Voel Sogn	Skannerup Sogn		
		Vinderslev Sogn		
		Vinding Sogn		



Læsevejledning: Sociogeografiske områder

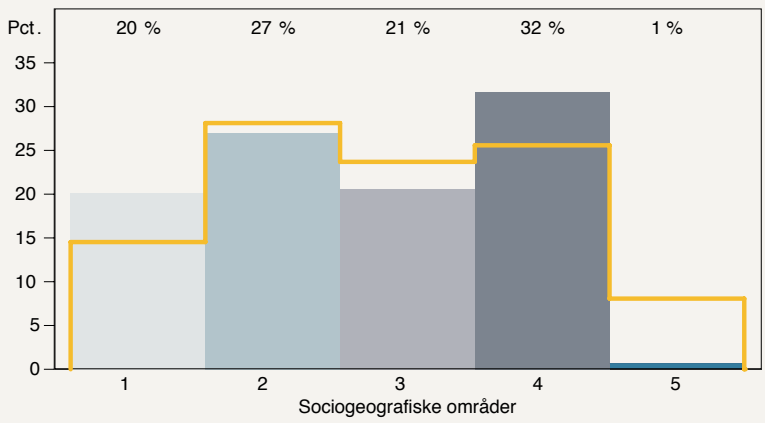
Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og opefter.

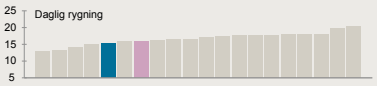
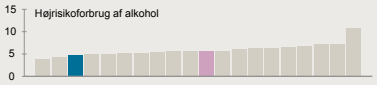
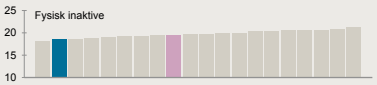
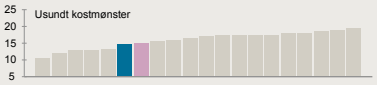
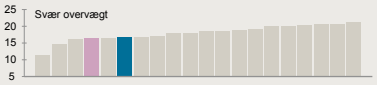
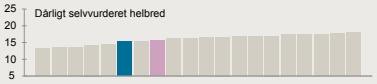
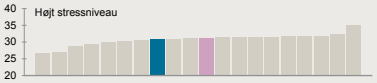
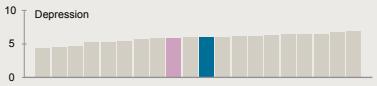
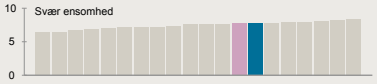
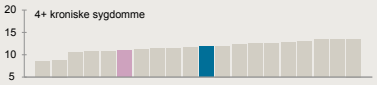
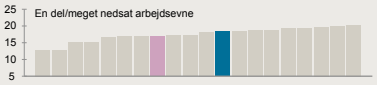
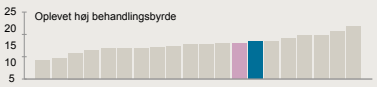
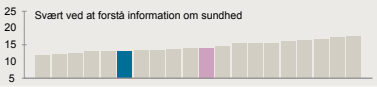
Søjlegrafen viser, at befolkningen i Silkeborg Kommune er fordelt på fem typer af sociogeografiske områder. Silkeborg Kommune har en sociogeografisk profil, der minder meget om profilen for hele regionen (den gule linje i søjlegrafen) bortset fra, at kun en meget lille andel bor i område 5.

Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.



SILKEBORG KOMMUNE

Sundhed på én side

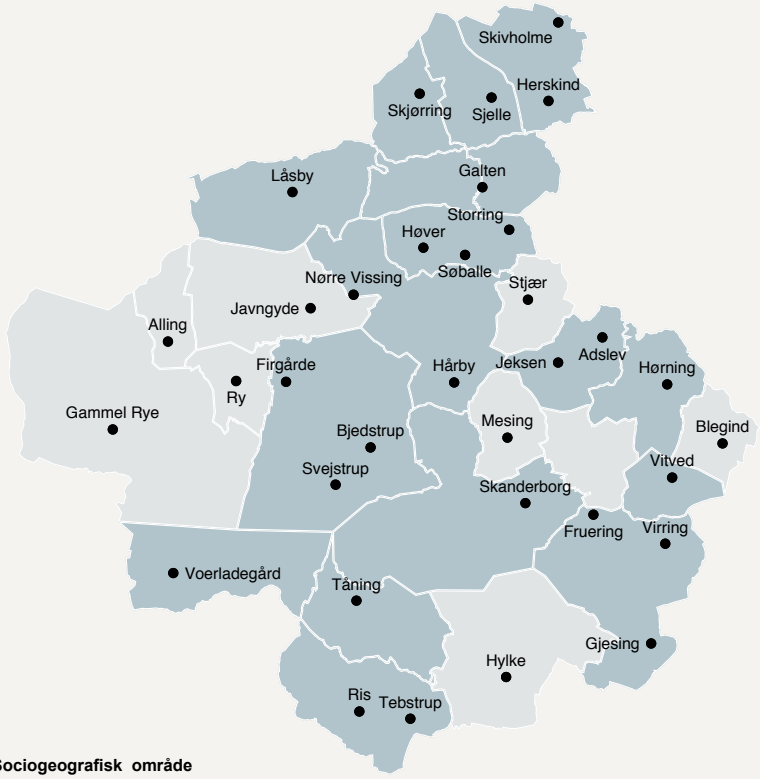
Sundhedsmål	Region Midtjylland	Silkeborg Kommune	Sociogeografiske områder i kommunen: Omr. 1	Omr. 2	Omr. 3	Omr. 4	Omr. 5	
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Daglig rygning Antal personer: 11.000	16	15	11*	15	18	16	-	
Højrisikoforbrug af alkohol Antal personer: 3.300	6	5	5	5	4	5	-	
Fysisk inaktive Antal personer: 13.000	20	19	19	17	20	19	-	
Usundt kostmønster Antal personer: 9.800	15	15	7*	15	17	19*	-	
Svær overvægt Antal personer: 11.000	16	17	10*	17	18	20*	-	
Dårligt selvvurderet helbred Antal personer: 11.000	16	15	12	14	17	17	-	
Højt stressniveau Antal personer: 22.000	31	31	26	29	33	35	-	
Depression Antal personer: 4.100	6	6	4	5	6	8*	-	
Svær ensomhed Antal personer: 5.300	8	8	6	6	10*	9	-	
4+ kroniske sygdomme Antal personer: 8.200	11	12	11	8*	13	14	-	
En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år) Antal personer: 7.900	17	18	17	15	18	23*	-	
Oplevet høj behandlingsbyrde (personer i behandling 25+ år) Antal personer: 3.700	13	13	11	13	14	14	-	
Svært ved at forstå information om sundhed (25+ år) Antal personer: 2.300	5	4	3	3	2	7	-	

Læsevejledning: Sundhed på én side

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. **Signifikante forskelle** er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. **Signifikante forskelle** mellem det enkelte socio-geografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne. Ved område 5 er der for få svarpersoner til, at der kan foretages analyser.
I kolonnen til højre ses, hvordan kommunen for det enkelte sundhedsmål er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
Se indledningen af kapitlet for en nærmere beskrivelse af de valgte sundhedsmål.

SKANDERBORG KOMMUNE
Sociogeografiske områder

Område 1 Antal personer: 10.700	Område 2 Antal personer: 30.300	Område 3 Antal personer: 0	Område 4 Antal personer: 0	Område 5 Antal personer: 0
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			



Læsevejledning: Sociogeografiske områder

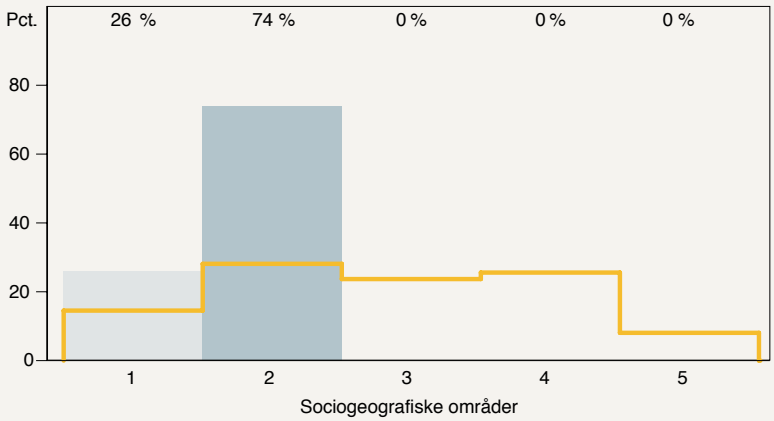
Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og opefter.

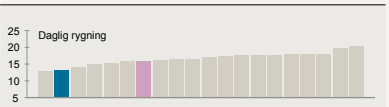
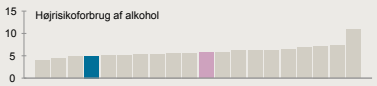
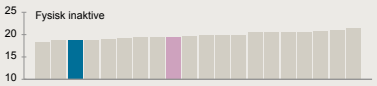
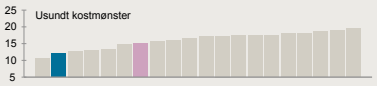
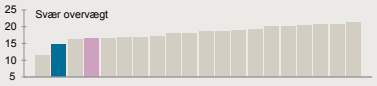
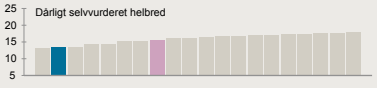
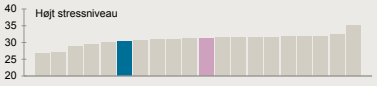
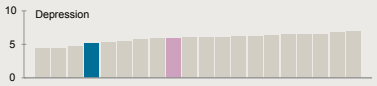
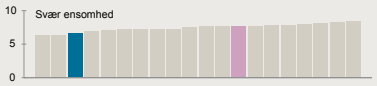
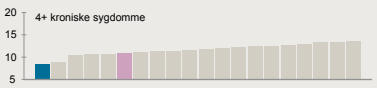
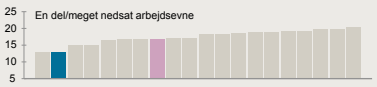
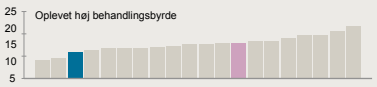
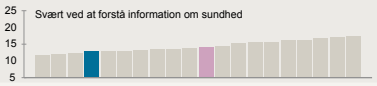
Søjlegrafen viser, at hele befolkningen i Skanderborg Kommune bor i område 1 og 2. Ingen bor i område 3, 4 og 5. Den gule linje viser fordelingen i hele Region Midtjylland.

Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.



