

# HVORDAN HAR DU DET? 2017

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

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



# **HVORDAN HAR DU DET? 2017**

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

## **UDARBEJDET AF**

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

**DEFACTUM** | Marts 2018

## TITEL

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

## FORFATTERE

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

## COPYRIGHT

© DEFACTUM, Region Midtjylland 2018

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

## UDGIVER

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

## DENNE RAPPORT CITERES SÅLEDES:

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

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

EAN-nr: 9788792400895

## UDGIVELSE

Marts 2018

## OPLAG

2.000

## TRYK

GP Tryk & Zeuner Grafisk A/S

## LAYOUT

[www.hartwork.dk](http://www.hartwork.dk)

## FORSIDE

Malene Hald



Svanemærket tryksag  
5041 0826 LaserTryk.dk

## FORORD

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

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

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

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

### Det kommunale og regionale forebyggelsesarbejde

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

Sundhedsprofilen indeholder oplysninger om befolkningens sundhedsvaner med hensyn til KRAM og overvægt samt motivationen for at ændre sundhedsvaner.

Disse oplysninger kan bruges af kommunerne ved udformning af lokale sundhedspolitikker og ved tilrettelæggelse af forebyggelsesarbejdet. Desuden kan sundhedsprofilens oplysninger om sundhedsvaner hos mennesker med kroniske sygdomme bruges i den regionale forebyggelsesindsats i samarbejde med kommunerne og praksissektoren.

### Bedre mental sundhed og mentalt helbred

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

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

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

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

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

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

## Bedre livskvalitet og behandlingsforløb for borgere med kronisk sygdom

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

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

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

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

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

- Helbredsrelateret livskvalitet
- Begrænsninger i udførelsen af dagligdagens gøremål

- Stress, ensomhed, depression
- Sundhedskompetence
- Behandlingsbyrde

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

## Social og geografisk lighed i sundhed

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

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

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

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

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

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

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

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

## Referencer

1. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2016.
2. Eplov LF, Lauridsen S. Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter. København: Sundhedsstyrelsen; 2008.
3. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Genève: World Health Organization; 2013.
4. Sundhedsstyrelsen. Betydning af dårlig mental sundhed for helbred og socialt liv – en analyse af registerdata fra "Sundhedsprofilen 2010". København: Sundhedsstyrelsen; 2017.
5. Greenhalgh J, Dalkin S, Gibbons E, Wright J, Valderas JM, Meads D, Black N. How do aggregated patient-reported outcome measures data stimulate health care improvement? A realist synthesis. *Journal of Health Services Research & Policy* 2017; 23(1):57-65.
6. MoEva – Monitorering og evaluering af patientuddannelse [Internet]. Aarhus: DEFACTUM. Available from: <http://www.defactum.dk/om-DEFACTUM/projektsite/moeva---monitorering-og-evaluering-af-patientuddannelse/>
7. Raahauge Hvass L, Manghezi A, Paldam Folker A, Sandø N. Social ulighed i sundhed – hvad kan kommunen gøre? København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
8. Borgere uden for arbejdsmarkedet [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen [opdateret 7. februar 2013]. Available from: <https://www.sst.dk/da/puljer-og-projekter/2006/borgere-uden-for-arbejdsmarkedet>.
9. Diez-Roux AV, Mair C. Neighborhoods and health. *Ann N Y Acad Sci*; 2010; 1186:125-145.

## INDHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENFATNING	10
1. BAGGRUND, FORMÅL OG METODE	16
Baggrund og formål .....	16
Metode.....	16
Beskrivelse af baggrundsvariable .....	21
Læsevejledning .....	24
Medarbejdere.....	24
<b>SUNDHEDSVANER</b>	<b>29</b>
2. RYGNING	32
Hvor mange ryger? .....	35
Daglig rygning i hjem med børn.....	41
Hvor mange vil gerne holde op med at ryge?.....	43
Hvor mange vil gerne have støtte og hjælp til rygestop? .....	47
Ryggestart og rygestop .....	53
Råd fra egen læge om rygestop .....	54
E-cigaretter .....	55
3. ALKOHOL	58
Hvor mange har et stort alkoholforbrug?.....	61
Hvor mange rusdrikker? .....	65
Hvor mange vil gerne nedsætte deres alkoholforbrug? .....	71
Råd fra egen læge om at nedsætte alkoholforbrug .....	75
Unge og alkohol .....	77
4. FYSISK AKTIVITET	84
Hvor mange er fysisk inaktive? .....	89
Hvor mange lever ikke op til WHO's anbefaling? .....	93
Hvor mange motionerer ikke i fritiden? .....	97
Hvor mange vil gerne være mere fysisk aktive? .....	103
Råd fra egen læge om at dyrke motion .....	113
5. KOST	120
Hvor mange har et usundt kostmønster?.....	122
Hvor mange vil gerne spise mere sundt?.....	131
Råd fra egen læge om at ændre kostvaner .....	137

<b>6. OVERVÆGT</b>	<b>140</b>
Hvor mange er overvægtige? .....	142
Hvor mange vil gerne tabe sig? .....	149
Råd fra egen læge om at tabe sig .....	157
<b>FYSISK OG MENTAL SUNDHED</b>	<b>161</b>
<b>7. HELBREDSRELATERET LIVSKVALITET</b>	<b>164</b>
Selvurderet helbred .....	165
Helbredsrelateret livskvalitet .....	172
<b>8. MENTAL SUNDHED OG MENTALT HELBRED</b>	<b>192</b>
Trivsel og livskvalitet .....	198
Stress .....	204
Generet af angst og anspændthed .....	210
Ensomhed .....	216
Depression .....	224
Unge mentale sundhed og mentale helbredsproblemer .....	230
<b>9. KRONISK SYGDOM OG MULTISYGDOM</b>	<b>246</b>
Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom .....	250
Sundhedsvaner blandt personer med kronisk sygdom .....	282
Helbredsrelateret livskvalitet blandt personer med kronisk sygdom .....	298
Nedsat arbejdsevne blandt personer med kronisk sygdom .....	309
Brug for hjælp til dagligdagens gøremål blandt personer med kronisk sygdom .....	311
Ensomhed og depression blandt personer med kronisk sygdom .....	313
Borgere i behandling .....	315
Behandlingsbyrde .....	322
Sundhedskompetence .....	330



