

Hvordan har du det? 2013

SUNDHEDSPROFIL FOR REGION OG KOMMUNER — BIND 2
UDVIKLINGEN 2006 – 2010 – 2013

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



Hvordan har du det? 2013

SUNDHEDSPROFIL FOR REGION OG KOMMUNER — BIND 2

Udarbejdet af:

Finn Breinholt Larsen

Karina Friis

Mathias Lasgaard

Marie Hauge Pedersen

Jes Bak Sørensen

Louise Margrethe Arildsen Jakobsen

Julie Christiansen

Titel:

Hvordan har du det? 2013
Sundhedsprofil for region og kommuner | Bind 2

Forfattere:

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

Copyright:

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

Udgiver:

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

Denne rapport citeres således:

Larsen FB, Friis K, Lasgaard M, Pedersen MH, Sørensen JB, Jakobsen LMA, Christiansen J.
Hvordan har du det? 2013 – Sundhedsprofil for region og kommuner. Bind 2. Aarhus:
CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling; 2014.

ISBN-nr: 978-87-92400-48-2

EAN-nr: 9788792400482

Udgivelse:

Marts 2014

Oplag:

2.000

Tryk:

Zeuner Grafisk A/S

Layout:

DESIGN CONCERN

Forside:

Hanne Ravn Hermansen

FORORD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Aftalen blev indgået mellem Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Finansministeriet. De regionale sundhedsprofiler gentages med en frekvens på fire år, dog med undtagelse af denne sundhedsprofil, der gennemføres allerede nu for at følge sundhedsaftaleprocessen. Gennem aftalen er der etableret et system for monitorering af sundhedstilstanden på landsplan, som

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

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. INDLEDNING	10
Læsevejledning . . . . .	.10
2. RYGNING	12
Hvor mange ryger? . . . . .	.12
Motivation og rådgivning. . . . .	.22
3. ALKOHOL	26
Hvor mange har et risikabelt alkoholforbrug? . . . . .	.26
Motivation og rådgivning . . . . .	.40
4. FYSISK AKTIVITET	42
Hvor mange er fysisk aktive, inaktive eller stillesiddende i fritiden? . . . . .	.42
Motivation og rådgivning. . . . .	.62
5. KOST	68
Hvor mange har et usundt kostmønster? . . . . .	.68
Motivation og rådgivning. . . . .	.79
6. OVERVÆGT	82
Hvor mange er overvægtige? . . . . .	.82
Motivation og rådgivning. . . . .	.96
7. FYSISK OG MENTAL SUNDHED	100
Selv vurderet helbred . . . . .	.100
Selv vurderet trivsel og livskvalitet . . . . .	.107
Stress . . . . .	.112
8. KRONISK SYGDOM OG MULTISYGDOM	120
Kroniske sygdomme i <i>Hvordan har du det?</i> . . . . .	.120
Forekomsten af 15 kroniske sygdomme . . . . .	.120
Rangordning af kommunerne efter sygdomsforekomst . . . . .	.122
Sygdomsprofiler for kommunerne . . . . .	.124
Multisygdom. . . . .	.145
Sammenfatning . . . . .	.154

9. DE UNGES SUNDHED

156

Rygning	157
Alkohol	160
Fysisk aktivitet	164
Kost	168
Overvægt	172
Søvn	176
Sammenfatning	178

FIGURER OG TABELLER

1. INDLEDNING		10
Figur 1.1.S	Usundt kostmønster - køn, alder og uddannelse. (Eksempel på figur i rapporten). . . . .	.11
2. RYGNING		12
Figur 2.1.S	Rygevaner. . . . .	.13
Figur 2.2.S	Dagligrygere - køn, alder og uddannelse. . . . .	.14
Figur 2.3.S	Dagligrygere - kommuner. . . . .	.16
Figur 2.4.S	Dagligrygere - kroniske sygdomme. . . . .	.18
Figur 2.5.S	Rygning i hjem med børn - kommuner. . . . .	.20
Figur 2.6.S	Vil gerne holde op med at ryge. . . . .	.22
Figur 2.7.S	Vil gerne holde op med at ryge i forhold til tobaksforbrug. .22	
Figur 2.8.S	Vil gerne holde op med at ryge inden for de næste 6 måneder i forhold til tobaksforbrug. . . . .	.22
Figur 2.9.S	Ønsker støtte og hjælp til rygestop blandt dagligrygere . .23	
Figur 2.10.S	Ønsker støtte og hjælp til rygestop i forhold til tobaksforbrug . . . . .	.23
Figur 2.11.S	Råd fra læge om rygestop. . . . .	.24
Figur 2.12.S	Råd fra læge om rygestop i forhold til tobaksforbrug24	
3. ALKOHOL		26
Figur 3.1.S	Tre former for risikabelt alkoholforbrug: Ugentligt rusdrikkeri, højrisikoforbrug og tegn på alkoholproblemer. . . . .	.27
Figur 3.2.S	Drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed en gang om ugen eller oftere - køn, alder og uddannelse.. .28	
Figur 3.3.S	Højrisikoforbrug (>14/21) - køn, alder og uddannelse. . . .30	
Figur 3.4.S	Tegn på alkoholproblemer (CAGE-C) - køn, alder og uddannelse. . . . .	.31
Figur 3.5.S	Drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed en gang om ugen eller oftere - kommuner. . . . .	.32
Figur 3.6.S	Højrisikoforbrug (>14/21) - kommuner. . . . .	.34
Figur 3.7.S	Tegn på alkoholproblemer (CAGE-C) - kommuner. . . . .	.36
Figur 3.8.S	Højrisikoforbrug (>14/21) - kroniske sygdomme. . . . .	.38
Figur 3.9.S	Ønske om at nedsætte alkoholforbrug . . . . .	.40
Figur 3.10.S	Ønske om nedsættelse af alkoholforbrug i forhold til tre former for risikabelt alkoholforbrug . . . . .	.40
Figur 3.11.S	Råd fra lægen om nedsættelse af alkoholforbrug. . . . .	.41
Figur 3.12.S	Råd fra lægen om nedsættelse af alkoholforbrug i forhold til de tre former for risikabelt alkoholforbrug41	
4. FYSISK AKTIVITET		42
Figur 4.1.S	Fysisk aktivitet mindst 30 minutter om dagen . . . . .	.43
Figur 4.2.S	Dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden. . .43	
Figur 4.3.S	Fysisk aktivitet i fritiden det seneste år. . . . .	.45

Figur 4.4.S	Vigtigste transportmiddel til og fra arbejde eller uddannelse. . . . .	.45
Figur 4.5.S	Cykling til og fra daglige gøremål - sommer. . . . .	.45
Figur 4.6.S	Cykling til og fra daglige gøremål - vinter. . . . .	.45
Figur 4.7.S	Fysisk aktivitet mindst 30 minutter om dagen højst én dag om ugen (fysisk inaktivitet) - køn, alder og uddannelse. . . . .	.46
Figur 4.8.S	Ingen idræt eller anden form for motion i fritiden - køn, alder og uddannelse. . . . .	.48
Figur 4.9.S	Stillesiddende i fritiden - køn, alder og uddannelse. . . . .	.49
Figur 4.10.S	Passiv transport (bil, knallert m.m.) til arbejde eller uddannelse - køn, alder og uddannelse. . . . .	.50
Figur 4.11.S	Fysisk aktivitet 30 minutter om dagen højst én dag om ugen (fysisk inaktivitet) - kroniske sygdomme. . . . .	.52
Figur 4.12.S	Fysisk aktivitet mindst 30 minutter om dagen højst én dag om ugen (fysisk inaktivitet) - kommuner. . . . .	.54
Figur 4.13.S	Ingen idræt eller motion i fritiden - kommuner. . . . .	.56
Figur 4.14.S	Stillesiddende i fritiden - kommuner. . . . .	.58
Figur 4.15.S	Passiv transport (bil, knallert, m.m.) til og fra arbejde - kommuner. . . . .	.60
Figur 4.16.S	Andel der ønsker at være mere fysisk aktiv . . . . .	.63
Figur 4.17.S	Andel der ønsker at være mere fysisk aktiv blandt fysisk inaktive personer (fysisk aktivitet mindst 30 minutter om dagen højst én dag om ugen, og ingen idræt eller anden form for motion i fritiden) . . . . .	.63
Figur 4.18.S	Råd fra egen læge om at dyrke motion . . . . .	.64
Figur 4.19.S	Råd fra egen læge om at dyrke mere motion i forhold til fysisk aktivitet 30 minutter om dagen og idræt eller anden motion i fritiden. . . . .	.64

5. KOST

68

Figur 5.1.S	Kostmønster . . . . .	.69
Figur 5.2.S	Kostmønster i forhold til frugt . . . . .	.70
Figur 5.3.S	Kostmønster i forhold til grønt . . . . .	.70
Figur 5.4.S	Kostmønster i forhold til fisk . . . . .	.70
Figur 5.5.S	Kostmønster i forhold til fedt . . . . .	.70
Figur 5.6.S	Usundt kostmønster - køn, alder og uddannelse. . . . .	.72
Figur 5.7.S	Usundt kostmønster - kommuner . . . . .	.74
Figur 5.8.S	Usundt kostmønster - kroniske sygdomme . . . . .	.76
Figur 5.9.S	Ønske om at spise mere sundt . . . . .	.78
Figur 5.10.S	Ønske om at spise mere sundt i forhold til kostmønster. . . . .	.78
Figur 5.11.S	Råd fra lægen om at ændre kostvaner . . . . .	.80
Figur 5.12.S	Råd fra lægen om at ændre kostvaner i forhold til kostmønster . . . . .	.80

6. OVERVÆGT		82
Figur 6.1.S	Befolkningens fordeling på vægtklasser . . . . .	.83
Figur 6.2.S	Moderat overvægt - køn, alder og uddannelse . . . . .	.84
Figur 6.3.S	Svær overvægt - køn, alder og uddannelse . . . . .	.86
Figur 6.4.S	Moderat overvægt - kommuner . . . . .	.88
Figur 6.5.S	Svær overvægt - kommuner. . . . .	.90
Figur 6.6.S	Moderat overvægt - kroniske sygdomme . . . . .	.92
Figur 6.7.S	Svær overvægt - kroniske sygdomme . . . . .	.94
Figur 6.8.S	Ønske om at tabe sig. . . . .	.96
Figur 6.9.S	Ønsker i 'høj grad' at tabe sig i forhold til vægtklasser . . . . .	.96
Figur 6.10.S	Råd fra lægen om vægttab. . . . .	.97
Figur 6.11.S	Råd fra egen læge om vægttab i forhold til vægtklasser . . . . .	.97
7. FYSISK OG MENTAL SUNDHED		100
Figur 7.1.S	Selvurderet helbred . . . . .	.101
Figur 7.2.S	Dårligt selvvurderet helbred - køn, alder og uddannelse . . . . .	.102
Figur 7.3.S	Dårligt selvvurderet helbred - kommuner . . . . .	.104
Figur 7.4.S	Selvurderet trivsel og livskvalitet. . . . .	.106
Figur 7.5.S	Nogenlunde/dårlig selvvurderet trivsel og livskvalitet - køn, alder og uddannelse. . . . .	.108
Figur 7.6.S	Nogenlunde/dårlig selvvurderet trivsel og livskvalitet - kommuner . . . . .	.110
Figur 7.7.S	Stressniveau . . . . .	.113
Figur 7.8.S	Andel med højt stressniveau (PSS>16 point) - køn, alder og uddannelse . . . . .	.114
Figur 7.9.S	Andel med højt stressniveau - kommuner. . . . .	.116
8. KRONISK SYGDOM OG MULTISYGDOM		120
Figur 8.1.S	Forekomsten af kroniske sygdomme i Region Midtjylland (aktuel sygdom og eftervirkninger) . . . . .	.121
Figur 8.2.S	Kommunernes rangorden i forhold til sygdomsbelastning i 2006, 2010 og 2013 . . . . .	.123
Figur 8.3.S	Forekomsten af kroniske sygdomme i Favrskov Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger). . . . .	.125
Figur 8.4.S	Forekomsten af kroniske sygdomme i Hedensted Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger) . . . . .	.126
Figur 8.5.S	Forekomsten af kroniske sygdomme i Herning Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger) . . . . .	.127
Figur 8.6.S	Forekomsten af kroniske sygdomme i Holstebro Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger) . . . . .	.128
Figur 8.7.S	Forekomsten af kroniske sygdomme i Horsens Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger) . . . . .	.129
Figur 8.8.S	Forekomsten af kroniske sygdomme i Ikast-Brande Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger) . . . . .	.130
Figur 8.9.S	Forekomsten af kroniske sygdomme i Lemvig Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger) . . . . .	.131
Figur 8.10.S	Forekomsten af kroniske sygdomme i Norddjurs Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger) . . . . .	.132
Figur 8.11.S	Forekomsten af kroniske sygdomme i Odder Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger) . . . . .	.133
Figur 8.12.S	Forekomsten af kroniske sygdomme i Randers Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger) . . . . .	.134

Figur 8.13.S	Forekomsten af kroniske sygdomme i Ringkøbing-Skjern Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)	135
Figur 8.14.S	Forekomsten af kroniske sygdomme i Samsø Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)	136
Figur 8.15.S	Forekomsten af kroniske sygdomme i Silkeborg Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)	137
Figur 8.16.S	Forekomsten af kroniske sygdomme i Skanderborg Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)	138
Figur 8.17.S	Forekomsten af kroniske sygdomme i Skive Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)	139
Figur 8.18.S	Forekomsten af kroniske sygdomme i Struer Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)	140
Figur 8.19.S	Forekomsten af kroniske sygdomme i Syddjurs Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)	141
Figur 8.20.S	Forekomsten af kroniske sygdomme i Viborg Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)	142
Figur 8.21.S	Forekomsten af kroniske sygdomme i Aarhus Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)	143
Figur 8.22.S	Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i den voksne befolkning i 2006, 2010 og 2013.	144
Figur 8.23.S	Multisygdom - køn, alder og uddannelse	146
Figur 8.24.S	Andel med fire eller flere kroniske sygdomme - køn, alder og uddannelse	148
Figur 8.25.S	Multisygdom - kommuner	150
Figur 8.26.S	Fire eller flere kroniske sygdomme - kommuner	152

9. DE UNGES SUNDHED

156

Figur 9.1.S	Unge rygevaner	157
Figur 9.2.S	Dagligrygere blandt unge - køn og alder	158
Figur 9.3.S	Tre former for risikabelt alkoholforbrug blandt unge: ugentligt rusdrikkeri, højrisikoforbrug og tegn på alkoholproblemer.	161
Figur 9.4.S	Ugentligt rusdrikkeri blandt unge - køn og alder.	162
Figur 9.5.S	Fysisk aktivitet blandt unge	165
Figur 9.6.S	Fysisk inaktivitet blandt unge - køn, alder	166
Figur 9.7.S	Det samlede kostmønster blandt unge	169
Figur 9.8.S	Usundt kostmønster blandt unge - køn og alder.	170
Figur 9.9.S	Unge fordelt på vægtklasser	173
Figur 9.10.S	Svær overvægt blandt unge - køn og alder	174
Figur 9.11.S	Dårlig søvnkvalitet blandt unge - køn og alder	177

1. INDLEDNING

Sundhedsprofilen består af to bind: Hovedrapporten (bind 1), der beskriver sundhedstilstand og sundhedsvaner i Region Midtjyllands befolkning i 2013, samt dette bind, sammenligningsbindet (bind 2), der beskriver udviklingen fra 2006 til 2013 og fra 2010 til 2013.

Formålet med sammenligningsbindet er, at man på baggrund af de tre *Hvordan har du det?*-undersøgelser fra 2006, 2010 og 2013 kan danne sig et overblik over ændringer i sundhedstilstanden og sundhedsvanerne i perioden.

Sammenligningsbindet består af en række figurer – såkaldte sammenligningsgrafer – ledsaget af en kort tekst. For en uddybende beskrivelse af de behandlede emner henvises til bind 1, hvor man også finder flere litteraturhenvisninger.

I indledningen i bind 1 finder man desuden en beskrivelse af dataindsamlingen, undersøgelsens metode, fremgangsmåden ved vægtning af data samt en oversigt over de personer, der har medvirket ved undersøgelsens gennemførelse.

Bind 2 indeholder fire kapitler om sundhedsvaner og et kapitel om overvægt. I disse kapitler beskrives ændringer i befolkningens vaner med hensyn til rygning, alkohol, fysisk aktivitet, kost og overvægt. Desuden beskrives udviklingen i befolkningens motivation for at ændre sundhedsvaner og vægtstatus samt de praktiserende lægers rådgivning af borgerne i forhold til at holde op med at ryge, tabe sig, være fysisk aktiv osv.

Bind 2 indeholder desuden to kapitler, der beskriver ændringen i borgernes fysiske og mentale sundhed (selvvurderet helbred, trivsel og livskvalitet samt stress) og udviklingen i forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom.

I hovedparten af bind 2 beskrives ændringer i sundhedstilstanden hos personer med dansk etnisk baggrund i alderen 25-79 år. Det betyder, at data er sammenlignelige med sundhedsprofilerne fra 2006 og fra 2010, der også var afgrænset til denne gruppe. Den eneste undtagelse er et kapitel, der omhandler unges sundhedsvaner og sundhedstilstand. Dette kapitel omfatter kun unge personer i alderen 16-24 år med dansk etnisk baggrund.

Ud over en sammenligning af udviklingen fra 2006 til 2013 og fra 2010 til 2013 for hele undersøgelsesbefolkningen er der foretaget sammenligninger af undergrupper opdelt efter køn, alder og uddannelsesniveau. Desuden er udviklingen nogle steder beskrevet i forhold til kommuner og kronisk sygdom.

Læsevejledning

I figur 1.1.5 ses et eksempel på en figur, hvor andelen af dagligrygere i 2006, 2010 og 2013 belyses i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau. Her ses således ændringer over tid i andelen af dagligrygere fordelt på forskellige undergrupper. Farverne på søjlerne indikerer, hvorvidt ændringerne i forekomsten af dagligrygere i de enkelte undergrupper er statistisk signifikante.

FIGUR 1.1.5

Usundt kostmønster - køn, alder og uddannelse. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013. (Eksempel på figur i rapporten)

Tallene angiver, at 17 % af alle 75-79-årige havde et usundt kostmønster i 2006. I 2010 var andelen 12 % og i 2013 var andelen 14 %. De liggende søjler repræsenterer en visuel præsentation af dette.

Tallene angiver, at andelen med usundt kostmønster blandt 75-79-årige er faldet med 3 procentpoint i perioden fra 2006 til 2013. Farven på søjlen viser, at forskellen er statistisk signifikant.

Tallene angiver, at andelen med usundt kostmønster er steget med 1 procentpoint i perioden fra 2010 til 2013. Farven på søjlen viser, at forskellen ikke er statistisk signifikant.

	År	Pct	Udviklingen 2006-2013		Udviklingen 2010-2013	
			-	+	-	+
Alle	2013	12				
	2010	12				
	2006	14				
Køn						
Mand	2013	17				
	2010	17				
	2006	20				
Kvinde	2013	8				
	2010	7				
	2006	9				
Alder						
25-34	2013	13				
	2010	14				
	2006	17				
35-44	2013	14				
	2010	13				
	2006	16				
45-54	2013	12				
	2010	11				
	2006	13				
55-64	2013	11				
	2010	10				
	2006	13				
65-74	2013	11				
	2010	11				
	2006	13				
75-79	2013	14				
	2010	12				
	2006	17				
Uddannelsesniveau						
Lavt	2013	20				
	2010	18				
	2006	21				
Middel	2013	15				
	2010	14				
	2006	16				
Højt	2013	5				
	2010	4				
	2006	7				

■ Signifikant større/mindre

Farverne på søjlerne 'Udviklingen 2006-2010' og 'Udviklingen 2010-2013' indikerer, hvorvidt forskellen mellem årene er statistisk signifikant.

2. RYGNING

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

I dette kapitel beskrives udviklingen i befolkningens rygevaner fra 2006 til 2013.

Følgende spørgsmål anvendes til at belyse udviklingen i befolkningens rygevaner:

- Ryger du?

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

- Hvor meget ryger du i gennemsnit per dag?
- Bliver der røget indendørs i dit hjem?

Udviklingen i perioden fra 2006 til 2013 beskrives generelt. Derudover sammenlignes udviklingen i andelen af rygere i forhold til køn, alder og uddannelse, kommuner samt for 15 kroniske sygdomme, der indgår både i 2006-, 2010- og 2013-undersøgelsen.

Udviklingen i rygning indendørs i hjem med børn under 16 år sammenlignes på kommuneniveau.

Afslutningsvis beskrives udviklingen fra 2006 til 2013 i dagligrygernes motivation for at stoppe med at ryge, andelen der ønsker støtte og hjælp til rygeophør samt udviklingen i dagligrygere, der har modtaget råd fra lægen om rygestop.

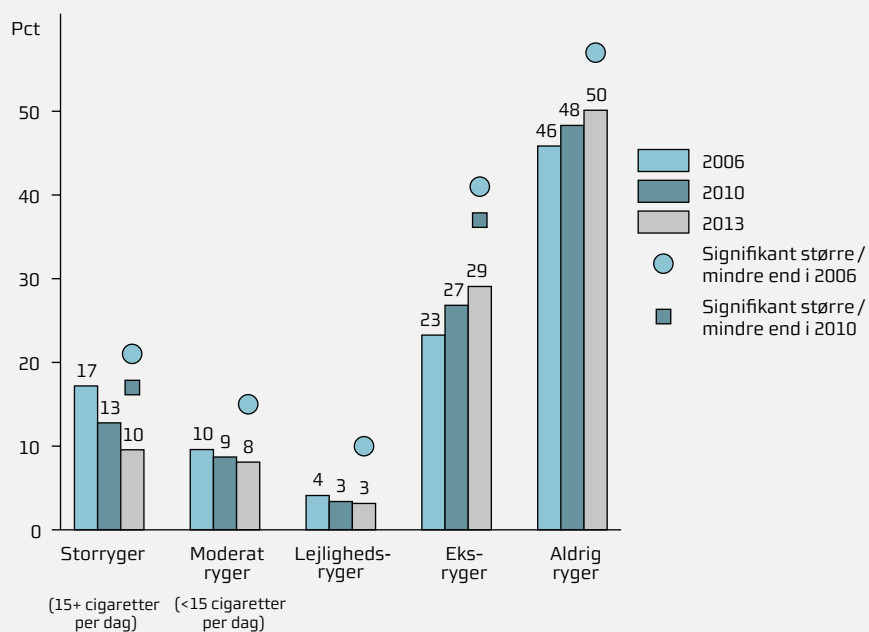
Hvor mange ryger?

Af figur 2.1.5 fremgår udviklingen i rygevaner i perioden fra 2006 til 2013.

Andelen af storrygere er fra 2006 til 2013 faldet fra 17 % til 10 %. Samtidig er andelen, der ryger mindre end 15 cigaretter om dagen, og lejlighedsrygere også faldet en smule, mens andelen af eksrygere og aldrigrygere er steget.

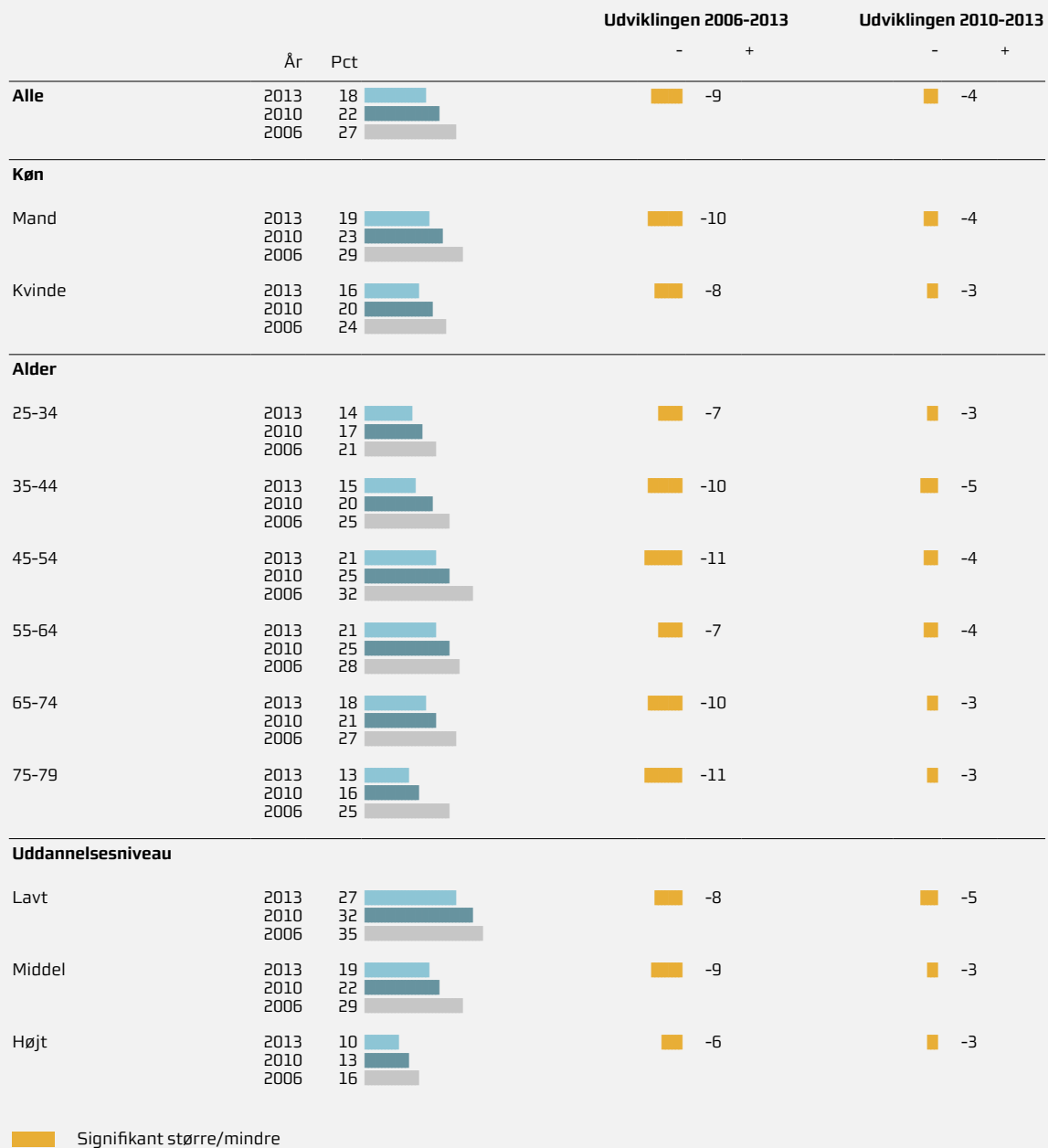
I perioden fra 2010 til 2013 har der ligeledes været et fald i andelen af storrygere fra 13 % til 10 %. Samtidig er andelen af eksrygere steget.

FIGUR 2.1.5
Rygevaner. Udviklingen 2006-2013



FIGUR 2.2.5

Dagligrygere - køn, alder og uddannelse. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



Rygning - køn, alder og uddannelse

Der er sket et stort fald i andelen af dagligrygere i perioden 2006 til 2013, jævnfør figur 2.2.S. I 2006 var der 27 %, der røg dagligt. I 2010 var andelen af dagligrygere 22 %, og i 2013 er andelen nede på 18 %.

Både i perioden fra 2006 til 2013 og fra 2010 til 2013 ses faldet i andelen af dagligrygere både for mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveau.

Fra 2006 til 2013 ses der et større fald i andelen, der ryger dagligt, blandt mænd end blandt kvinder. I forhold til alder er det specielt i aldersgrupperne 35-54 år og 65-79 år, at andelen af dagligrygere er faldet mest. I forhold til uddannelse er det især blandt personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau, at der har været et fald i andelen af dagligrygere fra 2006 til 2013.

FIGUR 2.3.5
Dagligrygere - kommuner. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



Rygning - kommuner


Figur 2.3.5 viser udviklingen fra 2006 til 2013 i andelen af dagligrygere i forhold til de forskellige kommuner.

I perioden fra 2006 til 2013 har der været et signifikant fald i andelen af dagligrygere i alle kommuner. Faldet svinger fra 4 % i Ringkøbing-Skjern til 13 % i Silkeborg.

I perioden fra 2010 til 2013 har der været et signifikant fald i andelen af dagligrygere i følgende kommuner: Viborg, Skanderborg, Aarhus, Ringkøbing-Skjern, Silkeborg, Randers, Skive, Struer, Syddjurs, Norddjurs og Odder. Faldet svinger fra 3 % i Viborg, Skanderborg og Aarhus til 7 % i Odder.

FIGUR 2.4.5

Dagligrygere - kroniske sygdomme. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013


 Signifikant større/mindre

Rygning - kroniske sygdomme

I perioden fra 2006 til 2013 har der været et fald i andelen af dagligrygere blandt stort set alle sygdomsgrupper, jævnfør figur 2.4.5. Dette gør sig gældende for følgende sygdomme:

- Allergi
- Forhøjet blodtryk
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Astma
- Grå stær
- Kræft
- Knogleskørhed
- Diskusprolaps og andre ryg sygdomme
- Slidgigt, leddegigt
- Tinnitus
- Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger

Det største fald i forekomsten af dagligrygere ses blandt personer med bronkitis/for store lunger/rygerlunger. Blandt personer med disse sygdomme var der i 2006 i alt 56 %, som røg dagligt. I 2013 er denne andel nede på 40 %.

I perioden fra 2010 til 2013 har der været et fald i andelen af dagligrygere inden for følgende ni sygdomsgrupper:

- Forhøjet blodtryk
- Allergi
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Slidgigt, leddegigt
- Astma
- Diskusprolaps og andre ryg sygdomme
- Kræft
- Bronkitis, for store lunger, rygerlunger
- Knogleskørhed
- Tinnitus
- Blodprop i hjertet

FIGUR 2.5.5

Rygning i hjem med børn - kommuner. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



Rygning i hjem med børn – kommuner

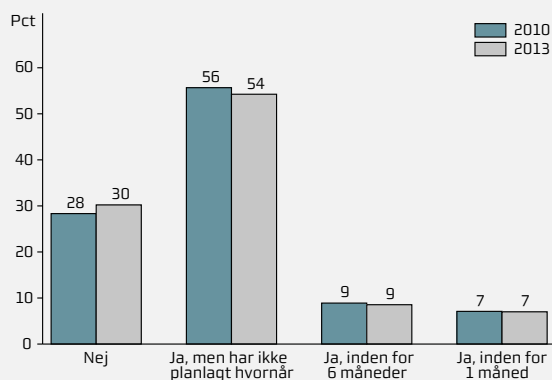
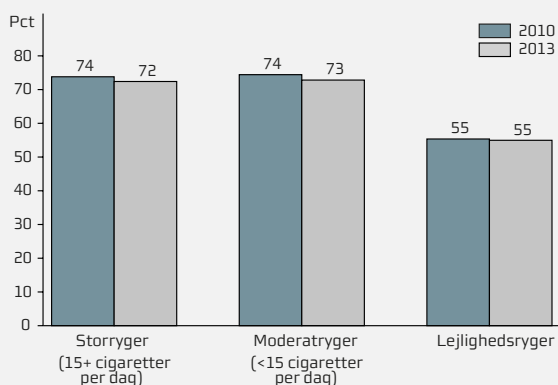
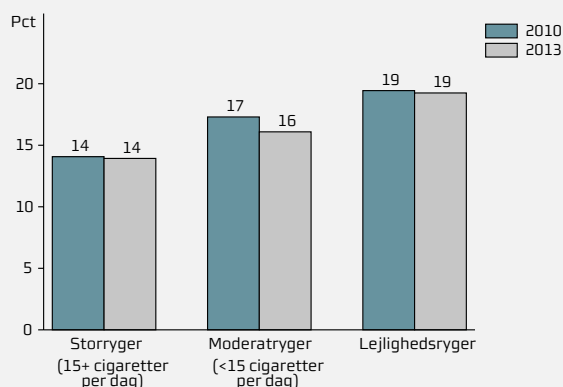
Der er sket en markant udvikling fra 2006 til 2013 i andelen af hjem med børn, hvor der dagligt ryges indendørs. I 2006 var andelen 19 %. I 2010 var den faldet til 9 %, og i 2013 er andelen af hjem med børn, hvor der dagligt ryges indendørs, nede på 5 %, jævnfør figur 2.5.5.

Fra 2006 til 2013 har der været et signifikant fald i alle kommuner, og fra 2010 til 2013 har der været et fald i andelen af hjem med børn, hvor der dagligt ryges indendørs, i følgende kommuner: Aarhus, Favrskov, Silkeborg, Skanderborg, Syddjurs, Viborg, Ikast-Brande, Skive, Lemvig, Samsø, Norddjurs og Randers.

Nogle kommuner har haft et større fald end andre. De største fald i perioden fra 2006 til 2013 ses i Norddjurs, Randers og på Samsø. I Norddjurs blev der dagligt røget indendørs i hvert tredje hjem med børn i 2006, mens andelen er nede på 7 % i 2013. Tilsvarende tal for Randers og Samsø er henholdsvis 26 % til 2 % og 30 % til 6 %.

FIGUR 2.6.5, 2.7.5 OG 2.8.5

Vil gerne stoppe med at ryge. Udviklingen 2010-2013

Figur 2.6.5
Vil gerne holde op med at ryge. Udviklingen 2010-2013Figur 2.7.5
Vil gerne holde op med at ryge i forhold til tobaksforbrug. Udviklingen 2010-2013Figur 2.8.5
Vil gerne holde op med at ryge inden for de næste 6 måneder i forhold til tobaksforbrug. Udviklingen 2010-2013

Motivation og rådgivning

I dette afsnit beskrives udviklingen i borgernes motivation for at stoppe med at ryge, samt udviklingen i andelen, der er blevet rådet af egen læge til rygestop i perioden fra 2010 til 2013.

Det har ikke været muligt at beskrive udviklingen i befolkningens motivation for rygestop fra 2006 til 2013, idet spørgsmålet fra 2006 ikke er sammenligneligt med spørgsmålene fra 2010 og 2013.

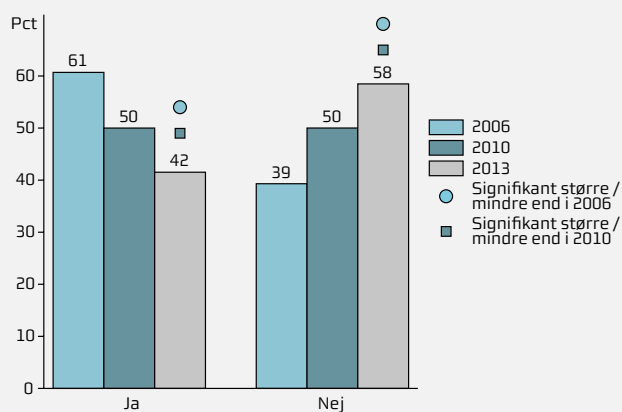
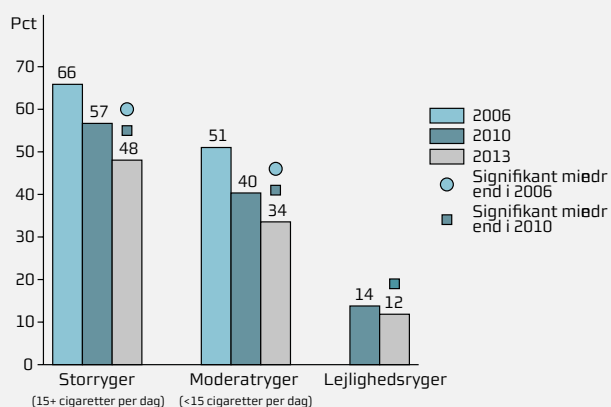
Hvor mange vil gerne stoppe med at ryge?

Figur 2.6.5-2.8.5 viser udviklingen fra 2010 til 2013 i andelen, der ønsker at holde op med at ryge. Fordi svarmulighederne til spørgsmålet i 2006 adskiller sig fra 2010 og 2013, vises udviklingen i andelen, der er motiverede til at stoppe med at ryge, kun for perioden 2010 til 2013.

Figur 2.6.5-2.8.5 viser, at der fra 2010 til 2013 ikke har været nogen signifikant udvikling i andelen af rygere, der ønsker at holde op med at ryge. Selv om der har været et ret markant fald i andelen af rygere, er rygerne i 2013 altså lige så motiverede for at holde op med at ryge, som det var tilfældet i 2010.

FIGUR 2.9.5 OG 2.10.5

Vil gerne have støtte og hjælp til rygestop. Udviklingen 2010-2013

Figur 2.9.5
Ønsker støtte og hjælp til rygestop blandt dagligrygere. Udviklingen 2006-2013Figur 2.10.5
Ønsker støtte og hjælp til rygestop i forhold til tobaksforbrug. Udviklingen 2006-2013**Hvor mange vil gerne have støtte og hjælp til rygestop?**

I 2013 ville 42 % af dagligrygerne, der ønskede at stoppe med at ryge, gerne have støtte og hjælp til dette, jævnfør figur 2.9.5. Andelen er faldet fra 61 % i 2006 og 50 % i 2010.

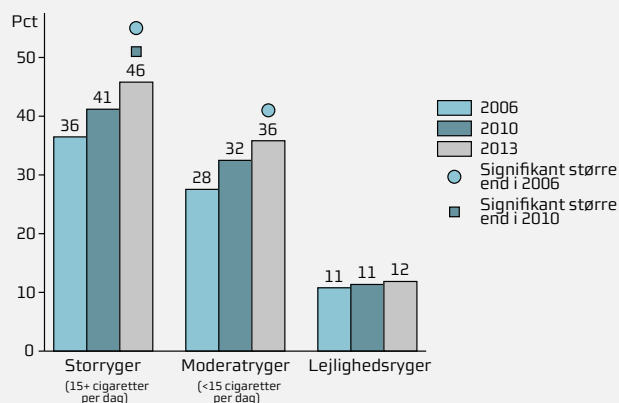
Figur 2.10.5 viser, at andelen af storrygerne, der ønsker støtte og hjælp til rygestop, er faldet fra 66 % til 48 % i perioden fra 2006 til 2013. Ligeledes har der i samme periode været et fald fra 51 % til 34 % blandt personer, der dagligt ryger mindre end 15 cigaretter. I 2006 fik

lejlighedsrygerne ikke stillet spørgsmålet om, hvorvidt de ønsker støtte og hjælp til rygestop, hvorfor lejlighedsrygerne i 2006 ikke indgår i opgørelsen.

Fra 2010 til 2013 har der været et fald i andelen, der ønsker støtte og hjælp til rygestop, blandt storrygerne og blandt personer, der dagligt ryger mindre end 15 cigaretter og blandt lejlighedsrygerne.

FIGUR 2.11.S OG 2.12.S

Råd fra lægen om rygestop. Udviklingen 2010-2013

Figur 2.11.S
Råd fra læge om rygestop. Udviklingen 2006-2013Figur 2.12.S
Råd fra læge om rygestop i forhold til tobaksforbrug. Udviklingen 2006-2013**Rådgivning fra egen læge om rygestop**

Der har i perioden fra 2006 til 2013 og i perioden fra 2010 til 2013 været et lille fald i andelen af befolkningen, der af egen læge i løbet af de sidste 12 måneder er blevet rådet til at stoppe med at ryge, jævnfør figur 2.11.S. Dette skal ses i forhold til, at andelen af dagligrygere er faldet fra 27 % til 18 % i samme periode, jævnfør figur 2.1.S. Det skal i denne forbindelse nævnes, at i 2006 blev svarpersonerne spurgt om, hvorvidt de havde fået råd om rygestop inden for de seneste tre år, og i 2010 og 2013 om de havde fået råd om dette inden for de seneste 12 måneder. Spørgsmålene er således ikke helt identiske.

Figur 2.12.S viser, at der i perioden fra 2006 til 2013 har været en stigning fra 36 % til 46 % blandt storrygerne, der af egen læge i løbet af de sidste 12 måneder er blevet rådet til at stoppe med at ryge. Ligeledes har der i samme periode været en stigning fra 28 % til 36 % blandt personer, der ryger mindre end 15 cigaretter om dagen, som er blevet rådet til at stoppe med at ryge.

I perioden fra 2010 til 2013 har der været en stigning fra 41 % til 46 % blandt storrygerne, der af egen læge i løbet af de sidste 12 måneder er blevet rådet til at stoppe med at ryge.

Sammenfatning

Andelen af dagligrygere er i perioden fra 2006 til 2013 faldet fra 27 % til 18 %. Faldet i andelen af dagligrygere ses både for mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveau. Andelen af storrygere er i samme periode faldet fra 17 % til 10 %.

Fra 2006 til 2013 ses der et større fald i andelen af dagligrygere blandt mænd end blandt kvinder, og i forhold til alder kan man se, at det specielt er i aldersgrupperne 35-54 år og 65-79 år, at andelen af dagligrygere er faldet mest. I forhold til uddannelse er det specielt personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau, der har en lavere forekomst af dagligrygere i 2013 i forhold til 2006.

I perioden fra 2006 til 2013 har der været et fald i andelen af dagligrygere blandt stort set alle sygdomsgrupper. Det største fald ses blandt personer med kronisk bronkitis/for store lunger/rygerlunger. Blandt personer med disse sygdomme var der i 2006 i alt 56 %, som røg dagligt. I 2013 er denne andel nede på 40 %.

