

Tema: Kroniske patienter

Indhold

- 1 Kroniske patienter:
Sociale forskelle i
sundhedsvaner

HVORDAN HAR DU DET?

I 2006 svarede knap 22.000 midtjyder i aldersgruppen 25-79 år på omkring 400 spørgsmål om sundhedsvaner, sygelighed og trivsel.

De første analyser af svarene er præsenteret i *Hvordan har du det? Sundhedsprofil for region og kommuner*, som blev udgivet i november 2006.

Svarene analyseres fortsat, og nye resultater offentliggøres i *Hvordan har du det? Online*, som man kan tilmelde sig på Center for Folkesundheds hjemmeside: www.folkesundhed-midt.dk. Her kan sundhedsprofilen også downloades.

Resultaterne fra undersøgelsen bruges i det praktiske folkesundhedsarbejde i sygehusvæsen, praksissektoren og kommunerne.

Fakta om undersøgelsen:

- ▶ Undersøgelsen er baseret på en tilfældig stikprøve på 4.500 personer fra Århus kommune og 1.500 fra de øvrige 18 kommuner i Region Midtjylland, ialt 31.500 personer
- ▶ Der er benyttet et selvudfyldt postbesørget spørgeskema
- ▶ Svarprocenten var 69%

Kroniske patienter: Sociale forskelle i sundhedsvaner

Finn Breinholt Larsen, sundhedskonsulent

En række undersøgelser har dokumenteret, at der er store sociale forskelle i sundhed i den danske befolkning (1-7).

Region Midtjyllands *Sundhedsprofil for region og kommuner* fra 2006 bekræftede dette billede: Kroniske sygdomme, risikable sundhedsvaner og dårligt selv vurderet helbred optræder med betydelig overvægt hos kortuddannede (8).

I det følgende belyses et stort set ubeskrevet aspekt af sammenhængen mellem sundhed og sociale forhold: Sociale forskelle i sundhedsvaner hos patienter med kronisk sygdom. Analysen omfatter rygevaner, kostvaner og fysisk aktivitet.

Formålet er at undersøge behovet for forebyggelse hos de kortuddannede kroniske patienter på disse tre områder.

Kronisk sygdom og egenomsorg

Den stigende forekomst af kroniske sygdomme udgør en stor udfordring for sundhedsvæsenet. Mens man tidligere først og fremmest skulle tage sig af akutte helbredsproblemer, er der nu i langt højere grad brug for et sundhedsvæsen, der kan servicere mennesker gennem langvarige sygdomsforløb.

! Vigtige resultater

- ▶ Der er store sociale forskelle i sundhedsvaner hos kroniske patienter.
- ▶ En større andel af de kortuddannede patienter ryger.
- ▶ En større andel af de kortuddannede patienter har et usundt kostmønster.
- ▶ En større andel af de kortuddannede patienter er fysisk inaktive.
- ▶ Styrkelse af den patientrettede forebyggelse kan mindske den sociale ulighed i sundhed blandt kroniske patienter.

Ved de fleste kroniske sygdomme spiller patientens egen indsats en rolle for sygdomsforløbet. Det er vigtigt, at den kroniske patient tager bedst muligt vare på sin egen sundhed. Det øger effekten af behandlingen og mindsker risikoen for komplikationer og ny sygdom.



Derfor satses der i disse år på uddannelse og praktisk træning af patienter, så de bliver i stand til at udøve god egenomsorg.

Sundhedsstyrelsen lancerede i 2005 *Lær at leve med egen sygdom*, et uddannelsesprogram hvor patienter underviser patienter (9). I Region Midtjylland tilbydes patientundervisning i *Sundheds- og Patientskolen* på Regionshospital Grenaa, *Livsstilscafeerne* på Regionshospitalet i Holstebro og Herning og *Livsstilsceneteret* på Regionshospital Brædstrup. Mange sygehusafdelinger har desuden patientskoler for specifikke patientgrupper, tilbud om hjælp til rygestop mv.

God egenomsorg indebærer, at patienten følger den aftalte behandling, reagerer hensigtsmæssigt på symptomer og ændringer i helbredsstand og tilpasser sin levevis efter sygdommen. Det har nogle patienter lettere ved end andre. Sygdommen kan i sig selv, sammen med høj alder, gøre det vanskeligt.

Det er imidlertid vigtigt at være opmærksom på, at også sociale forhold påvirker mulighederne for at tage vare på egen sundhed. Patienter er ikke bare patienter, men sociale individer med forskellige forudsætninger, muligheder og levevilkår.

Metode

Undersøgelsen omfatter 17 kroniske sygdomme, der hver især bidrager væsentligt til sygdomsbyrden i befolkningen. For hver sygdom er der spurgt, om man har sygdommen, eller man har haft den tidligere og stadig har eftervirkninger. I analysen er aktuel sygdom og eftervirkninger slået sammen til én kategori.

For hver sygdom beskrives rygevaner, kostvaner og fysisk aktivitet hos patienter på forskelligt uddannelsesniveau. Lidt over halvdelen af de kronisk syge har mere end én sygdom. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på, at der er et vist overlap mellem de enkelte patientgrupper.

Rygevaner, kostvaner og fysisk aktivitet er beskrevet på følgende måde:

Ryging. Rygere omfatter personer, der ryger dagligt.