<b>ULIGHED I SUNDHED</b>	<b>345</b>
10. SOCIAL ULIGHED I SUNDHED	348
Social ulighed i sundhedsvaner .....	357
Social ulighed i generelt helbred .....	361
Social ulighed i mental sundhed og sundhedskompetence .....	365
11. GEOGRAFISK ULIGHED I SUNDHED	372
Den sociogeografiske inddeling .....	374
Geografisk ulighed i sundhedsvaner .....	379
Geografisk ulighed i levevilkår .....	381
Geografisk ulighed i helbred og konsekvenser af sygdom .....	383
Sundhed på én side .....	386
Favrskov Kommune .....	388
Hedensted Kommune.....	390
Herning Kommune.....	392
Holstebro Kommune .....	394
Horsens Kommune .....	396
Ikast-Brande Kommune .....	398
Lemvig Kommune .....	400
Norddjurs Kommune.....	402
Odder Kommune.....	404
Randers Kommune .....	406
Ringkøbing-Skjern Kommune.....	408
Samsø Kommune .....	410
Silkeborg Kommune .....	412
Skanderborg Kommune.....	414
Skive Kommune.....	416
Struer Kommune.....	418
Syddjurs Kommune .....	420
Viborg Kommune .....	422
Aarhus Kommune.....	424
Region Midtjylland.....	426
<b>BILAG</b>	<b>430</b>





# SUNDHEDSVANER

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

## INDLEDNING

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

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

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

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

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

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

## Referencer

1. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
2. Forebyggelseskommissionen (2009). Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats. København: Forebyggelseskommissionen.
3. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, et al. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2016.
4. Rehm J, Gmel GE, Gmel G, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease – an update. *Addiction* (Abingdon, England). 2017;112(6):968-1001.
5. Becker U. Alkoholrelaterede somatiske skader. I: Becker U, Tolstrup JS, red. Alkohol – brug, konsekvenser og behandling. 1. udgave. 1. oplag. København: Munksgaard; 2016.
6. Warburton DER, Bredin SSD. Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. *Curr Opin Cardiol*. 2017 Sep;32(5):541-556.
7. Schwingshackl L, Schwedhelm C, Hoffmann G, et al. Food groups and risk of all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *The American Journal of Clinical Nutrition*; 2017.
8. Hruby A, Manson JE, Qi L, et al. Determinants and Consequences of Obesity. *Am J Public Health* 2016 09/01; 2017/11;106(9):1656-1662.
9. Jakobsen M, Kolodziejczyk C, Rasmussen SR. Offentlige merudgifter ved rygning. En registeranalyse af offentlige merudgifter til rygere sammenlignet med aldrig-rygere og tidligere rygere. København: KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning; 2017.
10. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundheden i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2016.

## 2. RYGNING

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

Tobaksrøg kan have helbredsmæssige konsekvenser for andre end rygerne selv grundet passiv rygning. Passiv rygning er, når personer, der ikke selv ryger, indånder røgen fra andres cigaretter. Passiv rygning kan give gener som irritation af øjne og slimhinder i luftveje, hoste og hovedpine. Derudover øger passiv rygning risikoen for alvorlige sygdomme såsom lungekræft, hjerte-kar-sygdomme og kroniske luftvejslidelser (5). Børn, der udsættes for passiv rygning, har desuden større risiko for vuggedød, mellemørebetændelse og luftvejssygdomme som f.eks. astma, end børn, der ikke udsættes for tobaksrøg (5). Derudover kan rygning nedsætte fertiliteten og medføre komplikationer under graviditet (f.eks. lav fødselsvægt hos nyfødte).

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

Antallet af rygere har været faldende over en årrække (6), men til trods for dette er rygning fortsat den risikofaktor, hvor forebyggelsesindsatser potentielt kan bidrage mest til at reducere sygelighed og dødelighed. Det er derfor fortsat vigtigt at arbejde med tobaksforebyggelse – både strukturelt og på individniveau (7). Tobaksforebyggelse bør rette sig mod hele befolkningen. I forhold til rygerne handler det om at motivere til rygestop og støtte og hjælpe de rygere, der

ønsker at holde op. Rygestop har en signifikant positiv effekt på helbredet (1, 9). Jo tidligere man kan holde op med at ryge, desto bedre. Selv ældre personer, der har røget i mange år, har stor helbredsgevinst af rygestop (1, 8, 9). I forhold til ikke-rygerne bør tobaksforebyggelse handle om at forebygge rygestart hos især børn, unge og eksrygere samt at sikre, at ingen mod deres vilje udsættes for passiv rygning.

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

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

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

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

Følgende spørgsmål anvendes til at belyse befolkningens rygevaner:

- Ryger du?

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

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

- Hvor meget ryger du i gennemsnit per dag?

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

- Bliver der røget indendørs i dit hjem?

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

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

For at belyse alder ved rygestop spørges tidligere rygere:

- Hvornår holdt du op med at ryge?

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

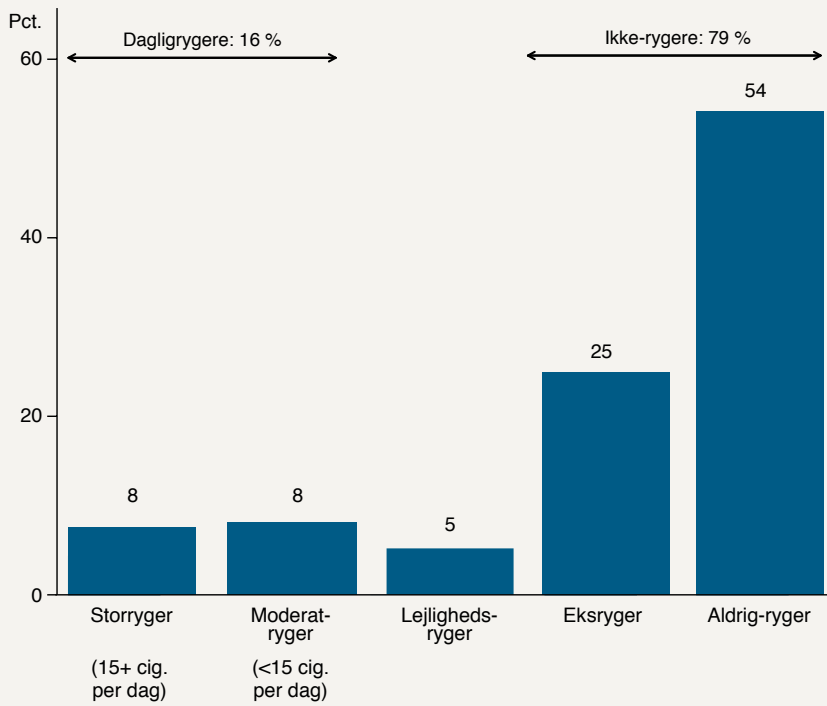
- Vil du gerne holde op med at ryge?
- Hvis du vil holde op med at ryge, vil du så gerne have støtte og hjælp til at gennemføre det? F.eks. rygestopkursus, støtte fra din læge.
- Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at holde op med at ryge?

I forhold til e-cigaretter stilles følgende spørgsmål:

- Bruger du e-cigaretter (elektroniske cigaretter)?