Med hensyn til rygning i hjem med børn er der sket en betydelig ændring i perioden fra 2006 til 2013, idet andelen er faldet fra 19 % til 5 %. Nogle kommuner har haft et større fald end andre. De største fald i perioden fra 2006 til 2013 ses i Norddjurs, Randers og Samsø. I Norddjurs blev der dagligt røget indendørs i hvert tredje hjem med børn i 2006, mens andelen var nede på 7 % i 2013. Tilsvarende tal for Randers og Samsø er henholdsvis 26 % til 2 % og 30 % til 6 %.

Selv om der har været et ret markant fald i andelen af rygere, er rygerne i 2013 lige så motiverede for at holde op med at ryge, som det var tilfældet i 2010. Det ses også, at flere storrygere og personer, der ryger mindre end 15 cigaretter om dagen, i 2013 af egen læge er blevet rådet til at stoppe med at ryge, end det var tilfældet i 2006.

Referencer

1. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risk factors and public health in Denmark. Scand.J.Public Health 2008;36 Suppl 1:11-227.
2. Juel K, Koch MB. Social ulighed i dødelighed i Danmark gennem 25 år. Betydningen af rygning og alkohol. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2013.
3. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006.

3. ALKOHOL

Ifølge Sundhedsstyrelsen er der en lav risiko for at blive syg på grund af alkohol ved et længerevarende forbrug på højst syv genstande om ugen for kvinder og 14 for mænd. Hvis kvinder drikker flere end 14 genstande om ugen og mænd flere end 21 genstande, vurderes det, at der er høj risiko for at blive syg på grund af alkohol. Desuden anbefaler Sundhedsstyrelsen, at man ikke drikker flere end fem genstande ved samme lejlighed (1).

På baggrund af de tre *Hvordan har du det?*-undersøgelser fra 2006, 2010 og 2013 vil udviklingen i alkoholforbruget blive beskrevet i dette kapitel. Udviklingen inden for hver af de tre former for risikabelt alkoholforbrug: højrisikoforbrug, ugentligt rusdrikkeri og tegn på alkoholproblemer belyses. Derudover beskrives udviklingen i andelen med et risikabelt alkoholforbrug i kommunerne samt andelen med et højrisikoforbrug af alkohol blandt personer med kronisk sygdom. Til sidst i kapitlet belyses udviklingen i andelen, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug samt andelen, der har fået råd af egen læge om at nedsætte forbruget.

Nedenfor ses definitionerne på de tre former for risikabelt alkoholforbrug, der er gennemgående i kapitlet:

Højrisikoforbrug. Et forbrug på flere end 14 genstande om ugen for kvinder og flere end 21 genstande om ugen for mænd. I 2006 er der spurgt til alkoholforbrug på en anden måde end i 2010 og 2013. I 2006 angav respondenterne et samlet antal genstande i løbet af en uge, mens der i 2010 og 2013 skulle angives et antal (øl/alkoholcider, vin/hedvin, spiritus/alkoholsodavand) for hver dag i løbet af ugen. I dette sammenligningsbind vises der for højrisikoforbrug af alkohol derfor kun tal fra 2010 og 2013.

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

Tegn på alkoholproblemer. Tegn på alkoholproblemer er målt ved hjælp af CAGE-C, der består af seks spørgsmål om alkoholvaner (se boks 3.1.5).

Hvor mange har et risikabelt alkoholforbrug?

Af figur 3.1.5 fremgår udviklingen i alkoholforbruget i perioden fra 2006 til 2013.

Ugentligt rusdrikkeri. Fra 2006 til 2013 er der sket et lille fald i andelen, der ugentligt drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed (rusdrikker). Der er ikke sket nogen signifikant udvikling i andelen af rusdrikkere fra 2010-2013.

Højrisikoforbrug af alkohol. Fra 2010 til 2013 er der sket et lille fald i andelen, der har et højrisikoforbrug af alkohol (flere end 14 genstande om ugen for kvinder og flere end 21 genstande om ugen for mænd).

Tegn på alkoholproblemer. I perioden fra 2006 til 2013 og i perioden fra 2010 til 2013 har der været et lille fald i andelen, der viser tegn på alkoholproblemer.

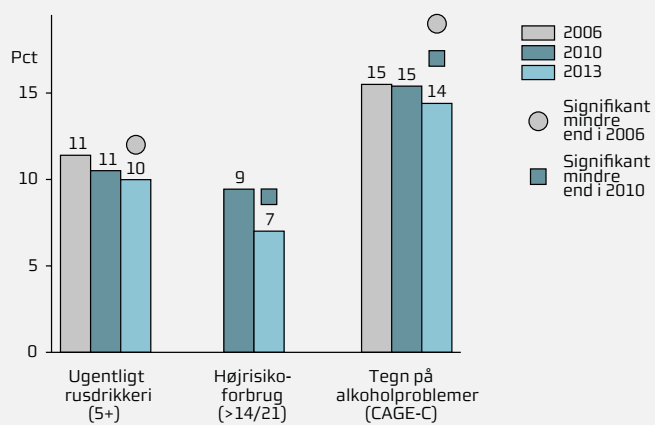
Boks 3.1. CAGE-C

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

Hvis der i spørgsmål 1-5 svares ja to eller flere gange, eller der svares ja én gang i spørgsmål 1-5, og der i spørgsmål 6 svares, at der drikkes alkohol mere end fire dage om ugen, tolkes det som tegn på, at personen har alkoholproblemer (2).

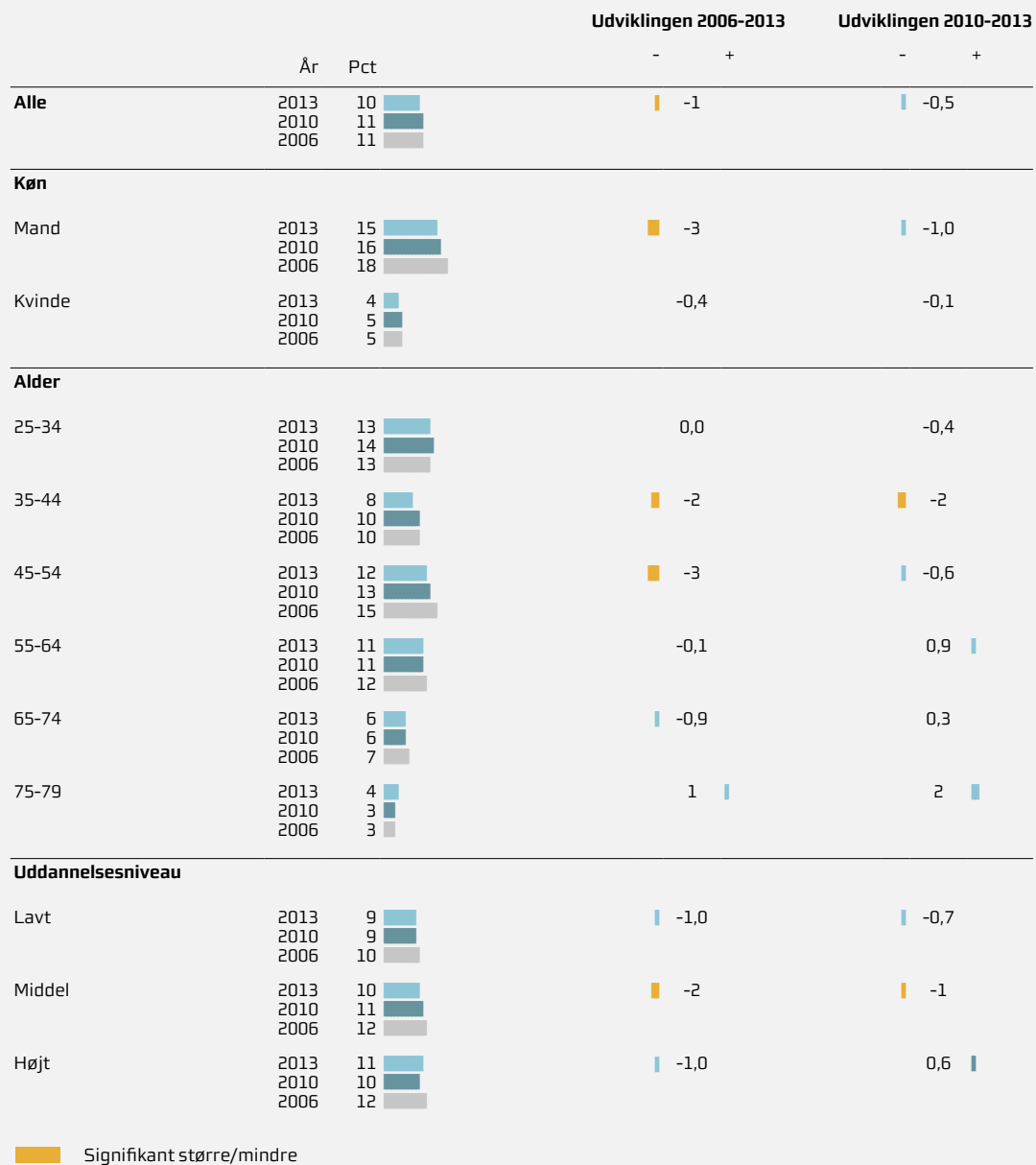
FIGUR 3.1.5

Tre former for risikabelt alkoholforbrug: Ugentligt rusdrikkeri, højriskoforbrug og tegn på alkoholproblemer. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



FIGUR 3.2.5

Drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed en gang om ugen eller oftere - køn, alder og uddannelse.
Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



Risikabelt alkoholforbrug - køn, alder og uddannelse

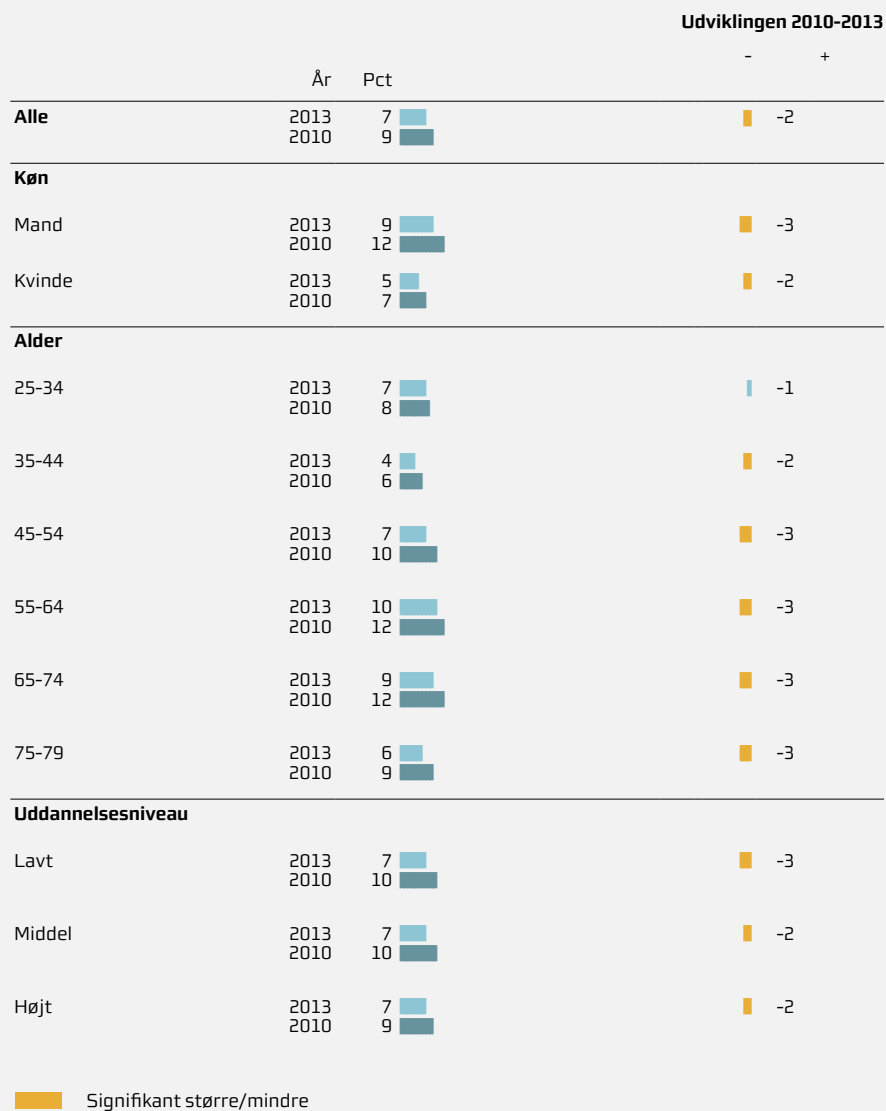
De følgende tre figurer viser udviklingen over tid i andelen, der mindst en gang om ugen drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed (rusdrikkeri), andelen der har et højrisikoforbrug af alkohol, og andelen der viser tegn på alkoholproblemer (CAGE-C) i forhold til køn, alder og uddannelse.

Ugentligt rusdrikkeri. Af figur 3.2.5 fremgår, at der i perioden fra 2006 til 2013 overordnet set har været et lille fald i andelen, der mindst én gang om ugen drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed. Faldet gør sig gældende hos mænd, hos 35-54-årige og blandt personer med et middelhøjt uddannelsesniveau.

I perioden fra 2010 til 2013 har der overordnet set ikke været en ændring i andelen af rusdrikkere, men der ses dog et mindre fald i andelen af rusdrikkere blandt 35-44-årige og blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau.

FIGUR 3.3.5

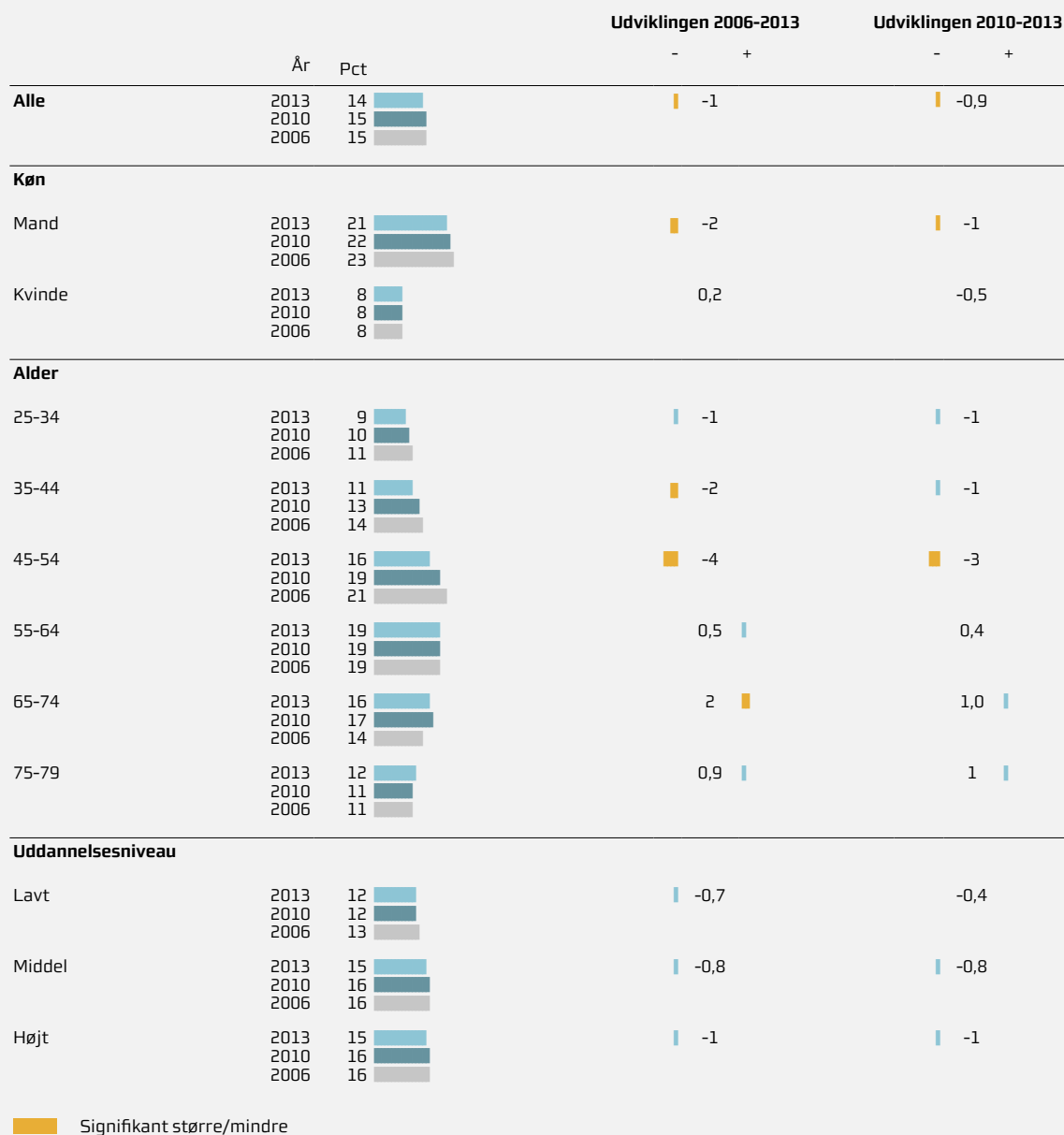
Højrisikoforbrug (>14/21 genstande per uge) - køn, alder og uddannelse. Udviklingen 2010-2013



Højrisikoforbrug. Af figur 3.3.5 fremgår, at der fra 2010 til 2013 har været et lille fald i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol. Faldet ses for både mænd og kvinder, på tværs af uddannelsesniveau og blandt alle aldersgrupper bortset fra de 25-34-årige.

FIGUR 3.4.5

Tegn på alkoholproblemer (CAGE-C) - køn, alder og uddannelse. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



Tegn på alkoholproblemer. Af figur 3.4.5 fremgår, at i perioden fra 2006 til 2013 har der overordnet set været et lille fald i andelen, der viser tegn på alkoholproblemer. Faldet gør sig gældende hos mænd og hos 35-54-årige. I samme periode har der dog været en lille stigning blandt de 65-74-årige.

I perioden fra 2010 til 2013 har der ligeledes været et lille fald i andelen, der viser tegn på alkoholproblemer. I denne periode har faldet været størst blandt mænd og blandt 45-54-årige.

FIGUR 3.5.5

Drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed en gang om ugen eller oftere - kommuner.
Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



Risikabelt alkoholforbrug - kommuner

Figur 3.5.S, figur 3.6.S og figur 3.7.S viser udviklingen over tid i andelen, der mindst en gang om ugen drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed (rusdrikkeri), andelen der har et højrisikoforbrug af alkohol, og andelen der viser tegn på alkoholproblemer (CAGE-C) i forhold i de forskellige kommuner.

Ugentligt rusdrikkeri. Af figur 3.5.S fremgår, at der i perioden fra 2006 til 2010 har været et fald i andelen af rusdrikkere i Samsø, Lemvig, Syddjurs, Viborg og Silkeborg.

Fra 2010 til 2013 er der ikke sket nogen signifikante ændringer i andelen af rusdrikkere i kommunerne.

FIGUR 3.6.5

Højrisikoforbrug (>14/21 genstande per uge) - kommuner. Udviklingen 2010-2013



Højrisikoforbrug. Figur 3.6.5 viser udviklingen fra 2010 til 2013 i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol i kommunerne. Det fremgår, at der har været et signifikant fald i følgende kommuner: Odder, Silkeborg, Struer, Lemvig, Ringkøbing-Skjern, Aarhus, Ikast-Brande, Favrskov, Skanderborg og Hedensted.

FIGUR 3.7.5

Tegn på alkoholproblemer (CAGE-C) - kommuner. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



Tegn på alkoholproblemer. Figur 3.7.5 viser, at der for hovedparten af kommunerne ikke har været en ændring fra 2006 til 2013 i andelen, der viser tegn på alkoholproblemer. Der har dog været et fald i Samsø og Odder.

Tilsvarende har der fra 2010 til 2013 været et fald i andelen med tegn på alkoholproblemer i Ringkøbing-Skjern og i Silkeborg, mens der for de andre kommuner ikke har været signifikante ændringer.

FIGUR 3.8.5

Højrisikoforbrug (>14/21 genstande per uge) - kroniske sygdomme. Udviklingen 2010-2013



Højrisikoforbrug af alkohol - kroniske sygdomme

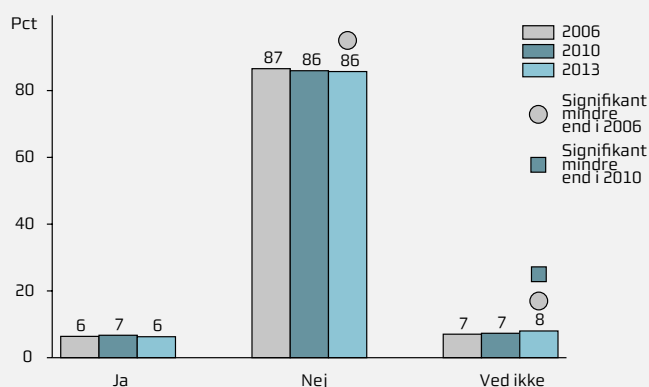
Som led i behandlingen af mange af de kroniske sygdomme er hensigtsmæssige sundhedsvaner af afgørende betydning for prognosen, og derfor er det relevant at vide, hvor stor en andel af de kronisk syge, der har et højrisikoforbrug af alkohol. Af figur 3.8.5 fremgår det, at der har været et fald i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol blandt personer med følgende sygdomme:

- Migræne, hyppig hovedpine
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme
- Allergi
- Slidgigt, leddegigt
- Forhøjet blodtryk
- Tinnitus
- Sukkersyge
- Astma
- Knogleskørhed
- Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger
- Hjerneblødning, blodprop i hjernen

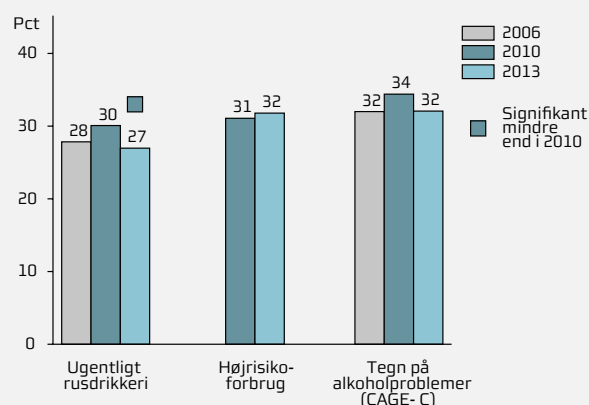
FIGUR 3.9.S OG 3.10.S

Ønske om nedsættelse af alkoholforbrug. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013

Figur 3.9.S
Ønsker om at nedsætte alkoholforbrug.
Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



Figur 3.10.S
Ønske om nedsættelse af alkoholforbrug i forhold til tre former
for risikabelt alkoholforbrug. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



Motivation og rådgivning

I dette afsnit beskrives udviklingen i borgernes motivation for at nedsætte deres alkoholforbrug i perioden fra 2006 til 2013 samt udviklingen i 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 nedsætte deres alkoholforbrug. Disse personer er oplagte som målgrupper for tiltag på alkoholområdet, f.eks. 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?

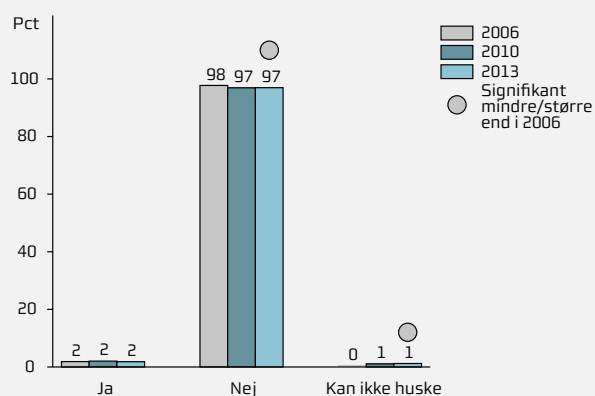
Figur 3.9.S viser andelen af borgere, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug i årene 2006, 2010 og 2013. Af figuren fremgår, at der fra 2006 til 2013 har været et lille fald i andelen, der ikke ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug. Forskellen er statistisk signifikant, men bør næppe tillægges større betydning, da den er marginal.

Figur 3.10.S viser andelen af borgere, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug blandt personer med de tre forskellige former for risikabelt alkoholforbrug i årene 2006, 2010 og 2013. Af figuren fremgår, at der fra 2010 til 2013 har været et fald i andelen, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug blandt rusdrikkerne.

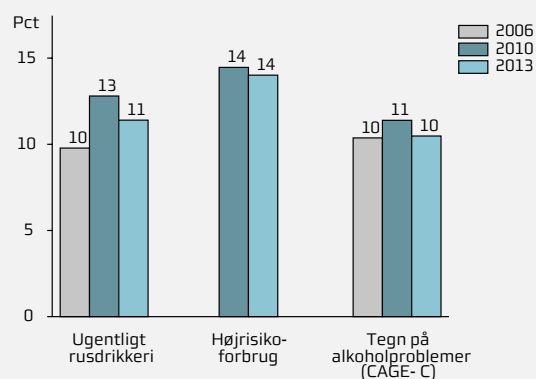
FIGUR 3.11.S OG 3.12.S

Råd fra lægen om nedsættelse af alkoholforbrug. Udviklingen fra 2006-2013 og 2010-2013

Figur 3.11.S
Råd fra lægen om nedsættelse af alkoholforbrug.
Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



Figur 3.12.S
Råd fra lægen om nedsættelse af alkoholforbrug i forhold til de tre former for risikabelt alkoholforbrug. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



3

Rådgivning fra egen læge i forhold til alkohol

Figur 3.11.S viser andelen af borgere i 2006, 2010 og 2013, der af egen læge er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug. Af figuren fremgår, at der fra 2006 til 2013 er nogle små ændringer i svarfordelingerne. Forskellene er statistisk signifikante, men bør næppe tillægges større betydning, da de er marginale.

Figur 3.12.S viser andelen af borgere i 2006, 2010 og 2013, der af egen læge er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug blandt personer med de tre forskellige former for risikabelt alkoholforbrug. Af figuren fremgår, at der i perioden ikke er sket en signifikant ændring i andelen, der er blevet rådet til dette.

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens nye udmelding vedrørende alkohol. København: Sundhedsstyrelsen; 2010.
2. Zierau F, Hardt F, Henriksen JH, Holm SS, Jørring S, Melsen T, Becker U. Validation of a self-administered modified CAGE test (CAGE-C) in a somatic hospital ward: Comparison with biochemical markers. Scand J Clin Lab Invest. 2005; 65(7): 615-22.

4. FYSISK AKTIVITET

En fysisk aktiv livsstil fremmer den enkeltes sundhed i forhold til både fysisk og psykisk velvære og bidrager samtidig til at forebygge en lang række sygdomme samt nedsætter risikoen for tidlig død (1). Fysisk aktivitet eller mangel på samme kan både påvirke sygdommes opståen, udvikling og specifikke symptomer samt den generelle fysiske form og livskvalitet (2).

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en forebyggelsespakke for fysisk aktivitet, der har til formål at understøtte kommunernes indsats for, at borgerne får gode muligheder for at være fysisk aktive gennem hele livet. Målet er at forebygge sygdom, bevare funktionsevnen og understøtte god trivsel (3).

Det fremhæves i forebyggelsespakken, at der især er en betydelig gevinst ved, at de fysisk inaktive bliver fysisk aktive. Der vil derfor i kapitlet blive fokuseret på områder, hvor der er oplagte muligheder for at fremme den fysiske aktivitet hos borgere, der i dag er fysisk inaktive. Det gælder generel fysisk inaktivitet, passiv transport til og fra arbejde og uddannelse, manglende brug af cykel i dagligdagen, manglende idræt og motion i fritiden og stillesiddende beskæftigelse i fritiden. Se kapitel 4 i hovedrapporten for en beskrivelse af Sundhedsstyrelsens definitioner på fysisk aktivitet, fysisk inaktivitet og stillesiddende adfærd.

På baggrund af de tre *Hvordan har du det?*-undersøgelser fra 2006, 2010 og 2013 vil udviklingen i fysisk aktivitetsniveau med særligt fokus på den mindst aktive del af befolkningen blive beskrevet i dette kapitel.

Sidst i kapitlet belyses udviklingen i andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive samt andelen, der har fået råd af egen læge om at dyrke motion.

I boks 4.1.5 ses de spørgsmål, der anvendes til at belyse udviklingen i befolkningens fysiske aktivitetsniveau.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger er udarbejdet på baggrund af den eksisterende viden på området og er i overensstemmelse med internationale anbefalinger (2, 4). Der ligger desuden pædagogiske overvejelser bag anbefalingerne. Der er fra Sundhedsstyrelsens side et ønske om at bevare motivationen i forhold til fysisk aktivitet, og samtidig er det hensigten at aktivere de mindst fysisk aktive (3).

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

Af figur 4.1.5 og 4.2.5 fremgår udviklingen i befolkningens fysiske aktivitetsniveau fra 2006 til 2013 og fra 2010 til 2013. Spørgsmål omkring fysisk aktivitet i fritiden, transport til og fra arbejde eller uddannelse og cykling til og fra daglige gøremål indgik ikke i undersøgelsen i 2006, hvorfor der kun kan vises udvikling fra 2010 til 2013 ved disse spørgsmål. Dette er belyst i figur 4.3.5, 4.4.5, 4.5.5 og 4.6.5.

Fysisk aktivitet mindst 30 minutter om dagen højst én dag om ugen (fysisk inaktivitet). Af figur 4.1.5 ses, at der fra 2006 til 2013 har været et betragteligt fald i andelen, der er fysisk inaktive. Der er ikke sket nogen signifikant udvikling i andelen af de fysisk inaktive fra 2010 til 2013.

Ingen idræt eller anden form for motion i fritiden. Det fremgår af figur 4.2.5, at der fra 2006 til 2013 er sket et betragteligt fald i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden form for motion i fritiden. Hovedparten af faldet er sket fra 2006 til 2010. Fra 2010 til 2013 er der et lille fald i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden form for motion i fritiden.

Boks 4.1.5

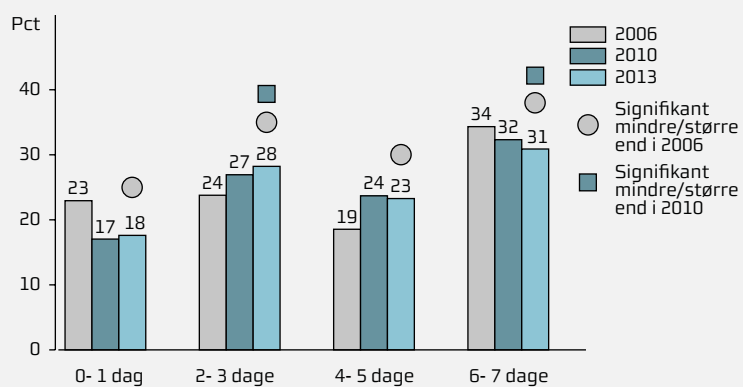
Spørgsmål, der anvendes til at belyse udviklingen i befolkningens fysiske aktivitetsniveau:

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

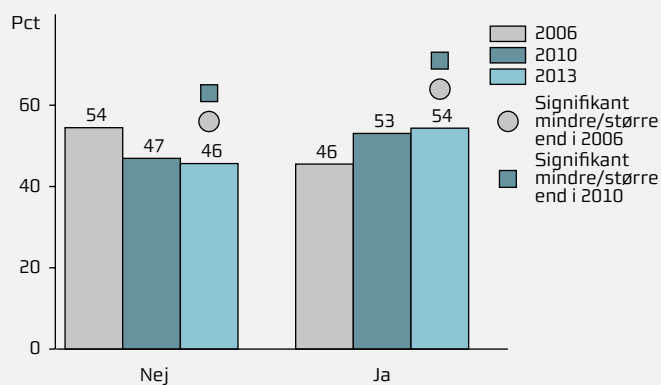
FIGUR 4.1.5 OG 4.2.5

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

Figur 4.1.5
Fysisk aktivitet mindst 30 minutter om dagen. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



Figur 4.2.5
Dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



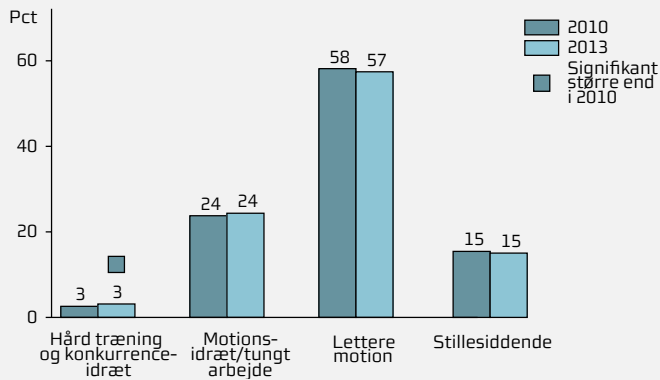
Stillesiddende i fritiden. Fra 2010 til 2013 er der ikke sket nogen statistisk signifikant udvikling i andelen, der er stillesiddende i fritiden, jævnfør figur 4.3.S.

Passiv transport til arbejde eller uddannelse. Fra 2010 til 2013 er der en lille stigning i andelen, der benytter passiv transport i form af bil, knallert eller lignende til arbejde eller uddannelse, se figur 4.4.S.

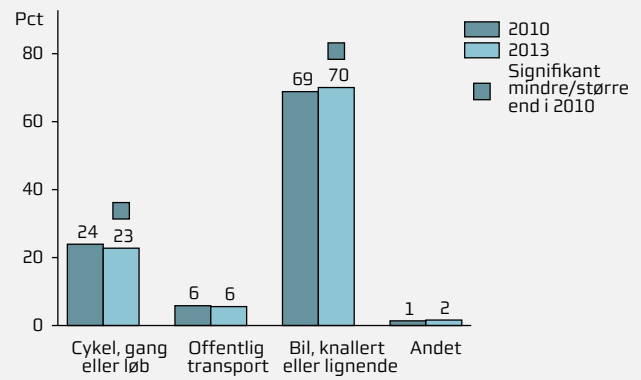
Sjælden brug af cykel til og fra daglige gøremål. Fra 2010 til 2013 er der en lille stigning i andelen, der sjældent eller aldrig cykler om sommeren, mens der er et lille fald i andelen, der sjældent eller aldrig cykler om vinteren, se figur 4.5.S og figur 4.6.S.

FIGUR 4.3.S, 4.4.S, 4.5.S OG 4.6.S
 Hvor mange er fysisk aktive, inaktive eller stillesiddende i fritiden?

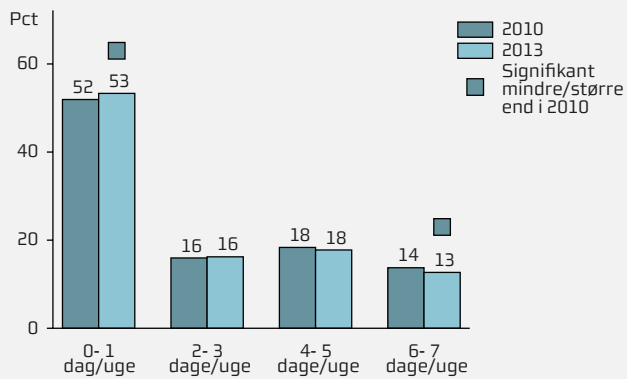
Figur 4.3.S
 Fysisk aktivitet i fritiden det seneste år. Udviklingen 2010-2013



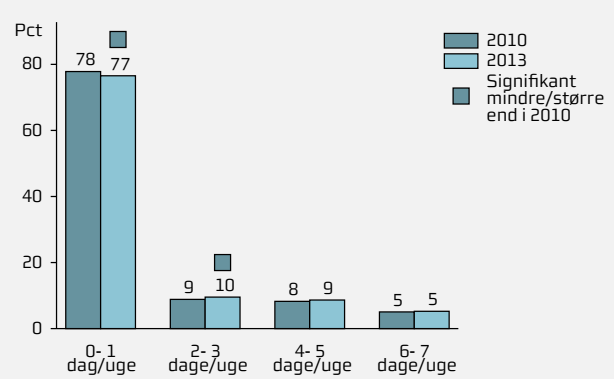
Figur 4.4.S
 Vigtigste transportmiddel til og fra arbejde eller uddannelse. Udviklingen 2010-2013



Figur 4.5.S
 Cykling til og fra daglige gøremål - sommer. Udviklingen 2010-2013

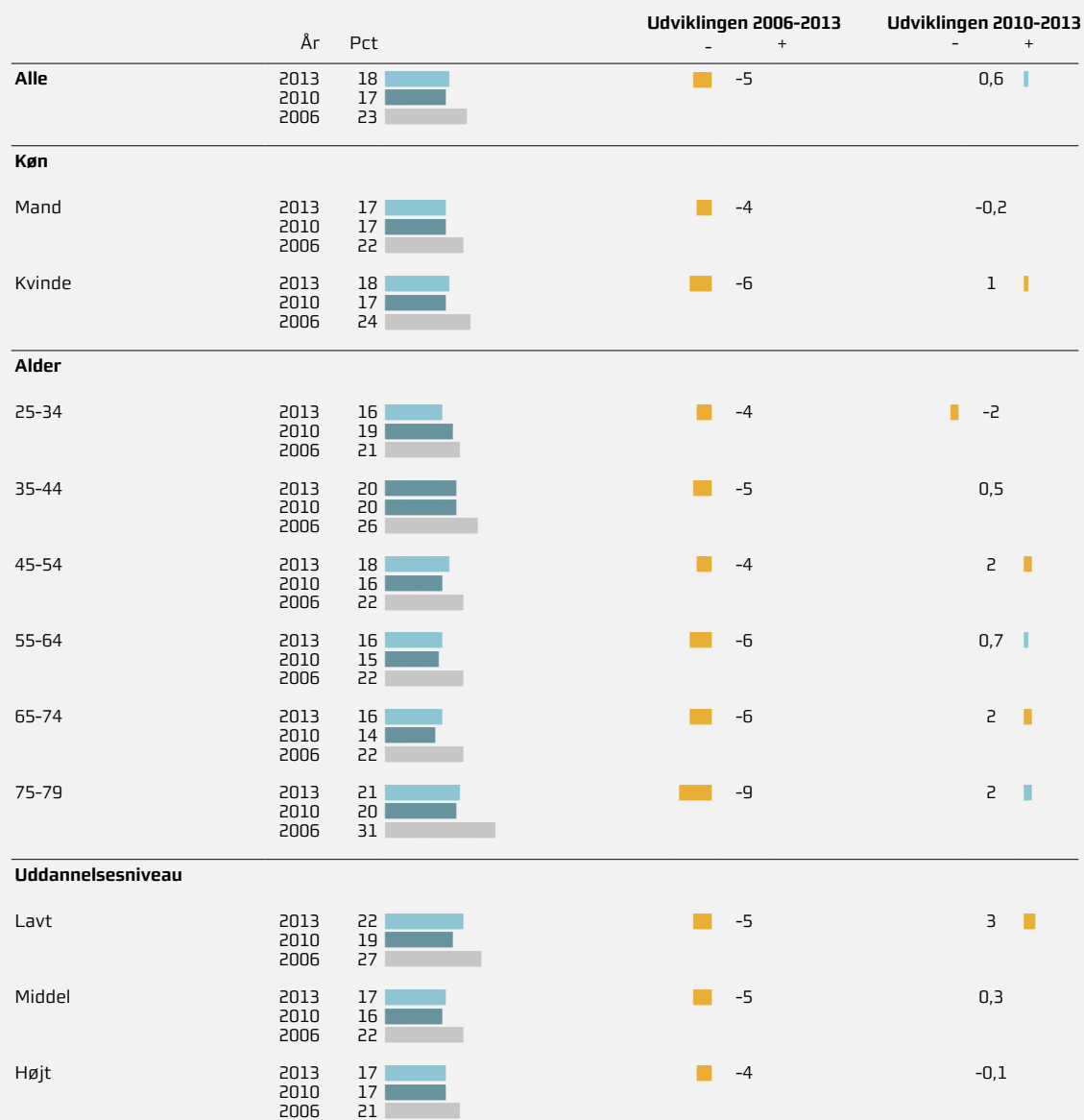


Figur 4.6.S
 Cykling til og fra daglige gøremål - vinter. Udviklingen 2010-2013



FIGUR 4.7.5

Fysisk aktivitet mindst 30 minutter om dagen højst én dag om ugen (fysisk inaktivitet) - køn, alder og uddannelse.
Udviklingen 2006-2010 og 2010-2013



■ Signifikant større/mindre

Fysisk inaktivitet - køn, alder og uddannelse

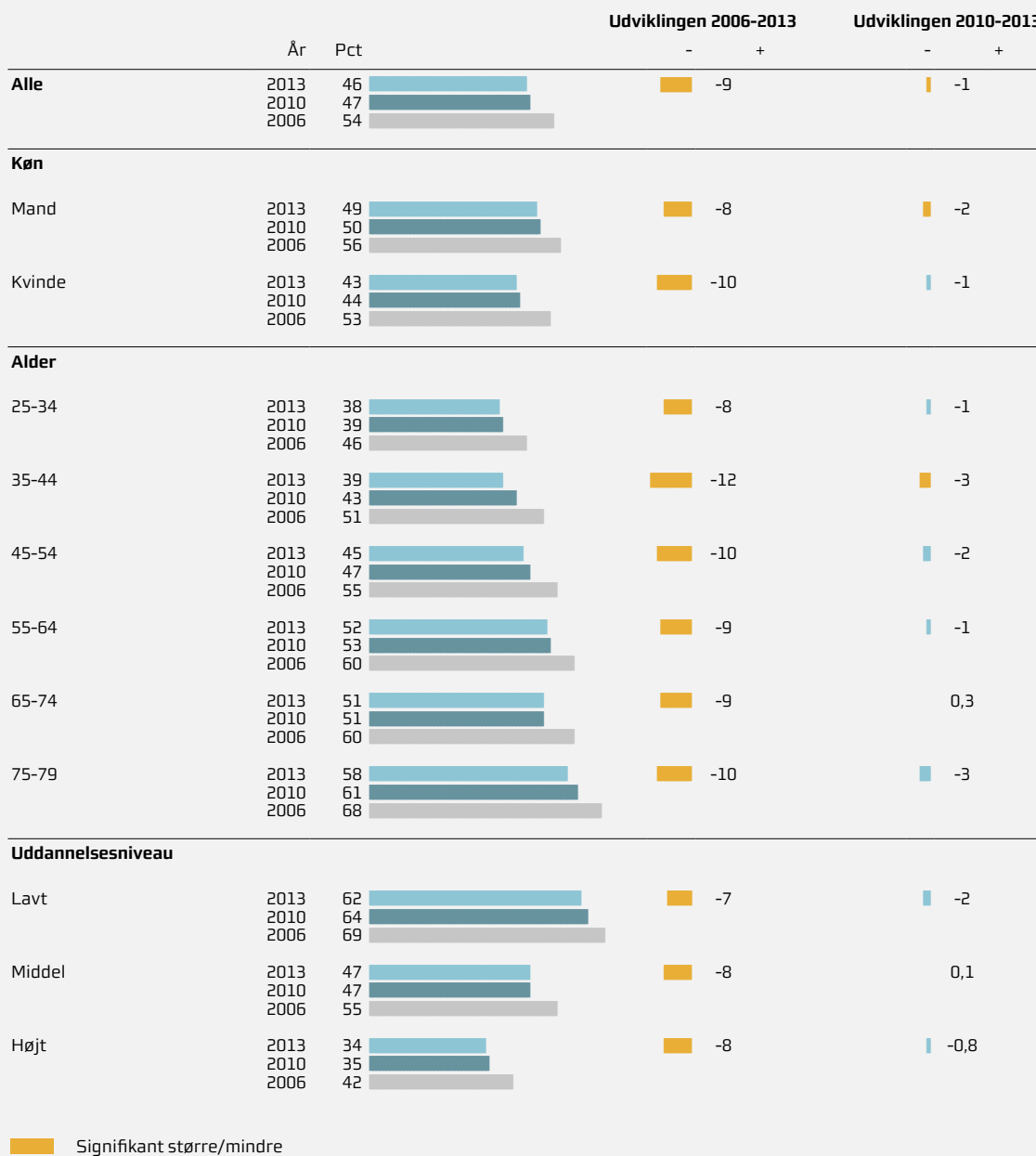
Figur 4.7.S, 4.8.S, 4.9.S og 4.10.S viser udviklingen over tid i andelen, der er fysisk inaktive, ikke dyrker idræt og motion i fritiden, har stillesiddende aktiviteter i fritiden, samt benytter passiv transport til og fra arbejde og uddannelse i forhold til køn, alder og uddannelse.