Kostvaner. Der er benyttet en kostscore udviklet ved Center for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden (10). Kostscoren bygger på oplysninger om forbruget af frugt, grøntsager, fisk og fedtstoffer. Kostscoren opdeler svarpersonerne i tre grupper efter kostens kvalitet: 1) sund kost, 2) middelsund kost og 3) usund kost. I analysen fokuseres på andelen med et usundt kostmønster.

Fysisk aktivitet. Der er foretaget en opdeling i fysisk aktive og inaktive. Som fysisk inaktive regnes personer, der mindre end 2 dage om ugen er moderat fysisk aktive i mindst 30 minutter og ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden.

Uddannelsesniveau. Uddannelsesniveau er beskrevet ved hjælp af *Dansk Uddannelsesnomenklatur* (11). Laveste uddannelsesniveau svarer til ingen eller en kort erhvervsuddannelse. Mellemsste uddannelsesniveau svarer til en faglig eller kort boglig uddannelse. Højeste uddannelsesniveau svarer til en mellemlag eller lang boglig uddannelse.

Indledningsvis tegnes en socio-demografisk profil af de enkelte patientgrupper: aldersgennemsnit og

-spredning, kønsfordeling, fordeling på uddannelsesniveau, andel der er gift/samlevende, og andel der er i arbejde.

Undersøgelsen omfatter 21.708 tilfældigt udvalgte borgere i Region Midtjylland i alderen 25-79 år. For en nærmere beskrivelse af dataindsamlingsmetode, svarprocent mv. se (8).

De statistiske analyser er foretaget ved hjælp af survey-procedurerne i statistikprogrammet Stata. Der er korrigeret for over/underrepræsentation på kommuneniveau ved hjælp af vægtning, da sandsynligheden for at blive udtrukket til stikprøven varierede fra kommune til kommune. Der er desuden korrigeret for forskelle i svarprocent i forhold til kommune, køn og alder (efterstratificering).

Resultater

Tabel 1 beskriver patientgruppernes socio-demografiske profil. Det generelle billede sammenholdt med hele befolkningen er, at:

- ▶ Gennemsnitalderen er højere
- ▶ Der er en overvægt af kvinder
- ▶ En større andel er kortuddannede
- ▶ En lavere andel er gift/samlevende
- ▶ En lavere andel er i arbejde

Der er imidlertid store variationer i patientgruppernes sociale profil. Fx er patienter, der har haft blodprop i hjertet, overvejende mænd. Gennemsnitalderen er høj, uddannelsesniveauet lavt, og de færreste er i arbejde.

Hos allergikerne er der en overvægt af kvinder, gennemsnitalderen er lav, uddannelsesniveauet højt og hovedparten er i arbejde.



Tabel 1. Socio-demografisk profil af kroniske patienter

	Alder		Køn	Uddannelsesniveau			Samliv	I arbejde	Antal
	Gennemsnit	Std.afvigelse	Mand	Lavt	Middel	Højt	Gift/samlevende	Ja	
	Pct								
Hele befolkningen 25-79 år	51	14	50	17	57	26	82	66	21.466
• Hjerte-kar									
Forhøjet blodtryk	60	11	47	27	56	17	77	43	3.276
Hjertekrampe	62	11	55	34	54	12	79	29	367
Blodprop i hjertet	65	10	70	36	54	11	83	26	193
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	64	10	59	34	52	14	77	20	270
Sukkersyge	60	12	52	33	52	15	75	37	805
Kræft	61	12	42	26	50	24	76	31	361
• Luftveje									
Kronisk bronkitis, for store lunger, KOL	62	11	52	36	52	13	71	30	886
Astma	51	15	47	22	53	25	81	58	1.284
Allergi	47	13	42	12	54	34	82	70	3.284
• Muskel-skelet									
Slidgigt, leddegigt	59	11	39	29	54	17	78	42	4.310
Knogleskørhed	64	10	15	40	43	17	73	19	466
Diskusprolaps, rygsygdom	53	12	52	20	60	20	81	57	2.676
• Psykiske lidelser									
Forbigående psykiske lidelser	49	13	38	21	54	25	71	53	2.108
Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	50	12	46	30	51	19	58	30	501
• Nervesystem og sanseorganer									
Migræne, hyppig hovedpine	47	13	30	19	57	24	82	65	2.939
Tinnitus	56	12	67	20	57	23	82	56	2.238
Grå stær	67	10	34	38	46	16	70	15	559

■ Signifikant højere end i hele befolkningen ($p < 0,05$)

■ Signifikant lavere end i hele befolkningen ($p < 0,05$)

Gruppen med vedvarende psykisk sygdom/mentale forstyrrelser skiller sig ud fra de øvrige ved en markant lavere andel, der er gift/samlevende. Desuden er få i arbejde.

Se i øvrigt box 1.



Box 1. Socio-demografisk profil af kroniske patienter

Alder. Der er et signifikant højere aldersgennemsnit i 12 ud af 17 patientgrupper sammenholdt befolkningen som helhed. Det gælder hjertekarsygdomme, sukkersyge, kræft, kroniske lungelidelser, muskelskeletsygdomme, tinnitus og grå stær.

