

KRAM-profil

Sønderborg Kommune

**KRAM-enheden, Tine Curtis (red.)
Statens Institut for Folkesundhed**

Kolofon-side:

KRAM-profil. Sønderborg Kommune

Christina Bjørk, Anne Illemann Christensen, Maria Severin, Mette Toftager, Ulrik Hesse, Ola Ekholm, Camilla Møntegaard, Teresa Holmberg, Heidi Theresa Cueto og Tine Curtis

© Statens Institut for Folkesundhed og Sønderborg Kommune, februar 2008

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt mod tydelig kildegengivelse.

Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation, bedes tilsendt.

Bagsiden

Danskernes middelleve-tid er blandt den laveste i Europa. Vi spiser for meget og forkert, ryger og drikker for meget og bevæger os for lidt. Kost, Rygning, Alkohol og Motion (KRAM-faktorerne) er medvirkende årsager til en stor del af alvorlig sygdom og tidlig død i Danmark. Der er forsket meget i helbreds-konsekvenserne af KRAM-faktorerne, men der er stadig meget, vi ikke ved. Det gælder både sammenhænge mellem KRAM-faktorer og helbred, herunder specifikke kostfaktorer, passiv rygning, frekvens og mængde af alkoholforbrug samt kondition og type af motions betydning for sundhed og sygelighed. Det gælder også viden om hvilke forhold, der har betydning for ændring af vaner, eksempelvis motionstilbud i lokalområdet og den enkeltes motivation for at øge sit aktivitetsniveau. Endelig mangler vi viden om hvilke indsatser og forebyggelsesaktiviteter, der er effektive.

KRAM-undersøgelsen er en af de hidtil største samlede undersøgelser af danskernes sundhed. Undersøgelsen kaldes KRAM, fordi den handler om Kost, Rygning, Alkohol og Motion. Tretten udvalgte kommuner vil i løbet af 2007 og 2008 deltage i KRAM-undersøgelsen og få en måneds besøg af KRAM-bussen. Alle voksne borgere i de 13 kommuner bliver inviteret til at deltage i en internetbaseret spørgeskemaundersøgelse om livsstil, sundhed og sygelighed. Derudover er det planen, at omkring 1500 borgere i hver kommune skal deltage i en helbredsundersøgelse ved KRAM-bussen.

Forord

I denne rapport præsenteres resultaterne fra KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune. I KRAM-profilen beskrives sammenhængen mellem de fire KRAM-faktorer – Kost, Rygning, Alkohol og Motion samt helbred og trivsel blandt svarpersonerne i Sønderborg Kommune.

KRAM-undersøgelsens styrke er, at den er meget stor, og at vi har spurgt til nye faktorer af potentiel betydning for forebyggelsesarbejdet. Til gengæld var deltagelsesprocenten for spørgeskemaundersøgelsen i Sønderborg Kommune lav, og vi har ingen forventning om at kunne bruge KRAM-undersøgelsen til en rå beskrivelse af forekomsten af for eksempel rygere eller storforbrugere af alkohol i kommunen. Det findes der andre (mindre) undersøgelser til. Vores ambition er derfor at præsentere en KRAM-profil, der dels viser uddybende analyser af forskelle mellem grupper, baseret på køn, alder og uddannelse, dels viser sammenhænge mellem de kendte KRAM-faktorer og forekomsten af nye indikatorer blandt deltagerne i undersøgelsen.

KRAM-undersøgelsen er initieret af Det Nationale Råd for Folkesundhed, udføres af Statens Institut for Folkesundhed og finansieres af TrygFonden og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. KRAM-profilen er udarbejdet af KRAM-enheden, Statens Institut for Folkesundhed og redigeret af forskningsleder Tine Curtis. Vi håber, at profilen vil være til nytte i det fremtidige forebyggelsesarbejde i Sønderborg Kommune.

Februar 2008

Morten Grønbæk

Indholdsfortegnelse

FORORD.....	1
SAMMENFATNING.....	3
KAPITEL 1 - BAGGRUND OG FORMÅL.....	10
KAPITEL 2 – MATERIALE OG METODE.....	12
KAPITEL 3 - SELVRAPPORTERET HELBRED OG SYGELIGHED.....	21
KAPITEL 4 - RESULTATER FRA HELBREDSUNDERSØGELSEN.....	37
KAPITEL 5 - KOST.....	51
KAPITEL 6 - RYGNING.....	60
KAPITEL 7 - ALKOHOLFORBRUG.....	70
KAPITEL 8 - FYSISK AKTIVITET.....	78
KAPITEL 9 - TRIVSEL.....	88
KAPITEL 10 - KRAM-FAKTORERNE SAMLET.....	104
KAPITEL 11 – KONTAKT TIL SYGEHUSVÆSENET.....	110
REFERENCER.....	124

Sammenfatning

I denne KRAM-profil beskrives resultaterne for KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune. KRAM-profilen har til formål at vise dels analyser af forskelle mellem køns-, alders- og uddannelsesgrupper, dels sammenhænge mellem KRAM-faktorerne og henholdsvis helbred og en række nye uddybende indikatorer, der mere detaljeret belyser KRAM-vaner blandt deltagerne.

KRAM-profilen for Sønderborg Kommune er baseret på registerbaserede oplysninger på alle borgere i Sønderborg Kommune, spørgeskemabesvarelser fra 4.823 voksne på 18 år eller derover samt resultater af målinger og test fra 1.948 personer, som gennemgik helbredsundersøgelsen ved KRAM-bussen.

KRAM-spørgeskemaundersøgelsen i Sønderborg Kommune bygger på et selvadministreret postomdelt papirspørgeskema med udgangspunkt i spørgsmål fra de danske Sundheds- og sygelighedsundersøgelser samt supplerende bidrag fra en række eksperter indenfor de fire KRAM-faktorer og stress. Helbredsundersøgelserne ved KRAM-bussen omfatter måling af blodtryk, fedtprocent, højde og vægt, hoft- og taljemål, knoglemineralindhold, muskelstyrke, balance, lungefunktion og kondital samt blodprøver, der undersøges for blandt andet kolesterol og blodsukkerniveau.

Helbred

Blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen er andelen, der vurderer eget helbred som virkelig godt eller godt, mindre end den tilsvarende andel i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen i Region Syddanmark (SUSY-Region Syddanmark), men større end andelen i Sønderborg sundhedsprofil. Andelen falder med stigende alder for både mænd og kvinder. Det fremgår endvidere, at jo længere uddannelse desto større er andelen, der har et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred.

Andelen, der har en langvarig sygdom eller lidelse, er mindre blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune end i SUSY-Region Syddanmark, men større end andelen i Sønderborg sundhedsprofil. Andelen stiger med stigende alder. I forhold til kontakt til praktiserende læge fremgår det, at andelen er større blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen sammenlignet med SUSY-Region Syddanmark. Der er en større andel blandt kvinder end blandt mænd der har haft kontakt til praktiserende læge inden for de seneste tre måneder. Andelen, der har taget receptpligtig medicin eller håndkøbsmedicin inden for en 14-dages periode, er på niveau med andelen i SUSY-Region Syddanmark. En større andel blandt kvinder end blandt mænd, har taget receptpligtig medi-

cin eller håndkøbsmedicin. Andelen, der har taget håndkøbsmedicin, er størst i aldersgruppen 25-44 år, og andelen, der har taget receptpligtig medicin, stiger med stigende alder. Andelen, af svarpersoner der er svært overvægtige ($BMI \geq 30$), er den samme blandt mænd og kvinder, og mindst i aldersgruppen 18-24 år. For både mænd og kvinder gælder, at jo kortere uddannelse, desto større er andelen, der er svært overvægtige.

Resultaterne fra KRAM-undersøgelserne i Sønderborg viser, at 49,4 % af mændene og 33,6 %, af kvinderne, der gennemførte helbredsundersøgelsen, er moderat overvægtige ($BMI = 25,0-29,9$), mens andelen af svært overvægtige ($BMI \geq 30$) er 13,3 % og 13,7 % for henholdsvis mænd og kvinder. Resultaterne for fedtprocentmålingerne viser på samme måde som BMI, at overvægt er et større problem for de mandlige deltagere end for de kvindelige deltagere, idet flere mænd end kvinder overstiger de fastsatte grænser for fedtprocent. Andelen, der ligger over de fastsatte grænser, stiger med stigende alder.