Fysisk aktivitet mindst 30 minutter om dagen højst én dag om ugen. Af figur 4.7.S fremgår, at der i perioden fra 2006 til 2013 har været et fald i andelen af fysisk inaktive. Faldet ses både hos mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper og uddannelsesniveauer. Det største fald i fysisk inaktivitet ses blandt de ældste (75-79 år).

I perioden fra 2010 til 2013 er der overordnet set kun sket mindre forskydninger i andelen af fysisk inaktive. De ændringer, der findes, er overvejende stigninger i andelen af fysisk inaktive. Således ses mindre stigninger blandt kvinder, 45-54-årige, 65-74-årige og blandt personer med lavt uddannelsesniveau, mens der er sket et fald blandt de 25-34-årige.

FIGUR 4.8.5

Ingen idræt eller anden form for motion i fritiden - køn, alder og uddannelse. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



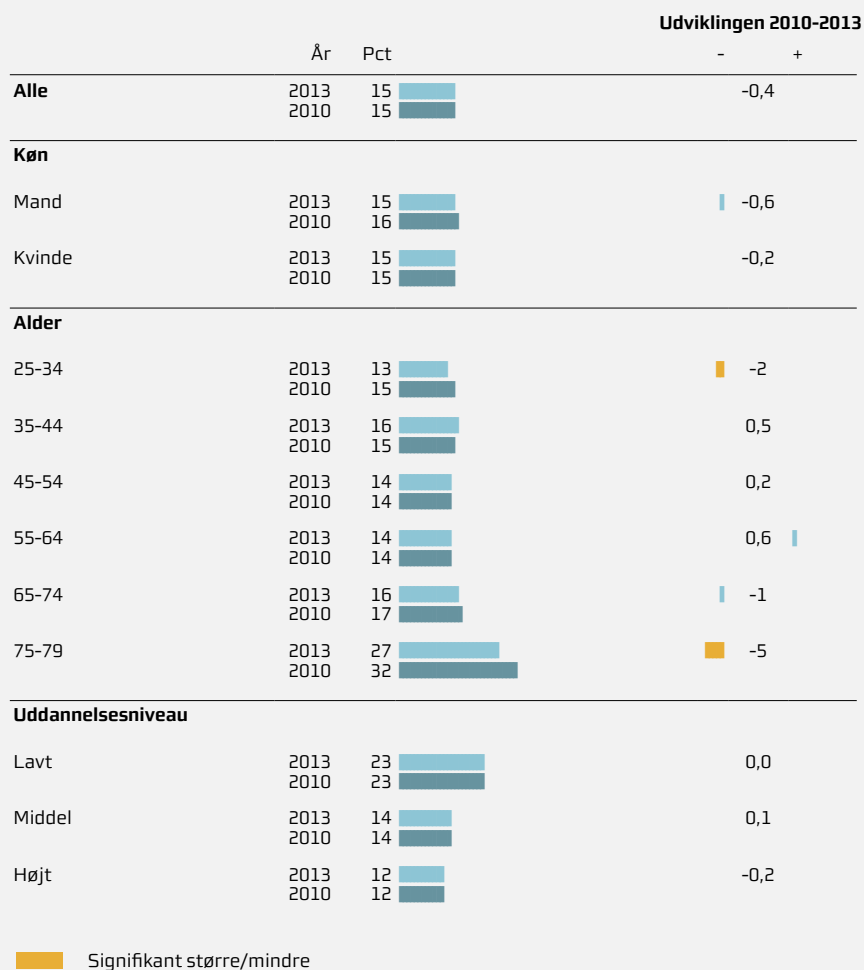
Dyrker ikke idræt eller motion i fritiden - køn, alder og uddannelse

Af figur 4.8.5 fremgår, at der i perioden fra 2006 til 2013 overordnet set har været et betragteligt fald i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden. Faldet ses for begge køn, i alle aldersgrupper og alle uddannelsesniveauer.

I perioden fra 2010 til 2013 har der overordnet set været et lille fald i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden. Faldet ses hos mænd samt blandt 35-44-årige.

FIGUR 4.9.S

Stillesiddende i fritiden - køn, alder og uddannelse. Udviklingen 2010-2013

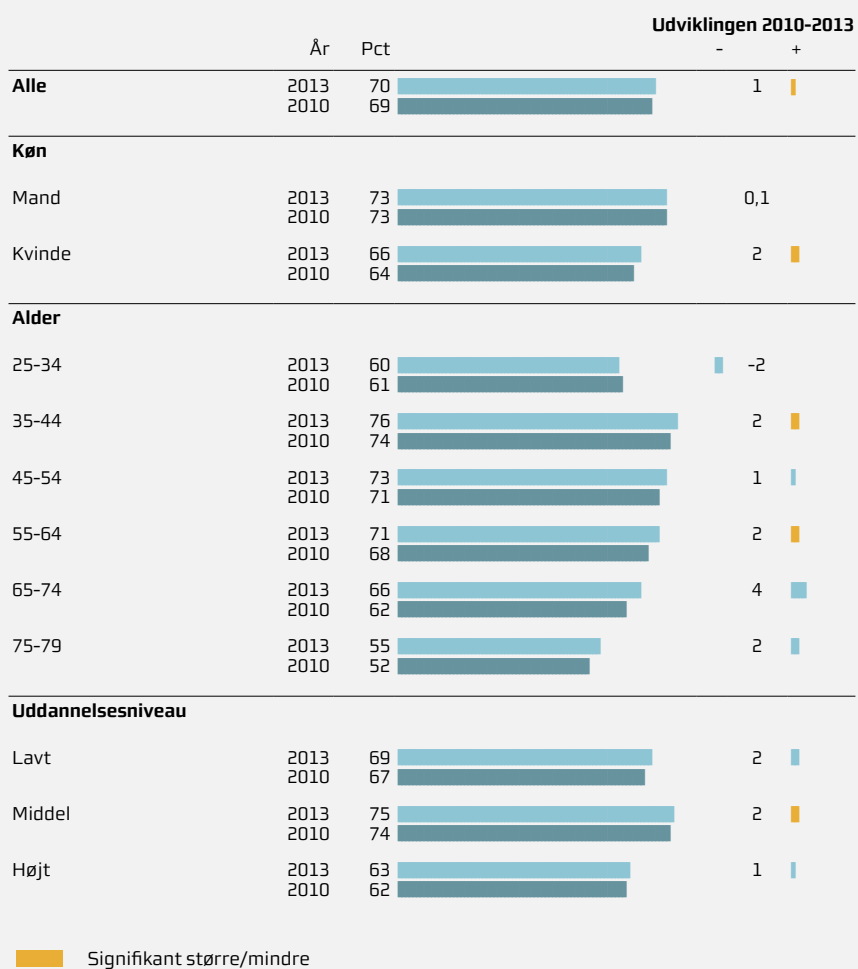


Stillesiddende i fritiden - køn, alder og uddannelse

Af figur 4.9.S fremgår, at der i perioden fra 2010 til 2013 overordnet set ikke er sket nogen signifikant udvikling i andelen, der er stillesiddende i fritiden. Der er dog et fald i andelen, der er stillesiddende i fritiden, blandt de 25-34- og 75-79-årige.

FIGUR 4.10.5

Passiv transport (bil, knallert m.m.) til arbejde eller uddannelse - køn, alder og uddannelse. Udviklingen 2010-2013

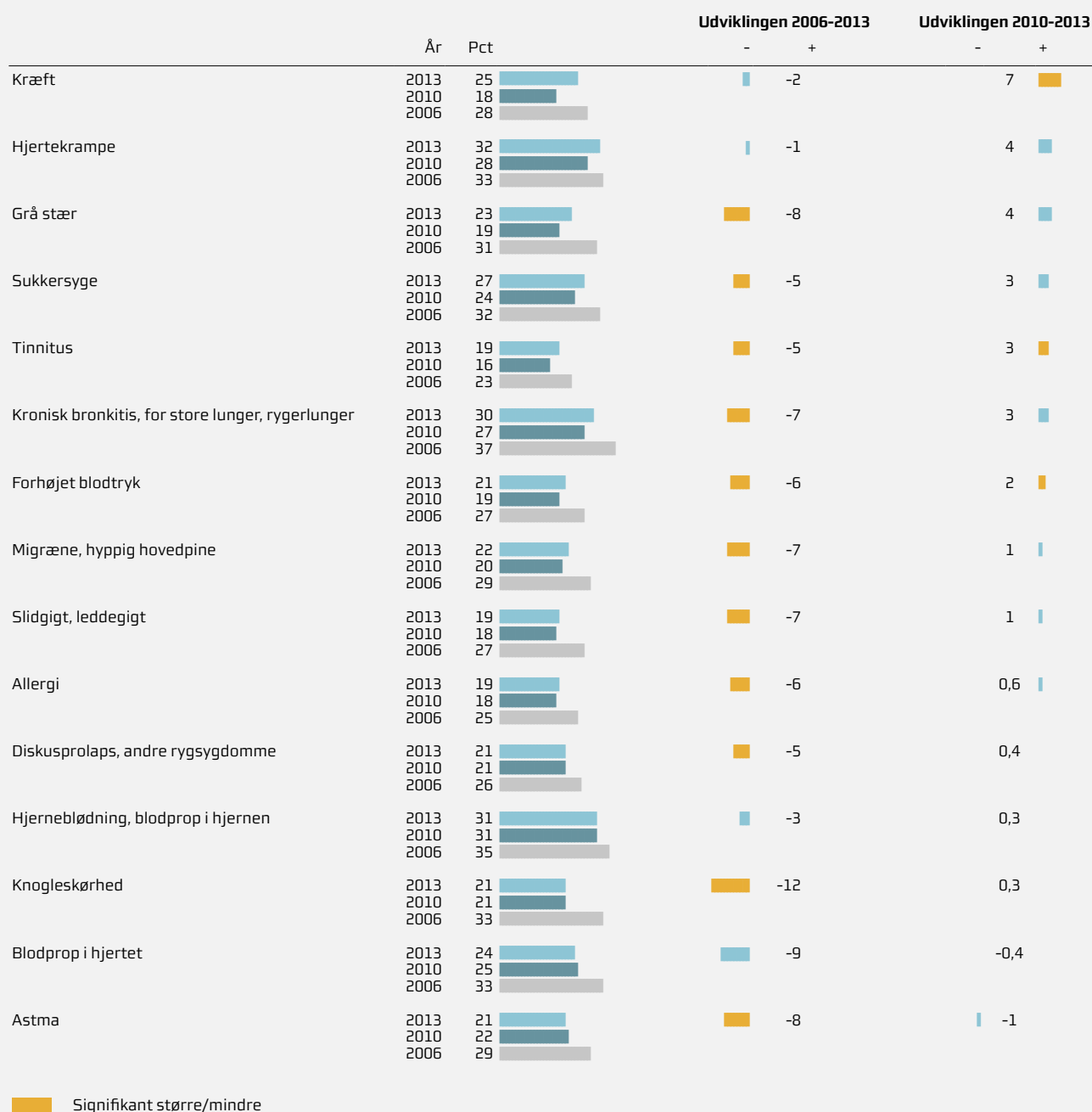


Passiv transport til arbejde eller uddannelse - køn, alder og uddannelse

Af figur 4.10.5 fremgår, at der i perioden fra 2010 til 2013 overordnet set har været en lille stigning i andelen, der benytter passiv transport til arbejde eller uddannelse. Stigningen ses blandt kvinder, 35-44-årige og 55-64-årige, samt blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau.

FIGUR 4.11.5

Fysisk aktivitet 30 minutter om dagen højst én dag om ugen (fysisk inaktivitet) - kroniske sygdomme. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



Fysisk inaktivitet – kroniske sygdomme

Af figur 4.11.5 fremgår, at der i perioden fra 2006 til 2013 har været et fald i andelen af fysisk inaktive blandt personer med følgende sygdomme:

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

I perioden fra 2010 til 2013 har været en stigning i andelen af fysisk inaktive blandt personer med følgende sygdomme:

- Kræft
- Tinnitus
- Forhøjet blodtryk

FIGUR 4.12.5

Fysisk aktivitet mindst 30 minutter om dagen højst én dag om ugen (fysisk inaktivitet) - kommuner.
Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



Fysisk inaktivitet – kommuner

Figur 4.12.5 viser udviklingen fra 2006 til 2013 samt fra 2010 til 2013 i andelen, der er fysisk inaktive.

Der er i perioden 2006-2013 sket et fald i andelen, der er fysisk inaktive i følgende kommuner:

- Syddjurs
- Horsens
- Struer
- Ikast-Brande
- Odder
- Skanderborg
- Ringkøbing-Skjern
- Aarhus
- Herning
- Randers
- Norddjurs
- Favrskov
- Viborg
- Silkeborg
- Lemvig

I perioden 2010 til 2013 er der ikke sket signifikante ændringer i andelen i kommunerne, der er fysisk inaktive.

FIGUR 4.13.5

Ingen idræt eller motion i fritiden - kommuner. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



Ingen idræt eller motion i fritiden - kommuner

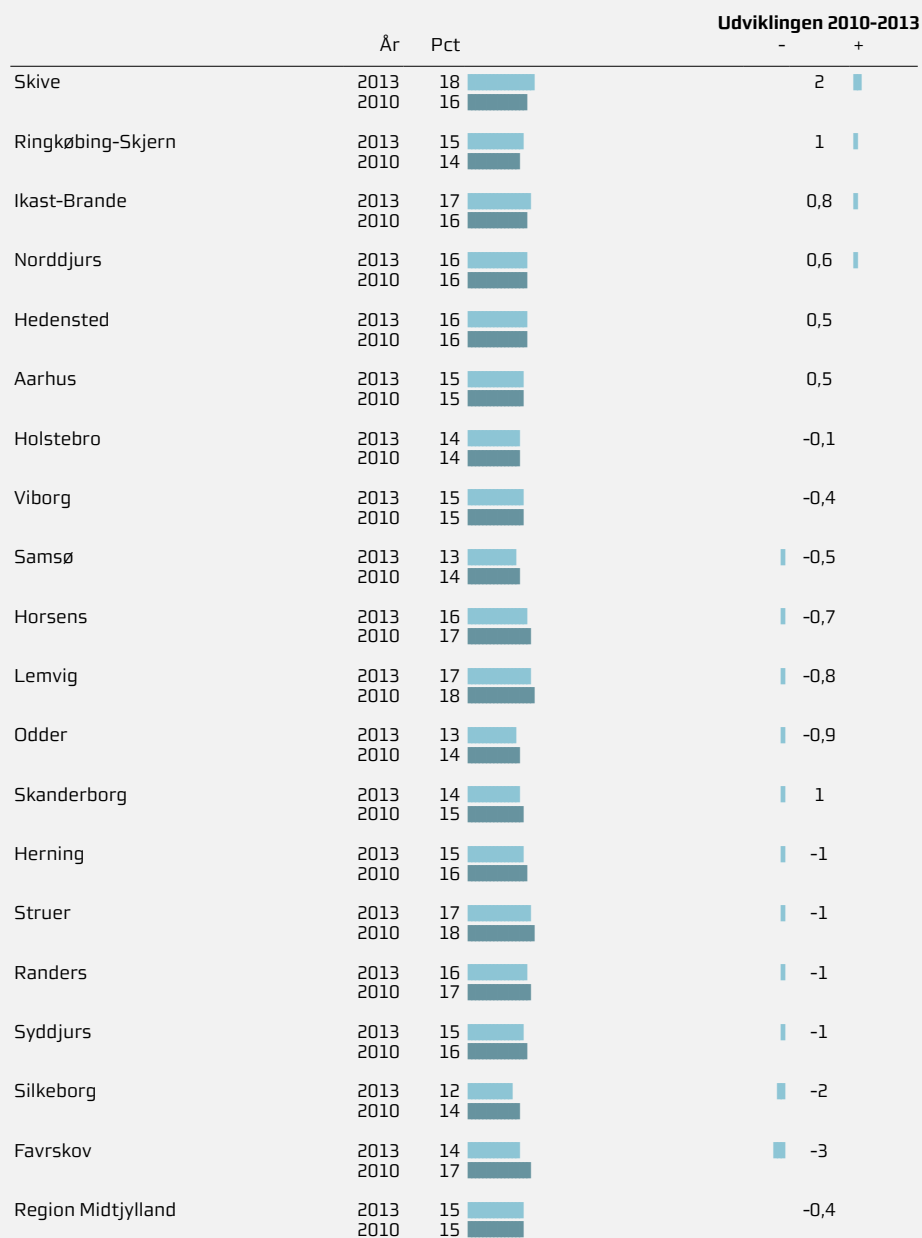
Figur 4.13.5 viser udviklingen fra 2006 til 2013 samt fra 2010 til 2013 i andelen i kommunerne, der ikke dyrker idræt eller anden motion i fritiden.

I perioden 2006 til 2013 er der sket fald i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden form for motion i alle kommuner, på nær Hedensted, hvor faldet ikke er signifikant.

Fra 2010 til 2013 er der kun sket et signifikant fald i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden motion, i Silkeborg.

FIGUR 4.14.5

Stillesiddende i fritiden - kommuner. Udviklingen 2010-2013



Stillesiddende i fritiden - kommuner

Figur 4.14.5 viser udviklingen fra 2010 til 2013 i andelen i de enkelte kommuner, der er stillesiddende i fritiden.

Fra 2010 til 2013 er der ikke sket signifikante ændringer i andelen, der er stillesiddende i fritiden.

FIGUR 4.15.5

Passiv transport (bil, knallert, m.m.) til og fra arbejde - kommuner. Udviklingen 2010-2013



Passiv transport - kommuner

Figur 4.15.S viser udviklingen fra 2010 til 2013 i andelen i de enkelte kommuner, der benytter passiv transport til og fra arbejde.

Der er en lille stigning andelen, der benytter passiv transport til arbejde eller uddannelse i Region Midtjylland. I kommunerne er der kun en statistisk signifikant stigning i andelen, der benytter passiv transport til og fra arbejde i Struer og Syddjurs i perioden fra 2010 til 2013.

Motivation og rådgivning

I dette afsnit beskrives udviklingen i perioden fra 2006 til 2013 og 2010 til 2013 i borgernes motivation for at være mere fysisk aktive samt udviklingen i andelen, der er blevet rådet af deres læge til at dyrke motion.

Ønsker at være mere fysisk aktiv

Figur 4.16.S viser andelen af borgere, der ønsker at være mere fysisk aktive i årene 2006, 2010 og 2013. Det bør nævnes, at i 2006 blev svarpersonerne spurgt om, hvorvidt de kunne tænke sig at være mere fysisk aktive, og i 2010 og 2013 om de gerne vil være mere fysisk aktive. Derfor er spørgsmålene ikke helt identiske.

I perioden 2006 til 2013 er der sket en lille stigning i andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive, mens der er sket et lille fald i andelen, der ikke ønsker at være mere fysisk aktive.

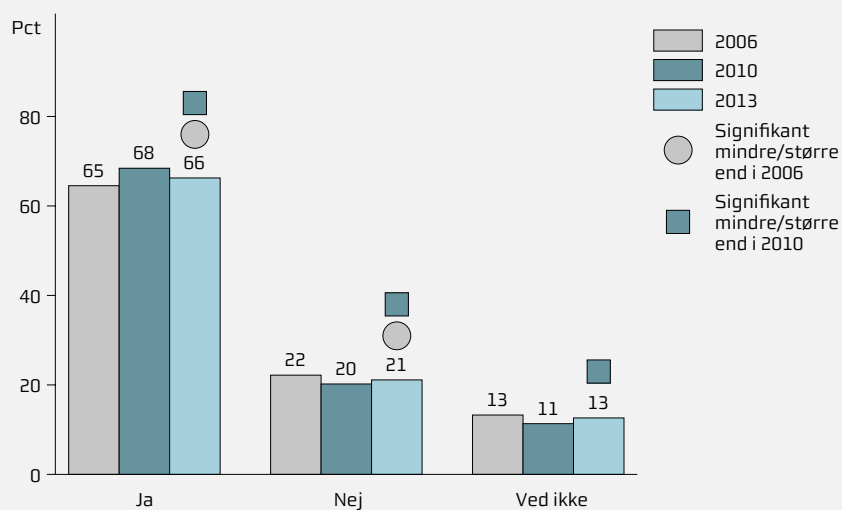
Fra 2010 til 2013 er der sket et lille fald i andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive samt en lille stigning i andelen, der ikke ønsker at være mere fysisk aktive.

I figur 4.17.S ses andelen, der ønsker at være mere fysisk aktiv, blandt fysisk inaktive personer (fysisk aktivitet mindst 30 minutter om dagen højst én gang om ugen), samt blandt personer, der ikke dyrker idræt eller anden form for motion i fritiden. Fra 2006 til 2013 er der sket en lille stigning i andelen, der ønsker at være mere fysisk aktiv i begge grupper, hvorimod der er sket et lille fald i andelen i begge grupper fra 2010 til 2013.

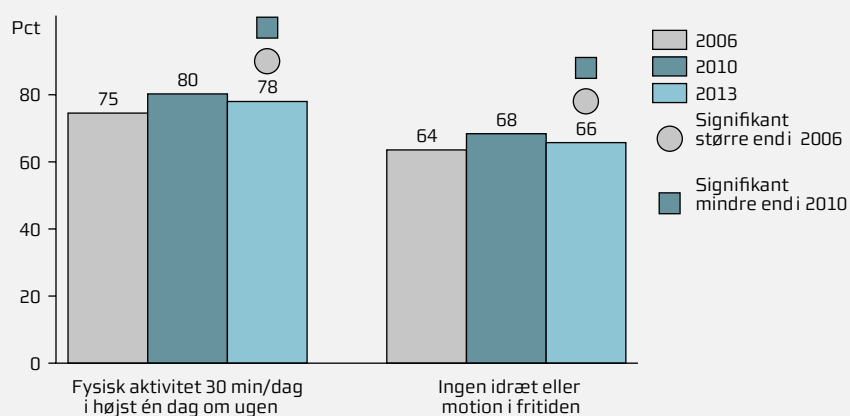
FIGUR 4.16.S OG 4.17.S

Hvor mange vil gerne være mere fysisk aktive?

Figur 4.16.S
Andel der ønsker at være mere fysisk aktiv. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013

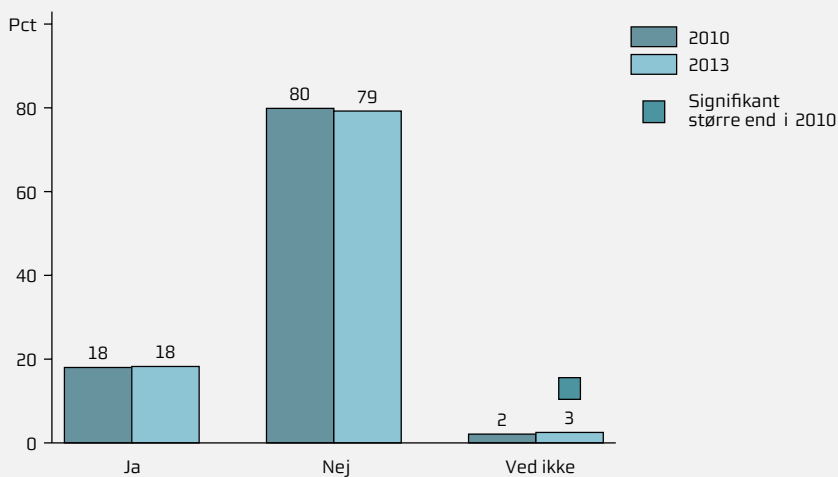


Figur 4.17.S
Andel der ønsker at være mere fysisk aktiv blandt fysisk inaktive personer (fysisk aktivitet mindst 30 minutter om dagen højst én dag om ugen, og ingen idræt eller anden form for motion i fritiden). Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013

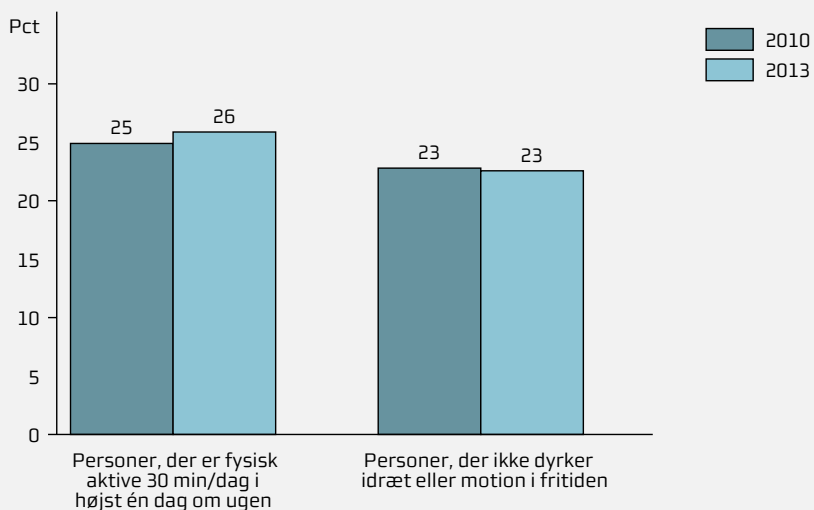


FIGUR 4.18.5 OG 4.19.5
Råd fra egen læge om at dyrke motion

Figur 4.18.5
Råd fra egen læge om at dyrke motion. Udviklingen 2010-2013



Figur 4.19.5
Råd fra egen læge om at dyrke mere motion i forhold til fysisk aktivitet 30 minutter om dagen og idræt eller anden motion i fritiden. Udviklingen 2010-2013



Rådgivning fra egen læge om at dyrke motion

Figur 4.18.S og 4.19.S viser andelen af borgere i 2010 og 2013, der af egen læge er blevet rådet til at dyrke motion.

De tilsvarende tal fra 2006 er udeladt, idet svarpersonerne i 2006 blev spurgt om, hvorvidt de havde fået råd om at dyrke mere motion inden for de seneste tre år, og i 2010 og 2013 om de havde fået råd om dette inden for de seneste 12 måneder. Derfor er spørgsmålene ikke sammenlignelige.

Af figur 4.18.S og 4.19.S fremgår det, at der i perioden 2010 til 2013 ikke er sket signifikante ændringer i andelen, der af egen læge er blevet rådet til at dyrke motion.

Referencer

1. Pedersen BK, Andersen LB. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
2. Pedersen BK, Saltin B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. Scand J Med Sci Sports. 2006; 16 suppl. 1:3-63.
3. Von Huth Smith L, Kristensen T. Forebyggelsespakke – fysisk aktivitet. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
4. U.S. Department of Health and Human Services. 2008 Physical Activity Guidelines for Americans. Washington D.C.: The Secretary of Health and Human Services; 2008.

5. KOST

En uhensigtsmæssig kost med et højt fedt-, salt- og sukkerindhold samt et lavt indhold af frugt, grønt og fisk øger risikoen for hjerte-kar-sygdomme, type 2 diabetes, overvægt samt visse kræftformer (1,2). Fødevarestyrelsen har udarbejdet ti officielle kostråd for at fremme sunde kostvaner.

Kostrådene 2013 (1)

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

Efterlevelse af kostrådene medvirker til, at det daglige behov for vitaminer, mineraler og andre vigtige næringsstoffer bliver dækket samtidig med, at man undgår overvægt (1).

Befolkningens kostmønster opgøres i *Hvordan har du det?* efter en kostscore udviklet ved Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden (4). 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.

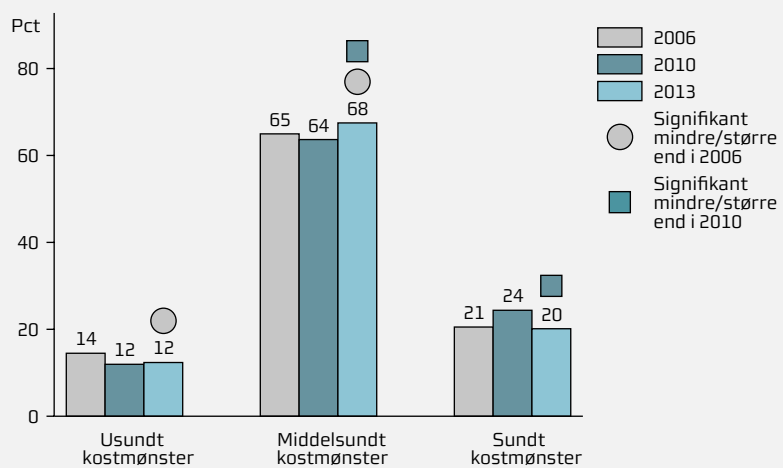
Med hensyn til udbredelse af sunde kostvaner er der mange ting, som spiller ind. Sund kost skal give mening i hverdagen. For eksempel skal den opleves som overkommelig at tilberede, og den skal smage godt (5). Desuden er viden om, hvad der er sund og usund kost, vigtig for at kunne sammensætte en sund kost (1,5).

Hvor mange har et usundt kostmønster?

Figur 5.1.5 viser udviklingen i kostmønstre i perioden 2006 til 2013.

Mens 14 % havde et usundt kostmønster i 2006, er dette tal faldet til 12 % i 2013. Der er ikke sket nogen signifikant ændring i andelen med et usundt kostmønster fra 2010 til 2013. Flere har et middelsundt frem for et usundt kostmønster i 2013 sammenlignet med 2006 og 2010. Til gengæld er andelen med et sundt kostmønster uændret fra 2006 til 2013 og mindre i 2013 end i 2010.

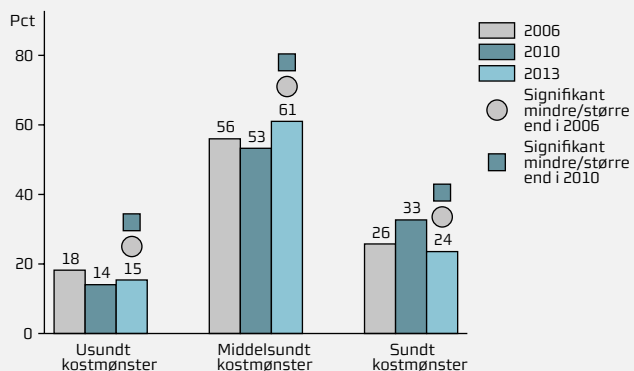
FIGUR 5.1.5
Kostmønstre. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



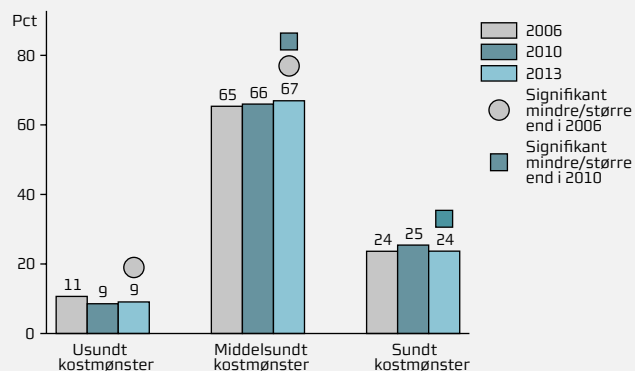
FIGUR 5.2.S, 5.3.S, 5.4.S OG 5.5.S

Kostmønstre i forhold til frugt, grønt, fisk og fedt. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013

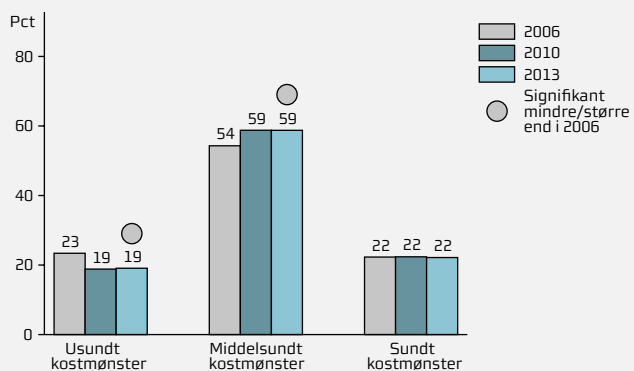
Figur 5.2.S
Kostmønstre i forhold til frugt. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



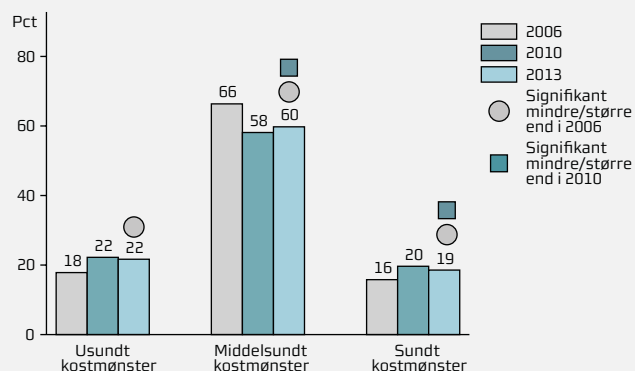
Figur 5.3.S
Kostmønstre i forhold til grønt. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



Figur 5.4.S
Kostmønstre i forhold til fisk. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



Figur 5.5.S
Kostmønstre i forhold til fedt. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



Kostmønster - frugt, grønt, fisk og fedt

Figur 5.2.S-5.5.S viser udviklingen i andelen, der har henholdsvis et usundt, middelsundt eller sundt kostmønster i forhold til kostkomponenterne frugt, grønt, fisk og fedt.

Frugt. Fra 2006 til 2013 er andelen med et usundt kostmønster i forhold til frugt faldet, mens andelen er steget lidt fra 2010 til 2013, jævnfør figur 5.2.S.

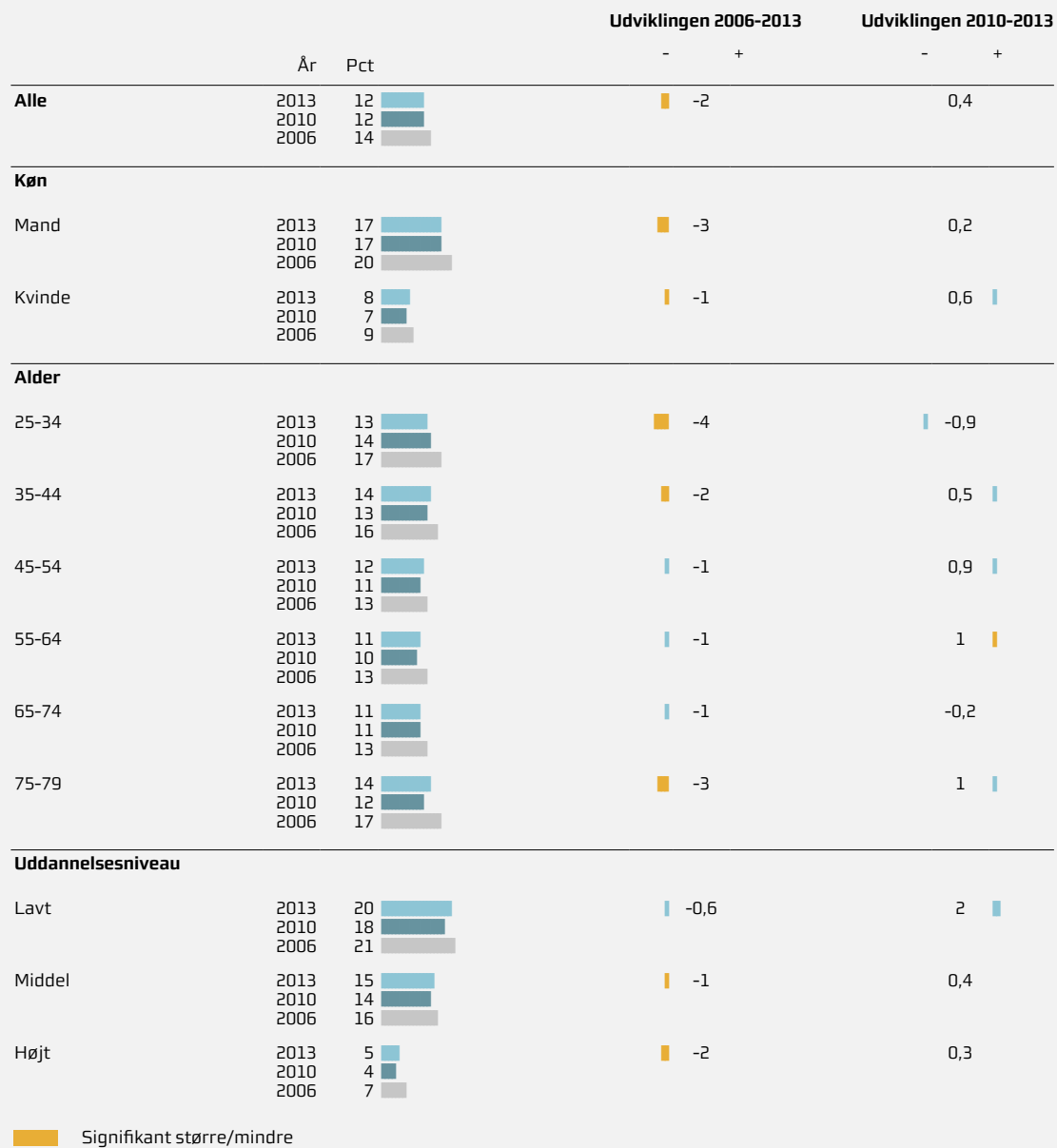
Grønt. Det ses af figur 5.3.S, at andelen med et usundt kostmønster i forhold til grøntsager er faldet fra 2006 til 2013. Der er ikke sket nogen ændring fra 2010 til 2013.

Fisk. I perioden 2006 til 2013 er andelen med et usundt kostmønster i forhold til fisk faldet, mens der ingen forskel er fra 2010 til 2013, jævnfør figur 5.4.S.

Fedt. Figur 5.5.S viser udviklingen i fedtindtaget. Det ses, at andelen med et usundt kostmønster i forhold til fedt er steget fra 2006 til 2013, mens der ingen signifikant forskel er fra 2010 og 2013.

FIGUR 5.6.5

Usundt kostmønster - køn, alder og uddannelse. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013.



Usundt kostmønster - køn, alder og uddannelse

Af figur 5.6.S fremgår udviklingen i andelen, der har et usundt kostmønster.

Det fremgår, at der i perioden 2006 til 2013 overordnet set er sket et fald i andelen, der har et usundt kostmønster. Faldet gælder begge køn, aldersgrupperne 25-34 år, 35-44 år samt 75-79 år og blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau.

I perioden 2010 til 2013 er der overordnet set ikke sket en ændring i andelen, der har et usundt kostmønster. Der ses dog en lille stigning blandt personer i alderen 55-64 år.