SKANDERBORG KOMMUNE

Sundhed på én side

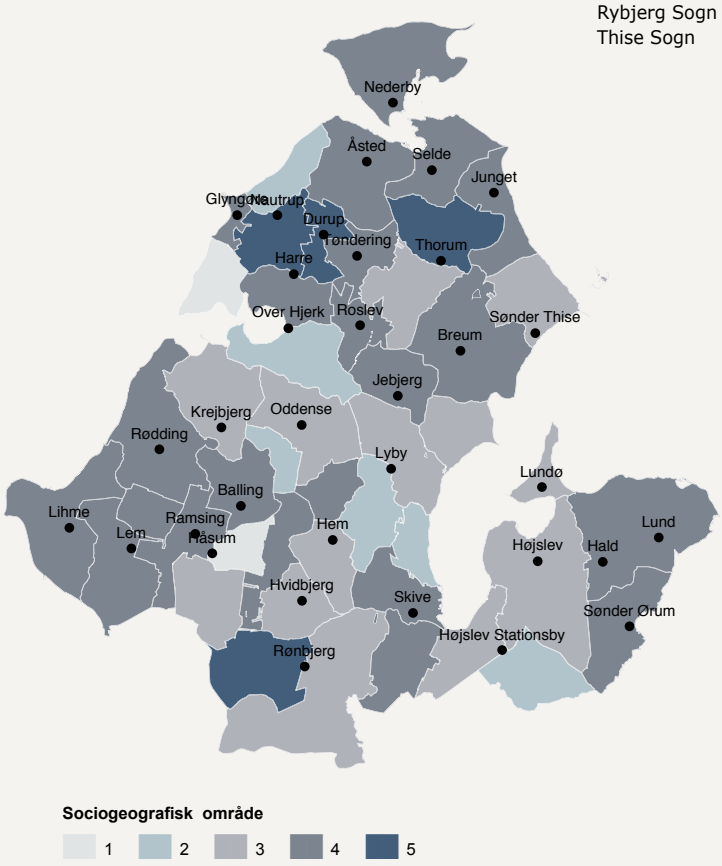
Sundhedsmål	Region Midtjylland	Skanderborg Kommune	Sociogeografiske områder i kommunen: Omr. 1	Omr. 2	Omr. 3	Omr. 4	Omr. 5	
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Daglig rygning Antal personer: 5.900	16	13*	9*	15*	-	-	-	
Højrisikoforbrug af alkohol Antal personer: 2.100	6	5	4	5	-	-	-	
Fysisk inaktive Antal personer: 8.100	20	19	17	19	-	-	-	
Usundt kostmønster Antal personer: 5.200	15	12*	10	13	-	-	-	
Svær overvægt Antal personer: 6.400	16	15	12	16	-	-	-	
Dårligt selvvurderet helbred Antal personer: 6.200	16	13*	12	14	-	-	-	
Højt stressniveau Antal personer: 14.000	31	30	29	31	-	-	-	
Depression Antal personer: 2.300	6	5	6	5	-	-	-	
Svær ensomhed Antal personer: 2.900	8	7	5	7	-	-	-	
4+ kroniske sygdomme Antal personer: 3.800	11	9*	7	9	-	-	-	
En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år) Antal personer: 3.600	17	13*	12	13	-	-	-	
Oplevet høj behandlingsbyrde (personer i behandling 25+ år) Antal personer: 1.900	13	11	6*	12*	-	-	-	
Svært ved at forstå information om sundhed (25+ år) Antal personer: 1.500	5	4	3	4	-	-	-	

Læsevejledning: Sundhed på én side

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. **Signifikante forskelle** er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. **Signifikante forskelle** mellem det enkelte sociogeografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne.
I kolonnen til højre ses, hvordan kommunen for det enkelte sundhedsmål er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
Se indledningen af kapitlet for en nærmere beskrivelse af de valgte sundhedsmål.

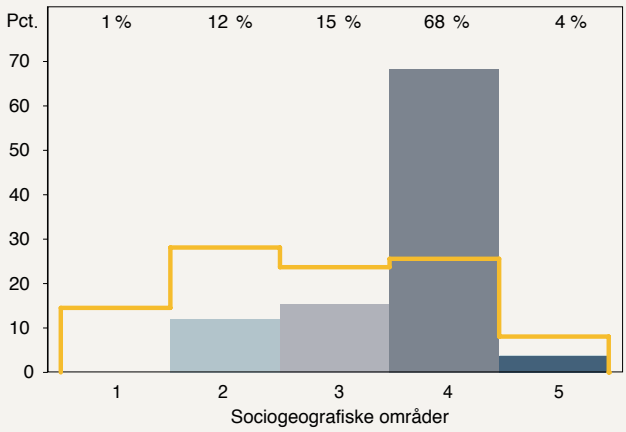
SKIVE KOMMUNE
Sociogeografiske områder

Område 1 Antal personer: 200	**Område 2** Antal personer: 4.000	**Område 3** Antal personer: 5.200	**Område 4** Antal personer: 22.900	**Område 5** Antal personer: 1.300
Vile Sogn Volling Sogn	Dølby Sogn Hjerk Sogn Kobberup Sogn Otting Sogn Resen Sogn Sæby Sogn	Dommerby Sogn Estvad Sogn Grønning Sogn Hem Sogn Hvidbjerg Sogn Højslev Sogn Håsum 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 Ørslevkloster Sogn Ørum Sogn Åsted Sogn	Durup Sogn Nautrup Sogn Rønbjerg Sogn Thorum Sogn



Sociogeografisk område

1 2 3 4 5



Læsevejledning: Sociogeografiske områder

Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

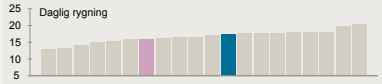
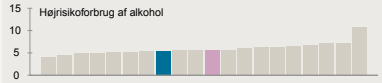
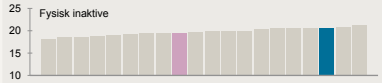
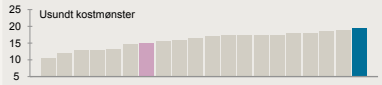
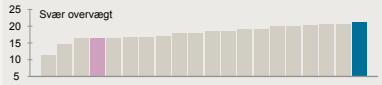
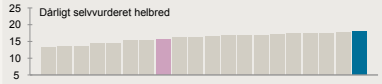
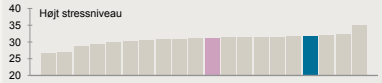
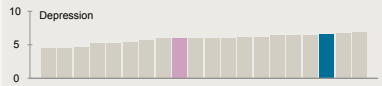
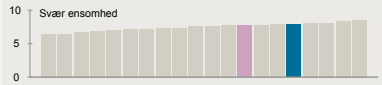
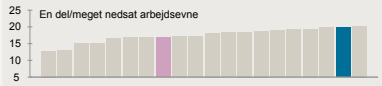
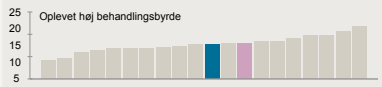
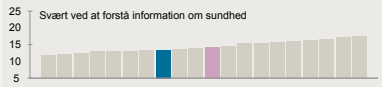
Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

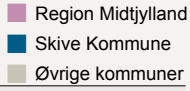
Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og opefter.

Søjlegrafen viser, at hovedparten af befolkningen i Skive Kommune bor i område 2, 3 og 4. Kun en lille andel bor i område 1 og 5. Den gule linje viser fordelingen i hele Region Midtjylland.

Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.

SKIVE KOMMUNE
Sundhed på én side

Sundhedsmål	Region Midtjylland	Skive Kommune	Sociogeografiske områder i kommunen: Omr. 1	Omr. 2	Omr. 3	Omr. 4	Omr. 5	
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Daglig rygning Antal personer: 6.300	16	17	-	17	13*	18	-	
Højrisikoforbrug af alkohol Antal personer: 1.900	6	5	-	4	5	6	-	
Fysisk inaktive Antal personer: 7.300	20	21	-	19	20	21*	-	
Usundt kostmønster Antal personer: 6.800	15	20*	-	15	18	20	-	
Svær overvægt Antal personer: 7.500	16	21*	-	18	22	21	-	
Dårligt selvvurderet helbred Antal personer: 6.800	16	18*	-	19	16	18	-	
Højt stressniveau Antal personer: 12.000	31	32	-	35	28	32	-	
Depression Antal personer: 2.300	6	7	-	11*	4	6	-	
Svær ensomhed Antal personer: 2.800	8	8	-	9	8	8	-	
4+ kroniske sygdomme Antal personer: 4.900	11	13*	-	13	12	14	-	
En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år) Antal personer: 4.200	17	20*	-	21	19	20	-	
Oplevet høj behandlingsbyrde (personer i behandling 25+ år) Antal personer: 2.000	13	13	-	13	9	13	-	
Svært ved at forstå information om sundhed (25+ år) Antal personer: 1.300	5	4	-	6	6	4	-	

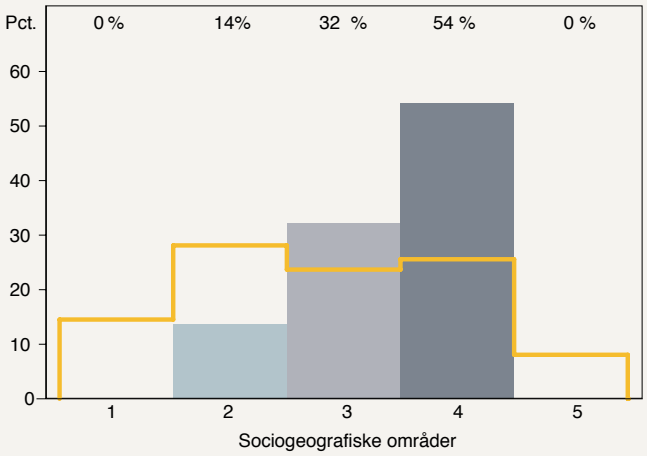


Læsevejledning: Sundhed på én side

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. **Signifikante forskelle** er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. **Signifikante forskelle** mellem det enkelte socio-geografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne. Ved område 1 og 5 er der for få svarpersoner til, at der kan foretages analyser.
I kolonnen til højre ses, hvordan kommunen for det enkelte sundhedsmål er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
Se indledningen af kapitlet for en nærmere beskrivelse af de valgte sundhedsmål.