For både det systoliske og diastoliske blodtryk er andelen, der overstiger normalområdet, ligeledes større for mænd end for kvinder, hvilket gælder for alle aldersgrupper. Andelen, der har et forhøjet blodtryk, stiger med alderen.

En større andel af kvinder end mænd har et kolesteroltal, der overstiger normalværdien. I modsætning hertil er andelen med triglyceridværdier over normalområdet større blandt mænd end kvinder, mens andelen med blodsukkerværdier over normalområdet er ens blandt de to køn.

I alt har 17,4 % af deltagerne i helbredsundersøgelsen en reduceret lungefunktion ($FEV_1/FVC < 0,7$). Der er ikke forskel på andelen med en reduceret lungefunktion for mænd og kvinder. Andelen med en reduceret lungefunktion stiger med alderen. Som forventet ses en sammenhæng mellem lungefunktionen og rygning. Andelen med reduceret lungefunktion er størst blandt deltagere, der dagligt ryger og tidligere har røget i forhold til deltagere, som aldrig har røget. Andelen med en reduceret lungefunktion er ligeledes større blandt deltagere, der er udsat for passiv rygning i mere end en time dagligt.

I alt 46,8 % af deltagerne i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg har et lavt kondital. Flere kvinder end mænd har et lavt kondital. Andelen med et lavt kondital falder med uddannelseslængde for både mænd og kvinder. For begge køn ses, at andelen, der vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt, stiger med konditalet.

Kost

Ud fra de valgte indikatorer for kost, kan det konkluderes, at kvinder har sundere kostvaner end mænd. Der er en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der spiser frugt og grønt dagligt.

Endvidere er der for de fleste af indikatorerne en social gradient i kostvaner, således at der er en større andel med sunde kostvaner blandt svarpersoner med en lang uddannelse sammenlignet med svarpersoner med en kort uddannelse.

Der blev fundet sammenhænge mellem flere af kostvanerne og selvvurderede helbred således, at svarpersoner, der har sunde kostvaner, i højere grad vurderer deres eget helbred som virkelig godt eller godt.

Rygning

Andelen der ryger dagligt og andelen af storrygere i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune er markant mindre end andelen i SUSY-Region Syddanmark og i Sønderborg sundhedsprofil. Der er en lige stor andel der ryger dagligt blandt mænd og blandt kvinder. Andelen af mænd, som ryger dagligt stiger med stigende alder, mens andelen blandt kvinder er mindst blandt de ældste og yngste. Inddeles rygere i forhold til antal års uddannelse, ses det, at andelen af dagligrygere falder med stigende uddannelseslængde.

Der er en større andel mænd end kvinder, der er storrygere. Den største andel af storrygere ses i aldersgruppen 18-24 år for mænd og aldersgruppen 25-44 år for kvinder. Andelen af storrygere falder med stigende uddannelseslængde for både mænd og kvinder. Der ses en sammenhæng mellem storrygning og helbred idet andelen af svarpersoner i KRAM-undersøgelsen, der vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt, er mindst blandt storrygere og størst blandt aldrig-rygere. Endvidere er andelen, der oplyser, at de har en langvarig sygdom mindre for aldrig-rygere i forhold til rygere og tidligere rygere.

Næsten halvdelen af rygerne i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune begyndte at ryge, da de var mellem 14 og 17 år. Der er en større andel af kvinder end mænd, som begyndte at ryge i en senere alder, og svarpersoner med en kort uddannelse begyndte oftere at ryge i en tidlig alder end svarpersoner med en lang uddannelse.

I alt 6,9 % af svarpersonerne har dagligt været udsat for passiv rygning i otte timer eller mere. Andelen, der er udsat for passiv rygning i otte timer eller mere, falder med stigende uddannelseslængde. I alt har 59,7 % dagligt eller næsten dagligt været udsat for passiv rygning i deres barndomshjem inden de flyttede hjemmefra, 51,0 % har været udsat

for passiv rygning på deres arbejdsplads og 35,7 % har været udsat for passiv rygning i deres eget hjem.

Alkohol

Blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune oplyser 8,4 %, at de drikker mere end Sundhedsstyrelsens anbefalede genstandsgrænser. I alt 19,8 % har drukket mindst 5 genstande ved en enkelt lejlighed inden for den seneste måned. Både andelen, som har overskredet genstandsgrænserne og andelen, som har drukket mindst 5 genstande ved en enkelt lejlighed indenfor den seneste måned er væsentlig mindre end andelen for SUSY-Region Syddanmark. Dette kan skyldes forskellige dataindsamlingsmetoder i de to undersøgelser. En større andel blandt mænd end blandt kvinder overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser i løbet af en typisk uge, og drikker mere end fem genstande ved samme lejlighed. Dette gælder for alle aldersgrupper. Den største andel, der overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser, ses blandt mænd i alderen 18-24 år. Tidlig alkoholdebut er relateret til en hyppigere overskridelse af genstandsgrænsen og til at drikke mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed. I KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune ses generelt ingen uddannelsesmæssige forskelle i andelen, der overskrider genstandsgrænsen. Ligeledes ses der ingen forskelle i selvvurderet helbred eller langvarig sygdom blandt dem, der overskrider genstandsgrænsen og dem, som ikke overskrider sundhedsstyrelsens genstandsgrænser. De mest almindelige tømmermændssymptomer i forbindelse med binge-drinking (mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed) er hovedpine og kvalme. Hovedpine opleves hyppigere som en konsekvens af binge-drinking blandt personer, der binge-drikker sjældnere end en gang om ugen.

Motion

I alt oplyser 22,0 % af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune, at de dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden. I alle aldersgrupper er der en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden, og andelen falder med stigende alder. Andelen, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden, stiger generelt med stigende uddannelsesniveau. Der er en større andel med et virkelig godt selvvurderet helbred, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden, end blandt dem, der ikke har et godt eller virkelig godt selvvurderet helbred.

En større andel kvinder end mænd ønsker at være mere fysisk aktive. Den største forskel ses i aldersgruppen 25-44 år. Andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive, stiger med stigende uddannelseslængde. Svarpersoner, der ikke er fysisk aktive i fritiden, ønsker oftere at være mere fysisk aktive, end svarpersoner der allerede er fysisk aktive i fritiden.

den. Blandt dem som ikke er fysisk aktive, er svarpersoner med en lang uddannelse mere motiverede for at øge deres fysiske aktivitetsniveau.

I alt mener 48,7 % af svarpersonerne, at kommunen kan hjælpe borgerne til at blive mere fysisk aktive på den ene eller anden måde. Det gælder særligt blandt de unge. Blandt dem der mener, at kommunen kan hjælpe borgerne til at blive mere fysisk aktive, svarer flest, at kommunen kan hjælpe dem ved at skabe flere tilbud om motion, der tager hensyn til dårlig kondition og helbredsproblemer. Mænd foreslår oftere end kvinder flere eller forbedrede motions- og idrætsfaciliteter - herunder cykelstier, mens kvinder oftere ønsker aktiviteter for hele familien på samme sted og flere tilbud om motion, der tager hensyn til dårlig kondition og helbredsproblemer.

Den vigtigste årsag til at være fysisk aktiv er for at være i form eller komme i bedre form. Det mener hele 73,5 %. Størstedelen af dem som er fysisk aktive dyrker selvorganiseret idræt, eller er fysisk aktive i en forening.

Trivsel

Der er en større andel kvinder end mænd, som ofte føler sig stresset i hverdagen. For både mænd og kvinder ses den største andel i aldersgruppen 25-44 år. Der er en sammenhæng mellem oplevelsen af stress i dagligdagen og selvvurderet helbred, langvarig sygdom og hyppig hovedpine. Endvidere er et højt stressniveau relateret til usund kost, rygning og fysisk inaktivitet.

Andelen, som får tilstrækkelig søvn – målt ved spørgsmålet om hvorvidt man føler sig udhvilet – stiger med stigende alder. Det modsatte gælder for andelen, der har god søvnkvalitet – målt ved, hvorvidt man ofte sover dårligt eller uroligt. Tilstrækkelig søvn er endvidere relateret til et godt selvvurderet helbred. Ligeledes er der en sammenhæng mellem utilstrækkelig søvn og daglig rygning samt mellem utilstrækkelig søvn og stress i hverdagen. God søvnkvalitet er ligeledes forbundet med oftere angivelse af godt eller virkelig godt selvvurderet helbred og sjældnere langvarig sygdom.