Tre patientgrupper har et lavere aldersgennemsnit end hele befolkningen: allergi, forbigående psykiske lidelser (angst, depression) og migræne/hyppig hovedpine.

Personer med astma og vedvarende psykisk sygdom/mentale forstyrrelser har et aldersgennemsnit, der statistisk ikke afviger fra hele befolkningen.

Samtlige patientgrupper på nær én har en lidt mindre aldersmæssig spredning (standardafvigelse) end befolkningen som helhed.

Køn. Der er betydelige kønsforskelle i sammensætningen af patientgrupperne fra 15% mænd ved knogleskørhed til 70% mænd ved blodprop i hjertet.

Der er en signifikant større andel af mænd i tre patientgrupper: blodprop i hjertet, hjerneblødning/blodprop i hjernen og tinnitus. Der er en overvægt af kvinder i otte patientgrupper: Forhøjet blodtryk, kræft, allergi, slidgigt/leddegigt, knogleskørhed, forbigående psykiske lidelser, migræne/hyppig hovedpine og grå stær.

Uddannelsesniveau. Ved 15 ud af 17 sygdomme er andelen af kortuddannede signifikant højere end i hele befolkningen. Der er 17% kortuddannede i hele befolkningen. Andelen af kortuddannede i de 15 pa-

tientgrupper varierer fra 20% ved diskusprolaps/anden ryggsygdom og tinnitus til 38% ved grå stær.

Kun ved allergi med 12% kortuddannede er andelen signifikant lavere end hele i befolkningen

Personer på det mellemste uddannelsesniveau udgør en lavere andel end i hele befolkningen ved 10 ud af 17 sygdomme. Ved en enkelt sygdom, diskusprolaps/anden ryggsygdom, er der en signifikant højere andel end i hele befolkningen.

Personer på højeste uddannelsesniveau udgør en signifikant lavere andel end i hele befolkningen i 13 ud af 17 patientgrupper. Kun ved allergi er der en større andel af højtuddannede end i hele befolkningen, mens de hverken er over- eller underrepræsenterede ved kræft, astma og forbigående psykiske lidelser.

Samlivssituation. Ved 9 ud af 17 sygdomme er der en signifikant lavere andel, der er gift/samlevende end i befolkningen som helhed, mens der ikke er sygdomme, hvor andelen af gifte/samlevende er signifikant højere. Andelen af gifte/samlevende varierer fra 58% for vedvarende psykiske sygdomme til 83% for blodprop i hjertet.

I arbejde. Ved 15 ud af 17 sygdomme er andelen i arbejde lavere end i befolkningen som helhed. Andelen svinger fra 15% ved grå stær til 70% ved allergi. Allergi er den eneste patientgruppe med en signifikant større andel i arbejde end i hele befolkningen, hvor andelen ligger på 66%.

Rygning

Rygning er mere udbredt blandt kronisk syge end i befolkningen som helhed.

25% af den voksne befolkning ryger dagligt. Ved 12 ud af 17 kroniske syg-

domme er andelen af rygere højere. Forskellen er signifikant ved 6 af sygdommene. Kun hos personer med allergi er andelen af rygere signifikant lavere end i hele befolkningen.

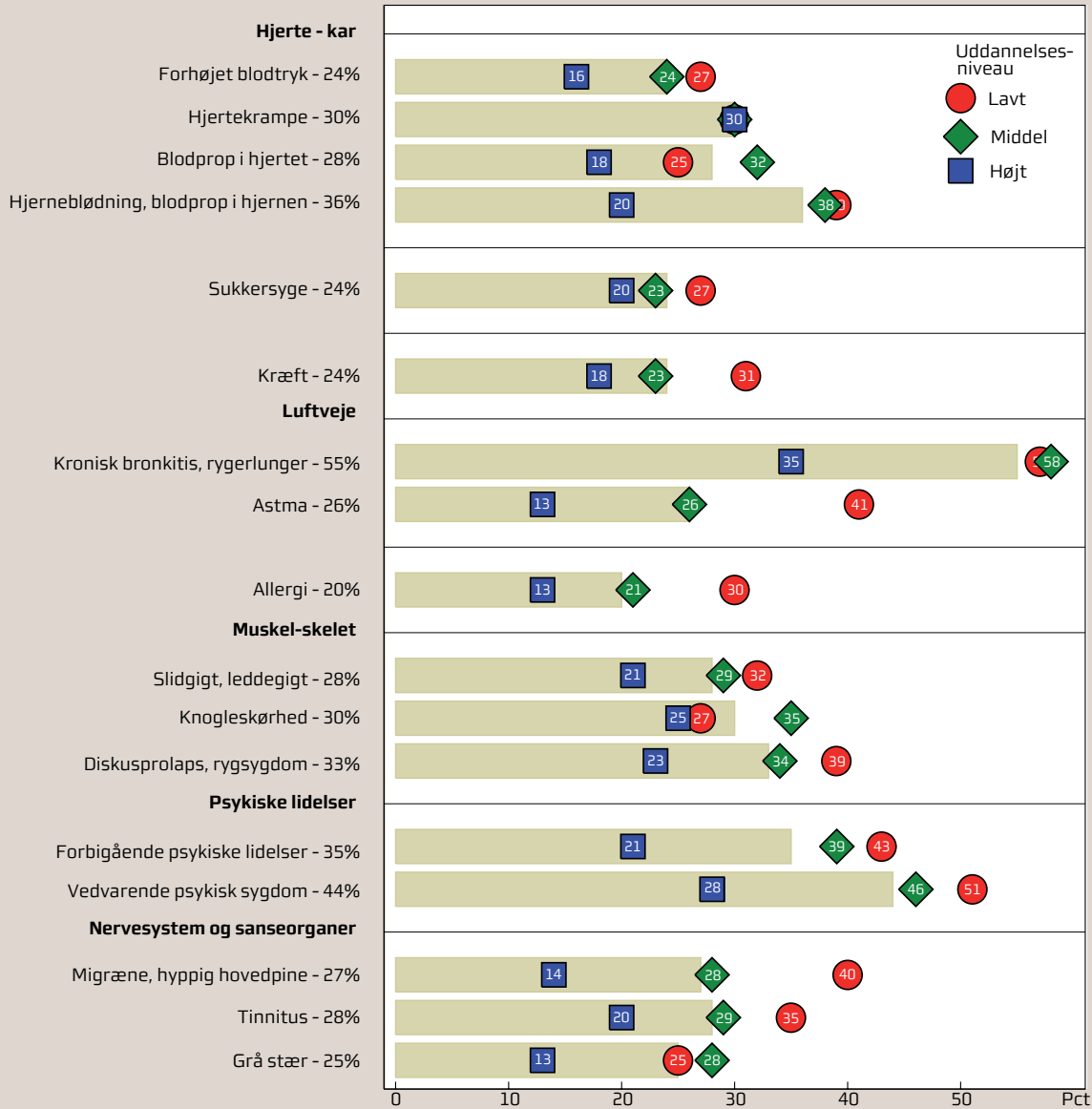
Der er en betydelige variation i andelen af rygere i de forskellige