STRUER KOMMUNE
Sociogeografiske områder

Område 1 Antal personer: 0	Område 2 Antal personer: 2.000	Område 3 Antal personer: 5.000	Område 4 Antal personer: 8.400	Område 5 Antal personer: 0
–	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 Odby Sogn Struer Sogn	–



Læsevejledning: Sociogeografiske områder

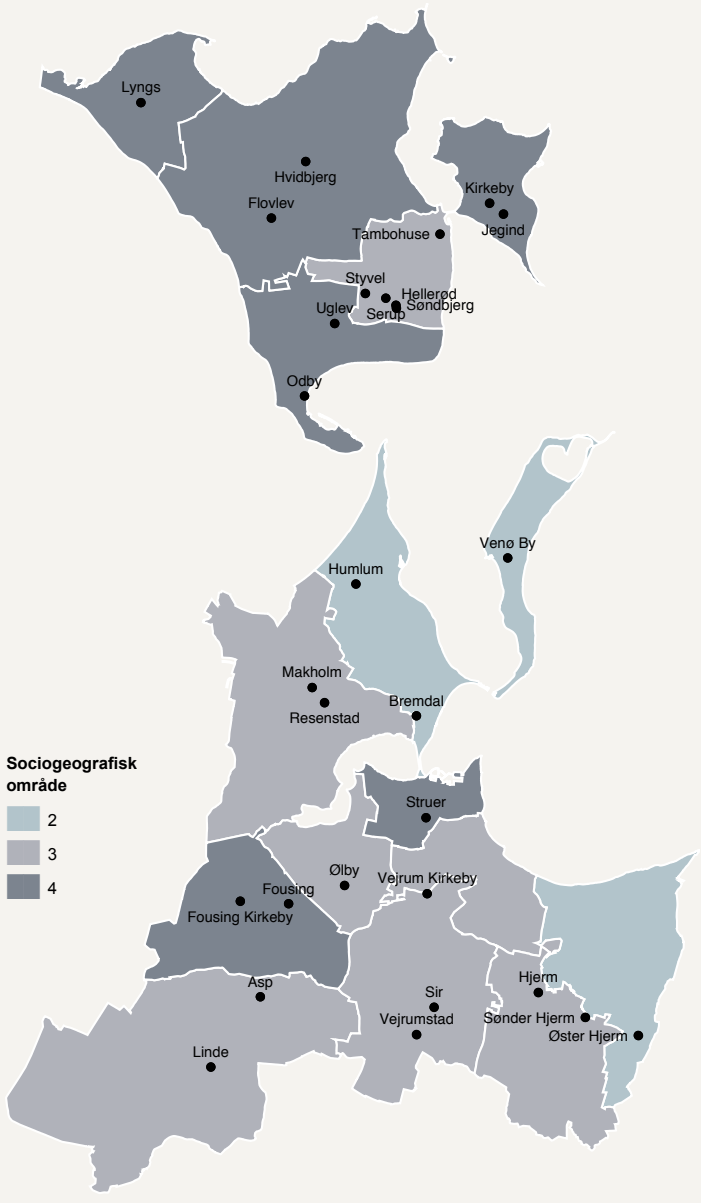
Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

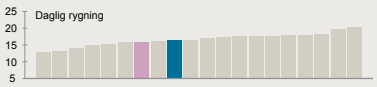
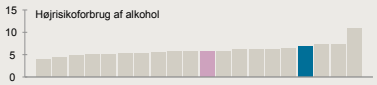
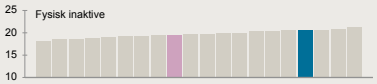
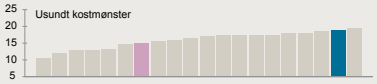
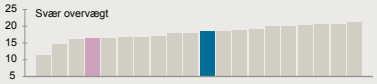
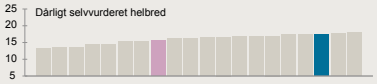
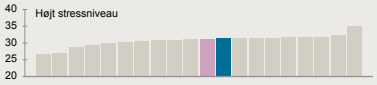
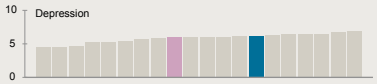
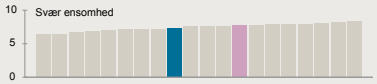
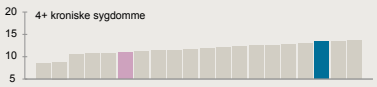
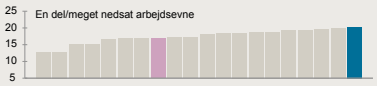
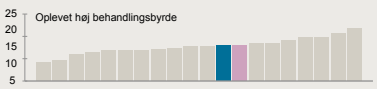
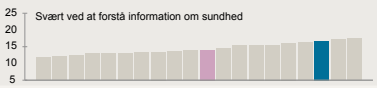
Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og opefter.

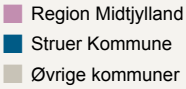
Søjlegrafen viser, at befolkningen i Struer Kommune bor i område 2, 3 og 4. Ingen bor i område 1 og 5. Den gule linje viser fordelingen i hele Region Midtjylland.

Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.



STRUER KOMMUNE
Sundhed på én side

Sundhedsmål	Region Midtjylland	Struer Kommune	Sociogeografiske områder i kommunen					
			Omr. 1	Omr. 2	Omr. 3	Omr. 4	Omr. 5	
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Daglig rygning Antal personer: 2.800	16	17	-	13	16	18	-	
Højrisikoforbrug af alkohol Antal personer: 1.100	6	7	-	9	5	7	-	
Fysisk inaktive Antal personer: 3.400	20	21	-	18	18	23*	-	
Usundt kostmønster Antal personer: 3.000	15	19*	-	18	19	19	-	
Svær overvægt Antal personer: 3.000	16	19*	-	14	17	21*	-	
Dårligt selvvurderet helbred Antal personer: 3.100	16	18*	-	15	14*	21*	-	
Højt stressniveau Antal personer: 5.300	31	31	-	33	28	33	-	
Depression Antal personer: 1.000	6	6	-	6	5	7	-	
Svær ensomhed Antal personer: 1.200	8	7	-	3	6	9*	-	
4+ kroniske sygdomme Antal personer: 2.200	11	13*	-	13	12	14	-	
En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år) Antal personer: 2.000	17	20*	-	14	21	22	-	
Oplevet høj behandlingsbyrde (personer i behandling 25+ år) Antal personer: 900	13	13	-	12	11	14	-	
Svært ved at forstå information om sundhed (25+ år) Antal personer: 800	5	6*	-	5	6	6	-	

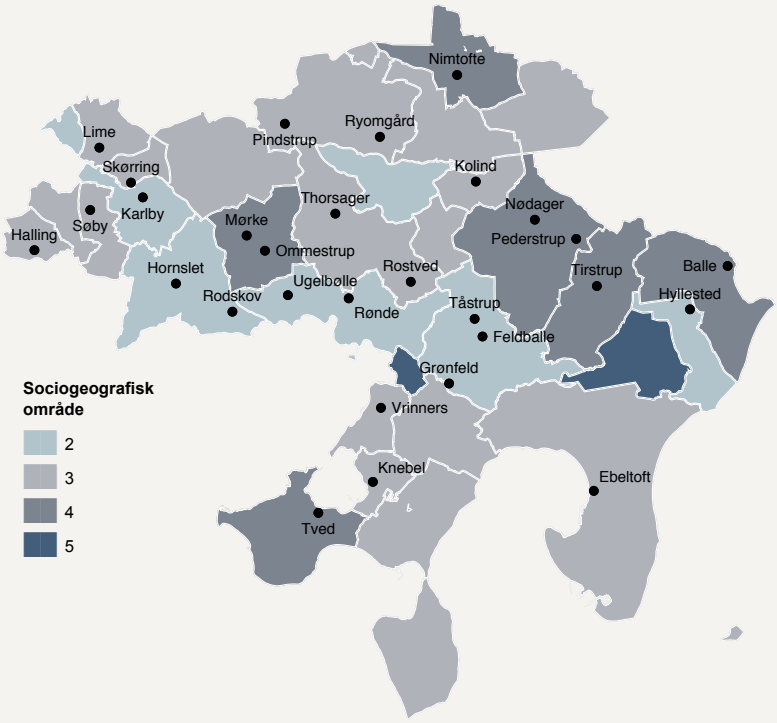


Læsevejledning: Sundhed på én side

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. **Signifikante forskelle** er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. **Signifikante forskelle** mellem det enkelte sociogeografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne.
I kolonnen til højre ses, hvordan kommunen for det enkelte sundhedsmål er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
Se indledningen af kapitlet for en nærmere beskrivelse af de valgte sundhedsmål.

SYDDJURS KOMMUNE
Sociogeografiske områder

Område 1 Antal personer: 0	Område 2 Antal personer: 9.300	Område 3 Antal personer: 16.500	Område 4 Antal personer: 4.400	Område 5 Antal personer: 400
–	Bregnet Sogn Feldballe Sogn Hornslet Sogn Hyllested Sogn Krogsbæk Sogn Mygind Sogn Skarresø Sogn	Agri Sogn Ebdrup 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 Vistoft Sogn	Mørke Sogn Nødager Sogn Rosmus Sogn Tirstrup Sogn Tved Sogn	Egens Sogn Fuglslev Sogn



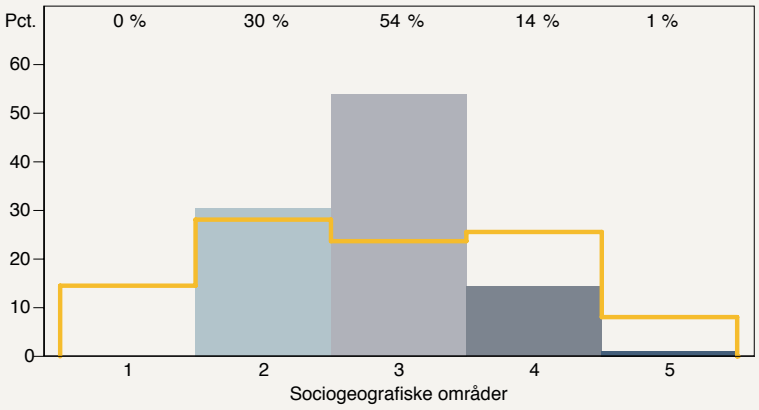
Læsevejledning: Sociogeografiske områder
Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og opefter.

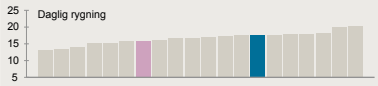
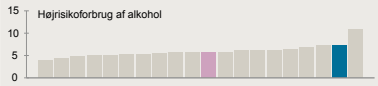
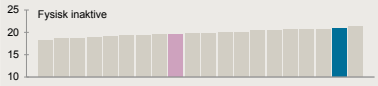
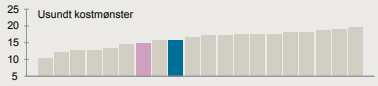
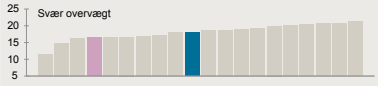
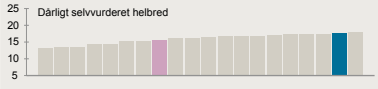
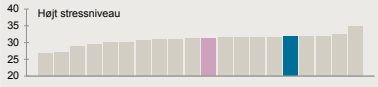
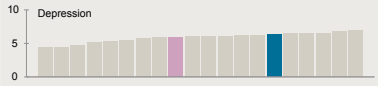
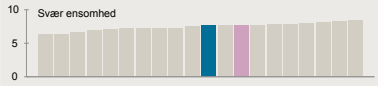
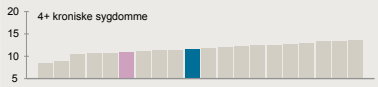
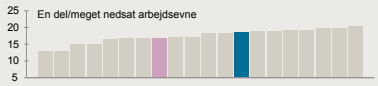
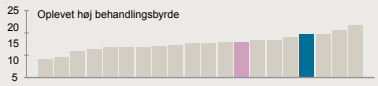
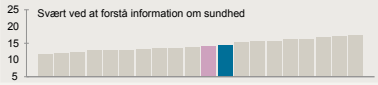
Søjlegrafen viser, at hovedparten af befolkningen i Syddjurs Kommune bor i område 2, 3 og 4. Kun en lille andel på bor i område 5, og ingen bor i område 1. Den gule linje viser fordelingen i hele Region Midtjylland.

Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.



SYDDJURS KOMMUNE

Sundhed på én side

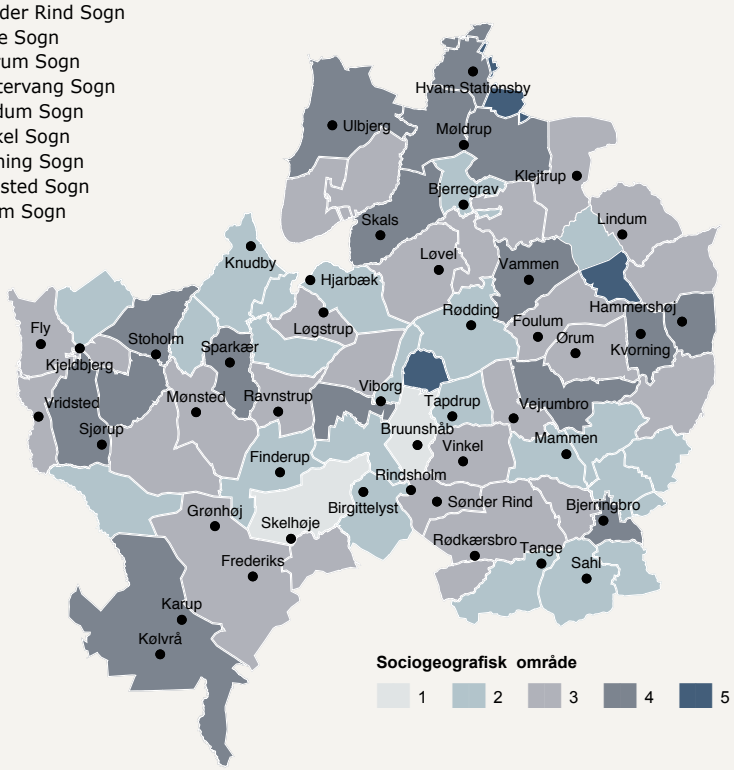
Sundhedsmål	Region Midtjylland	Syddjurs Kommune	Sociogeografiske områder i kommunen: Omr. 1	Omr. 2	Omr. 3	Omr. 4	Omr. 5	
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Daglig rygning Antal personer: 5.800	16	18	-	14*	18	24*	-	
Højrisikoforbrug af alkohol Antal personer: 2.300	6	7*	-	6	8	7	-	
Fysisk inaktive Antal personer: 6.700	20	21	-	22	19	25	-	
Usundt kostmønster Antal personer: 5.000	15	16	-	13	15	25*	-	
Svær overvægt Antal personer: 5.800	16	18	-	18	17	23*	-	
Dårligt selvvurderet helbred Antal personer: 6.000	16	18*	-	16	19	16	-	
Højt stressniveau Antal personer: 11.000	31	32	-	28	32	39*	-	
Depression Antal personer: 2.100	6	6	-	5	6	9	-	
Svær ensomhed Antal personer: 2.400	8	8	-	6	8*	9	-	
4+ kroniske sygdomme Antal personer: 3.800	11	12	-	12	12	12	-	
En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år) Antal personer: 3.600	17	19	-	13*	24*	13	-	
Oplevet høj behandlingsbyrde (personer i behandling 25+ år) Antal personer: 2.100	13	15	-	14	15	16	-	
Svært ved at forstå information om sundhed (25+ år) Antal personer: 1.300	5	5	-	2*	6	5	-	

Læsevejledning: Sundhed på én side

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. **Signifikante forskelle** er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. **Signifikante forskelle** mellem det enkelte socio-geografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne. Ved område 5 er der for få svarpersoner til, at der kan foretages analyser.
I kolonnen til højre ses, hvordan kommunen for det enkelte sundhedsmål er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
Se indledningen af kapitlet for en nærmere beskrivelse af de valgte sundhedsmål.

VIBORG KOMMUNE
Sociogeografiske områder

Område 1 Antal personer: 5.500	**Område 2** Antal personer: 17.700	**Område 3** Antal personer: 19.400	**Område 4** Antal personer: 20.000	**Område 5** Antal personer: 3.600
Asmild Sogn	Almind Sogn	Bjerring Sogn	Bjerringbro Sogn	Houlkær Sogn
Dollerup Sogn	Domkirkens Sogn	Daugbjerg Sogn	Hammershøj Sogn	Hvilsom Sogn
	Finderup Sogn	Elsborg Sogn	Hvam Sogn	Nørre Vinge Sogn
	Gammelstrup Sogn	Fiskbæk Sogn	Karup Sogn	Simested Sogn
	Gullev Sogn	Fly Sogn	Kvorning Sogn	
	Hjermind Sogn	Frederiks Sogn	Roum Sogn	
	Hjorthede Sogn	Hersom Sogn	Skals Sogn	
	Højbjerg Sogn	Iglsø Sogn	Smollerup Sogn	
	Kvols Sogn	Klejtrup Sogn	Sparkær Sogn	
	Lee Sogn	Lindum Sogn	Stoholm Sogn	
	Mammen Sogn	Lynderup Sogn	Søndre Sogn	
	Resen Sogn	Lysgård Sogn	Ulbjerg Sogn	
	Romlund Sogn	Løvel Sogn	Vammen Sogn	
	Rødding Sogn	Låstrup Sogn	Vester Tostrup Sogn	
	Sahl Sogn	Mønsted Sogn	Viskum Sogn	
	Søndermark Sogn	Pederstrup Sogn	Vroue Sogn	
	Tapdrup Sogn	Ravnstrup Sogn		
	Tårup Sogn	Skjern Sogn		
	Vester Bjerregrav Sogn	Sønder Rind Sogn		
	Vorde Sogn	Tjele Sogn		
		Vejrum Sogn		
		Vestervang Sogn		
		Vindum Sogn		
		Vinkel Sogn		
		Vorning Sogn		
		Vridsted Sogn		
		Ørum Sogn		



Læsevejledning: Sociogeografiske områder

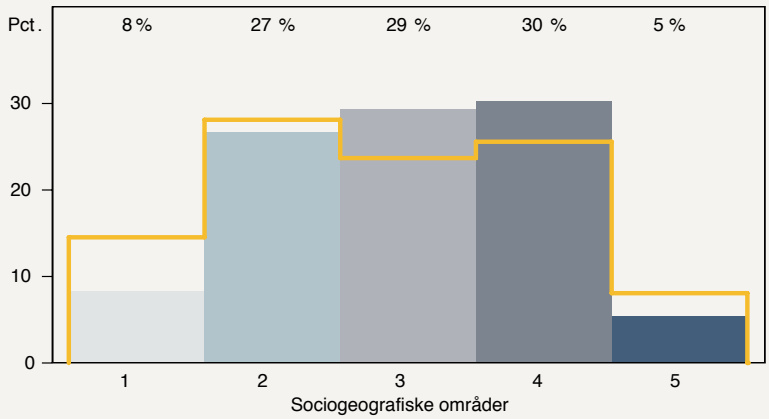
Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og opefter.

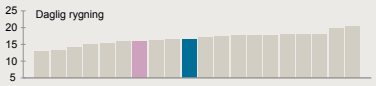
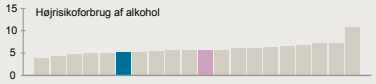
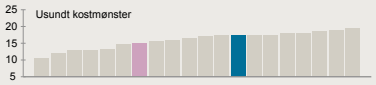
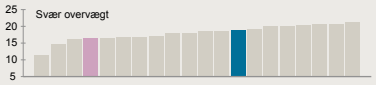
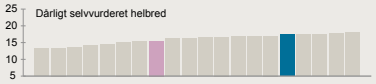
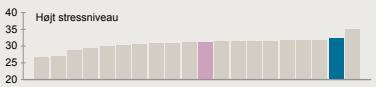
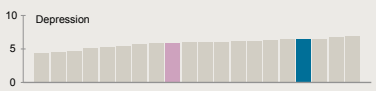
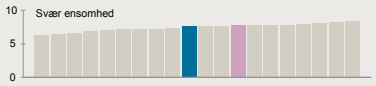
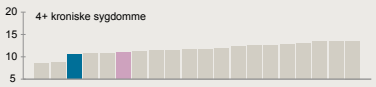
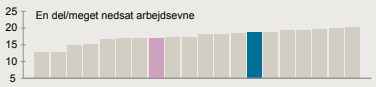
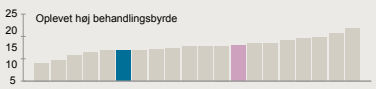
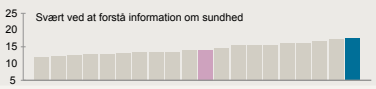
Søjlegrafen viser, at befolkningen i Viborg Kommune er fordelt på alle fem typer af sociogeografiske områder. Hovedparten af befolkningen bor i område 2, 3 og 4. Viborg Kommune har en sociogeografisk profil, der minder meget om profilen for hele regionen (den gule linje i søjlegrafen).

Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.