Sociale relationer er relateret til helbred, idet der er en sammenhæng mellem sjælden kontakt til familie, venner og bekendte og et nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selvvurderet helbred, ligesom det at have nogen at tale med er relateret til et virkelig godt eller godt selvvurderet helbred. Der er en mindre andel, som sjældent træffer familie samt venner og bekendte blandt 18-24 årige sammenlignet med andre aldersgrupper. Det er ligeledes blandt de 18-24 årige, at der er den største andel, som altid har nogen at tale med, hvis det er nødvendigt. Sjælden kontakt til familien er relateret til rygning,

højt alkoholforbrug og stress i dagligdagen, mens sjældent kontakt til venner og bekendte er relateret til fysisk inaktivitet og stress i hverdagen.

Den samlede KRAM score

KRAM-faktorerne optræder ofte sammen og er relateret til en række helbredsrelaterede faktorer. Det fremgår, at rygere spiser mere usundt end ikke-rygere og oftere overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser. Kvinder spiser sundere end mænd, og der er en større andel mænd end kvinder, som har et højt alkoholforbrug. Til gengæld er der en større andel blandt mænd end kvinder, der er fysisk aktive i fritiden. Ses der på den samlede KRAM-score, hvor de fire KRAM-faktorer er summeret, fremgår det, at en større andel blandt kvinder end mænd har en kram-score på én, mens en større andel mænd end kvinder har to eller flere usunde KRAM-vaner. Det er overordnet de unge, som har færrest usunde kRAM-vaner og svarpersoner med kort uddannelse har generelt flere usunde vaner end svarpersoner med en lang uddannelse. En høj KRAM-score er endvidere relateret til et dårligere selv vurderet helbred, stress i hverdagen samt langvarig sygdom.

Indlæggelse og ambulante forløb

Sønderborg Kommune har i sammenligning med hele landet samlet set lidt færre indlæggelser pr. 1000 personår. Blandt mænd er den aldersstandardiserede indlæggelsesrate på niveau med raten blandt mænd i Danmark, mens den standardiserede rate for kvinder er lavere end indlæggelsesraten i Danmark. Sønderborg Kommune har en større rate for ambulante kontakter end i Danmark som helhed. Dette mønster gælder ligeledes for folkesygdommene hjerte-karsygdomme og kræft, mens der ved kronisk obstruktiv lunge sygdom ses lavere rater af ambulante kontakter i Sønderborg Kommune sammenlignet med Danmark. Ved muskel- og skeletsygdomme ses både en højere rate af indlæggelser og ambulante kontakter i Sønderborg Kommune sammenlignet med Danmark. Overordnet har ældre på 70 år eller derover flest kontakter til sygehusvæsenet, både hvad angår heldøgnsindlæggelser og ambulante kontakter. Dette gør sig ligeledes gældende for de enkelte folkesygdomme inkluderet i dette kapitel, idet de største rater ses blandt ældre på 70 eller derover.

Metodologiske overvejelser

KRAM-undersøgelsens resultater er – ligesom alle andre undersøgelser – påvirket af den metode, der er anvendt. Ikke mindst er det velkendt, at der er forskel på resultater af spørgeskemaundersøgelser afhængig af dataindsamlingsmetoden. Betydningen heraf kan i KRAM-profilen ses ved, at der for alle overordnede resultater er vist en tabel, der sammenholder besvarelser fra den selvadministrerede KRAM-undersøgelse med andre nylige

undersøgelser gennemført i Sønderborg Kommune: henholdsvis tal fra Sønderborg sundhedsprofil, der ligeledes er baseret på postbesørget selvadministreret papirspørgeskema, samt tal for Region Syddanmark fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelser (SUSY), der er baseret på interviewadministrerede spørgeskemabesvarelser.

Mens nationale, regionale og kommunale sundhedsprofiler oftest baseres på en mindre tilfældig udtrukket stikprøve, er der i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune valgt at give 20.000 borgere i kommunen mulighed for at besvare spørgeskemaet. Dette betyder, at KRAM-undersøgelsen får et større antal besvarelser, men samtidig at resultaterne ikke kan betragtes som repræsentative for kommunens borgere. Set i forhold til hele befolkningen i Sønderborg Kommune er der i KRAM-undersøgelsen en mindre andel af mænd og en større andel af kvinder. Endvidere er der en mindre andel af unge og ældre mænd samt en større andel af kvinder i alderen 45-64 år blandt svarpersonerne i forhold til den voksne befolkning i Sønderborg Kommune.

Da KRAM-profilen har særligt fokus på forskelle mellem grupper i befolkningen, foretages langt de fleste analyser separat for mænd og kvinder og forskellige alders- og uddannelsesgrupper, hvilket mindsker betydningen af svarpersonernes fordeling i forhold til baggrundsbefolkningen. Hvad angår de rå procenter for andelen af befolkningen, der har sunde eller usunde KRAM-vaner, kan især en større andel af svarpersoner med en lang uddannelse have betydning for resultaterne. Det kan give en skævhed, fordi det er velkendt, at personer med længere uddannelse oftere har sundere vaner end personer med kortere uddannelse. Betydningen af svarpersonernes uddannelsesmæssige baggrund er dels undersøgt ved uddannelsesjustering for alle overordnede variable, dels ved analyser af sammenhænge mellem uddannelse og hver af variablene, som det er gjort for køn og alder.

Endelig synes besvarelserne på KRAM-spørgeskemaet at være påvirket af det, der kan kaldes en KRAM-effekt. Fordi mange ved, hvad KRAM står for, kan nogle svarpersoner tænkes at have underrapporteret usunde KRAM-vaner - eller endog helt have undladt at svare på skemaet.

Kapitel 1 - Baggrund og formål

Baggrund og formål

Sønderborg Kommune var den anden kommune, der deltog i KRAM-undersøgelsen. KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune forgik fra d. 3. til d. 28. september 2007. Denne KRAM-profil beskriver resultater af alle indkomne spørgeskemabesvarelser og de gennemførte undersøgelser ved KRAM-bussen i Sønderborg Kommune i den pågældende måned tillige med registerbaserede oplysninger om borgernes sundhedstilstand.

Det er velkendt, at faktorerne kost, rygning, alkohol og motion hver for sig og sandsynligvis i samspil, har stor betydning for sundhed og sygelighed. Usund kost kan føre til blandt andet fedme, type 2 diabetes, hjerte-karsygdomme og kræft, rygning kan føre til cancer- og hjerte-karsygdomme, et stort forbrug af alkohol kan ligeledes føre til en række kræftformer samt skrumpeliver, mens fysisk inaktivitet kan føre til blandt andet hjerte-karsygdomme, type 2 diabetes og visse kræftformer. Af de kendte modificerbare livsstilsfaktorer er KRAM-faktorerne således særdeles vigtige.

Selvom KRAM-faktorernes betydning for helbredet hver for sig er veldokumenterede, er der for alle fire faktorer en række uafklarede spørgsmål. Vi mangler viden om interaktionen mellem faktorerne samt viden om de helbredsmæssige betydninger af samspillet mellem genetik, livsstil – herunder KRAM-faktorerne – og levevilkår eller miljøfaktorer. Endelig – og ikke mindst – mangler vi viden om hvilke mekanismer, der fører til, at nogle har mere usunde vaner end andre, og hvad vi kan gøre for at skabe sunde rammer for befolkningen; det vil sige hvilke indsatser, der effektivt kan påvirke folk til at spise sundere, holde op med at ryge, drikke en let til moderat mængde af alkohol og være mere fysisk aktive.

Formålet med KRAM-profilen er dels at vise resultater af uddybende analyser af forskelle mellem grupper baseret på køn, alder og uddannelse blandt svarpersonerne i Sønderborg Kommune og dels at vise sammenhænge mellem KRAM-faktorerne og nye variable med betydning for det fremtidige sundhedsfremmearbejde.

Læsevejledning

Rapporten består af 11 kapitler. I kapitlet 'Materiale og metode' beskrives undersøgelsespopulationen, det vil sige køn, alder og uddannelse blandt svarpersonerne i spørgeskemaundersøgelsen og deltagerne i helbredsundersøgelsen i forhold til dem, der blev invi-

teret til at deltage og i forhold til alle borgere i Sønderborg Kommune. I de følgende kapitler beskrives undersøgelsens resultater for Sønderborg Kommune. Først beskrives helbred blandt svarpersonerne i spørgeskemaundersøgelsen, dernæst beskrives helbred målt ved helbredsundersøgelsen. Herefter følger yderligere seks kapitler med resultater fra spørgeskemaundersøgelsen; først resultater vedrørende de fire KRAM-faktorer, dernæst resultater vedrørende svarpersonernes trivsel, og derefter et kapitel om sammenhænge mellem KRAM-faktorerne. I sidste kapitel præsenteres de registerbaserede informationer om indlæggelser og ambulante forløb blandt alle borgere i Sønderborg Kommune.