FIGUR 5.7.5

Usundt kostmønster - kommuner. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



Usundt kostmønster - kommuner

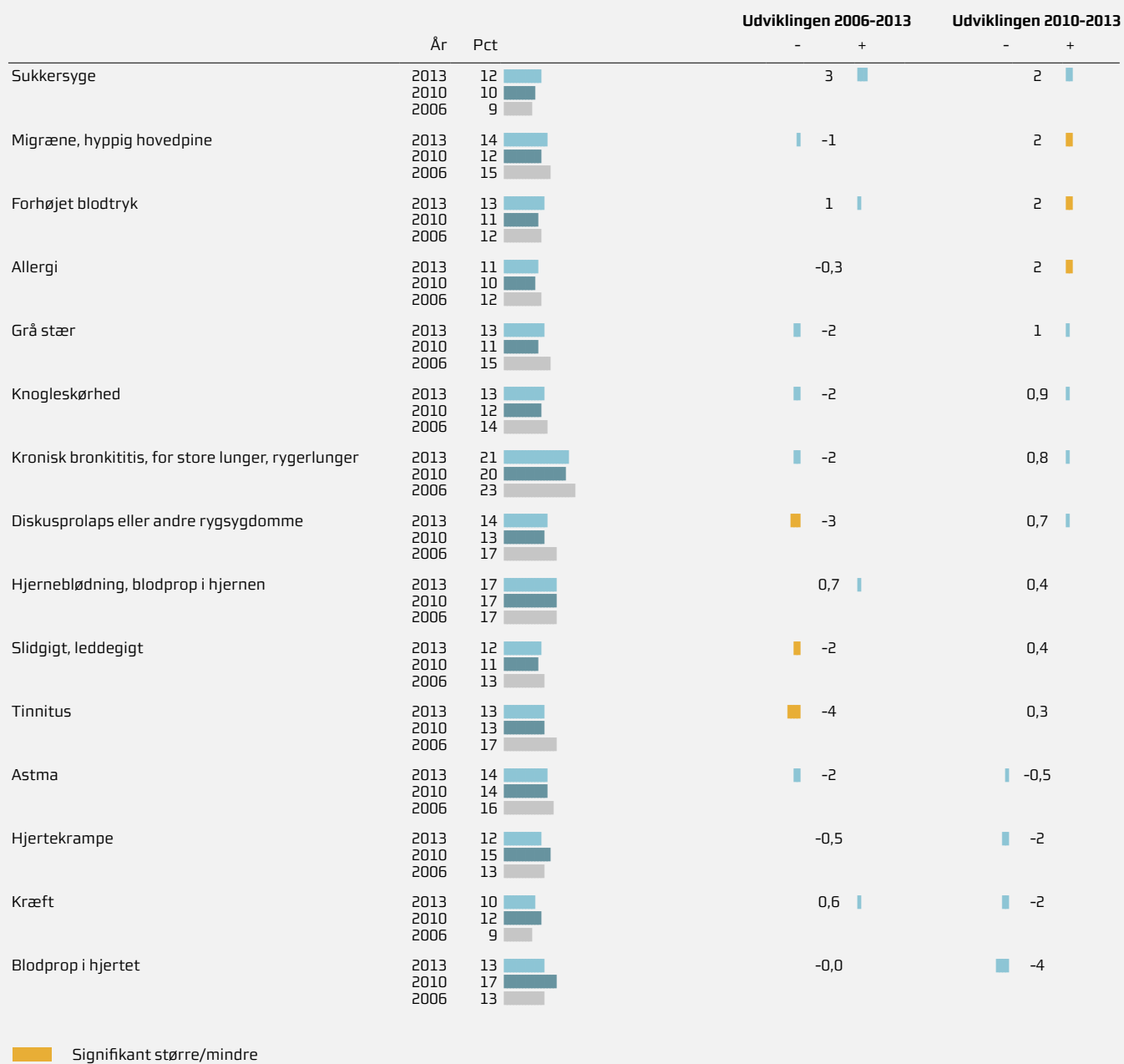
Figur 5.7.5 viser udviklingen fra 2006 til 2013 samt fra 2010 til 2013 i andelen med usundt kostmønster i kommunerne.

Der er i perioden 2006 til 2013 sket et fald i andelen med et usundt kostmønster i Aarhus, Randers, Viborg og Odder.

I perioden 2010 til 2013 er der sket en stigning i andelen, der har et usundt kostmønster i Horsens og Holstebro, mens der er sket et fald i andelen i Odder.

FIGUR 5.8.5

Usundt kostmønster - kroniske sygdomme. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



Usundt kostmønster - kroniske sygdomme

Som et led i behandling af mange kroniske sygdomme er hensigtsmæssige sundhedsvaner afgørende for prognosen. Udviklingen i andelen med usundt kostmønster blandt kronisk syge fremgår af figur 5.8.5.

I perioden 2006 til 2013 er der sket et signifikant fald i andelen med et usundt kostmønster blandt personer med:

- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme
- Slidgigt, leddegigt
- Tinnitus

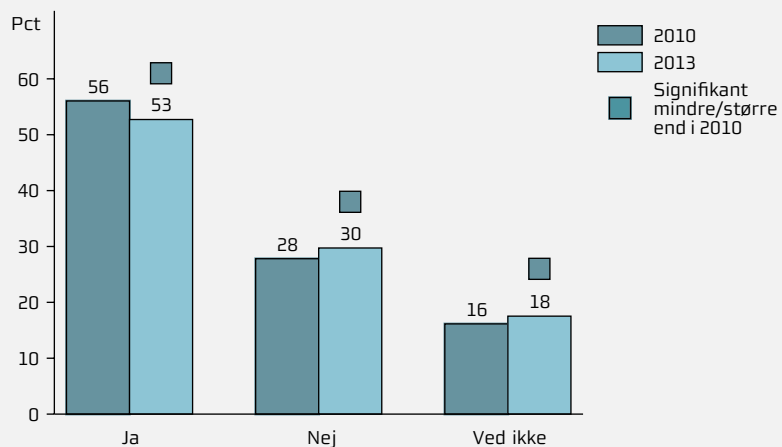
I perioden 2010 til 2013 er der sket en signifikant stigning i andelen med et usundt kostmønster blandt personer med:

- Migræne, hyppig hovedpine
- Forhøjet blodtryk
- Allergi

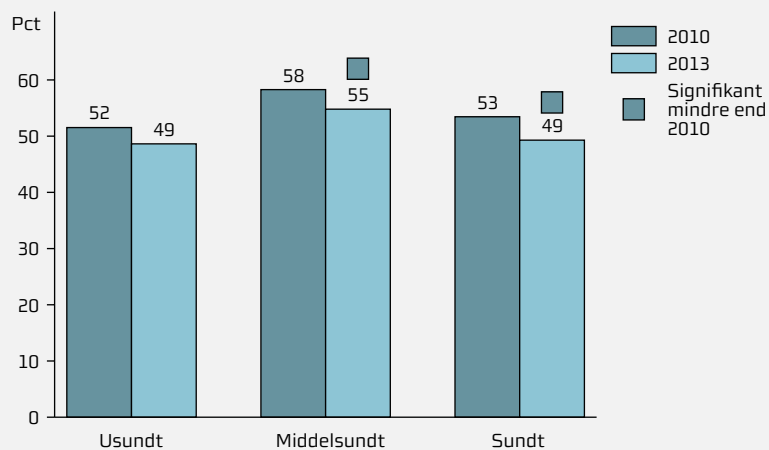
FIGUR 5.9.S OG 5.10.S

Ønske om at spise mere sundt. Udviklingen 2010-2013

Figur 5.9.S
Ønske om at spise mere sundt. Udviklingen 2010-2013



Figur 5.10.S
Ønske om at spise mere sundt i forhold til kostmønster. Udviklingen 2010-2013



Motivation og rådgivning

I dette afsnit beskrives udviklingen i borgernes motivation for at spise mere sundt samt udviklingen i andelen, der er blevet rådet af egen læge til at ændre kostvaner i perioden fra 2010 til 2013.

Det har ikke været muligt at beskrive udviklingen i befolkningens motivation for at spise mere sundt fra 2006 til 2013, idet der i 2006 hverken blev spurgt til ønsket om at spise mere sundt eller selvvurderede kostvaner.

Hvor mange ønsker at spise mere sundt?

Figur 5.9.S viser andelen af borgere, der ønsker at spise mere sundt i årene 2010 og 2013.

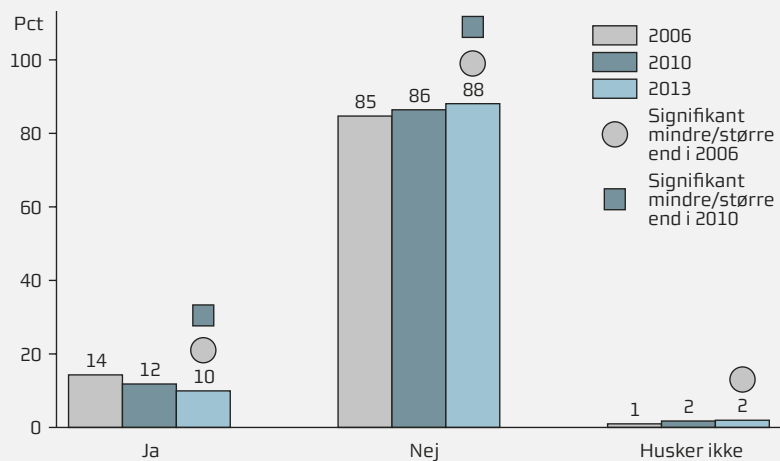
I perioden 2010 til 2013 er der sket et fald i andelen, der ønsker at spise mere sundt, samt en lille stigning i andelen, der ikke ønsker at spise mere sundt.

Af figur 5.10.S ses andelen, der ønsker at spise mere sundt, i forhold til usundt, middelsundt og sundt kostmønster. Der er sket mindre fald i andelen, der ønsker at spise mere sundt blandt personer med et middelsundt eller sundt kostmønster. Der er ikke sket signifikante ændringer blandt personer med et usundt kostmønster.

FIGUR 5.11.S OG 5.12.S

Råd fra lægen om at ændre kostvaner. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013

Figur 5.11.S
Råd fra lægen om at ændre kostvaner. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



Figur 5.12.S
Råd fra lægen om at ændre kostvaner i forhold til kostmønster. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



Rådgivning fra egen læge om at ændre kostvaner

Figur 5.11.S viser andelen af borgere i 2006, 2010 og 2013, der af egen læge er blevet rådet til at ændre kostvaner.

Det skal i denne forbindelse nævnes, at i 2006 blev svarpersonerne spurgt om, hvorvidt de havde fået råd til at ændre kostvaner inden for de seneste tre år, og i 2010 og 2013 om de havde fået råd om dette inden for de seneste 12 måneder. Derfor er spørgsmålene ikke helt identiske.

Af figuren fremgår det, at der både fra 2006 til 2013 og fra 2010 til 2013 er sket et fald i andelen, der har modtaget råd fra lægen om at ændre kostvaner.

Figur 5.12.S viser, at der ikke er sket signifikante ændringer i andelen med et usundt kostmønster, der har modtaget råd fra lægen om at ændre kostvaner. Det generelle fald kan skyldes, at grupperne med middelsundt og sundt kostmønster i mindre grad er blevet rådet til at ændre kostvaner. Andelen med middelsundt og sundt kostmønster, der er blevet rådet til at ændre kostvaner, er således faldet både fra 2006 til 2013 og 2010 til 2013.

Referencer

1. Fødevarestyrelsen. De officielle kostråd. 1st ed. Glostrup: Fødevarestyrelsen; 2013.
2. Becker W, Konde ÅB, Ohlander E-M, Lyhne N, Pedersen AN, Aro A, et al. Nordic Nutrition Recommendations 2004. Integrating nutrition and physical activity. Copenhagen (Denmark); 2004.
3. Haraldsdóttir J. Næringstofanbefalinger - principper og anvendelse. In: Astrup A, Dyerberg J, Stender S, editors. Menneskets ernæring2. 2nd ed. København: Munksgaard; 2008. p. 77–82.
4. Toft U, Kristoffersen LH, Lau C, Borch-Johnsen K, Jørgensen T. The Dietary Quality Score: validation and association with cardiovascular risk factors: the Inter99 study. Eur J Clin Nutr. 2007 Feb;61(2):270–8.
5. Forebyggelseskommissionen. Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats. København: Forebyggelseskommissionen; 2009.

6. OVERVÆGT

Overvægt indebærer en forøget risiko for tidlig død og kroniske sygdomme som type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdomme samt visse former for kræft (1-6). Desuden er overvægt relateret til lidelser i bevægeapparatet såsom slidgigt og leddegigt (5). Psykisk mistroivsel og reproduktionsproblemer er andre eksempler på problematikker, der kan henføres til overvægt (5). Forebyggelse af overvægt er derfor helt centralt. Det gælder både forebyggelse af vægtstigning fra normalvægt til overvægt og af yderligere vægtstigning hos allerede overvægtige (7).

Omtrent 1.300-1.400 dødsfald om året på landsplan er relateret til moderat eller svær overvægt, hvilket svarer til omkring 2 % af alle dødsfald (3). Svær overvægt reducerer markant antallet af leveår uden langvarig belastende sygdom, gode leveår samt kvalitetsjusterede leveår hos både mænd og kvinder. Overvægtige kvinder har generelt flere tabte leveår, større tab i middellevetid samt flere tabte kvalitetsjusterede leveår end overvægtige mænd (3).

Vægtstatus er i *Hvordan har du det?* målt 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 (kg/m²). På baggrund af BMI foretages der en inddeling i fire vægtklasser:

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

Ovenstående grænser er fastlagt af WHO i forhold til helbredsrisikoen forbundet med de forskellige vægtklasser (8). Helbredsrisikoen omfatter i denne sammenhæng for eksempel hjerte-kar-sygdom og diabetes. Når personer med moderat overvægt sammenlignes med normalvægtige personer, har de en forøget helbredsrisiko. Denne risiko er yderligere forøget blandt personer med svær overvægt (8).

Det skal nævnes, at der er en tilbøjelighed blandt overvægtige til at oplyse en lavere vægt end den faktiske (10). Derfor må undersøgelsens opgørelse over overvægtige betragtes som et minimum.

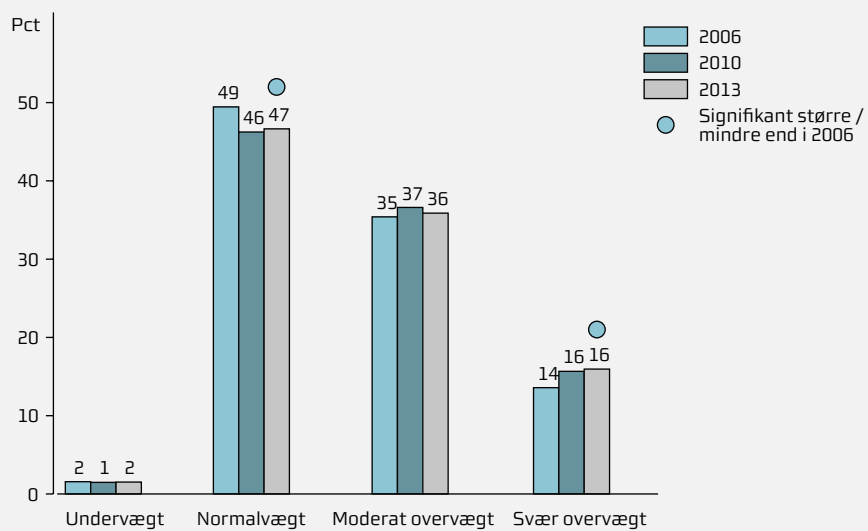
Hvor mange er overvægtige?

Det fremgår af figur 6.1.5, at der er sket en lille stigning fra 2006 til 2013 i andelen af svært overvægtige fra 14 % til 16 %, hvorimod der har været en stagnation i andelen af svært overvægtige fra 2010 til 2013. Der har ikke været en stigning eller et fald i andelen af moderat overvægtige i perioden fra 2006 til 2013. Fra 2006 til 2013 har der til gengæld været et lille fald i andelen af normalvægtige fra 49 % til 47 %.

Det er interessant at se en stagnation i andelen med moderat og svær overvægt fra 2010 til 2013. Dette er konsistent med udviklingen blandt danske børn og unge (11). I Sverige er forekomsten af overvægt dog igen steget efter nogle år med stagnation (12). Om der vil være en fortsat stagnation i andelen af overvægtige i Region Midtjylland, må tiden vise.

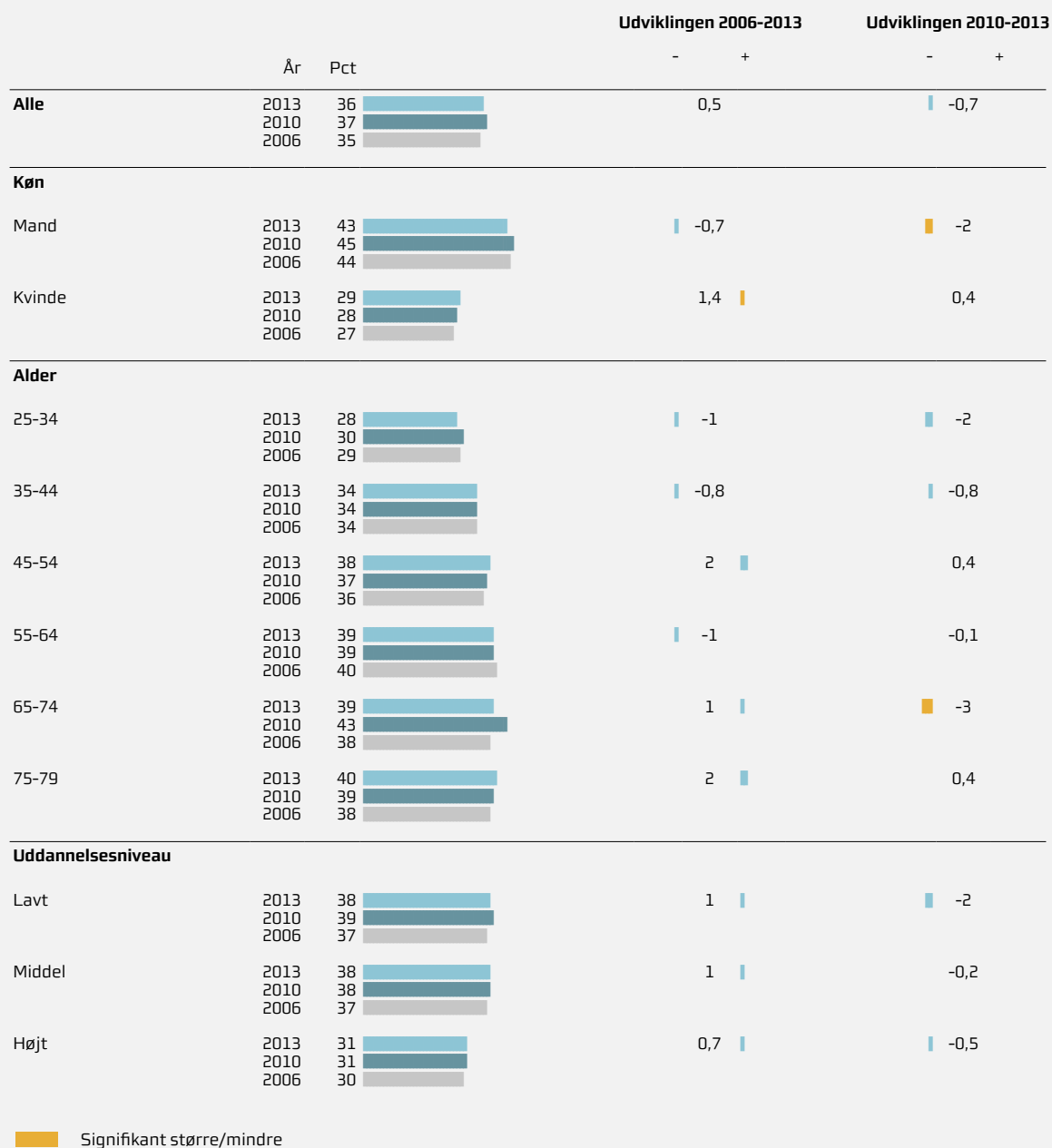
FIGUR 6.1.5

Befolkningens fordeling på vægtklasser. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



FIGUR 6.2.5

Moderat overvægt - køn, alder og uddannelse. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



Overvægt - køn, alder og uddannelse

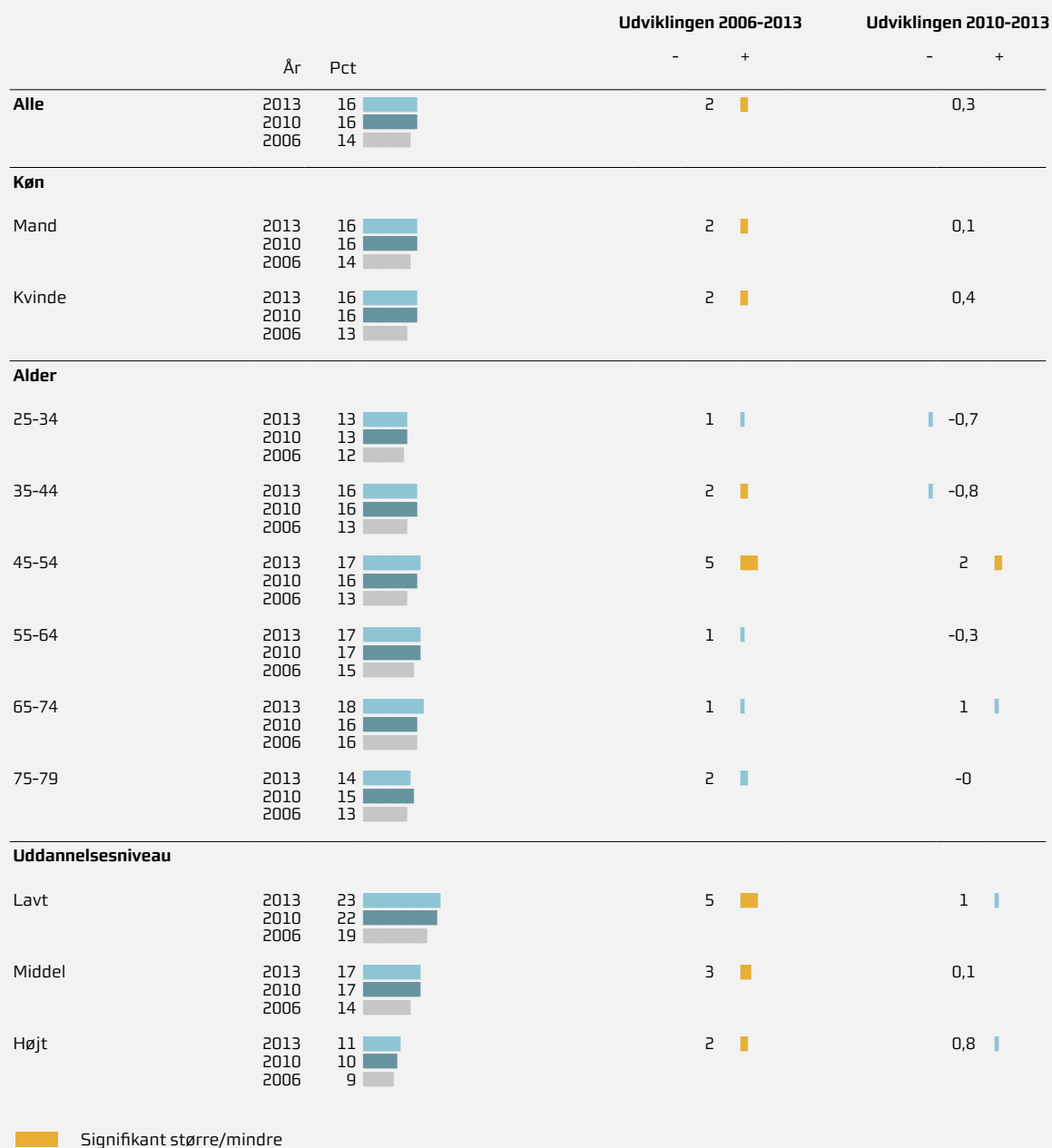
I det følgende belyses udviklingen fra 2006 til 2013 og fra 2010 til 2013 i andelen af henholdsvis moderat og svært overvægtige i forhold til køn, alder og uddannelse.

Moderat overvægt. Generelt har der fra 2006 til 2013 ikke været nogen ændring i andelen af moderat overvægtige i de forskellige undergrupper, jævnfør figur 6.2.S. Der har dog været en lille stigning på 1 procentpoint blandt kvinder.

I perioden fra 2010 til 2013 har der været et lille fald på 2 procentpoint blandt mænd og på 3 procentpoint blandt de 65-74-årige i andelen af moderat overvægtige.

FIGUR 6.3.5

Svær overvægt - køn, alder og uddannelse. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



Svær overvægt. Overordnet set har der i perioden fra 2006 til 2013 været en stigning på 2 procentpoint i andelen af svært overvægtige, og denne stigning gælder både for mænd og kvinder, jævnfør figur 6.3.S. I forhold til alder har stigningen i andelen af svært overvægtige været størst blandt de 35-54-årige. Der har desuden været en stigning i andelen af svært overvægtige i alle uddannelsesgrupper, men den største stigning på 5 procentpoint ses blandt personer med lavt uddannelsesniveau.

I perioden fra 2010 til 2013 har der overordnet set ikke været nogen ændring i andelen af svært overvægtige. Der har dog været en lille stigning på 2 procentpoint blandt de 45-54-årige.

FIGUR 6.4.5
Moderat overvægt - kommuner. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



Moderat overvægt - kommuner

Figur 6.4.5 viser udviklingen fra 2006 til 2013 og fra 2010 til 2013 i andelen af moderat overvægtige i de forskellige kommuner i Region Midtjylland.

Det fremgår, at der ikke har været nogen signifikant udvikling i de enkelte kommuner. Undtagelsen er i Syddjurs, hvor andelen af moderat overvægtige i perioden fra 2010 til 2013 er steget med 4 %.

FIGUR 6.5.5
 Svær overvægt - kommuner. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



Svær overvægt - kommuner

Figur 6.5.5 viser udviklingen fra 2006 til 2013 og fra 2010 til 2013 i andelen af svært overvægtige i de forskellige kommuner i Region Midtjylland.

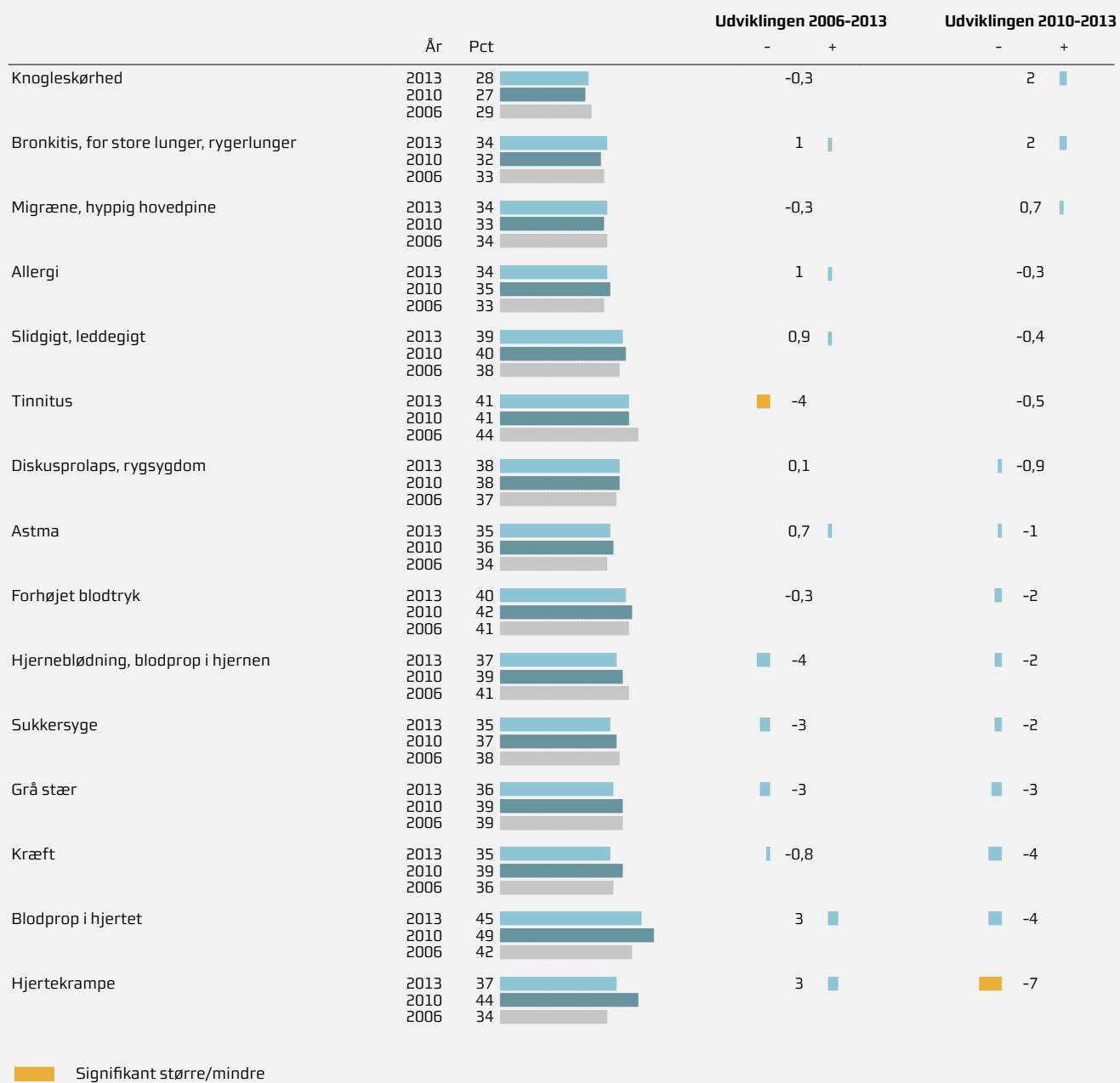
Det fremgår, at der i perioden fra 2006 til 2013 har været en signifikant stigning i andelen af svært overvægtige i følgende kommuner:

- Hedensted
- Odder
- Randers
- Ikast-brande
- Lemvig
- Struer
- Herning
- Skive
- Ringkøbing-Skjern
- Holstebro
- Favrskov

I perioden fra 2010 til 2013 har der ikke været nogen signifikant ændring i andelen af svært overvægtige i nogen af kommunerne.

FIGUR 6.6.5

Moderat overvægt - kroniske sygdomme. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



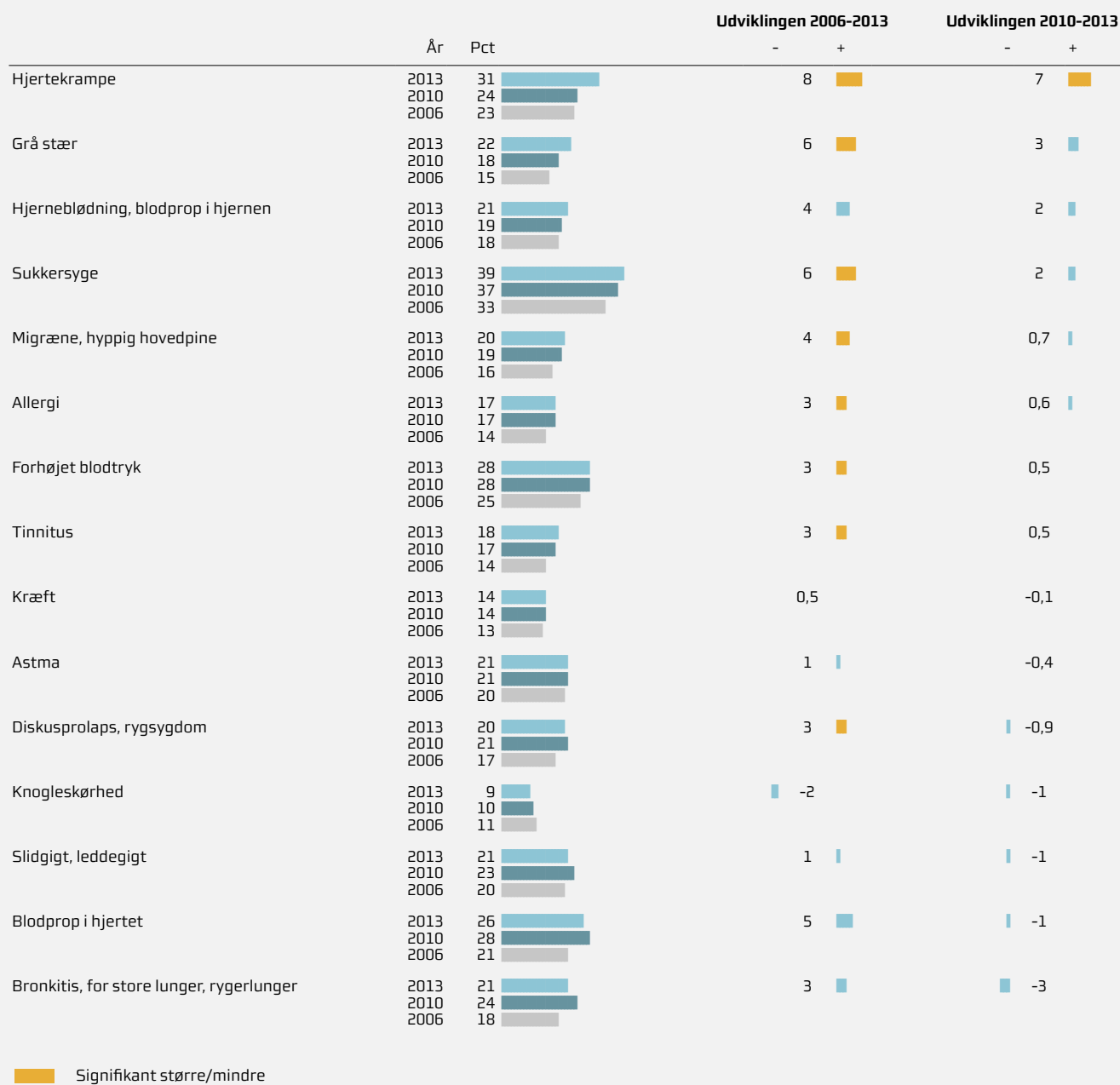
Overvægt - kroniske sygdomme

Udviklingen fra 2006 til 2013 og fra 2010 til 2013 i henholdsvis moderat og svær overvægt blandt personer med kronisk sygdom fremgår af figur 6.6.5 og 6.7.5.

Moderat overvægt. Det fremgår af figur 6.6.5, at der for langt de fleste kroniske sygdomme ikke har været nogen signifikante ændringer i perioden fra 2006 til 2013 og i perioden fra 2010 til 2013. Der er dog enkelte undtagelser. I perioden fra 2006 til 2013 er andelen af moderat overvægtige faldet med 4 % blandt personer med tinnitus. Ligeledes er andelen af moderat overvægtige blandt personer med hjertekrampe faldet med 7 % i perioden fra 2010 til 2013.

FIGUR 6.7.5

Svær overvægt - kroniske sygdomme. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



Svær overvægt. Det fremgår af figur 6.7.5, at der for flere kroniske sygdomme har været en signifikant stigning i andelen af svært overvægtige.

I perioden fra 2006 til 2013 har der været en signifikant stigning i andelen af svært overvægtige blandt personer med følgende sygdomme:

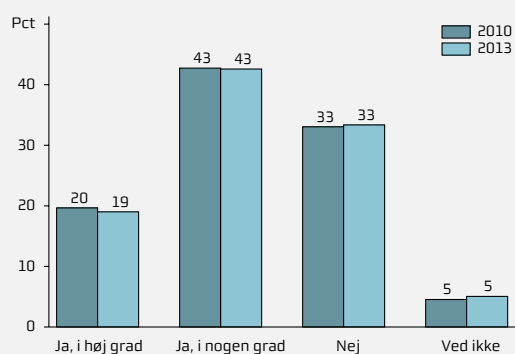
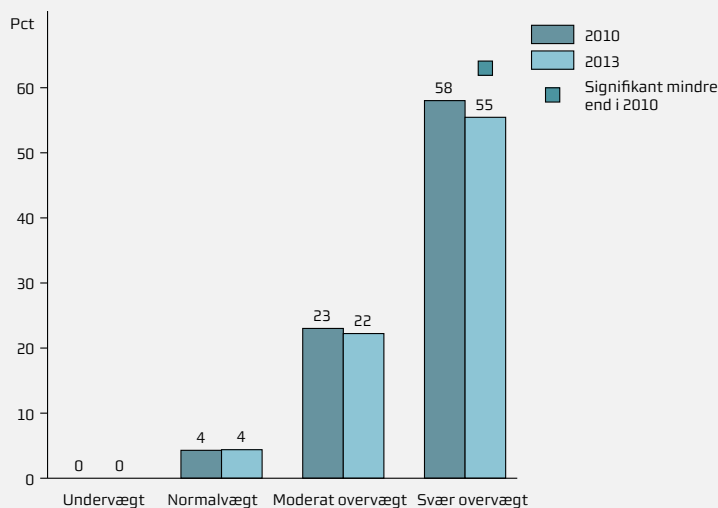
- Hjertekrampe
- Grå stær
- Sukkersyge
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Allergi
- Forhøjet blodtryk
- Tinnitus
- Diskusprolaps og andre rygsygdomme

Stigningen i andelen af svært overvægtige har været størst blandt personer med hjertekrampe, hvor andelen er steget fra 23 % i 2006 til 31 % i 2013.

I perioden fra 2010 til 2013 har der ikke været nogen signifikante ændringer i andelen af svært overvægtige blandt personer med kronisk sygdom undtagen blandt personer med hjertekrampe, hvor andelen er steget med 7 procentpoint.

FIGUR 6.8.5 OG 6.9.5

Ønske om at tabe sig. Udviklingen fra 2010-2013

Figur 6.8.5
Ønsker at tabe sig. Udviklingen 2010-2013Figur 6.9.5
Ønsker i 'høj grad' at tabe sig i forhold til vægtklasser. Udviklingen 2010-2013

Motivation og rådgivning

I det følgende afsnit beskrives udviklingen fra 2010 til 2013 i befolkningens motivation for at tabe sig. I 2006 var det kun personer, der vurderede deres vægt som værende for høj, der fik stillet spørgsmålet omkring ønske om vægttab. Spørgsmålet er derfor ikke sammenligneligt med spørgsmålet i 2010 og 2013, hvor alle har fået spørgsmålet. 2006 indgår derfor ikke i sammenligningsanalyserne for ønske om vægttab.

Desuden beskrives den andel, der i 2006, 2010 og 2013 er blevet rådet til et vægttab af egen læge.

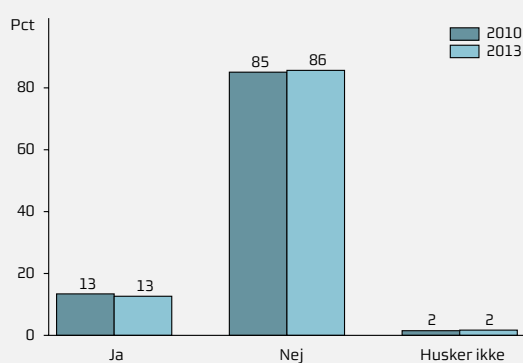
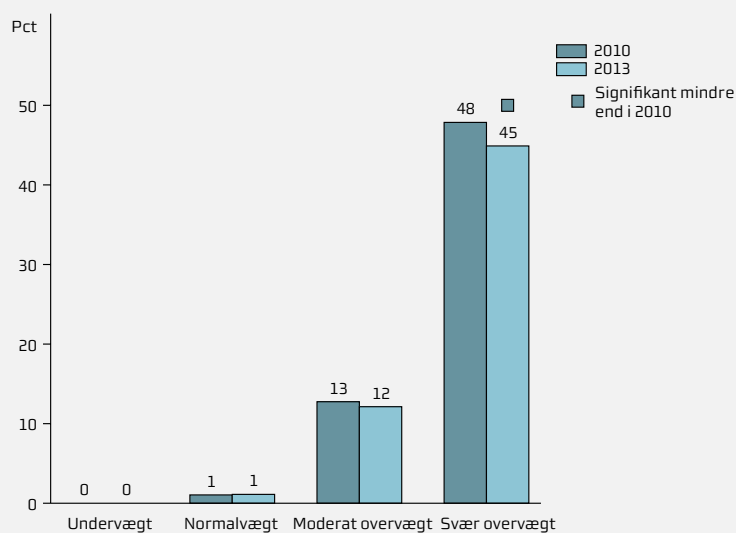
Hvor mange ønsker at tabe sig?

Figur 6.8.5 viser andelen blandt hele befolkningen, der ønsker at tabe sig. Det fremgår, at der i perioden fra 2010 til 2013 ikke har været nogen forandring i andelen, der i høj grad, i nogen grad eller slet ikke ønsker at tabe sig.

Figur 6.9.5 viser andelen i henholdsvis 2010 og 2013, som i høj grad ønsker at tabe sig i forhold til hvilken vægtklasse, de tilhører. Der har været et lille fald fra 58 % til 55 % i andelen af svært overvægtige, som i høj grad ønsker at tabe sig. Der har i perioden fra 2010 til 2013 ikke været nogen ændring i andelen, som i høj grad ønsker at tabe sig, blandt de øvrige vægtklasser.

FIGUR 6.10.S OG 6.11.S

Råd fra lægen om vægttab. Udviklingen 2010-2013

Figur 6.10.S
Råd fra egen læge om vægttab. Udviklingen 2010-2013Figur 6.11.S
Råd fra egen læge om vægttab i forhold til vægtklasser. Udviklingen 2010-2013**Rådgivning fra egen læge om at tabe sig**

Figur 6.10.S og figur 6.11.S viser udviklingen fra 2010 til 2013 i andelen, der af egen læge inden for de seneste 12 måneder er blevet rådet til at tabe sig i vægt.