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

**Figur 2.1**  
Rygevaner





## Hvor mange ryger?

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

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

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

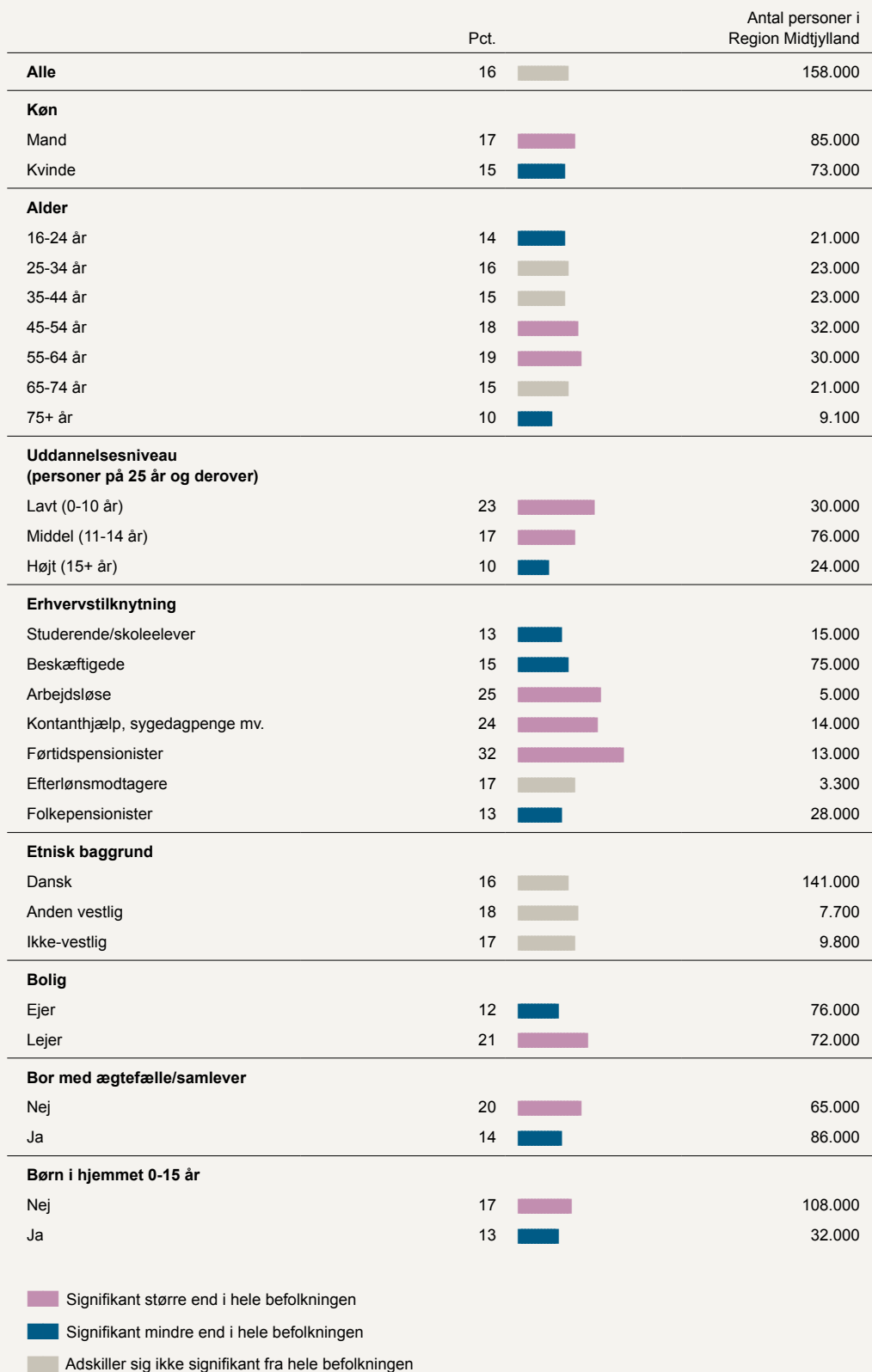
79 % af befolkningen i Region Midtjylland ryger ikke. Der er 25 %, som tidligere har røget dagligt, og 54 % har aldrig røget dagligt.

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

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

**Figur 2.2**

Dagligrygere – køn, alder og sociale forhold



## Dagligrygere – køn, alder og sociale forhold

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

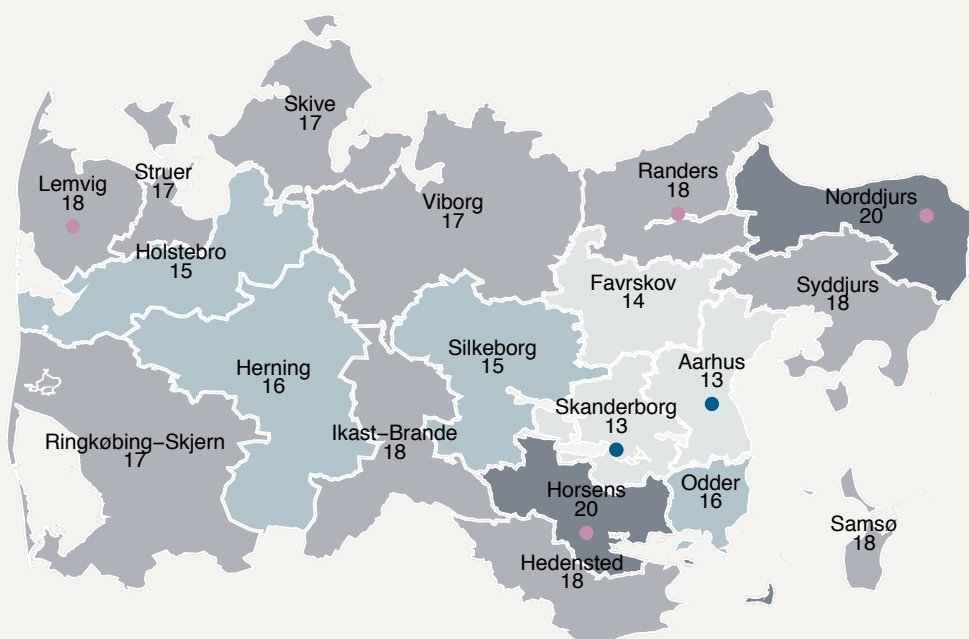
► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 har der været et lille fald i andelen af dagligrygere blandt mænd, mens andelen blandt kvinder er uændret. Desuden har der været et lille fald i andelen af dagligrygere blandt de 45-54-årige, personer på 65 år eller derover og blandt personer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