Kapitel 2 – Materiale og metode

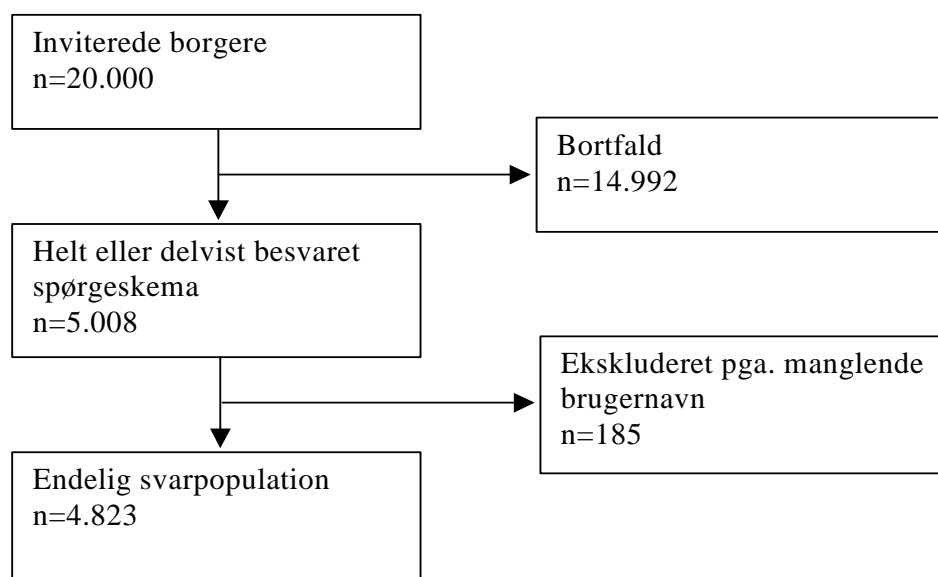
Populationen

Resultaterne i denne KRAM-profil for Sønderborg Kommune baseres på besvarelser fra de personer, der deltog i spørgeskemaundersøgelsen og på resultater af målinger og test fra personer, der deltog i helbredsundersøgelsen ved KRAM-bussen. Desuden indgår registrerede oplysninger fra alle borgere i Sønderborg Kommune.

Svarpersoner i spørgeskemaundersøgelsen

I alt blev 20.000 voksne på 18 år eller derover, der var bosiddende i Sønderborg Kommune i august 2007, og som ikke var forskningsbeskyttede inviteret til at besvare et papirbaseret spørgeskema. Spørgeskemaet indeholdte spørgsmål om KRAM-faktorerne samt et supplerende kost-spørgeskema, der kun indeholdte spørgsmål om kostvaner. Af figur 2.1 ses, at spørgeskemaet blev helt eller delvist besvaret af i alt 5.008 personer. Af disse udgik 185 personer på grund af manglende brugernavn. Det betyder, at den endelige svarpopulation består af 4.823 personer, og 1.102 af disse personer har helt eller delvist besvarede det supplerende kost-spørgeskema. Dette svarer til en deltagelsesprocent på 24,1 %.

Figur 2.1 Oversigt over datamateriale for KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune, spørgeskemaundersøgelsen



I tabel 2.1 er deltagelsen opgjort efter køn og alder. Det ses af tabellen, at deltagelsen er større blandt kvinder (27,9 %) end blandt mænd (20,3 %). Blandt mænd stiger deltagelsen med stigende alder op til de 80+ årige, hvorefter den falder, mens deltagelsen blandt kvinder stiger med stigende alder til og med aldersgruppen 45-64 år, hvorefter den falder.

Tabel 2.1. Resultatet af dataindsamlingen i Sønderborg Kommune

		Antal inviterede	Antal der helt eller delvist har besvaret spørgeskemaet	Andel der helt eller delvist har besvaret spørgeskemaet (%)
I alt		20.000	4.823	24,1
Mænd	18-24 år	879	77	8,8
	25-44 år	3.043	454	14,9
	45-64 år	3.676	842	22,9
	65-79 år	1.886	564	29,9
	80+ år	445	81	18,2
	Alle	9.929	2.018	20,3
Kvinder	18-24 år	765	125	16,3
	25-44 år	2.838	742	26,2
	45-64 år	3.659	1.260	34,4
	65-79 år	2.055	599	29,2
	80+ år	754	79	10,5
	Alle	10.071	2.805	27,9

I tabel 2.2 vises køns- og aldersfordelingen blandt svarpersonerne sammenholdt med alle borgere i Sønderborg Kommune. Af tabellen ses, at der er en mindre andel af mænd og en større andel af kvinder blandt svarpersonerne end i befolkningen i Sønderborg Kommune. Endvidere ses det af tabellen, at der er en mindre andel af unge mænd, en mindre andel af 80+ årige samt en større andel af kvinder i alderen 45-64 år blandt svarpersonerne i forhold til den voksne befolkning i Sønderborg Kommune.

Tabel 2.2 Den relative fordeling på køn og alder blandt henholdsvis svarpersoner og inviterede. Procent

		Sønderborg	
		Svarpersoner	Kommune
Mænd	18-24 år	1,6	4,4
	25-44 år	9,4	15,2
	45-64 år	17,5	18,4
	65-79 år	11,7	9,4
	80+ år	1,7	2,2
	Alle	41,8	49,7
Kvinder	18-24 år	2,6	3,8
	25-44 år	15,4	14,2
	45-64 år	26,1	18,3
	65-79 år	12,4	10,3
	80+ år	1,6	3,8
	Alle	58,2	50,4

Svarpersonernes uddannelsesniveau i forhold til alle borgere i Sønderborg Kommune er undersøgt ved sammenligning af svarpersonernes egen angivelse af uddannelsesniveau i spørgeskemabesvareelserne med registerbaserede oplysninger fra Danmarks Statistiks Statistikbank (Danmarks statistik, 2007). Det skal bemærkes, at sammenligningen mellem de henholdsvis selvrapporterede og registerbaserede oplysninger medfører en vis usikkerhed. Uddannelsesniveau er klassificeret efter den internationale uddannelsesnomenklatur, International Standard Classification of Education (ISCED), der tager højde for både skole- og erhvervsuddannelse.

Det fremgår af tabel 2.3, at der blandt svarpersonerne i aldersgruppen 25-64 årige i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune er en større andel med videregående uddannelser end befolkningen i kommunen i gennemsnit. Tilsvarende ses en underrepræsentation af personer med grundskoleuddannelse og erhvervsuddannelse som højest fuldførte uddannelse.

Selvom der er tale om et relativt stort antal besvarelser, kan resultaterne fra KRAM-undersøgelsen ikke direkte generaliseres til at gælde for hele den voksne befolkning i Sønderborg Kommune. Det er dog i nogen grad muligt ved hjælp af statistiske metoder at analysere betydningen af køns-, alders- og uddannelsesmæssige forskelle mellem svarpopulationen og borgerne i Sønderborg. Disse metoder, og måden det er valgt at illustrere dem på i KRAM-profilen, beskrives nærmere i afsnittet 'analysemetoder'.

Tabel 2.3 Den relative fordeling på højeste fuldførte uddannelse blandt 25-64 årige svarpersoner og i Sønderborg Kommune i 2006. Procent

	Svarpersoner	Sønderborg Kommune ¹
Grundskole	17,1	26,5
Almen- eller erhvervsgymnasial uddannelse	2,9	4,1
Erhvervsuddannelser	34,9	42,4
Korte videregående uddannelser	8,1	6,6
Mellemlange videregående/bachelor	26,8	15,9
Lange videregående uddannelser	10,0	4,5
Uoplyst	0,2	-
I alt	3.298	39.176

¹Kilde: Danmarks Statistik

Deltagere i helbredsundersøgelsen ved KRAM-bussen

De 20.000 borgere, der blev inviteret til at deltage i spørgeskemaundersøgelsen, blev samtidig inviteret til at deltage i helbredsundersøgelsen ved KRAM-bussen. De inviterede kunne bestille tid til KRAM-bussen via KRAM-undersøgelsens hjemmeside eller ved at ringe til KRAM-enheden. I alt deltog 1.948 personer i helbredsundersøgelsen ved KRAM-bussen. Deltagernes køns- og aldersfordeling i forhold til de inviterede og hele befolkningen i Sønderborg Kommune fremgår af tabel 2.4. Af tabellen ses, at der er en overrepræsentation af kvinder og en underrepræsentation af unge blandt deltagerne.