sygdomsgrupper (figur 1). Yderpunkterne er allergi med 20% rygere og kronisk bronkitis/rygerlunger med 55% rygere.

Figur 1 viser et tydeligt mønster i forhold til rygning og uddannelsesniveau. Med undtagelse af hjertekram-

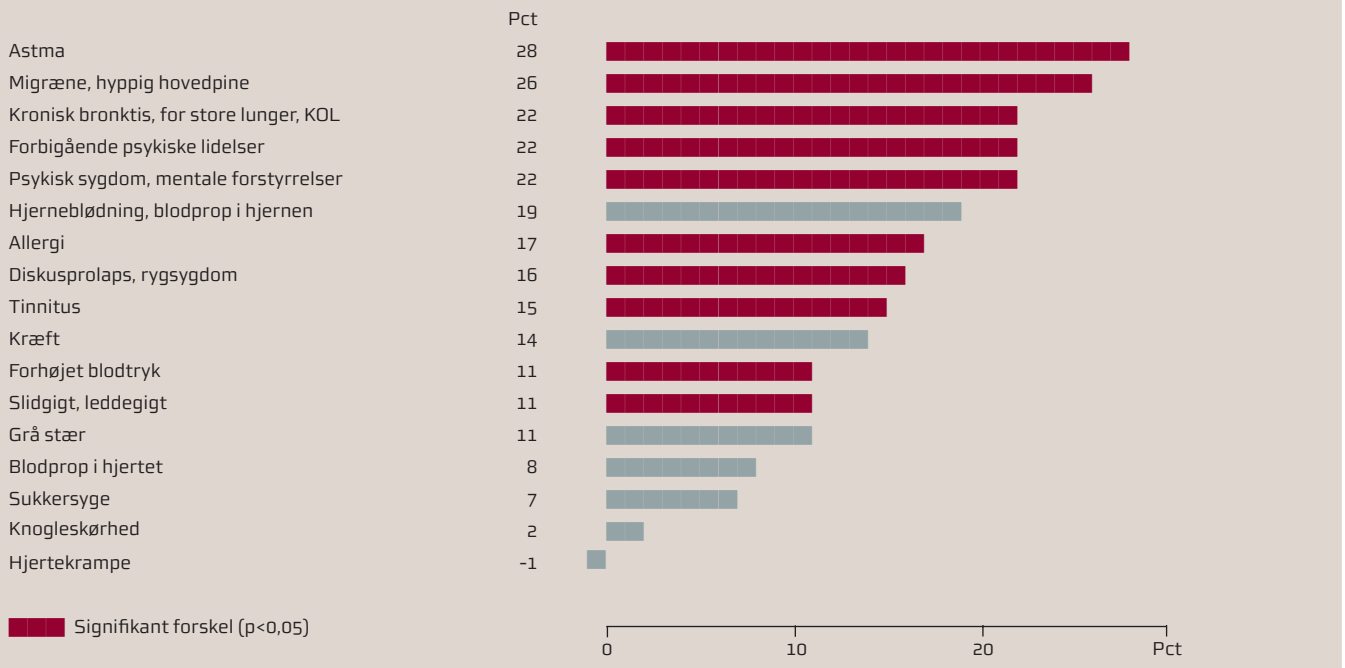


Figur 1. Dagligrygere hos kroniske patienter opdelt på uddannelsesniveau - søjlen angiver andelen i hele patientgruppen





Figur 2. Forskel i rygevaner hos kroniske patienter i forhold til uddannelsesniveau: Pct dagligrygere hos kortuddannede MINUS pct dagligrygere hos højtuddannede



pe er andelen af rygere lavest hos højtuddannede. Ved 12 sygdomme er rygerandelen højest hos kortuddannede.