Der har generelt ikke været nogen ændringer over tid i andelen af hele befolkningen, der af egen læge er blevet rådet til at tabe sig, jævnfør figur 6.10.S.

Figur 6.11.S viser, at der i perioden fra 2010 til 2013 har været et lille fald i andelen af svært overvægtige, der af lægen er blevet rådet til at tabe sig.

Referencer

1. Forebyggelseskommissionen. Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats. København: Forebyggelseskommissionen; 2009.
2. Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F. Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. 1st ed. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2007. p. 247–60.
3. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København; 2006.
4. Hejgaard T, von Huth Smith L. Forebyggelsespakke: Overvægt. København S: Sundhedsstyrelsen; 2013.
5. Dansk Selskab for Almen Medicin. Opsporing og behandling af overvægt hos voksne. København; 2009.
6. Alberti KGMM, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, et al. Harmonizing the Metabolic Syndrome. A joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation*. 2009;120:1640-1645.
7. Vidensråd for Forebyggelse. Kort om overvægt og vægttab blandt voksne [Internet]. 2013 [cited 2013 Dec 9]. Available from: http://www.vidensraad.dk/sites/default/files/kort_om_overvaegt_og_vaegttab.pdf
8. WHO Consultation. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Part 1. The problem of overweight and obesity. World Health Organization, Geneva: Switzerland 2000.
9. Prospective Studies Collaboration. Body-mass index and cause-specific mortality in 900000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet*. 2009;373:1083–96.
10. Due P, Heitmann BL, Sørensen TIA. Prevalence of obesity in Denmark. *Obes Rev*. 2007;8:187–9.
11. Morgen CS, Rokholm B, Brixval CS, Andersen CS, Andersen LG, Rasmussen M, et al. Trends in Prevalence of Overweight and Obesity in Danish Infants, Children and Adolescents – Are We Still on a Plateau? *PLoS One*. 2013;8(7):1–10.
12. Neovius K, Johansson K, Kark M, Tynelius P, Rasmussen F. Trends in self-reported BMI and prevalence of obesity 2002-10 in Stockholm County, Sweden. *Eur J Public Health*. 2012;23(2):312–5.

7. FYSISK OG MENTAL SUNDHED

I kapitel 7 i hovedbindet beskrives befolkningens fysiske og mentale sundhed i Region Midtjylland ud fra tre vinkler:

- Oplevelsen af eget helbred
- Oplevelsen af egen trivsel og livskvalitet
- Oplevet stressniveau

I det følgende beskrives udviklingen på disse tre områder, idet der sammenlignes med data fra to tidligere *Hvordan har du det?*-undersøgelser fra 2006 og 2010.

Selvurderet helbred

Selvurderet helbred er en persons egen vurdering af sin helbredstilstand. Selvvurderet helbred kan betragtes som personens opsummering af en række helbredsforhold, der ikke beskrives udtømmende ved symptomer, sygdomme og risikofaktorer (1).

Undersøgelser har dokumenteret, at personer med dårligt selvvurderet helbred har en øget risiko for bl.a. tidlig død, kræft, hjertesygdomme, brug af sundhedsvæsenet, sygefravær, medicinbrug, forringet funktionsevne, arbejdsløshed og førtidspension (2,3). 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'.

Udviklingen i selvvurderet helbred

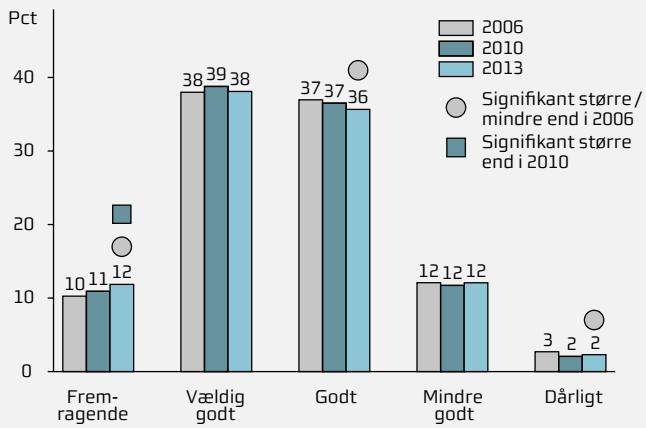
Figur 7.1.5 viser udviklingen i selvvurderet helbred fra 2006 til 2013 i befolkningen som helhed.

Der ses en mindre ændring i selvvurderet helbred fra 2006 til 2013, idet signifikant flere personer angiver, at deres helbred er fremragende. Endvidere angiver signifikant færre i 2013 end i 2006, at deres helbred er henholdsvis godt og dårligt. Endelig ses en signifikant større andel med et fremragende selvvurderet helbred i 2013 i forhold til 2010. Sammenfattende ses en lille forbedring i befolkningens vurdering af eget helbred.

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

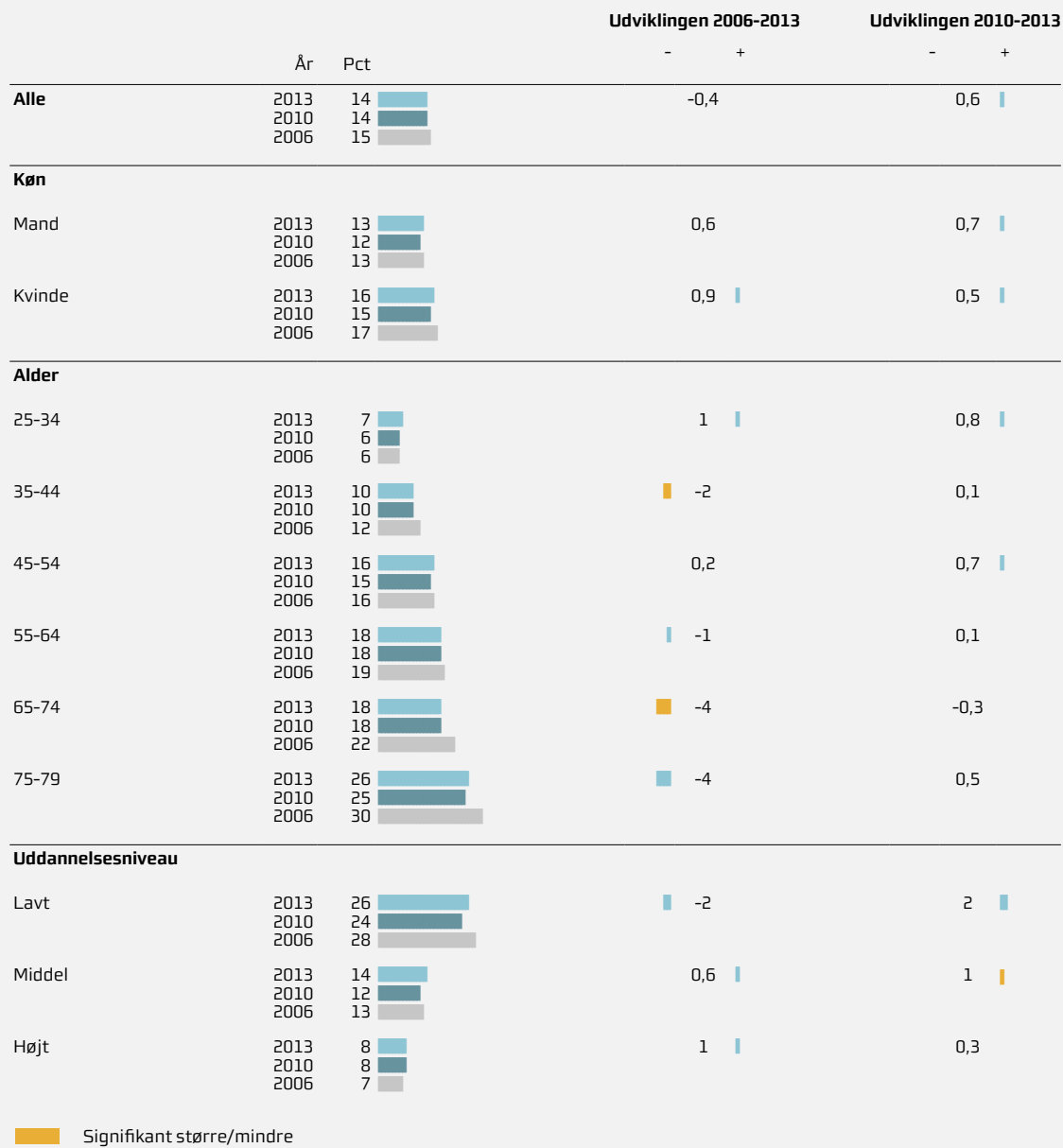
FIGUR 7.1.5

Selvvurderet helbred. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



FIGUR 7.2.5

Dårligt selvvurderet helbred - køn, alder og uddannelse. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



Udviklingen i dårligt selv vurderet helbred - køn, alder og uddannelse

Figur 7.2.5 viser andelen med dårligt selv vurderet helbred i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau i 2006, 2010 og 2013.

Der er en signifikant mindre andel med et dårligt selv vurderet helbred i 2013 i forhold til 2006 blandt:

- Personer i alderen 35-44 år
- Personer i alderen 65-74 år

Der er en signifikant større andel med et dårligt selv vurderet helbred i 2013 i forhold til 2010 blandt:

- Personer med middelhøjt uddannelsesniveau

Sammenfattende ses der kun mindre ændringer i forekomsten af dårligt selv vurderet helbred i forhold til køn, alder og uddannelsesmæssig baggrund. Der er dog fra 2006 til 2013 sket et fald i to aldersgrupper, mens der fra 2010 til 2013 er sket en lille stigning blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau.

FIGUR 7.3.5

Dårligt selvvurderet helbred - kommuner. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



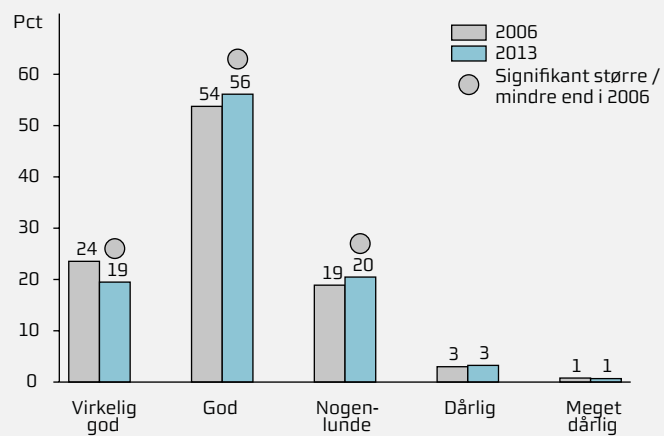
Dårligt selvvurderet helbred - kommuner

Figur 7.3.5 viser andelen med dårligt selvvurderet helbred i kommunerne i 2006, 2010 og 2013.

Der er ikke sket nogen signifikant forandring af det selvvurderede helbred fra 2006 til 2013 i hovedparten af kommunerne. I Ringkøbing-Skjern er der dog sket en signifikant stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred fra 12 % til 17 %. I Holstebro ses til gengæld et signifikant fald, idet andelen med dårligt selvvurderet helbred er faldet fra 17 % til 14 %.

Der er ligeledes ikke sket nogen signifikant forandring af det selvvurderede helbred fra 2010 til 2013 i hovedparten af kommunerne. I Ikast-Brande og Ringkøbing-Skjern er der dog sket en signifikant stigning, idet andelen med dårligt selvvurderet helbred er steget fra 13 % til 17 % i begge kommuner. Tilsvarende ses en stigning i Skive, hvor andelen med dårligt selvvurderet helbred er steget fra 14 % til 18 %.

FIGUR 7.4.5
Selvvurderet trivsel og livskvalitet. Udviklingen 2006- 2013



Selvurderet trivsel og livskvalitet

Borgerens samlede oplevelse af egen trivsel og livskvalitet udgør en bred sundhedsparameter og anvendes indenfor mange discipliner som en opsummering af forhold vedrørende psykisk og social trivsel samt helbredsmæssige forhold. Selvurderet trivsel og livskvalitet inkluderer således flere livsaspekter end selvurderet helbred og afspejler WHO's brede sundhedsbegreb, der beskriver sundhed som en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende (4).

Selvurderet trivsel og livskvalitet er i undersøgelsen belyst med spørgsmålet "Hvordan synes du, din trivsel og livskvalitet er alt i alt?" med svarmulighederne 'virkelig god', 'god', 'nogenlunde', 'dårlig', 'meget dårlig'.

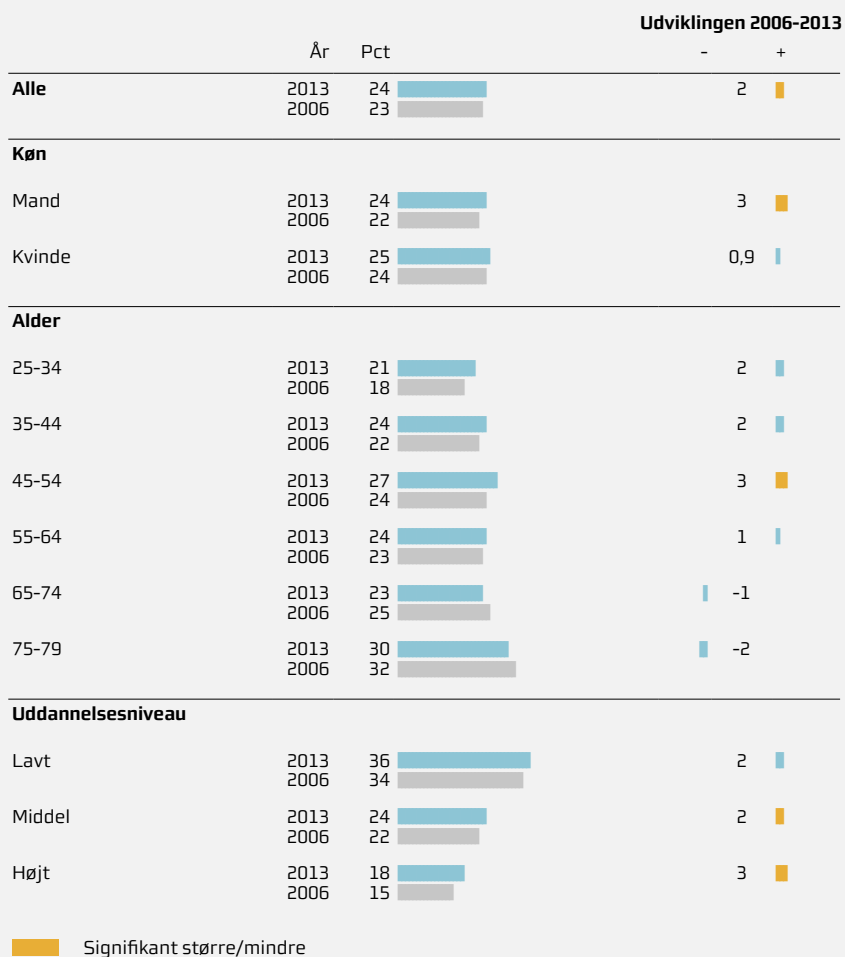
Figur 7.4.5 viser udviklingen i selvurderet trivsel og livskvalitet fra 2006 til 2013 i befolkningen som helhed. Spørgsmålet indgik ikke i *Hvordan har du det?*-undersøgelsen fra 2010.

Der ses flere signifikante ændringer i vurderingen af trivsel og livskvalitet fra 2006 til 2013. Der ses således en reduktion af andelen, der angiver, at deres trivsel og livskvalitet er virkelig god fra 24 % til 19 %, mens der ses en mindre stigning i andelen, der angiver at deres trivsel og livskvalitet er henholdsvis god og nogenlunde.

De første to svarmuligheder betegnes i det følgende som 'god selvurderet trivsel og livskvalitet', mens de tre sidste betegnes som 'nogenlunde eller dårlig selvurderet trivsel og livskvalitet'.

FIGUR 7.5.5

Nogenlunde/dårlig selv vurderet trivsel og livskvalitet - køn, alder og uddannelse. Udviklingen 2006-2013



Selvurderet trivsel og livskvalitet - køn, alder og uddannelse

Figur 7.5.5 viser andelen af borgere med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau i 2006 og 2013.

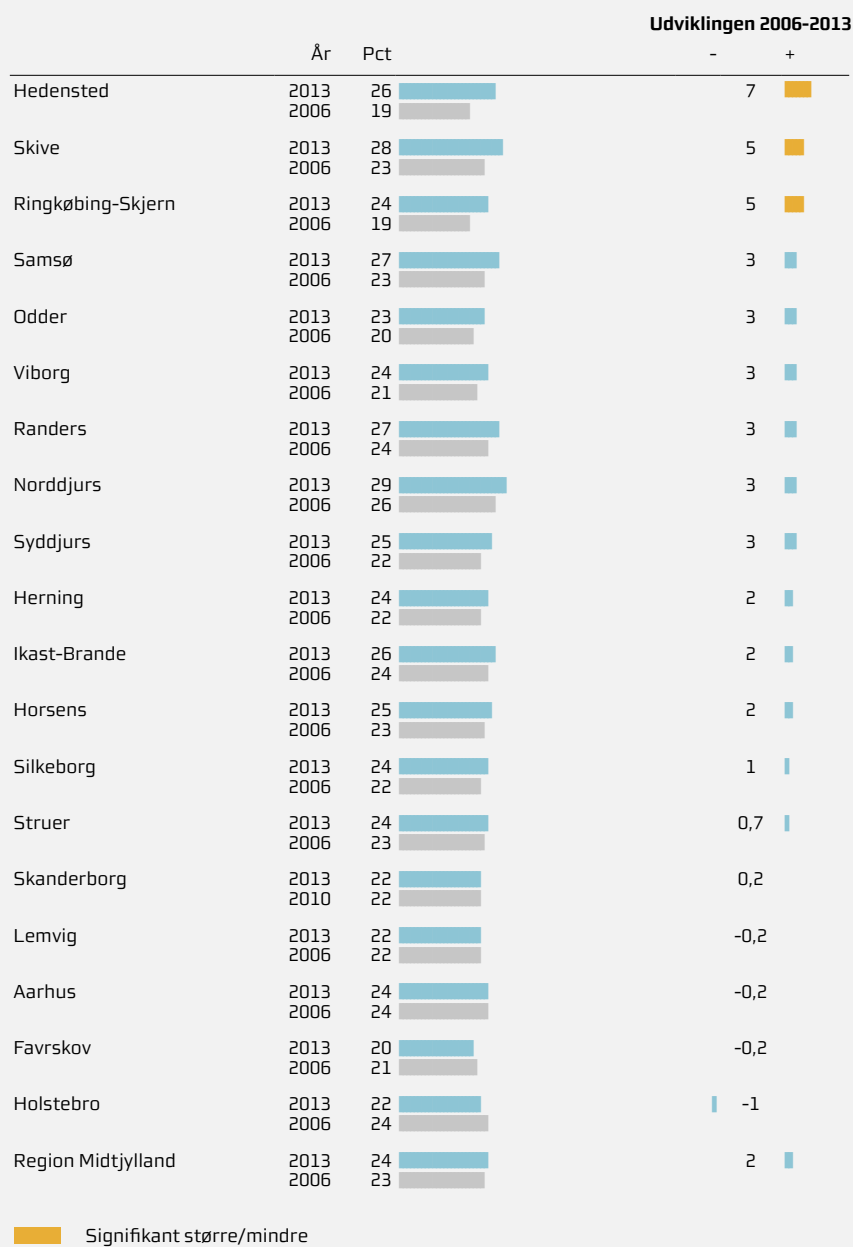
Der er en signifikant større andel med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet i 2013 i forhold til 2006 blandt:

- Mænd
- Personer i alderen 45-54 år
- Personer med middelhøjt uddannelsesniveau
- Personer med højt uddannelsesniveau

Sammenfattende er der fra 2006 til 2013 sket en mindre stigning i andelen med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet. Dette afspejler overvejende en lidt højere forekomst af personer med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet i de ovennævnte grupper.

FIGUR 7.6.5

Nogenlunde/dårlig selvvalueret trivsel og livskvalitet - kommuner. Udviklingen 2006-2013



Selvurderet trivsel og livskvalitet - kommuner

Figur 7.6.S viser andelen af borgere med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet i kommunerne i 2006 og 2013.

Der er ikke sket nogen forandring i den selvurderede trivsel og livskvalitet fra 2006 til 2013 i hovedparten af kommunerne. I Hedensted og Ringkøbing-Skjern er der dog sket en signifikant stigning i andelen med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet, idet andelen er steget fra 19 % til henholdsvis 26 % og 24 %. Ligeledes er der i Skive sket en signifikant stigning, idet andelen med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet er steget fra 23 % til 28 %.

Stress

Stress kan beskrives som en tilstand af kropslig og psykisk ubalance. Jo højere stressniveau, jo dårligere trivsel. Stress er ikke nogen sygdom, men øger risikoen for fysisk og psykisk sygdom samt forringet livskvalitet, især hvis der er tale om en vedvarende tilstand (5,6). Stressniveauet er derfor et vigtigt barometer for mental sundhed.

Stressniveauet målt på Perceived Stress Scale

I *Hvordan har du det?* anvendes et mål for oplevet stress: Perceived Stress Scale (PSS) (7,8). PSS omfatter 10 spørgsmål, der handler om, i hvilket omfang svarpersonen føler sig nervøs og stresset samt hvorvidt han eller hun oplever sit liv som uforudsigeligt, ukontrollabelt og belastende.

Personer, der scorer højt på PSS, er blandt andet mere modtagelige for forkølelse, mere sårbare overfor alvorlige livsbegivenheder og har sværere ved at holde op med at ryge (9).

PSS bygger på Richard Lazarus' stressmodel, der ligger til grund for meget af den nyere psykologiske stressforskning (10). Stress opstår ifølge Lazarus i et samspil mellem individ og omgivelser. Stress udløses af stresspåvirkninger, men personens egen vurdering af, om en begivenhed eller en tilstand er stressende, er et vigtigt mellemlid mellem stresspåvirkning og stressreaktion. Belastning og mestring er således koblet sammen i Lazarus' stressmodel.

Man kan score fra 0 til 40 point på PSS. Jo højere score, jo højere grad af oplevet stress. Der er her foretaget en opdeling af befolkningen i fem tilnærmelsesvis lige store grupper (kvintiler). De fem intervaller er: 0-4 point, 5-8 point, 9-12 point, 13-17 point og 18-40 point.

Udviklingen i stressniveau

Figur 7.7.S viser befolkningens stressniveau i 2006, 2010 og 2013.

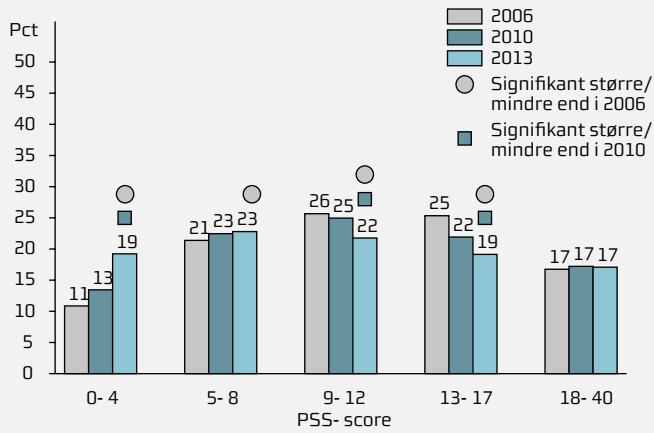
Stressniveauet er faldet en smule fra 2006 til 2013. Gennemsnittet for PSS er reduceret fra 11,8 til 10,9. Der skal dog tages forbehold for, at der er foretaget sproglige præciseringer i udgaven, som er anvendt i 2013, sammenlignet med 2006 og 2010, hvilket kan have påvirket svarfordelingen.

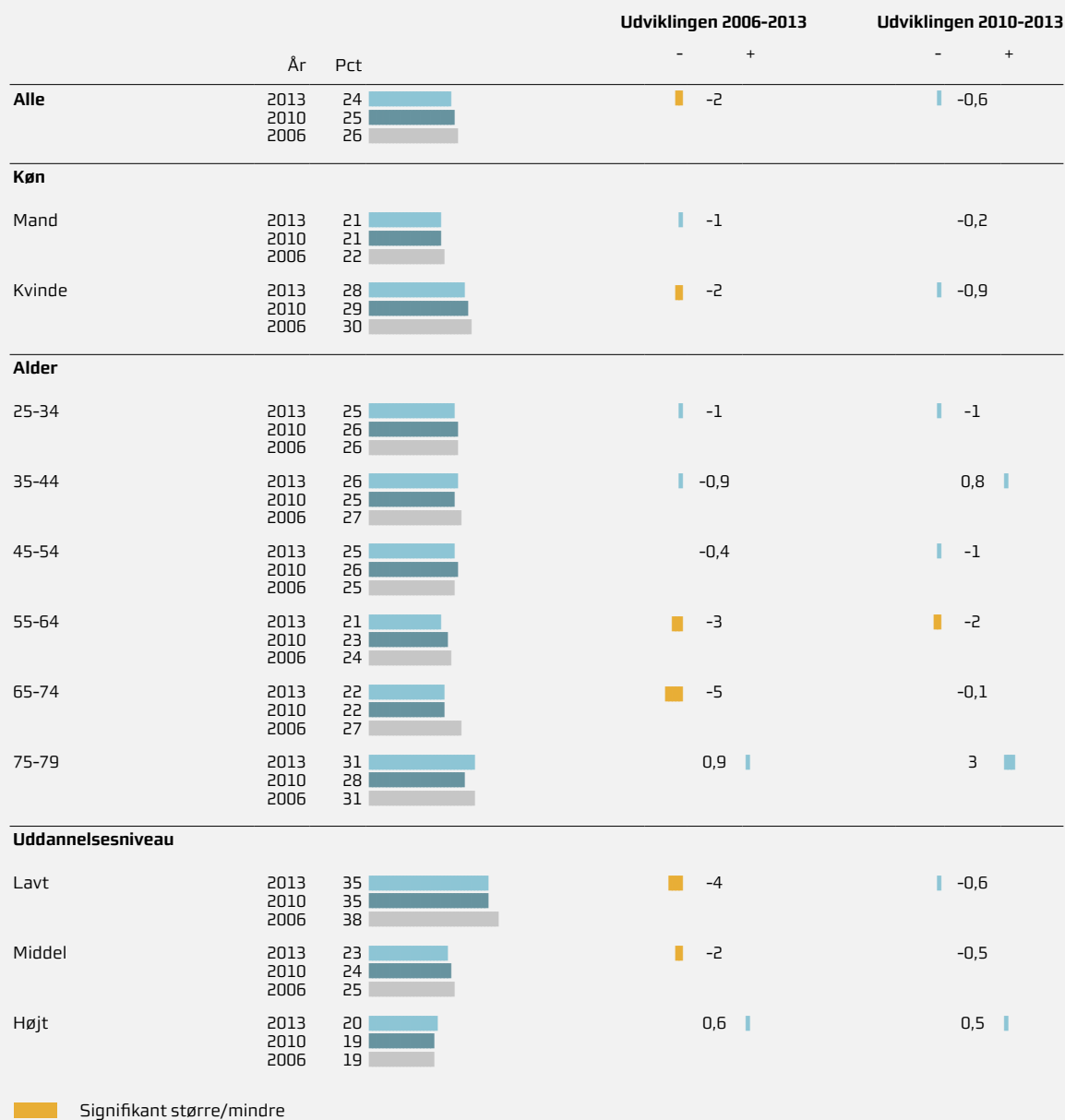
Der er ikke sket nogen signifikant ændring i andelen, som falder inden for den øverste kvintil (18-40 point på PSS). Til gengæld er der sket signifikante ændringer i de fire andre kategorier: En betydelig større andel scorer 1-4 point på PSS i 2013 sammenlignet med i 2006 og 2010, ligesom flere scorer 5-8 point i 2013 sammenlignet med i 2006. Endvidere scorer færre 9-12 og 13-17 point i 2013 sammenlignet med i 2006 og 2010. Der ses således et fald i andelen af personer, der rapporterer et moderat stressniveau svarende til kategori 3 og 4. Faldet kan dog være forbundet med ovennævnte ændringer af spørgsmålene i PSS.

PSS har ikke en indbygget definition af, hvor mange point der skal til for at have et højt stressniveau. En undersøgelse af sammenhængen mellem stress og risikoen for langtidssygdom viser imidlertid, at den relative risiko stiger betydeligt ved en PSS-score på 16 point og opfter (11). Dette indikerer, at stress især udgør en risiko for helbredet i den del af befolkningen, der har dette stressniveau. I det følgende fokuseres der på denne gruppe, dvs. personer med en score på PSS på 16-40 point.

FIGUR 7.7.S

Stressniveau. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



FIGUR 7.8.5Andel med højt stressniveau (PSS \geq 16 point) - køn, alder og uddannelse. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013

Stress - køn, alder og uddannelse

Figur 7.8.5 viser andelen med et højt stressniveau i forhold til køn, alder og uddannelse i 2006, 2010 og 2013. Der er en signifikant mindre andel med et højt stressniveau i 2013 i forhold til 2006 blandt:

- Kvinder
- Personer i alderen 55-64 år
- Personer i alderen 65-74 år
- Personer med et lavt uddannelsesniveau
- Personer med et middelhøjt uddannelsesniveau

Der er en signifikant mindre andel med et højt stressniveau i 2013 i forhold til 2010 blandt:

- Personer i alderen 55-64 år

Sammenfattende er der fra 2006 til 2013 sket et signifikant fald i forekomsten af et højt stressniveau blandt henholdsvis kvinder, personer i alderen 55-74 år samt personer med et lavt og middelhøjt uddannelsesniveau.

FIGUR 7.9.5

Andel med højt stressniveau - kommuner. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



Stress - kommuner

Figur 7.9.5 viser andelen med højt stressniveau i kommunerne i 2006, 2010 og 2013.

Der er ikke sket signifikante ændringer i andelen med højt stressniveau fra 2006 til 2013 i hovedparten af kommunerne. I Lemvig og Aarhus er der imidlertid sket et signifikant fald, idet andelen med højt stressniveau er faldet fra 27 % til henholdsvis 22 % og 24 %. Ligeledes er der i Struer kommune sket et signifikant fald, idet andelen med højt stressniveau er faldet fra 28 % til 24 %.

Der er tilsvarende ikke sket signifikante ændringer i andelen med højt stressniveau fra 2010 til 2013 i hovedparten af kommunerne. I Lemvig og Aarhus er der dog sket et signifikant fald, idet andelen med højt stressniveau er faldet fra 26 % til henholdsvis 22 % og 24 %.

Referencer

1. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med*. 2009 Aug; 69(3):307-16.
2. Kristensen TS, Bjørner J, Smith-Hansen L, Borg V, Skov T. Selvvurderet helbred og arbejdsmiljø – Er selvvurderet helbred et frugtbart og nyttigt begreb i arbejdsmiljøforskning og forebyggelse. Arbejdsmiljøinstituttet og Institut for Folkesundhedsvidenskab. København: Arbejdsmiljøfondet, 1998.
3. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty seven community studies. *J Health Soc Beh*. 1997; 38:21-37.
4. World Health Organisation. The first ten years. Geneva: World Health Organisation; 1958.
5. Kalia M. Assessing the economic impact of stress-the modern day hidden epidemic. *Metabolism*. 2002 Jun; 51(6 Suppl 1):49-53.
6. Pedersen A, Zachariae R, Bovbjerg DH. Influence of psychological stress on upper respiratory infection - a meta-analysis of prospective studies. *Psychosom Med*. 2010 Okt; 72(8):823-32.
7. Cohen S, Kamarch T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983; 24:385-396.
8. Cohen S, Williamson G. Perceived stress in a probability sample of the United States. I: Spacapan S, Oskamp S, red. *The social psychology of health*. Newbury Park, CA: Sage; 1988. p. 31-67.
9. Cohen S, Tyrell DAJ, Smith AP. Negative life events, perceived stress, negative affect, and susceptibility to the common cold. *J Pers Soc Psychol*. 1993; 64:131-140.
10. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company; 1984.
11. Kellenberger S, Larsen FB. Stress øger risikoen for sygefravær hos raske erhvervsaktive. *Hvordan har du det?* Online [internet]. 2008 Dec [citeret 2013 Okt 10]; 5. Tilgængelig fra: <http://www.cfk.rm.dk/projekter/befolkningsunders%C3%B8gelser/hvordan+har+du+det-c7-/udgivelser>

8. KRONISK SYGDOM OG MULTISYGDOM

Ændringer i sygdomsmønsteret har betydning såvel for borgerne som for sundhedsvæsenet og det øvrige samfund. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på udviklingstendenser i sygdomsmønsteret. Det gælder i regionen som helhed, i kommunerne og i forskellige grupper af befolkningen.

I dette kapitel beskrives ændringer i forekomsten af en række almindelige kroniske sygdomme. For det første for hver enkelt sygdom i regionen som helhed. Kan der iagttages tydelige udviklingstendenser?

Dernæst beskrives udviklingen i den samlede sygdomsforekomst i kommunerne på baggrund af en rangordning af de 19 kommuner. Er forskellene i den samlede sygdomsforekomst, der kan iagttages mellem kommunerne i 2006, 2010 og 2013, stabile eller sker der forskydninger i kommunernes indbyrdes placering som følge af forskelle i udviklingen i sygdomsmønsteret?

Herefter beskrives udviklingen i hver enkelt kommunes sygdomsprofil.

Den sidste del af kapitlet drejer sig om udviklingen i multisygdom i regionen som helhed og i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau samt i hver enkelt kommune.

Kroniske sygdomme i *Hvordan har du det?*

Hvordan har du det? 2013 indeholder oplysninger om forekomsten af 18 kroniske sygdomme. Der er imidlertid ikke fuldt sammenlignelige oplysninger om alle sygdomme i *Hvordan har du det?* 2006, 2010 og 2013.

I 2010 og 2013 er der 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 og 2013. Det gælder også i sammenligningsrapportens øvrige kapitler.

I 2013 er spørgsmålene vedrørende psykiske lidelser ændret i forhold til 2006 og 2010. Oplysningerne er derfor ikke sammenlignelige, og udviklingen i psykiske lidelser beskrives ikke i sammenligningsbindet.

Beskrivelsen af udviklingen i sygdomsmønsteret omfatter derfor 15 kroniske sygdomme.

De 15 sygdomme kan inddeles i syv potentielt livstruende kroniske sygdomme og otte ikke-livstruende kroniske sygdomme.

De syv potentielt livstruende sygdomme er:

- Forhøjet blodtryk
- Hjertekrampe
- Blodprop i hjertet
- Hjerneblødning, blodprop i hjernen
- Sukkersyge
- Kræft
- Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (KOL)

De otte ikke-livstruende sygdomme er:

- Astma
- Allergi
- Slidgigt/leddegigt
- Knogleskørhed
- Diskusprolaps, andre rygsygdomme
- Migræne, hyppig hovedpine
- Tinnitus
- Grå stær

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 15 kroniske sygdomme

Der er generelt sket en forøgelse i forekomsten af kronisk sygdom.

2006-2013. Der var en signifikant stigning i forekomsten af otte ud af 15 sygdomme. Se figur 8.1.S.

Størst er stigningen ved forhøjet blodtryk, hvor forekomsten er steget fra 14 % til 20 %, slidgigt/leddegigt, som er steget fra 19 % til 22 % og allergi, som er steget fra 17 % til 19 %.

FIGUR 8.1.5

Forekomsten af kroniske sygdomme i Region Midtjylland (aktuel sygdom og eftervirkninger).
Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013

	År	Pct	Udviklingen 2006-2013		Udviklingen 2010-2013	
			-	+	-	+
Hjerte-kar						
Forhøjet blodtryk	2013	20	5	■	1,1	|
	2010	19				
	2006	14				
Hjertekrampe	2013	1,7	-0,2		-0,2	
	2010	1,9				
	2006	1,8				
Blodprop i hjertet	2013	1,2	0,2		-0,1	
	2010	1,3				
	2006	1,0				
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2013	1,4	0		-0,1	
	2010	1,5				
	2006	1,4				
Sukkersyge						
	2013	6	1,6	■	0,7	|
	2010	5				
	2006	4				
Kræft						
	2013	2,9	1,2	|	0,6	|
	2010	2,3				
	2006	1,6				
Luftveje						
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	2013	4	-0,1		0	
	2010	4				
	2006	4				
Astma	2013	7	0,1		0	
	2010	7				
	2006	7				
Allergi						
	2013	19	3	■	1,3	|
	2010	18				
	2006	17				
Muskel-skelet						
Slidgigt, leddegigt	2013	22	3	■	0,3	
	2010	22				
	2006	19				
Knogleskørhed	2013	4	1,3	|	0,5	|
	2010	3				
	2006	2,3				
Diskusprolaps, rygsygdom	2013	13	0,3		0,2	
	2010	13				
	2006	13				
Nervesystem og sanseorganer						
Migræne, hyppig hovedpine	2013	14	-0,6	|	-0,3	
	2010	14				
	2006	15				
Tinnitus	2013	12	1,9	■	0,7	|
	2010	11				
	2006	10				
Grå stær	2013	4	1,1	|	0,4	
	2010	3				
	2006	2,4				

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

Stigningen i forekomsten af følgende sygdomme er statistisk signifikant:

- Forhøjet blodtryk *
- Sukkersyge *
- Kræft *
- Allergi *
- Slidgigt, leddegigt
- Knogleskørhed *
- Tinnitus *
- Grå stær

Man bemærker, at der blandt de otte sygdomme både er potentielt livstruende og ikke-livstruende sygdomme, livsstilsbetingede og miljøbetingede sygdomme samt aldersrelaterede sygdomme. Der er med andre ord ikke nogen klar tendens i retning af, at det er en bestemt kategori af sygdomme, der bliver hyppigere.

2010-2013. Ved seks af de otte sygdomme var der også en – om end forholdsvis beskedent – stigning i forekomsten fra 2010 til 2013.

Ved sygdomme markeret med * i ovenstående liste var stigningen ligeledes statistisk signifikant fra 2010 til 2013.

En uddybende analyse viser, at ændringer i befolkningens alders- og kønsfordeling fra 2006 til 2013 kun forklarer en mindre del af den øgede sygdomsforekomst (ikke vist) – mest ved grå stær og slidgigt/leddegigt, mindst ved kræft. Ved allergi ville man ved en uændret alderssammensætning af befolkningen have haft en større forøgelse end den, der faktisk har fundet sted.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at forøgelsen i den rapporterede forekomst af sygdomme både kan skyldes, at der er sket en forøgelse af sygeligheden, at en større andel af sygdomstilfældene diagnosticeres, fx som følge af en mere intensiv diagnosticeringsindsats i almen praksis eller på hospitalerne, eller at flere med en given sygdom overlever eller kommer over sygdommen, men har eftervirkninger.

Det er derfor ikke muligt at konkludere, at forøgelsen af *sygdomsforekomsten* også har ført til en forøgelse af *sygdomsbyrden*, forstået som en større forekomst af kroniske sygdomme, der afstedkommer dødsfald og forringet livskvalitet og funktionsevne. Det vil kræve yderligere analyser at afgøre det.

Uanset hvad, der ligger bag væksten i antallet af kendte sygdomme hos borgerne – øget sygelighed, øget diagnosticering eller øget overlevelse og bedre behandlingsresultater – afspejler tallene en voksende efterspørgsel efter sundhedsvæsnets ydelser.

Rangordning af kommunerne efter sygdomsforekomst

Der er foretaget en rangordning af kommunerne i forhold til forekomsten af kroniske sygdomme i 2006, 2010 og 2013. Beregningen er foretaget ud fra de 15 sygdomme, der er sammenlignelige oplysninger om i de tre år. De enkelte kommuners placering på rangstigen for 2013 afviger derfor fra 0 til 5 trin fra rangordningen i bind 1, som er baseret på 18 sygdomme.

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. 15). 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 sygdomsforekomst end i de øvrige kommuner, mens en placering i bunden af tabellen er ensbetydende med en større sygdomsforekomst.

Kommunernes placering på rangstigen for sygdomsforekomst i 2006, 2010 og 2013 ses i figur 8.2.5.

2006-2013. Der er sket en del ændringer i kommunernes placering på rangstigen i 2006 og 2013. To kommuner har bevæget sig fem eller flere placeringer op ad rangstigen:

- Aarhus
- Norddjurs

Fire kommuner har bevæget sig fem eller flere placeringer ned ad rangstigen:

- Viborg
- Horsens
- Ringkøbing-Skjern
- Ikast-Brandø

Den største forandring er sket i Aarhus, som er gået fra en placering som nr. 12 til nr. 1. Det er ikke et udtryk for, at der er sket et fald i forekomsten af kroniske sygdomme i Aarhus, blot er sygdomsforekomsten steget mere i de fleste andre kommuner (se næste afsnit).

Den næststørste forandring er sket i Horsens og Viborg, der begge er rykket ni pladser ned ad rangstigen.

2010-2013. Ændringerne i kommunernes placering på rangstigen har været mindre fra 2010 til 2013.