Tabel 2.4 Den relative fordeling på køn og alder blandt deltagerne i helbredsundersøgelsen, i den udtrukne stikprøve og i befolkningen i Sønderborg Kommune. Procent

		Deltagere	Inviterede	Sønderborg Kommune
Mænd	18-24 år	1,2	4,4	4,4
	25-44 år	9,9	15,2	14,9
	45-64 år	17,6	18,4	18,4
	65+ år	12,6	11,7	11,8
	Alle	41,2	49,7	49,5
Kvinder	18-24 år	1,1	3,8	3,8
	25-44 år	15,5	14,2	14,5
	45-64 år	30,3	18,3	18,4
	65+ år	11,9	14,0	13,9
	Alle	58,8	50,4	50,5
I alt		1.938	20.000	53.020

Indsamling af data

Spørgeskemaundersøgelse

I alt 20.000 borgere fik tilsendt et introduktionsbrev med oplysninger om undersøgelsens formål og indhold. Introduktionsbrevet indeholdt oplysninger om undersøgelsen samt personligt brugernavn og adgangskode til besvarelse af det papirbaserede spørgeskema, og det blev gjort klart, at deltagelse i undersøgelsen var frivillig.

Dataindsamlingen er baseret på et papirspørgeskema. Ved besvarelse af spørgeskemaet skulle borgeren opgive deres brugernavn og adgangskode. Dataindsamlingsperioden forløb over fire uger i september 2007.

Spørgeskemaet til KRAM-undersøgelsen er konstrueret med udgangspunkt i spørgsmål fra de danske Sundheds- og sygelighedsundersøgelser (SUSY-undersøgelserne). SUSY-spørgsmålene er baseret på en traditionel epidemiologisk forståelsesmodel, som opererer med nogle risikofaktorer, der kan medvirke til sygdom med deraf følgende konsekvenser (Ekholm et al., 2006). Udover spørgsmål om forskellige helbredsforhold stilles en række spørgsmål, som kan belyse perspektiver på sygdom og sundhed. Der spørges til konsekvenser af sygdom samt en række bagvedliggende oplysninger, som formodes at have betydning for udvikling af sygdom eller kan medføre nedsat livskvalitet.

Udover standardspørgsmålene, som benyttes i SUSY-undersøgelserne og en række andre danske befolkningsundersøgelser, indgår i KRAM-spørgeskemaet spørgsmål fra andre danske og internationale undersøgelser vedrørende specifikke KRAM-emner samt – i mindre omfang – nye spørgsmål udviklet specielt til KRAM-undersøgelsen. Eksempelvis indeholder spørgeskemaet spørgsmål om udsættelse for passiv rygning og detaljeret information om fysisk aktivitetsniveau målt ved et internationalt anerkendt spørgsmålsbatteri, som kaldes International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Ligeledes spørges der eksempelvis til alkoholvaner gennem livet, oplevelsen af stress og søvnmønster.

Foruden selve KRAM-spørgeskemaet blev deltagerne opfordret til at besvare et kostspørgeskema. Hovedformålet med kostspørgeskemaet er at undersøge, hvem det er, der spiser usundt, samt sammenhængen mellem kosten og udviklingen af specifikke sygdomme og helbredsproblemer. Derfor lægges der stor vægt på at få meget detaljerede oplysninger om alle aspekter, der vedrører kosten. Dette gælder ikke alene indtag af fødevarer og næringsstoffer, men også mere kvalitative aspekter som økologi og tilberedning af maden. De mange detaljer gør det muligt ved yderligere analyser at få et mål for det gennemsnitlige energiindtag samt fordelingen af indtaget af fedt, kulhydrat og protein.

I kostspørgeskemaet spørges der til, hvor ofte der spises en lang række fødevarer. Svarpersonerne skal forsøge at tænke tilbage på deres madvaner det seneste år og angive et gennemsnit for deres indtag for også at få oplysninger om de fødevarer, som bliver spist sjældent, og hvor der er forskel på indtagelsen sommer og vinter. Derudover bestemmes portionsstørrelsen ved hjælp af billedmateriale med angivne standardportionsstørrelser.

Helbredsundersøgelsen

Helbredsundersøgelsen foregik dels i KRAM-bussen, hvor deltageren blev budt velkommen og dels i lokaler i umiddelbar nærhed, hvor undersøgelserne foregik. Deltagerne fik blandt andet målt blodtryk, fedtprocent, hofte- og taljemål, muskelstyrke, balance samt kondital, og der blev taget blodprøver, som blev undersøgt for blandt andet kolesterol, triacylglycerid og blodsukkerniveau. Forud for helbredsundersøgelsen skulle deltageren have besvaret det papirbaserede spørgeskema.

Helbredsundersøgelsen varede ca. 1½ time. Alle inviterede uanset alder og helbred kunne deltage. Deltagelse var frivillig, og det var muligt i samråd med en medarbejder at fravælge at deltage i én eller flere af delundersøgelserne, såfremt særlige sundhedsmæssige forhold var til stede, eller man ikke ønskede at gennemføre alle undersøgelser. Undersøgelsen var delt op i fem undersøgelsesstationer efter velkomst, information om undersøgelsen og samtykke om deltagelse. Nedenfor beskrives målinger og test ved hver af stationerne.

Station 1: Blodtryks- og pulsmåling, måling af talje- og hofteomkreds samt vægt, højde og fedtprocent.

Station 2: Blodprøvetagning. Blodprøven blev taget fra armen af erfarne bioanalytikere.

Station 3: Måling af lungefunktion, scanning af fingrenes knoglemineralindhold, måling af muskelstyrken i hænder og arme samt en kombineret styrke- og balancetest. Deltagere på 60 år eller ældre fik desuden målt stående balance og ganghastighed.

Station 4: Konditest på kondicykel. Efter en kort opvarmning på cyklen blev deltageren opfordret til at køre med en jævnt stigende belastning indtil udmattelse. Såfremt deltageren ikke var i stand til at køre til udmattelse gennemførtes kun opvarmningen. I begge tilfælde blev pulsen målt, og deltageren blev bedt om at angive, hvor belastende testen blev oplevet.

Station 5: Udlevering af folder med resultater fra målinger og test samt information til deltageren om betydningen heraf.

Analysemetoder

KRAM-profilen indeholder resultater baseret på svar fra spørgeskemaundersøgelsen og målinger og test ved helbredsundersøgelsen i Sønderborg Kommune. Alle fund vedrørende forskelle mellem befolkningsgrupper eller sammenhænge mellem forskellige variable er blevet testet ved hjælp af et χ^2 -test på signifikansniveau 0,05. Det betyder, at når der eksempelvis står, at andelen blandt mænd er højere end andelen blandt kvinder, er forskellen mellem kønnene testet og fundet statistisk signifikant med meget stor sikkerhed. Modsat vil der i tabellerne i nogle tilfælde kunne observeres en forskel eksempelvis i procenterne for mænd og kvinder, mens der i teksten står, at der ikke er forskel mellem kønnene. Dette skyldes så, at forskellen ikke er signifikant. I langt de fleste tilfælde kommenteres kun signifikante fund.

I denne KRAM-profil sammenholdes en række overordnede resultater fra undersøgelsen i september 2007 i Sønderborg Kommune med resultaterne fra SUSY-2005 undersøgelsen for Region Syddanmark og Sønderborg sundhedsprofil. Undersøgelserne adskiller sig på forskellig vis. Mens data til KRAM-undersøgelsen og Sønderborg sundhedsprofil er indsamlet ved et postomdelt selvadministreret papirspørgeskema, er der i SUSY-2005 anvendt personlige interviews i svarpersonens hjem. SUSY-2005 (Region Syddanmark) er baseret på en stikprøve på 4.284 danske statsborgere på 16 år eller derover, hvoraf der i alt blev opnået interview med 3.089 personer. Sønderborg sundhedsprofil er baseret på en stikprøve på 6.600 personer, hvoraf der blev opnået svar fra 3.343 personer fra Sønderborg Kommune i alderen 16 år og opefter. De tre undersøgelser er forskellige, hvad angår dataindsamlingsmetoden samt aldersfordelingen i populationerne, og der er desuden forskel på den uddannelsesmæssige fordeling, idet der er en større andel af højt uddannede i KRAM-undersøgelsen for Sønderborg Kommune i forhold til SUSY-Region Syddanmark. Yderligere er tal for KRAM-undersøgelsen og Sønderborg sundhedsprofil baseres på Sønderborg Kommune, mens tal fra SUSY-2005 gælder for hele Region Syddanmark.