Figur 2 viser forskellen i rygerandel mellem laveste og højeste uddannelsesniveau for de 17 sygdomme. Den største forskel finder man hos personer med astma, hvor procentdifferencen er på 28%: 41% af de kortuddannede astmatikere ryger mod 13% hos de højtuddannede.

Ved 5 sygdomme er procentdifferencen på 20% eller mere:

- ▶ Astma
- ▶ Migræne, hyppig hovedpine
- ▶ Kronisk bronkitis, rygerlunger
- ▶ Forbigående psykiske lidelser
- ▶ Vedvarende psykisk sygdom, mentale forstyrrelser

Ved 10 ud af 17 sygdomme er andelen af rygere hos kortuddannede signifikant højere end hos højtuddannede.

Kostvaner

14% af den voksne befolkning har et usundt kostmønster. I de 17 patientgrupper varierer andelen fra 9% til 23%. I 9 patientgrupper er der en højere andel med usundt kostmønster. Heraf er andelen signifikant højere hos personer med astma, diskusprolaps/andre rygsygdomme og kronisk bronkitis/rygerlunger. I 6 patientgrupper er der en lavere andel med usundt kostmønster. Heraf er andelen signifikant lavere ved sukkersyge, forhøjet blodtryk, allergi og kræft.

Figur 3 viser, at andelen med et usundt kostmønster er lavest hos de

højtuddannede inden for samtlige 17 sygdomsgrupper. Kortuddannede har den højeste andel med usundt kostmønster ved 15 ud af 17 sygdomme.

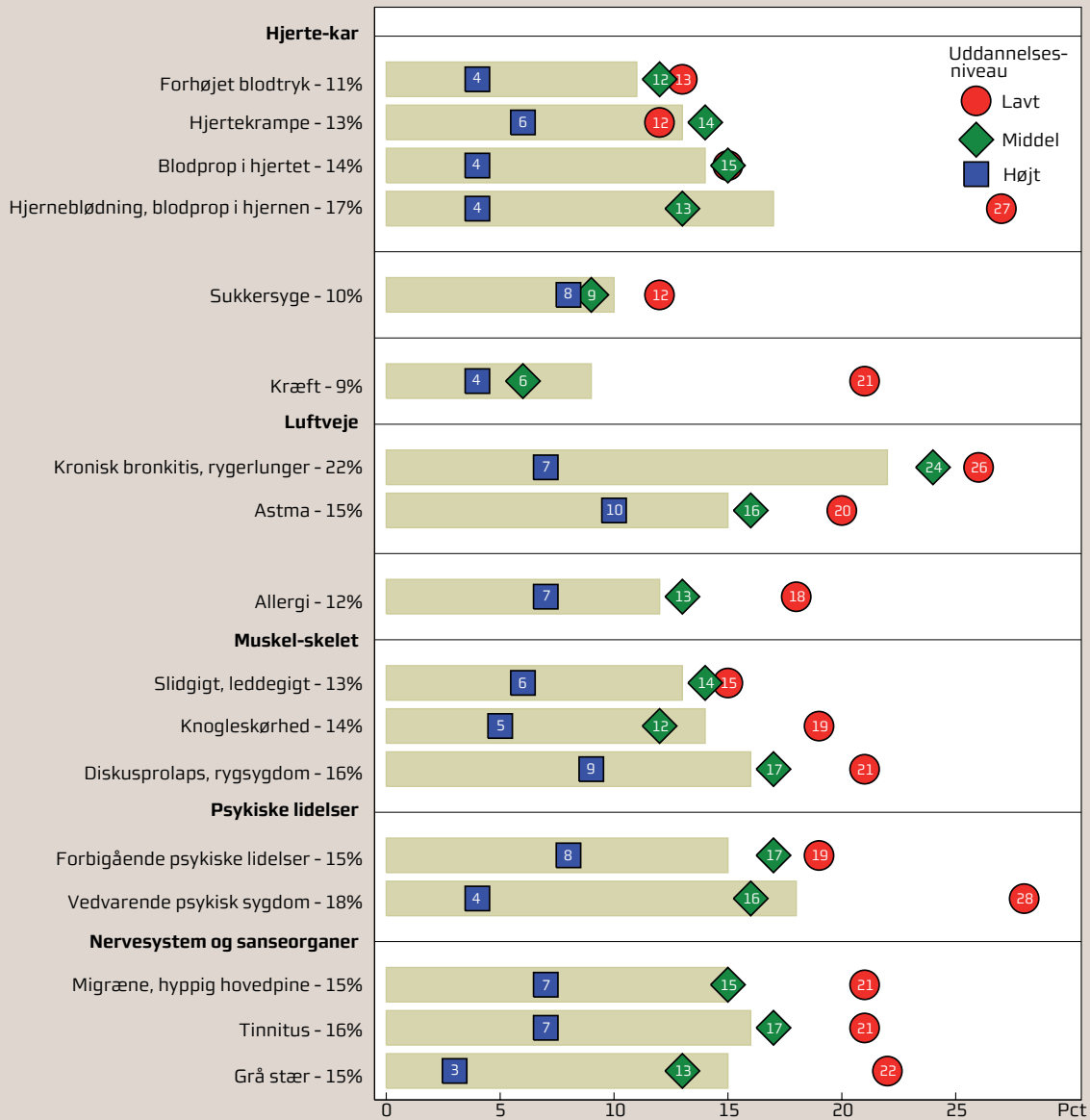
Figur 4 viser forskellen i andelen med usundt kostmønster mellem laveste og højeste uddannelsesniveau for de 17 sygdomme.