VIBORG KOMMUNE

Sundhed på én side

Sundhedsmål	Region Midtjylland	Viborg Kommune	Sociogeografiske områder i kommunen					
			Omr. 1	Omr. 2	Omr. 3	Omr. 4	Omr. 5	
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Daglig rygning Antal personer: 12.000	16	17	13	17	14	20*	16	
Højrisikoforbrug af alkohol Antal personer: 3.700	6	5	2	5	6	4	7	
Fysisk inaktive Antal personer: 14.000	20	19	16	20	18	21	18	
Usundt kostmønster Antal personer: 12.000	15	17*	9*	16	19	18	18	
Svær overvægt Antal personer: 14.000	16	19*	15	16	22	22	9*	
Dårligt selvvurderet helbred Antal personer: 13.000	16	17*	9*	16	15	22*	26*	
Højt stressniveau Antal personer: 24.000	31	32	27	29	32	37*	30	
Depression Antal personer: 4.600	6	6	3	8	6	6	7	
Svær ensomhed Antal personer: 5.400	8	8	6	6	9	8	10	
4+ kroniske sygdomme Antal personer: 7.800	11	11	7	10	11	11	15	
En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år) Antal personer: 8.400	17	19	16	20	14*	24*	17	
Oplevet høj behandlingsbyrde (personer i behandling 25+ år) Antal personer: 3.600	13	12	-	11	11	14	-	
Svært ved at forstå information om sundhed (25+ år) Antal personer: 3.800	5	6*	3	4	8	7	7	

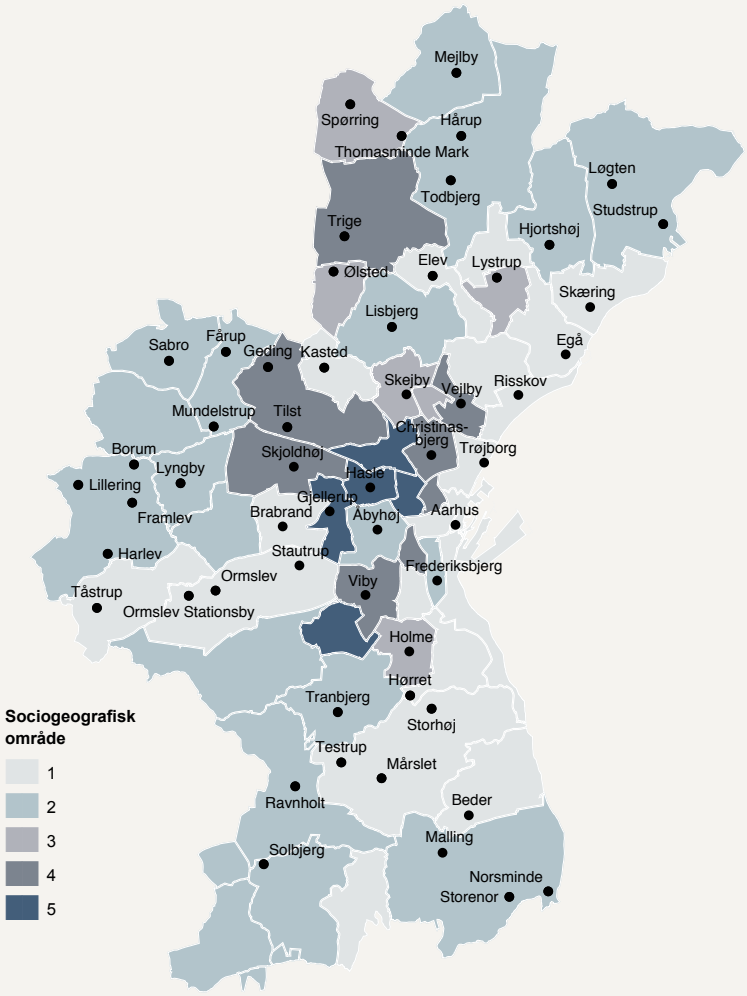


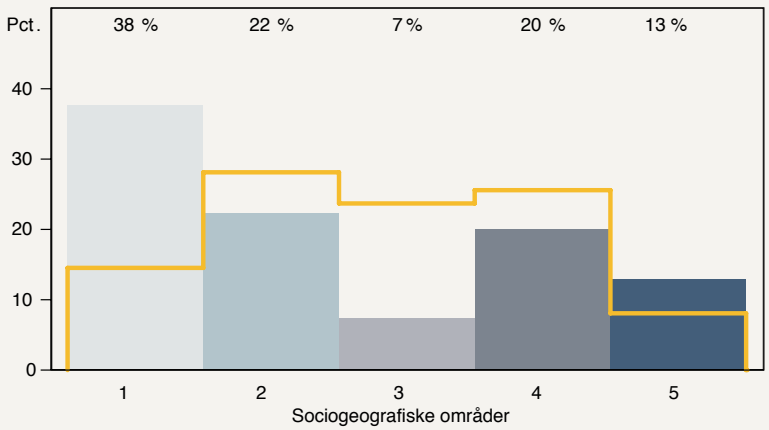
Læsevejledning: Sundhed på én side

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. **Signifikante forskelle** er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. **Signifikante forskelle** mellem det enkelte sociogeografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne.
I kolonnen til højre ses, hvordan kommunen for det enkelte sundhedsmål er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
Se indledningen af kapitlet for en nærmere beskrivelse af de valgte sundhedsmål.

AARHUS KOMMUNE
Sociogeografiske områder

Område 1 Antal personer: 81.400	Område 2 Antal personer: 48.100	Område 3 Antal personer: 15.800	Område 4 Antal personer: 42.100	Område 5 Antal personer: 27.800
Beder Sogn	Borum Sogn	Holme Sogn	Christians Sogn	Gellerup Sogn
Brabrand Sogn	Framlev Sogn	Lystrup Sogn	Langenæs Sogn	Hasle Sogn
Domkirkens Sogn	Fårup Sogn	Skejby Sogn	Sankt Markus Sogn	Helligånds Sogn
Egå Sogn	Hjortshøj Sogn	Skelager Sogn	Skjoldhøj Sogn	Møllevang Sogn
Elev Sogn	Kolt Sogn	Spørring Sogn	Tilst Sogn	Ravnsbjerg Sogn
Ellevang Sogn	Lisbjerg Sogn	Ølsted Sogn	Trige Sogn	
Elsted Sogn	Lyngby Sogn		Vejlby Sogn	
Fredens Sogn	Malling Sogn		Viby Sogn	
Harlev Sogn	Mejlby Sogn			
Kasted Sogn	Sabro Sogn			
Mårslet Sogn	Sankt Lukas Sogn			
Ormslev Sogn	Skødstrup Sogn			
Risskov Sogn	Sønder Årslev Sogn			
Sankt Johannes Sogn	Tiset Sogn			
Sankt Pauls Sogn	Todbjerg Sogn			
Skæring Sogn	Tranbjerg Sogn			
Skåde Sogn	Åby Sogn			
Tulstrup Sogn				
Vor Frue Sogn				





Læsevejledning: Sociogeografiske områder

Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

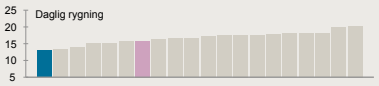
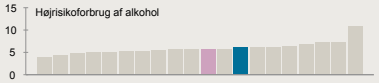
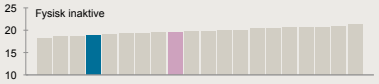
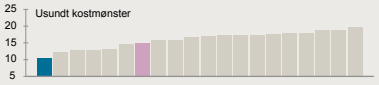
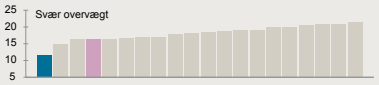
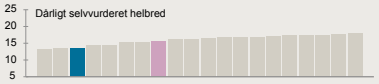
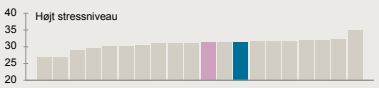
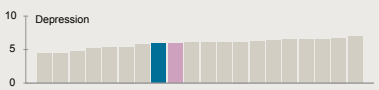
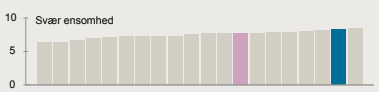
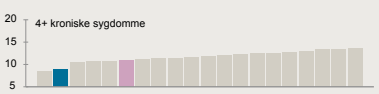
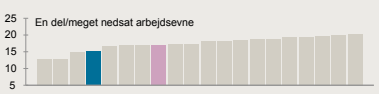
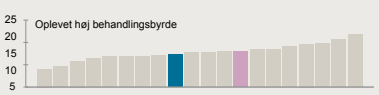
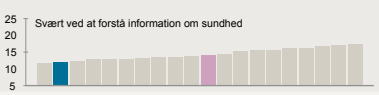
Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

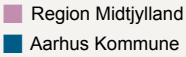
Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og opefter.

Søjlegrafen viser, at befolkningen i Aarhus Kommune er fordelt på alle fem typer af sociogeografiske områder. Hovedparten af befolkningen bor i område 1, 2 og 4. Samtidig bor en relativ stor andel i område 5. Den gule linje viser fordelingen i hele Region Midtjylland.

Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.

AARHUS KOMMUNE
Sundhed på én side

Sundhedsmål	Region Midtjylland	Aarhus Kommune	Sociogeografiske områder i kommunen					
			Omr. 1	Omr. 2	Omr. 3	Omr. 4	Omr. 5	
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Daglig rygning Antal personer: 34.000	16	13*	11*	14	15	13	14	
Højrisikoforbrug af alkohol Antal personer: 16.000	6	6	6	6	7	6	6	
Fysisk inaktive Antal personer: 48.000	20	19	16*	20	22	20	23*	
Usundt kostmønster Antal personer: 26.000	15	10*	9	10	9	12	14*	
Svær overvægt Antal personer: 29.000	16	11*	9*	13	13	12	14*	
Dårligt selvvurderet helbred Antal personer: 38.000	16	14*	10*	12	18*	16*	21*	
Højt stressniveau Antal personer: 83.000	31	31	27*	28*	32	36*	42*	
Depression Antal personer: 15.000	6	6	5*	5	8	8*	8	
Svær ensomhed Antal personer: 21.000	8	8	6*	7	7	11*	16*	
4+ kroniske sygdomme Antal personer: 23.000	11	9*	6*	9	12*	9	13*	
En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år) Antal personer: 24.000	17	15*	11*	13	20*	18*	24*	
Oplevet høj behandlingsbyrde (personer i behandling 25+ år) Antal personer: 11.000	13	12	10*	10	15	15	18*	
Svært ved at forstå information om sundhed (25+ år) Antal personer: 7.000	5	4*	3	3	5	4	6*	