Tabel 2.6 Dataindsamlingsmetode og population i KRAM-undersøgelsen for Sønderborg Kommune, SUSY-2005 Region Syddanmark og Sønderborg sundhedsprofil

	KRAM Sønderborg	SUSY Region Syddanmark	Sønderborg sundhedsprofil
År	2007	2005	2006
Dataindsamlingsmetode	Selvadministreret papirspørgeskema	Interviewbaseret spørgeskema	Selvadministreret papirspørgeskema
Population	Sønderborg Kommune	Region Syddanmark	Sønderborg Kommune
Aldersgruppe	18 år eller derover	16 år eller derover	16 år eller derover
Antal svarpersoner	4.823	3.089	3.343

Det skal bemærkes, at der i KRAM-undersøgelsen og i Sønderborg sundhedsprofil er tale om opgørelser på kommuneniveau, selvom kun bynavnet er angivet i tabellerne for hovedindikatorerne. Ved enkelte tabeller er det ikke muligt at angive opgørelser fra SUSY-2005 eller Sønderborg sundhedsprofil. Dette skyldes, at spørgsmålene enten ikke er medtaget i disse to undersøgelser, eller at spørgsmålsformuleringen ikke er den samme som i KRAM-undersøgelsen.

For at illustrere betydningen af den uddannelsesmæssige skævhed i KRAM-undersøgelsens svarpopulation vises for de overordnede resultater en uddannelsesjusteret andel, der er beregnet ved at vægte besvarelsene i forhold til Danmarks Statistiks opgørelse af uddannelsesniveaut for borgere i Sønderborg Kommune. Eksempelvis gælder det for rygning, hvor andelen af daglige rygere falder med stigende uddannelseslængde, at andelen af daglige rygere blandt svarpersonerne er lavere end den viste uddannelsesjusterede procent (se tabel 6.1), hvor der er taget højde for forskellen mellem uddannelsesniveaut blandt henholdsvis svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen og befolkningen i Sønderborg Kommune. Den uddannelsesjusterede procent er altså et udtryk for, hvor stor forekomsten af eksempelvis daglig rygning ville være, hvis uddannelsesniveaut blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen svarede til niveaut for befolkningen i Sønderborg Kommune.

Uddannelsesjusteringen er baseret på Danmarks Statistiks opgørelse over uddannelsesniveaut i Sønderborg Kommune i 2006 blandt de 25-64-årige (Danmarks statistik, 2007). De uddannelsesjusterede andele er kun beregnet for de 25-64 årige, fordi unge under 25 år ofte stadig er under uddannelse, og fordi det ikke er muligt at få oplysninger om de ældstes højeste fuldførte uddannelse fra Statistikbanken. For at illustrere betydningen af uddannelsesjusteringen præsenteres derfor i tabellerne for hovedindikatorer også de rå prævalensopgørelser kun for 25-64 årige.

For de overordnede indikatorer vises desuden en søjlefigur opdelt for mænd og kvinder med aldersjusterede prævalenser for hver af de fire uddannelsesgrupper, der anvendes i KRAM-profilen. De justerede andele er aldersstandardiseret i forhold til befolkningen i Sønderborg pr. 20. august 2007. Aldersjusteringen i forhold til uddannelse er væsentlig, fordi yngre hyppigere end ældre har længerevarende uddannelser. Figurerne illustrerer således sammenhængen mellem den pågældende indikator og uddannelse, når der tages højde for aldersforskelle i uddannelsesgrupperne.

Det har sandsynligvis indvirket på svarpersonernes rapportering og deltagelse, at KRAM-undersøgelsen i kraft af sit navn angiver, at der er tale om en undersøgelse, som speci-

fikt har fokus på kost, rygning, alkohol og motion. Eksempelvis er det tænkeligt, at rygere enten har fravalgt at deltage i undersøgelsen eller har underrapporteret deres rygevaner. Betydningen af metodemæssige forhold såvel som betydningen af denne såkaldte KRAM-effekt beskrives i tilknytning til tabellerne for hovedindikatorerne.

KRAM-undersøgelsen er et tværsnitsstudie, der beskriver sammenhænge mellem eksempelvis KRAM-faktorerne og helbred ud fra informationer, der er indsamlet samtidig. Sammenhængene, der præsenteres i rapporten, er derfor ikke et udtryk for, at den ene faktor nødvendigvis har medført den anden, eksempelvis sammenhængen mellem stress og selv vurderet helbred. Det kan således ikke afgøres om øget stress giver et dårligere selv vurderet helbred, eller om dårligere selv vurderet helbred giver øget stress.

Kapitel 3 - Selvrapporteret helbred og sygelighed

Nærværende kapitel er baseret på svar fra spørgeskemaundersøgelsen, og omhandler den subjektive dimension af sundhed og helbred. Først beskrives resultater vedrørende selv vurderet helbred og dernæst oplysninger omkring sygelighed, brug af sundhedsvæsenet og medicinbrug. Sidst i kapitlet beskrives andelen der oplyser, at de er svært overvægtige.

Selv vurderet helbred

Det er ofte hævdet, at personlige beskrivelser og observationer er fejlkilder i videnskabelige undersøgelser. Her er der imidlertid tale om en anderledes problemstilling, idet det netop er svarpersonernes oplevelse og vurdering af egen sundheds- og helbredstilstand, der er genstandsfeltet. Det er alene svarpersonerne, der kan rapportere om, hvordan de oplever og føler deres sundhedstilstand.

Det er velkendt, at en persons vurdering af eget helbred er en særdeles god faktor til at forudsige dødelighed og sygelighed. Jo dårligere en person vurderer sit eget helbred, desto større er risikoen for død og sygelighed i en given opfølgingsperiode (Kristensen et al., 1998). Der findes forskellige forklaringer på denne sammenhæng. For det første er det blevet fremhævet, at der er tale om en helhedsorienteret vurdering, hvor svarpersonen bruger forskellige kilder i sin vurdering, dvs. ikke blot den aktuelle helbredssituation men også udviklingen gennem hele livsforløbet, kendskabet til sygelighed og dødelighed i familien og vurdering af egen helbredssituation i forhold til andre jævnaldrende mv. For det andet fremhæves, at vurderingen af eget helbred kan influere på, hvorledes personen reagerer på egen sygdom (for eksempel at tage den lægeordnede medicin) og egen sundhedsfremmende eller forebyggende adfærd. For det tredje fremhæves, at vurderingen af eget helbred også afspejler indre og ydre ressourcer, der kan trækkes på i tilfælde af sygdom, som for eksempel oplevelsen af indre kontrol eller ekstern social støtte (Idler og Benyamini, 1997).

I KRAM-undersøgelsen er selv vurderet helbred belyst gennem spørgsmålet: 'Hvorledes vil du vurdere din nuværende helbredstilstand i almindelighed?' med svarkategorierne:

- Virkelig god
- God
- Nogenlunde
- Dårlig
- Meget dårlig

Det fremgår af tabel 3.1, at 75,3 % af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune vurderer deres eget helbred som virkelig godt eller godt. Det ses endvi-

dere at andelen, der vurderer eget helbred som virkelig godt eller godt, er lidt mindre, når besvarelsene vægtes i forhold til uddannelsesniveaet for alle borgere i Sønderborg Kommune (uddannelsesjusteret). Endelig fremgår det at andelen, der vurderer eget helbred som virkelig godt eller godt blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen, er mindre end andelen i SUSY-Region Syddanmark, men større end andelen i Sønderborg sundhedsprofil.

Tabel 3.1 Andel der vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt. Procent

	KRAM- Sønderborg	KRAM- Sønderborg 25-64 årige	KRAM- Sønderborg 25-64 årige ¹	SUSY-Region Syddanmark	Sønderborg sundheds- profil
Procent	75,3	77,0	74,8	78,1 *	72,3 *
Antal svarpersoner	4.803	3.283	3.276	3.089	3.343

¹Uddannelsesjusteret. 25-64 årige

*p<0,01

Tabel 3.2 viser andelen, der vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Det fremgår, at andelen, der vurderer eget helbred som virkelig godt eller godt, falder med stigende alder.

