

Hvordan har du det? 2010

SUNDHEDSPROFIL FOR REGION OG KOMMUNER
UDVIKLINGEN 2006 TIL 2010 | VOKSNE



HVORDAN HAR DU DET? 2010

Sundhedsprofil for region og kommuner
Udviklingen 2006 til 2010 | voksne

Udarbejdet af:

Finn Breinholt Larsen

Pia Vedel Ankersen

Stine Poulsen

Dorte Søe

Stinne Møller Christensen

Center for Folkesundhed

Titel:

Hvordan har du det 2010? Sundhedsprofil for region og kommuner
Udviklingen 2006 til 2010 | voksne

Forfattere:

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

Copyright:

© Center for Folkesundhed 2011
Alle rettigheder forbeholdes

Udgiver:

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

Denne rapport citeres således:

Larsen F.B., Ankersen P.V. & Poulsen S. (2011).
Hvordan har du det? 2010. Sundhedsprofil for region og kommuner. Udviklingen 2006 til 2010. Voksne.
Århus: Center for Folkesundhed

ISBN-nr.:

978-87-92400-09-3

EAN-nr.:

9788792400093

Udgivelse:

Januar 2011

Oplag:

3.000

Tryk:

GP-Tryk, Grenaa

Layout:

DESIGN CONCERN

Forside:

Hanne Ravn Hermansen



FORORD

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

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

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

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

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

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

Disse og mange andre resultater fra undersøgelsen tegner tilsammen et billede af udviklingen i folkesundheden i hele befolkningen og i forhold til køn, alder og forskellige sociale grupperinger. Desuden kan man se, hvordan udviklingen har været i de enkelte kommuner.

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

Desuden har Statens Institut for Folkesundhed lavet en landsdækkende undersøgelse.

I de seks undersøgelser er der en fælles kerne af spørgsmål, som muliggør sammenligninger på tværs af landets 98 kommuner og fem regioner. Baggrunden for

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

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

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

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

INDHOLD

Indledning	10
Helbred og sygdom	12
Oplevelsen af eget helbred og kronisk sygdom	12
Selvurderet helbred	14
Muskel-skeletsmerter	21
Stress	26
Kronisk sygdom	32
Sygdomsbelastning i kommunerne	35
Sygdomsprofiler for kommunerne	36
Forekomsten af multisygdom	65
Multisygdom i forhold til køn, alder og sociale forhold	67
Sammenfatning	69
Sundhedsvaner	72
Indledning	72
Rygning	74
Alkohol	84
Fysisk aktivitet	98
Kost	118
Overvægt	134
Sammenfatning	148
Motivation og rådgivning	150
Indledning	150
Rygning	152
Alkohol	162
Fysisk aktivitet	166
Kost	170
Overvægt	172
Sammenfatning	175

FIGURER OG TABELLER

Helbred og sygdom

Selvurderet helbred

Figur 2.1.S	Dårligt selvvurderet helbred. Udviklingen 2006-2010	15
Figur 2.2.S	Dårligt selvvurderet helbred – køn, alder og sociale forhold. Udviklingen 2006-2010	16
Figur 2.3.S	Dårligt selvvurderet helbred – kommuner. Udviklingen 2006-2010	18

Smerter i muskler og skelet

Figur 2.4.S	Generet af smerter eller ubehag i muskler og skelet inden for de seneste 14 dage. Udviklingen 2006-2010	20
Figur 2.5.S	Meget generet af smerter eller ubehag i muskler og skelet inden for de seneste 14 dage – køn, alder og sociale forhold. Udviklingen 2006-2010	22
Figur 2.6.S	Meget generet af smerter eller ubehag i muskler og skelet inden for de seneste 14 dage – kommuner. Udviklingen 2006-2010.	24

Stress

Figur 2.7.S	PSS-score. Udviklingen 2006-2010	27
Figur 2.8.S	Andel med højt stressniveau (PSS>16) – køn, alder og sociale forhold. Udviklingen 2006-2010	28
Figur 2.9.S	Andel med højt stressniveau (PSS>16) – kommuner. Udviklingen 2006-2010	30

Kronisk sygdom

Figur 2.10.S	Forekomsten af kroniske sygdomme i Region Midtjylland (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010	33
Tabel 2.1.S	Kommunernes rangorden i forhold til sygdomsbelastning i 2010 og 2006.	34
Figur 2.11.S.A	Forekomsten af kroniske sygdomme i Favrskov (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010	37
Figur 2.11.S.B	Forekomsten af kroniske sygdomme i Hedensted (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010	38
Figur 2.11.S.C	Forekomsten af kroniske sygdomme i Herning (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010	39
Figur 2.11.S.D	Forekomsten af kroniske sygdomme i Holstebro (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010	40
Figur 2.11.S.E	Forekomsten af kroniske sygdomme i Horsens (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010	41
Figur 2.11.S.F	Forekomsten af kroniske sygdomme i Ikast-Brande (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010	42

Figur 2.11.S.G	Forekomsten af kroniske sygdomme i Lemvig (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010	43
Figur 2.11.S.H	Forekomsten af kroniske sygdomme i Norddjurs (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010	44
Figur 2.11.S.I	Forekomsten af kroniske sygdomme i Odder (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010	45
Figur 2.11.S.J	Forekomsten af kroniske sygdomme i Randers (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010	46
Figur 2.11.S.K	Forekomsten af kroniske sygdomme i Ringkøbing-Skjern (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010	47
Figur 2.11.S.L	Forekomsten af kroniske sygdomme i Samsø (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010	48
Figur 2.11.S.M	Forekomsten af kroniske sygdomme i Silkeborg (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010	49
Figur 2.11.S.N	Forekomsten af kroniske sygdomme i Skanderborg (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010	50
Figur 2.11.S.O	Forekomsten af kroniske sygdomme i Skive (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010	51
Figur 2.11.S.P	Forekomsten af kroniske sygdomme i Struer (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010	52
Figur 2.11.S.Q	Forekomsten af kroniske sygdomme i Syddjurs (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010	53
Figur 2.11.S.R	Forekomsten af kroniske sygdomme i Viborg (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010	54
Figur 2.11.S.S	Forekomsten af kroniske sygdomme i Århus (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010	55
Figur 2.12.S	Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) – køn og alder. Udviklingen 2006-2010.	58
Figur 2.13.S	Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) – uddannelsesniveau. Udviklingen 2006-2010	61
Figur 2.14.S	Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010	64
Figur 2.15.S	Andel med fire eller flere kroniske sygdomme – køn, alder og sociale forhold. Udviklingen 2006-2010	66
Figur 2.16.S	Andel med fire eller flere kroniske sygdomme – kommuner. Udviklingen 2006-2010	68

Sundhedsvaner

Rygning

Figur 3.1.S	Rygevaner. Udviklingen 2006-2010	75
Figur 3.2.S	Dagligrygere – køn, alder og sociale forhold. Udviklingen 2006-2010	76
Figur 3.3.S	Dagligrygere – kommuner. Udviklingen 2006-2010.	78
Figur 3.4.S	Dagligrygere – kroniske sygdomme. Udviklingen 2006-2010	80
Figur 3.5.S	Personer der bor sammen med børn 0-15 år, hvor der bliver røget indendørs i hjemmet hver dag – kommuner. Udviklingen 2006-2010	82

Alkohol

Figur 3.6.S	Tre former for risikabelt alkoholforbrug: rusdrikkeri, storforbrug og afhængighed. Udviklingen 2006 - 2010	85
Figur 3.7.S	Udbredelsen af risikabelt alkoholforbrug. Udviklingen 2006- 2010	85
Figur 3.8.S	Drikker 5+ genstande ved samme lejlighed en gang om ugen eller oftere – køn, alder og sociale forhold. Udviklingen 2006-2010	86

Figur 3.9.S	Ugentligt storforbrug af alkohol – køn, alder og sociale forhold. Udviklingen 2006-2010	88
Figur 3.10.S	Tegn på alkoholafhængighed (CAGE-C) – køn, alder og sociale forhold. Udviklingen 2006-2010	90
Figur 3.11.S	Mænd med mindst én af tre risikable former for alkoholforbrug – kommuner. Udviklingen 2006-2010.	92
Figur 3.12.S	Kvinder med mindst én af tre risikable former for alkoholforbrug – kommuner. Udviklingen 2006-2010.	94
Figur 3.13.S	Personer med mindst én af tre risikable former for alkoholforbrug – kroniske sygdomme. Udviklingen 2006-2010	96
Fysisk aktivitet		
Figur 3.14.S	Moderat fysisk aktiv i mindst 30 minutter om dagen – antal dage pr. uge. Udviklingen 2006-2010.	99
Figur 3.15.S	Dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden. Udviklingen 2006-2010	99
Figur 3.16.S	Andelen der dyrker regelmæssig motion i fritiden i forhold til antal dage med mindst 30 minutters moderat fysisk aktivitet. Udviklingen 2006-2010	99
Figur 3.17.S	Fysisk inaktive – køn, alder og sociale forhold. Udviklingen 2006-2010	100
Figur 3.18.S	Er moderat fysisk aktive 6-7 dage om ugen – køn, alder og sociale forhold. Udviklingen 2006-2010	102
Figur 3.19.S	Dyrker regelmæssig motion i fritiden – køn, alder og sociale forhold. Udviklingen 2006-2010	104
Figur 3.20.S	Fysisk inaktive – kommuner. Udviklingen 2006-2010	106
Figur 3.21.S	Er moderat fysisk aktive 6-7 dage om ugen – kommuner. Udviklingen 2006-2010	108
Figur 3.22.S	Dyrker regelmæssig motion i fritiden – kommuner. Udviklingen 2006-2010	110
Figur 3.23.S	Fysisk inaktive – kroniske sygdomme. Udviklingen 2006-2010	112
Figur 3.24.S	Er moderat fysisk aktiv 6-7 dage om ugen – kroniske sygdomme. Udviklingen 2006-2010.	114
Figur 3.25.S	Dyrker regelmæssig motion i fritiden – kroniske sygdomme. Udviklingen 2006-2010.	116
Kost		
Figur 3.26.S	Kostmønster. Udviklingen 2006-2010	119
Figur 3.27.S	Frugt. Udviklingen 2006-2010	120
Figur 3.28.S	Grønt. Udviklingen 2006-2010	120
Figur 3.29.S	Fisk. Udviklingen 2006-2010	120
Figur 3.30.S	Fedt. Udviklingen 2006-2010	120
Figur 3.31.S	Usundt kostmønster – køn, alder og sociale forhold. Udviklingen 2006-2010.	122
Figur 3.32.S	Sundt kostmønster – køn, alder og sociale forhold. Udviklingen 2006-2010	124
Figur 3.33.S	Usundt kostmønster – kommuner. Udviklingen 2006-2010	126
Figur 3.34.S	Sundt kostmønster – kommuner. Udviklingen 2006-2010	128
Figur 3.35.S	Usundt kostmønster – kroniske sygdomme. Udviklingen 2006-2010	130
Figur 3.36.S	Sundt kostmønster – kroniske sygdomme. Udviklingen 2006-2010	132

Overvægt		
Figur 3.37.S	Befolkningens fordeling på vægtklasser. Udviklingen 2006-2010 . . .	135
Figur 3.38.S	Moderat overvægt – køn, alder og sociale forhold. Udviklingen 2006-2010	136
Figur 3.39.S	Svær overvægt – køn, alder og sociale forhold. Udviklingen 2006-2010	138
Figur 3.40.S	Moderat overvægt – kommuner. Udviklingen 2006-2010	140
Figur 3.41.S	Svær overvægt – kommuner. Udviklingen 2006-2010	142
Figur 3.42.S	Moderat overvægt – kroniske sygdomme. Udviklingen 2006-2010	144
Figur 3.43.S	Svær overvægt – kroniske sygdomme. Udviklingen 2006-2010	146

Motivation og rådgivning

Rygning		
Figur 4.1.S	5-års rygestoprate. Udviklingen 2006-2010	153
Figur 4.2.S	Ønsker at stoppe med at ryge. Udviklingen 2006-20	154
Figur 4.3.S	Ønsker at stoppe med at ryge i forhold til tobaksforbrug. Udviklingen 2006-2010	154
Figur 4.4.S	Ønsker støtte og hjælp. Udviklingen 2006-2010	156
Figur 4.5.S	Ønsker støtte og hjælp i forhold til tobaksforbrug. Udviklingen 2006-2010	156
Figur 4.6.S	Råd fra lægen om rygestop. Udviklingen 2006-2010	158
Figur 4.7.S	Råd fra lægen om rygestop i forhold til tobaksforbrug. Udviklingen 2006-2010	158
Figur 4.8.S	Er det tilladt at ryge på din arbejdsplads? Udviklingen 2006-2010	160
Alkohol		
Figur 4.9.S	Ønske om nedsættelse af alkoholforbrug. Udviklingen 2006-2010	163
Figur 4.10.S	Ønske om nedsættelse af alkoholforbrug i forhold til risikabelt alkoholforbrug. Udviklingen 2006-2010	163
Figur 4.11.S	Råd fra lægen om nedsættelse af alkoholforbrug. Udviklingen 2006-2010	164
Figur 4.12.S	Råd fra lægen om nedsættelse af alkoholforbrug i forhold til risikabelt alkoholforbrug. Udviklingen 2006-2010	164
Fysisk aktivitet		
Figur 4.13.S	Ønsker at være mere fysisk aktiv. Udviklingen 2006-2010	167
Figur 4.14.S	Selv vurderet fysisk form. Udviklingen 2006-2010	167
Figur 4.15.S	Ønsker at være mere fysisk aktiv i forhold til antal dage med moderat fysisk aktivitet i mindst 30 minutter. Udviklingen 2006-2010	167
Figur 4.16.S	Ønsker at være mere fysisk aktiv i forhold til selv vurderet fysisk form. Udviklingen 2006-2010	167
Figur 4.17.S	Råd fra lægen om motion. Udviklingen 2006-2010	168
Figur 4.18.S	Råd fra lægen om motion i forhold til antal dage med moderat fysisk aktivitet i mindst 30 minutter. Udviklingen 2006-2010	168
Figur 4.19.S	Råd fra lægen om motion i forhold til selv vurderet fysisk form. Udviklingen 2006-2010	168
Kost		
Figur 4.20.S	Råd fra lægen om at ændre kostvaner. Udviklingen 2006-2010	171
Figur 4.21.S	Råd fra lægen om at ændre kostvaner i forhold til kostmønster. Udviklingen 2006-2010	171

Overvægt		
Figur 4.22.S	Ønsker at tabe sig. Udviklingen 2006-2010	173
Figur 4.23.S	Selvurderet vægt. Udviklingen 2006-2010.	173
Figur 4.24.S	Ønsker 'i høj grad' at tabe sig i forhold til vægtklasser. Udviklingen 2006-2010	173
Figur 4.25.S	Ønsker 'i høj grad' at tabe sig i forhold til selvurderet vægt. Udviklingen 2006-2010	174
Figur 4.26.S	Råd fra lægen om vægttab. Udviklingen 2006-2010	174
Figur 4.27.S	Råd fra lægen om vægttab i forhold til vægtklasser. Udviklingen 2006-2010	174
Figur 4.28.S	Råd fra lægen om vægttab i forhold til selvurderet vægt. Udviklingen 2006-2010	174

INDLEDNING

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

Formålet med sammenligningsbindet er, at man nemt kan danne sig et overblik over ændringer i sundhedstilstanden i de fire år, der er gået mellem *Hvordan har du det?* 2006 og *Hvordan har du det?* 2010.

Sammenligningsbindet består af en række figurer – såkaldte sammenligningsgrafer – ledsaget af en kort tekst. For en uddybende beskrivelse af de behandlede emner henvises til hovedrapporten, hvor man også finder litteraturhenvisninger.

I indledningen i hovedrapporten finder man desuden en beskrivelse af undersøgelsens metode, de benyttede statistiske procedurer, fremgangsmåden ved vægtning af data samt en oversigt over de personer, der har medvirket ved undersøgelsens gennemførelse.

Resultaterne fra *Hvordan har du det?* 2006 er tidligere offentliggjort i rapporten *Hvordan har du det? Sundhedsprofil for region og kommuner*. Tal fra denne rapport er anvendt i mange sammenhænge, fx kommunale sundhedsplaner. Man skal derfor være opmærksom på, at der i nærværende rapport er foretaget en omvægtning af data fra 2006. Derfor kan der forekomme mindre uoverensstemmelser mellem tallene i dette bind og den tidligere offentliggjorte sundhedsprofil. Begrundelsen for omvægtningen er beskrevet i indledningen til hovedrapporten.

Sammenligningsbindet indeholder følgende kapitler:

Helbred og sygdom. Kapitlet beskriver ændringen i selvvurderet helbred, muskel-skeletmerter og stress. Desuden beskrives udviklingen i forekomsten af kroniske sygdomme samt af multisygdom, det vil sige flere sygdomme samtidigt.

Sundhedsvaner. Kapitlet beskriver ændringer i befolkningens vaner med hensyn til kost, rygning, alkohol og motion – de såkaldte KRAM-faktorer. Desuden beskrives udviklingen i forekomsten af overvægt.

Motivation og rådgivning. Kapitlet beskriver udviklingen i befolkningens motivation for at ændre på sine sundhedsvaner. Desuden beskrives udviklingen i de praktiserende lægers rådgivning af borgerne i forhold til at holde op med at ryge, tabe sig, dyrke motion osv. Ændringer i rygestopraten og arbejdspladsernes rygeregler beskrives, herunder i hvilket omfang arbejdspladserne levede op til rygelovens minimumskrav før og efter lovens ikrafttræden.

Sundhedsprofilen beskriver sundhedstilstanden i den voksne befolkning i Region Midtjylland. Mere præcist omfatter den den del af befolkningen, der var:

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

på det tidspunkt, stikprøven til undersøgelsen i 2006 og 2010 blev udtrukket.

Ud over en sammenligning af udviklingen fra 2006 til 2010 for hele undersøgelsesbefolkningen er der foretaget sammenligninger af undergrupper opdelt efter:

- køn
- alder
- uddannelsesniveau
- ejerbolig/lejebolig
- samlivssituation
- børn i hjemmet 0-15 år
- personer i arbejde/ uden arbejde (25-64 år)

Desuden er udviklingen beskrevet i forhold til:

- kommuner
- kronisk syge opdelt i 17 sygdomsgrupper

Der er benyttet en ny branchekode i 2010, der på væsentlige punkter afviger fra branchekoden, der blev brugt i 2006, og det har derfor ikke været muligt at sammenligne udviklingen på brancheniveau.

HELBRED OG SYGDOM

UDVIKLINGEN 2006 TIL 2010

Oplevelsen af eget helbred og kronisk sygdom

I hovedrapporten beskrives befolkningens sundhed i Region Midtjylland ud fra tre vinkler:

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

I det følgende beskrives udviklingen på to af disse områder fra 2006 til 2010: Oplevelsen af eget helbred og forekomsten af langvarige sygdomme.

Udviklingen i fysisk, psykisk og social funktionsevne fra 2006 til 2010 gennemgås ikke, idet der kun er tale om små og ubetydelige ændringer i scoren på de otte skalaer i *Short Form 12 Health Survey (SF12)*.

Oplevelsen af eget helbred

Udviklingen i oplevelsen af eget helbred fra 2006 til 2010 omfatter selvvurderet helbred, smerter i muskler og skelet og stress.

Selvurderet helbred

Selvurderet helbred er en persons egen vurdering af sin helbredstilstand. Selvurderet helbred kan betragtes som personens opsummering af en række helbredsforhold, der ikke beskrives udtømmende ved symptomer, sygdomme og risikofaktorer.

Undersøgelser har dokumenteret, at personer med dårligt selvurderet helbred har en øget risiko for bl.a. tidlig død, kræft, hjertesygdomme, sygefravær, medicinbrug, forringet funktionsevne, arbejdsløshed, førtidspension og et øget forbrug af sundhedsydelser.

Menneskers egen vurdering af deres helbred er derfor et værdifuldt redskab, når man skal beskrive en befolknings sundhedstilstand.

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

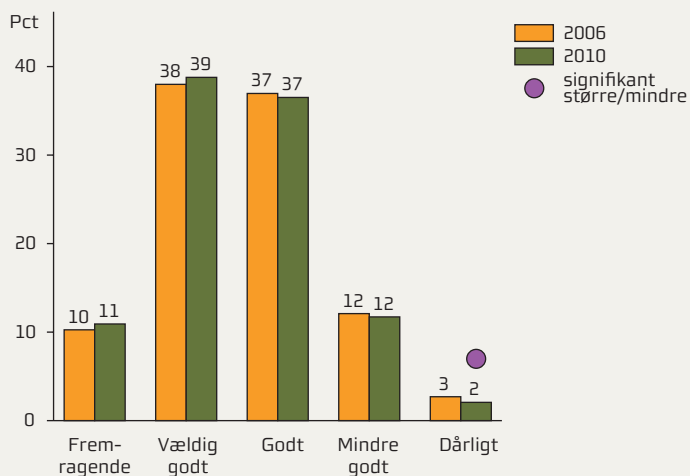
De tre første svarmuligheder betegnes i det følgende som 'godt helbred', mens de to sidste svarmuligheder betegnes som 'dårligt helbred'.

Figur 2.1.5 viser udviklingen i selvurderet helbred fra 2006 til 2010 i befolkningen som helhed.

Der er kun sket små ændringer i vurderingen af eget helbred fra 2006 til 2010. Der ses en svag tendens til en forbedring af det selvurderede helbred.

Den eneste statistisk signifikante ændring er en reduktion af andelen i den dårligste helbreds kategori fra 3 % til 2 %.

FIGUR 2.1.5
Dårligt selv vurderet helbred Udviklingen 2006-2010



Selvurderet helbred i forhold til køn, alder og sociale forhold

Figur 2.2.5 viser andelen med dårligt selvvurderet helbred i forhold til køn, alder og sociale forhold i 2006 og 2010.

Den generelle tendens til en forbedring af det selvvurderede helbred fra 2006 til 2010 er mest markant hos de grupper, der i 2006 havde den største andel med dårligt selvvurderet helbred.

Det gælder kvinder, ældre og personer med lavt uddannelsesniveau.

Der er signifikant færre med et dårligt selvvurderet helbred i 2010 i forhold til 2006 blandt:

- Personer i alderen 35-44 år og 65-74 år
- Personer med lavt uddannelsesniveau

Der er således sket en vis aldersmæssig og social udjævning med hensyn til selvvurderet helbred.

FIGUR 2.3.5
Dårligt selvvurderet helbred - kommuner. Udviklingen 2006-2010



Selvurderet helbred i kommunerne

Figur 2.3.5 viser udviklingen i andelen med dårligt selvvurderet helbred i kommunerne fra 2006 til 2010.

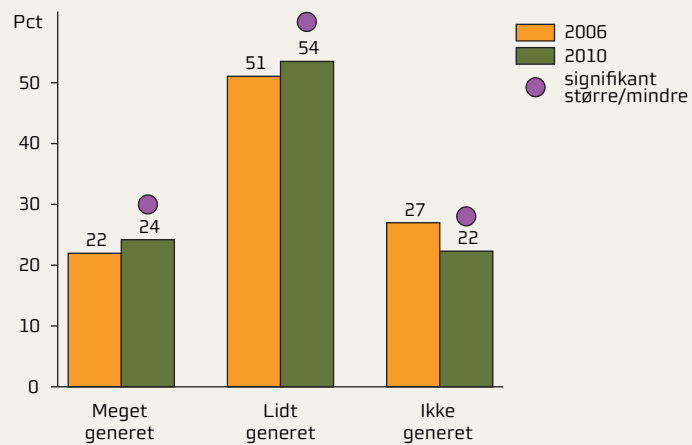
I hovedparten af kommunerne er der sket en lille forbedring i det selvvurderede helbred fra 2006 til 2010. Tendensen til forbedring ses i 15 af de 19 kommuner. Det er dog kun i to kommuner, at ændringen er statistisk signifikant, nemlig i:

- Holstebro
- Struer

I Holstebro er andelen med dårligt selvvurderet helbred faldet fra 17 % til 13 %, og i Struer er andelen med dårligt selvvurderet helbred faldet fra 17 % til 14 %.

FIGUR 2.4.5

Generet af smerter eller ubehag i muskler og skelet inden for de seneste 14 dage. Udviklingen 2006-2010



Muskel-skelet smerter

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

Ondt i ryggen og andre former for muskel-skelet besvær udgør en af de hyppigste årsager til kontakt med sundhedsvæsenet. Muskel-skelet lidelser er desuden en hyppig årsag til sygefravær.

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

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

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

Figur 2.4.5 viser, hvor mange, der har været generet af smerter i mindst et af de tre områder inden for de seneste 14 dage i henholdsvis 2006 og 2010.

I befolkningen som helhed er der sket en stigning fra 51 % til 54 % i andelen, der har været lidt generet, og fra 22 % til 24 % i andelen, der har været meget generet af muskel-skelet smerter. Ændringerne er statistisk signifikante.

Ændringerne er forskellige hos mænd og kvinder, idet der hos mænd især er sket en stigning i andelen, der har været lidt generet af muskel-skelet smerter, mens der hos kvinder er sket en stigning i andelen, der har været meget generet af muskel-skelet smerter.

FIGUR 2.5.5

Meget generet af smerter eller ubehag i muskler og skelet inden for de seneste 14 dage - køn, alder og sociale forhold. Udviklingen 2006-2010



Muskel-skeletmerter i forhold til køn, alder og sociale forhold

Figur 2.5.5 viser, hvor mange der har været generet af muskel-skeletmerter i forhold til køn, alder og sociale forhold i 2006 og 2010.

Der er sket en statistisk signifikant forøgelse af andelen, der har været meget generet af muskel-skeletmerter i følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 25-34 år og 44-54 år
- Personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau
- Personer der bor i ejerbolig
- Personer der er gift/samlevende
- Personer der ikke bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke er i arbejde

Den største stigning er sket blandt personer i den erhvervsaktive alder, der ikke er i arbejde. Her er andelen, der har været meget generet af muskel-skeletmerter i de seneste 14 dage, øget fra 31 % i 2006 til 37 % i 2010.

Desuden er der sket en markant stigning i den yngste aldersgruppe (25-34 år) fra 15 % til 19 % og blandt midaldrende (45-54 år) fra 23 % til 27%.

Kun i en enkelt gruppe er der sket et fald i andelen, der har været meget generet af muskel-skeletmerter i de seneste 14 dage, nemlig hos:

- Personer i alderen 65-74 år

Den forøgede forekomst af muskel-skeletmerter fordeler sig på en måde, så der samtidig er sket en vis aldersmæssig og social udjævning af forekomsten.

FIGUR 2.6.5

Meget generet af smerter eller ubehag i muskler og skelet inden for de seneste 14 dage - kommuner.
Udviklingen 2006-2010



Muskel-skeletsmerter i kommunerne

Figur 2.6.5 viser, hvor mange der har været generet af muskel-skeletsmerter opdelt på kommuner i 2006 og 2010.

Der er sket en forøgelse i andelen, der har været meget generet af muskel-skeletsmerter i de fleste kommuner. Ingen af ændringerne er dog statistisk signifikante.

Stress

Stress kan beskrives som en tilstand af kropslig og psykisk ubalance. Jo højere stressniveau, jo dårligere trivsel.

Stress er ikke nogen sygdom, men stress øger risikoen for fysisk og psykisk sygdom og forringet livskvalitet, især hvis det er en tilstand, der strækker sig over en længere periode. Stressniveauet er derfor et vigtigt barometer for psykisk sundhed.