Den største forskel finder man hos personer med vedvarende psykisk sygdom/mentale forstyrrelser hvor procentdifferencen er 24%: 28% af de kortuddannede psykiske syge har et usundt kostmønster mod 4% af de højtuddannede.

Den næststørste forskel finder man hos personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen. Procentdifferencen er 23%: 27% af de kortuddannede har et usundt kostmønster mod 4% af de højtuddannede.

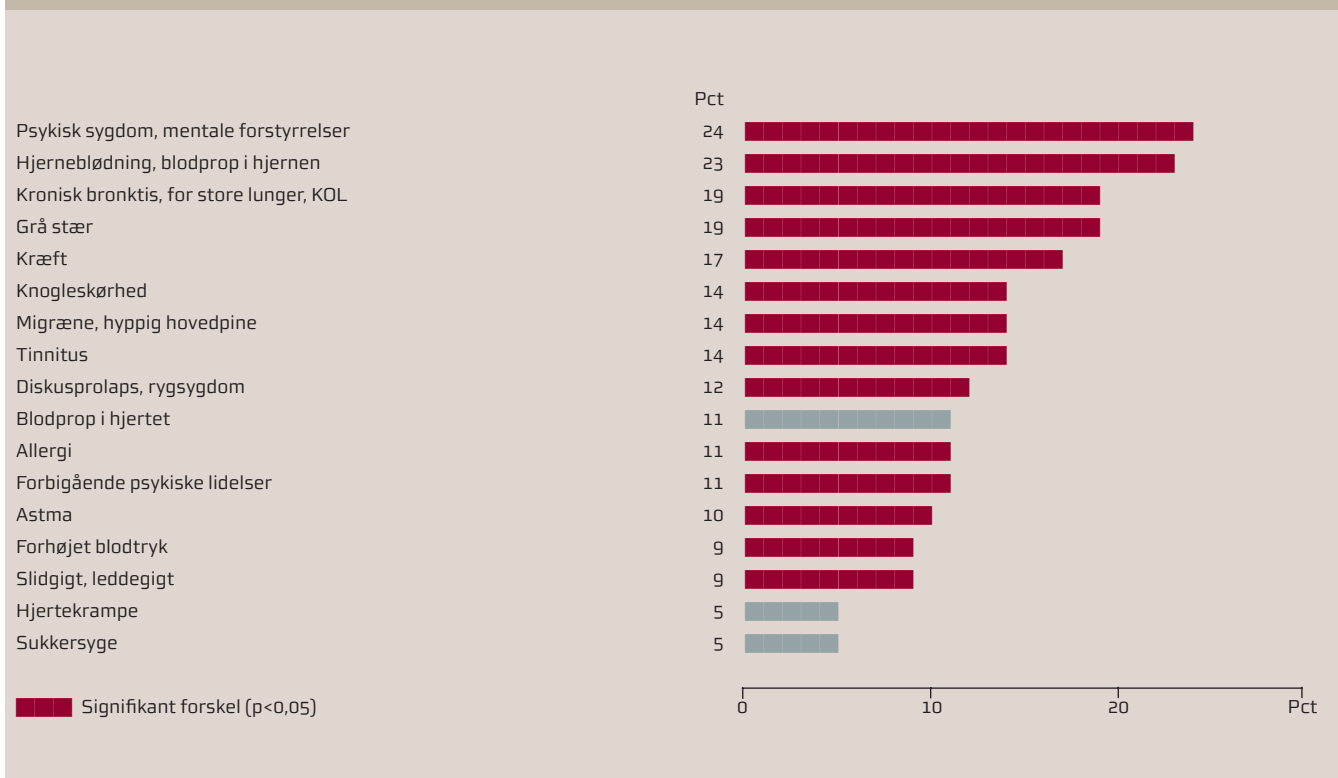


Figur 3. Usundt kostmønster hos kroniske patienter opdelt på uddannelsesniveau - søjlen angiver andelen i hele patientgruppen





Figur 4. Forskel i kostvaner hos kroniske patienter i forhold til uddannelsesniveau: Pct med usundt kostmønster hos kortuddannede MINUS pct med usundt kostmønster hos højtuddannede



Ved 14 ud af 17 sygdomme har kortuddannede en signifikant højere andel med et usundt kostmønster end højtuddannede.

Fysisk aktivitet

Der er flere fysisk inaktive blandt kronisk syge end i befolkningen som helhed. 16% af den voksne befolkning er fysisk inaktive. I alle 17 sygdomsgrupper er der en større andel af fysisk inaktive end i befolkningen som helhed. Ved 14 af sygdommene er forskellen signifikant. Andelen af fysisk inaktive varierer fra 17% ved allergi og tinnitus til 31% ved hjerneblødning/blodprop i hjernen. Figur 5 viser et entydigt mønster i forhold til fysisk inaktivitet og uddan-

nelsesniveau. De højtuddannede har den laveste andel af fysisk inaktive ved 16 af 17 sygdomme. De kortuddannede har den højeste andel af fysisk inaktive ved 15 sygdomme.