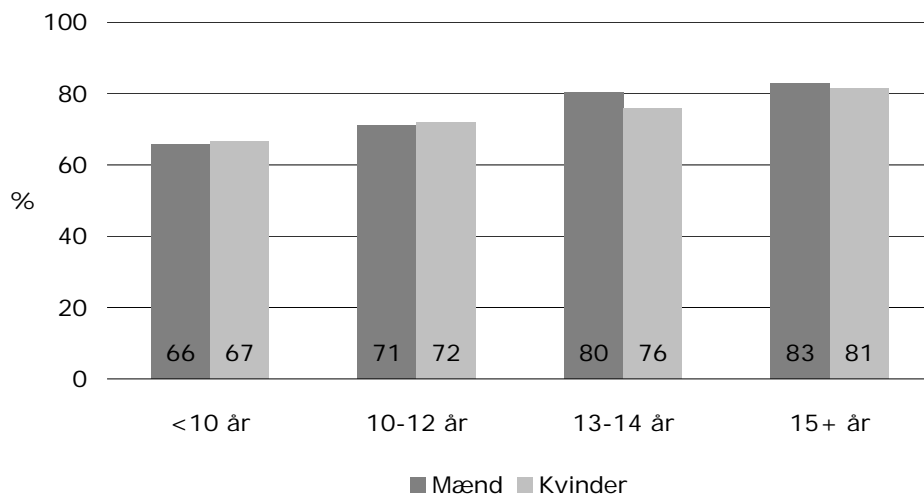
Tabel 3.2 Andelen der vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Procent	Antal svarpersoner
Total		75,3	4.803
Mænd	18-24 år	83,1	77
	25-44 år	79,7	453
	45-64 år	77,5	840
	65+ år	71,1	643
	Alle mænd	76,2	2.013
Kvinder	18-24 år	86,4	125
	25-44 år	79,5	740
	45-64 år	74,2	1.250
	65+ år	68,3	675
	Alle kvinder	74,7	2.790

Figur 3.1 viser sammenhængen mellem uddannelse og selv vurderet helbred, når der tages højde for aldersforskelle i uddannelsesgrupperne. Både blandt mænd og kvinder

gælder det, at der er en klar sammenhæng mellem uddannelse og selv vurderet helbred. Blandt svarpersoner med en lang uddannelse (15+ år) angiver mere end otte ud af ti, at de har et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred, mens dette kun gælder for mindre end syv ud af ti blandt svarpersoner med kort uddannelse (<10 år).

Figur 3.1 Andel der vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Sygelighed

I KRAM-undersøgelsen belyses sygelighed ved brug af to spørgsmål. Det første spørgsmål omhandler, hvorvidt svarpersonen har en langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade eller en anden langvarig lidelse. Langvarig sygdom er defineret som sygdom af seks måneders varighed eller længere, og svarer til det lægelige begreb kronisk sygdom. Det andet spørgsmål er stillet som en liste af specifikke sygdomme eller lidelser. Når der spørges til en række specifikke sygdomme eller lidelser, rapporteres der ofte om flere sygdomme eller tilstande, end hvis der anvendes et åbent spørgsmål. Dette skyldes sandsynligvis, at der ved besvarelse af et åbent spørgsmål er en tilbøjelighed til at glemme mindre alvorlige tilfælde eller tilfælde, der ikke giver smerter eller gener.

Med den stigende levealder er langvarig sygdom begyndt at fylde meget i det samlede sygdomsbillede. De fleste mennesker må i dag regne med at komme til at leve en del af deres liv med en eller flere langvarige sygdomme. Endvidere relaterer en betydelig del af sundhedsvæsenets omkostninger sig til behandling af langvarige sygdomme.

Andelen med en langvarig sygdom eller lidelse fremgår af tabel 3.3. Det ses, at andelen, med en langvarig sygdom er mindre blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Søn-

derborg Kommune end i SUSY-Region Syddanmark, men større end andelen i Sønderborg sundhedsprofil.

Tabel 3.3 Andel med langvarig sygdom. Procent

	KRAM-Sønderborg	KRAM-Sønderborg 25-64 årige	KRAM-Sønderborg 25-64 årige ¹	SUSY-Region Syddanmark	Sønderborg sundhedsprofil
Procent	38,1	34,7	36,1	41,8 *	30,7 *
Antal svarpersoner	4.673	3.244	3.239	3.089	3.343

¹Uddannelsesjusteret. 25-64 årige

*p<0,01

Tabel 3.4 viser, at der er en klar sammenhæng mellem alder og langvarig sygdom. Både blandt mænd og kvinder stiger andelen, der har en langvarig sygdom eller lidelse med stigende alder. Der er en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der har en langvarig sygdom.

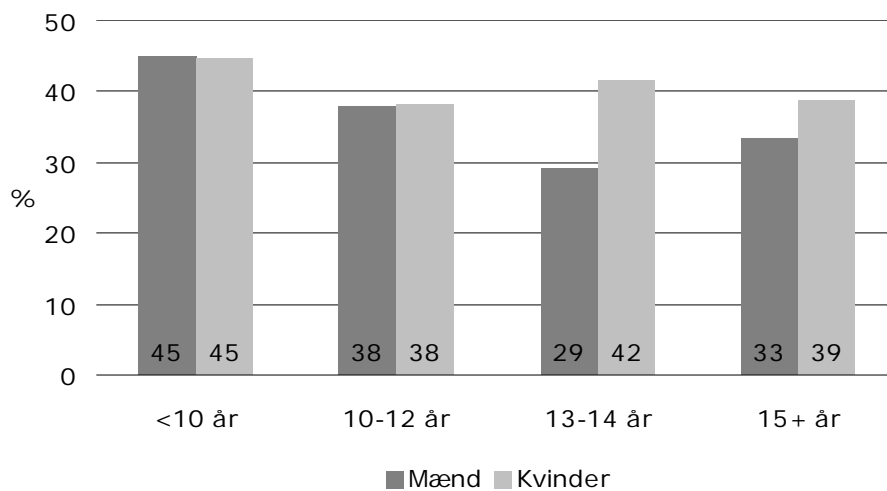
Tabel 3.4 Andel med langvarig sygdom blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Procent	Antal svarpersoner
Total		38,1	4.673
Mænd	18-24 år	18,2	77
	25-44 år	24,6	447
	45-64 år	35,1	833
	65+ år	48,6	609
	Alle mænd	36,2	1.966
Kvinder	18-24 år	19,4	124
	25-44 år	29,6	733
	45-64 år	41,1	1.231
	65+ år	51,9	619
	Alle kvinder	39,5	2.707

I figur 3.2 ses sammenhængen mellem uddannelseslængde og andelen med langvarig sygdom. Det fremgår, at overordnet falder andelen, der angiver at have en langvarig

sygdom, med stigende uddannelseslængde. I de to sidste uddannelsesgrupper er der en større andel blandt kvinder end blandt mænd med langvarig sygdom.

Figur 3.2 Andel med langvarig sygdom blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Figur 3.3 viser sammenhængen mellem selv vurderet helbred og langvarig sygdom. I alt vurderer 54,6 % af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune eget helbred som værende virkelig godt eller godt samtidig med, at de ikke har nogen langvarig sygdom, mens 17,2 % vurderer, at de har et nogenlunde eller dårligt helbred og samtidig har en langvarig sygdom. Det fremgår af tallene i figuren, at det at leve med en langvarig sygdom ikke nødvendigvis betyder, at en person vurderer sit helbred som dårligt og omvendt. Således er der i alt 21,0 %, der vurderer eget helbred som virkelig godt eller godt og samtidig har en langvarig sygdom, og 7,3 % der ikke har nogen langvarig sygdom og samtidig vurderer eget helbred som nogenlunde, dårligt eller meget dårligt.

Figur 3.3 Sammenhængen mellem selv vurderet helbred og langvarig sygdom. Procent

	Ingen langva- rig sygdom		
Virkelig godt eller godt selv vurderet helbred	54,6	7,3	Nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selv vurderet helbred
	21,0	17,2	
	Langvarig sygdom		

Tabel 3.5 viser andelen, der har forskellige specifikke sygdomme blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune. Den største andel angiver, at de lider af slidgigt/leddegigt (22,9 %). Det er på niveau med andelen i SUSY-Region Syddanmark. Der er en større andel i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune, der angiver, at de har osteoporose sammenlignet med SUSY-Region Syddanmark.