FIGUR 8.2.5

Kommunernes rangorden i forhold til sygdomsbelastning i 2006, 2010 og 2013. Rangordningen er baseret på forekomsten af de 15 kroniske sygdomme, der er sammenlignelige oplysninger om for de tre år

	Rang 2006		Rang 2010		Rang 2013	
Mindste sygdomsforekomst	1	Viborg	1	Aarhus	1	Aarhus
	2	Odder	2	Skanderborg	2	Favrskov
	3	Ringkøbing-Skjern	3	Hedensted	3	Silkeborg
	4	Hedensted	4	Viborg	4	Odder
	5	Silkeborg	5	Odder	5	Holstebro
	6	Favrskov	6	Favrskov	6	Skanderborg
	7	Skanderborg	7	Ringkøbing-Skjern	7	Herning
	8	Holstebro	8	Ikast-Brande	8	Hedensted
	9	Horsens	9	Holstebro	9	Ringkøbing-Skjern
	10	Ikast-Brande	10	Herning	10	Viborg
	11	Herning	11	Struer	11	Norddjurs
	12	Aarhus	12	Silkeborg	12	Randers
	13	Skive	13	Samsø	13	Struer
	14	Struer	14	Norddjurs	14	Samsø
	15	Syddjurs	15	Horsens	15	Syddjurs
	16	Randers	16	Lemvig	16	Ikast-Brande
	17	Norddjurs	17	Syddjurs	17	Skive
	18	Samsø	18	Skive	18	Horsens
Største sygdomsforekomst	19	Lemvig	19	Randers	19	Lemvig

To kommuner har bevæget sig fem eller flere placeringer op ad rangstigen:

- Silkeborg
- Randers

Tre kommuner har bevæget sig fem eller flere placeringer ned ad rangstigen:

- Viborg
- Ikast-Brande
- Hedensted

Den største forandring er sket i Silkeborg, der har bevæget sig fra en placering som nr. 12 til nr. 3.

Næststørste forandring er sket i Ikast-Brande, der er rykket otte placeringer ned ad rangstigen og Randers, der er rykket syv placeringer opad.

Generelt er der en betydelig grad af stabilitet i kommunernes placering på rangstigen over sygdomsforekomst. Det kan beskrives ved hjælp af korrelationskoefficienten mellem rangordenen for henholdsvis 2006/2013 og 2010/2013.

Korrelationskoefficienten kan antage værdier mellem 1 (perfekt positiv korrelation) og -1 (perfekt negativ korrelation).

Korrelationskoefficienten mellem rangordenen i 2006 og 2013 er 0,56, hvilket indikerer en moderat til stærk sammenhæng.

Korrelationskoefficienten mellem rangordenen i 2010 og 2013 er 0,68, hvilket indikerer en stærk sammenhæng.

Sygdomsprofiler for kommunerne

Der er generelt sket en forøgelse af sygdomsforekomsten i kommunerne.

2006-2013. Der er sket en statistisk signifikant forøgelse af forekomsten af en eller flere sygdomme i alle 19 kommuner, jf. figur 8.3.5-8.21.5. I alt er sygdomsforekomsten steget i 73 tilfælde ud af 285 mulige (19 kommuner x 15 kroniske sygdomme) svarende til 25 % af de mulige tilfælde. I tre tilfælde er der en signifikant lavere forekomst af en sygdom i 2013 sammenlignet med 2006.

Horsens er den kommune, hvor der er sket en forøgelse i forekomsten af flest sygdomme. Her forekommer syv af de 15 kroniske sygdomme hyppigere. I Struer er seks sygdomme blevet hyppigere. I seks kommuner er fem sygdomme blevet hyppigere: Herning, Odder, Ringkøbing-Skjern, Skanderborg, Syddjurs og Viborg. I de resterende 11 kommuner er mellem en og fire sygdomme blevet hyppigere.

Der er en øget forekomst ved 12 af de 15 kroniske sygdomme. Forekomsten er uændret i alle kommuner ved blodprop i hjertet, astma og kronisk bronkitis/for store lunger/rygerlunger.

Især er forekomsten af forhøjet blodtryk forøget. I 17 kommuner rapporteres der en signifikant højere forekomst af forhøjet blodtryk. Kun i Aarhus og på Samsø er der ikke sket nogen forøgelse.

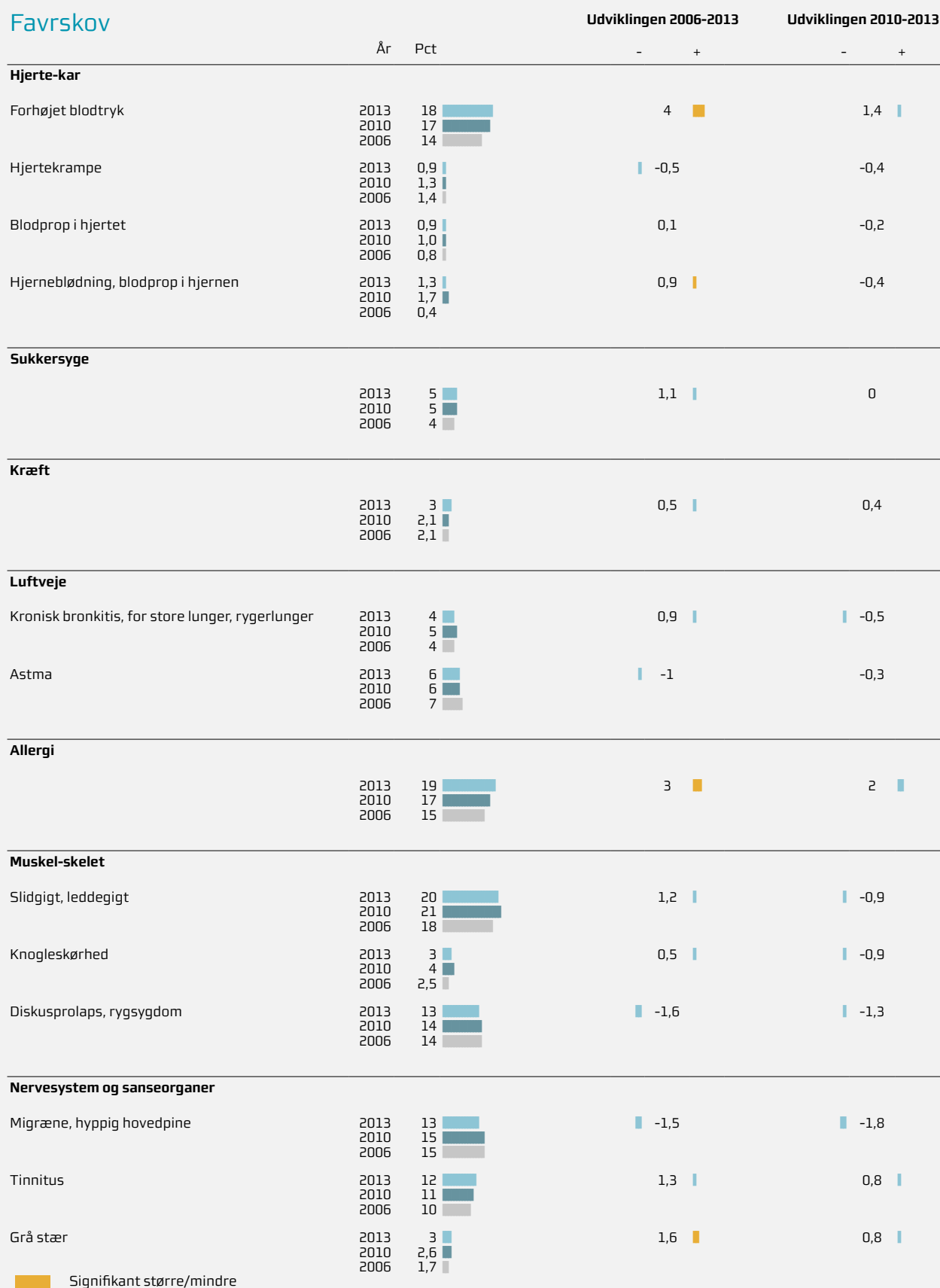
Kræft og knogleskørhed forekommer hyppigere i ni kommuner. Sukkersyge og slidgigt/leddegigt forekommer hyppigere i otte kommuner. Allergi forekommer hyppigere i syv kommuner. Grå stær forekommer hyppigere i seks kommuner. De resterende fem sygdomme forekommer hyppigere i mellem en og fire kommuner.

2010-2013. Der er sket en statistisk signifikant forøgelse af en eller flere sygdomme i 12 kommuner. I alt er sygdomsforekomsten steget i 20 tilfælde ud af 285 mulige. I ét tilfælde er forekomsten faldet.

Der er en øget forekomst ved 13 ud af de 15 kroniske sygdomme. Forekomsten er uændret i alle kommuner ved hjerneblødning/blodprop i hjernen og astma.

FIGUR 8.3.5

Forekomsten af kroniske sygdomme i Favrskov Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



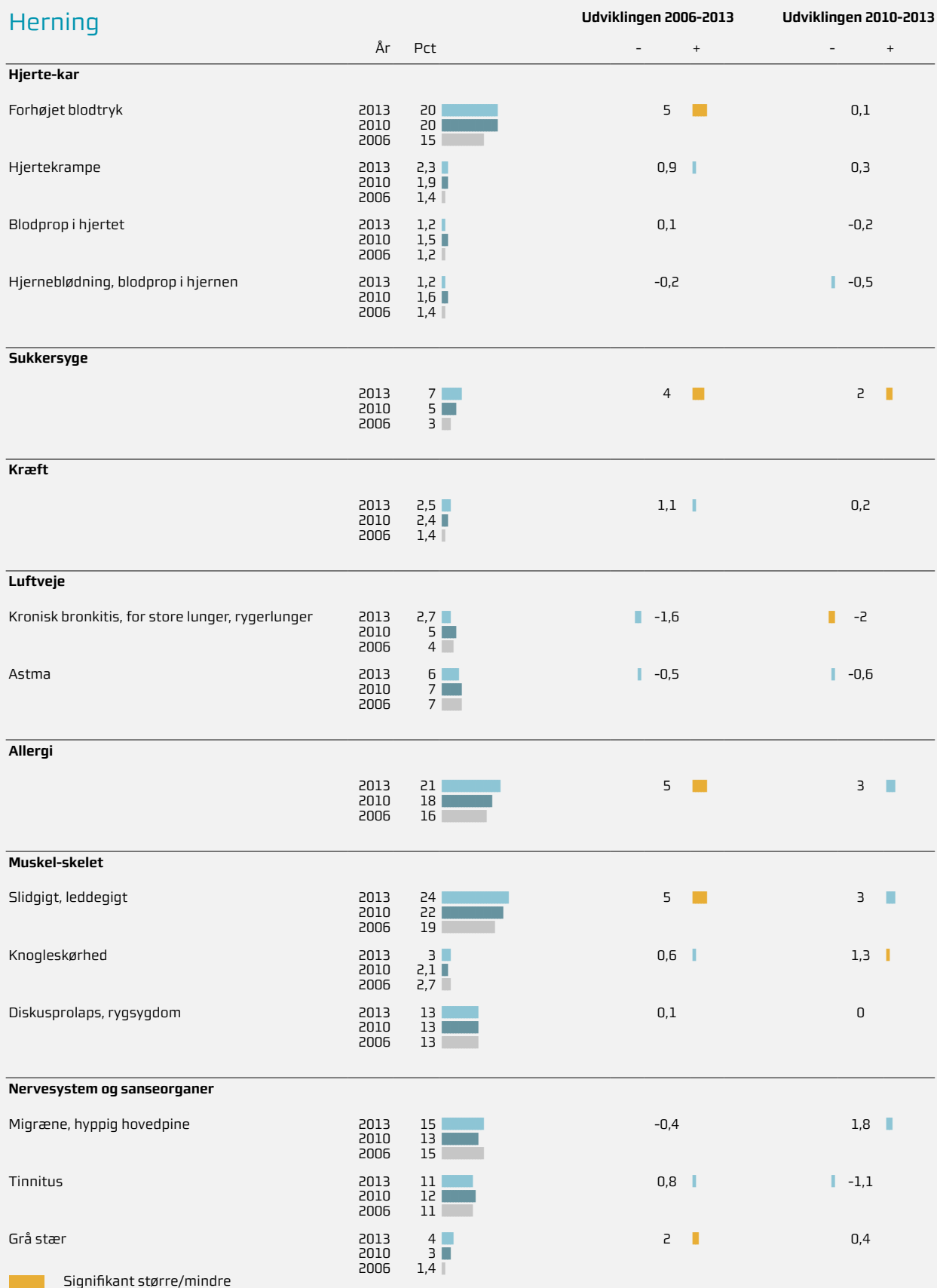
FIGUR 8.4.5Forekomsten af kroniske sygdomme i Hedensted Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).
Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013**Hedensted**

	År	Pct	Udviklingen 2006-2013		Udviklingen 2010-2013	
			-	+	-	+
Hjerte-kar						
Forhøjet blodtryk	2013	24	9	■	4	■
	2010	19				
	2006	15				
Hjertekrampe	2013	1,7	-0,4		-1,3	■
	2010	2,9				
	2006	2,0				
Blodprop i hjertet	2013	1,3	0,7	■	0,8	■
	2010	0,6				
	2006	0,6				
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2013	1,2	0,4		0,4	
	2010	0,8				
	2006	0,9				
Sukkersyge						
	2013	6	3	■	1,8	■
	2010	4				
	2006	4				
Kræft						
	2013	2,3	-0,4		0,5	■
	2010	1,8				
	2006	2,7				
Luftveje						
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	2013	4	-0,6	■	0,4	
	2010	4				
	2006	5				
Astma	2013	6	0,3		0	
	2010	6				
	2006	6				
Allergi						
	2013	17	2	■	1,3	■
	2010	16				
	2006	15				
Muskel-skelet						
Slidgigt, leddegigt	2013	22	3	■	0,6	■
	2010	22				
	2006	19				
Knogleskørhed	2013	3	1,3	■	-0,1	
	2010	2,9				
	2006	1,6				
Diskusprolaps, rygsygdom	2013	15	4	■	1,7	■
	2010	13				
	2006	11				
Nervesystem og sanseorganer						
Migræne, hyppig hovedpine	2013	14	-1	■	-0,4	
	2010	15				
	2006	15				
Tinnitus	2013	12	2	■	0,4	
	2010	12				
	2006	10				
Grå stær	2013	4	2	■	1,1	■
	2010	2,9				
	2006	2,0				

■ Signifikant større/mindre


FIGUR 8.5.5

Forekomsten af kroniske sygdomme i Herning Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).
Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



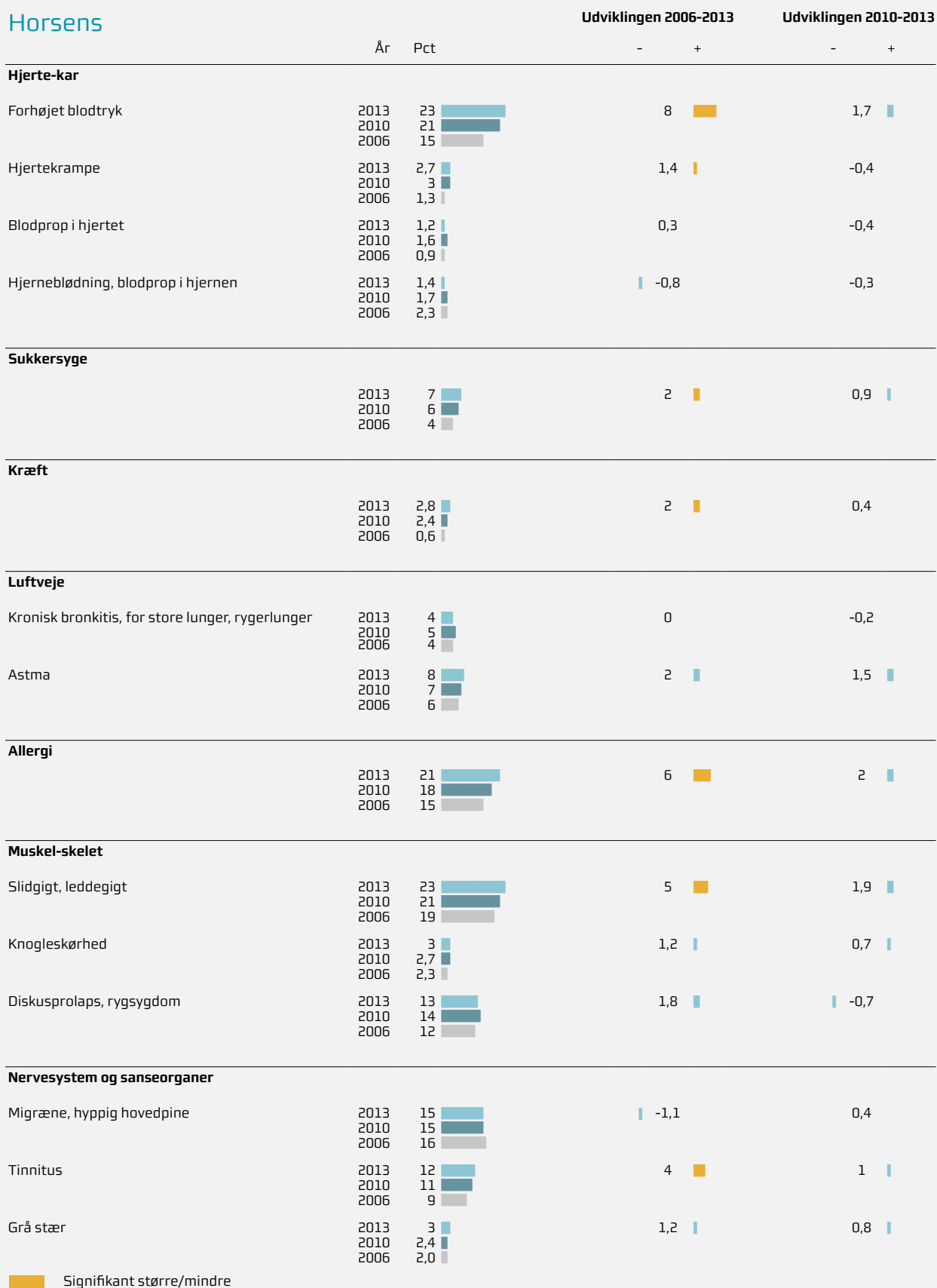
FIGUR 8.6.5Forekomsten af kroniske sygdomme i Holstebro Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).
Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013**Holstebro**

	År	Pct	Udviklingen 2006-2013		Udviklingen 2010-2013	
			-	+	-	+
Hjerte-kar						
Forhøjet blodtryk	2013	21				
	2010	20				
	2006	14				
Hjertekrampe	2013	1,9				
	2010	2,3				
	2006	1,1				
Blodprop i hjertet	2013	0,9				
	2010	1,7				
	2006	0,6				
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2013	1,1				
	2010	1,3				
	2006	1,4				
Sukkersyge						
	2013	6				
	2010	4				
	2006	4				
Kræft						
	2013	1,8				
	2010	1,7				
	2006	1,8				
Luftveje						
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	2013	4				
	2010	4				
	2006	4				
Astma	2013	7				
	2010	7				
	2006	7				
Allergi						
	2013	17				
	2010	17				
	2006	15				
Muskel-skelet						
Slidgigt, leddegigt	2013	21				
	2010	23				
	2006	20				
Knogleskørhed	2013	3				
	2010	2,7				
	2006	2,3				
Diskusprolaps, rygsygdom	2013	12				
	2010	12				
	2006	12				
Nervesystem og sanseorganer						
Migræne, hyppig hovedpine	2013	15				
	2010	15				
	2006	14				
Tinnitus	2013	13				
	2010	11				
	2006	12				
Grå stær	2013	4				
	2010	4				
	2006	2,7				

 Signifikant større/mindre


FIGUR 8.7.5

Forekomsten af kroniske sygdomme i Horsens Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).
Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



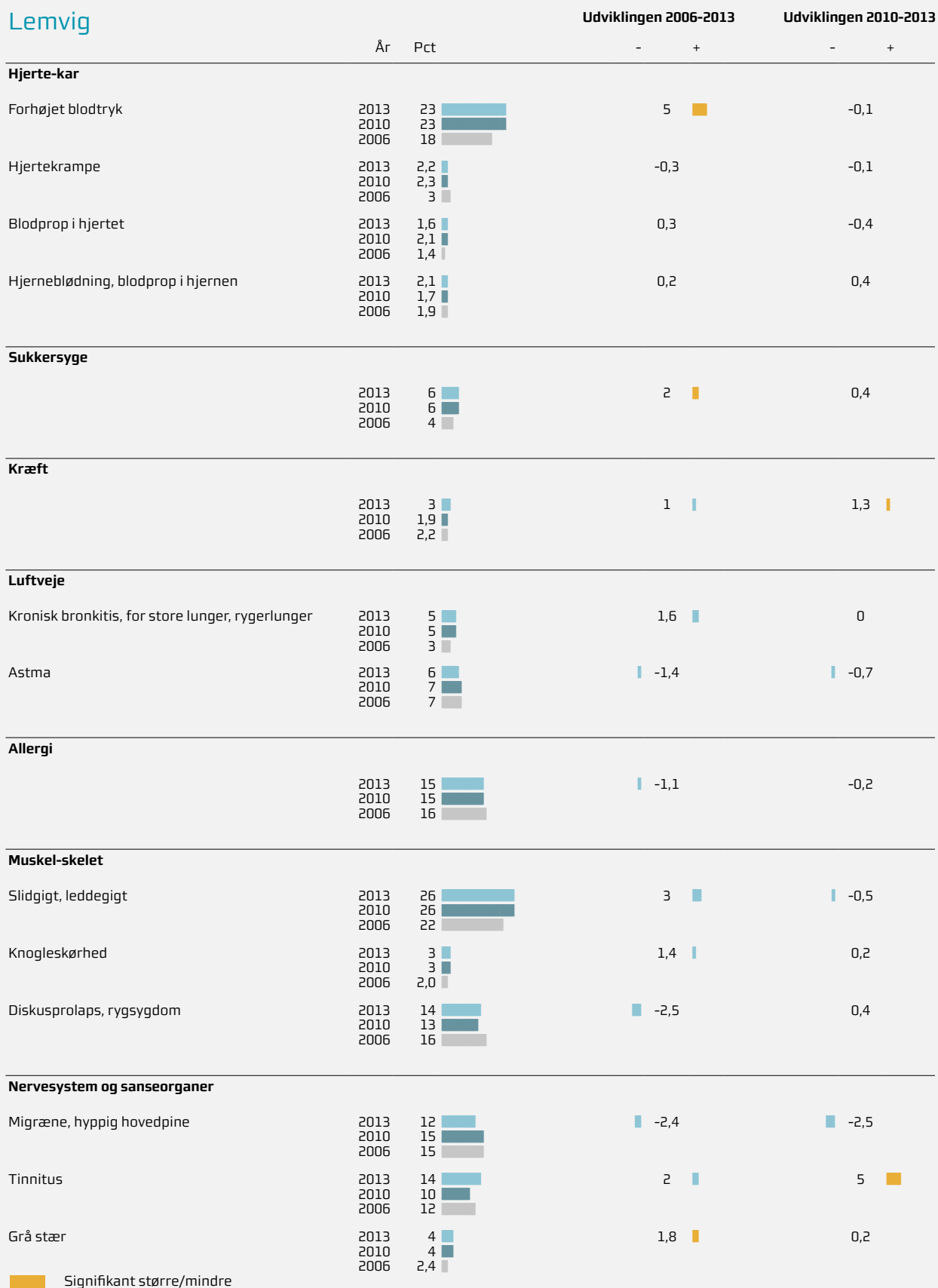
FIGUR 8.8.5Forekomsten af kroniske sygdomme i Ikast-Brande Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).
Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013**Ikast-Brande**

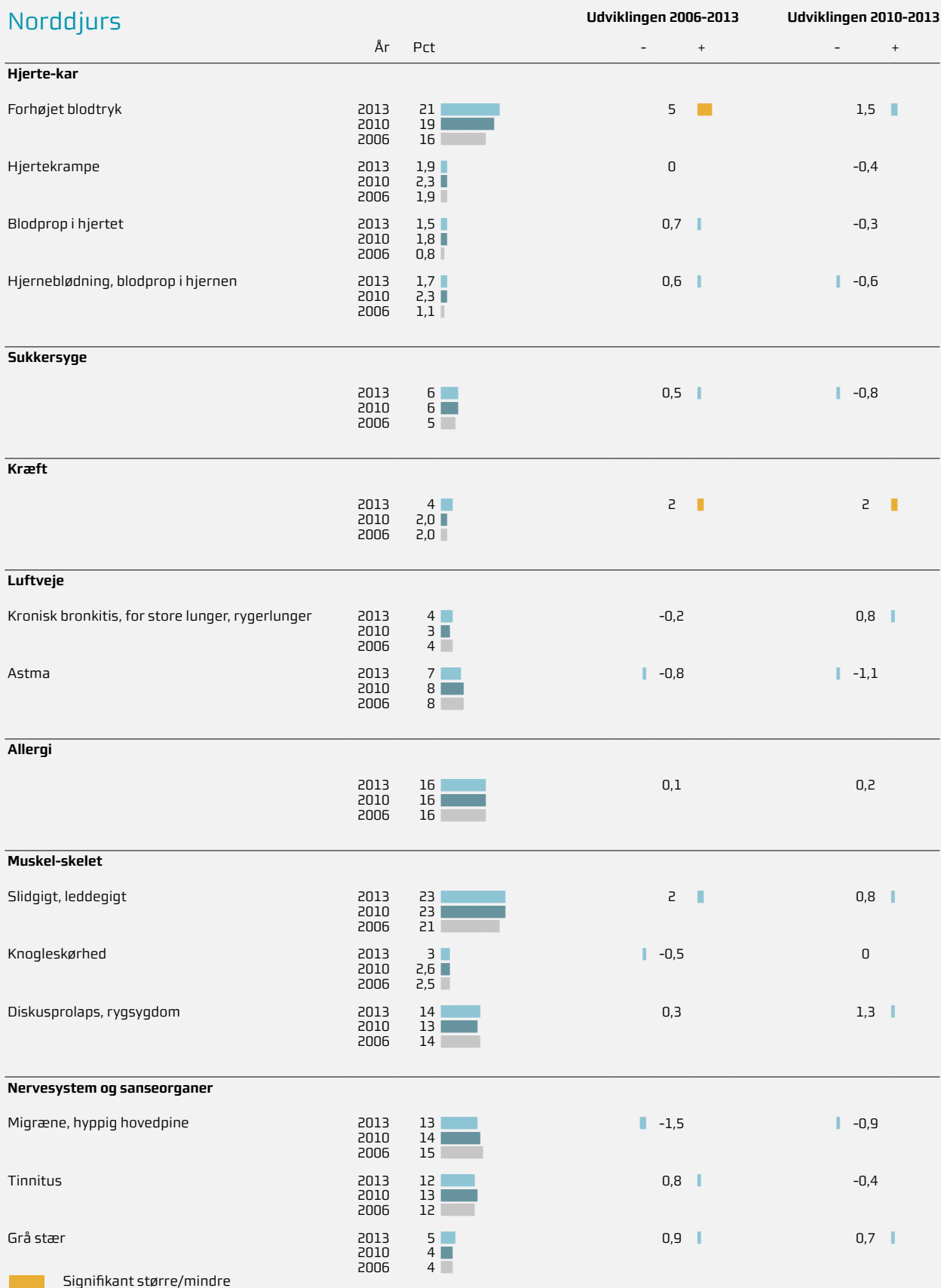
	År	Pct	Udviklingen 2006-2013		Udviklingen 2010-2013	
			-	+	-	+
Hjerte-kar						
Forhøjet blodtryk	2013	21				
	2010	18				
	2006	15				
Hjertekrampe	2013	2,2				
	2010	1,1				
	2006	1,8				
Blodprop i hjertet	2013	1,1				
	2010	1,2				
	2006	0,6				
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2013	1,4				
	2010	1,2				
	2006	1,8				
Sukkersyge						
	2013	5				
	2010	5				
	2006	4				
Kræft						
	2013	3				
	2010	2,2				
	2006	1,6				
Luftveje						
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	2013	5				
	2010	5				
	2006	5				
Astma	2013	6				
	2010	7				
	2006	6				
Allergi						
	2013	18				
	2010	17				
	2006	14				
Muskel-skelet						
Slidgigt, leddegigt	2013	23				
	2010	22				
	2006	21				
Knogleskørhed	2013	4				
	2010	3				
	2006	2,7				
Diskusprolaps, rygsygdom	2013	15				
	2010	12				
	2006	13				
Nervesystem og sanseorganer						
Migræne, hyppig hovedpine	2013	15				
	2010	16				
	2006	16				
Tinnitus	2013	12				
	2010	11				
	2006	9				
Grå stær	2013	4				
	2010	3				
	2006	2,3				

 Signifikant større/mindre

FIGUR 8.9.5

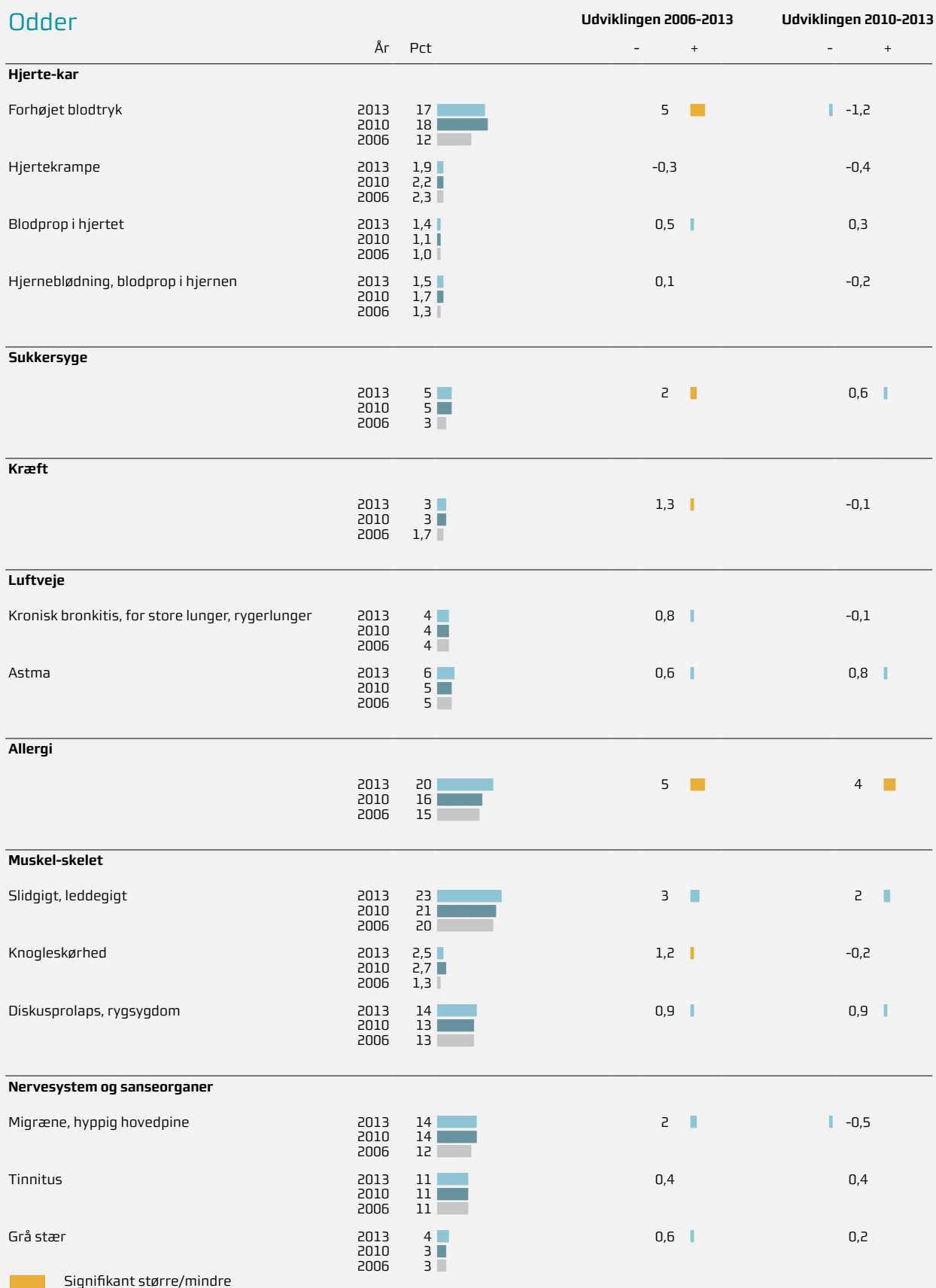
Forekomsten af kroniske sygdomme i Lemvig Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).
Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013

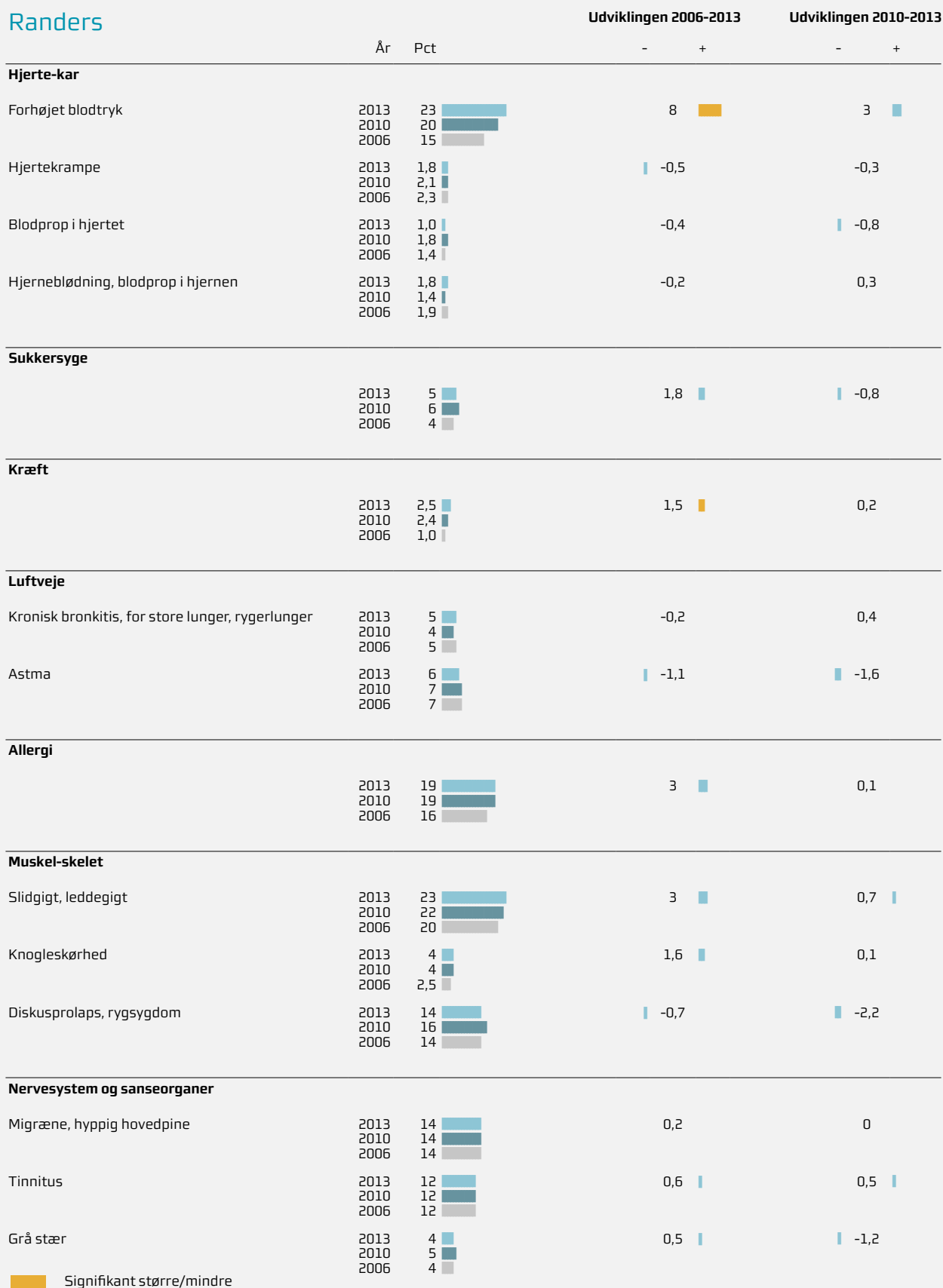


FIGUR 8.10.5Forekomsten af kroniske sygdomme i Norddjurs Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).
Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013

FIGUR 8.11.5

Forekomsten af kroniske sygdomme i Odder Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).
Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013




FIGUR 8.12.5Forekomsten af kroniske sygdomme i Randers Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).
Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013

FIGUR 8.13.5

Forekomsten af kroniske sygdomme i Ringkøbing-Skjern Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).
Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013


Ringkøbing-Skjern

	År	Pct	Udviklingen 2006-2013		Udviklingen 2010-2013	
			-	+	-	+
Hjerte-kar						
Forhøjet blodtryk	2013	21				
	2010	18				
	2006	14				
Hjertekrampe	2013	2,0				
	2010	2,1				
	2006	1,5				
Blodprop i hjertet	2013	2				
	2010	1,7				
	2006	1,7				
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2013	1,5				
	2010	2				
	2006	1,0				
Sukkersyge						
	2013	6				
	2010	7				
	2006	4				
Kræft						
	2013	2,9				
	2010	2,3				
	2006	2,3				
Luftveje						
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	2013	4				
	2010	4				
	2006	4				
Astma	2013	5				
	2010	6				
	2006	6				
Allergi						
	2013	16				
	2010	15				
	2006	15				
Muskel-skelet						
Slidgigt, leddegigt	2013	27				
	2010	23				
	2006	17				
Knogleskørhed	2013	2,9				
	2010	2,3				
	2006	1,6				
Diskusprolaps, rygsygdom	2013	16				
	2010	14				
	2006	12				
Nervesystem og sanseorganer						
Migræne, hyppig hovedpine	2013	13				
	2010	15				
	2006	12				
Tinnitus	2013	13				
	2010	10				
	2006	9				
Grå stær	2013	3				
	2010	3				
	2006	2,7				

 Signifikant større/mindre

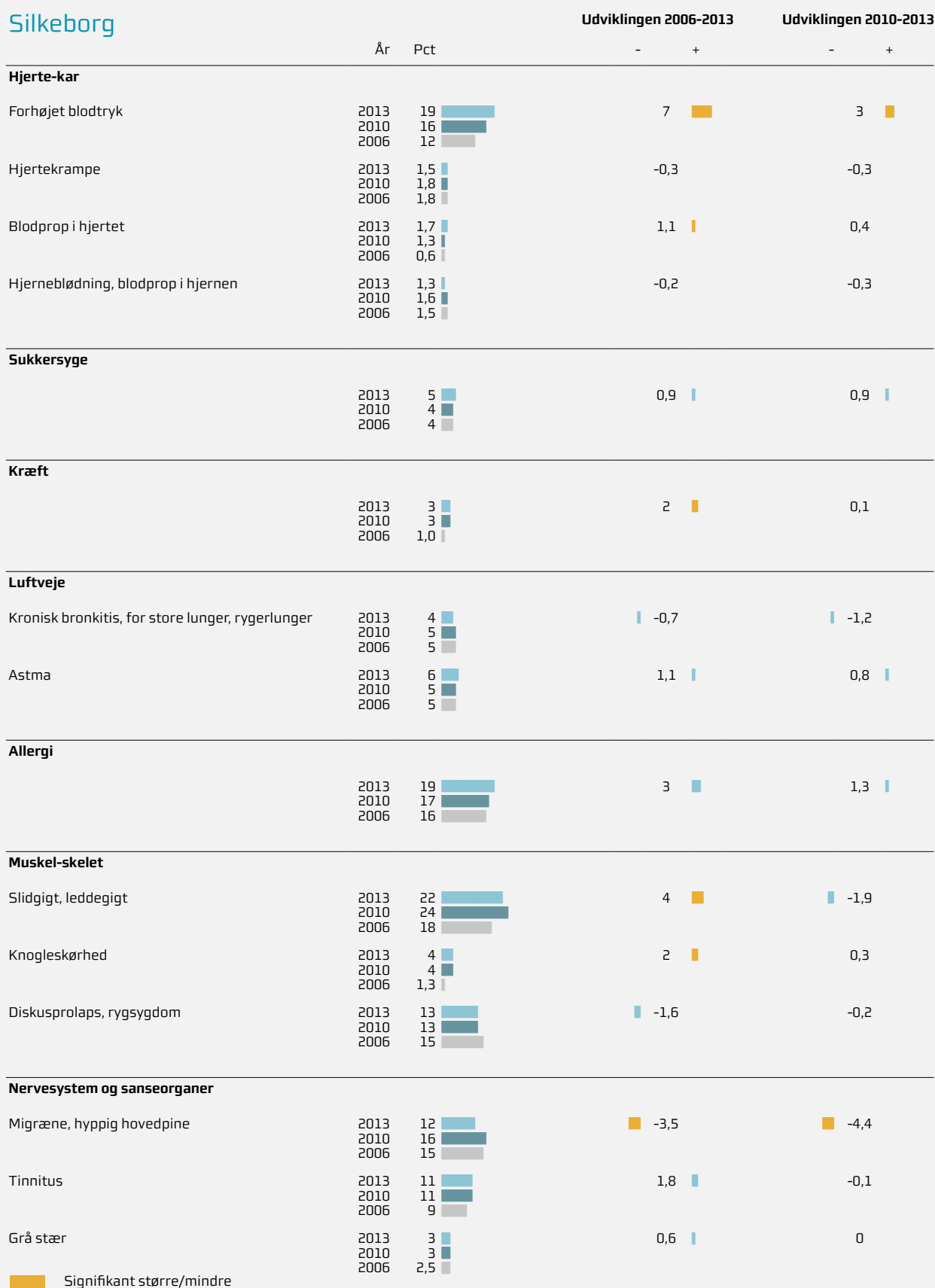
FIGUR 8.14.5Forekomsten af kroniske sygdomme i Samsø Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).
Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013**Samsø**