Stressniveauet målt på Perceived Stress Scale

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

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

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

Man kan score fra 0 til 40 point på PSS. Jo højere score, jo højere grad af oplevet stress.

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

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

En undersøgelse af sammenhængen mellem stress og risikoen for langtidssygemelding viser, at risikoen stiger stejlt ved en PSS-score på 16 point og opefter.

Dette kan tages som en indikator for, at stress især udgør en risiko for helbredet i den femtedel af befolkningen, der har det højeste stressniveau.

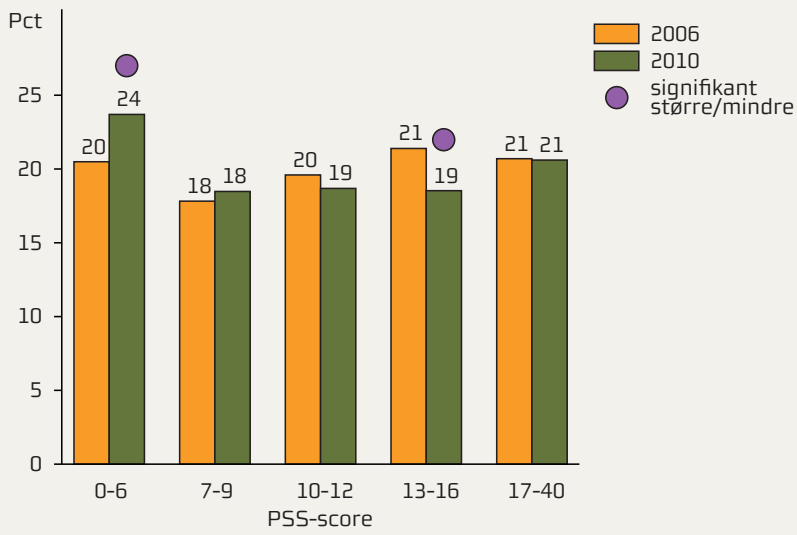
Figur 2.7.5 viser befolkningens stressniveau i 2006 og 2010.

Der er ikke sket nogen ændring i andelen med et højt stressniveau (17-40 point på PSS).

Der er sket statistisk signifikante ændringer i to kategorier: En større andel scorer 0-6 point på PSS og en mindre andel scorer 13-16 point i 2010 end i 2006.

Stressniveauet er således faldet en smule fra 2006 til 2010. Gennemsnittet for PSS er reduceret fra 11,8 til 11,5 (ikke vist). Reduktionen er statistisk signifikant, men bør næppe tillægges større betydning.

FIGUR 2.7.5
PSS-score. Udviklingen 2006-2010



FIGUR 2.8.5

Andel med højt stressniveau (PSS>16) - køn, alder og sociale forhold. Udviklingen 2006-2010

	År	Pct	Udviklingen 2006-2010	
			-	+
Alle	2010	21		
	2006	21		-0,1
Køn				
Mand	2010	17		
	2006	17		0,3
Kvinde	2010	24		
	2006	25		-0,5
Alder				
25-34	2010	22		
	2006	21		1
35-44	2010	21		
	2006	22		-1
45-54	2010	22		
	2006	20		1
55-64	2010	19		
	2006	18		1
65-74	2010	17		
	2006	20		-3
75-79	2010	22		
	2006	24		-2
Uddannelsesniveau				
Lavt	2010	30		
	2006	31		-1
Middel	2010	20		
	2006	20		-0,2
Højt	2010	16		
	2006	15		1
Bolig				
Ejer	2010	17		
	2006	17		0,1
Lejer	2010	31		
	2006	30		1
Samlivssituation				
Alene	2010	28		
	2006	28		0,1
Gift/samlevende	2010	18		
	2006	18		-1
Børn i hjemmet 0-15 år				
Ingen børn	2010	20		
	2006	19		1
Børn	2010	20		
	2006	21		-1
Arbejde (25-64 år)				
I arbejde	2010	17		
	2006	16		1
Ikke i arbejde	2010	36		
	2006	34		2

Stress i forhold til køn, alder og sociale forhold

Der er ikke sket statistisk signifikante ændringer i andelen med et højt stressniveau (17-40 point på PSS) fra 2006 til 2010 i de enkelte grupperinger, når befolkningen opdeles på køn, alder og sociale forhold.

Der ses en tendens til, at der er lidt færre med et højt stressniveau blandt den ældre del af befolkningen (65-79 år), mens der er lidt flere med et højt stressniveau hos personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år). Tendensen er ikke statistisk signifikant.

FIGUR 2.9.5
Andel med højt stressniveau (PSS>16) - kommuner. Udviklingen 2006-2010



Stress i kommunerne

Der er kun sket små ændringer i kommunerne i andelen med højt stressniveau fra 2006 til 2010.

Ingen af ændringerne er statistisk signifikante.

Kronisk sygdom

Forekomsten af langvarige, eller som de benævnes i det følgende, kroniske sygdomme er et væsentligt element i beskrivelsen af sundhedstilstanden. Det gælder både set fra en borgersynsvinkel, da kroniske sygdomme ofte opleves som en belastning i dagligdagen, og set fra sundhedsvæsnets side, idet det skønnes, at 70-80 % af sundhedsvæsnets ressourcer bruges på kroniske sygdomme.

Det er derfor også vigtigt at beskrive ændringer i forekomsten af nogle af de mest udbredte kroniske sygdomme.

Hvordan har du det? indeholdt i 2010 oplysninger om forekomsten af 18 kroniske sygdomme. Som noget nyt blev der i 2010 stillet separate spørgsmål om forekomsten af slidgigt og leddegigt. I 2006 blev der spurgt om slidgigt og leddegigt i ét spørgsmål. Af hensyn til sammenligneligheden er slidgigt og leddegigt i det følgende slået sammen til én sygdom i 2010, således at analysen omfatter i alt 17 kroniske sygdomme. Dette er ligeledes gjort i sammenligningsrapportens øvrige kapitler.

De 17 sygdomme er inddelt i syv *potentielt livstruende kroniske sygdomme*, og 10 *ikke-livstruende kroniske sygdomme*.

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

Ved hver sygdom er der spurgt, om man har sygdommen nu, eller om man har haft den tidligere. Hvis man har haft den tidligere, er der spurgt til, om man fortsat har eftervirkninger af sygdommen.

I det følgende er aktuel sygdom og eftervirkninger slået sammen. Der skelnes således mellem personer, der ikke har sygdommen, og personer, der har sygdommen/har eftervirkninger af sygdommen.

Forekomsten af 17 kroniske sygdomme

Der er generelt sket en forøgelse i forekomsten af kronisk sygdom. Otte ud af de 17 sygdomme, der var med i undersøgelsen i 2006, forekommer hyppigere i 2010, mens der ikke er sket nogen statistisk signifikant ændring i forekomsten af de øvrige sygdomme. Se figur 2.10.S.

Størst er forøgelsen ved forhøjet blodtryk, som er øget fra 14 % til 19 %, slidgigt/leddegigt, som er forøget fra 19 % til 22 % og allergi, som er forøget fra 17 % til 18 %.

Der er sket en signifikant forøgelse i forekomsten af følgende sygdomme:

- Forhøjet blodtryk
- Blodprop i hjertet
- Sukkersyge
- Allergi
- Slidgigt, leddegigt
- Knogleskørhed
- Tinnitus
- Grå stær

En uddybende analyse viser, at ændringer i befolkningens alders- og kønsfordeling fra 2006 til 2010 kun forklarer en lille del af den øgede sygelighed (ikke vist).

Det er vigtigt at være opmærksom på, at forøgelsen i den rapporterede forekomst af sygdom både kan skyldes, at der er sket en forøgelse af sygeligheden, og at en større andel af sygdomstilfældene diagnosticeres, fx som følge af en mere intensiv diagnosticeringsindsats i almen praksis eller på hospitalerne.

FIGUR 2.10.5

Forekomsten af kroniske sygdomme i Region Midtjylland (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010

	År Pct		Udviklingen 2006-2010	
	-	+	-	+
Hjerte-kar				
Forhøjet blodtryk	2010	19	4	■
	2006	14		
Hjertekrampe	2010	1,9	0	
	2006	1,9		
Blodprop i hjertet	2010	1,3	0,3	
	2006	1,0		
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2010	1,5	0,1	
	2006	1,4		
Sukkersyge				
	2010	5	0,9	
	2006	4		
Kræft				
	2010	2	0,7	
	2006	1,6		
Luftveje				
Bronkitis, for store lunger, rygerlunger	2010	4	-0,1	
	2006	4		
Asthma	2010	7	0,1	
	2006	7		
Allergi				
	2010	18	1	■
	2006	17		
Muskel-skelet				
Slidgigt, leddegigt	2010	22	3	■
	2006	19		
Knogleskørhed	2010	3	0,8	
	2006	2		
Diskusprolaps, ryg sygdom	2010	13	0,0	
	2006	13		
Psykiske lidelser				
Forbigående psykiske lidelser	2010	12	0,6	
	2006	11		
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	2010	3	-0,1	
	2006	3		
Nervesystem og sansorganer				
Migræne, hyppig hovedpine	2010	14	-0,3	
	2006	15		
Tinnitus	2010	11	1	■
	2006	10		
Grå stær	2010	3	0,7	
	2006	2		

■ Signifikant større/mindre
 Tal markeret med **fed**: signifikant flere/færre

TABEL 2.1.5

Kommunernes rangorden i forhold til sygdomsbelastning i 2010 og 2006. Rangordningen er baseret på forekomsten af 17 kroniske sygdomme i 2006 og 18 kroniske sygdomme i 2010, idet slidgigt og leddegigt her er opgjort som separate sygdomme

	Rang 2010	Rang 2006
Mindste sygdomsbelastning	1 Hedensted	1 Viborg
	2 Skanderborg	2 Ringkøbing-Skjern
	3 Favrskov	3 Skanderborg
	4 Viborg	4 Århus
	5 Århus	5 Hedensted
	6 Silkeborg	6 Ikast-Brande
	7 Ikast-Brande	7 Odder
	8 Holstebro	8 Holstebro
	9 Odder	9 Favrskov
	10 Samsø	10 Silkeborg
	11 Ringkøbing-Skjern	11 Herning
	12 Norddjurs	12 Horsens
	13 Herning	13 Syddjurs
	14 Struer	14 Skive
Største sygdomsbelastning	15 Skive	15 Lemvig
	16 Randers	16 Samsø
	17 Horsens	17 Norddjurs
	18 Syddjurs	18 Randers
	19 Lemvig	19 Struer

Sygdomsbelastning i kommunerne

Der er foretaget en rangordning af kommunerne i forhold til forekomsten af kroniske sygdomme i 2006 og 2010.

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

En placering i toppen af tabellen er ensbetydende med en lavere sygdomsbelastning end i de øvrige kommuner, mens en placering i bunden af tabellen er ensbetydende med en større sygdomsbelastning.

Kommunernes placering på rangstigen for sygdomsbelastning i 2006 og 2010 ses i tabel 2.1.5.

Der er en ret høj grad af overensstemmelse mellem kommunernes placering på rangstigen for sygdomsbelastning i 2006 og 2010.

Den største forandring er sket i Ringkøbing-Skjern, som er gået fra en placering som nr. 2 til nr. 11, det vil sige fra en placering med en relativt lav til en relativt høj sygdomsbelastning.

Ringkøbing-Skjern er den eneste kommune, der fra 2006 til 2010 har krydset midterlinjen, der adskiller den mindst belastede halvdel fra den mest belastede halvdel af kommunerne.

Sygdomsprofiler for kommunerne

Der er generelt sket en forøgelse af sygdomsbyrden i kommunerne. Der er en statistisk signifikant forøgelse af en eller flere sygdomme i 12 af de 19 kommuner.

I ingen af kommunerne er der en signifikant lavere forekomst af enkelte sygdomme i 2010 sammenlignet med 2006.

Især er forekomsten af forhøjet blodtryk forøget. Af i alt 19 signifikante forøgelser af sygdomme i kommunerne er ni af dem en forøget forekomst af forhøjet blodtryk.

Der er sket en statistisk signifikant forøgelse i forekomsten af følgende sygdomme i nedennævnte kommuner.

Forhøjet blodtryk:

- Herning
- Holstebro
- Horsens
- Odder
- Randers
- Skanderborg
- Skive
- Struer
- Syddjurs

Hjertekrampe:

- Horsens

Hjerneblødning/blodprop i hjernen:

- Favrskov

Sukkersyge:

- Horsens
- Struer

Kræft:

- Horsens
- Silkeborg

Slidgigt/leddegigt:

- Ringkøbing-Skjern
- Silkeborg
- Syddjurs

Knogleskørhed:

- Silkeborg

Grå stær:

- Herning

FIGUR 2.11.5.A
Forekomsten af kroniske sygdomme i Favrskov (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010



FIGUR 2.11.S.B

Forekomsten af kroniske sygdomme i Hedensted (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010

	År	Pct	Udviklingen 2006-2010	
			-	+
Hjerte-kar				
Forhøjet blodtryk	2010	19	■	4
	2006	15		
Hjertekrampe	2010	3	■	1
	2006	2		
Blodprop i hjertet	2010	0,6	■	-0,1
	2006	0,6		
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2010	0,8	■	-0,0
	2006	0,9		
Sukkersyge				
	2010	4	■	0,8
	2006	4		
Kræft				
	2010	1,8	■	-1
	2006	3		
Luftveje				
Bronkitis, for store lunger, rygerlunger	2010	4	■	-1,1
	2006	5		
Asthma	2010	6	■	0,2
	2006	6		
Allergi				
	2010	16	■	1
	2006	15		
Muskel-skelet				
Slidgigt, leddegigt	2010	22	■	3
	2006	19		
Knogleskørhed	2010	3	■	1
	2006	2		
Diskusprolaps, rygsygdom	2010	13	■	2
	2006	11		
Psykiske lidelser				
Forbigående psykiske lidelser	2010	9	■	-0,8
	2006	10		
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	2010	2	■	-2
	2006	4		
Nervesystem og sanseorganer				
Migræne, hyppig hovedpine	2010	15	■	-0,7
	2006	15		
Tinnitus	2010	12	■	2
	2006	10		
Grå stær	2010	3	■	1
	2006	2		

FIGUR 2.11.5.C


Forekomsten af kroniske sygdomme i Herning (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010



FIGUR 2.11.S.D

Forekomsten af kroniske sygdomme i Holstebro (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010

	År	Pct	Udviklingen 2006-2010	
			-	+
Hjerte-kar				
Forhøjet blodtryk	2010	20	6	
	2006	14		
Hjertekrampe	2010	2	1	
	2006	1,1		
Blodprop i hjertet	2010	1,7	1	
	2006	0,6		
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2010	1,3	-0,1	
	2006	1,4		
Sukkersyge				
	2010	4	-0,2	
	2006	4		
Kræft				
	2010	1,7	-0,1	
	2006	1,8		
Luftveje				
Bronkitis, for store lunger, rygerlunger	2010	4	-0,1	
	2006	4		
Astma	2010	7	0,1	
	2006	7		
Allergi				
	2010	17	2	
	2006	15		
Muskel-skelet				
Slidgigt, leddegigt	2010	23	2	
	2006	20		
Knogleskørhed	2010	3	0,5	
	2006	2		
Diskusprolaps, rygsygdom	2010	12	0,6	
	2006	12		
Psykiske lidelser				
Forbigående psykiske lidelser	2010	11	-0,4	
	2006	11		
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	2010	3	-0,6	
	2006	4		
Nervesystem og sanseorganer				
Migræne, hyppig hovedpine	2010	15	1	
	2006	14		
Tinnitus	2010	11	-0,7	
	2006	12		
Grå stær	2010	4	1	
	2006	3		

 Signifikant større/mindre

FIGUR 2.11.5.E

Forekomsten af kroniske sygdomme i Horsens (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010

Udviklingen 2006-2010		År	Pct	-	+
Hjerte-kar					
Forhøjet blodtryk	2010 2006	21 16		6	
Hjertekrampe	2010 2006	3 1,3		2	
Blodprop i hjertet	2010 2006	1,6 1,0		0,7	
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2010 2006	1,7 2		-0,6	
Sukkersyge					
	2010 2006	6 4		1	
Kræft					
	2010 2006	2 0,6		2	
Luftveje					
Bronchitis, for store lunger, rygerlunger	2010 2006	5 4		0,2	
Astma	2010 2006	7 6		0,8	
Allergi					
	2010 2006	18 15		3	
Muskel-skelet					
Slidgigt, leddegigt	2010 2006	21 19		3	
Knogleskørhed	2010 2006	3 2		0,5	
Diskusprolaps, rygsygdom	2010 2006	14 12		2	
Psykiske lidelser					
Forbigående psykiske lidelser	2010 2006	12 12		-0,5	
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	2010 2006	3 2		1	
Nervesystem og sanseorganer					
Migræne, hyppig hovedpine	2010 2006	15 16		-2	
Tinnitus	2010 2006	11 9		3	
Grå stær	2010 2006	2 2		0,4	

Signifikant større/mindre

FIGUR 2.11.S.F

Forekomsten af kroniske sygdomme i Ikast-Brande (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010

	År	Pct	Udviklingen 2006-2010	
			-	+
Hjerte-kar				
Forhøjet blodtryk	2010	18		
	2006	15		3
Hjertekrampe	2010	1,2		
	2006	1,9		-0,7
Blodprop i hjertet	2010	1,2		
	2006	0,6		0,6
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2010	1,2		
	2006	1,8		-0,7
Sukkersyge				
	2010	5		
	2006	4		0,7
Kræft				
	2010	2		
	2006	2		0,6
Luftveje				
Bronchitis, for store lunger, rygerlunger	2010	5		
	2006	5		0,6
Astma	2010	7		
	2006	6		0,5
Allergi				
	2010	17		
	2006	14		3
Muskel-skelet				
Slidgigt, leddegigt	2010	22		
	2006	21		0,6
Knogleskørhed	2010	3		
	2006	3		0,7
Diskusprolaps, rygsygdom	2010	12		
	2006	13		-1
Psykiske lidelser				
Forbigående psykiske lidelser	2010	10		
	2006	9		0,3
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	2010	2		
	2006	3		-0,8
Nervesystem og sanseorganer				
Migræne, hyppig hovedpine	2010	16		
	2006	16		0,1
Tinnitus	2010	11		
	2006	9		2
Grå stær	2010	3		
	2006	2		0,8

FIGUR 2.11.5.G

Forekomsten af kroniske sygdomme i Lemvig (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010



FIGUR 2.11.S.H

Forekomsten af kroniske sygdomme i Norddjurs (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010

	År	Pct	Udviklingen 2006-2010	
			-	+
Hjerte-kar				
Forhøjet blodtryk	2010	19	3	■
	2006	16		
Hjertekrampe	2010	2	0,4	
	2006	2		
Blodprop i hjertet	2010	1,8	1	■
	2006	0,8		
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2010	2	1	■
	2006	1,1		
Sukkersyge				
	2010	6	1	■
	2006	5		
Kræft				
	2010	2	0	
	2006	2		
Luftveje				
Bronkitis, for store lunger, rygerlunger	2010	3	-1	■
	2006	5		
Astma	2010	8	0,2	
	2006	8		
Allergi				
	2010	16	-0,1	
	2006	16		
Muskel-skelet				
Slidgigt, leddegigt	2010	23	1	■
	2006	21		
Knogleskørhed	2010	3	-0,4	
	2006	3		
Diskusprolaps, rygsygdom	2010	13	-1	■
	2006	14		
Psykiske lidelser				
Forbigående psykiske lidelser	2010	13	1	■
	2006	11		
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	2010	2	-0,6	
	2006	3		
Nervesystem og sanseorganer				
Migræne, hyppig hovedpine	2010	14	-0,7	
	2006	15		
Tinnitus	2010	13	1	■
	2006	12		
Grå stær	2010	4	0,2	
	2006	4		

FIGUR 2.11.5.I

Forekomsten af kroniske sygdomme i Odder (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010



FIGUR 2.11.S.J

Forekomsten af kroniske sygdomme i Randers (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010



FIGUR 2.11.5.K

Forekomsten af kroniske sygdomme i Ringkøbing-Skjern (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010



FIGUR 2.11.S.L

Forekomsten af kroniske sygdomme i Samsø (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010

	År	Pct	Udviklingen 2006-2010	
			-	+
Hjerte-kar				
Forhøjet blodtryk	2010	20		-4
	2006	25		
Hjertekrampe	2010	0,9		-1
	2006	2		
Blodprop i hjertet	2010	2		1
	2006	1,0		
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2010	2		0
	2006	2		
Sukkersyge				
	2010	5		0,4
	2006	5		
Kræft				
	2010	3		0,8
	2006	2		
Luftveje				
Bronchitis, for store lunger, rygerlunger	2010	5		0,6
	2006	5		
Asthma	2010	5		-0,6
	2006	5		
Allergi				
	2010	13		-0,6
	2006	13		
Muskel-skelet				
Slidgigt, leddegigt	2010	29		5
	2006	24		
Knogleskørhed	2010	2		-0,3
	2006	3		
Diskusprolaps, rygsygdom	2010	15		0,5
	2006	14		
Psykiske lidelser				
Forbigående psykiske lidelser	2010	16		6
	2006	10		
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	2010	3		-2
	2006	5		
Nervesystem og sanseorganer				
Migræne, hyppig hovedpine	2010	12		-3
	2006	15		
Tinnitus	2010	14		2
	2006	12		
Grå stær	2010	3		-0,7
	2006	4		

FIGUR 2.11.5.M
Forekomsten af kroniske sygdomme i Silkeborg (aktuel sygdom og eftervirkninger) Udviklingen 2006-2010



FIGUR 2.11.S.N

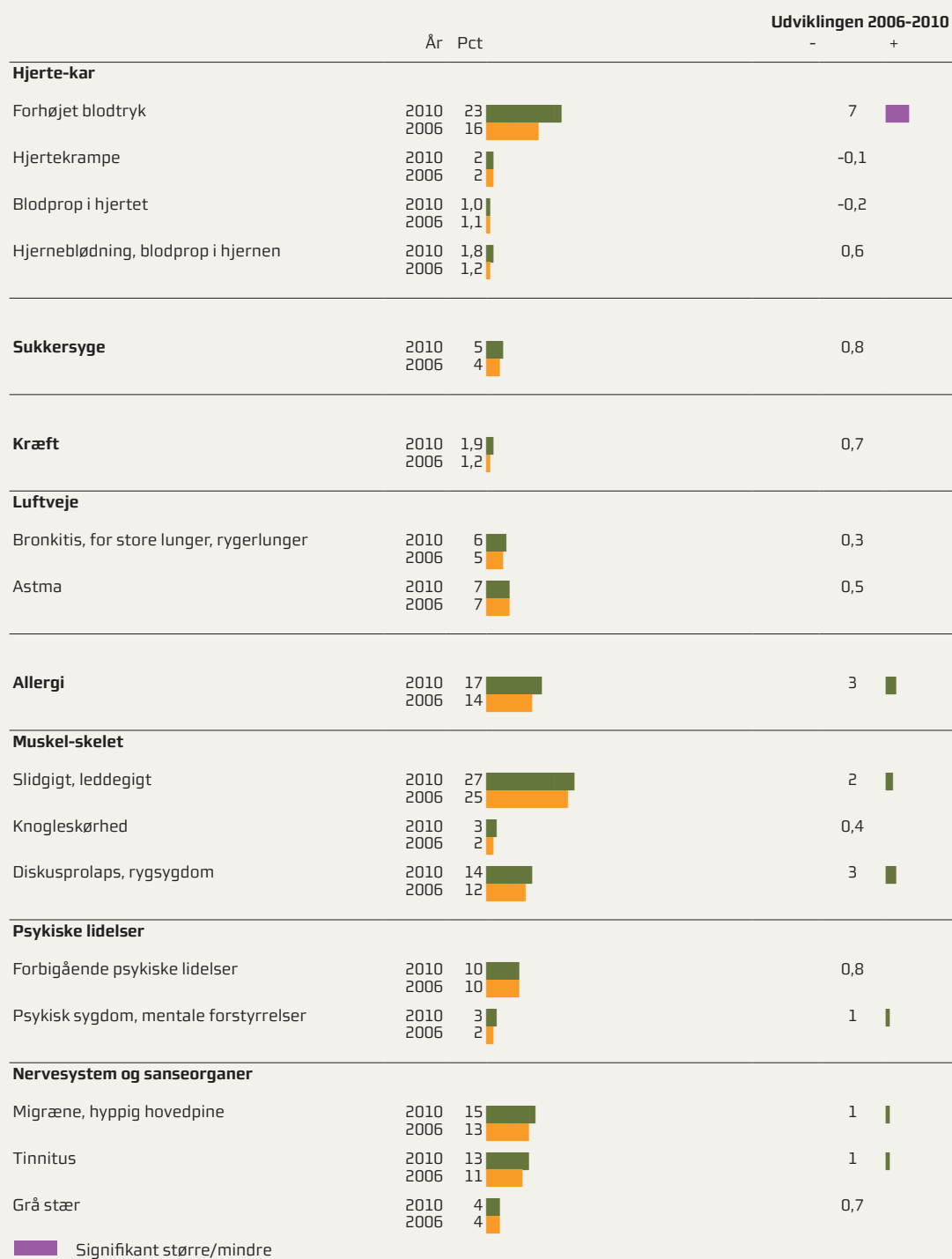
Forekomsten af kroniske sygdomme i Skanderborg (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010

	År Pct		Udviklingen 2006-2010	
	-	+	-	+
Hjerte-kar				
Forhøjet blodtryk	2010 2006	18 11		6
Hjertekrampe	2010 2006	1,0 1,3		-0,3
Blodprop i hjertet	2010 2006	0,8 0,7		0,1
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2010 2006	1,3 1,2		0,0
Sukkersyge				
	2010 2006	4 3		0,9
Kræft				
	2010 2006	3 2		0,4
Luftveje				
Bronkitis, for store lunger, rygerlunger	2010 2006	4 5		-0,3
Astma	2010 2006	6 6		-0,7
Allergi				
	2010 2006	20 18		1
Muskel-skelet				
Slidgigt, leddegigt	2010 2006	20 16		3
Knogleskørhed	2010 2006	3 2		1
Diskusprolaps, rygsygdom	2010 2006	13 13		0,5
Psykiske lidelser				
Forbigående psykiske lidelser	2010 2006	10 10		0,3
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	2010 2006	1,8 2		-0,6
Nervesystem og sanseorganer				
Migræne, hyppig hovedpine	2010 2006	14 16		-2
Tinnitus	2010 2006	11 10		1
Grå stær	2010 2006	2 3		-0,9

■ Signifikant større/mindre

FIGUR 2.11.5.0

Forekomsten af kroniske sygdomme i Skive (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010



FIGUR 2.11.S.P

Forekomsten af kroniske sygdomme i Struer (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010



FIGUR 2.11.5.Q

Forekomsten af kroniske sygdomme i Syddjurs (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010



FIGUR 2.11.S.R

Forekomsten af kroniske sygdomme i Viborg (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010

	År Pct		Udviklingen 2006-2010	
	-	+	-	+
Hjerte-kar				
Forhøjet blodtryk	2010 16	2006 14	2	
Hjertekrampe	2010 1,2	2006 1,3	-0,2	
Blodprop i hjertet	2010 1,0	2006 0,7	0,3	
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2010 1,2	2006 0,7	0,5	
Sukkersyge				
	2010 4	2006 4	0	
Kræft				
	2010 3	2006 1,4	1	
Luftveje				
Bronkitis, for store lunger, rygerlunger	2010 3	2006 5	-2	
Astma	2010 7	2006 5	1	
Allergi				
	2010 17	2006 15	2	
Muskel-skelet				
Slidgigt, leddegigt	2010 23	2006 20	3	
Knogleskørhed	2010 3	2006 3	0,1	
Diskusprolaps, rygsygdom	2010 12	2006 13	-1	
Psykiske lidelser				
Forbigående psykiske lidelser	2010 11	2006 11	0,1	
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	2010 2	2006 4	-2	
Nervesystem og sanseorganer				
Migræne, hyppig hovedpine	2010 15	2006 13	3	
Tinnitus	2010 12	2006 9	3	
Grå stær	2010 3	2006 1,9	1	

FIGUR 2.11.S.5

Forekomsten af kroniske sygdomme i Århus (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010

	År		Udviklingen 2006-2010	
	Pct		-	+
Hjerte-kar				
Forhøjet blodtryk	2010 2006	16 14	2	
Hjertekrampe	2010 2006	1,6 2	-0,7	
Blodprop i hjertet	2010 2006	1,0 0,9	0	
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2010 2006	1,2 1,4	-0,2	
Sukkersyge				
	2010 2006	4 4	0,3	
Kræft				
	2010 2006	2 2	0,1	
Luftveje				
Bronkitis, for store lunger, rygerlunger	2010 2006	3 4	-0,3	
Astma	2010 2006	7 7	-0,4	
Allergi				
	2010 2006	21 20	1	
Muskel-skelet				
Slidgigt, leddegigt	2010 2006	20 18	2	
Knogleskørhed	2010 2006	3 3	0,7	
Diskusprolaps, rygsygdom	2010 2006	12 12	-0,4	
Psykiske lidelser				
Forbigående psykiske lidelser	2010 2006	14 13	1	
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	2010 2006	4 4	-0,3	
Nervesystem og sanseorganer				
Migræne, hyppig hovedpine	2010 2006	13 15	-2	
Tinnitus	2010 2006	10 9	1	
Grå stær	2010 2006	2 2	0,1	

Kroniske sygdomme i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau

Som det fremgår af hovedrapporten, er der betydelige forskelle i forekomsten af de 18 kroniske sygdomme, der indgår i *Hvordan har du det?* 2010 i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau.