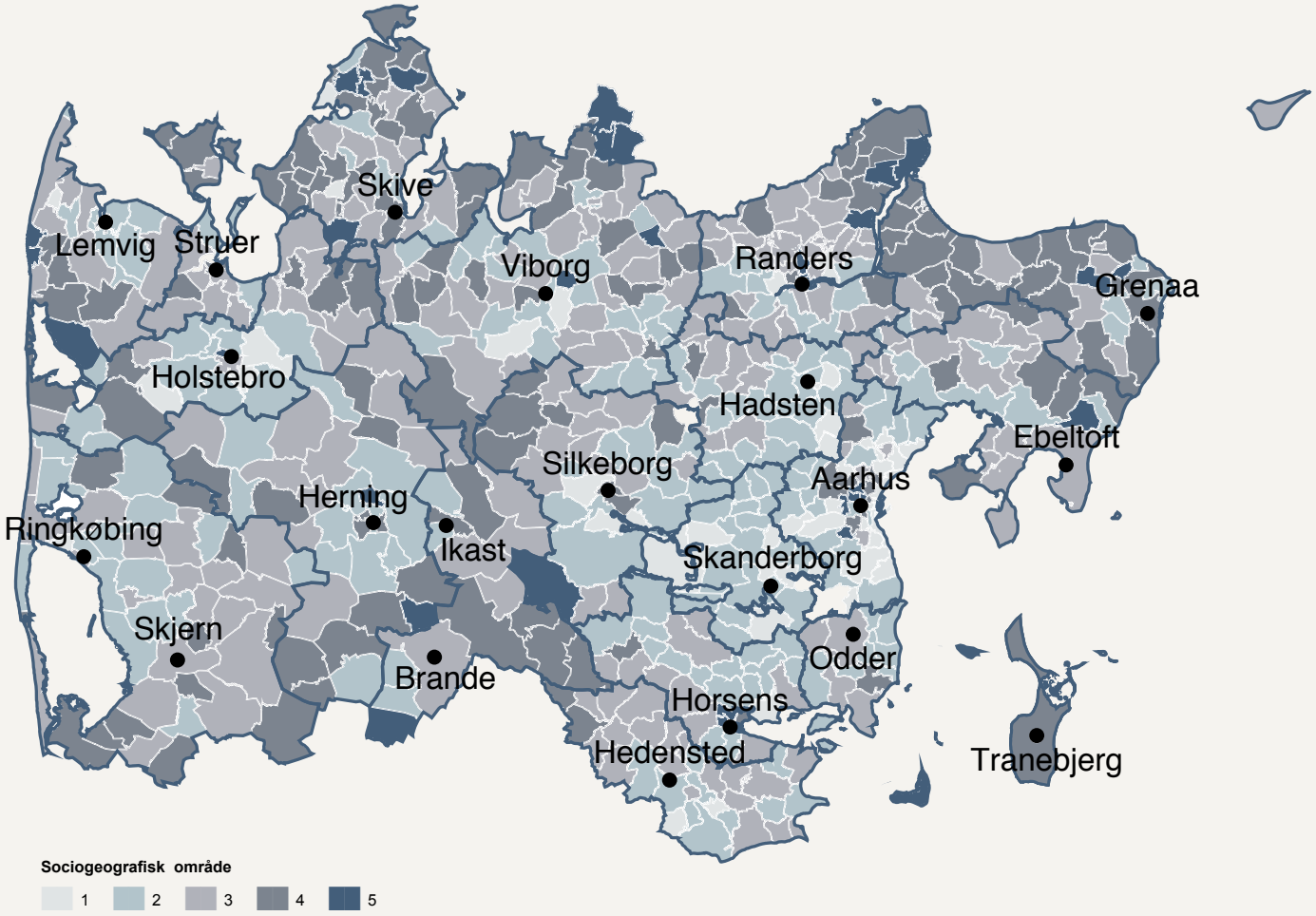


Læsevejledning: Sundhed på én side

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. **Signifikante forskelle** er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. **Signifikante forskelle** mellem det enkelte sociogeografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne.
I kolonnen til højre ses, hvordan kommunen for det enkelte sundhedsmål er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
Se indledningen af kapitlet for en nærmere beskrivelse af de valgte sundhedsmål.

REGION MIDTJYLLAND
Sociogeografiske områder

Område 1	Område 2	Område 3	Område 4	Område 5
Antal personer: 129.339	Antal personer: 250.260	Antal personer: 210.784	Antal personer: 227.666	Antal personer: 71.812



Læsevejledning: Sociogeografiske områder

Denne analyse opdeler regionen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

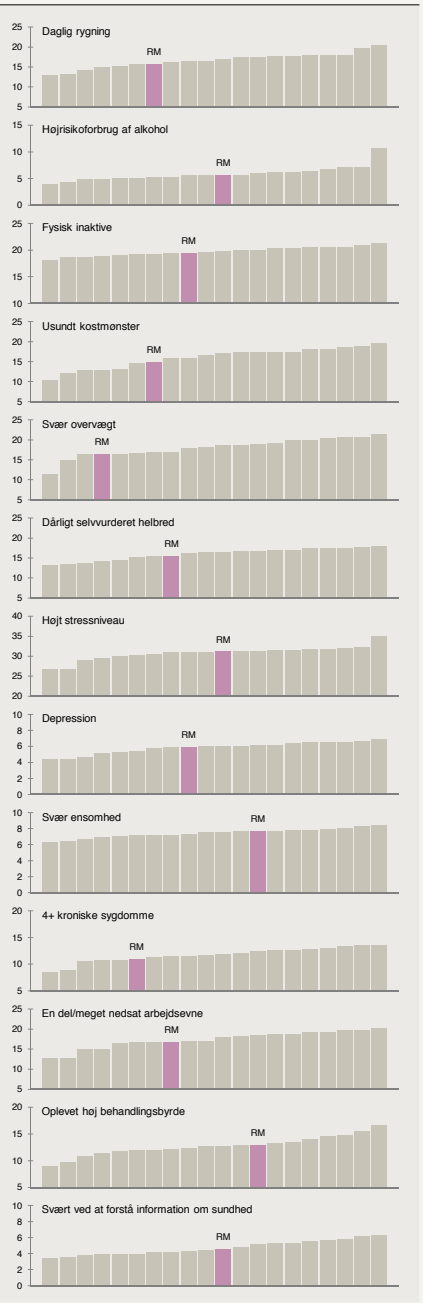
Den sociogeografiske opdeling af regionen er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og opefter.

Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.

REGION MIDTJYLLAND

Sundhed på én side

Sundhedsmål	Region Midtjylland	Sociogeografiske områder i regionen: Omr. 1	Omr. 2	Omr. 3	Omr. 4	Omr. 5
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Daglig rygning Antal personer: 158.000	16	11*	15	16	18*	20*
Højrisikoforbrug af alkohol Antal personer: 55.000	6	6	6	6	5	7
Fysisk inaktive Antal personer: 190.000	20	16*	19	20	21*	23*
Usundt kostmønster Antal personer: 144.000	15	9*	14	16*	17*	19*
Svær overvægt Antal personer: 160.000	16	10*	16	19*	18*	18
Dårligt selvvurderet helbred Antal personer: 163.000	16	11*	14*	16*	18*	21*
Højt stressniveau Antal personer: 315.000	31	27*	29*	30	34*	41*
Depression Antal personer: 58.000	6	4*	5	6	7*	9*
Svær ensomhed Antal personer: 75.000	8	5*	7*	7	9*	13*
4+ kroniske sygdomme Antal personer: 109.000	11	7*	10*	12*	12*	14*
En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år) Antal personer: 102.000	17	11*	14*	18	20*	24*
Oplevet høj behandlingsbyrde (personer i behandling 25+ år) Antal personer: 50.000	13	9*	12	14	14	18*
Svært ved at forstå information om sundhed (25+ år) Antal personer: 37.000	5	3*	4*	6*	5*	6*



Læsevejledning: Sundhed på én side

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i regionen med det enkelte sundhedsmål.
I anden kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i regionen. **Signifikante forskelle** mellem det enkelte sociogeografiske område og befolkningen i hele regionen er markeret med en stjerne.
I kolonnen til højre ses, hvordan kommunerne for det enkelte sundhedsmål fordeler sig sammenlignet med hele Region Midtjylland.
Se indledningen af kapitlet for en nærmere beskrivelse af de valgte sundhedsmål.

Referencer

1. Blackman T. Placing Health. Neighborhood renewal, health improvement and complexity. Bristol: The Policy Press; 2006.

2. Scharström A, Rämgård M, Löfman O. Hälsans och ohälsans landskab. Från medicinsk geografi til hälsogeografi. Lund: Studentlitteratur; 2011.

3. Bambra C. Health divides. Where you live can kill you. Bristol: The Policy Press; 2016.

4. Stock C, Ellaway A (eds.). Neighbourhood structure and health promotion. New York: Springer; 2013.

5. Cohen JA. Challenges and successes in reducing health disparities: Workshop summary. Washington, DC: The National Academies Press; 2008.

6. Sørensen E, Torfing J. Farvel til grønthøsterbesparelser: Nu skal velfærden fornys gennem en arena for samskabelse. DenOffentlige.dk; 2017.

7. Forebyggelse i nærmiljøet. Købehavn: Sundhedsstyrelsen; 2015.

8. Dankwa-Mullan I, Pérez-Stable EJ. Addressing health disparities is a place-based issue. American Journal of Public Health 106(4):637-639; 2016.

9. Pearce J, Mitchell R, Shortt N. Place, space and health inequalities. In: Smith KE, Bambra C, Hill SE, eds. Health inequalities: critical perspectives pp. 192-205. Oxford: Oxford University Press; 2015.

10. Diderichsen F. Ulighed i sundhed – meget kan gøres! Ugeskrift for læger; 27.11.2017.

11. Bech-Danielsen NB. Arkitektur der forandrer – fra ghetto til velfungerende byområde. Købehavn: Gads Forlag; 2017.

12. Bower KM, Thorpe RJ, Yenokyan G, Emma E, McGinty E, Dubay L, Gaskin DJ. Racial residential segregation and disparities in obesity among women. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, Vol. 92, No. 5: 843-852.

13. Shaw M, Galobardes B, Lawlor DA, Lynch J, Wheeler B, Smith GD. The handbook of inequality and socioeconomic position. Bristol: The Policy press; 2007.

14. Volpe M, Erhardt LRW, Williams B. Cardiovascular Risk Management in Clinical Practice. High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention 15.1 (2008): 9-16.

15. Danaei G, Ding EL, Mozaffarian D, Taylor B, Rehm J, Murray CJL, and Ezzati M. The preventable causes of death in the United States: comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. PLoS Med. 2009; 6.

16. Poortinga W (2007). The prevalence and clustering of four major lifestyle risk factors in an English adult population. Prev. Med. 2007; 44: pp. 124-128.

17. Wæhrens EE (red). Almindelig daglig levevis. ADL. København: Munksgaard; 2015.

18. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR et al. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionaire (HLQ). BMC Public Health 13:658.

19. Friis K, Jensen ML, Lasgaard M, Maindal HT. Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom. Temaanalyse, vol. 2, Hvordan har du det? Aarhus: CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling; 2015.

BILAG 1. KLASSIFIKATION AF ERHVERVSTILKNYTNING

Opdelingen af status for erhvervstilknytning i nærværende rapport er baseret på en kombination af svarpersonernes selvrapporterede oplysninger om uddannelse og beskæftigelse samt registerbaserede oplysninger fra Arbejdsmarkedsstyrelsens DREAM-register over sociale ydelser i Danmark i 2016.

Fra spørgeskemaet i 2017 anvendes spørgsmålene 'Er du i arbejde?' og 'Er du under uddannelse?'. Begge spørgsmål har svarmulighederne 'Ja' og 'Nej'. Fra DREAM-registeret anvendes oplysninger om udbetaling af udvalgte offentlige ydelser, herunder dagpenge, førtidspension og efterløn, i løbet af 2016.