	År	Pct	Udviklingen 2006-2013		Udviklingen 2010-2013	
			-	+	-	+
Hjerte-kar						
Forhøjet blodtryk	2013	24	-0,7		3	
	2010	20				
	2006	24				
Hjertekrampe	2013	1,4	-0,5		0,5	
	2010	0,9				
	2006	1,9				
Blodprop i hjertet	2013	1,0	0		-1,4	
	2010	2,3				
	2006	1,0				
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2013	2,6	0,6		0,5	
	2010	2,0				
	2006	2,0				
Sukkersyge						
	2013	6	1,6		1,1	
	2010	5				
	2006	5				
Kræft						
	2013	2,6	0,5		-0,3	
	2010	2,9				
	2006	2,1				
Luftveje						
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	2013	5	-0,1		-0,6	
	2010	5				
	2006	5				
Astma	2013	6	0,6		1,1	
	2010	5				
	2006	5				
Allergi						
	2013	15	1,6		2	
	2010	13				
	2006	13				
Muskel-skelet						
Slidgigt, leddegigt	2013	32	8		3	
	2010	29				
	2006	24				
Knogleskørhed	2013	2,3	-0,2		0,1	
	2010	2,2				
	2006	2,5				
Diskusprolaps, rygssygdom	2013	16	2		1,7	
	2010	15				
	2006	14				
Nervesystem og sanseorganer						
Migræne, hyppig hovedpine	2013	11	-4,3		-1,4	
	2010	12				
	2006	15				
Tinnitus	2013	14	3		0,4	
	2010	14				
	2006	12				
Grå stær	2013	5	1,3		2	
	2010	3				
	2006	4				

 Signifikant større/mindre

FIGUR 8.15.S


Forekomsten af kroniske sygdomme i Silkeborg Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).
Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



FIGUR 8.16.5Forekomsten af kroniske sygdomme i Skanderborg Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).
Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013

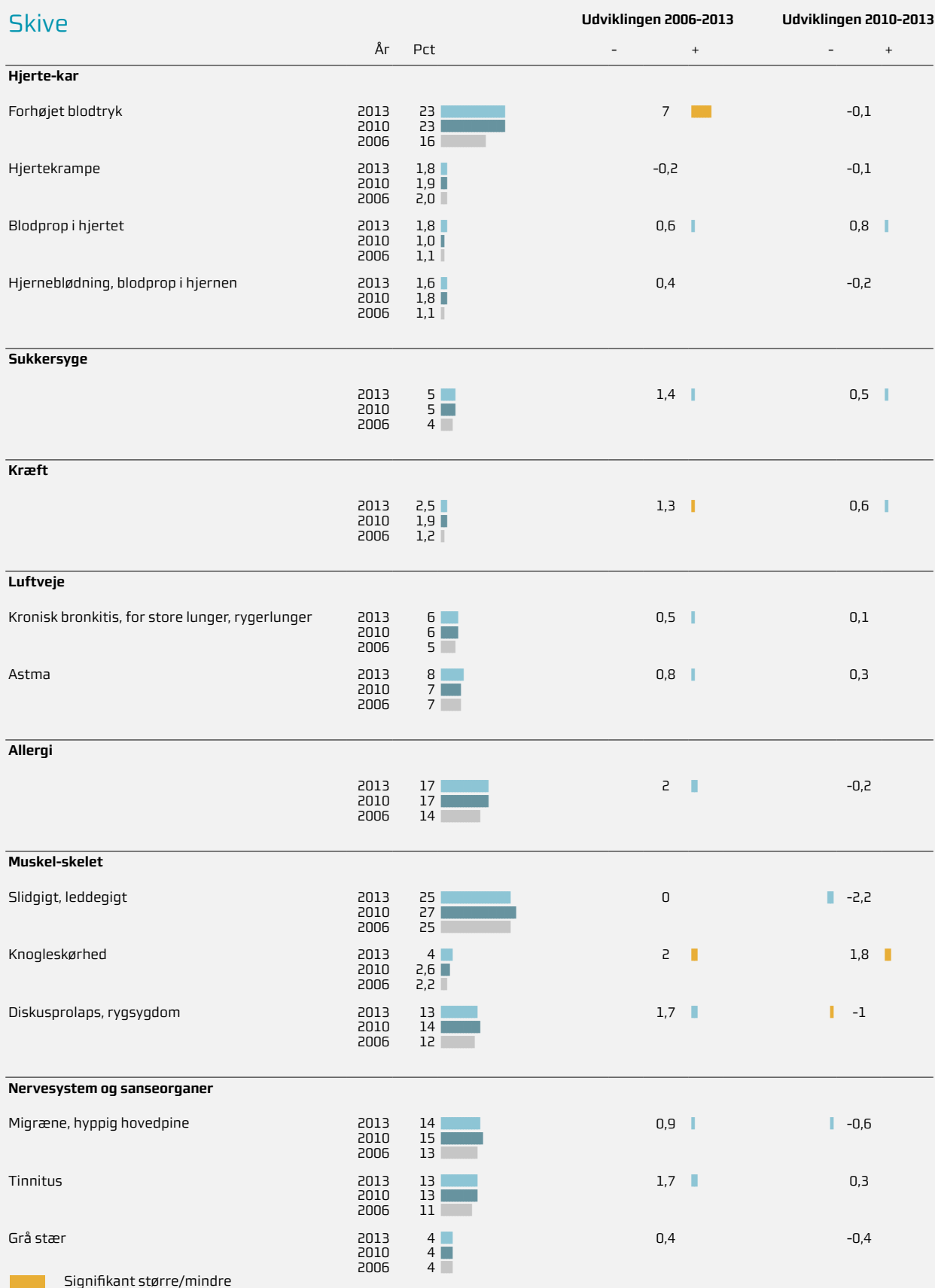
Skanderborg

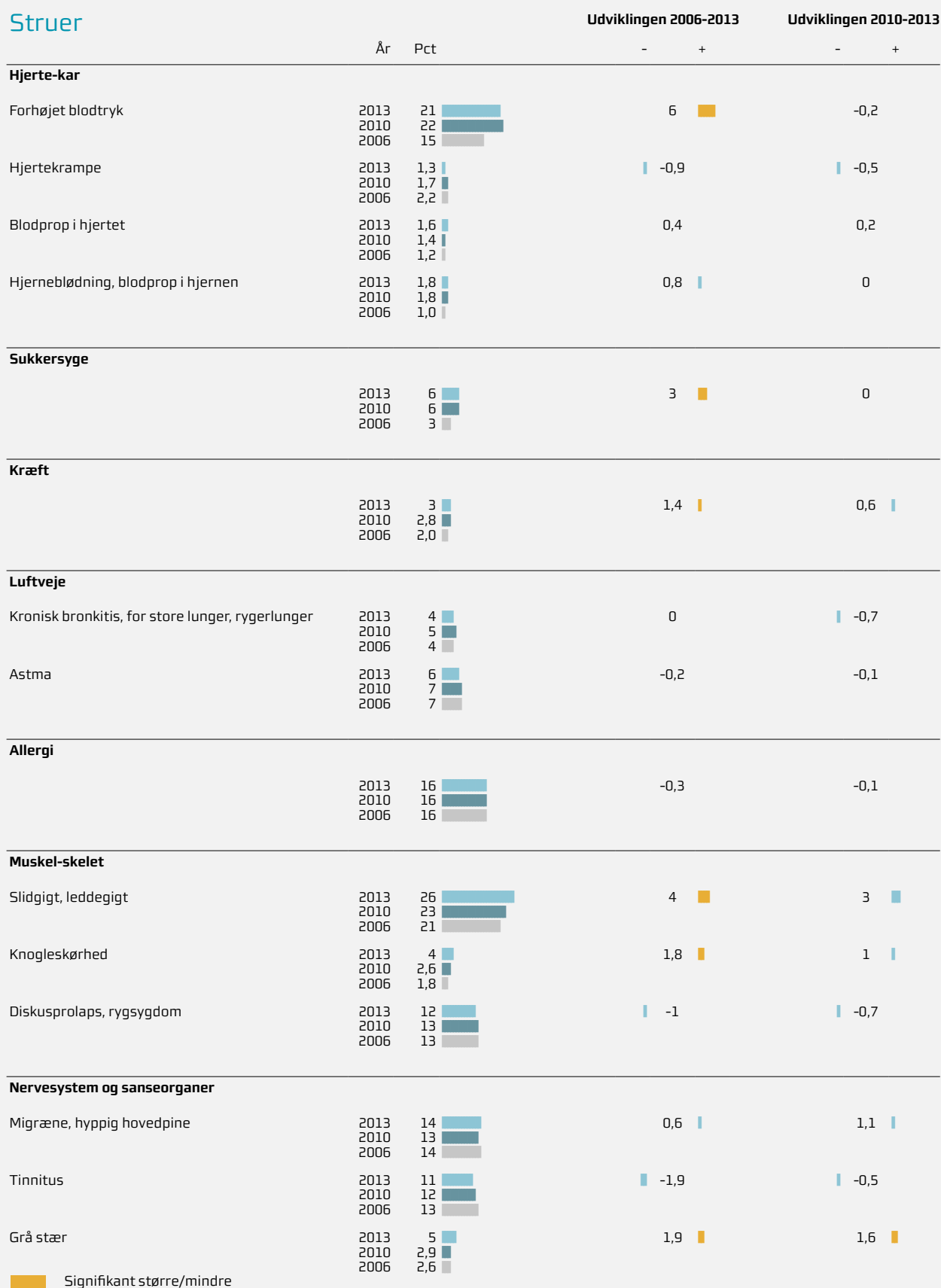
	År	Pct	Udviklingen 2006-2013		Udviklingen 2010-2013	
			-	+	-	+
Hjerte-kar						
Forhøjet blodtryk	2013	19				
	2010	18				
	2006	11				
Hjertekrampe	2013	1,2				
	2010	1,0				
	2006	1,3				
Blodprop i hjertet	2013	0,9				
	2010	0,8				
	2006	0,7				
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2013	1,2				
	2010	1,3				
	2006	1,2				
Sukkersyge						
	2013	6				
	2010	4				
	2006	3				
Kræft						
	2013	3				
	2010	2,7				
	2006	2,3				
Luftveje						
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	2013	3				
	2010	4				
	2006	5				
Asthma	2013	7				
	2010	6				
	2006	6				
Allergi						
	2013	21				
	2010	20				
	2006	18				
Muskel-skelet						
Slidgigt, leddegigt	2013	21				
	2010	20				
	2006	16				
Knogleskørhed	2013	4				
	2010	2,9				
	2006	1,9				
Diskusprolaps, rygsygdom	2013	13				
	2010	13				
	2006	13				
Nervesystem og sanseorganer						
Migræne, hyppig hovedpine	2013	14				
	2010	14				
	2006	15				
Tinnitus	2013	13				
	2010	11				
	2006	10				
Grå stær	2013	3				
	2010	2,3				
	2006	3				

 Signifikant større/mindre

FIGUR 8.17.5

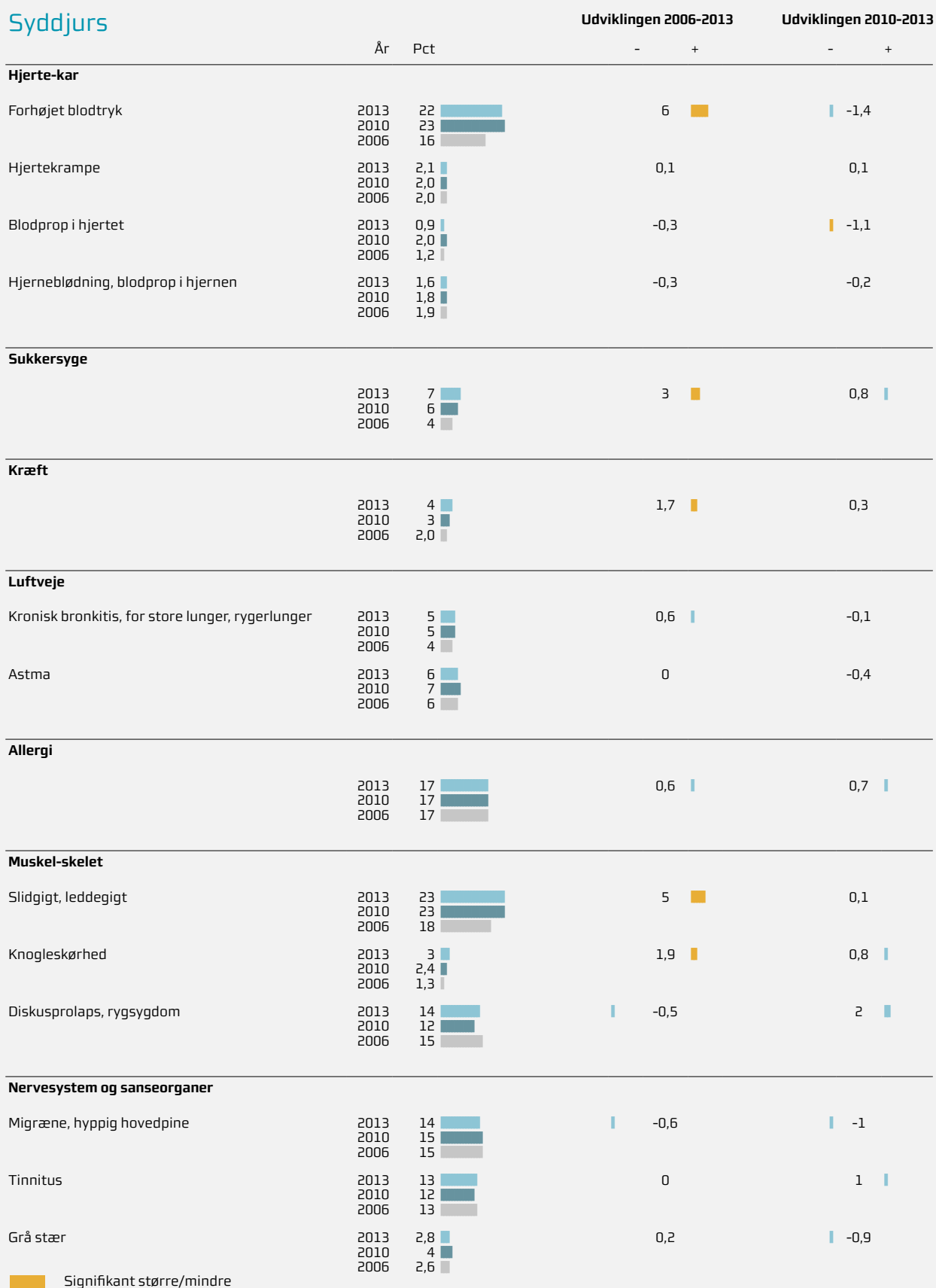
Forekomsten af kroniske sygdomme i Skive Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).
Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013

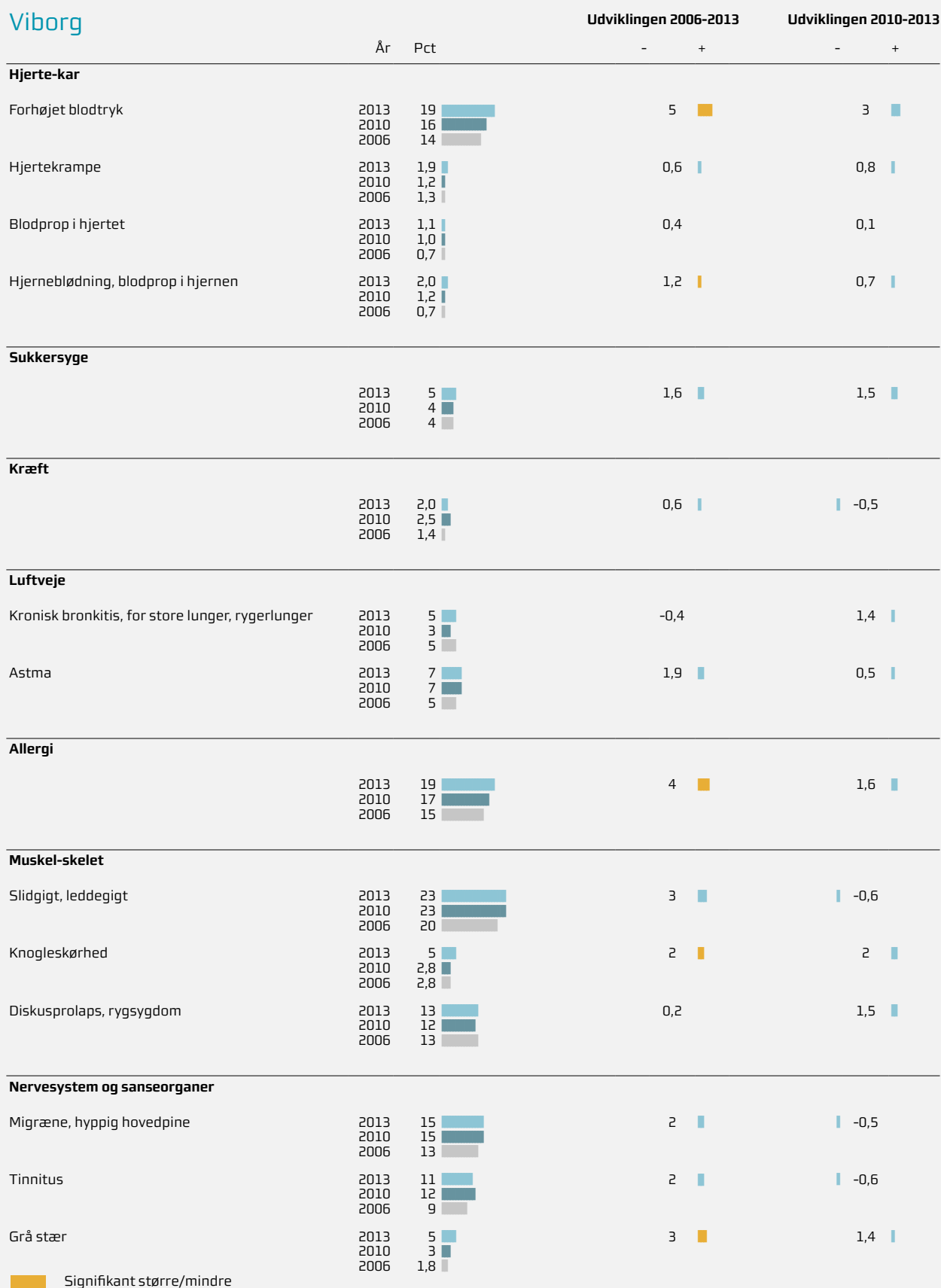


FIGUR 8.18.5Forekomsten af kroniske sygdomme i Struer Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).
Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013

FIGUR 8.19.5

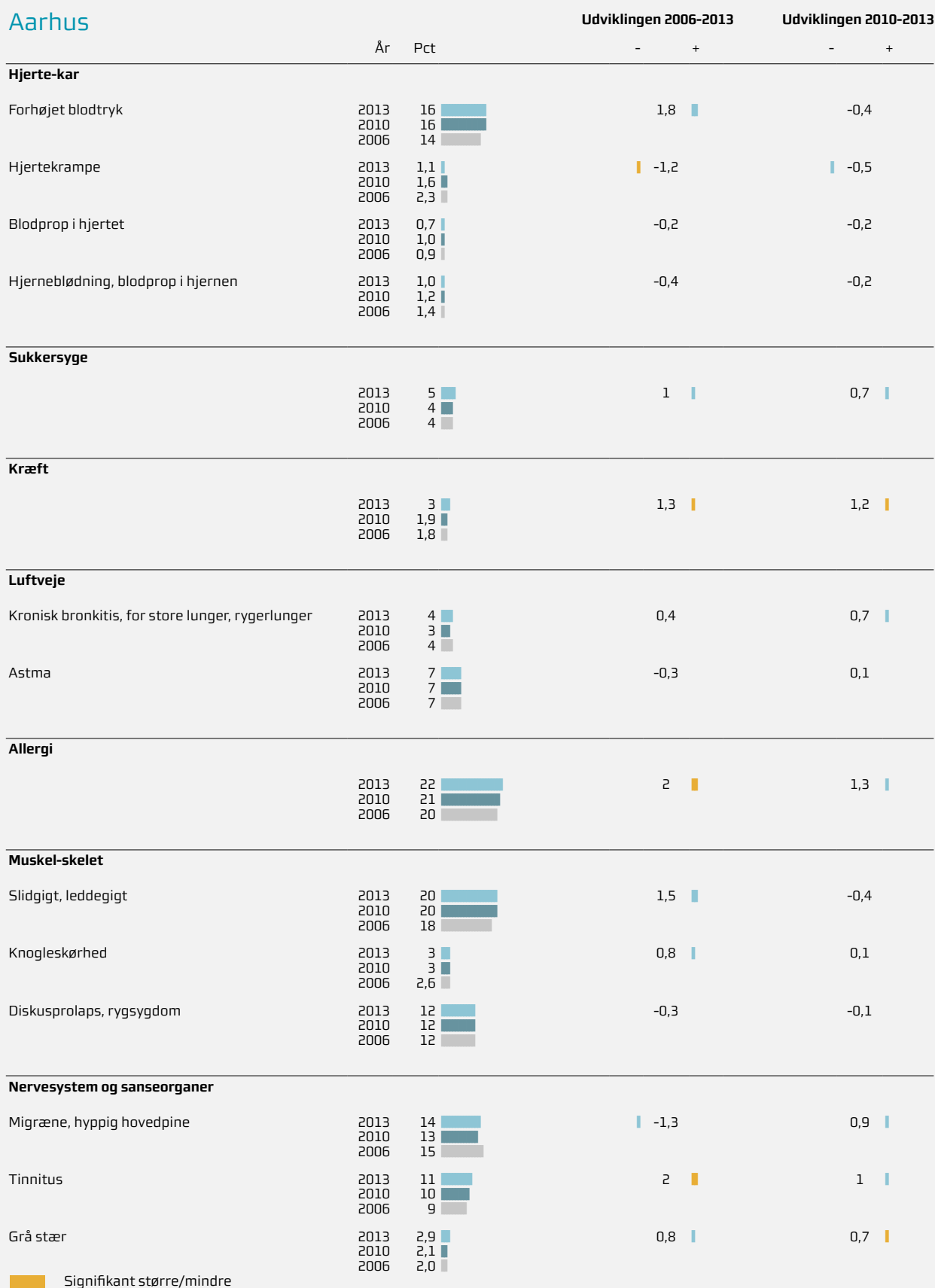
Forekomsten af kroniske sygdomme i Syddjurs Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).
Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



FIGUR 8.20.5Forekomsten af kroniske sygdomme i Viborg Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).
Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013

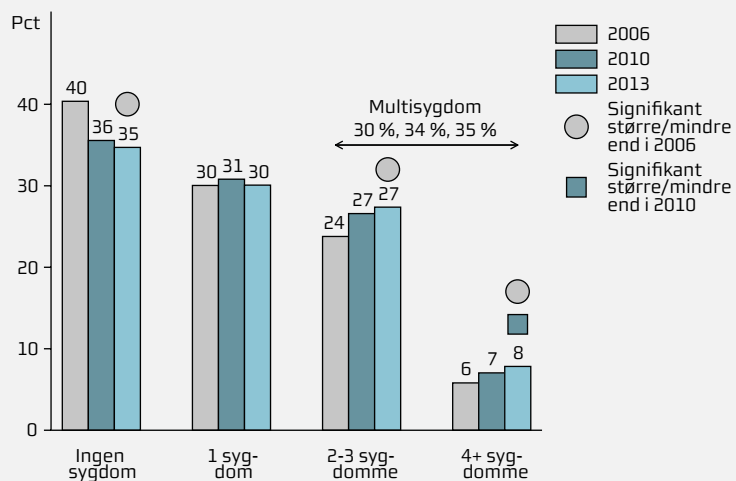
FIGUR 8.21.5

Forekomsten af kroniske sygdomme i Aarhus Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).
Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



FIGUR 8.22.5

Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i den voksne befolkning i 2006, 2010 og 2013



Multisygdom

Multisygdom kan defineres som det, at en person har to eller flere kroniske sygdomme samtidigt (1). Mange mennesker med kronisk sygdom er multisyge.

Figur 8.22.5 viser andelen med og uden kronisk sygdom i den voksne befolkning i 2006, 2010 og 2013. Andelen af borgere med multisygdom er øget i løbet af perioden.

Opgørelsen omfatter de 18 kroniske sygdomme, der indgår i *Hvordan har du det?* 2013. Der er medregnet aktuel sygdom og eftervirkninger af sygdom.

2006-2013. Fra 2006 til 2013 er andelen med multisygdom (to eller flere kroniske sygdomme hos samme person) øget fra 30 % til 35 %. Stigningen er statistisk signifikant.

En uddybende analyse viser, at kun en mindre del af denne stigning forklares af ændringer i befolkningens alderssammensætning fra 2006 til 2013 (ikke vist).

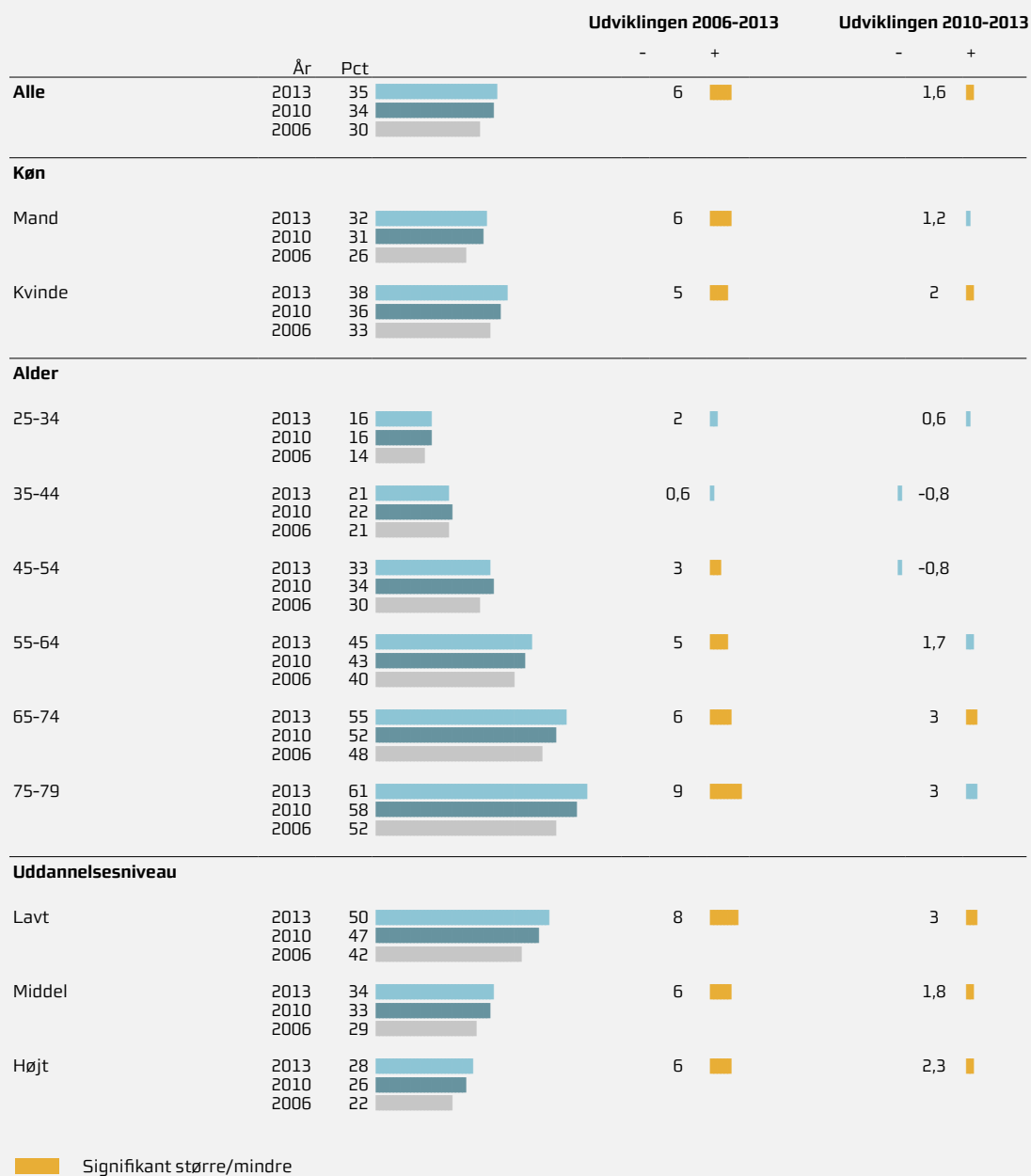
Der er sket en stigning i andelen, der har to til tre kroniske sygdomme fra 24 % til 27 % og fire eller flere kroniske sygdomme fra 6 % til 8 %. Ændringerne er statistisk signifikante.

2010-2013. Fra 2010 til 2013 er andelen med multisygdom øget fra 34 % til 35 %. Stigningen er statistisk signifikant.

Der er sket en forøgelse i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme fra 7 % til 8 %. Stigningen er statistisk signifikant.

FIGUR 8.23.5

Multisygdom - køn, alder og uddannelse. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



Multisygdom - køn, alder og uddannelsesniveau

Multisygdom. Figur 8.23.S viser udviklingen i andelen med multisygdom i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau. Andelen med multisygdom er steget i de fleste grupper siden 2006.

2006-2013. Der er sket en forøgelse i forekomsten af multisygdom for den voksne befolkning som helhed på 6 %.

Der er sket en statistisk signifikant forøgelse blandt følgende grupper:

- Kvinder og mænd
- Personer i alderen 45-79 år
- Personer med lavt, middelhøjt og højt uddannelsesniveau

Stigningen har været størst blandt personer i alderen 75-79 år (9 %) og blandt de lavtuddannede (8 %).

2010-2013. Der er sket en stigning i forekomsten af multisygdom på 1,6 % i den voksne befolkning under ét.

Der er sket en statistisk signifikant stigning blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 65-74 år
- Personer med lavt, middelhøjt og højt uddannelsesniveau

Stigningen har været størst hos lavtuddannede (3 %) og personer i alderen 65-74 år (3 %).

FIGUR 8.24.5

Andel med fire eller flere kroniske sygdomme - køn, alder og uddannelse. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



Fire eller flere sygdomme - køn, alder og uddannelsesniveau

Figur 8.24.5 viser udviklingen i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau. Også her er der sket en stigning siden 2006.

2006-2013. Der har været en stigning på 2 % i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme. Stigningen er statistisk signifikant.

Der er sket en statistisk signifikant stigning blandt følgende grupper:

- Kvinder og mænd
- Personer i alderen 55-79 år
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau

2010-2013. Der har været en stigning på 0,8 % i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme. Stigningen er statistisk signifikant.

Der er sket en statistisk signifikant stigning blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau

FIGUR 8.25.5
Multisygdom - kommuner. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



Multisygdom - kommuner

Figur 8.25.S viser udviklingen i andelen med multisygdom opdelt på kommuner.

2006-2013. Der er sket en signifikant stigning i andelen med multisygdom i 15 af de 19 kommuner.

Det drejer sig om:

- Ikast-Brande
- Odder
- Skanderborg
- Hedensted
- Horsens
- Herning
- Viborg
- Holstebro
- Struer
- Ringkøbing-Skjern
- Aarhus
- Syddjurs
- Randers
- Silkeborg
- Skive

2010-2013. Der er kun én kommune, hvor forekomsten af multisygdom er steget signifikant, nemlig:

- Ikast-Brande

FIGUR 8.26.5

Fire eller flere kroniske sygdomme - kommuner. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013

	År	Pct	Udviklingen 2006-2013		Udviklingen 2010-2013	
			-	+	-	+
Ringkøbing-Skjern	2013	9				
	2010	5				
	2006	4				
Skanderborg	2013	8				
	2010	6				
	2006	5				
Hedensted	2013	8				
	2010	6				
	2006	6				
Horsens	2013	10				
	2010	8				
	2006	5				
Viborg	2013	9				
	2010	7				
	2006	5				
Lemvig	2013	9				
	2010	7				
	2006	8				
Struer	2013	9				
	2010	8				
	2006	7				
Samsø	2013	9				
	2010	8				
	2006	8				
Herning	2013	8				
	2010	7				
	2006	5				
Aarhus	2013	7				
	2010	6				
	2006	6				
Norddjurs	2013	8				
	2010	8				
	2006	8				
Skive	2013	9				
	2010	8				
	2006	6				
Holstebro	2013	7				
	2010	7				
	2006	6				
Ikast-Brande	2013	7				
	2010	7				
	2006	6				
Odder	2013	6				
	2010	7				
	2006	6				
Silkeborg	2013	7				
	2010	7				
	2006	5				
Favrskov	2013	6				
	2010	7				
	2006	5				
Randers	2013	8				
	2010	9				
	2006	6				
Syddjurs	2013	8				
	2010	9				
	2006	6				
Region Midtjylland	2013	8				
	2010	7				
	2006	6				

■ Signifikant større/mindre

Fire eller flere kroniske sygdomme

Figur 8.26.5 viser udviklingen i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme opdelt på kommuner.

2006-2013. Der er sket en stigning i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme i otte af de 19 kommuner.

Det drejer sig om:

- Ringkøbing-Skjern
- Skanderborg
- Hedensted
- Horsens
- Viborg
- Herning
- Silkeborg
- Randers

I de resterende 11 kommuner er der ingen statistisk signifikante ændringer.

2010-2013. Der er en generel tendens til en lille stigning i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme i kommunerne.

Der er dog kun to kommuner, hvor stigningen er statistisk signifikant:

- Ringkøbing-Skjern
- Skanderborg

Sammenfatning

Kronisk sygdom. Der er generelt sket en forøgelse i forekomsten af kronisk sygdom. Der er sammenlignelige oplysninger om 15 kroniske sygdomme i 2006, 2010 og 2013. Fra 2006 til 2013 skete der en stigning i forekomsten af 8 ud af 15 sygdomme. Ved 6 af de 8 sygdomme var der også en lille stigning i forekomsten fra 2010 til 2013. Den øgede sygdomsforekomst skyldes kun i mindre grad ændringer i befolkningens aldersfordeling. Forøgelsen er størst ved forhøjet blodtryk, slidgigt/leddegigt og allergi.

Der er sket en forøgelse af sygdomsforekomsten i samtlige 19 kommuner fra 2006 til 2013 og i 2010 til 2013 i 12 kommuner.

Fra 2006 til 2013 blev forhøjet blodtryk hyppigere i 17 kommuner. Kræft og knogleskørhed i ni kommuner. Sukkersyge og slidgigt/leddegigt i otte kommuner. Allergi i syv kommuner. Grå stær i seks kommuner. Ved tre sygdomme er forekomsten uændret i samtlige kommuner: blodprop i hjertet, kronisk bronkitis/for store lunger/rygerlunger samt astma.

Der er foretaget en rangordning af kommunerne i forhold til forekomsten af kroniske sygdomme i 2006, 2010 og 2013. Generelt er der en forholdsvis høj grad af stabilitet i kommunernes placering på rangstigen over sygdomsforekomst.

Der er dog sket en del ændringer i flere kommuners placering på rangstigen. Fra 2006 til 2013 er den største forandring sket i Aarhus, som er gået fra en placering som nr. 12 til nr. 1, det vil sige fra en placering med en relativt høj til en relativt lav sygdomsforekomst. Fra 2010 til 2013 er den største forandring sket i Silkeborg, der har bevæget sig fra en placering som nr. 12 til nr. 3.

Multisygdom. Der er sket en stigning i andelen, der har to eller flere kroniske sygdomme fra 2006 til 2013 og fra 2010 til 2013. Det gælder både personer med to eller tre kroniske sygdomme og personer med fire eller flere kroniske sygdomme.

Stigningen har været stort set lige stor blandt mænd og kvinder. I forhold til uddannelsesniveau har stigningen været størst hos de lavtuddannede. I forhold til alder har stigningen været størst blandt den ældre del af befolkningen.

Der har været en stigning i andelen med multisygdom i hovedparten af kommunerne fra 2006 til 2013. Ikast-Brande er den eneste kommune, hvor andelen med multisygdom er steget fra 2010 til 2013.

Referencer

1. Fortin M et al. Prevalence of multimorbidity among adults in family practice. *Ann Fam Med* 2005; 3(3): 2.

9. DE UNGES SUNDHED

I dette kapitel beskrives udviklingen i sundhedsvaner blandt etnisk danske unge i aldersgruppen 16-24 år, idet der sammenlignes med data fra *Hvordan har du det?* fra 2010. Unge under 25 år deltog ikke i *Hvordan har du det?* 2006. Fokus rettes mod forhold, der er vigtige for unge samt almene problemstillinger inden for folkesundhedsområdet.

Perioden fra 16-24 år er kendetegnet ved omstillingen fra teenageårene, hvor de fleste unge stadig bor hjemme, til et begyndende voksenliv, hvor hovedparten er flyttet hjemmefra og er i gang med uddannelse eller i arbejde. I takt med større selvstændighed åbner der sig nye muligheder for at eksperimentere med forskellige dele af ungdoms- og voksenlivets aktiviteter og adfærdsmønstre. Derfor er denne periode også karakteriseret ved en høj forekomst af risikoadfærd, der kan have alvorlige konsekvenser for den enkeltes helbred og trivsel. Denne risikoadfærd toppe i 20-25-års alderen, som for mange er forbundet med høj grad af frihed samt væsentlig gruppemæssig påvirkning (1-3). Samtidig er det veldokumenteret, at sundhedsvaner, for eksempel rygning og fysisk inaktivitet, ofte grundlægges tidligt i livet (4-7).

Aktuel viden om sundhedsvaner og trivsel hos unge er væsentlig for kommuner, regioner og andre aktører på sundhedsområdet med henblik på tilrettelæggelse af sundhedsfremme og forebyggelse. Samtidig kan udviklingen i sundhedsvaner hos unge være med til at identificere tendenser, der indikerer, hvordan fremtidens sundhedstilstand kommer til at være i den voksne befolkning.

I kapitlet beskrives udviklingen i unges sundhedsvaner ud fra seks vinkler:

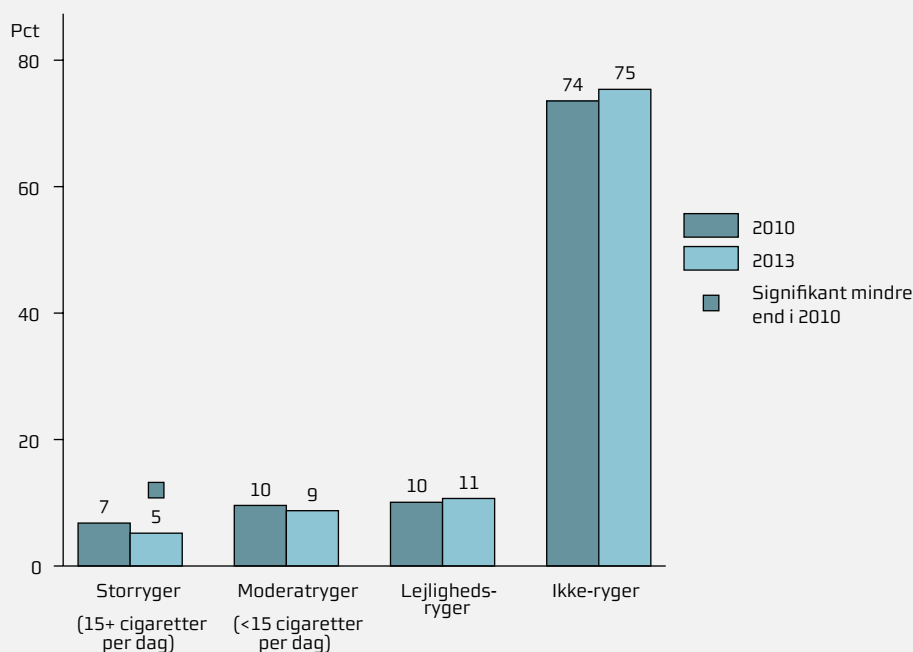
- Rygning
- Alkohol
- Fysisk aktivitet
- Kost
- Overvægt
- Søvn

Spørgsmål vedrørende euforiserende stoffer og seksualitet, som danner baggrund for analyser i sundhedsprofilen for unge i 2013, indgik ikke i *Hvordan har du det?* fra 2010. Det er således ikke muligt at belyse ændringer på disse parametre.

På grund af antallet af deltagere i ungegruppen er det ikke muligt at lave pålidelige analyser på kommuneniveau. En undtagelse er imidlertid Aarhus, som er betydeligt større end de øvrige kommuner i Region Midtjylland. Samtidig bor der mange unge i Aarhus – blandt de 22-24-årige har hver anden af regionens borgere med dansk oprindelse bopæl i Aarhus. Derfor beskrives ændringer i sundhedstilstanden for unge i Aarhus løbende i kapitlet.

FIGUR 9.1.S

Unge rygevaner. Udviklingen 2010-2013



Rygning

De alvorlige sundhedsskadelige virkninger af rygning er dokumenteret på en lang række områder (8-10). Selvom antallet af rygere har været faldende siden 1970'erne, er rygning fortsat den vigtigste forebyggelige risikofaktor for sygdom og død. Systematiske forebyggelsesindsatser har således et betydeligt potentiale i forhold til at reducere personlige og samfundsmæssige omkostninger.