**Figur 2.3**

Dagligrygere – kommuner

	Pct.		Antal personer i kommunerne
Horsens	20	<span style="color: #800040;">■</span>	14.000
Norddjurs	20	<span style="color: #800040;">■</span>	6.000
Samsø	18	<span style="color: #808080;">■</span>	500
Lemvig	18	<span style="color: #800040;">■</span>	2.900
Randers	18	<span style="color: #800040;">■</span>	14.000
Ikast-Brande	18	<span style="color: #808080;">■</span>	5.400
Syddjurs	18	<span style="color: #808080;">■</span>	5.800
Hedensted	18	<span style="color: #808080;">■</span>	6.100
Skive	17	<span style="color: #808080;">■</span>	6.300
Ringkøbing-Skjern	17	<span style="color: #808080;">■</span>	7.500
Viborg	17	<span style="color: #808080;">■</span>	12.000
Struer	17	<span style="color: #808080;">■</span>	2.800
Odder	16	<span style="color: #808080;">■</span>	2.800
Herning	16	<span style="color: #808080;">■</span>	11.000
Silkeborg	15	<span style="color: #808080;">■</span>	11.000
Holstebro	15	<span style="color: #808080;">■</span>	6.700
Favrskov	14	<span style="color: #808080;">■</span>	5.000
Skanderborg	13	<span style="color: #008080;">■</span>	5.900
Aarhus	13	<span style="color: #008080;">■</span>	34.000
Region Midtjylland	16	<span style="color: #808080;">■</span>	158.000

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



## Dagligrygere – kommuner

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

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

- Horsens
- Norddjurs
- Lemvig
- Randers

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

- Skanderborg
- Aarhus

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

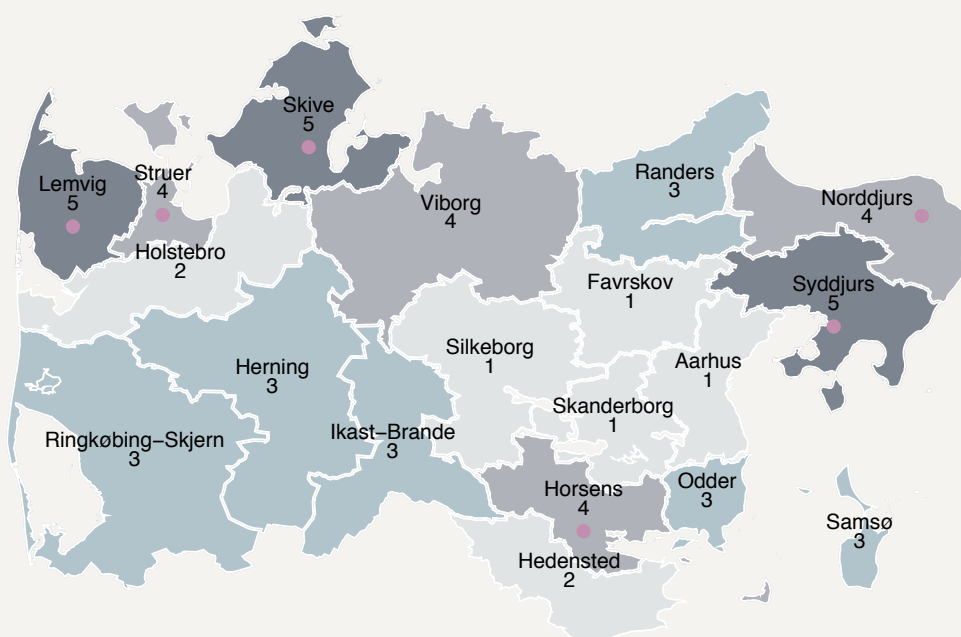
► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 har der været et fald i andelen af dagligrygere i følgende kommuner: Aarhus, Skanderborg, Favrskov, Holstebro og Samsø. Faldet varierer fra 2 procentpoint i Aarhus til 5 procentpoint på Samsø. Se [figur 2.3.S i bind 2.](#) ◀

**Figur 2.4**

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

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

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



## Daglig rygning i hjem med børn – kommuner

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

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

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

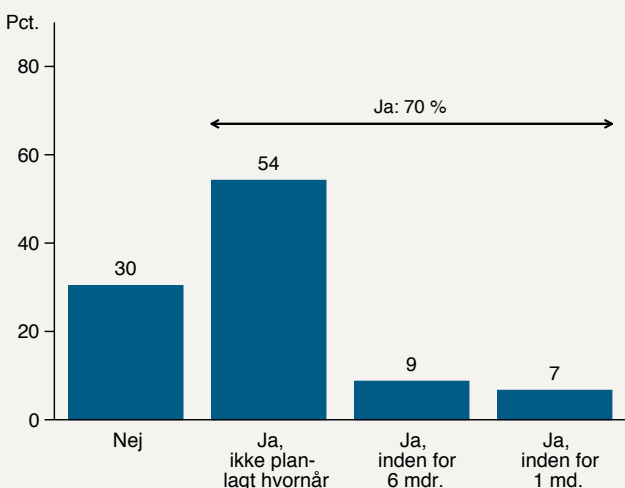
I disse kommuner varierer andelen fra 4 % til 5 %.

**Figur 2.5, 2.6 og 2.7**

Vil du gerne holde op med at ryge?

**Figur 2.5**

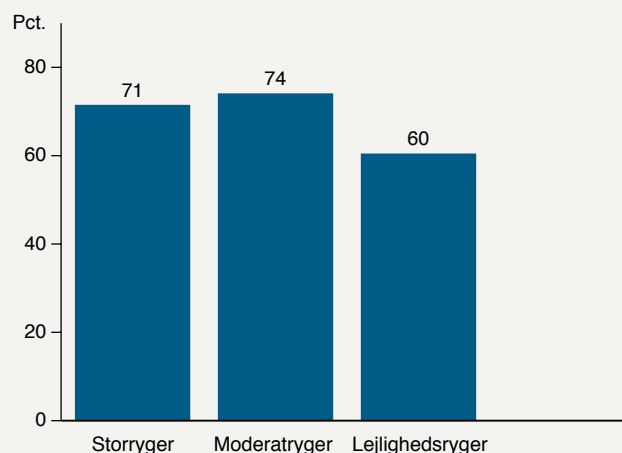
Vil du gerne holde op med at ryge?