I det følgende beskrives udviklingen i forekomsten af kroniske sygdomme fra 2006 til 2010. Ligesom i det foregående er slidgigt og leddegigt i 2010 slået sammen til en sygdom af hensyn til sammenligneligheden med *Hvordan har du det?* 2006.

Der er foretaget en analyse, hvor alle tre variable er inddraget på én gang. Forekomsten hos mænd og kvinder i de forskellige aldersgrupper kan ses i figur 2.12.S og i forhold til uddannelsesniveau i figur 2.13.S.

Som tidligere nævnt forekommer otte ud af de 17 sygdomme, der var med i undersøgelsen i 2006, hyppigere i 2010.

Den største forøgelse er sket ved følgende fem sygdomme i den nævnte rækkefølge: Forhøjet blodtryk, slidgigt/leddegigt, allergi, tinnitus og sukkersyge.

Ser man på forøgelsen i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau, kan følgende bemærkes:

Forhøjet blodtryk. Både hos mænd og kvinder er den største forøgelse i forekomsten af forhøjet blodtryk sket i de ældste aldersgrupper.

Der er sket en statistisk signifikant forøgelse i andelen med forhøjet blodtryk på alle uddannelsesniveauer.

Stigningen har været størst hos personer med lavt uddannelsesniveau og mindst blandt personer med højt uddannelsesniveau.

Den sociale forskel i forekomsten af forhøjet blodtryk er således forøget, idet der er en forskel mellem laveste og højeste uddannelsesniveau på 6 procentpoint i 2010 mod 2 procentpoint i 2006.

Slidgigt/leddegigt. Forekomsten af slidgigt/leddegigt synes især at være forøget blandt mænd i de ældste aldersgrupper.

Der er sket en statistisk signifikant forøgelse i andelen med slidgigt/leddegigt blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau.

Relativt er den sociale forskel i forekomsten af slidgigt/leddegigt derfor en smule mindre i 2010 end i 2006. Der er imidlertid sket en stigning på alle tre uddannelsesniveauer i forekomsten af slidgigt/leddegigt, og den

absolutte forskel mellem højeste og laveste uddannelsesniveau er som følge heraf uændret.

Allergi. Der synes at være sket en forøgelse i forekomsten af allergi blandt yngre mænd. Ændringen er ikke statistisk signifikant.

Både i 2006 og 2010 var forekomsten af allergi størst hos personer med et højt uddannelsesniveau. Forskellen i forekomsten af allergi mellem højeste og laveste uddannelsesniveau er stort set uændret.

Tinnitus. Forekomsten af tinnitus synes at være øget blandt den ældre del af befolkningen.

Sukkersyge. Forekomsten af sukkersyge synes at være øget blandt ældre mænd.

Uddannelsesniveau og sygelighed. Set under ét er der en svag tendens til, at forskellen i sygelighed mellem laveste og højeste uddannelsesniveau er øget fra 2006 til 2010. Ved otte af de 17 sygdomme er den absolutte forskel – det vil sige forskellen i procentpoint – øget, ved syv sygdomme er den uændret og ved to sygdomme er den mindsket.

Multisygdom. Multisygdom defineres som forekomsten af to eller flere kroniske sygdomme samtidigt hos den samme person. Mange mennesker med kronisk sygdom er multisyge.

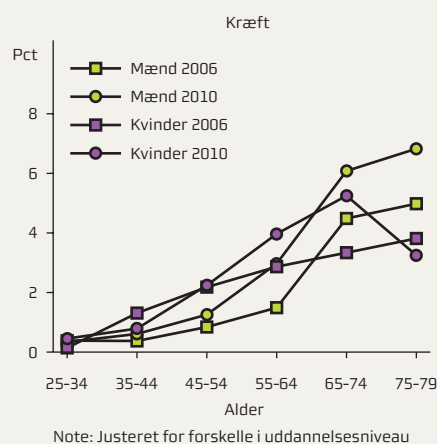
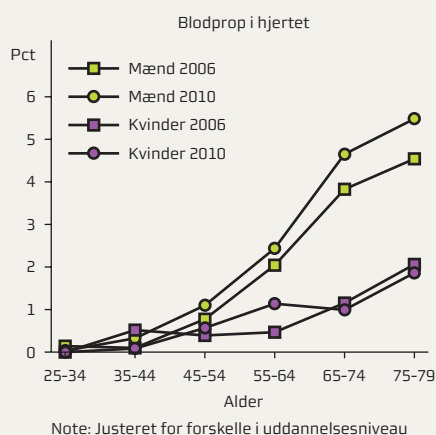
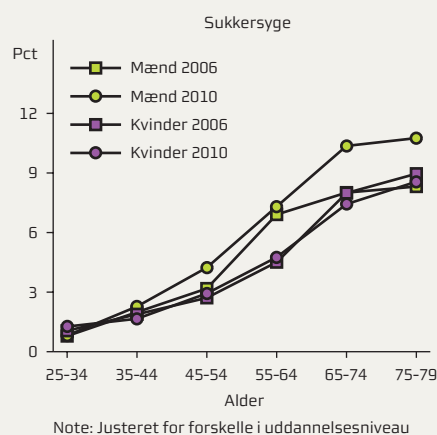
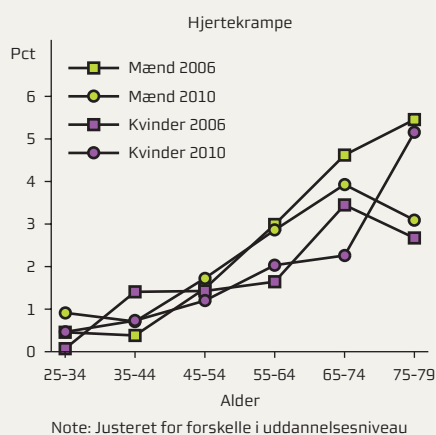
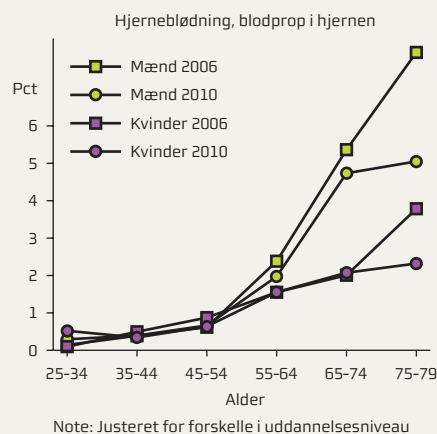
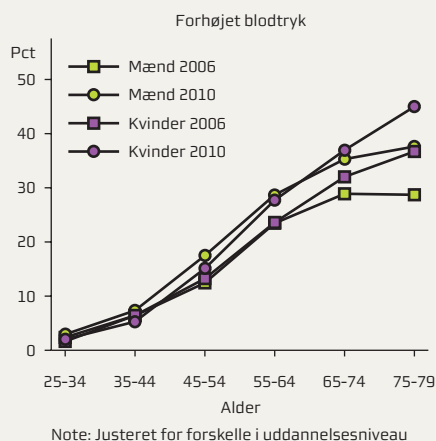
Undersøgelser viser, at personer med multisygdom har forhøjet dødelighed, forøget risiko for indlæggelse på hospital og for at indlæggelsen bliver af længere varighed. De har desuden nedsat livskvalitet, nedsat fysisk funktionsevne og forøget risiko for at lide af depression.

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

Forekomsten af multisygdom er opgjort på baggrund af de 17 kroniske sygdomme, der indgår *Hvordan har du det?* i både 2006 og 2010.

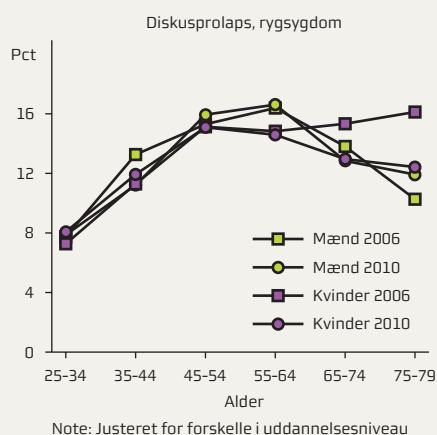
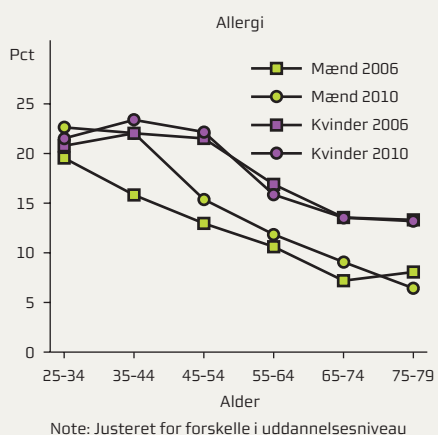
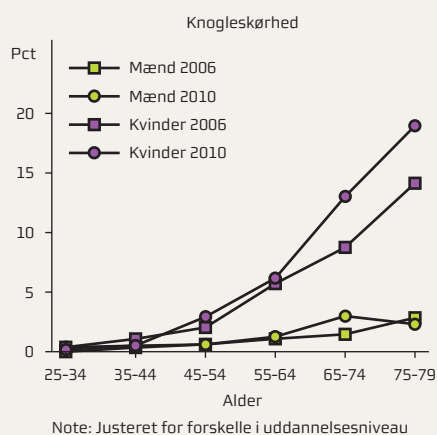
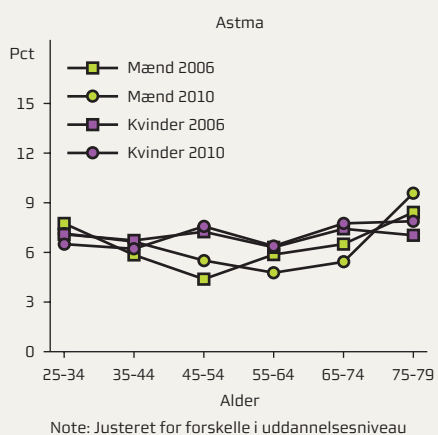
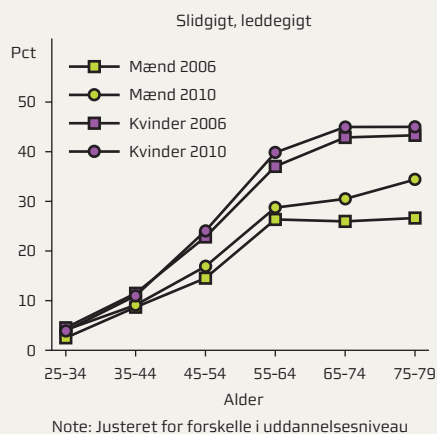
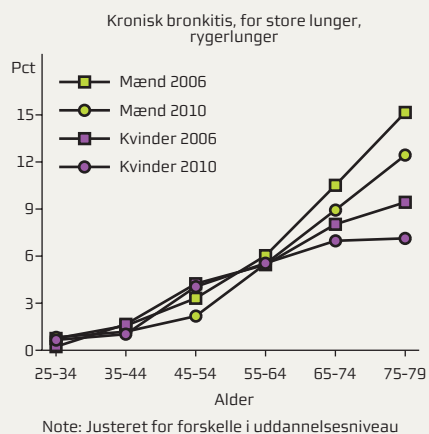
Bemærk at tallene for 2010 i figur 2.14.S-2.16.S derfor ikke kan sammenlignes med hovedrapportens tal vedrørende multisygdom figur 2.27-2.37, idet opgørelsen dér bygger på 18 kroniske sygdomme (slidgigt og leddegigt er opgjort som separate sygdomme).

FIGUR 2.12.5
Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) - køn og alder. Udviklingen 2006-2010



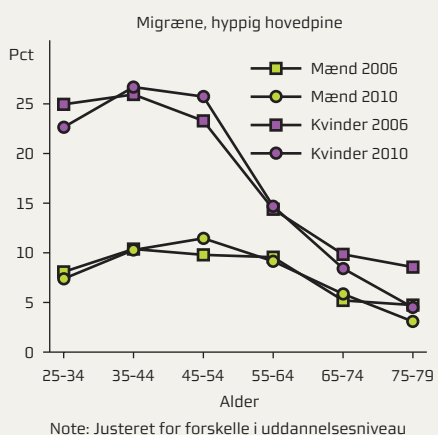
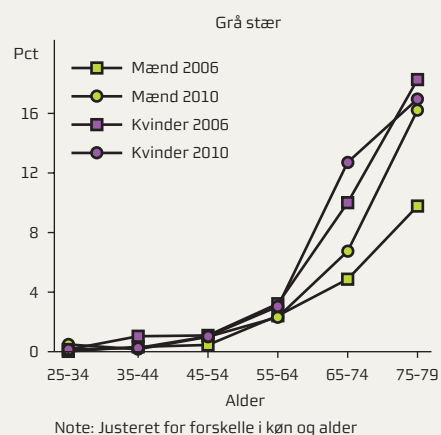
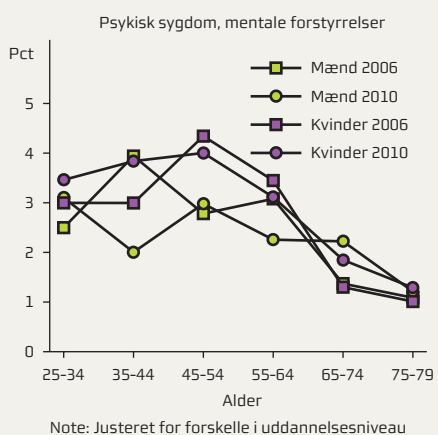
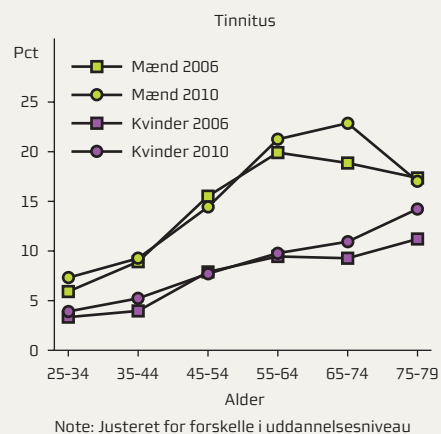
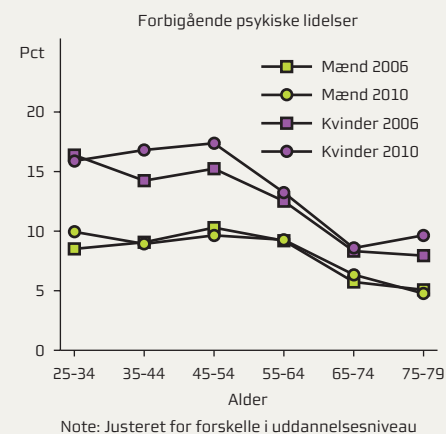
FIGUR 2.12.5 FORTSAT

Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) - køn og alder. Udviklingen 2006-2010



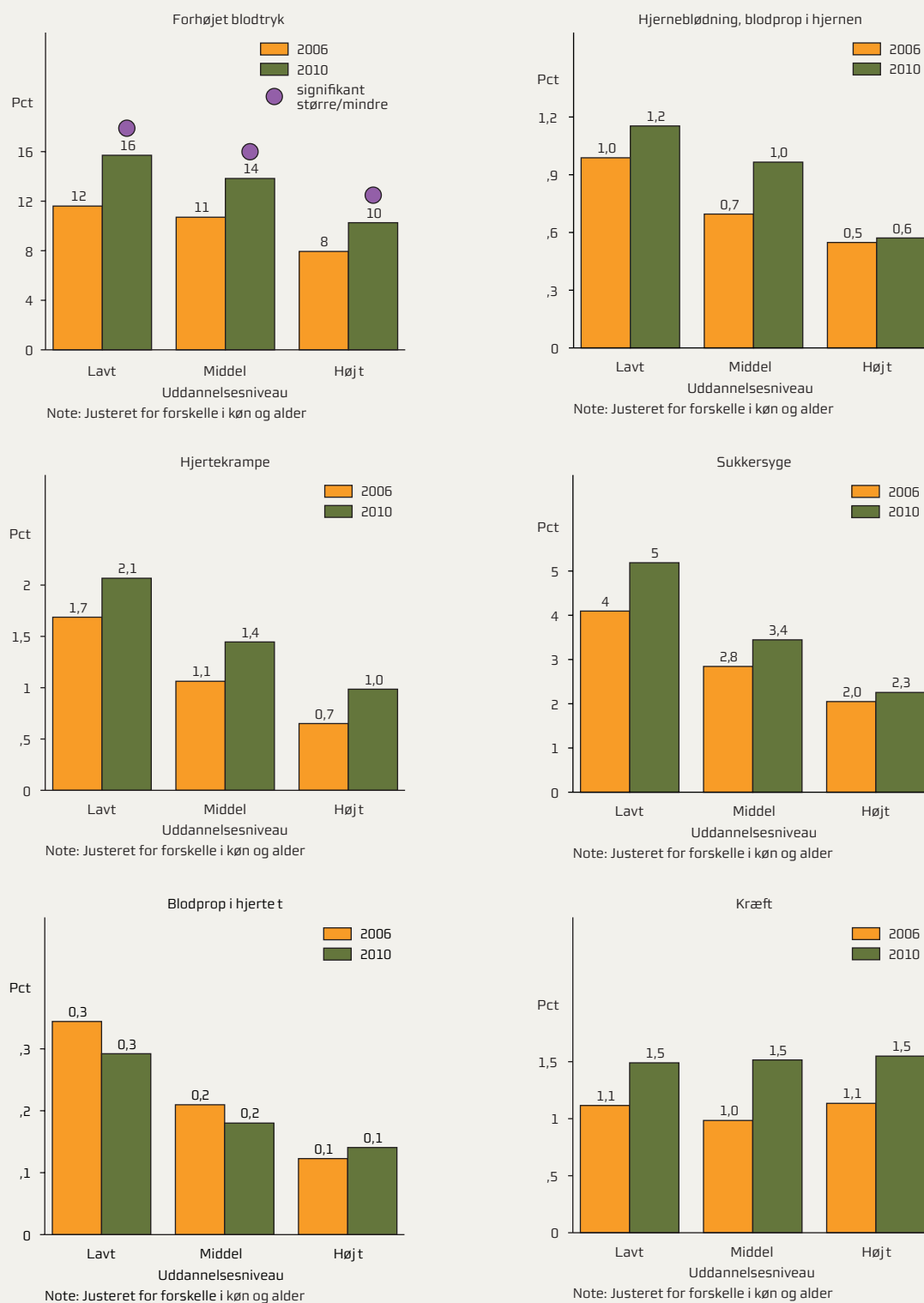
FIGUR 2.12.S FORTSAT

Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) - køn og alder. Udviklingen 2006-2010



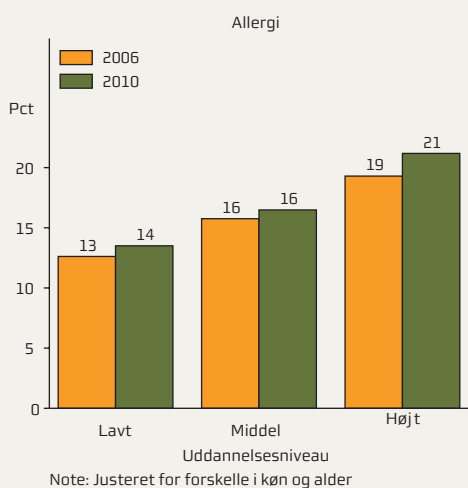
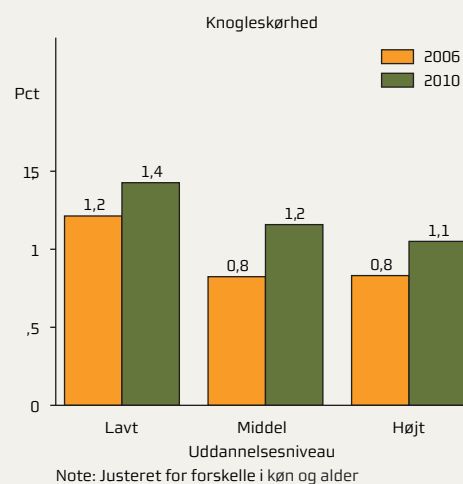
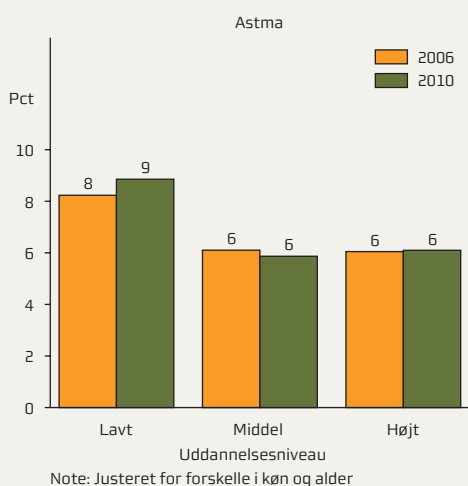
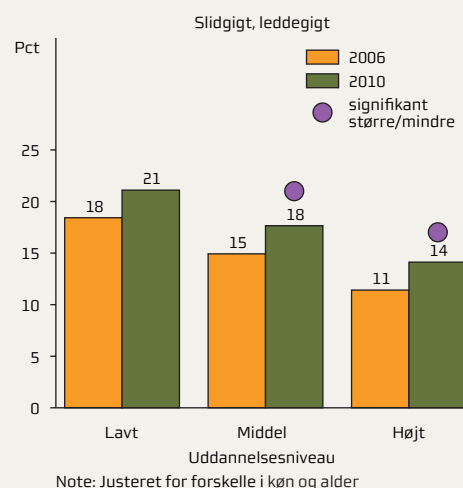
FIGUR 2.13.5

Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) - uddannelsesniveau. Udviklingen 2006-2010



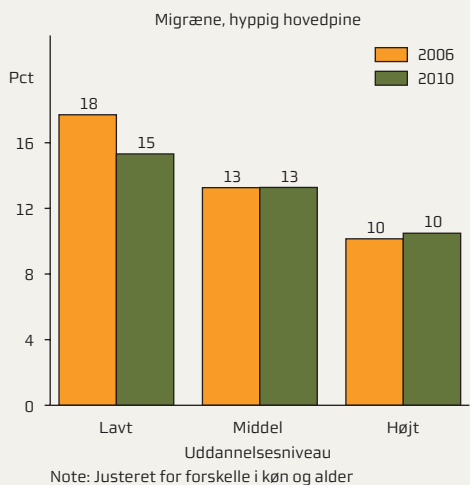
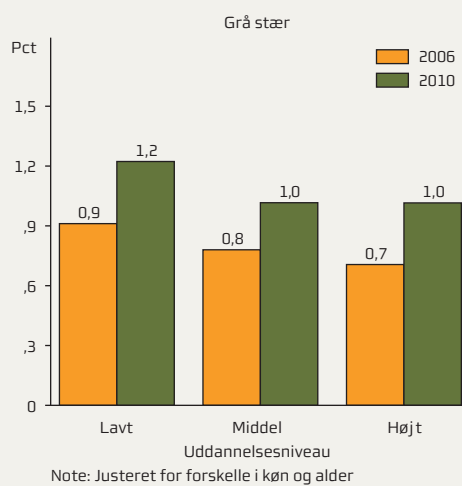
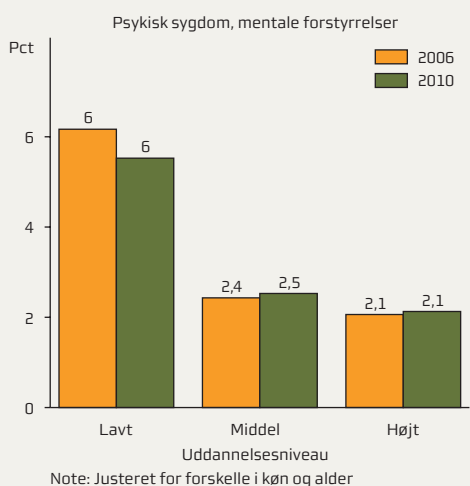
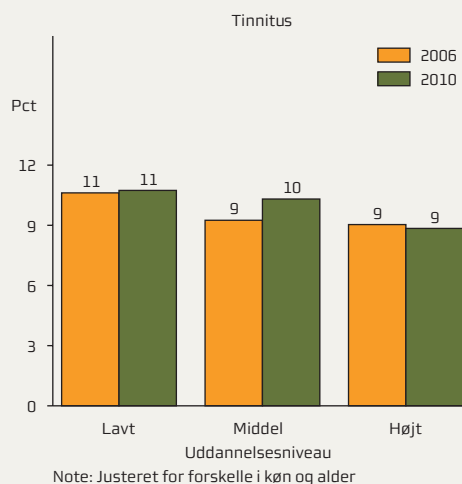
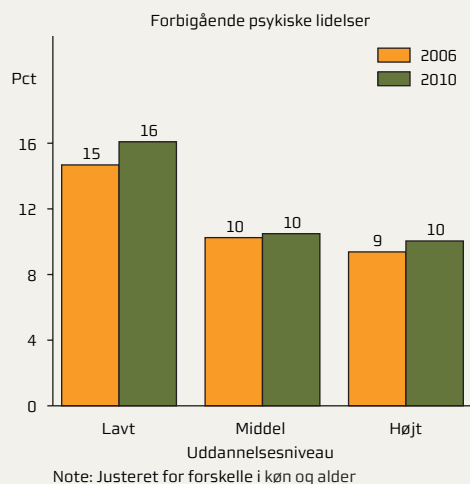
FIGUR 2.13.S FORTSAT

Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) - uddannelsesniveau. Udviklingen 2006-2010



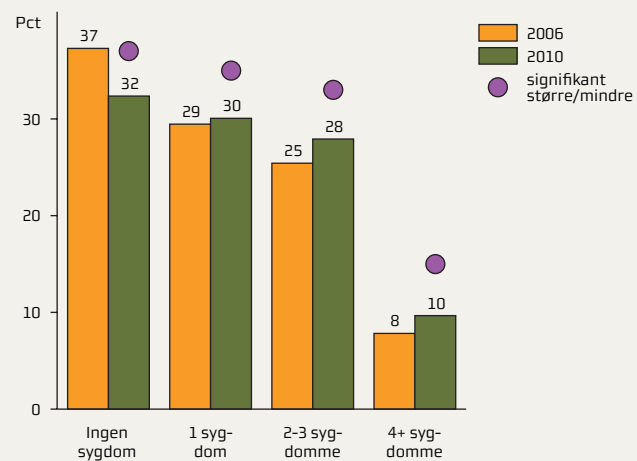
FIGUR 2.13.5 FORTSAT

Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) - uddannelsesniveau. Udviklingen 2006-2010



FIGUR 2.14.5

Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2010



Forekomsten af multisygdom

Figur 2.14.5 viser andelen med og uden kronisk sygdom i befolkningen som helhed i henholdsvis 2006 og 2010.