Sammenlignet med voksne er andelen af dagligrygere mindre blandt unge (11). Det skyldes dels, at der blandt de yngste deltagere i undersøgelsen er nogle ikke-rygere, der senere bliver rygere, dels at færre bliver rygere i de nuværende ungdomsårgange end tidligere. Det er imidlertid væsentligt at monitorere unges rygevaner, fordi alder ved rygedebut har stor betydning for, hvor længe og hvor meget man ryger (12). Sandsynligheden for, at man stopper med at ryge, er mindre, hvis man begyndte at ryge i en ung alder. Samtidig er det et fåtal, der bliver rygere, såfremt de er ikke-rygere som 19-årige (13,

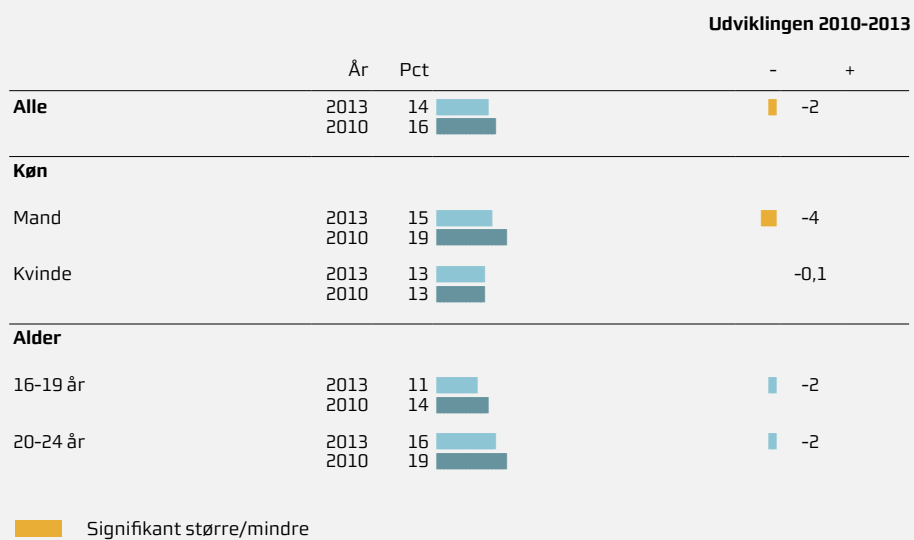
14). Kendskab til unges rygevaner og faktorer, der kan reducere antallet af rygere, kan således bruges i den langsigtede indsats for at fremme befolkningens sundhed og mindske belastningen af sundhedsvæsenet.

I det følgende beskrives den generelle udvikling i unges rygevaner fra 2010 til 2013. Derudover sammenlignes udviklingen i andelen af dagligrygere i forhold til køn og alder. Endvidere beskrives udviklingen i unge dagligrygeres motivation for at stoppe med at ryge.

Udviklingen i unges rygevaner

Af figur 9.1.S fremgår udviklingen i de unges rygevaner i perioden fra 2010 til 2013. Andelen af storrygere er fra 2010 til 2013 faldet fra 7 % til 5 %. Der er i samme periode ikke sket nogen signifikant udvikling i andelen, som ryger mindre end 15 cigaretter per dag eller andelen af lejlighedsrygere og ikke-rygere.

FIGUR 9.2.5
Dagligrygere blandt unge - køn og alder. Udviklingen 2010-2013



Udviklingen i unge dagligrygere - køn og alder

Der er sket et fald i andelen af dagligrygere i perioden 2010 til 2013, jævnfør figur 9.2.5. I 2010 røg 16 % dagligt, mens andelen i 2013 er faldet til 14 % i ungegruppen.

Faldet i andelen af unge dagligrygere afspejler et fald blandt unge mænd fra 19 % til 15 %. Der er ikke sket nogen signifikant udvikling i andelen af unge kvindelige dagligrygere, ligesom der ikke er sket nogen signifikant udvikling på aldersniveau.

Hvor mange vil gerne stoppe med at ryge?

Der har fra 2010 til 2013 ikke været nogen signifikant ændring i andelen af rygere, der ønsker at holde op med at ryge (71 %). Tilsvarende er der ikke sket nogen udvikling i andelen af storrygere, moderatrygere og lejlighedsrygere, som ønsker at stoppe med at ryge. Selv om der har været et fald i andelen af dagligrygere, er de unge rygere i 2013 altså lige så motiverede for at holde op med at ryge, som det var tilfældet i 2010 (ikke vist).

Rådgivning fra egen læge om rygestop

Der er i perioden fra 2010 til 2013 ikke sket nogen signifikant ændring i andelen af unge, der i løbet af de sidste 12 måneder er blevet rådet af egen læge til at stoppe med at ryge (6 % versus 5 %). Dette gælder også blandt storrygere, moderatrygere og lejlighedsrygere (ikke vist).

► **Aarhus.** Der er fra 2010 til 2013 ikke sket nogen signifikant ændring i andelen af unge dagligrygere i Aarhus (12 % versus 11 %). ◀

Alkohol

Alkohol er det mest almindelige rusmiddel blandt unge (15), og danske unges alkoholforbrug er generelt stort. På trods af, at unges forbrug af alkohol har været faldende, er danske unge fortsat blandt de unge, der drikker mest i Europa (16-18).

Et hyppigt og stort indtag af alkohol kan have en række negative konsekvenser for den fysiske og mentale sundhed (19). Et u hensigtsmæssigt alkoholforbrug i ungdomsårene kan endvidere være forbundet med skoleproblemer, ulykker og risikobetonet adfærd, for eksempel i form af usikker sex og brug af euforiserende stoffer (19, 20).

I de senere år har en del af forskningen i alkoholvaner været rettet mod unges periodevise rusdrikkeri, som har vist sig at være mere skadeligt end et jævnt fordelt alkoholforbrug (21). Sundhedsstyrelsen anbefaler, at unge (16-18 år) drikker mindst muligt og stopper, før de har drukket fem genstande ved samme lejlighed (22).

I dette afsnit belyses udviklingen i unges alkoholvaner fra 2010 til 2013 ud fra tre former for risikabelt alkoholforbrug (rusdrikkeri, højrisikoforbrug og tegn på alkoholproblemer). Endvidere beskrives udviklingen i andelen, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug samt andelen, der har fået råd af egen læge om at nedsætte forbruget.

Det er vanskeligt at måle personers alkoholforbrug i et spørgeskema, idet der findes mange forskellige typer alkohol samtidig med, at der kan være stor variation i forbruget fra dag til dag og fra uge til uge. Se kapitel 3 i hovedrapporten for en beskrivelse af de anvendte spørgsmål.

Udviklingen i risikabelt alkoholforbrug blandt unge

Af figur 9.3.5 fremgår udviklingen i alkoholforbruget blandt unge i perioden fra 2010 til 2013.

Rusdrikkeri. Fra 2010 til 2013 er der sket et fald i andelen, der ugentligt drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed, fra 33 % til 28 %. Der skal tages forbehold for, at der er en mindre forskel på spørgsmålet vedrørende rusdrikkeri i 2010 og 2013, hvilket kan have påvirket svarfordelingen. I 2010-undersøgelsen blev deltagerne spurgt, hvor tit de drikker mere end 5 genstande, mens de i 2013-undersøgelsen bliver spurgt,

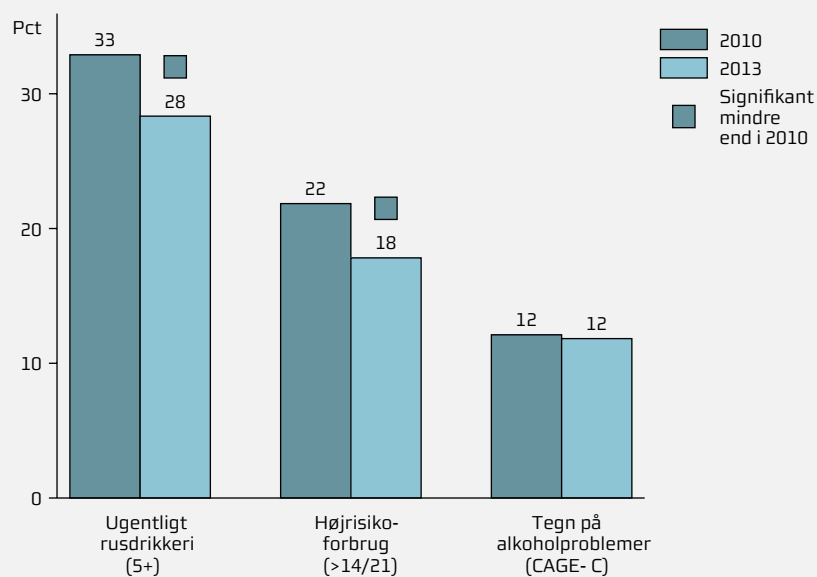
hvor tit de drikker 5 genstande eller flere. Der er således muligt, at faldet i andelen af unge, som ugentligt drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed, er større, end hvad der fremgår her.

Højrisikoforbrug af alkohol. Fra 2010 til 2013 er der sket et fald i andelen, som har et højrisikoforbrug af alkohol (mænd: 21+ genstande ugentligt; kvinder: 14+ genstande ugentligt) fra 22 % til 18 %.

Tegn på alkoholproblemer. Der er ikke sket nogen udvikling i andelen, der viser tegn på alkoholproblemer.

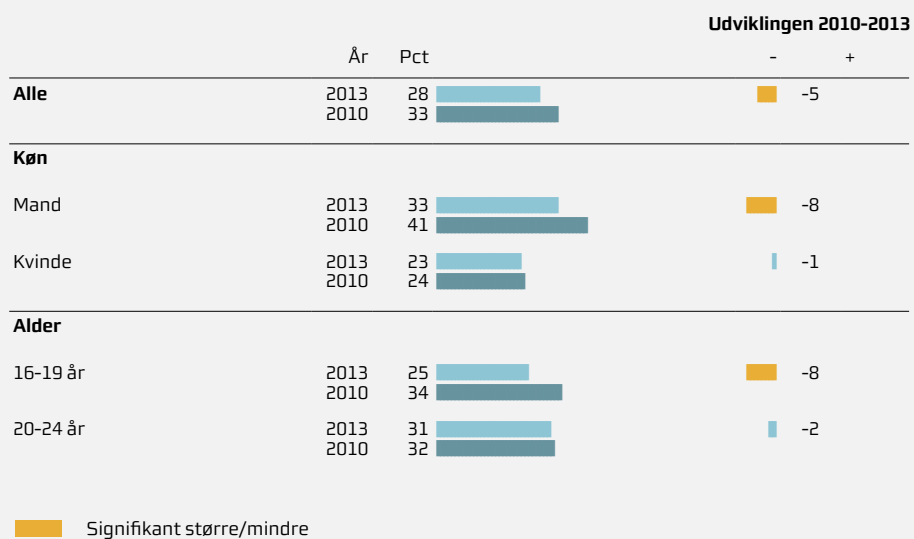
FIGUR 9.3.5

Tre former for risikabelt alkoholforbrug blandt unge: ugentligt rusdrikkeri, højriskoforbrug og tegn på alkoholproblemer. Udviklingen 2010-2013



FIGUR 9.4.5

Ugentligt rusdrikkeri blandt unge - køn og alder. Udviklingen 2010-2013



Udviklingen i risikabelt alkoholforbrug blandt unge - køn og alder

Rusdrikkeri - køn og alder. Figur 9.4.5 viser udviklingen fra 2010 til 2013 i andelen af unge, der mindst en gang om ugen drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed (rusdrikkeri). Der er en betydelig variation på tværs af køn og alder. Således afspejler det generelle fald i rusdrikkeri et betydeligt fald blandt henholdsvis unge mænd og 16-19-årige.

Højrisikoforbrug af alkohol - køn og alder. Faldet fra 2010 til 2013 i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol er markant hos unge mænd (26 % versus 18 %), mens der ikke har været nogen udvikling blandt unge kvinder (17 %). Der er endvidere sket et signifikant fald blandt både 16-19-årige (23 % versus 19 %) og 20-24-årige (21 % versus 17 %) (ikke vist).

Tegn på alkoholproblemer - køn og alder. Der er i perioden ikke sket nogen udvikling i andelen med tegn på alkoholproblemer på tværs af køn og alder.

Udviklingen i ønske om at nedsætte alkoholforbrug

Fra 2010 til 2013 har der ikke været nogen udvikling i andelen af unge, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug. Tilsvarende ses ingen udvikling i andelen af unge, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug blandt rusdrikkere, blandt personer med højrisikoforbrug eller blandt personer, der viser tegn på alkoholproblemer.

Rådgivning fra egen læge - alkohol

Der er i perioden 2010 til 2013 ikke sket nogen ændring i den lille andel af unge, der af egen læge er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug (1 %). Tilsvarende ses ingen udvikling blandt rusdrikkere, personer med højrisikoforbrug eller personer, der viser tegn på alkoholproblemer.

► **Aarhus.** Der er fra 2010 til 2013 ikke sket nogen signifikant ændring i andelen af rusdrikkere blandt unge i Aarhus (41 % versus 38 %). Til gengæld er der sket et signifikant fald i Aarhus i højrisikoforbrug af alkohol blandt unge fra 25 % til 19 %. Der er ikke sket nogen signifikant ændring i andelen med tegn på alkoholproblemer blandt unge i Aarhus (13 % versus 15 %). ◀

Fysisk aktivitet

Ved at være fysisk aktiv dagligt fremmes både fysisk og psykisk velvære, ligesom forekomsten af en række kroniske sygdomme og overvægt mindskes (23). Den danske befolkning dyrker generelt for lidt motion, og der ses en stigning i inaktivitet blandt både børn, unge og voksne (23, 24). Det er derfor et forebyggelsespolitisk mål, at børn og unge udvikler sunde motionsvaner (23, 25).

Fysisk inaktivitet hos unge er associeret med øget tristhed, træthed og ensomhed samt udvikling af knogleskørhed (osteoporose) senere i livet (23, 25). Hos voksne øger fysisk inaktivitet ydermere risikoen for hjerte-kar-sygdomme, type 2-diabetes samt visse kræftformer såsom kræft i tyktarmen og brystkræft (25).

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at børn og unge under 18 år dagligt er fysisk aktive i mindst 60 minutter ved moderat til høj intensitet samt i mindst 30 minutter ved høj intensitet mindst 3 gange ugentligt (26).

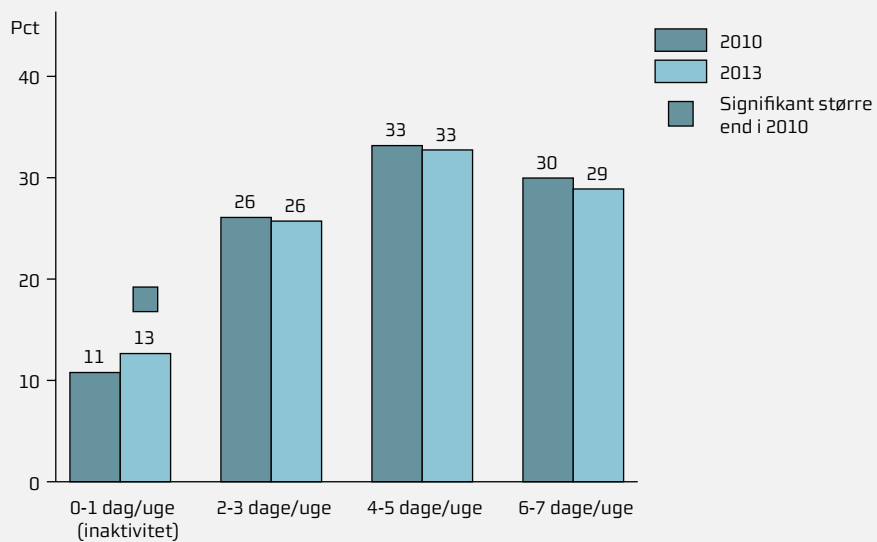
I det følgende beskrives udviklingen i unges fysiske aktivitetsniveau fra 2010 til 2013. Derudover sammenlignes udviklingen i andelen af unge, der er fysisk inaktive (moderat fysisk aktiv højst en gang ugentligt) i forhold til køn og alder. Endvidere beskrives udviklingen i fritidsaktiviteter og stillesiddende adfærd samt hvor mange unge, der ønsker at være mere fysisk aktive.

Udviklingen i fysisk aktivitet blandt unge

Figur 9.5.5 viser udviklingen i fysisk aktivitet i perioden 2010 til 2013. Der er sket en stigning i andelen af fysisk inaktive fra 11 % til 13 %. Derudover ses der ingen signifikante ændringer.

FIGUR 9.5.5

Fysisk aktivitet blandt unge. Udviklingen 2010-2013



FIGUR 9.6.5
Fysisk inaktivitet blandt unge - køn, alder. Udviklingen 2010-2013

	År	Pct	Udviklingen 2010-2013	
			-	+
Alle	2013	13		
	2010	11	2	■
Køn				
Mand	2013	12		
	2010	9	3	■
Kvinde	2013	13		
	2010	12	1	■
Alder				
16-19 år	2013	12		
	2010	9	3	■
20-24 år	2013	13		
	2010	12	1	■

■ Signifikant større/mindre

Udviklingen i fysisk inaktivitet blandt unge - køn og alder

Figur 9.6.5 viser udviklingen over tid i andelen af unge, der er fysisk inaktive fordelt på køn og alder. Der er blandt unge mænd sket en stigning i andelen af fysisk inaktive fra 9 % til 12 %. Endvidere er der sket en stigning fra 9 % til 12 % blandt 16-19-årige.

Idræt eller andre motionsgivende aktiviteter

Der er ikke sket nogen udvikling i andelen, der dyrker idræt eller andre aktiviteter i fritiden, som giver motion i hverdagen (69 % versus 68 %). Dette gælder for begge køn og i begge aldersgrupper. Der er dog sket en stigning i andelen af unge, som primært udviser stillesiddende adfærd i fritiden (11 % versus 13 %). Denne generelle stigning afspejler en stigning blandt unge mænd (11 % versus 15 %) og 16-19-årige (10 % versus 14 %) (ikke vist.)

Hvor mange unge ønsker at være mere fysisk aktive?

I perioden 2010 til 2013 er der ikke sket nogen signifikant udvikling i andelen af unge, der ønsker at være mere fysisk aktive (74 %). Dette gælder også blandt fysisk inaktive (82 % versus 83 %).

► **Aarhus.** Der er fra 2010 til 2013 ikke sket nogen ændring i andelen af fysisk inaktive i Aarhus (11 % versus 12 %). ◀

Kost

Der er en veldokumenteret sammenhæng mellem kostvaner og forekomsten af livsstilssygdomme, tidlig død og overvægt. Et sundt kostmønster, der tilgodeser kroppens næringsbehov, er eksempelvis centralt for et godt helbred og god funktionsevne. Dårlig ernæring er derimod forbundet med hjerte-kar-sygdomme, kræft og overvægt (27, 28).

Der er aktuelt stort fokus på at fremme gode kostvaner blandt unge, og det har i en årrække affødt forskellige strukturelle tiltag på skoler og arbejdspladser, som har til formål at øge indtaget af blandt andet frugt og grønt samt at informere om sund kost (27). En balanceret og næringsrig kost i ungdomsårene er nødvendig for normal vækst og udvikling og mindsker ydermere umiddelbare helbredsproblemer som blodmangel (anæmi) og caries (2, 28, 29).

I det følgende belyses udviklingen i kostmønster og -vaner blandt unge i Region Midtjylland samt udviklingen i de unges ønsker om at spise mere sundt.

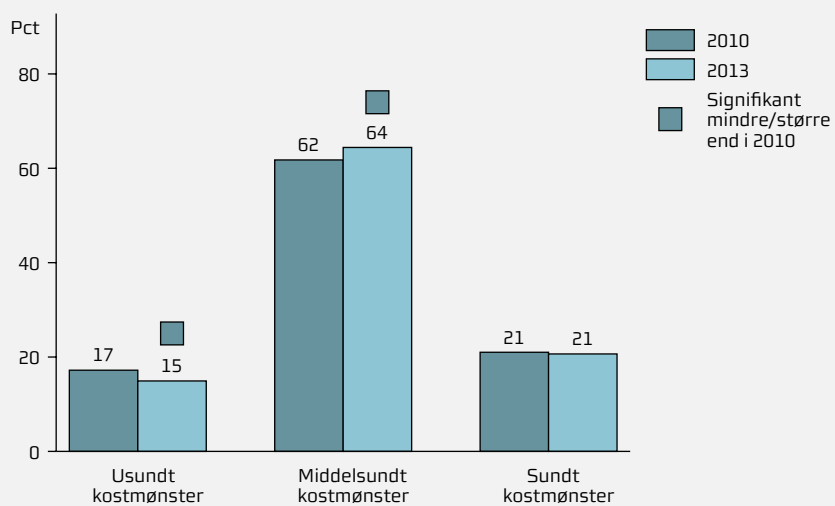
I *Hvordan har du det?* benyttes en kostscore udviklet af Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden. Kostscoren giver et samlet mål for kostens kvalitet. På baggrund af indtag af fire kostkomponenter (frugt, grønt, fisk og fedt) inddeles befolkningen ved hjælp af et pointsystem i tre kategorier: 1) usund kost, 2) middelsund kost og 3) sund kost (30). Se kapitel 5 i hovedbindet for yderligere beskrivelse af kostscoren og andre anvendte spørgsmål.

Udviklingen i kostmønstre blandt unge

Figur 9.7.5 viser udviklingen i kostmønstre i perioden 2010 til 2013. Der er sket et signifikant fald i andelen med et usundt kostmønster fra 17 % til 15 %. Tilsvarende ses en lidt højere andel med et middelsundt kostmønster i 2013 sammenlignet med 2010. Andelen med et sundt kostmønster er uændret i perioden.

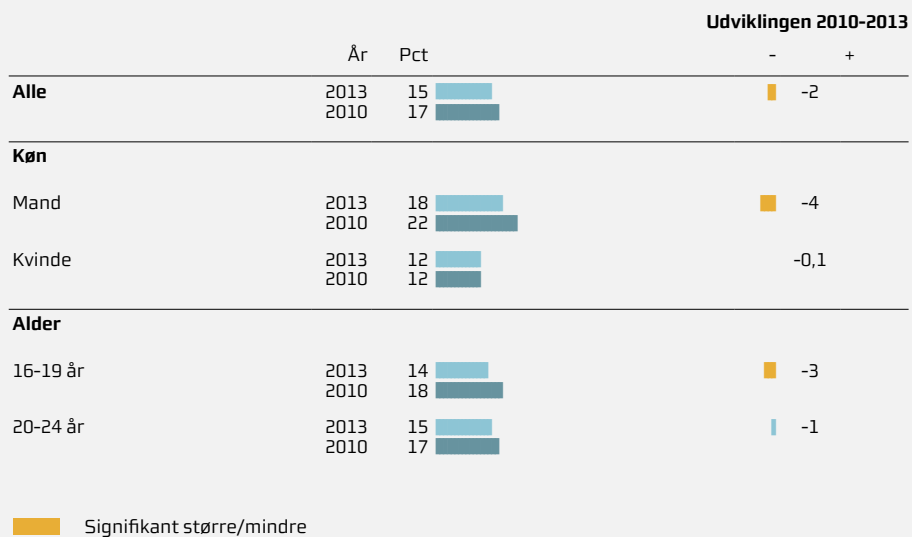
FIGUR 9.7.5

Det samlede kostmønster blandt unge. Udviklingen 2010-2013



FIGUR 9.8.5

Usundt kostmønster blandt unge - køn og alder. Udviklingen 2010-2013



Usundt kostmønster blandt unge – køn og alder. Udviklingen 2010-2013

Figur 9.8.5 viser udviklingen i andelen af unge, der har et usundt kostmønster fordelt på køn og alder. Som det fremgår, er der variation på tværs af køn og alder. Således afspejler det overordnede fald i andelen med et usundt kostmønster et fald blandt henholdsvis unge mænd og 16-19-årige.

Udviklingen i unges forbrug af slik, fastfood og sodavand

Der er fra 2010 til 2013 ikke sket nogen udvikling i andelen af unge, der spiser slik, fastfood eller andre snacks fem eller flere gange ugentligt (15 %). Der er til gengæld sket et mindre fald fra 21 % til 19 % i andelen af unge, der drikker enten sodavand, læskedrik eller saftvand fem eller flere gange ugentligt (ikke vist).

Hvor mange unge ønsker at spise mere sundt?

I perioden 2010 til 2013 er der ikke sket nogen udvikling i andelen af unge, der ønsker at spise mere sundt.

► **Aarhus.** Der er i Aarhus ikke sket nogen ændring i andelen af unge med et usundt kostmønster. ◀

Overvægt

I år 2000 valgte WHO at betegne den stadigt stigende forekomst af overvægt på verdensplan som en fedme-epidemi (31). I Danmark har stigningen i andelen af overvægtige unge i en lang årrække også været markant (27). Dog tyder nyere undersøgelser på, at udviklingen er ved at stagnere (32).

Der er en veldokumenteret sammenhæng mellem moderat og svær overvægt og øget risiko for livsstilssygdomme som type 2 diabetes, hjerte-kar-sygdomme og visse kræftformer samt tidlig død (2, 27). Derudover er overvægt i ungdomsårene prædiktiv for overvægt senere i livet (2, 25, 33). Overvægt er dog ikke udelukkende forbundet med helbredsmæssige problemer, men har ligeledes betydning for sociale og personlige forhold. Overvægtige unge oplever oftere diskriminering og mobning end normalvægtige, ligesom overvægt er forbundet med lavt selvværd og mindsket livskvalitet (27, 32).

På baggrund af Body Mass Index (BMI) foretages en inddeling i fire vægtklasser: undervægt, normalvægt, moderat overvægt og svær overvægt. Der findes særlige BMI-grænser for børn og unge under 18 år. For de 16-17-årige er vægtklasserne således korrigeret i henhold til køn og alder ved brug af grænseværdierne fra det internationale Obesity Task Force (34).

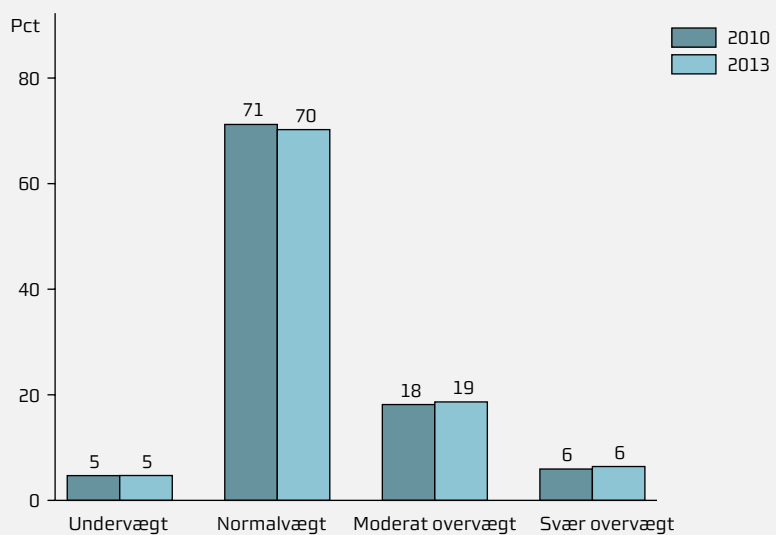
I det følgende beskrives udviklingen i vægt blandt unge. Endvidere beskrives udviklingen i, hvorledes de unge selv vurderer deres vægt samt andelen af unge, der ønsker at tabe sig.

Udviklingen i unges fordeling på vægtklasser

Som det fremgår af figur 9.9.5, er der fra 2010 til 2013 ikke sket nogen udvikling i andelen af moderat og svært overvægtige unge. Der er ligeledes ikke sket nogen ændring i andelen af undervægtige og normalvægtige i perioden.

FIGUR 9.9.5


Unge fordelt på vægtklasser. Udviklingen 2010-2013



FIGUR 9.10.5

Svær overvægt blandt unge - køn og alder. Udviklingen 2010-2013

	År	Pct	Udviklingen 2010-2013	
			-	+
Alle	2013	6		
	2010	6		0,5
Køn				
Mand	2013	5	|	-1
	2010	6		
Kvinde	2013	8		2
	2010	6		
Alder				
16-19 år	2013	5		1
	2010	3		
20-24 år	2013	8		-0,2
	2010	8		

 Signifikant større/mindre

Svær overvægt blandt unge – køn og alder

Figur 9.10.5 viser udviklingen i andelen af svært overvægtige i forhold til køn og alder. Fra 2010 til 2013 har der været en signifikant stigning i andelen af svært overvægtige unge kvinder fra 6 % til 8 %. Derudover ses der ingen signifikante ændringer i perioden.

Vurdering af vægt

Der er fra 2010 til 2013 sket en mindre stigning i andelen af unge, der vurderer, at deres vægt er alt for høj (8 % versus 10 %). Dette afspejler en signifikant stigning hos unge kvinder fra 13 % til 15 %. Der er ikke sket nogen ændring i andelen, som vurderer, at deres vægt er lidt for høj (ikke vist).

Hvor mange ønsker at tabe sig?

I perioden fra 2010 til 2013 har der ikke været nogen ændring i andelen, der i høj grad ønsker at tabe sig (18 %). Der har heller ikke været nogen signifikant ændring i andelen af svært overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig (66 % versus 70 %) (ikke vist).

► **Aarhus.** Der er i perioden ikke sket nogen signifikant udvikling i andelen af svært overvægtige i Aarhus (3 % versus 4 %). ◀

Søvn

Forskning inden for søvnvaner og søvns betydning for helbred er et nyere og mindre veletableret felt end forskningsfelterne inden for velkendte livsstilsfaktorer som rygning, alkohol, fysisk aktivitet og kost. Der er dog meget, som peger på, at søvn har afgørende betydning for helbredet og dermed er en vigtig helbredsindikator på lige fod med eksempelvis fysisk aktivitet og kost. Blandt unge med dårligt søvnmønster ses en øget forekomst af mentale helbredsproblemer, trafikuheld og dårlig skoleformåen (35). Det bør derfor være et mål at øge befolkningens viden om søvn samt helbreds-konsekvenserne ved dårlig søvn og derudover at udvikle og implementere effektive strategier, der kan forbedre søvnlængde og -kvalitet (35, 36).

Der ses generelt en tendens til, at unges og voksnes søvnmængde bliver mindre (37, 38). Ydermere er unges søvnmønster ofte kendetegnet ved at være meget forskelligt fordelt på de syv ugedage. I hverdagene sover de unge generelt for lidt, mens de i weekenden sover mere, samtidig med at søvnen forskydes (39). Ifølge det amerikanske Institute of Medicine bør unge sove omkring 9 timer i døgnet, mens voksne bør sove mellem 7 og 8 timer (36).

På baggrund af 10 søvnrelaterede spørgsmål er en skala for søvnkvalitet blevet udarbejdet ved hjælp af Mokkenskalering. Tilsammen danner spørgsmålene en en-dimensional skala af høj kvalitet. Det er muligt at score fra 0 til 10 på søvnskalaen. En høj score indikerer en dårlig søvnkvalitet, og en score svarende til den højeste femtedel antages at indikere en dårlig søvnkvalitet.

I det følgende beskrives udvikling i unges søvnkvalitet fra 2010 til 2013. Derudover sammenlignes udviklingen i andelen af unge, der har en dårlig søvnkvalitet i forhold til køn og alder. Endvidere beskrives udviklingen i andelen af unge, der sover under 7 timer dagligt.

Dårlig søvnkvalitet blandt unge – køn og alder

Figur 9.11.5 viser udviklingen i andelen med dårlig søvnkvalitet blandt unge i forhold til køn og alder. Der er fra 2010 til 2013 ikke sket nogen udvikling i den andel af de unge, der scorer over 4 på søvnskalaen, hvilket indikerer dårlig søvnkvalitet (21 %). Der er endvidere ikke sket nogen signifikant udvikling blandt unge mænd og kvinder eller i de to aldersgrupper.

Andelen af unge, der sover under 7 timer dagligt

Der er ikke sket nogen udvikling i andelen af unge, som sover under 7 timer dagligt. Der ses heller ingen udvikling på tværs af køn og alder (ikke vist).

► **Aarhus.** Der er fra 2010 til 2013 ikke sket nogen ændring i andelen af unge i Aarhus, der henholdsvis har en dårlig søvnkvalitet og sover under 7 timer dagligt. ◀

FIGUR 9.11.S

Dårlig søvnkvalitet blandt unge - køn og alder. Udviklingen 2010-2013

	År	Pct	Udviklingen 2010-2013	
			-	+
Alle	2013	21		
	2010	21		0,2
Køn				
Mand	2013	16		
	2010	17	-1	
Kvinde	2013	26		2
	2010	24		
Alder				
16-19 år	2013	23		2
	2010	21		
20-24 år	2013	20		-1
	2010	21	-1	

Sammenfatning

Generelt set er der fra 2010 til 2013 sket et fald i forhold til rygning, risikable alkoholvaner og usund kost blandt de 16-24-årige unge. Disse fald ses hovedsageligt hos unge mænd. Den overordnede andel af moderat og svært overvægtige i ungegruppen er uændret, ligesom der ikke er sket nogen ændring i de unges søvnvaner. Endelig er der fra 2010 til 2013 sket en mindre stigning i andelen af fysisk inaktive.

Der er i perioden 2010 til 2013 sket et fald i andelen af unge dagligrygere fra 16 % til 14 %. Dette afspejler et fald blandt unge mænd fra 19 % til 15 %. På trods af denne udvikling har der ikke været nogen ændring i andelen af unge rygere, der ønsker at holde op med at ryge (71 %). Der er således stadig stor motivation hos rygerne for at stoppe.

Der er også sket et fald i andelen af unge, der ugentligt drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed fra 33 % til 28 %. Dette afspejler et betydeligt fald blandt henholdsvis unge mænd og 16-19-årige. Tilsvarende er der sket et fald i andelen, der har et højrisikoforbrug af alkohol (mænd: 21+ genstande ugentligt; kvinder: 14+ genstande ugentligt) fra 22 % til 18 %. Dette er særligt markant hos unge mænd, hvor andelen er faldet fra 26 % til 18 %. Der er ikke sket nogen udvikling i andelen af unge, som viser tegn på alkoholproblemer. Ligeledes har der ikke været nogen udvikling i andelen af unge, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug.

Der er sket en stigning i andelen af fysisk inaktive fra 11 % til 13 %. Tilsvarende er der sket en mindre stigning i andelen af unge, som primært udviser stillesiddende adfærd i fritiden (11 % versus 13 %). Der er ikke sket nogen udvikling i andelen, som dyrker idræt eller andre motionsgivende aktiviteter i fritiden. Endelig er der ikke sket nogen udvikling i andelen af unge, som ønsker at være mere fysisk aktive (74 %).

Der er fra 2010 til 2013 sket et signifikant fald i andelen med et usundt kostmønster fra 17 % til 15 %. Dette fald ses hos unge mænd og 16-19-årige. Endvidere er der sket et mindre fald i andelen af unge, som drikker enten sodavand, læskedrik eller saftevand fem eller flere gange ugentligt. Der er ikke sket nogen udvikling i andelen af unge, som ønsker at spise mere sundt.

Overordnet set er der ikke sket nogen ændring i andelen af moderat og svært overvægtige unge. Der har dog i perioden været en signifikant stigning på 2 procentpoint i andelen af svært overvægtige unge kvinder fra 6 % til 8 %. Der har ikke været nogen ændring i andelen, som i høj grad ønsker at tabe sig.

Der har fra 2010 til 2013 ikke været nogen ændring i andelen af unge, der har en dårlig søvnkvalitet. Tilsvarende er der ikke sket nogen udvikling i andelen, som sover under 7 timer dagligt.

Fra 2010 til 2013 er der i Aarhus blandt unge sket et markant fald i højrisikoforbrug af alkohol (mænd: 21+ genstande ugentligt; kvinder: 14+ genstande ugentligt) fra 25 % til 19 %. I samme periode er der ikke sket nogen signifikant ændring i andelen af dagligrygere, rusdrikkere, unge med tegn på alkoholproblemer, fysisk inaktive, unge med usundt kostmønster, svært overvægtige samt unge, der har en dårlig søvnkvalitet eller sover under 7 timer dagligt.

Referencer

1. Poulsen A. Ungdommen i Udviklingspsykologien. Psyke & Logos 2010; 1: 45-63.
2. World Health Organization. Young people's health in context. Copenhagen: WHO Europe, 2004.
3. Arnett JJ. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist* 2000; 55: 469-480.
4. Ezzati M, Lopez A. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet* 2003; 362:847-52.
5. Chassin L, Presson CC, Rose JS, Sherman SJ. The natural history of cigarette smoking from adolescence to adulthood: demographic predictors of continuity and change. *Health Psychol* 1996;15: 478-84.
6. Andersen LB, Hasselstrøm H, Grønfeldt V, Hansen SE, Karsten F. The relationship between physical fitness and clustered risk, and tracking of clustered risk from adolescence to young adulthood: eight years follow-up in the Danish Youth and Sport Study. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2004;1:6.
7. Kristensen PL, Wedderkopp N, Møller NC, Andersen LB, Bai CN, Froberg K. Tracking and prevalence of cardiovascular disease risk factors across socio-economic classes: a longitudinal substudy of the European Youth Heart Study. *BMC Public Health* 2006; 6: 20.
8. Alberg AJ. Cigarette smoking: health effects and control strategies. *Drugs Today* 2008; 44: 895-904.
9. Edwards R. The problem of tobacco smoking. *BMJ* 2004; 328:217-9.
10. Federico B, Costa G, Kunst AE. Educational inequalities in initiation, cessation, and prevalence of smoking among 3 Italian birth cohorts. *Am J Public Health* 2007; 97:838-45
11. Ankersen PV, Poulsen S, Schnohr C, Nielsen AL, Hjortbak MR, Larsen FB. Hvordan har du det? 2010. Sundhedsprofil for region og kommuner - unge. Aarhus: Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, 2011.
12. Ezzati M, Lopez A. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet*. 2003; 362:847-52.
13. Curry S, Mermelstein R, Sporer A. Therapy for specific problems: youth tobacco cessation. *Annu Rev Psychol*. 2009; 60:229-55.
14. Tyas S, Pederson L. Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tob Control*. 1998; 7:409-20.
15. Hibell B, Andersson B, Bjarnasson T, Ahlström S et al. The ESPAD report 2003: Alcohol and other drugs among students in 35 European countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs and The Pompidou Group at the Council of Europe; 2004.
16. Stock C, Mikolajczyk R, Bloomfield K, Maxwell AE, et al. Alcohol consumption and attitudes towards banning alcohol sales on campus among European university students. *Public Health*. 2009; 123:122-9.
17. Currie C, Nic Gabhainn S, Godeau E, Roberts C, et al. HBSC international report from the 2005/2006 survey. Copenhagen: World Health Organization; 2008.
18. Sundhedsstyrelsen. Data fra ESPAD 2011 – 15-16årige i 9. klasse. 2012 [Internet]. Tilgængelig fra <http://sundhedsstyrelsen.dk/~/media/CCE-40780720348669A13EDF60D81E5D2.ash>,
19. Guo J, Collins LM, Hill KG et al. Developmental pathways to alcohol abuse and dependence in young adulthood. *J Stud Alcohol and Drugs*. 2000; 61:799-808.
20. Cooper ML. Alcohol use and risky sexual behavior among college students and youth: evaluating the evidence. *J Stud Alcohol Suppl*. 2002; 14:101-17.
21. Wechsler H, Davenport A, Dowdall G et al. Health and behavioural consequences of binge drinking in college - a national survey of students at 140 campuses. *JAMA*. 1994; 272:1672-7.
22. Sundhedsstyrelsen. [internet]. Anbefalinger om alkohol [Internet]; 2010. Tilgængelig fra <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/alkohol/anbefalinger>
23. Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse. Fysisk aktivitet – Håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, 2011.
24. OECD. Health in a Glance: OECD Indicators. OECD, 2013.
25. Pedersen, BK, Saltin B. Børn og unge – fysisk aktivitet, fitness og sundhed. Del II. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
26. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger om fysisk aktivitet til børn og unge (11-17 år) [internet]. København; 2013. Tilgængelig fra: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/fysisk-aktivitet/anbefalinger/boern-og-unge.aspx>
27. Statens Institut for Folkesundhed. Folkesundhedsrapporten Danmark. København, 2007. KRAM rapport 2007.

28. Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating. *J Sch Health* 1997; 67:9-26.
29. Nilsen SM, Krokstad S, Holmen TL, Westin S. Adolescents' health-related dietary patterns by parental socio-economic position, The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *Eur J of Pub Health* 2009; 20: 299–305.
30. Toft U, Kristoffersen LH, Lau C, Borch-Johnsen K, Jørgensen T. The Dietary Quality Score: validation and association with cardiovascular risk factors: the Inter99 study. *Eur J Clin Nutr.* 2007;6:270–8.
31. World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO, 2000.
32. Hansson LN, Vinther-Larsen M. Unges hverdag. København: Statens Institut for folkesundhed, 2008.
33. Rasmussen M, Holstein BE, Due P. Tracking of overweight from mid-adolescence into adulthood: consistent patterns across socio-economic groups. *Eur J of Pub Health* 2012; 22: 885–887
34. International Obesity Task Force. BMI-grænser for børn [internet]. Tilgængelig fra: <http://isobmi.com/>
35. Hysing M, Pallesen S, Stormark KM, Lundervold AJ, Sivertsen B. Sleep patterns and insomnia among adolescents: a population-based study. *J sleep res* 2013; 22: 549-556.
36. Perry GS, Patil SP, Presley-Cantrell, LR. Raising awareness of sleep as healthy behavior. *Prev Chronic Dis* 2013; 10.
37. Alvarez, GG, Ayas NT. The Impact of Daily Sleep Duration on Health: A Review of the Literature. *Prog Cardio-vasc Nurs.* 2004 ;19:56-9
38. Cappuccio FP, Cooper D, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration predicts cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Eur Heart J.* 2011;32:1484-92.
39. Forquer LM, Camden EA, Gabriau KM, Johnson CM. Sleep patterns of college students at a public university. *Journal of American College Health* 2008; 56: 563-565.