Note: Opgjort blandt daglig- og lejlighedsrygere

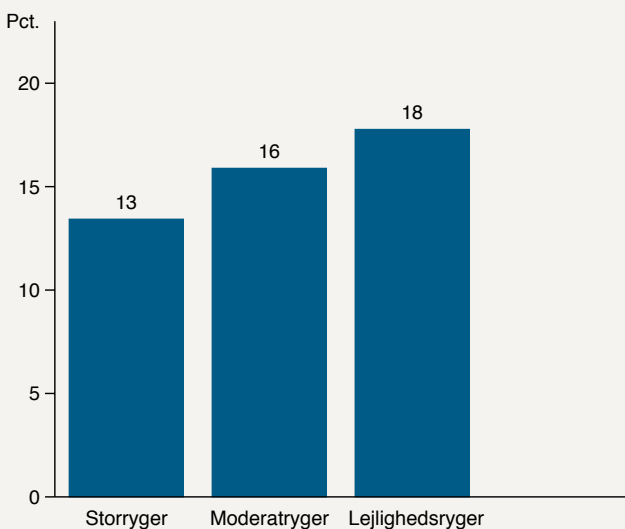
**Figur 2.6**

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



**Figur 2.7**

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





## Hvor mange vil gerne holde op med at ryge?

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

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

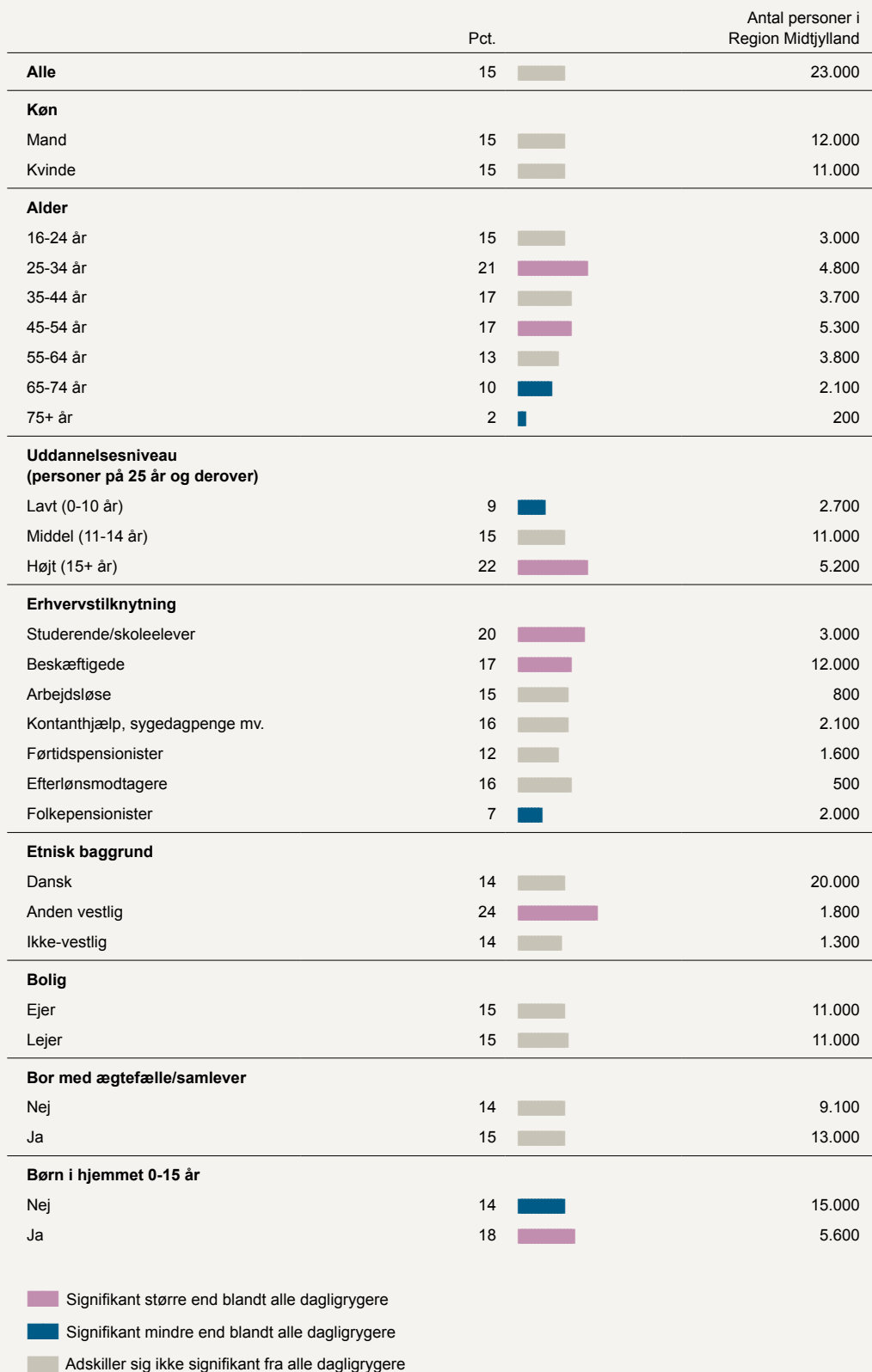
Figur 2.7 viser, at 13 % af storrygerne, 16 % af moderatrygerne og 18 % af lejlighedsrygerne planlægger at holde op med at ryge inden for 6 måneder.

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

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

**Figur 2.8**

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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





















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




- Odder
- Hedensted

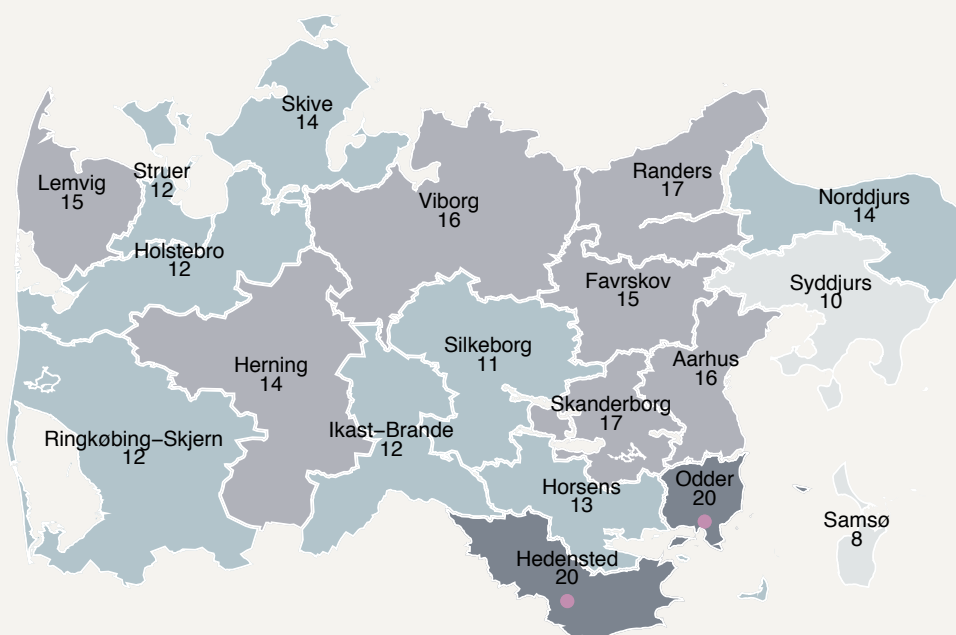
I disse kommuner udgør andelen 20 %.