Der er sket et markant fald i andelen uden kronisk sygdom på 5 procentpoint fra 37 % til 32 %.

Der er sket en lille stigning i andelen med én kronisk sygdom.

Stigningen i forekomsten af kronisk sygdom er først og fremmest sket blandt personer med flere kroniske sygdomme.

Andelen med to eller tre kroniske sygdomme er steget fra 25 % til 28 %.

Andelen med fire eller flere kroniske sygdomme er steget fra 8 % til 10 %.

Alle ændringer er statistisk signifikante.

FIGUR 2.15.5

Andel med fire eller flere kroniske sygdomme - køn, alder og sociale forhold. Udviklingen 2006-2010



Multisygdom i forhold til køn, alder og sociale forhold

Figur 2.15.5 viser udviklingen i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme fra 2006 til 2010 i forhold til køn, alder og sociale forhold.

Der er sket en forøgelse i forekomsten af fire eller flere kroniske sygdomme inden for alle grupper, men i forskelligt omfang.

Den største vækst i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme er sket blandt de ældre, blandt de lavtuddannede og blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke er i arbejde.

Når der justeres for forskelle i køn og alder i forhold til uddannelsesniveau (ikke vist), er forøgelsen i forekomsten stadig størst blandt de lavtuddannede.

Der er signifikant flere med fire eller flere kroniske sygdomme i 2010 i forhold til 2006 blandt:

- Mænd og kvinder
- Personer i alderen 65-74 år og 75-79 år
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Personer der bor i ejerbolig og lejebolig
- Personer der er gift/samlevende
- Personer der ikke bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive (25-64 år) alder i arbejde og uden arbejde

FIGUR 2.16.5

Andel med fire eller flere kroniske sygdomme - kommuner. Udviklingen 2006-2010



Multisygdom i forhold til kommuner

Figur 2.16.5 viser udviklingen i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme fra 2006 til 2010 opdelt på kommuner.

I alle kommuner med undtagelse af tre er andelen af personer med fire eller flere kroniske sygdomme øget.

I følgende tre kommuner er der tale om en statistisk signifikant stigning:

- Horsens
- Randers
- Herning

Sammenfatning

Kapitlet beskriver udviklingen i oplevelsen af eget helbred, stressniveau samt i forekomsten af kronisk sygdom fra 2006 til 2010.

Oplevelsen af eget helbred omfatter selvvrurderet helbred, smerter i muskler og skelet og stress.

Selvvrurderet helbred. Der er kun sket små ændringer i vurderingen af eget helbred fra 2006 til 2010. Der ses en svag tendens til en forbedring i befolkningens selvvrurderede helbred. Forbedringen er især sket hos ældre og lavtuddannede.

I hovedparten af kommunerne er der sket en lille forbedring i selvvrurderet helbred.

Muskel-skeletmerter. Med hensyn til muskel-skeletmerter er der blevet spurgt til, om man har været generet af smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage i:

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

I befolkningen som helhed er der sket en stigning i andelen, der har været lidt eller meget generet af muskel-skeletmerter. Den største stigning er sket blandt personer i den erhvervsaktive alder, der ikke er i arbejde.

Ændringerne er forskellige hos mænd og kvinder. Hos mænd er der især sket en stigning i andelen, der har været lidt generet af muskel-skeletmerter, mens der hos kvinder er sket en stigning i andelen, der har været meget generet af muskel-skeletmerter.

Der er sket en forøgelse i andelen, der har været meget generet af muskel-skeletmerter i de fleste kommuner.

Stress. Stressniveauet er målt ved hjælp af Perceived Stress Scale (PSS). Der er ikke sket nogen ændring i andelen med et højt stressniveau (17-40 point på PSS).

Der ses en tendens til, at der er lidt færre med et højt stressniveau blandt den ældre del af befolkningen (65-79 år), mens der er lidt flere med et højt stressniveau hos personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år).

Der er kun sket små ændringer i kommunerne i andelen med et højt stressniveau fra 2006 til 2010.

Kronisk sygdom. Der er generelt sket en forøgelse i forekomsten af kronisk sygdom. Otte ud af de 17 sygdomme, der var med i undersøgelsen i 2006, forekommer hyppigere i 2010, mens der ikke er sket nogen ændring i forekomsten af de øvrige sygdomme. Den øgede sygelighed kan ikke forklares ud fra ændringer i befolkningens aldersfordeling.

Størst er forøgelsen ved forhøjet blodtryk, slidgigt/leddegigt, allergi, tinnitus og sukkersyge.

Der er sket en forøgelse af sygdomsbyrden i kommunerne. Især er forekomsten af forhøjet blodtryk forøget.

Ser man på det samlede sygdomsmønster er der en svag tendens til, at forskellen i sygelighed mellem laveste og højeste uddannelsesniveau er øget fra 2006 til 2010.

Multisygdom. Der er sket en stigning i andelen, der har mere end én kronisk sygdom. Det gælder både personer med to eller tre kroniske sygdomme og personer med fire eller flere kroniske sygdomme.

Den største vækst i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme er sket blandt de ældre, blandt de lavtuddannede og blandt personer i den erhvervsaktive alder, der ikke er i arbejde.

I alle kommuner med undtagelse af tre er andelen af personer med fire eller flere kroniske sygdomme øget.

Generelt. Der tegner sig et komplekst billede af udviklingen i befolkningens helbredstilstand i Region Midtjylland fra 2006 til 2010.

Ser man på befolkningens egen oplevelse af helbred beskrevet ud fra selvvrurderet helbred, smerter i muskler og skelet og stress, er der sket en svag forbedring i selvvrurderet helbred, mens stressniveauet er uændret. Der er til gengæld flere, der lider af smerter i muskler og skelet.

Dette står i en vis kontrast til, at sygeligheden er øget, idet flere har en kronisk sygdom og flere har to eller flere kroniske sygdomme samtidig (multisygdom).

En mulig forklaring på dette tilsyneladende paradoks er, at flere sygdomme diagnosticeres og behandles nu end tidligere, således at en øget forekomst af kroniske sygdomme i virkeligheden ikke er udtryk for større sygelighed, men for at flere får behandling for en sygdom, der tidligere var ubehandlet. Resultatet kan være, at flere oplever, at de har et godt helbred.

Det vil kræve yderligere analyser at afprøve denne eller andre forklaringer på det beskrevne mønster.

Ser man på den sociale fordeling af sundheden målt i forhold til uddannelsesniveau, er der sket en vis udjævning mellem laveste og højeste uddannelsesniveau i selvoplevet helbred (selvvurderet helbred og muskelskeletsmerter), mens der er sket en forøgelse af den sociale ulighed i sundhed, hvad angår forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom.

SUNDHEDSVANER

UDVIKLINGEN 2006 TIL 2010

Indledning

Uhensigtsmæssige sundhedsvaner i form af rygning, et risikabelt alkoholforbrug, fysisk inaktivitet og usund kost har en negativ betydning for sundhed og trivsel. Det vurderes, at uhensigtsmæssige sundhedsvaner forårsager følgende:

- Rygning er årsag til 27 % af alle dødsfald
- Storforbrug af alkohol er skyld i 5 % af alle dødsfald
- Usund kost er årsag til 7-8 % af alle dødsfald
- Fysisk inaktivitet er skyld i 7-8 % af alle dødsfald
- Overvægt er skyld i 2 % af alle dødsfald

Set i dette perspektiv er der en væsentlig gevinst, både for den enkelte og samfundet, ved at befolkningen lever sundere. Spørgsmålet er derfor, om befolkningen er begyndt at leve sundere?

I det følgende belyses udviklingen fra 2006 til 2010 i forhold til rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet, kostmønster og overvægt.

Rygning

I perioden fra 2006 til 2010 er der sket lovgivningsmæssige ændringer inden for tobaksforebyggelse i Danmark.

Den 15. august 2007 trådte *Lov om røgfri miljøer* i kraft.

Samtidig har der fra Sundhedsstyrelsens og flere kommuners side været fokus på den skadelige virkning af passiv rygning.

Det følgende afsnit beskriver udviklingen i befolkningens rygevaner fra 2006 til 2010.

Følgende spørgsmål anvendes til at følge udviklingen:

- Ryger du?
- Hvor meget ryger du i gennemsnit pr. dag?
- Bliver der røget indendørs i dit hjem?

Udviklingen i perioden fra 2006 til 2010 beskrives generelt. Derudover sammenlignes udviklingen i andelen af rygere i forhold til køn, alder og sociale forhold, kommuner samt de kroniske sygdomme, der indgår i undersøgelsen.

Udviklingen i rygning indendørs i hjem med børn sammenlignes på kommuneniveau.

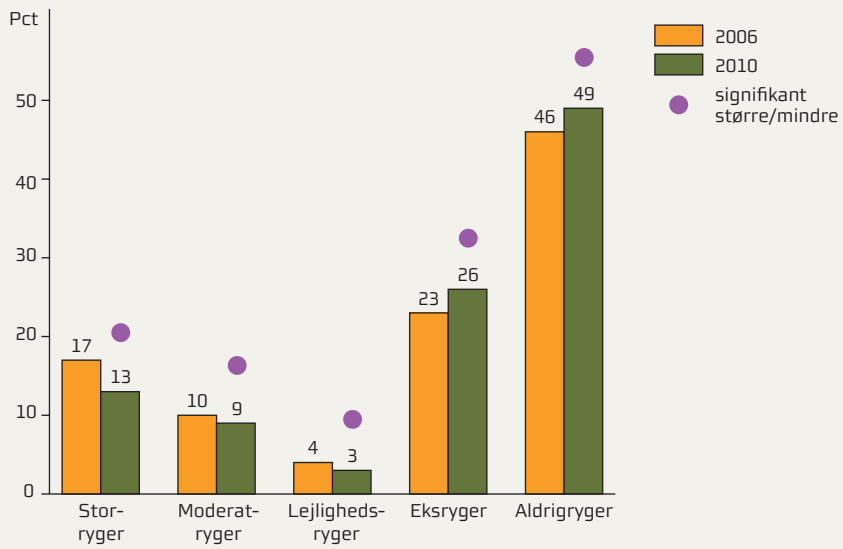
Hvor mange ryger?

Andelen af dagligrygere er fra 2006 til 2010 i alt faldet fra 27 % til 22 %, jævnfør figur 3.1.5.

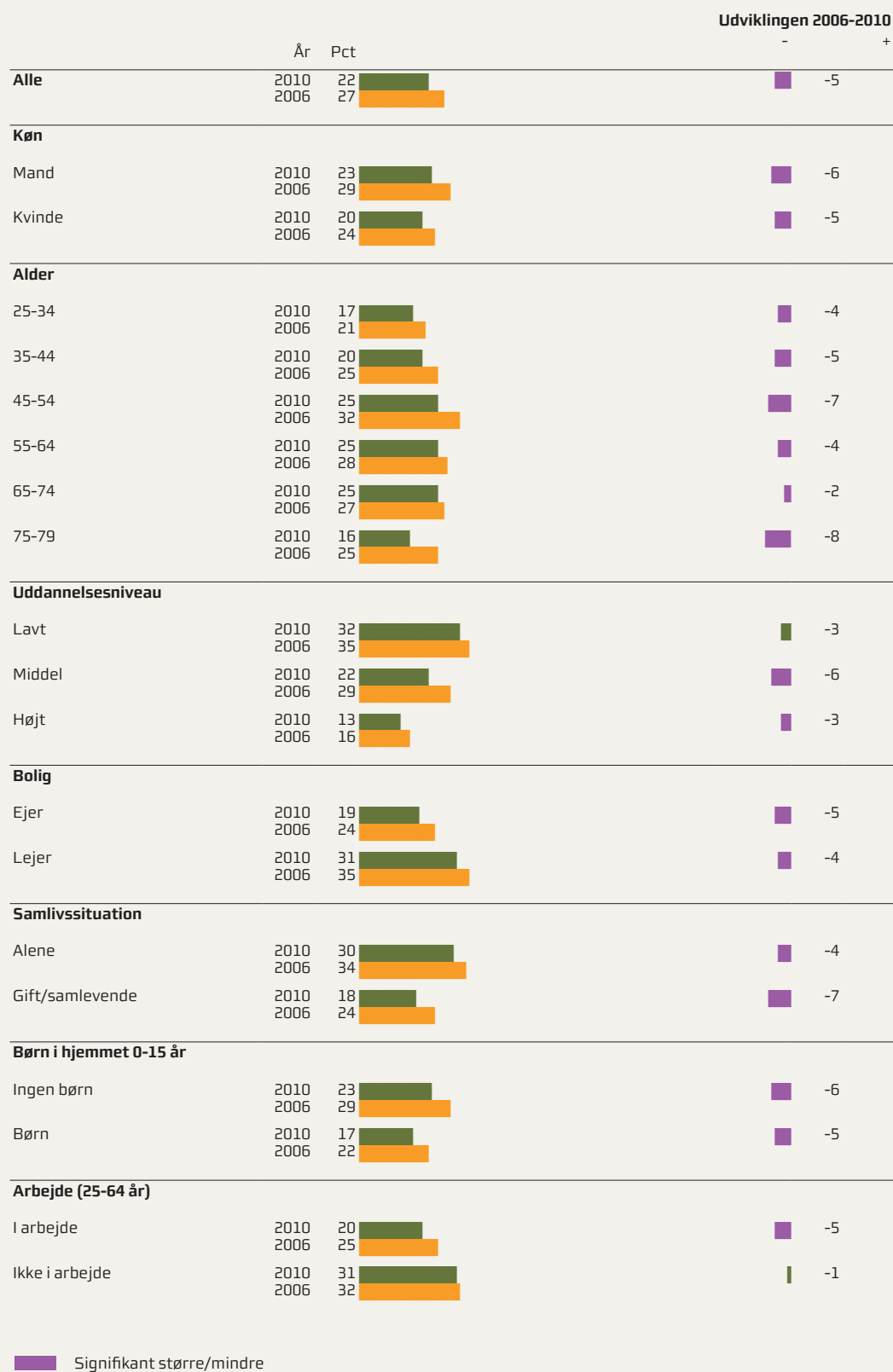
Andelen af storrygere, moderatrygere og lejlighedsrygere faldet siden 2006, mens andelen af eksrygere og aldrig-rygere er steget.

Det største fald er sket blandt storrygere. I 2006 var omkring 135.000 personer i den voksne befolkning i Region Midtjylland storrygere. Der er sket et fald til omkring 100.000 personer i 2010.

FIGUR 3.1.5
Rygevaner. Udviklingen 2006-2010



FIGUR 3.2.5
Dagligrygere - køn, alder og sociale forhold. Udviklingen 2006-2010



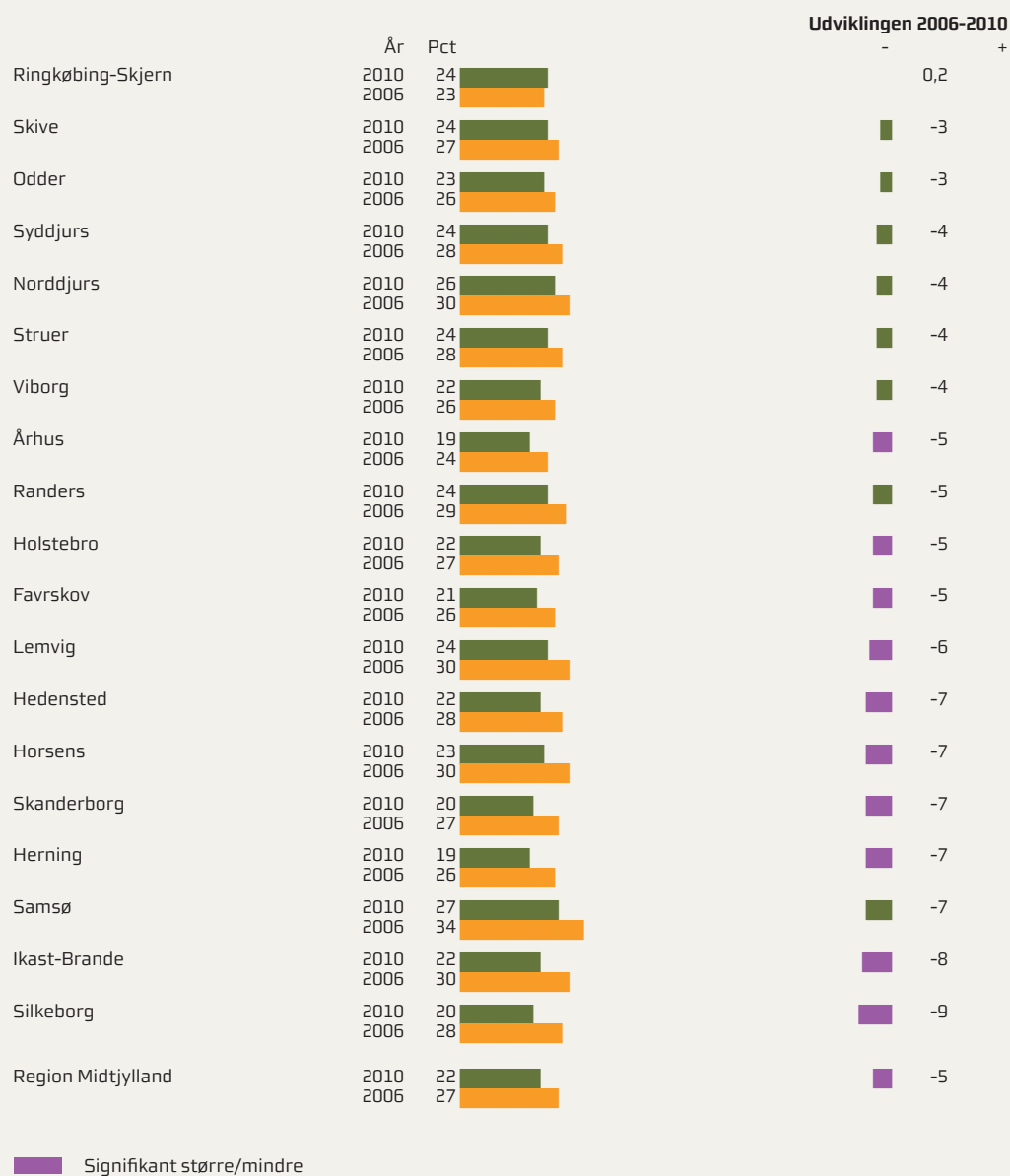
Rygning i forhold til køn, alder og sociale forhold

Der er sket et fald i andelen af dagligrygere i perioden 2006 til 2010 inden for størstedelen af grupperne i forhold til køn, alder og sociale forhold, jævnfør figur 3.2.5.

Der er imidlertid ikke sket et statistisk signifikant fald blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), som ikke har et arbejde og personer med lavt uddannelsesniveau.

Det er væsentligt at være opmærksom på, at disse grupper i forvejen havde en høj andel af rygere. Samtidig med faldet i andelen af rygere i befolkningen som helhed er den sociale ulighed i rygning altså blevet mere skæv.

FIGUR 3.3.5
Dagligrygere - kommuner. Udviklingen 2006-2010



Rygning i kommunerne

Udviklingen i andelen af dagligrygere svinger fra en stigning på 0,2 procentpoint i Ringkøbing-Skjern til et fald på 9 procentpoint i Silkeborg, jævnfør figur 3.3.S. Andelen af dagligrygere er faldet statistisk signifikant i perioden fra 2006 til 2010 i 10 ud af de 19 kommuner i Region Midtjylland.

Der er sket et signifikant fald i andelen af dagligrygere i perioden fra 2006 til 2010 i:

- Århus
- Holstebro
- Favrskov
- Lemvig
- Hedensted
- Horsens
- Skanderborg
- Herning
- Ikast-Brande
- Silkeborg

FIGUR 3.4.5
Dagligrygere - kroniske sygdomme. Udviklingen 2006-2010



Ryging i forhold til kroniske sygdomme

Udviklingen i andelen af dagligrygere inden for de kroniske sygdomme varierer fra en stigning på 0,4 procentpoint blandt personer med blodprop i hjertet til et fald på 10 procentpoint blandt personer med kronisk bronkitis/for store lunger/rygerlunger, jævnfør figur 3.4.5.

Der er sket et statistisk signifikant fald i andelen af dagligrygere blandt personer med:

- Slidgigt, leddegigt
- Allergi
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Forhøjet blodtryk
- Diskusprolaps, rygsygdom
- Tinnitus
- Forbigående psykiske lidelser
- Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger

FIGUR 3.5.5

Personer der bor sammen med børn 0-15 år, hvor der bliver røget indendørs i hjemmet hver dag - kommuner. Udviklingen 2006-2010



Rygning i hjem med børn – kommuner

Der er sket en stor positiv udvikling fra 2006 til 2010 i andelen af hjem med børn, hvor der ryges indendørs dagligt. Andelen i hele befolkningen er faldet fra 19 % til 9 %, jævnfør figur 3.5.5.

I de enkelte kommuner varierer udviklingen fra et fald på 3 procentpoint i Skanderborg Kommune til et fald på 18 procentpoint i Norddjurs Kommune.

I følgende kommuner er der sket et signifikant fald i andelen af hjem med børn, hvor der ryges indendørs dagligt:

- Århus
- Herning
- Syddjurs
- Skive
- Horsens
- Odder
- Favrskov
- Viborg
- Lemvig
- Struer
- Ikast-Brande
- Silkeborg
- Hedensted
- Samsø
- Randers
- Norddjurs

Alkohol

I august 2010 offentliggjorde Sundhedsstyrelsen en række nye anbefalinger på alkoholområdet:

1. Intet alkoholforbrug er risikofrit for dit helbred
2. Drik ikke alkohol for din sundheds skyld
3. Du har en lav risiko for at blive syg på grund af alkohol ved et forbrug på 7 genstande eller mindre om ugen for kvinder og 14 for mænd
4. Du har høj risiko for at blive syg af alkohol, hvis du drikker mere end 14 genstande som kvinde og 21 som mand om ugen
5. Stop før 5 genstande ved samme lejlighed
6. Er du gravid – undgå alkohol. Prøver du at blive gravid – undgå alkohol for en sikkerheds skyld
7. Er du ældre – vær særlig forsigtig med alkohol

I bind 1 blev det belyst, hvor stor en andel af befolkningen, der har et lavrisiko alkoholforbrug (kvinder under syv genstande om ugen og mænd under 14), et moderat alkoholforbrug samt et højrisiko alkoholforbrug/storforbrug af alkohol.

I sammenligningen med 2006 beskrives udviklingen i forhold til andelen af befolkningen med et risikabelt alkoholforbrug. Et risikabelt alkoholforbrug er defineret ved, at mindst én af de følgende tre former for risikabelt alkoholforbrug gør sig gældende:

Storforbrug. Et forbrug på mere end 14 genstande om ugen for kvinder og 21 genstande om ugen for mænd.

Rusdrikkeri. Indtagelse af fem eller flere genstande pr. gang mindst én gang om ugen.

Alkoholafhængighed. Tegn på alkoholafhængighed. Afhængighed er målt ved hjælp af CAGE-C, der består af seks spørgsmål om alkoholvaner:

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

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

Udviklingen i befolkningens alkoholforbrug i perioden fra 2006 til 2010 belyses i det følgende. Udviklingen inden for hver af de tre former for risikabelt alkoholforbrug: storforbrug, rusdrikkeri og afhængighed belyses i forhold til udviklingen inden for køn, alder og sociale forhold. Derudover beskrives udviklingen i andelen med et risikabelt alkoholforbrug i kommunerne samt blandt personer med en af de kroniske sygdomme, der indgår i undersøgelsen.

Hvor mange har et risikabelt alkoholforbrug?

Af figur 3.6.5 og figur 3.7.5 fremgår det, at der ikke er sket store ændringer i alkoholforbruget i perioden fra 2006 til 2010.

Der er sket en mindre stigning i andelen af personer, der har et ugentligt alkoholforbrug, der ligger over den maksimale genstandsgrænse (storforbrug/højrisikoforbrug), jævnfør figur 3.6.5. Denne stigning skyldes muligvis, at der er spurgt til alkoholforbrug på en anden måde i 2010 end i 2006.

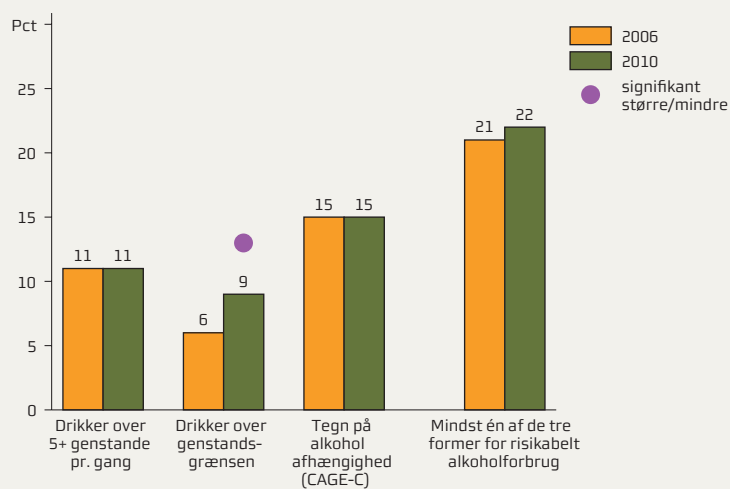
I 2006 angav respondenterne et samlet antal genstande for den seneste uge, mens der i 2010 skulle angives et antal for hver dag i den seneste uge.