Oplysningerne er ikke gensidigt udelukkende, da en person eksempelvis godt kan få udbetalt sygedagpenge en del af året og efterløn en anden del af året.

Der er derfor anvendt følgende hierarki til definitionen af erhvervstilknytning:

1. Borgere, der er 65 år eller derover pr. 1. januar 2017, der har svaret:
   a. 'Ja' til spørgsmålet 'Er du i arbejde?', er defineret som *beskæftigede*.
   b. 'Nej' til spørgsmålet 'Er du i arbejde?', er defineret som *folkepensionister*.

2. Borgere i aldersgruppen 16-64 år, der ifølge DREAM-registeret har modtaget førtidspension i mindst én uge i 2016, er defineret som *førtidspensionister.*

3. Borgere i aldersgruppen 60-64 år, der ifølge DREAM-registeret har modtaget efterløn i 2016, er defineret som *efterlønsmodtagere.*

4. Borgere i aldersgruppen 16-25 år, der har svaret:
   a. 'Ja' til spørgsmålet 'Er du under uddannelse?', er defineret som *studerende/skoleelever.*
   b. 'Nej' til spørgsmålet 'Er du under uddannelse?' og 'Ja' til spørgsmålet 'Er du i arbejde?', er defineret som *beskæftigede.*
   c. 'Nej' til spørgsmålet 'Er du under uddannelse?' og 'Nej' til spørgsmålet 'Er du i arbejde?', er betragtet som værende *uden for arbejdsmarkedet.*

5. Borgere i aldersgruppen 26-64 år, der har svaret:
   a. 'Ja' til spørgsmålet 'Er du i arbejde?', er defineret som *beskæftigede.*
   b. 'Nej' til spørgsmålet 'Er du i arbejde?' og 'Ja' til spørgsmålet 'Er du under uddannelse?', er defineret som *studerende/skoleelever.*
   c. 'Nej' til spørgsmålet 'Er du i arbejde?' og 'Nej' til spørgsmålet 'Er du under uddannelse?', er betragtet som værende *uden for arbejdsmarkedet.*

6. Gruppen, der ifølge punkt 4c eller 5c er blevet klassificeret til at være *uden for arbejdsmarkedet,* opdeles ud fra DREAM-registeret som følger:
   a. Borgere, der ifølge DREAM-registeret er 1) aktiv ledig, 2) jobparat, 3) i matchgruppe 1, defineres som værende *arbejdsløse.*
   b. Borgere, der ikke opfylder punkt 6a, placeres i gruppen *kontanthjælp, sygedagpenge mv.*

Nedenfor ses de forskellige grupper for erhvervstilknytning, som de fremtræder i figurerne i rapporten.

- Studerende/skoleelever
- Beskæftigede
- Arbejdsløse
- Kontanthjælp, sygedagpenge mv.
- Førtidspensionister
- Efterlønsmodtagere
- Folkepensionister

BILAG 2. BEREGNING AF DE TO GENERELLE HELBREDSSKALAER I SF-12

Som nævnt i kapitel 7 er der anvendt en modificeret udgave af *SF-12-manualens* metode til beregning af de to generelle helbredsskalaer i *SF-12: Fysisk helbred* og *Mentalt helbred*. I dette bilag beskrives standardmetoden for beregningen af de to skalaer samt den modificerede metode, der er anvendt i *Hvordan har du det? 2017.*

For at lette sammenligningen med den engelsksprogede litteratur benyttes i det følgende de engelske forkortelser for *SF-12-skalaerne*:

Fysisk funktion (Physical Functioning) - PF
Fysiske begrænsninger (Role Physical) - RP
Fysisk smerte (Bodily Pain) - BP
Alment helbred (General Health) - GH
Energi (Vitality) - VT
Social funktion (Social Functioning) - SF
Psykiske begrænsninger (Role Emotional) - RE
Psykisk trivsel (Mental Health) - MH
Fysisk helbred (Physical Component Summary) - PCS
Mentalt helbred (Mental Component Summary) - MCS

SF-12-manualens scoringsmetode

PCS og *MCS* beregnes som en vægtet sumscore af samtlige otte skalaer i *SF-12*. Beregningen omfatter tre trin, jf. manualen til *SF-12v2* (1):

Første trin. De otte skalaer beregnes ud fra de 12 spørgsmål, således som det er beskrevet i manualen.

Andet trin. Hver enkelt skala standardiseres ved at trække gennemsnittet for referencebefolkningen fra og dividere med standardafvigelsen for referencebefolkningen, hvorved der fremkommer en såkaldt z-score, der har et gennemsnit på 0 og en standardafvigelse på 1 for referencebefolkningen. I det følgende omtales de standardiserede skalaer som *PF_Z, RP_Z* osv.

Tredje trin. De standardiserede skalaværdier aggregeres til *PCS* og *MCS*. Det gøres således:

Først: For hver af de otte skalaer beregnes der en vægt, der er specifik for *PCS*, og en vægt, der er specifik for *MCS*. Beregningen af de i alt 16 vægte beskrives nedenfor.

Dernæst: For hver respondent ganges hver af de otte skalaværdier med de vægte, der er specifikke for *PCS* (én vægt pr. skala, i alt otte vægte), og de otte værdier adderes. Summen ganges med 10, og der lægges 50 til. Herved fremkommer *PCS* med et gennemsnit på 50 og en standardafvigelse på 10 for referencebefolkningen. *MCS* beregnes på samme måde, blot ganges der her med de vægte, der er specifikke for *MCS*. Herved fremkommer *MCS* med et gennemsnit på 50 og en standardafvigelse på 10 for referencebefolkningen.

Standardmetoden til scoring af *PCS* og *MCS* bygger på vægte, der er udregnet på baggrund af en amerikansk befolkningsundersøgelse fra 1990. Det er således den amerikanske befolkning, der bruges som referencebefolkning i standardmetoden. Vægtene er udviklet til *SF-36v1* og blev offentliggjort i 1994 (2), men bruges uændret til scoring af *SF-12v2*. De 16 vægte til beregning af *PCS* og *MCS* er beregnet ud fra en *Principal Component Analysis* (PCA) med to faktorer – én for fysisk helbred og én for mentalt helbred – der er konstrueret, så korrelationen imellem dem er 0, dvs. at det fysiske og det mentale helbred antages ikke at være korreleret. Dette opnås ved at anvende *ortogonal rotation* af de faktorer, der fremkommer i den principale komponentanalyse.

Kritik af SF-12-manualens scoringsmetode

Når *PCS* og *MCS* skal beregnes for danske data, er der forskellige muligheder. Man kan vælge at benytte standardmetoden, dvs. bruge de originale amerikanske vægte. Fordelen er, at det øger sammenligneligheden på tværs af lande. Der er imidlertid en række væsentlige ulemper ved denne fremgangsmåde, der taler for beregning af danske vægte.

For det første er datagrundlaget for standardmetoden ved at være gammelt. Desuden har en række studier

vist, at vægte udviklet på befolkningsdata fra andre lande afviger en del fra de amerikanske vægte. Det taler i sig selv for at udvikle landespecifikke scorings-algoritmer (3).

Lige så vigtigt er det imidlertid, at der er en række metodiske problemer ved standardmetoden. PCA, der er en deskriptiv analyseteknik, er i vid udstrækning blevet erstattet af modelbaserede analysemetoder, især *Explorative Factor Analysis* og *Confirmatory Factor Analysis*, der hviler på et betydeligt mere solidt statistisk grundlag.

Desuden er der stillet spørgsmålstegn ved antagelsen om, at fysisk og mental sundhed ikke er korrelerede (4-6). Trenden i dag er at tillade korrelation mellem faktorerne i analysen (såkaldt *oblique rotation* frem for *ortogonal rotation*) ud fra den betragtning, at hvis faktorer faktisk er ukorrelerede, vil de stadig være det, hvis man bruger *oblique rotation*, men hvis man omvendt tvinger korrelerede faktorer til at have en korrelation på 0, giver det et forvrænget billede af strukturen i data. Flere studier har påvist, at *SF-36* og *SF-12* viser inkonsistens mellem udviklingen over tid af værdierne på de otte skalaer og *PCS* og *MCS,* idet sidstnævnte ikke afspejler udviklingen i førstnævnte på en korrekt måde. Det er blevet tolket som et udtryk for, at brugen af *ortogonal rotation* skaber bias, f.eks. ved at personer, der har en meget lav score på *PCS* (<20), "kompenseres" ved at få en kunstigt høj værdi på *MCS* (7-14).

Den anvendte modificerede scoringsmetode

På baggrund af gennemgangen af forskningslitteraturen om scoringen af de generelle skalaer i *SF-12* har vi valgt at anvende en modificeret scoringsmetode for *PCS* og *MCS* i *Hvordan har du det? 2017*.

Den grundlæggende fremgangsmåde er den samme som den, der er beskrevet i SF-12-manualen. Der er imidlertid foretaget følgende ændringer:

1. Befolkningen i Region Midtjylland er benyttet som referencepopulation både til beregning af de otte standardiserede skalaer (z-scores) og til beregning af de 16 vægte, der bruges ved summering af skalaerne til *PCS* og *MCS*. Beregningerne er foretaget på baggrund af *Hvordan har du det? 2017*, hvilket indebærer, at begge variable har et gennemsnit på 50 og en standardafvigelse på 10 for befolkningen i Region Midtjylland på 16 år og derover.

2. Vægtene er beregnet ved hjælp af *Explorative Factor Analysis*. Datagrundlaget er de otte standardiserede *SF-12-skalaer* for Region Midtjyllands befolkning, hver med et gennemsnit på 0 og en standardafvigelse på 1 for befolkningen som helhed.

3. Der er brugt *oblique rotation (promax)* ved rotation af de to faktorer, hvilket muliggør, at *PCS* og *MCS* kan have en indbyrdes korrelation, der er forskellig fra 0.

Resultaterne af faktoranalysen

Antallet af faktorer. Ved faktoranalysen findes to faktorer. Vurderingen bygger på standardmetoder inden for faktoranalysen: størrelsen af eigenvalues, screeplot og parallelanalyse (15).

Faktorstruktur. Den teoretiske model, der ligger bag *SF-12*, genfindes i faktorstrukturen. Dvs. én faktor for fysisk helbred (*PCS*) og én for mentalt helbred (*MCS*).

Ved *oblique rotation* (*promax*) fremkommer en simpel struktur, hvilket er ønskværdigt. Alle enheder har en loading på ≥|0,57| på den ene faktor og ≤|0,25| på den anden (anbefalet henholdsvis ≥|0,40| og ≤|0.30|). Der er én negativ loading på den første faktor (*MH_Z* = -,13) og én på den anden faktor (*PF_Z* = -,07). Alle de øvrige loadings er positive. Der er ingen komplekse variable (en loading på ≥|0,30| på mere end én faktor).