**Figur 2.9**

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

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

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

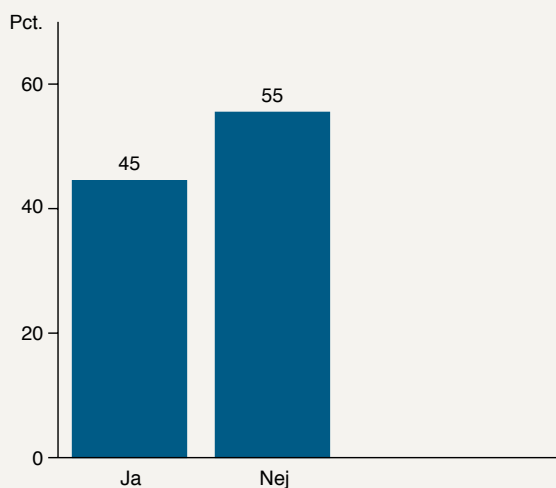


**Figur 2.10 og 2.11**

Vil du gerne have støtte og hjælp til rygestop?

**Figur 2.10**

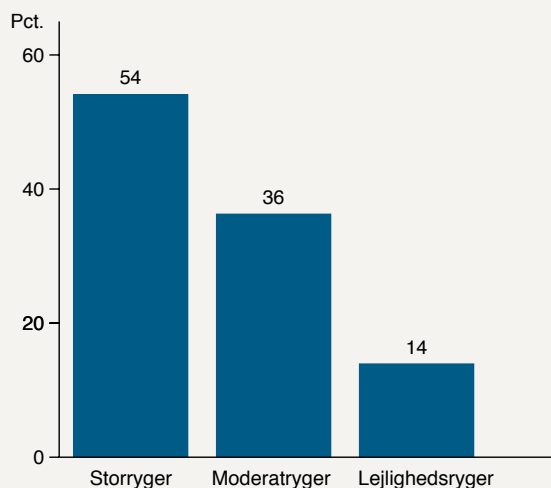
Vil du gerne have støtte og hjælp til rygestop?



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

**Figur 2.11**

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



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

**Hvor mange vil gerne have støtte og hjælp til rygestop?**

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

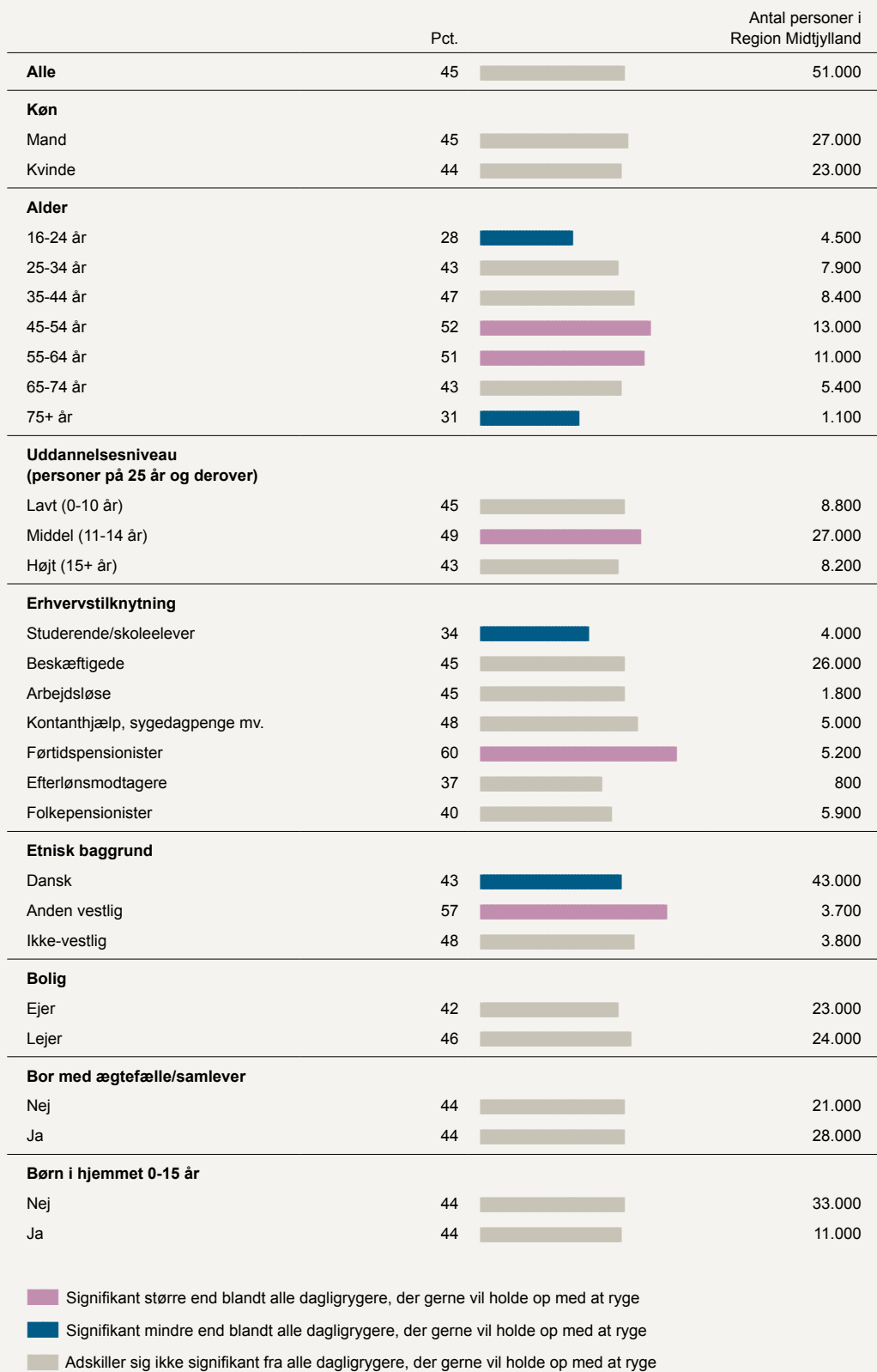
Figur 2.11 viser en klar sammenhæng mellem ønsket om støtte og hjælp til rygestop og tobaksforbrug. Blandt storrygere ønsker 54 % at få støtte og hjælp til at holde op med at ryge. Det samme gælder for 36 % blandt moderatrygere og 14 % blandt lejlighedsrygere.