FIGUR 3.6.5, 3.7.5
Alkoholforbrug. Udviklingen 2006 - 2010

Figur 3.6.5

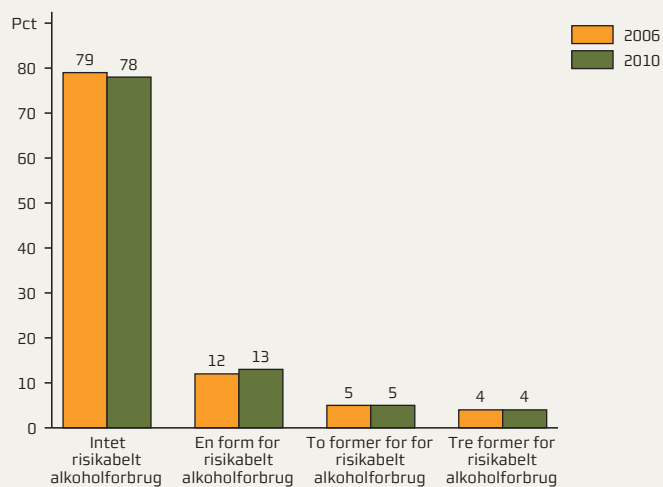
Tre former for risikabelt alkoholforbrug: rusdrikkeri, storforbrug og afhængighed.

Udviklingen 2006 - 2010



Figur 3.7.5

Udbredelsen af risikabelt alkoholforbrug. Udviklingen 2006-2010



FIGUR 3.8.5

Drikker 5+ genstande ved samme lejlighed en gang om ugen eller oftere - køn, alder og sociale forhold.
Udviklingen 2006-2010



Risikabelt alkoholforbrug i forhold til køn, alder og sociale forhold

De følgende tre figurer viser udviklingen i andelen, der ofte drikker mere end fem genstande pr. gang (rusdrikkeri), andelen der har et storforbrug af alkohol og andelen der viser tegn på alkoholafhængighed (CAGE-C).

Rusdrikkeri. Der er sket et mindre fald i andelen, der ofte drikker mere end fem genstande pr. gang i størstedelen af grupperne i forhold til køn, alder og sociale forhold, se figur 3.8.S.

Der er sket et statistisk signifikant fald inden for følgende tre forhold:

- Personer, der bor i ejerbolig
- Personer, der lever alene
- Personer, der ikke bor sammen med børn

FIGUR 3.9.5
Ugentligt storforbrug af alkohol - køn, alder og sociale forhold. Udviklingen 2006-2010



Storforbrug. Andelen, der ugentligt har et storforbrug af alkohol, er steget inden for stort set samtlige af grupperingerne i forhold til køn, alder og sociale forhold, jævnfør figur 3.9.5.

Stigningen er dog ikke statistisk signifikant blandt personer i alderen 35-54 år og personer, der bor sammen med børn.

FIGUR 3.10.5

Tegn på alkoholafhængighed (CAGE-C) - køn, alder og sociale forhold. Udviklingen 2006-2010



Alkoholafhængighed. Flere personer i alderen 65-74 år viser tegn på alkoholafhængighed i 2010 end i 2006. Derudover er der ikke sket statistisk signifikante ændringer inden for køn, alder og sociale forhold i perioden i forhold til alkoholafhængighed, jævnfør figur 3.10.5.

FIGUR 3.11.5

Mænd med mindst én af tre risikable former for alkoholforbrug - kommuner. Udviklingen 2006-2010



Risikabelt alkoholforbrug i kommunerne

Figur 3.11.5 og figur 3.12.5 viser udviklingen i andelen med et risikabelt alkoholforbrug i perioden fra 2006 til 2010 hos henholdsvis mænd og kvinder.

Mænd. Udviklingen i risikabelt alkoholforbrug hos mænd varierer fra en stigning på 7 procentpoint i Ringkøbing-Skjern til et fald på 11 procentpoint på Samsø, hvilket fremgår af figur 3.11.5.

Ingen af ændringerne er statistisk signifikante.

FIGUR 3.12.5

Kvinder med mindst én af tre risikable former for alkoholforbrug - kommuner. Udviklingen 2006-2010



Kvinder. Hos kvinder varierer udviklingen i andelen med et risikabelt alkoholforbrug fra en stigning på 4 procentpoint i Ringkøbing-Skjern til et fald på 5 procentpoint på Samsø, jævnfør figur 3.12.5.

Heller ikke hos kvinder er ændringerne statistisk signifikante.

FIGUR 3.13.5

Personer med mindst én af tre risikable former for alkoholforbrug - kroniske sygdomme. Udviklingen 2006-2010



Risikabelt alkoholforbrug i forhold til kroniske sygdomme

Blandt personer med en af de kroniske sygdomme, der indgår i undersøgelsen, varierer udviklingen i andelen med et risikabelt alkoholforbrug fra en stigning på 5 procentpoint blandt personer med kronisk bronkitis/for store lunger/rygerlunger til et fald på 3 procentpoint blandt personer med hjertekrampe, jævnfør figur 3.13.S.

Der er kun sket en statistisk signifikant udvikling blandt personer med allergi, hvor andelen med et risikabelt alkoholforbrug er steget 3 procentpoint.

Fysisk aktivitet

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at alle voksne er fysisk aktive mindst 30 minutter ved moderat intensitet, helst alle ugens dage. Sundhedsstyrelsen anbefaler ydermere, at alle voksne mindst to gange om ugen fremmer og vedligeholder deres kondition, muskelstyrke, bevægelighed og knoglesundhed. Træningen skal være af høj intensitet og mindst af 20-30 minutters varighed.

Dette er minimumsanbefalinger, og fysisk aktivitet af længere varighed og højere intensitet vil øge den forebyggende effekt. Den største helbredseffekt synes imidlertid at indtræde ved overgangen fra fysisk inaktivitet til blot moderat fysisk aktivitet.

Det er derfor interessant at belyse, om befolkningen er blevet mere fysisk aktiv og specielt om den er blevet mindre fysisk inaktiv siden 2006.

Følgende spørgsmål anvendes til at belyse udviklingen i befolkningens fysiske aktivitetsniveau fra 2006 til 2010:

- Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen?
- Dyrker du idræt i din fritid, eller deltager du regelmæssigt i andre aktiviteter, der giver motion?

Udviklingen i fysisk aktivitet fra 2006 til 2010 beskrives i det følgende.

Hvor mange er fysisk aktive?

Figur 3.14.5 viser udviklingen i andelen, der er moderat fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen. Moderat fysisk aktivitet er opgjort på 0-1 dag (fysisk inaktivitet), 2-3 dage, 4-5 dage samt 6-7 dage med moderat fysisk aktivitet.

Andelen af fysisk inaktive (0-1 dag) er faldet fra 23 % til 17 % i perioden fra 2006 til 2010. Der er cirka 35.000 færre personer i den voksne befolkning, der er fysisk inaktive i 2010 sammenlignet med 2006.

Der er sket en stigning i andelen, der er moderat fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen 2-3 dage om ugen samt 4-5 dage om ugen.

Færre personer er moderat fysisk aktive 6-7 dage om ugen i 2010 end i 2006.

Der er altså en tendens til, at færre er fysisk inaktive samt moderat fysisk aktive hver dag, mens flere er moderat fysisk aktive 2-5 dage om ugen. En mulig tolkning er, at mange har et stillesiddende arbejde, hvor fysisk aktivitet ikke er en del af hverdagen. Derfor bliver fysisk

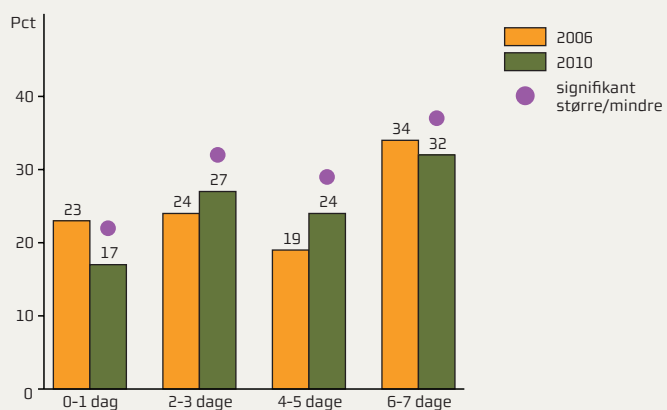
aktivitet ikke en del af de daglige gøremål, men noget man udfolder i fritiden, og her kan det være vanskeligt at nå op på det anbefalede antal minutter hver dag.

I forhold til andelen, der dyrker regelmæssig motion i fritiden, er andelen steget fra 46 % i 2006 til 53 % i 2010, jævnfør figur 3.15.S.

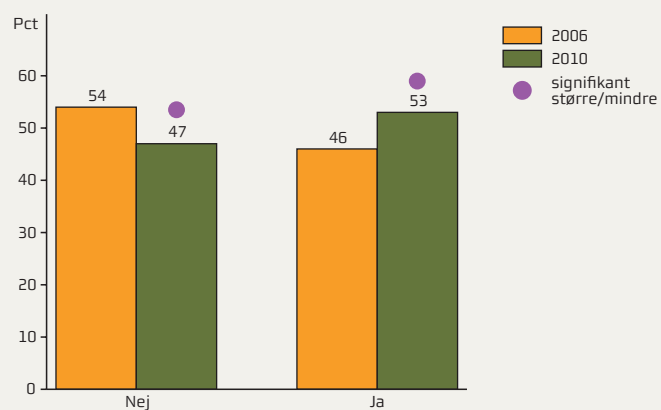
Der er sket en stigning i andelen, der er moderat fysisk aktiv 4-5 gange om ugen og dyrker regelmæssig motion i fritiden fra 56 % til 62 %. For personer, der er moderat fysisk aktive hver dag eller næsten hver dag, er andelen, der dyrker regelmæssig motion, steget fra 46 % til 56 %, hvilket fremgår af figur 3.16.S.

FIGUR 3.14.S, 3.15.S, 3.16.S
Fysisk aktivitet. Udviklingen 2006 - 2010

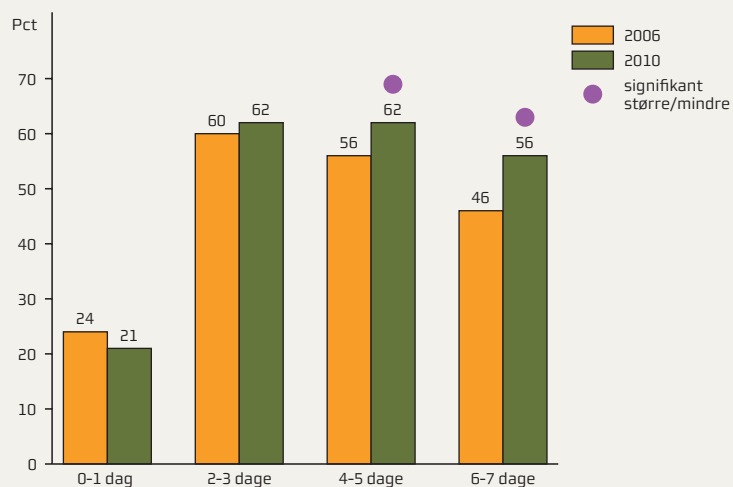
Figur 3.14.S
Moderat fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen - antal dage pr. uge.
Udviklingen 2006 - 2010



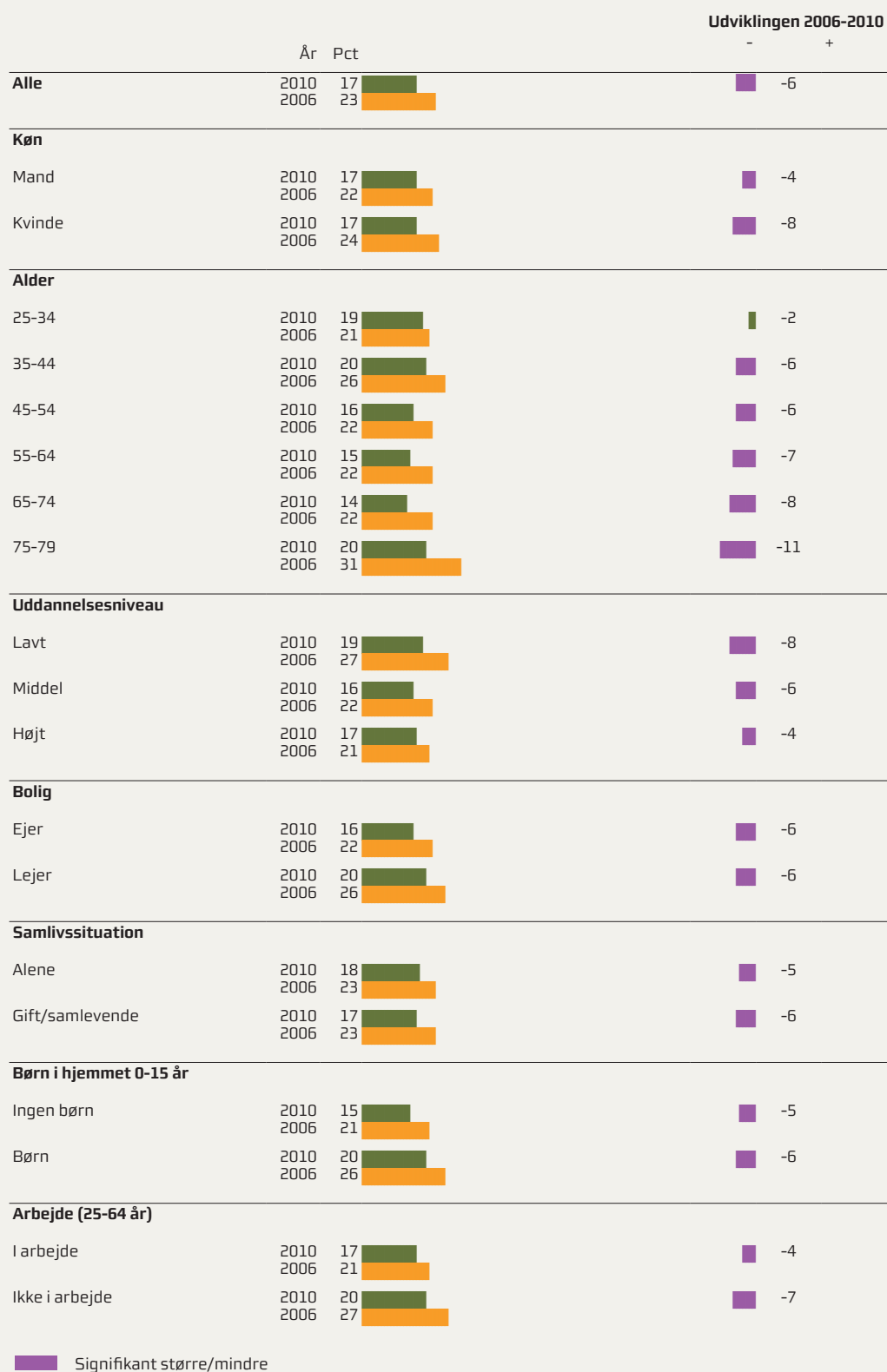
Figur 3.15.S
Dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden.
Udviklingen 2006 - 2010



Figur 3.16.S
Andelen der dyrker regelmæssig motion i fritiden i forhold til antal dage med mindst 30 minutters moderat fysisk aktivitet. Udviklingen 2006 - 2010



FIGUR 3.17.S
Fysisk inaktive - køn, alder og sociale forhold. Udviklingen 2006-2010



Fysisk aktivitet i forhold til køn, alder og sociale forhold

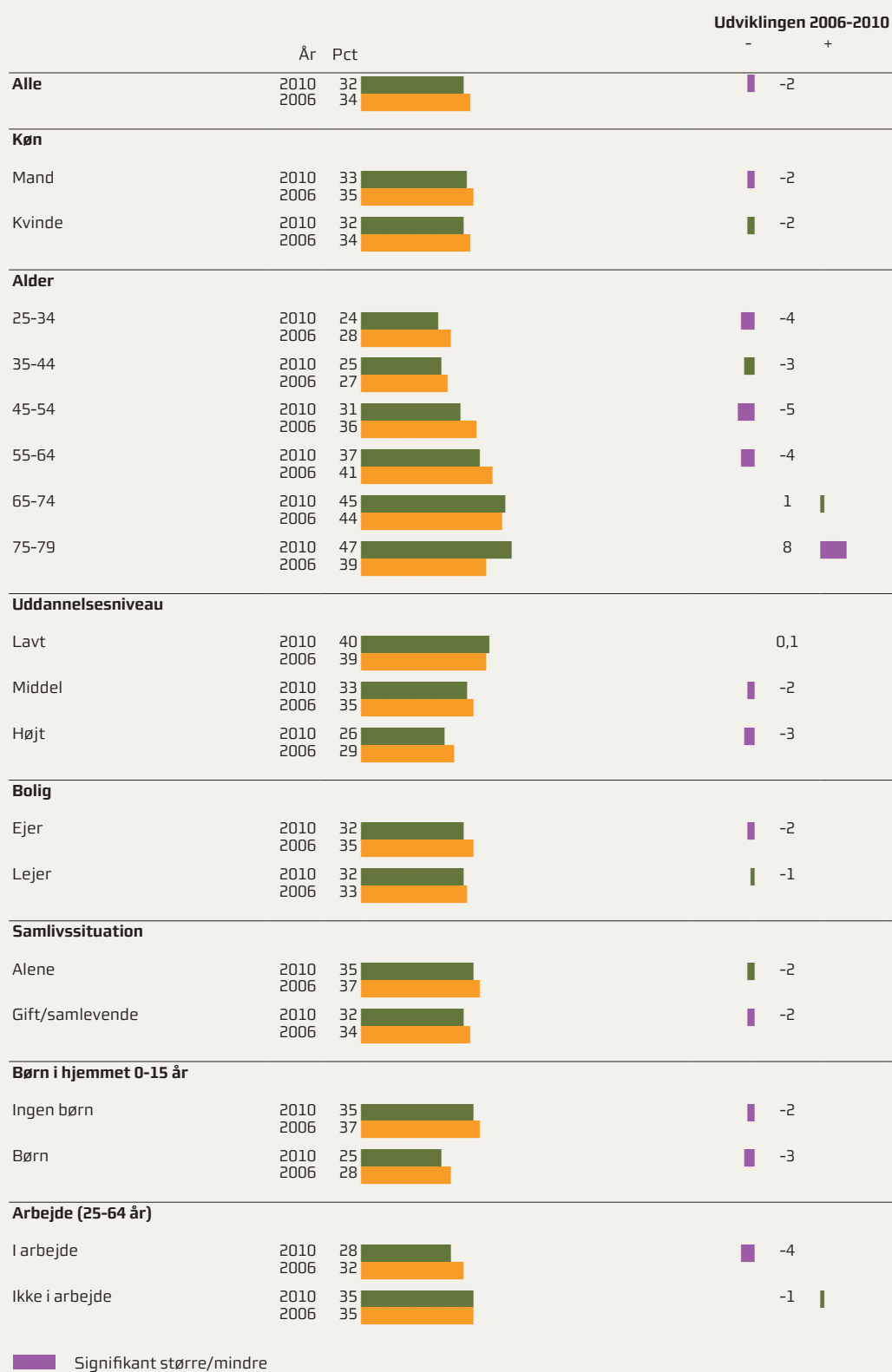
I det følgende beskrives udviklingen i andelen af fysisk inaktive, andelen af personer, der lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om moderat fysisk aktivitet mindst 30 minutter om dagen samt andelen, der dyrker regelmæssig motion i fritiden i forhold til køn, alder og sociale forhold.

Fysisk inaktive. Der er sket et fald i andelen af fysisk inaktive inden for samtlige grupperinger inden for køn, alder og sociale forhold. Udviklingen er dog ikke statistisk signifikant blandt unge (25-34 år), jævnfør figur 3.17.5.

Det største fald i andelen af fysisk inaktive er sket blandt ældre (75-79 år), hvor der er sket et fald på 11 procentpoint i perioden fra 2006 til 2010.

FIGUR 3.18.5

Er moderat fysisk aktiv 6-7 dage om ugen - køn, alder og sociale forhold. Udviklingen 2006-2010



Lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om moderat fysisk aktivitet hver dag. Andelen af personer, der er moderat fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen 6-7 dage om ugen, er faldet fra 34 % til 32 %.

Der er sket et fald i andelen, der dyrker moderat fysisk aktivitet hver dag inden for størstedelen af grupperne i figur 3.18.S. Blandt personer i alderen 75-79 år er der dog sket en stigning på 8 procentpoint.

Udviklingen er statistisk signifikant hos:

- Mænd
- Personer i alderen 25-35 år, 45-64 år og 75-79 år
- Personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau
- Personer, der bor i ejerbolig
- Personer, der er gift/samlevende
- Personer, der bor sammen med børn
- Personer, der ikke bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), som har et arbejde

FIGUR 3.19.5

Dyrker regelmæssig motion i fritiden - køn, alder og sociale forhold. Udviklingen 2006-2010



Dyrker regelmæssig motion i fritiden. Andelen, der dyrker regelmæssig motion i fritiden, er steget i perioden fra 2006 til 2010. Der er sket en stigning inden for samtlige sociale forhold, hvilket fremgår af figur 3.19.5.

Blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke har et arbejde, er der ikke sket en statistisk signifikant udvikling i andelen, der dyrker regelmæssig motion i fritiden.

I forhold til udviklingen i befolkningens fysiske aktivitetsniveau er det væsentligt at bemærke, at det samme mønster som i 2006 gør sig gældende i 2010. Det er de samme grupper, der er mere eller mindre fysisk aktive i forhold til hele befolkningen i 2010 såvel som i 2006.

FIGUR 3.20.5
Fysisk inaktive - kommuner. Udviklingen 2006-2010



Fysisk aktivitet i kommunerne

I det følgende belyses udviklingen inden for fysisk inaktivitet, 6-7 dage med moderat fysisk aktivitet samt regelmæssig motion i fritiden i forhold til de 19 kommuner i Region Midtjylland.

Fysisk inaktive. Udviklingen i andelen af fysisk inaktive varierer fra et fald på 2 procentpoint i Hedensted og Norddjurs til et fald på 9 procentpoint i Randers, jævnfør figur 3.20.S.

Der er sket et statistisk signifikant fald i andelen af fysisk inaktive i:

- Skanderborg
- Herning
- Struer
- Ikast-Brande
- Århus
- Syddjurs
- Silkeborg
- Horsens
- Odder
- Viborg
- Randers

FIGUR 3.21.5

Er moderat fysisk aktiv 6-7 dage om ugen - kommuner. Udviklingen 2006 - 2010



Lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om moderat fysisk aktivitet hver dag. Figur 3.21.5 viser udviklingen i andelen, der er moderat fysisk aktiv mindst 30 minutter 6-7 dage om ugen for hver af de 19 kommuner.

Udviklingen varierer fra en stigning på 0,5 procentpoint i Ikast-Brande til et fald på 5 procentpoint i Samsø, Favrskov og Norddjurs.

Ingen af ændringerne er statistisk signifikante.

FIGUR 3.22.5

Dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden - kommuner. Udviklingen 2006-2010



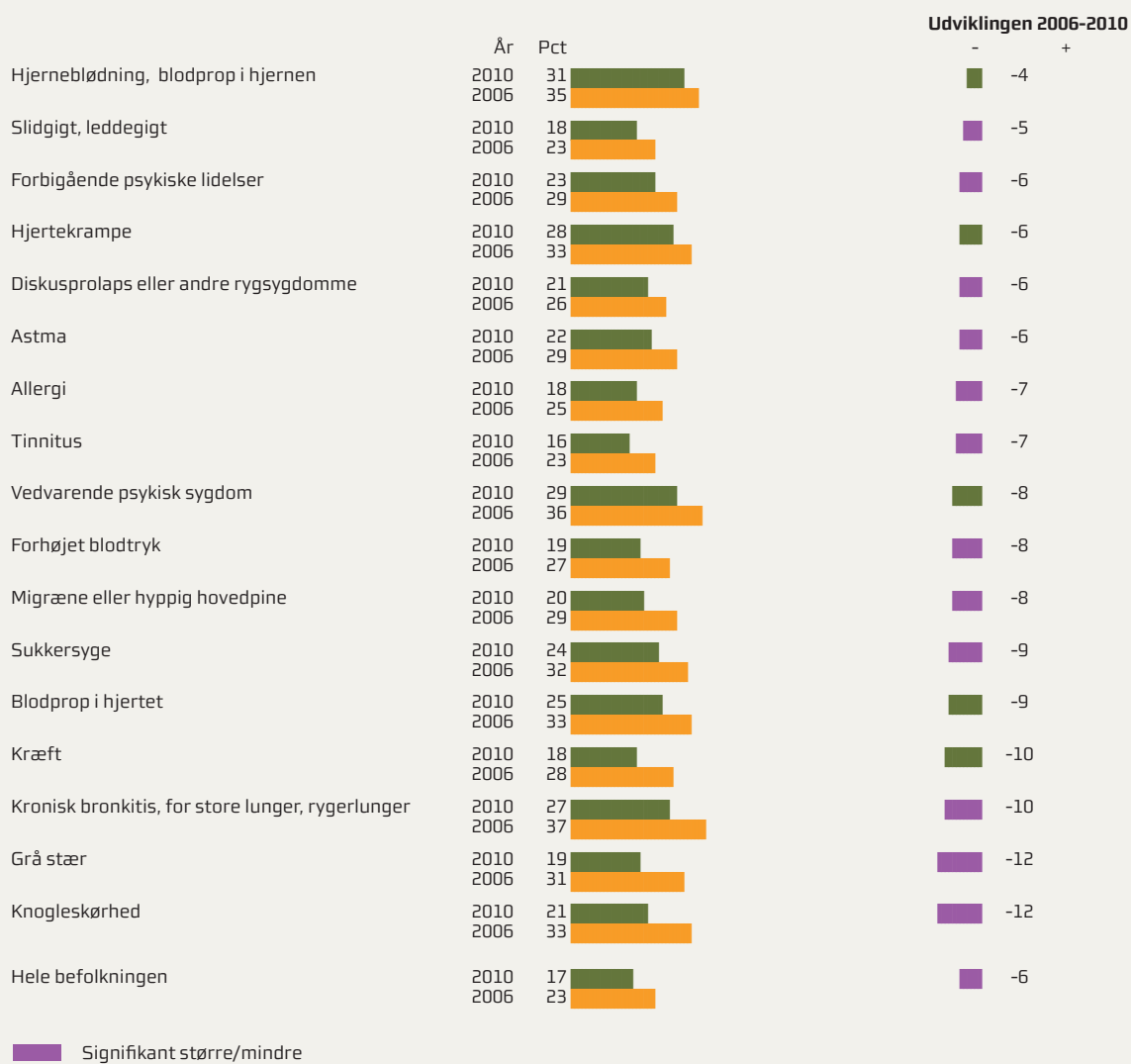
Dyrker regelmæssig motion i fritiden. Andelen, der dyrker regelmæssig motion i fritiden, er steget i perioden fra 2006 til 2010.

Udviklingen varierer fra en stigning på 3 procentpoint i Norddjurs til en stigning på 12 procentpoint i Holstebro og Randers, jævnfør figur 3.22.S.

Der er sket en statistisk signifikant stigning i andelen, der dyrker regelmæssig motion i fritiden i følgende kommuner:

- Holstebro
- Randers
- Syddjurs
- Odder
- Skanderborg
- Århus
- Viborg
- Silkeborg
- Skive
- Herning
- Ikast-Brande

FIGUR 3.23.5
Fysisk inaktive - kroniske sygdomme. Udviklingen 2006-2010



Fysisk aktivitet i forhold til kroniske sygdomme

Udviklingen i befolkningens fysiske aktivitetsniveau varierer mellem sygdomsgrupperne.

I det følgende beskrives udviklingen i forhold til fysisk inaktive personer, personer der er moderat fysisk aktive 6-7 dage om ugen og personer, der dyrker regelmæssig motion i fritiden.