Scoringskoefficienterne. Det anbefales, at faktorernes *Factor Determinacy Coefficient* er ≥0,9, såfremt de skal bruges til beregning af factor scores (15). *Factor Determinacy Coefficient* er 0,93 for den første faktor (*PCS*) og 0,91 for den anden faktor (*MCS*). Det vil sige, at kvaliteten af faktorerne er god.

Første faktor (*PCS*) har en negativ scoringskoefficient for *MH_Z* på -0,02. Anden faktor (*MCS*) har en negativ scoringskoefficient for PF_Z på -0,02. Alle de øvrige scoringskoefficienter er positive.

Korrelation mellem *PCS* og *MCS*. Korrelationen mellem PCS og MSC er 0,74.

Korrelation mellem *PCS*, *MCS* og de otte skalaer. *PCS* har en stærk/meget stærk positiv korrelation (≥ 0,79) med de fysiske helbredsskalaer (*PF, RP, BP, GH)* og moderat/stærk positiv korrelation (≤ 0,62) med de mentale helbredsskalaer (*VT, SF, RE, MH*).

MCS har en stærk positiv korrelation (≥ 0,79) med de mentale helbredsskalaer (*VT, SF, RE, MH*) og en moderat/stærk positiv korrelation (≤ 0,68) med de fysiske helbredsskalaer (*PF, RP, BP, GH*).

Scoringsalgoritmen til PCS og MCS for Region Midtjylland

Nedenfor vises scoringsalgoritmen, der er benyttet til scoring af *PCS* og *MCS* i *Hvordan har du det? 2017*, med de 16 vægte, som er beregnet på baggrund af den beskrevne metode:

PCS = 50 + (*(PF_Z* * 0,20112) +
(RP_Z * 0,38361) +
(BP_Z * 0,23444) +
(GH_Z * 0,16524) +
(VT_Z * 0,05528) +
(SF_Z * 0,03314) +
(RE_Z * 0,05660) +
(MH_Z * -0,02012)) * 10

MCS = 50 + (*(PF_Z* * -0,02180) +
(RP_Z * 0,05336) +
(BP_Z * 0,01414) +
(GH_Z * 0,09961) +
(VT_Z * 0,21575) +
(SF_Z * 0,20673) +
(RE_Z * 0,24391) +
(MH_Z * 0,31583)) *10

Til sammenligning vises her standardalgoritmens vægte:

PCS_US = 50 + (*(PF_Z* * 0,42402) +
(RP_Z * 0,35119) +
(BP_Z * 0,31754) +
(GH_Z * 0,24954) +
(VT_Z * 0,02877) +
(SF_Z * -0,00753) +
(RE_Z * -0,19206) +
(MH_Z * -0,22069)) * 10

MCS_US = 50 + (*(PF_Z* * -0,22999) +
(RP_Z * -0,12329) +
(BP_Z * -0,09731) +
(GH_Z * -0,01571) +
(VT_Z * 0,23534) +
(SF_Z * 0,26876) +
(RE_Z * 0,43407) +
(MH_Z * 0,48581)) * 10

Man bemærker, at der er betydelige forskelle imellem de to scoringsalgoritmers vægte. Desuden at der i standardalgoritmen er syv vægte med negative værdier, heraf fire med en værdi på mellem -0,10 og -0,23, hvorimod der i algoritmen for Region Midtjylland befolkning kun er to vægte med negative værdier, begge på -0,02. Det sidste må anses for en fordel, jf. de problemer, der er påvist i forskningslitteraturen i form af manglende konsistens mellem udviklingen i de otte *SF-12-skaler* og *PCS* og *MCS*, hvilket især tilskrives vægte med negative værdier.

Imputation af manglende værdier i PCS og MCS

PCS og *MCS* kan ikke beregnes for 12 % af respondenterne på grund af manglende besvarelser af et eller flere af de 12 spørgsmål i *SF-12*. For at mindske andelen med manglende værdier på *PCS* og *MCS* imputeres de manglende værdier på de to variable ved hjælp af en metode udviklet af Honghu Liu og kolleger (16). Efter imputationen er andelen med manglende værdier på de to generelle helbredsskalaer reduceret til 0 % for både *PCS* og *MCS*.

Referencer

1. Ware JE, Kosinski M, Turner-Bowker DM, Gandek B. How to score version 2 of the SF-12 health survey (with a supplement documenting version 1). Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated; 2001.

2. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF-36 physical and mental health summary scales: a user's manual. Boston, MA: The Health Institute; 1994.

3. Tucker G, Adams R, Wilson D. The case for using country-specific scoring coefficients for scoring the SF-12, with scoring implications for the SF-36. Qual Life Res 2016;25:267-274. doi: 10.1007/s11136-015-1083-7.

4. Fleishman JA, Selim AJ, Kazis LE. Deriving SF12v2 physical and mental health summary scores: a comparison of different scoring algorithms. Qual Life Res 2010;19:231-241. Doi: 10.1007/s11136-009-9582-z.

5. Wilson D, Tucker G, Chittleborough C. Rethinking and rescoring the SF-12. Soz-Präventivmed 2002;47:172-177.

6. Jakobsen U, Westergren A, Lindskov S, Hagell P. Construct validity of the SF-12 in three different samples. Journal of Evaluation in Clinical Practice 2011;18:560-566.

7. Schröder A, Oernboel E, Licht RW, Sharpe M, Fink P. Outcome measurement in functional somatic syndromes: SF-36 summary scores and some scales were not valid. Journal of Clinical Epidemiology 2012:65:30-41.

8. Taft C, Karlsson J, Sullivan M. Interpreting SF-36 summary health measures: a response—reply. Qual Life Res 2001; 10:415-420.

9. Nortvedt MW, Riise T, Myhr KM, Nyland HI. Performance of the SF-36, SF-12, and RAND-36 summary scales in a multiple sclerosis population. Med Care 2000;38:1022-1028.

10. Wilson D, Parsons J, Tucker G. The SF-36 summary scales: problems and solutions. Soz-Präventivmed 2000;45:239-246.

11. Blanchard CM, Cote I, Feeny D. Comparing short form and RAND physical and mental health summary scores: results from total hip arthroplasty and high-risk primary-care patients. Int J Technol Assess Health Care 2004;20:230-235.

12. Schmitz N, Kruse J. The SF-36 summary scores and their relation to mental disorders: physical functioning may affect performance of the summary scores. J Clin Epidemiol 2007;60:163-170.

13. Hann M, Reeves D. The SF-36 scales are not accurately summarised by independent physical and mental component scores. Qual Life Res. 2008;17:413-423.

14. Simon GE, Revicki DA, Grothaus L, VonKorff M. SF-36 summary scores: are physical and mental health truly distinct? Med Care. 1998;36:567-572.

15. Mehmetoglu M, Jakobsen TG. Applied statistics using Stata. A guide for the social sciences. London: SAGE Publications; 2017.

16. Liu H, Hays RD, Adams JL, Chen WP, Tisnado D, Mangione CM, Damberg CL, Kahn KL. Imputation of SF-12 health scores for respondents with partially missing data. HSR: Health Services Research 2005;40:905-922.

BILAG 3. SOCIOGEOGRAFISKE OMRÅDER

I dette bilag beskrives datagrundlaget for inddelingen af sognene i Region Midtjylland i fem sociogeografiske områder, der benyttes i analyserne af geografisk ulighed i sundhed i kapitel 11. Desuden beskrives den statistiske metode, der er anvendt ved klassifikationen af sognene i forhold til sociogeografiske områder.

Sociogeografiske områder – de benyttede registre og udtrækskriterier

Datagrundlaget for opdelingen af sognene er oplysninger indhentet fra Danmarks Statistik.

De anvendte registre er:

Befolkningsregisteret
Befolkningens højest fuldførte uddannelse
Indkomststatistikken

Der er udtrukket tre tabeller:

Tabel 1: Andel med lavt uddannelsesniveau opgjort på sogneniveau

Fra *Befolkningens højest fuldførte uddannelse* (opgjort pr. 1. oktober 2015 og matchet med befolkningsstatistikken pr. 1.1.2016) er beregnet andel af personer over 25 år med følgende uddannelser:

10 Grundskole
15 Forberedende uddannelser
20 Gymnasiale uddannelser

Tabel 2: Andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder opgjort på sogneniveau

Fra *Indkomststatistikken* (2015) er beregnet andelen af personer i alderen 25-64 år (pr. 1.1.2016) med følgende socioøkonomiske klassifikationer:

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

Fra *Indkomststatistikken* (2015) er beregnet den gennemsnitlige personindkomst for personer fyldt 25 år (pr. 1.1.2016).

Opdeling af sogne i sociogeografiske områder

Sognene er grupperet ved hjælp af en latent variabel model (1-2), hvori der indgår tre oplysninger om hvert sogn:

1) Andel med lavt uddannelsesniveau
2) Andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder
3) Den gennemsnitlige personindkomst

De tre variable, der beskriver sognene, er kontinuerte. Derfor er der anvendt den særlige variant, der kaldes *latent profilanalyse*. 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, 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 områder er der? 2) Hvad kendetegner det enkelte områdes sammensætning med hensyn til de tre variable? 3) Hvor stort er hvert sociogeografisk område opgjort i antal sogne? 4) Er det muligt at "tolke" de enkelte sociogeografiske områder (er inddelingen meningsfuld)? 5) Er opdelingen i sociogeografiske områder stabil og valid?

Den latente profilmodel er en stokastisk model, og klassificeringen af det enkelte sogn er derfor behæftet med en vis usikkerhed, betegnet som klassifikationsfejl. I *Hvordan har du det? 2013* anvendtes en simpel latent profilmodel. I *Hvordan har du det? 2017* er anvendt en model, der er specificeret på samme måde med en enkelt undtagelse, idet det enkelte sogns sociogeografiske tilknytning i 2013 er medtaget som kategorial kovariat (forklarende variabel). Det udstyrer modellen med en slags hukommelse, der gør den mere konservativ i forhold til ændringer. Klassifikationsfejlene i 2017-modellen er som følge heraf reduceret betydeligt i forhold 2013-modellen. Omkostningen kan være, at modellen ikke er så følsom over for ændringer i indikatorerne fra 2013 til 2017.

Den latente profilanalyse peger på en model, hvor de 638 sogne opdeles i fem latente klasser, ligesom det var tilfældet i 2013. Modellen er 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 et sociogeografisk område med en tydelig placering i en social rangorden, det vil sige en højere eller lavere socioøkonomisk placering, jf. tabel 11.1 i kapitel 11.

Referencer

1. Bartholomew D, Knott M, Moustaki I. Latent variable models and factor analysis. A unified approach. 3rd edition. West Sussex: John Wiley & Sons; 2011.

2. Bacher J, Vermunt JK. Analyse latenter Klassen. In Wolf C, Best H(Hrsg.). Handbuch der sozialwissenschaftlischen Datenanalyse. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2010.

Olof Palmes Allé 15
8200 Aarhus N
www.hvordanhardudet.rm.dk