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

► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen af dagligrygere, der ønsker støtte og hjælp til rygestop, fra 39 % til 45 %. Se [figur 2.7.S i bind 2](#). ◀

**Figur 2.12**

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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








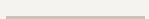
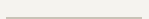

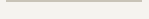









**Bolig.** Der er ingen sammenhæng mellem boligtype og ønsket om støtte og hjælp til rygestop blandt dagligrygere.




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

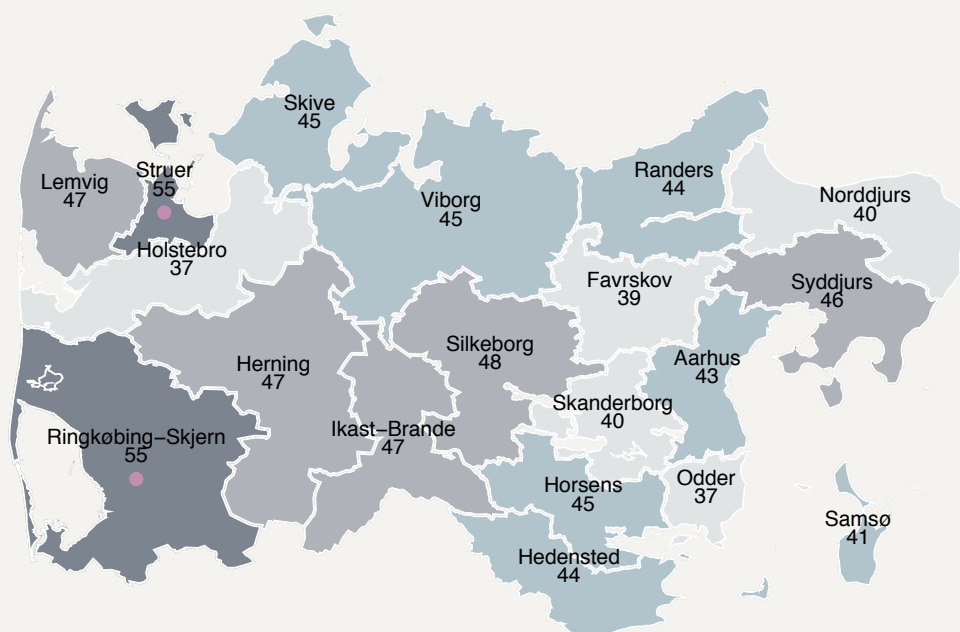
**Børn i hjemmet.** Der er ingen sammenhæng mellem, hvorvidt der er børn i hjemmet eller ej, og ønsket om støtte og hjælp til rygestop.

**Figur 2.13**

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

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

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





## Ønsker støtte og hjælp til rygestop – kommuner

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

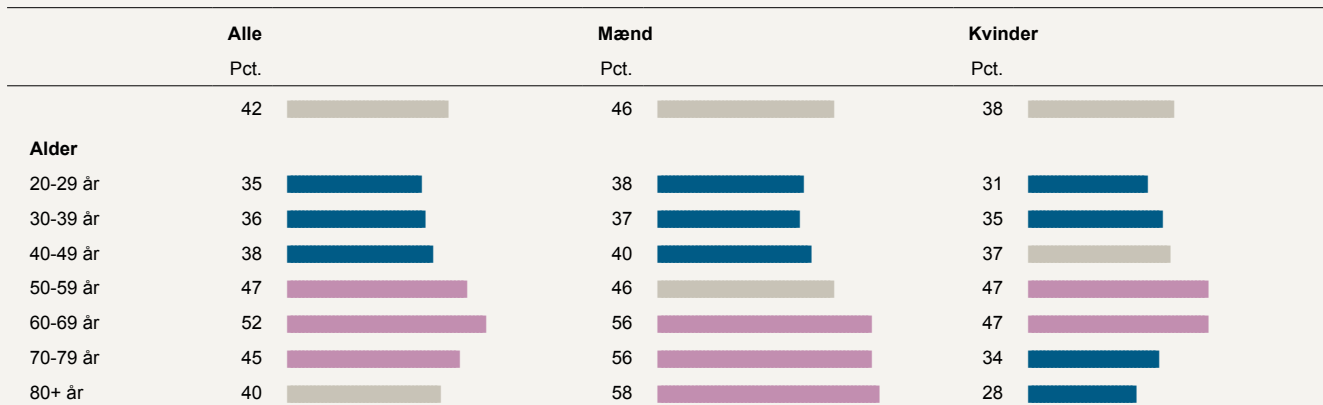
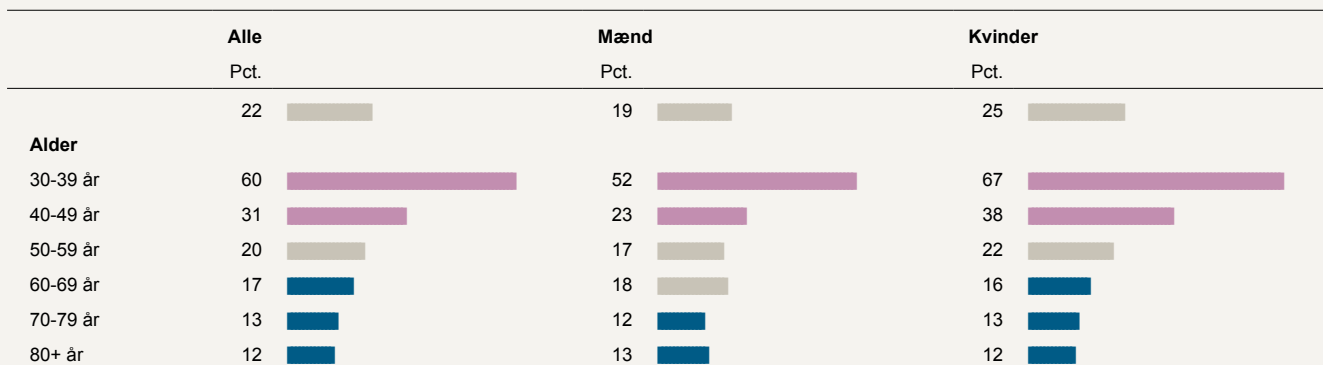
Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel, der ønsker støtte og hjælp til rygestop, i følgende kommuner:

- Struer
- Ringkøbing-Skjern

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

**Figur 2.14**

Rygestart og rygestop – køn og alder

**Andelen af befolkningen (20+ år), der er startet med at ryge, før de blev 20 år****Andelen, der er holdt op med at ryge, før de blev 30 år, blandt tidligere og nuværende rygere (30+ år)**

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

## Rygestart og rygestop

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

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

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

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

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

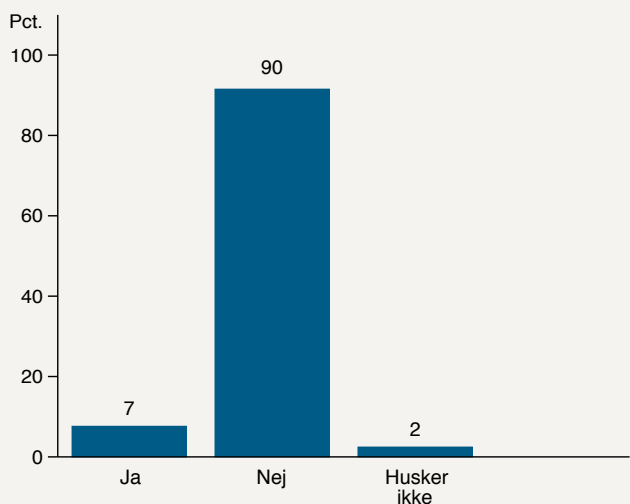
Desuden kan det nævnes, at alderen ved rygestart for nuværende og tidligere rygere er stort set uændret for de forskellige årgange. Den gennemsnitlige debutalder ved rygestart har for de forskellige årgange ligget på mellem 16 og 18 år.