Fysisk inaktive. Blandt personer med en af de kroniske sygdomme, der indgår i undersøgelsen, varierer faldet i andelen, der er fysisk inaktive, fra 4 procentpoint blandt personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen til 12 procentpoint blandt personer med grå stær og knogleskørhed, hvilket fremgår af figur 3.23.S.

Der er sket et signifikant fald i andelen af fysisk inaktive blandt personer med:

- Slidgigt/leddegigt
- Forbigående psykiske lidelser
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme
- Astma
- Allergi
- Tinnitus
- Forhøjet blodtryk
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Sukkersyge
- Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger
- Grå stær
- Knogleskørhed

FIGUR 3.24.5

Er moderat fysisk aktiv mindst 30 minutter 6-7 dage om ugen - kroniske sygdomme. Udviklingen 2006-2010



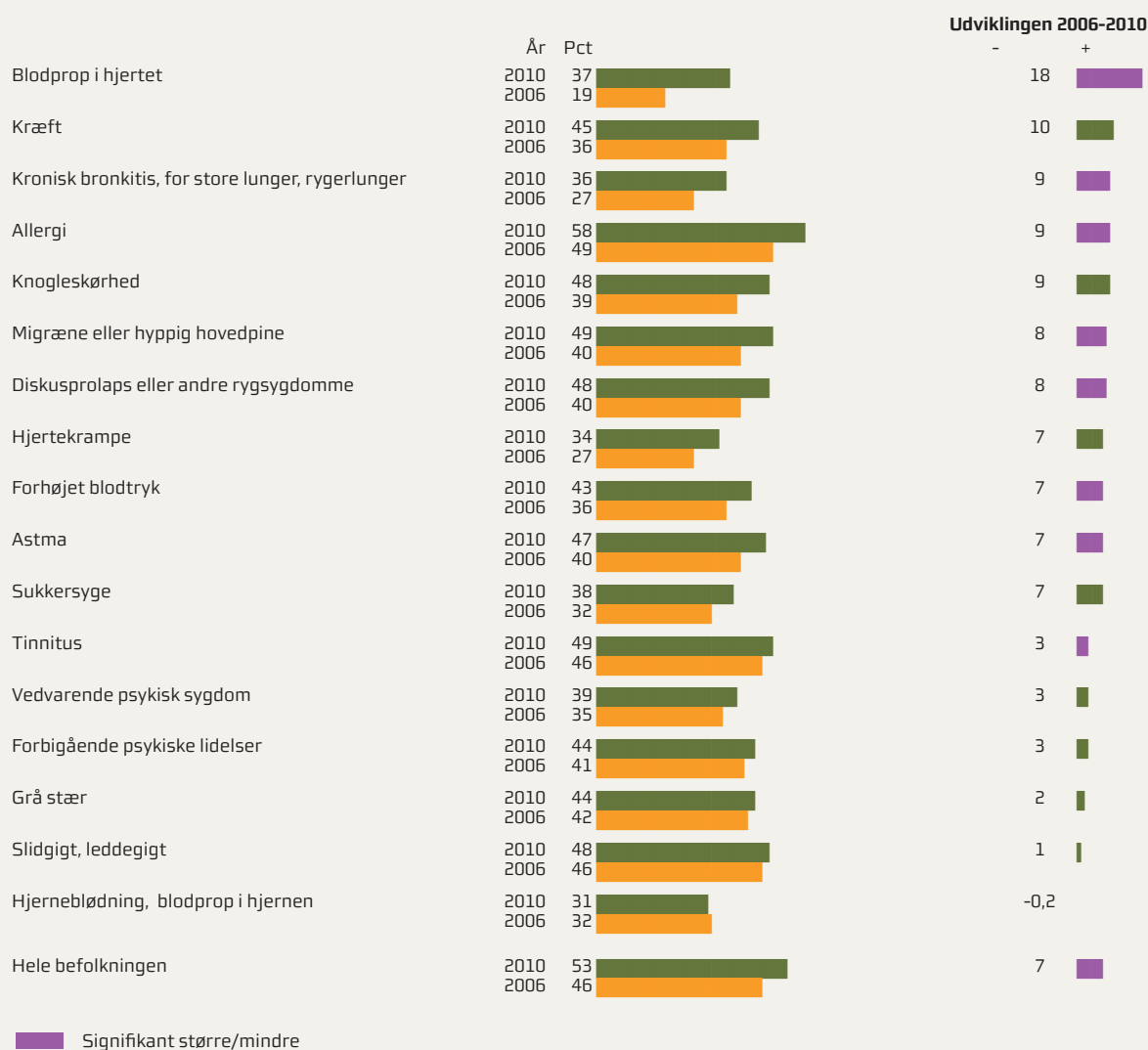
Lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om moderat fysisk aktivitet hver dag. Af figur 3.24.5 fremgår udviklingen i andelen, der dyrker moderat fysisk aktivitet mindst 30 minutter 6-7 dage om ugen blandt personer med en kronisk sygdom.

Udviklingen varierer fra et fald på 4 procentpoint blandt personer med sukkersyge til en stigning på 4 procentpoint blandt personer med vedvarende psykisk sygdom.

Ingen af ændringerne er statistisk signifikante.

FIGUR 3.25.5

Dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden - kroniske sygdomme. Udviklingen 2006-2010



Dyrker regelmæssig motion i fritiden. Andelen, der dyrker regelmæssig motion i fritiden, er steget inden for stort set samtlige af de 18 kroniske sygdomme, jævnfør figur 3.25.5.

Udviklingen varierer fra et fald på 0,2 procentpoint blandt personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen til en stigning på 18 procentpoint blandt personer med blodprop i hjertet.

Der er sket en statistisk signifikant stigning i andelen, der dyrker regelmæssig motion i fritiden, blandt personer med:

- Blodprop i hjertet
- Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger
- Allergi
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme
- Forhøjet blodtryk
- Astma
- Tinnitus

Kost

Kost med et stort indhold af frugt og grønt reducerer blandt andet risikoen for kræft i fordøjelsessystem og lunger. Kostens indhold af fedtstoffer påvirker risikoen for at udvikle kredsløbssygdomme. Type 2-diabetes og overvægt er andre sundhedsproblemer, hvortil kost og spisevaner spiller en central rolle, ligesom spisevaner og tandsundhed er tæt forbundne.

Ernæringsrådet har udarbejdet følgende syv officielle kostråd inklusiv et ottende om motion.

Kostrådene 2008

- Spis frugt og grønt – 6 om dagen
- Spis fisk og fiskepålæg – flere gange om ugen
- Spis kartofler, ris eller pasta og fuldkornsbrød – hver dag
- Spar på sukker – især fra sodavand, kager og slik
- Spar på fedtet – især fra mejeriprodukter og kød
- Spis varieret – og bevar normalvægten
- Sluk tørsten i vand
- Vær fysisk aktiv – mindst 30 minutter om dagen

Efterlevelse af kostrådene kan medvirke til at opnå et godt fysisk og psykisk velbefindende og nedsætte risikoen for en lang række livsstilsrelaterede sygdomme.

Befolkningens kostmønster opgøres efter en kostscore udviklet ved Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden. Kostscoren består af en række kostspørgsmål omhandlende indtag af frugt, grønt, fisk og fedt, der summeres i fire variable, en for hver af de ovennævnte kostkomponenter. De fire variable lægges sammen til en samlet score for kostens kvalitet, der herefter opdeles i tre kategorier: 1) sund kost, 2) middelsund kost og 3) usund kost.

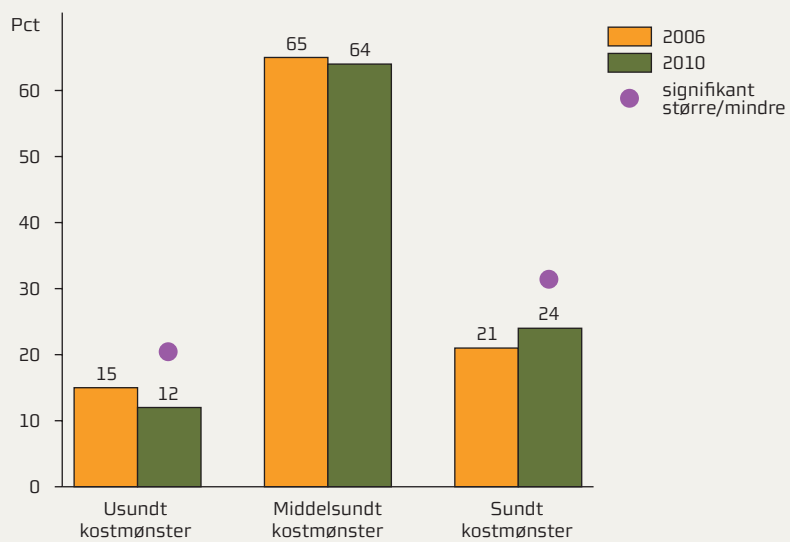
Der er sket enkelte ændringer i spørgsmålsformuleringerne fra 2006 til 2010. Det kan derfor ikke afvises, at en del af variationen kan skyldes ændringer i spørgsmålsformuleringerne. Dette gør sig specielt gældende i forhold til indtagelsen af fedt.

I det følgende belyses udviklingen i befolkningens kostmønster fra 2006 til 2010.

Hvor mange har et sundt kostmønster?

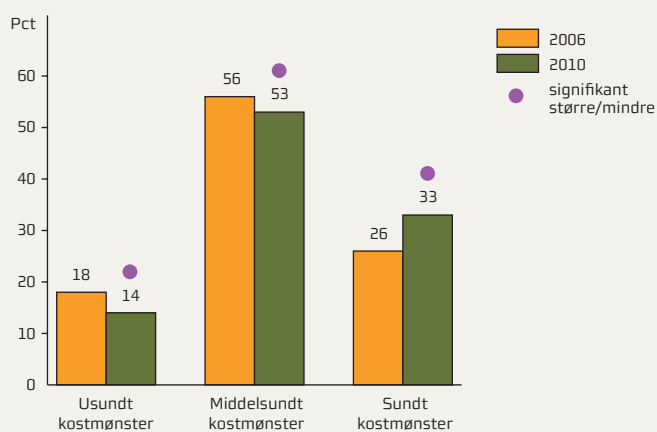
Det fremgår af figur 3.26.S, at færre har et usundt kostmønster i 2010 i forhold til i 2006. Samtidig er der sket en stigning i andelen med et sundt kostmønster.

FIGUR 3.26.5
Kostmønstre. Udviklingen 2006-2010

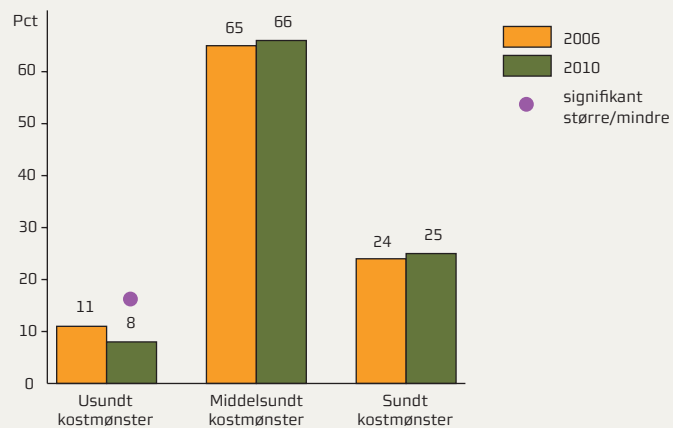


FIGUR 3.27.S - 3.30.S
Frugt, grønt, fisk, fedt. Udviklingen 2006-2010

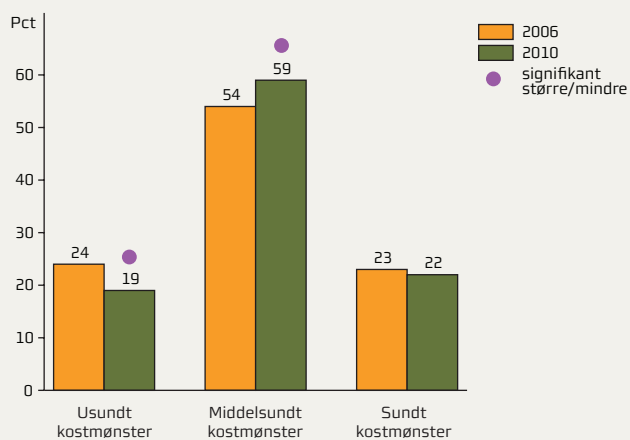
Figur 3.27.S
Frugt



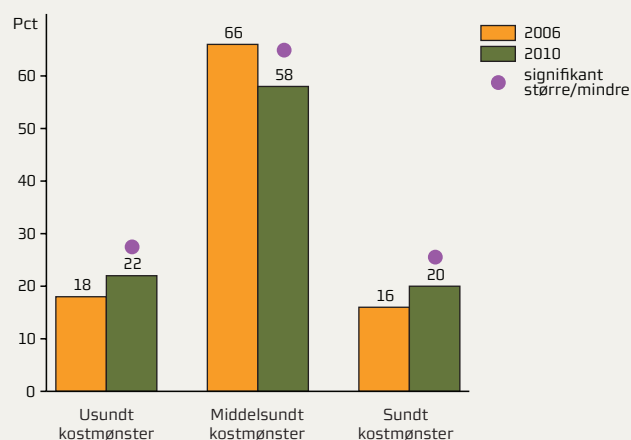
Figur 3.28.S
Grønt



Figur 3.29.S
Fisk



Figur 3.30.S
Fedt



Af figur 3.27.S, figur 3.28.S og 3.29.S fremgår det, at færre har et usundt kostmønster i forhold til frugt, grønt og fisk i 2010 sammenlignet med i 2006.

Der er desuden flere, der spiser sundt med hensyn til frugt, og flere, der har et middelsundt kostmønster, hvad angår fisk.

I forhold til fedt er der både flere, der har et usundt og sundt kostmønster, mens andelen med et middelsundt kostmønster er faldet, jævnfør figur 3.30.S.

Udviklingen i kostmønsteret i forhold til fedt kan skyldes ændringen i spørgsmålsformuleringen i 2010. Der er dog en generel tendens til, at fedtindholdet i danskernes mad er stagneret/steget i de senere år. Der har i en årrække været et fald i danskernes fedtindtag, men undersøgelsen *Danskernes kostvaner 2003-2008* foretaget af Fødevareinstituttet viser, at denne tendens er vendt.

FIGUR 3.31.5
Usundt kostmønster - køn, alder og sociale forhold. Udviklingen 2006-2010



Kostmønster i forhold til køn, alder og sociale forhold

I det følgende belyses udviklingen i henholdsvis usundt og sundt kostmønster i forhold til køn, alder og sociale forhold.

Usundt kostmønster. Der er sket et fald i perioden fra 2006 til 2010 i andelen med et usundt kostmønster inden for de fleste grupper, når befolkningen opdeles i forhold til køn, alder og sociale forhold, hvilket fremgår af figur 3.31.S.

Det største fald i andelen med et usundt kostmønster er sket blandt personer i alderen 75-79 år, hvor andelen er faldet med 5 procentpoint. Derudover er andelen med et usundt kostmønster blandt mænd og blandt personer, som bor alene faldet med 4 procentpoint.

Der er ikke sket statistisk signifikante ændringer blandt personer i alderen 25-34 år, personer med lavt og middel-højt uddannelsesniveau og personer i den erhvervsaktive (25-64 år), som ikke har et arbejde.

FIGUR 3.32.5
Sundt kostmønster - køn, alder og sociale forhold. Udviklingen 2006-2010



Sundt kostmønster. Figur 3.32.5 illustrerer udviklingen i andelen med et sundt kostmønster fordelt på køn, alder og sociale forhold fra 2006 til 2010. Generelt er der sket en stigning i andelen med et sundt kostmønster.

Det fremgår af figuren, at der er sket en stigning i andelen med sundt kostmønster inden for størstedelen af grupperne i forhold til køn, alder og sociale forhold.

Den største stigning findes blandt personer i alderen 75-79 år, hvor andelen er steget med 6 procentpoint.

Blandt personer med lavt uddannelsesniveau, personer, der bor i lejebolig og personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), som ikke har et arbejde, er der ikke sket en statistisk signifikant udvikling i forhold til sundt kostmønster.

FIGUR 3.33.S
Usundt kostmønster - kommuner. Udviklingen 2006-2010



Kostmønster i kommunerne

Figur 3.33.S og 3.34.S viser udviklingen fra 2006 til 2010 i henholdsvis usundt og sundt kostmønster i kommunerne.

Usundt kostmønster. Udviklingen i forhold til usundt kostmønster varierer fra en stigning på 1 procentpoint i Struer til et fald på 6 procentpoint i Holstebro og Horsens.

Der er sket et statistisk signifikant fald i andelen med usundt kostmønster i:

- Århus
- Holstebro
- Horsens

FIGUR 3.34.5
Sundt kostmønster - kommuner. Udviklingen 2006 - 2010



Sundt kostmønster. Figur 3.34 viser udviklingen i andelen med et sundt kostmønster i kommunerne. Udviklingen varierer fra en stigning på 1 procentpoint i Hedensted til en stigning på 7 procentpoint i Syddjurs.

Der er sket en statistisk signifikant stigning i andelen med et sundt kostmønster i følgende kommuner:

- Århus
- Randers
- Lemvig
- Syddjurs

FIGUR 3.35.S
Usundt kostmønster - kronisk sygdomme. Udviklingen 2006-2010



Kostmønster i forhold til kroniske sygdomme

Udviklingen i andelen med henholdsvis usundt og sundt kostmønster blandt kronisk syge fremgår af figur 3.35.S og figur 3.36.S.

Usundt kostmønster. Blandt kronisk syge varierer udviklingen i andelen med et usundt kostmønster fra en stigning på 3 procentpoint blandt personer med blodprop i hjertet til et fald på 4 procentpoint blandt personer med tinnitus og diskusprolaps eller andre ryggsygdomme, jævnfør figur 3.35.S.

Der er sket en statistisk signifikant udvikling i usundt kostmønster blandt personer med:

- Slidgigt/leddegigt
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Diskusprolaps eller andre rygdygdomme
- Tinnitus

FIGUR 3.36.5
 Sundt kostmønster - kroniske sygdomme. Udviklingen 2006-2010



Sundt kostmønster. Udviklingen fra 2006 til 2010 i forhold til et sundt kostmønster varierer blandt kronisk syge fra et fald i andelen på 6 procentpoint blandt personer med blodprop i hjertet til en stigning på 8 procentpoint blandt personer med kræft, hvilket fremgår af figur 3.36.S.

Der er sket en statistisk signifikant forøgelse i andelen med sundt kostmønster blandt personer med:

- Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger
- Slidgigt/leddegigt
- Tinnitus
- Forbigående psykiske lidelser
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme

Overvægt

Overvægt indebærer en forøget risiko for tidlig død og kroniske sygdomme som sukkersyge, hjerte-kar-sygdomme, visse former for kræft samt slidgigt, leddegigt og andre lidelser i bevægeapparatet. WHO skønner, at 8-15 % af de industrialiserede landes omkostninger ved sygdomme kan henføres til overvægt.

I Region Midtjyllands sundhedsprofil fra 2006 blev andelen af overvægtige opgjort til 49 % fordelt på 35 % moderat overvægtige og 14 % svært overvægtige. Spørgsmålet er, om der er sket en stagnation, et fald eller en stigning i andelen af overvægtige?

Vægtstatus er i undersøgelsen beregnet ved hjælp af Body Mass Index (BMI) på baggrund af svarpersonernes oplysninger om højde og vægt.

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

På baggrund af BMI foretages der en inddeling i fire vægtklasser:

Svær overvægt:	BMI \geq 30
Moderat overvægt:	BMI 25-29,9
Normalvægt:	BMI 18,5-24,9
Undervægt:	BMI < 18,5

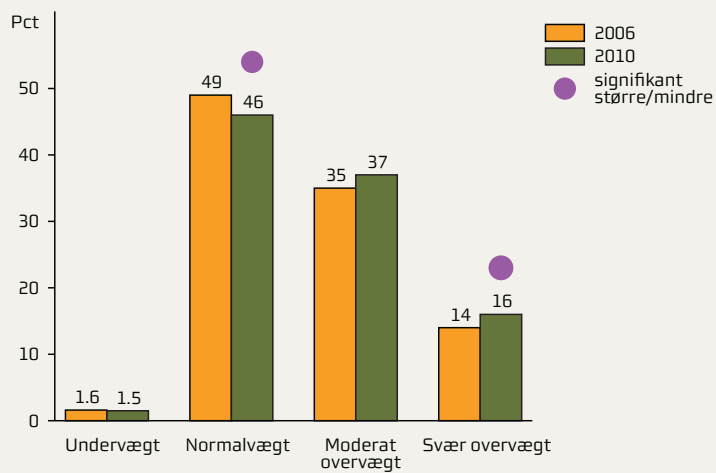
I det følgende belyses udviklingen i BMI i perioden fra 2006 til 2010. Udviklingen i moderat og svær overvægt belyses i forhold til køn, alder og sociale forhold, kommuner og kroniske sygdomme.

Hvor mange er overvægtige?

Det fremgår af figur 3.37.S, at der er sket en stigning i andelen af svært overvægtige fra 14 % til 16 % fra 2006 til 2010. I andelen af moderat overvægtige er der sket en stigning fra 35 % til 37 %. Alt i alt er der således sket en stigning i andelen af overvægtige fra 49 % i 2006 til 52 % i 2010.

Der er tilsvarende sket et fald i andelen af normalvægtige i perioden.

FIGUR 3.37.5
Befolkningens fordeling på vægtklasser. Udviklingen 2006 - 2010



FIGUR 3.38.5
Moderat overvægt - køn, alder og sociale forhold. Udviklingen 2006-2010



Overvægt i forhold til køn, alder og sociale forhold

I det følgende belyses udviklingen i perioden fra 2006 til 2010 i andelen af henholdsvis moderat og svært overvægtige i forhold til køn, alder og sociale forhold.

Moderat overvægt. Der er sket en mindre stigning i andelen af moderat overvægtige inden for størstedelen af grupperne i forhold til køn, alder og sociale forhold, jævnfør figur 3.38.5.

Stigningen i moderat overvægt er statistisk signifikant blandt:

- Personer i alderen 65-74 år
- Personer der er gift/samlevende

FIGUR 3.39.5
Svær overvægt - køn, alder og sociale forhold. Udviklingen 2006-2010



Svær overvægt. Der er ligeledes sket en stigning i andelen af svært overvægtige inden for størstedelen af grupperingerne i forhold til køn, alder og sociale forhold, hvilket fremgår af figur 3.39.5.

For personer i alderen 25-34 år, 55-79 år, personer med højt uddannelsesniveau, personer der bor alene og personer der bor i lejlighed er stigningen ikke statistisk signifikant.

FIGUR 3.40.5
Moderat overvægt - kommuner. Udviklingen 2006-2010



Overvægt i kommunerne

Figur 3.40.S og figur 3.41.S viser udviklingen fra 2006-2010 i henholdsvis moderat og svær overvægt i kommunerne.

Moderat overvægt. Udviklingen i andelen af moderat overvægtige varierer fra en stigning på 5 procentpoint i Horsens til et fald på 5 procentpoint i Skive, jævnfør figur 3.40.S.

Der er ikke sket en statistisk signifikant udvikling i kommunerne.

FIGUR 3.41.5
 Svær overvægt - kommuner. Udviklingen 2006-2010

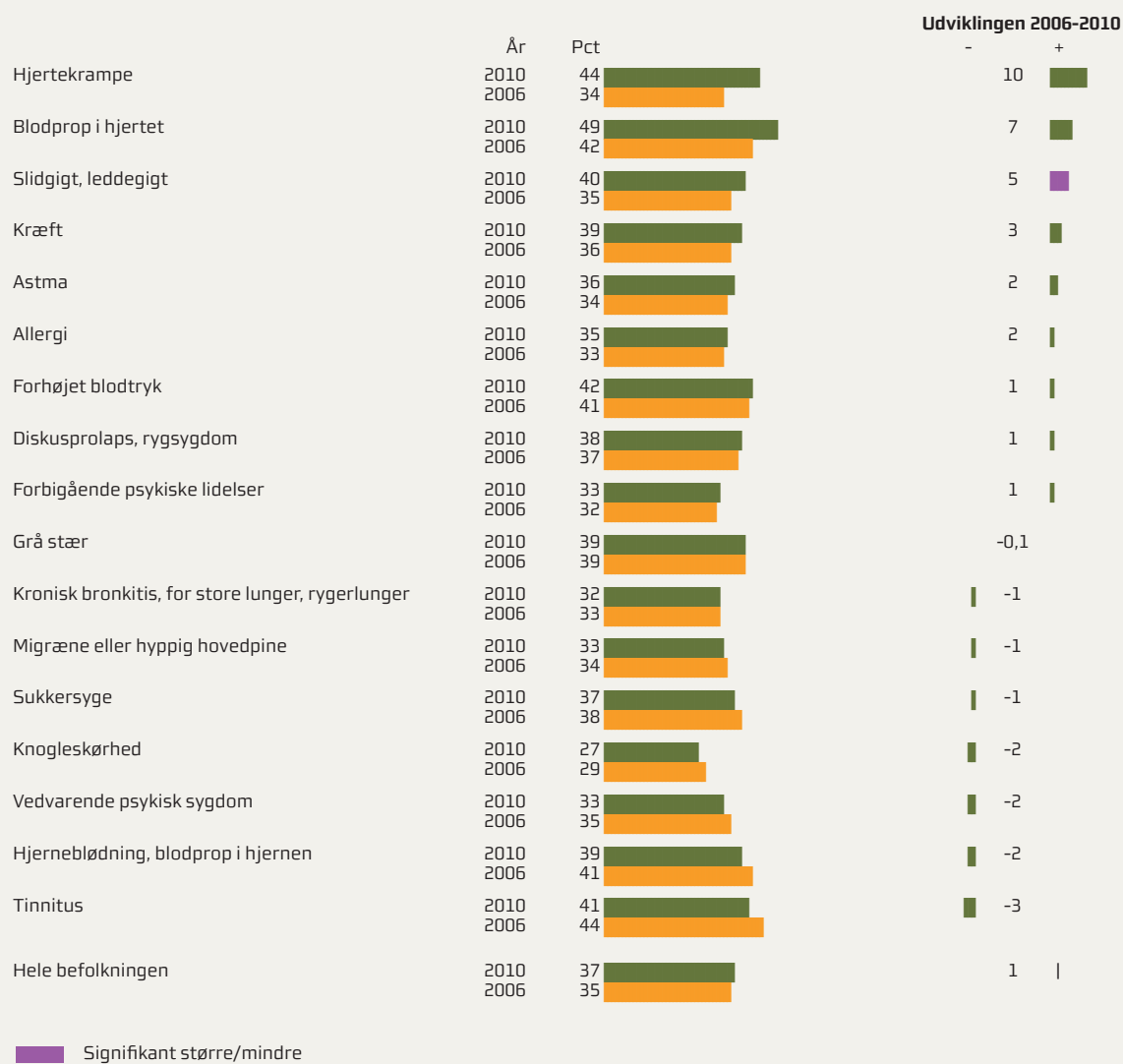


Svær overvægt. Udviklingen i andelen af svært overvægtige varierer fra en stigning på 6 procentpoint i Holstebro Kommune til et fald på 1 procentpoint i Silkeborg, hvilket fremgår af figur 3.41.5.