Ved 4 sygdomme er procentdifferencen på 20% eller mere:

- ▶ Hjerneblødning, blodprop i hjernen
- ▶ Blodprop i hjertet
- ▶ Sukkersyge
- ▶ Vedvarende psykisk sygdom, mentale forstyrrelser

Ved 13 ud af 17 sygdomme har kortuddannede en signifikant højere andel af fysisk inaktive end højtuddannede.

Diskussion

Rygning, usunde kostvane og fysisk inaktivitet er kendte risikofaktorer for hovedparten af undersøgelsens 17 kroniske sygdomme, fx hjertekarsygdomme og kræft, og kan forværre tilstanden ved endnu flere. Fx kan rygning fremprovokere anfald hos astmatikere og migrænepatienter.

Desuden øger de tre faktorer risikoen for nye kroniske sygdomme og dermed for en nedadgående helbreds-mæssig spiral. Region Midtjyllands *Sundhedsprofil for region og kommuner* dokumenterede, at der er væsentligt flere patienter med to eller flere kroniske sygdomme, der har et dårligt selv vurderet helbred, og som føler sig hæmmede af deres

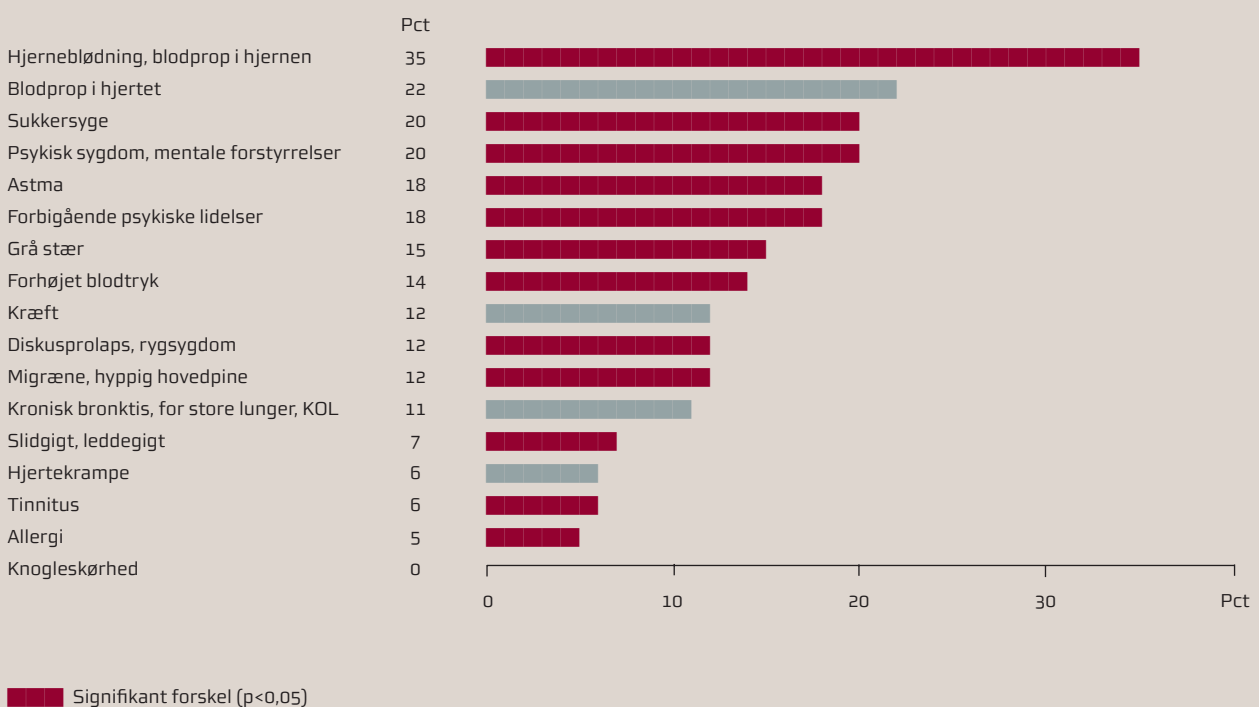


Figur 5. Fysisk inaktivitet hos kroniske patienter opdelt på uddannelsesnivea - søjlen angiver andelen i hele patientgruppen





Figur 6. Forskel i fysisk aktivitet hos kroniske patienter i forhold til uddannelsesniveau: Pct fysisk inaktive hos kortuddannede MINUS pct fysisk inaktive hos højtuddannede



sygdom, i forhold til patienter med én kronisk sygdom (8). Forebyggelse blandt kroniske patienter er vigtig både for at forhindre forværring af den aktuelle sygdom og for at forebygge, at nye sygdomme opstår.

Undersøgelsen viser, at der er en stor opgave i at fremme rygestop, sunde kostvaner og fysisk aktivitet blandt kroniske patienter.

Det gælder gruppen af kroniske patienter som helhed. Fx ryger 55% af de kroniske lungepatienter, 22% har et usundt kostmønster og 30% er fysisk inaktive.