**Figur 2.15 og 2.16**

Har du fået råd om rygestop fra egen læge?

**Figur 2.15**

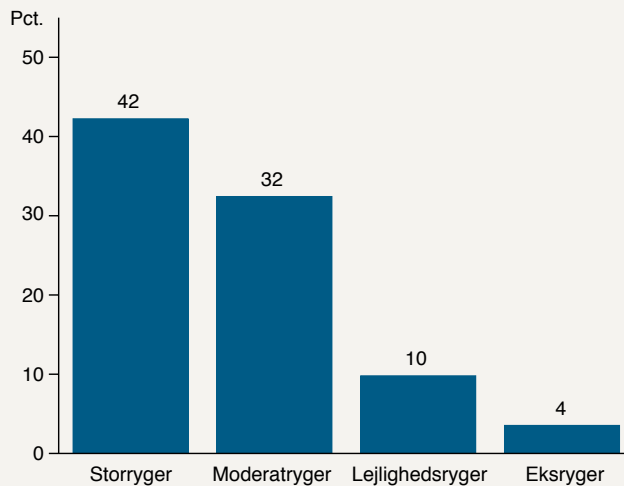
Har du fået råd om rygestop fra egen læge?



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

**Figur 2.16**

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



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

**Råd fra egen læge om rygestop**

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

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

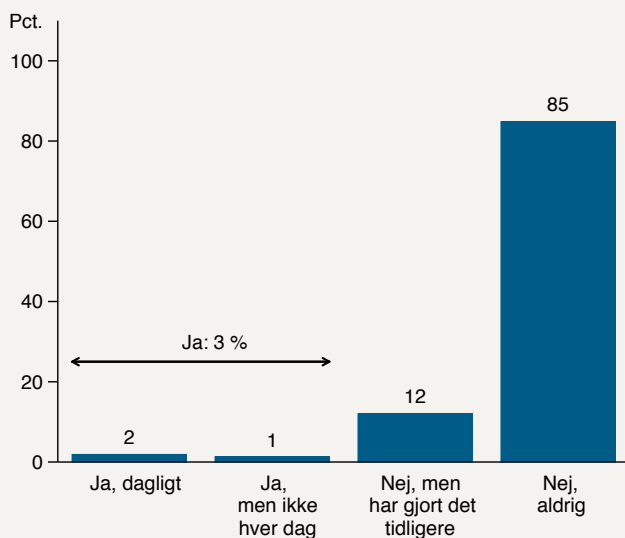
► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 har der været et lille fald i andelen, der i løbet af de seneste 12 måneder er blevet rådet til at holde op med at ryge af deres egen læge. Se [figur 2.9.S i bind 2](#). ◀

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

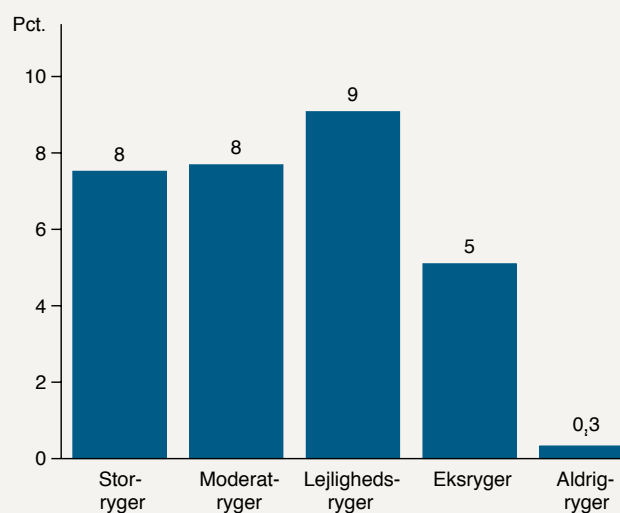
## Figur 2.17 og 2.18

### Bruger du e-cigaretter?

**Figur 2.17**  
Bruger du e-cigaretter?



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



## E-cigaretter

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

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

## Sammenfatning

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

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

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

Det ses endvidere, at rygerne i høj grad er motive-rede for rygestop, idet 70 % rapporterer, at de gerne vil holde op med at ryge. Det er dog kun 15 %, som ønsker at holde op med at ryge inden for de næste 6 måneder. Af de storrygere, som inden for det seneste år har været ved lægen, er 42 % blevet rådet til at holde op med at ryge.

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

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

## Referencer

1. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun M, Anderson RN, et al. 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *N Engl J Med*. 2013 Jan 24;368(4):341-350.
2. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2016.
3. Sundhedsstyrelsen. Guide til sygdomsforebyggelse på sygehus og i almen praksis. Fakta om rygning. København: Sundhedsstyrelsen; 2015.
4. Jakobsen M, Kolodziejczyk C, Rasmussen SR. Offentlige merudgifter ved rygning. En registeranalyse af offentlige merudgifter til rygere sammenlignet med aldrig-rygere og tidligere rygere. København: KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners analyse og Forskning; 2017.
5. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014.
6. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes Sundhed. Den Nationale Sundhedsprofil 2013. København: Sundhedsstyrelsen; 2014.
7. Falk J, Asserhøj MSL, Pedersen AD. Forebyggelses-pakke tobak. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
8. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*; 2004; 328(7455):1519.
9. Pirie K, Peto R, Reeves GK, et al. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. *Lancet*; 2013.
10. Dansk Selskab for Folkesundhed. Udfas tobak. Dansk Selskab for Folkesundhed: Folkesundhedsbarometer 1; marts 2017.

11. Pisinger C, Dossing M. A systematic review of health effects of electronic cigarettes. *Prev Med.* 2014; 69:248-260.
12. Pisinger C. A systematic review of health effects of electronic cigarettes. WHO, Document prepared for the World Health Organization; December 2015.
13. Shahab L, Goniewicz ML, Blount BC, Brown J, McNeill A, Alwis KU, et al. Nicotine, Carcinogen, and Toxin Exposure in Long-Term E-Cigarette and Nicotine Replacement Therapy Users: A Cross-sectional Study. *Ann Intern Med.* 2017;166:390-400.