Der er sket en statistisk signifikant stigning i andelen af svært overvægtige i følgende kommuner:

- Holstebro
- Favrskov

FIGUR 3.42.S
Moderat overvægt - kroniske sygdomme. Udviklingen 2006-2010



Overvægt i forhold til kroniske sygdomme

Udviklingen i henholdsvis moderat og svær overvægt blandt kronisk syge fra 2006 til 2010 fremgår af figur 3.42.S og figur 3.43.S.

Moderat overvægt. Udviklingen i andelen af moderat overvægtige varierer fra en stigning på 10 procentpoint blandt personer med hjertekrampe til et fald på 3 procentpoint hos personer med tinnitus.

Der er sket en statistisk signifikant stigning i andelen af moderat overvægtige blandt personer med:

- Slidgigt/leddegigt

FIGUR 3.43.S
 Svær overvægt - kroniske sygdomme. Udviklingen 2006-2010



Svær overvægt. Udviklingen i andelen af svært overvægtige varierer fra en stigning på 9 procentpoint hos personer med slidgigt/leddegigt til et fald på en procentpoint inden for gruppen med knogleskørhed.

Der er sket en statistisk signifikant stigning i andelen af svært overvægtige inden for følgende sygdomsgrupper:

- Slidgigt/leddegigt
- Forbigående psykiske lidelser
- Diskusprolaps, rygsygdom
- Migræne eller hyppig hovedpine

Sammenfatning

En vigtig forudsætning for at forbedre folkesundheden er, at der løbende sker en udvikling i befolkningen i retning af bedre sundhedsvaner. Det er ligeledes vigtigt, at denne udvikling omfatter alle sociale grupper. Hvis ikke det er tilfældet, øges den sociale ulighed i sygelighed og dødelighed.

Ryging. Fra 2006 til 2010 er andelen af dagligrygere faldet fra 27 % til 22 %. Der er således overordnet set sket en positiv udvikling i forhold til rygning. Der er sket et fald i andelen af dagligrygere i forhold til køn, alder og størstedelen af de øvrige grupperinger i forhold til køn, alder og sociale forhold. Der er imidlertid ikke sket en signifikant udvikling i andelen af dagligrygere blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), som ikke er i arbejde, eller blandt personer med lavt uddannelsesniveau. Den sociale skævhed i forekomsten af rygning er dermed blevet større fra 2006 til 2010.

Der er sket en stor reduktion fra 2006 til 2010 af forekomsten af rygningen indendørs i hjem med børn. Andelen af hjem med børn, hvor der ryges indendørs, er faldet 10 procentpoint.

Alkohol. Der er kun sket mindre ændringer i befolkningens alkoholforbrug i perioden fra 2006 til 2010.

Fysisk aktivitet. På den ene side er der sket en positiv udvikling i forhold til fysisk aktivitet, eftersom andelen af personer, der er fysisk inaktive, er faldet fra 23 % i 2006 til 17 % i 2010. Der er også sket en positiv udvikling i forhold til andelen, der dyrker regelmæssig motion.

Den overordnede positive udvikling gør sig dog ikke gældende blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke har et arbejde. I denne gruppe er der ikke sket en statistisk signifikant udvikling i andelen, der dyrker regelmæssig motion i fritiden.

Samtidig med den positive udvikling i forhold til fysisk inaktivitet og regelmæssig motion i fritiden, er andelen af personer, der er fysisk aktive 6-7 dage om ugen, faldet fra 34 % til 32 %.

En årsag til, at færre er fysisk aktive 6-7 dage om ugen, kan være, at flere har fået stillesiddende arbejde. Det betyder, at fysisk aktivitet bliver en aktivitet, som man skal finde tid til i hverdagen. Den daglige fysiske aktivitet er ikke længere en naturlig del af de daglige gøremål, hvilket gør det svært at leve op til anbefalingen om moderat fysisk aktivitet hver dag.

Tallene peger på, at der er behov for at fokusere på, hvordan fysisk aktivitet i højere grad integreres i dagligdagens gøremål.

Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at der er sket en væsentlig positiv ændring i andelen af ældre, som er moderat fysisk aktive hver dag.

Kost. Overordnet set er andelen med et usundt kostmønster faldet og andelen med et sundt kostmønster steget i perioden 2006 til 2010. Den største positive udvikling er sket blandt ældre (75-79 år).

Den positive udvikling i kostmønsteret, hvor en mindre andel har et usundt kostmønster og en større andel har et sundt kostmønster, gælder dog ikke blandt personer med lavt uddannelsesniveau eller blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), som ikke har et arbejde. I disse to grupper er der ikke sket en statistisk signifikant udvikling. Sammenholdes dette med den positive udvikling i retning af et sundere kostmønster i befolkningen som helhed, tyder udviklingen på, at den sociale ulighed ved personer med et usundt kostmønster er blevet mere skæv.

Overvægt. Der er sket en stigning i andelen af overvægtige fra 49 % til 52 % i perioden fra 2006 til 2010. Andelen er steget inden for både moderat og svær overvægt.

MOTIVATION OG RÅDGIVNING

UDVIKLINGEN 2006 TIL 2010

Indledning

Det foregående kapitel beskrev udviklingen i befolkningens sundhedsvaner fra 2006 til 2010. I dette kapitel beskrives, hvordan befolkningens motivation for at leve sundere har ændret sig fra 2006 til 2010. I den forbindelse beskrives andelen, der har modtaget råd og vejledning fra egen læge i 2006 sammenholdt med, hvor mange der har modtaget råd og vejledning i 2010.

Uhensigtsmæssige sundhedsvaner øger risikoen for sygdom, funktionsnedsættelse og tidlig død, ligesom uhensigtsmæssige sundhedsvaner fører til forringet livskvalitet. Omvendt mindsker gode sundhedsvaner risikoen for alvorlig sygdom og tidlig død samt fremmer trivsel, udfoldelsesmuligheder og livsglæde.

De gavnlige virkninger af gode sundhedsvaner gør det vigtigt både at følge udviklingen i befolkningens sundhedsvaner samt udviklingen i motivationen for at ændre usund adfærd, idet en udvikling i retning af dårligere sundhedsvaner kan forventes blandt andet at lede til en forøget sygdomsbyrde. Det er derfor vigtigt, både for den enkelte, men også for samfundet, at befolkningens sundhedsvaner udvikles i en positiv retning.

Kapitlet er opbygget med en gennemgang af motivationen for at ændre adfærd i forhold til rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet, kost og overvægt. Hvert af de fem områder gennemgås med henblik på at belyse, udviklingen i kommunerne samt i forhold til køn, alder og sociale forhold. Derudover fokuseres der på udviklingen i kronisk syges motivation for at ændre adfærd. Afslutningsvis behandles inden for hvert afsnit, hvor mange der har modtaget råd og vejledning fra egen læge i 2006 og i 2010 i forhold til en sundere livsstil.

Rygning

Forebyggelsesarbejdet på rygeområdet handler om at gøre befolkningen røgfri. Rygning er ikke kun skadeligt for rygere, men også for ikke-rygere pga. risikoen ved passiv rygning.

Tobaksforebyggelse retter sig derfor mod hele befolkningen. I afsnittet *Rygning* i kapitel 3: *Sundhedsvaner* blev følgende forebyggelsesmål formuleret:

- I forhold til rygerne handler det om at motivere til rygestop samt at give støtte og hjælp til de rygere, der ønsker at holde op
- I forhold til ikke-rygerne handler det om at forebygge rygestart hos børn, unge og eksrygere samt at sikre, at ingen mod deres vilje udsættes for passiv rygning

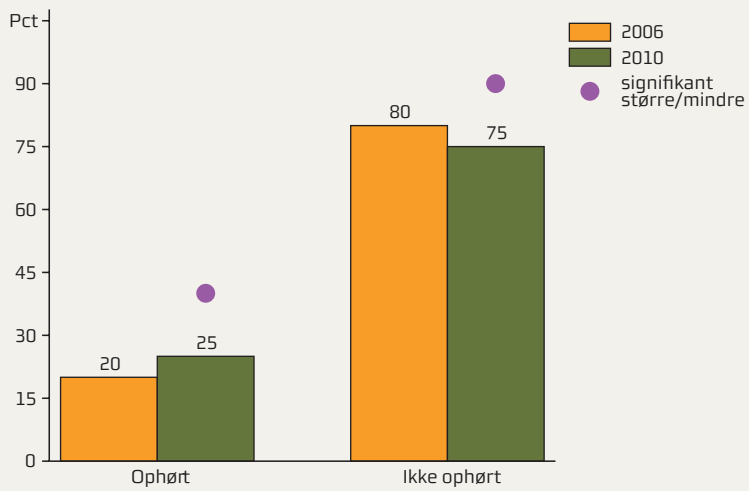
I dette afsnit beskrives udviklingen i dagligrygernes motivation for at stoppe med at ryge samt udviklingen i andelen af dagligrygere, der har modtaget råd fra lægen om rygestop i perioden 2006 til 2010. Derudover beskrives andelen, der er stoppet med at ryge, andelen der ønsker støtte og hjælp til rygeophør samt hvor stor en andel af befolkningen, som arbejder på en arbejdsplads, hvor rygereglene efterleves i 2010 i forhold til i 2006.

Hvor mange er stoppet med at ryge inden for de seneste fem år?

Der er beregnet en 1-års stoprate for årene 2005-2009. Herudfra er beregnet en samlet 5-års rygestoprate. Rygestopraten angiver, hvor stor en andel af dagligrygerne, der er holdt op med at ryge inden for de sidste fem år.

Det fremgår af figur 4.1.5, at flere rygere er stoppet med at ryge inden for de seneste fem år sammenlignet med perioden 2001-2005. Andelen, der er stoppet, er steget fra 20 % til 25 %.

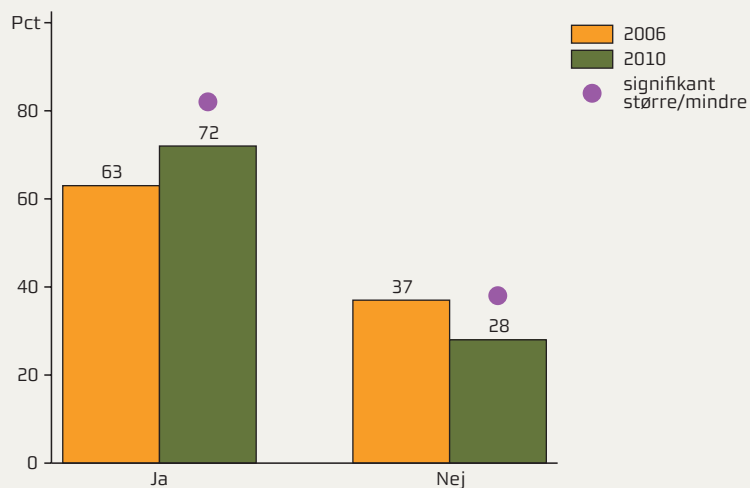
FIGUR 4.1.5
5-års rygestopsrate. Udviklingen 2006-2010



FIGUR 4.2.S, 4.3.S
Ønsker at stoppe med at ryge. Udviklingen 2006-2010

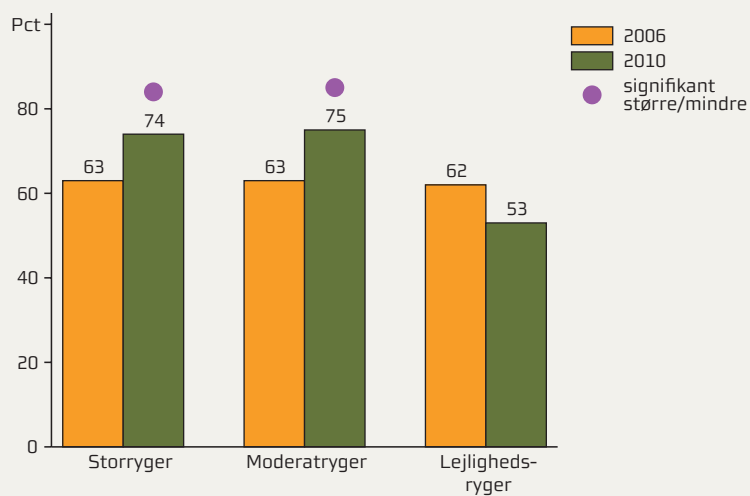
Figur 4.2.S

Ønsker at stoppe med at ryge. Udviklingen 2006-2010



Figur 4.3.S

Ønsker at stoppe med at ryge i forhold til tobaksforbrug. Udviklingen 2006-2010



Hvor mange vil gerne stoppe med at ryge?

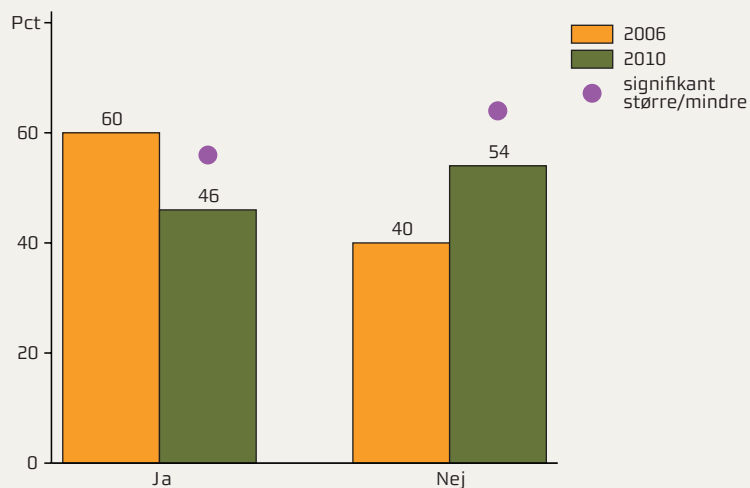
Der er i 2010 flere, der har svaret 'ja' til, at de gerne vil stoppe med at ryge end i 2006, jævnfør figur 4.2.S.

Dette resultat skal tolkes i lyset af, at der i 2010 er flere svarmuligheder til spørgsmålet *Vil du gerne stoppe med at ryge?* For at kunne sammenligne med 2006 er følgende kategorier fra 2010 lagt sammen: 'Ja, men jeg har ikke planlagt hvornår', 'Ja, inden for de 6 mdr.' og 'Ja, inden for 1 md.'

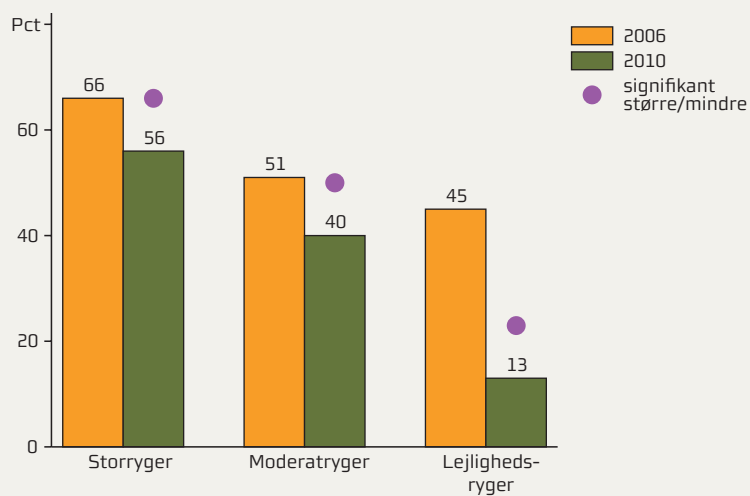
Andelen, der ønsker at stoppe med at ryge, er steget for både storrygere og moderatrygere, hvilket fremgår af figur 4.3.S. Blandt storrygere er andelen, som ønsker at stoppe med at ryge, steget fra 63 % i 2006 til 74 % i 2010. Blandt moderatrygere er andelen steget fra 63 % til 75 %.

FIGUR 4.4.S, 4.5.S
Ønsker støtte og hjælp til rygestop. Udviklingen 2006-2010

Figur 4.4.S
Ønsker støtte og hjælp. Udviklingen 2006-2010



Figur 4.5.S
Ønsker støtte og hjælp i forhold til tobaksforbrug. Udviklingen 2006-2010



Hvor mange vil gerne have støtte og hjælp til rygestop?

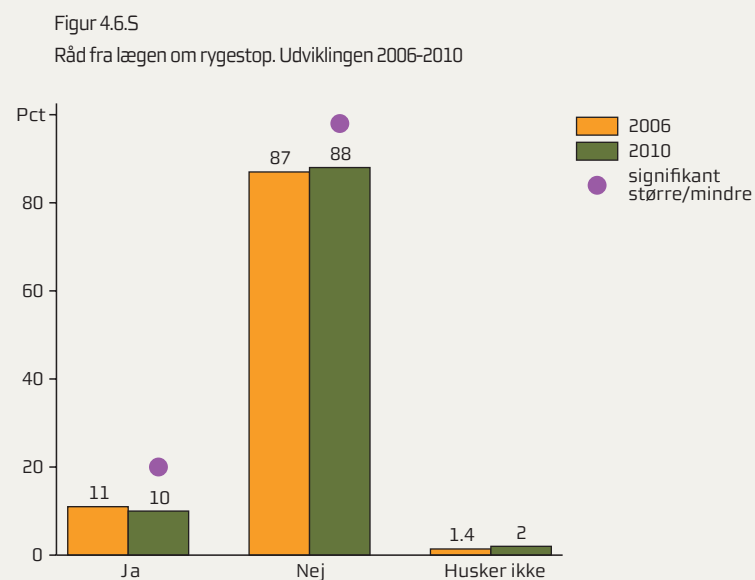
46 % af rygerne, som gerne vil stoppe med at ryge, ønsker støtte og hjælp til rygestop. Andelen er faldet fra 60 % i 2006, jævnfør figur 4.4.S.

Andelen der gerne vil have støtte og hjælp er faldet blandt både storrygere, moderatrygere og lejlighedsrygere, hvilket fremgår af figur 4.5.S.

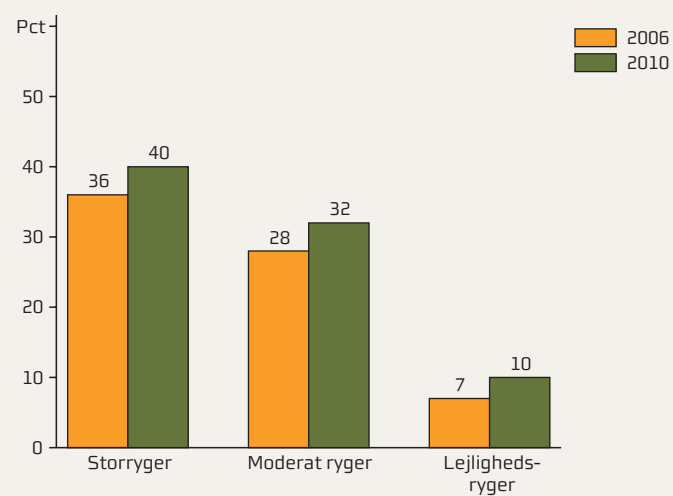
Blandt storrygere og moderatrygere er der sket et fald på henholdsvis 10 og 11 procentpoint i perioden fra 2006 til 2010.

Det største fald er sket blandt lejlighedsrygere, hvor andelen er faldet fra 45 % til 13 %.

FIGUR 4.6.S, 4.7.S
Råd fra lægen om rygestop. Udviklingen 2006-2010



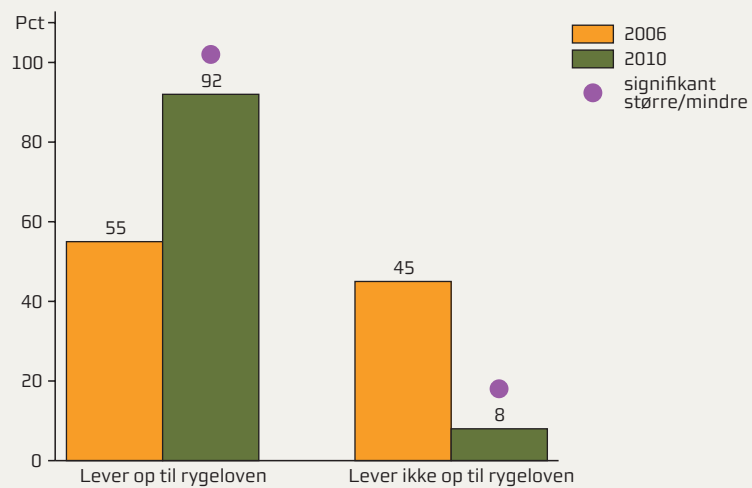
Figur 4.7.S
Råd fra lægen om rygestop i forhold til tobaksforbrug. Udviklingen 2006-2010



Råd fra egen læge i forhold til rygning

Der er sket en stigning i andelen af storrygere, moderatrygere og lejlighedsrygere, som har modtaget råd fra lægen om rygestop i perioden fra 2006 til 2010. Udviklingen er dog ikke statistisk signifikant, jævnfør figur 4.7.5.

FIGUR 4.8.5
Er det tilladt at ryge på din arbejdsplads? Udviklingen 2006-2010



Hvor mange arbejder på en arbejdsplads, hvor rygereglerne efterleves?

Figur 4.8.5 viser andelen af personer, der i 2006 arbejdede på en arbejdsplads, hvor man allerede levede op til minimumskravene i den kommende rygelov, sammenholdt med andelen, der i 2010 – altså efter rygelovens indførelse – arbejder på en arbejdsplads, der lever op til rygelovens minimumskrav.

I foråret 2010 arbejdede 92 % af borgerne i Region Midtjylland på en arbejdsplads, hvor minimumskravene til rygeloven efterlevedes. Det samme gjaldt for 55 % i foråret 2006.

Der er altså sket en betydelig stramning af rygereglerne på arbejdspladserne efter at rygeloven er trådt i kraft. Det har sandsynligvis medført et fald i andelen af borgere, som udsættes for passiv rygning på arbejdspladsen. De strammere rygeregler kan også formodes at være en støtte til rygeophør for de rygere, der ønsker at blive røgfri.

Alkohol

I det følgende afsnit beskrives udviklingen i borgernes motivation for at nedsætte deres alkoholforbrug i perioden fra 2006 til 2010. Derudover beskrives andelen, der er blevet rådet af egen læge til at nedsætte alkoholforbruget.

I et forebyggelsesperspektiv er det vigtigt at vide, hvor mange med et risikabelt alkoholforbrug, der er motiveret for at ændre deres alkoholforbrug. Disse personer er oplagte som målgrupper for tiltag på alkoholområdet, fx kommunale indsatser. Personer, der har et risikabelt alkoholforbrug, men som ikke er motiveret for at nedsætte deres alkoholforbrug, er i højere grad målgruppe for oplysningskampagner eller råd og vejledning fra egen læge med henblik på at skabe motivation for ændring af adfærd.

Hvor mange ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug?

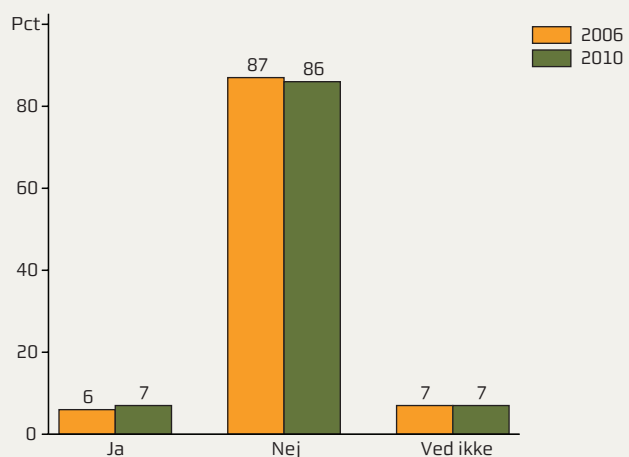
Der er ikke sket nogen statistisk signifikant ændring i andelen af borgere, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug i perioden fra 2006 til 2010, jævnfør figur 4.9.5 og figur 4.10.5

FIGUR 4.9.S, 4.10.S

Ønske om nedsættelse af alkoholforbrug. Udviklingen 2006-2010

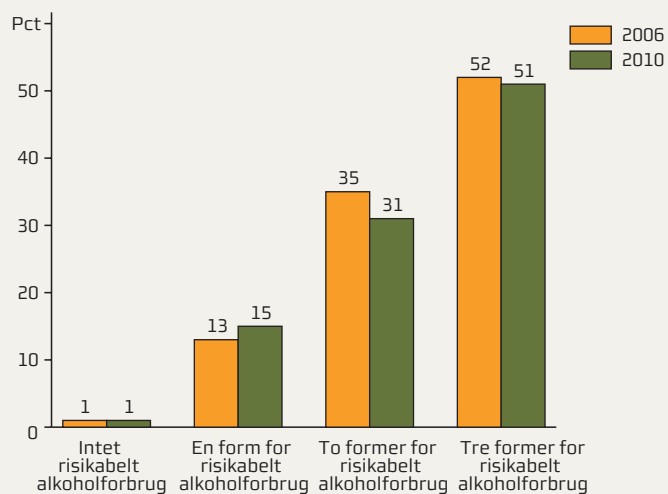
Figur 4.9.S

Ønske om nedsættelse af alkoholforbrug. Udviklingen 2006-2010



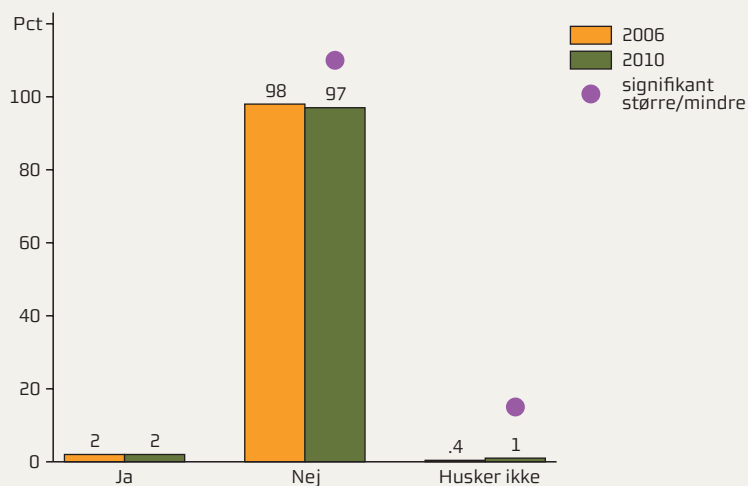
Figur 4.10.S

Ønske om nedsættelse af alkoholforbrug i forhold til risikabelt alkoholforbrug. Udviklingen 2006-2010

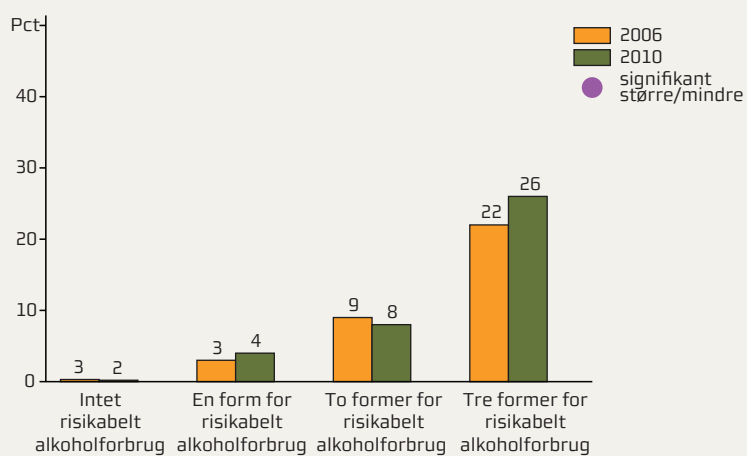


FIGUR 4.11.S, 4.12.S
Råd fra lægen om nedsættelse af alkoholforbrug. Udviklingen 2006-2010

Figur 4.11.S
Råd fra lægen om nedsættelse af alkoholforbrug. Udviklingen 2006-2010



Figur 4.12.S
Råd fra lægen om nedsættelse af alkoholforbrug i forhold til risikabelt alkoholforbrug. Udviklingen 2006-2010



Rådgivning fra egen læge i forhold til alkohol

Figur 4.11.S viser, at andelen, der havde modtaget råd fra lægen om at ændre sit alkoholforbrug, var den samme i 2006 og 2010.