Men der er især et behov for forebyggelse hos den lavt uddannede del af de kroniske patienter. Det generelle

billede er, at flere kortuddannede med en kronisk sygdom ryger, har et usundt kostmønster og er fysisk inaktive.

Dette er med til at forstærke den sociale ulighed i sundhed. I forvejen er de kortuddannede overrepræsenterede blandt de kroniske patienter. Dårlige sundhedsvaner øger risikoen for forværring af sygdommen og udvikling af nye kroniske sygdomme.

En intensiveret forebyggelsesindsats i forhold til patienter med kort uddannelse kan opnås på to måder:

1. En generel styrkelse af den forebyggende indsats i forhold til kroniske patienter.

2. En styrkelse af den forebyggende indsats i forhold til kortuddannede kroniske patienter i form af socialt differentierede tilbud.

En generel styrkelse af den patientrettede forebyggelse vil gavne alle patienter og muligvis de kortuddannede mere end de øvrige patienter. I et amerikansk forsøg, hvor overvægtige patienter med type 2 diabetes modtog individuel og gruppebaseret undervisning for at tabe sig, opnåede de kortuddannede større væggtab end personer med længere uddannelse (12). Undersøgelsens forfattere tolker det som udtryk for, at de kortuddannede i udgangspunktet havde ringere adgang til aktiviteter og tilbud, der kunne fremme deres sundhed.



En anden tilgang er at lave særlige tilbud til kortuddannede patienter. En fordel er, at man kan tilpasse pædagogikken til målgruppen. Ved at have et standardtilbud til alle patienter og et udvidet til patienter med særligt behov kan man desuden opnå en mere rationel udnyttelse af ressourcerne. Et forsøg med socialt differentieret hjerterehabilitering i Århus Amt viser positive resultater med denne tilgang (13).

Vores viden om, hvordan man mindsker de sociale forskelle i sundhedsvaner hos kroniske patienter, er endnu begrænset, og der er brug for at gennemføre praktiske interventionsforsøg for at udvikle effektive, evidensbaserede metoder.

Referencer

1. Ingerslev O, Madsen M, Andersen O. *Sociale forskelle i dødeligheden i Danmark. Dødeligheden i relation til erhvervsaktivitet, socio-økonomiske grupper, uddannelse og ledighed*. 3. delrapport fra Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg. Sundhedsministeriet 1994.
2. *Social ulighed i sundhed. Forskelle i helbred, livsstil og brug af sundhedsvæsenet*. 2. delrapport fra Middellevetidsudvalget. Sundhedsministeriet 2000.
3. Diderichsen F, Habroe M, Nygaard E. *At prioritere social ulighed i sundhed. Analysestrategi og resultater for Københavns Kommune*. Folkesundhed København 2006.
4. Larsen FB. *Hvordan har du det? Selvvurderet helbred og ulighed i sundhed*. Århus Amt 2003.
5. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*. Statens Institut for Folkesundhed 2006.
6. Ekholm et al. *Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 og udviklingen siden 1987*. Statens Institut for Folkesundhed 2006.
7. Mackenbach JP. Socio-economic inequalities in health in the developed countries: the facts and the options. In: *Oxford textbook of public health* (eds. Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka, H) pp 1773-90, Oxford University Press 2002.
8. Larsen FB, Nordvig L, Søre D. *Hvordan har du det? Sundhedsprofil for region og kommuner*. Region Midtjylland 2006.
9. Langhoff P. *Guide til Lær at leve med kronisk sygdom*. Sundhedsstyrelsen 2005.
10. Toft U, Kristoffersen LH, Lau C, Borch-Johnsen K, Jørgensen T. The dietary quality score: validation and association with cardiovascular risk factors: the Inter99 study. *European Journal of Clinical Nutrition*, August 2006.
11. *DUN 2001*, Danmarks Statistik 2002.
12. Gurka MJ et al. Lifestyle intervention in obese patients with type 2 diabetes: Impact of the patient's educational background. *Obesity*, 14(6) pp 1085-92, 2006.
13. Meillier L, Larsen FB, Larsen ML. High participation rate in individualized comprehensive and socially differentiated coronary rehabilitation programme. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, draft 2007.



'Hvordan har du det?'

- Sundhedsprofil for region og kommuner'

Læs Region Midtjyllands sundhedsprofil på www.folkesundhed-midt.dk, hvor rapporten kan downloades.

Trykte eksemplarer af profilen kan rekvireres på hvordanhardudet@rm.dk pris 100 kr. + forsendelse

Udgiver: Region Midtjylland | Center for Folkesundhed | Sundhedsfremme og Forebyggelse | Olof Palmes Allé 15 | 8200 Århus N
Tlf: 8728 4700 | Fax: 8728 4702 | Mail: HvordanHarDuDet@rm.dk | Web: www.folkesundhed-midt.dk

Redaktion: Finn Breinholt Larsen (ansvarshavende) (Finn.Breinholt@stab.rm.dk) | Louise Nordvig (Louise.Nordvig@stab.rm.dk)

Distibution: Dorthe Søe (Dorte.Soe@stab.rm.dk)

Tryk og lay-out: Grafisk Service, Region Midtjylland 960-07-34

Grafik: Hanne Ravn Hermansen

ISSN: 1902-4371