I forhold til alkoholforbrug er der ikke sket statistisk signifikante ændringer i andelen, der er blevet rådet til alkoholnedsættelse, se figur 4.12.S.

Det skal i den forbindelse nævnes, at der i 2006 var en fejl i opgørelsen af andelen, der var blevet rådet af lægen til at nedsætte sit alkoholforbrug. I 2006 blev det opgjort, at 16 % havde modtaget råd fra lægen om nedsættelse af alkoholforbrug. Det korrekte tal er imidlertid 2 %.

Fysisk aktivitet

I dette afsnit beskrives udviklingen i befolkningens motivation for at være mere fysisk aktiv fra 2006 til 2010. Derudover belyses udviklingen i andelen af befolkningen, der er blevet rådet af egen læge til at dyrke motion. Udviklingen beskrives i forhold til fysisk aktivitetsniveau samt selv vurderet fysisk form.

For at de borgere, som er motiverede for at være mere fysisk aktive, kan udleve denne motivation i praksis og rent faktisk blive mere fysisk aktive, er det væsentligt, at de fornødne rammer er til stede. Fx at der i lokalsamfundet er rammer, der gør det let at få motion, enten som fritidsaktivitet, i form af aktiv transport (gang og cykling) eller på arbejdspladsen.

Derudover handler det også om, at der er et tilstrækkeligt udbud af tilbud om fysisk aktivitet, fx i foreningsregi.

Hvor mange ønsker at være mere fysisk aktive?

Figur 4.13.S viser, at andelen, der gerne vil være mere fysisk aktiv, er steget fra 65 % til 68 %.

Der er sket en mindre stigning i andelen, der vurderer egen fysiske form som værende nogenlunde, mindre god eller dårlig, jævnfør figur 4.14.S. Andelen, der vurderer egen fysiske form som værende virkelig god eller god, er faldet.

Figur 4.15.S viser, at andelen, der ønsker at være mere fysisk aktiv, er steget både for fysisk inaktive, personer der er moderat fysisk aktive 2-3 dage, 4-5 dage og 6-7 dage om ugen. Den største stigning er sket blandt fysisk inaktive samt personer, der er moderat fysisk aktive 2-5 dage om ugen, idet andelen her er steget 5 procentpoint.

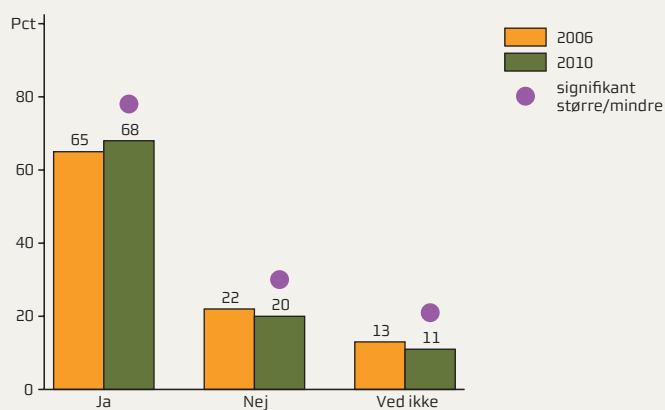
Inden for alle niveauer af selv vurderet fysisk form er der sket en mindre stigning i andelen, som ønsker at være mere fysisk aktiv, jævnfør figur 4.16.S. Stigningen er statistisk signifikant for personer, der vurderer deres egen form som virkelig god, god eller mindre god.

FIGUR 4.13.S-4.16.S

Ønske om at være mere aktiv og selv vurderet fysisk form. Udviklingen 2006-2010

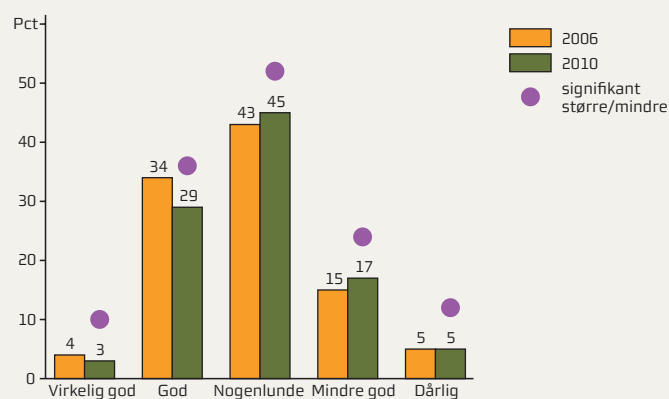
Figur 4.13.S

Ønsker at være mere fysisk aktiv. Udviklingen 2006-2010



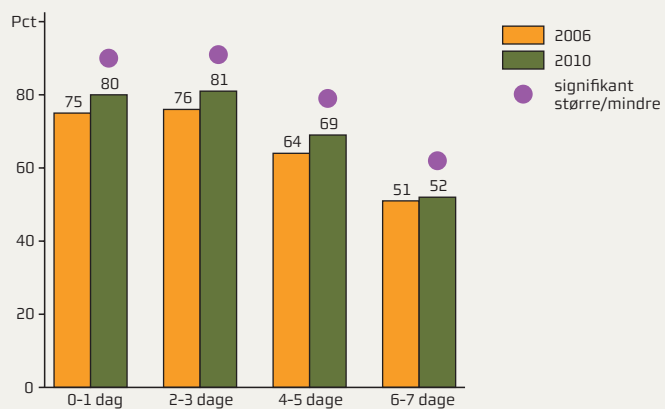
Figur 4.14.S

Selv vurderet fysisk form. Udviklingen 2006-2010



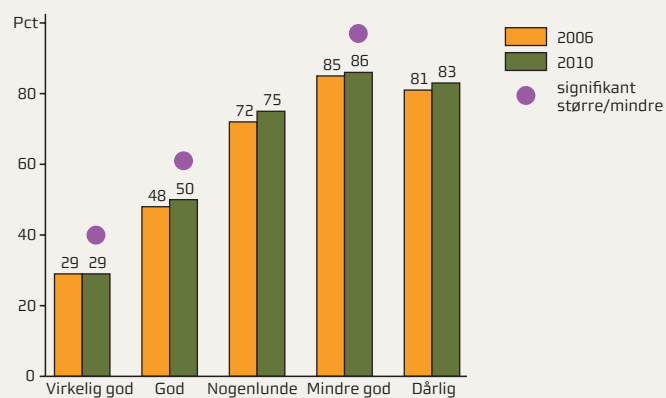
Figur 4.15.S

Ønsker at være mere fysisk aktiv i forhold til antal dage med moderat fysisk aktivitet i mindst 30 minutter. Udviklingen 2006-2010



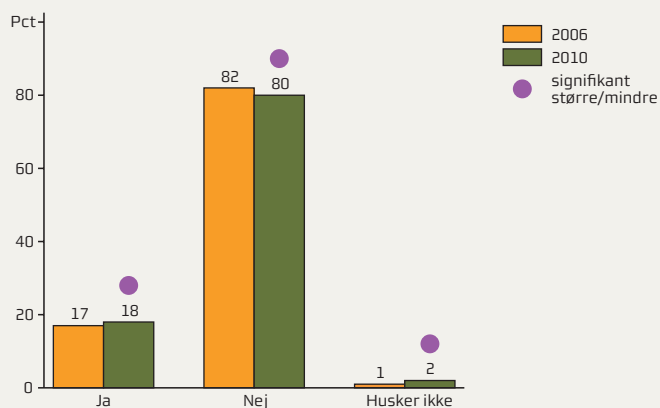
Figur 4.16.S

Ønsker at være mere fysisk aktiv i forhold til selv vurderet fysisk form. Udviklingen 2006-2010

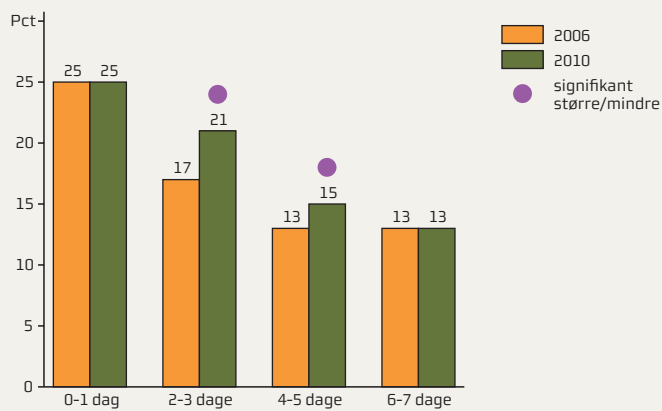


FIGUR 4.17.S-4.19.S
Råd fra lægen om motion. Udviklingen 2006-2010

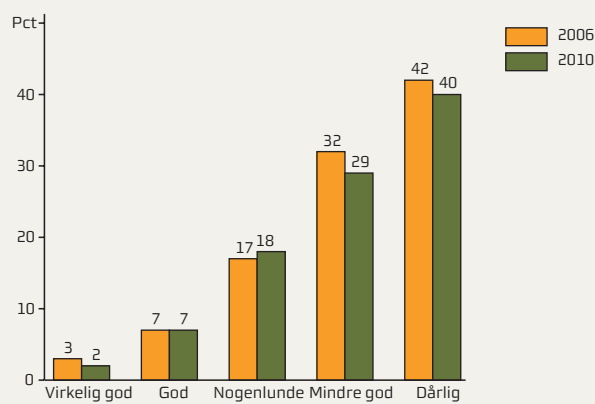
Figur 4.17.S
Råd fra lægen om motion. Udviklingen 2006-2010



Figur 4.18.S
Råd fra lægen om motion i forhold til antal dage med moderat fysisk aktivitet i mindst 30 minutter. Udviklingen 2006-2010



Figur 4.19.S
Råd fra lægen om motion i forhold til selv vurderet fysisk form. Udviklingen 2006-2010



Rådgivning fra egen læge i forhold til fysisk aktivitet

Andelen, der inden for det seneste år har modtaget råd fra lægen om at dyrke motion, er steget fra 17 % i 2006 til 18 % i 2010, hvilket fremgår af figur 4.17.S.

Det skal i den forbindelse nævnes, at der i 2006 var en fejl i opgørelsen af andelen, der var blevet rådet af lægen til at dyrke motion. I 2006 blev det opgjort, at ca. 2 % havde modtaget råd fra lægen i forhold til fysisk aktivitet. Det korrekte tal var imidlertid 17 %.

Figur 4.18.S viser, at andelen, der af lægen er blevet rådet til at dyrke motion, er steget i perioden fra 2006 til 2010 blandt personer, der er moderat fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen 2-3 dage om ugen samt 4-5 dage om ugen.

Af figur 4.19.S fremgår det, at der ikke er sket statistisk signifikante ændringer i andelen, der får råd fra egen læge om at dyrke motion i forhold til selv vurderet fysisk form. Det er fortsat mere end hver tredje af de, der vurderer deres form som dårlig, der er blevet rådet af lægen til at dyrke motion.

Kost

Det er ikke muligt at beskrive udviklingen i befolkningens motivation for at ændre spisevaner. Det skyldes, at der i 2006 ikke blev stillet spørgsmål, der omhandlede ønsker om at spise mere sundt samt selvvurderede kostvaner. I dette afsnit beskrives derfor udviklingen fra 2006 til 2010 i andelen af befolkningen, der har modtaget rådgivning fra lægen i forhold til at ændre kostvaner.

Med hensyn til sund kost er der mange ting, som spiller ind. Den sunde kost skal give mening i hverdagen. Fx skal den opleves som overkommelig at tilberede, og den skal smage godt. Derudover handler det også om tilgængelighed og "sunde rammer". Sund kost skal være tilgængelig i dagligdagen, fx i daginstitutioner, skoler, sportshaller og kantiner.

Rådgivning fra egen læge i forhold til kost

Der er sket et fald fra 14 % i 2006 til 12 % i 2010 i andelen, som har modtaget råd fra lægen vedrørende kostvaner, jævnfør figur 4.20.S.

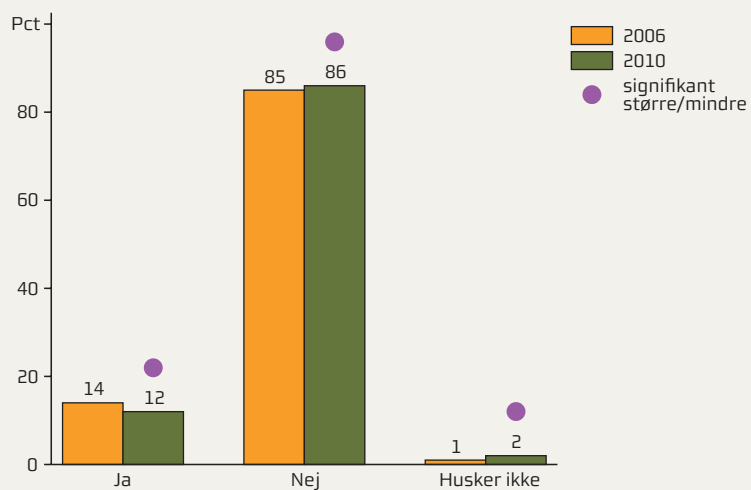
Figur 4.21.S viser, at der er sket en mindre stigning i andelen med et usundt kostmønster, der er blevet rådet til at spise sundere. Blandt personer med middelsundt eller sundt kostmønster er der sket et statistisk signifikant fald i andelen, der er blevet rådet til at spise sundere.

Det samlede fald i andelen, der modtager råd fra lægen om at spise sundere (jf. figur 4.20.S), skyldes altså at personer med middelsundt og sundt kostmønster i mindre grad er blevet rådet til at spise sundere.

FIGUR 4.20.S, 4.21.S
Råd fra lægen om at ændre kostvaner. Udviklingen 2006-2010

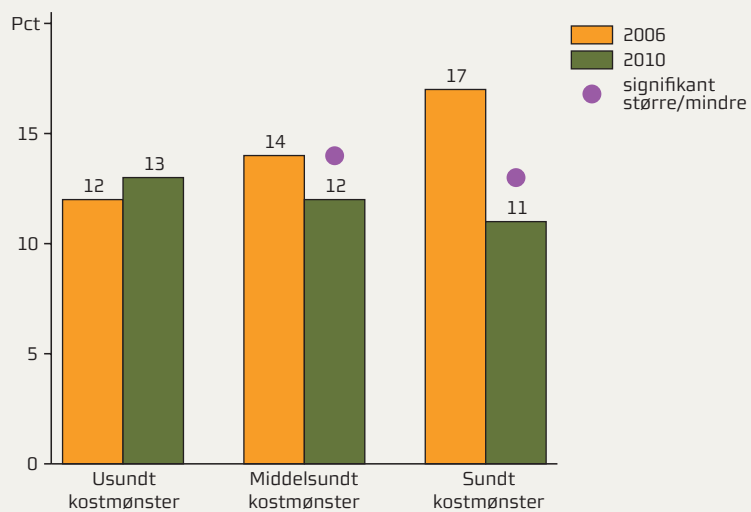
Figur 4.20.S

Råd fra lægen om at ændre kostvaner. Udviklingen 2006-2010



Figur 4.21.S

Råd fra lægen om at ændre kostvaner i forhold til kostmønster. Udviklingen 2006-2010



Overvægt

I det følgende afsnit beskrives udviklingen fra 2006 til 2010 i befolkningens motivation for at tabe sig. Derudover beskrives hvor stor en andel, der i 2006 sammenlignet med 2010 er blevet rådet til et vægttab af egen læge.

Den anbefalede vægt (normalvægt) svarer til et Body Mass Index (BMI) mellem 18,5 og 24,9. I det følgende beskrives udviklingen i motivationen for vægttab samt råd fra lægen om vægttab i forhold til selvvurderet vægt og vægtklasser.

Hvor mange ønsker at tabe sig?

Generelt er der færre, som er motiverede for at tabe sig i 2010 sammenlignet med 2006, jævnfør figur 4.22.S.

Andelen, der i høj grad ønsker at tabe sig, er faldet 3 procentpoint, mens andelen, der i nogen grad ønsker at tabe sig, er faldet 10 procentpoint.

Figur 4.23.S viser, at andelen, der vurderer sin egen vægt som værende tilpas, er faldet i perioden fra 2006 til 2010. Samtidig er andelen, der vurderer sin vægt som værende lidt for høj eller meget for høj, steget.

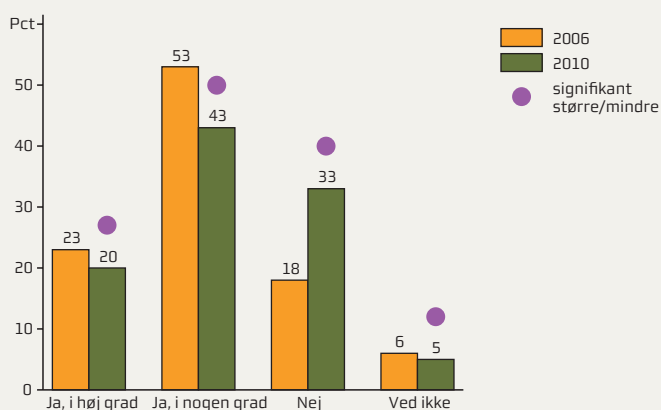
Udviklingen i andelen, der i høj grad ønsker at tabe sig fordelt på vægtklasser, fremgår af figur 4.24.S. Der er ikke sket statistisk signifikante ændringer fra 2006 til 2010 i forhold til andelen, der i høj grad ønsker vægttab blandt personer med overvægt. Det er fortsat således, at lidt flere end hver anden svært overvægtige ønsker et vægttab.

Der er ikke sket ændringer i forhold til selvvurderet vægt blandt personer, der i høj grad ønsker at tabe sig, jævnfør figur 4.25.S. Størstedelen af de svært overvægtige vurderer egen vægt som værende alt for høj.

FIGUR 4.22.S-4.25.S
Ønsker at tabe sig og selv vurderet vægt. Udviklingen 2006-2010

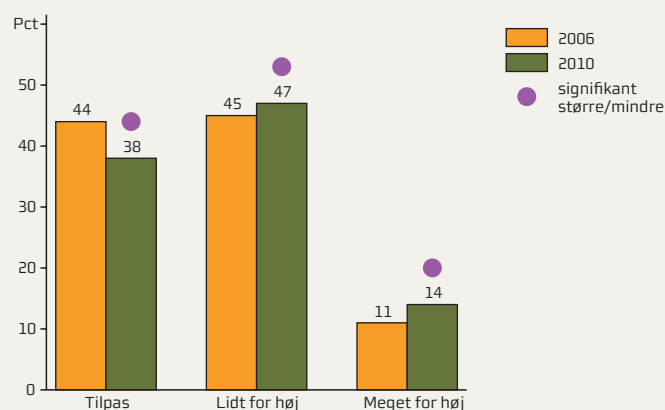
Figur 4.22.S

Ønsker at tabe sig. Udviklingen 2006-2010



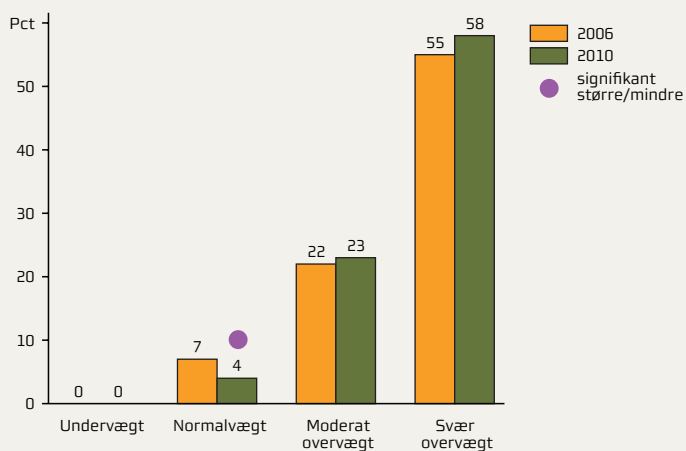
Figur 4.23.S

Selv vurderet vægt. Udviklingen 2006-2010



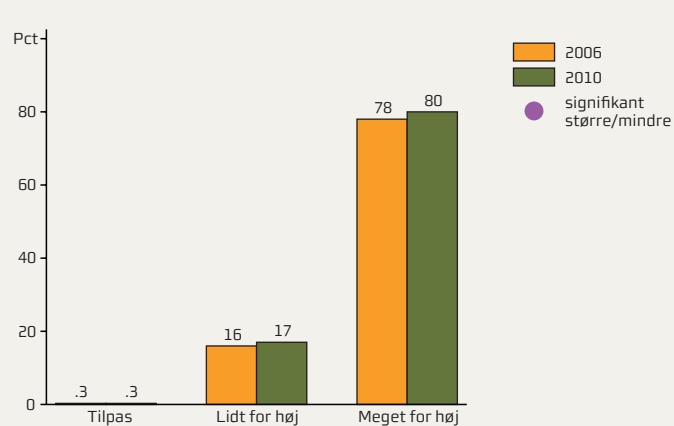
Figur 4.24.S

Ønsker 'i høj grad' at tabe sig i forhold til vægtklasser. Udviklingen 2006-2010



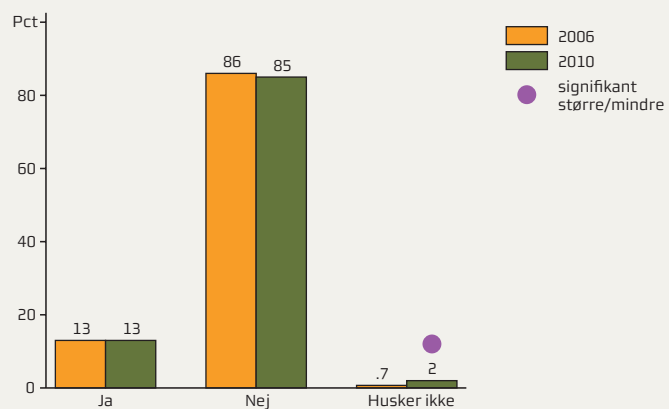
Figur 4.25.S

Ønsker 'i høj grad' at tabe sig i forhold til selv vurderet vægt. Udviklingen 2006-2010

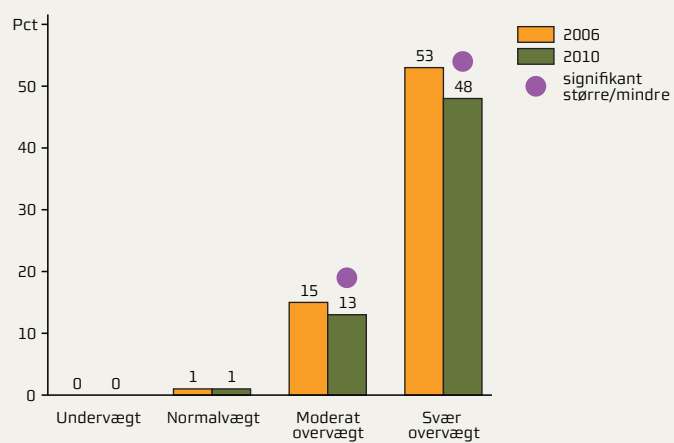


FIGUR 4.26.S-4.28.S
Råd fra lægen om vægttab. Udviklingen 2006-2010

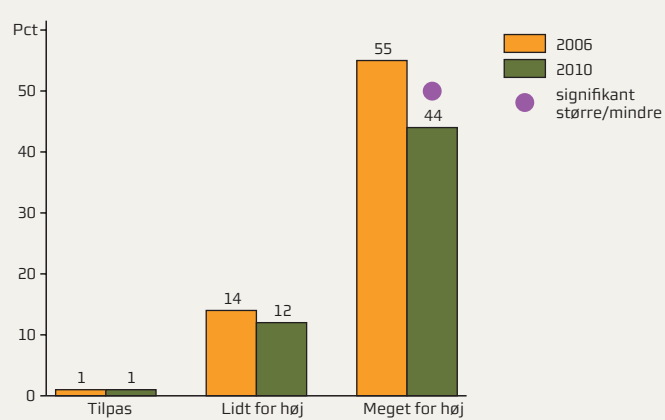
Figur 4.26.S
Råd fra lægen om vægttab. Udviklingen 2006-2010



Figur 4.27.S
Råd fra lægen om vægttab i forhold til vægtklasser.
Udviklingen 2006-2010



Figur 4.28.S
Råd fra lægen om vægttab i forhold til selv vurderet vægt.
Udviklingen 2006-2010



Rådgivning fra egen læge i forhold til vægttab

Der er generelt set ikke sket ændringer i andelen, som er blevet rådet af lægen til vægttab, jævnfør figur 4.26.S.

Figur 4.27.S viser, at der er sket et fald i andelen, som er blevet rådet til vægttab, blandt moderat overvægtige og svært overvægtige. Det største fald er sket blandt svært overvægtige, hvor andelen er faldet fra 53 % i 2006 til 48 % i 2010.

Samtidig er der sket et fald i andelen, der har modtaget råd fra lægen om vægttab, blandt personer, som vurderer egen vægt som værende alt for høj, fra 55-44 %.

Sammenfatning

Generelt er der stor motivation i befolkningen for at leve sundere.

I perioden fra 2006 til 2010 er der forskel på, hvor positiv udviklingen har været i forhold til at leve sundere inden for de fem områder: rygning, alkohol, fysisk aktivitet, kost og overvægt.

I forhold til rygning er andelen, der inden for de seneste fem år (2005-2009) er stoppet med at ryge, steget til 25 % fra 20 % i perioden 2001-2005.

Desuden er andelen af rygere, der er motiverede for rygestop, steget. Samtidig er der sket et fald i andelen af rygere, som ønsker støtte og hjælp til rygestop.

I 2010 arbejdede 92 % af befolkningen på en arbejdsplads, hvor rygelovens minimumskrav til rygerefterlevedes. Det samme gjorde sig gældende for 55 % i 2006, forud for at rygeloven trådte i kraft.

På alkoholområdet er der ikke sket ændringer i befolkningens motivation for at ændre på alkoholforbruget. Der er heller ikke sket ændringer i forhold til andelen, der får råd af egen læge om at nedsætte alkoholforbruget. Det er fortsat 2 % i 2010.

Flere ønsker i 2010 at være mere fysisk aktive sammenlignet med 2006. Særligt de fysisk inaktive er blevet mere motiverede for at dyrke mere motion.

Blandt personer, som dyrker moderat fysisk aktivitet 2-3 dage eller 4-5 dage om ugen, er flere i 2010 end i 2006 blevet rådet af lægen til at dyrke motion.

Der er sket et mindre fald fra 2006 til 2010 i andelen, der har modtaget kostråd fra lægen. Faldet er sket blandt personer med middelsundt og sundt kostmønster.

Generelt set er befolkningen blevet mindre motiveret for at tabe sig i perioden fra 2006 til 2010. Samtidig er der flere, der vurderer deres vægt som værende for høj.

Færre overvægtige har i 2010 modtaget råd fra lægen om vægttab sammenlignet med 2006. Dette skal sammenholdes med, at andelen af overvægtige i befolkningen er steget.