Tabel 3.5 Andel med forskellige sygdomme. Procent

		KRAM- Sønderborg	KRAM- Sønderborg 25-64 årige	KRAM- Sønderborg 25-64 årige ¹	SUSY-Region Syddanmark
Slidgigt/ leddegigt	Procent	22,9	17,5	20,0	21,9
	Antal svarpersoner	4.318	3.058	3.054	3.089
Allergi	Procent	18,3	19,7	19,0	20,4
	Antal svarpersoner	4.167	3.027	3.022	3.089
Diabetes	Procent	4,6	3,3	3,6	3,6
	Antal svarpersoner	4.767	3.282	3.276	3.089
Kronisk angst	Procent	3,4	3,2	3,9	4,7
	Antal svarpersoner	4.176	3.021	3.018	3.089
Osteoporose	Procent	3,3	1,7	2,0	2,0 *
	Antal svarpersoner	4.138	2.993	2.991	3.089

¹Uddannelsesjusteret. 25-64 årige

*p<0,01

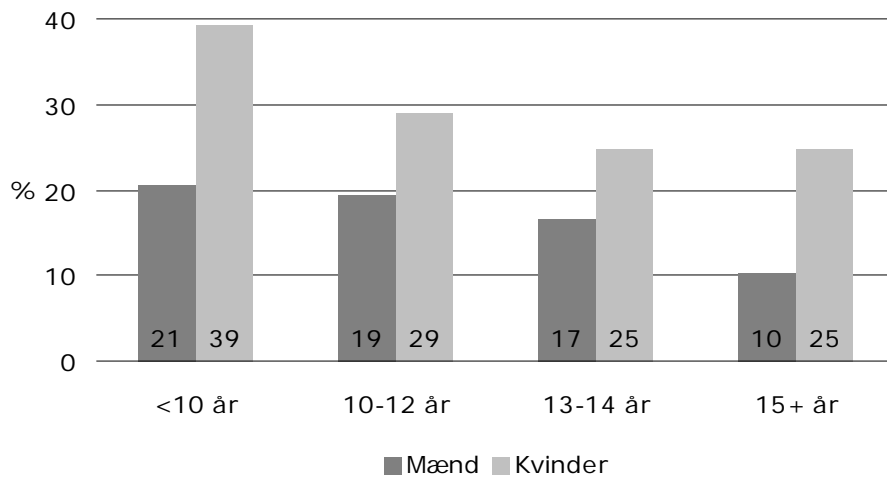
Af tabel 3.6 fremgår det at andelen, der angiver, at de lider af slidgigt/leddegigt, er større blandt kvinder end blandt mænd, og overordnet stiger andelen med stigende alder. Endvidere er andelen, der har allergiske sygdomme større blandt kvinder end blandt mænd, og andelen falder overordnet med stigende alder. Andelen, der har diabetes, er større blandt mænd end blandt kvinder, og stiger med stigende alder. Det fremgår desuden af tabellen at andelen, der har kronisk angst, er større blandt kvinder end blandt mænd, og stiger med stigende alder. Endelig er andelen, der har osteoporose, større blandt de 65+ årige og blandt kvinder sammenlignet med henholdsvis de øvrige aldersgrupper og mænd.

Tabel 3.6 Andel med forskellige sygdomme blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Slidgigt/ leddegigt	Allergi	Diabetes	Kronisk angst	Osteoporose
Total		22,9	18,3	4,6	3,4	3,3
Mænd	18-24 år	1,3	20,8	0,0	1,3	0,0
	25-44 år	2,8	19,4	1,1	2,1	0,2
	45-64 år	17,8	14,2	6,0	2,2	0,4
	65+ år	30,2	10,4	9,6	3,2	3,2
	Alle mænd	17,1	14,7	5,8	2,4	1,1
Antal svarpersoner		1.815	1.769	2.002	1.777	1.765
Kvinder	18-24 år	1,6	21,5	0,8	2,5	0,0
	25-44 år	5,7	24,4	1,6	3,2	0,4
	45-64 år	30,4	20,6	3,3	4,4	4,0
	65+ år	54,9	16,0	7,7	4,8	15,2
	Alle kvinder	27,1	20,9	3,8	4,0	4,9
Antal svarpersoner		2.503	2.398	2.765	2.399	2.373

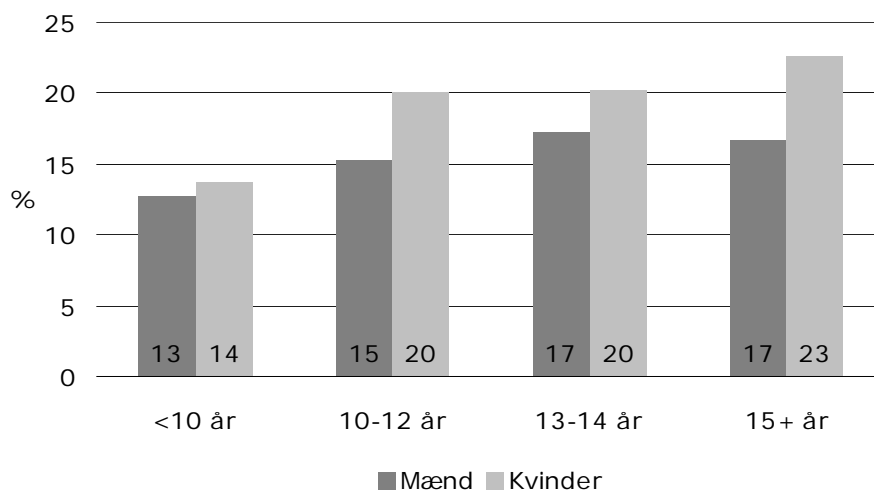
I alle uddannelsesgrupper angiver en større andel blandt kvinder end blandt mænd, at de lider af slidgigt/leddegigt (figur 3.4). Det fremgår endvidere, at jo længere uddannelse desto mindre er andelen med slidgigt/leddegigt.

Figur 3.4 Andel med slidgigt, leddegigt blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Figur 3.5 viser andelen, der har allergi blandt mænd og kvinder i forskellige uddannelsesgrupper. Det ses, at der i alle uddannelsesgrupper er en større andel, der har allergi, blandt kvinder end blandt mænd. Andelen, der har allergi, stiger med stigende uddannelseslængde.

Figur 3.5 Andel med allergi blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Brug af sundhedsvæsenet

Mennesker reagerer forskelligt på sygdomme og sygelighed. Nogle reagerer ved ikke at foretage sig noget, mens andre reagerer aktivt på måder, der kan variere bredt. De aktive reaktioner kan eksempelvis være at tage medicin, søge hjælp hos familie og venner og/eller kontakte fagpersoner i og uden for sundhedsvæsenet. I det følgende beskrives kontakt til praktiserende læge og brug af medicin blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen.

Kontakt til praktiserende læger eller andre behandlere i den primære sundhedstjeneste er belyst ved at spørge til svarpersonernes kontakt indenfor de seneste tre måneder. Spørgsmålene dækker kontakt på grund af egen sygdom eller helbredsproblem, og ikke på grund af børns eller andres sygdom eller helbredsproblem.

Opgørelser fra Sygesikringsregistret viser, at der på landsplan har været en stigning i antallet af kontakter til praktiserende læger fra ca. 32 mio. patientkontakter i 2000 til mere end 34,5 mio. kontakter i 2004 (Danmarks Statistik, 2007). SUSY-2005 undersøgelsen viser tilsvarende en stigning i andelen, der har været i kontakt med praktiserende læge indenfor de seneste tre måneder. Andelen steg fra 35,1 % i 1987 til 40,9 % i 2005. Det samme mønster gør sig gældende for andre af sundhedsvæsenets ydelser heriblandt praktiserende speciallæger (Ekholm et al., 2006).

Tabel 3.7 viser andelen blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune, der oplyser, at de inden for de seneste tre måneder har haft kontakt til deres praktiserende læge. I alt oplyser 50,6 % af svarpersonerne, at de har haft kontakt til deres praktiserende læge inden for de seneste tre måneder. Det er en større andel sammenlignet med SUSY-Region Syddanmark.

Tabel 3.7 Andel med kontakt til praktiserende læge. Procent

	KRAM-Sønderborg	KRAM-Sønderborg 25-64 årige	KRAM-Sønderborg 25-64 årige ¹	SUSY-Region Syddanmark
Procent	50,6	45,6	47,7	41,5 *
Antal svarpersoner	4.657	3.198	3.192	3.089

¹Uddannelsesjusteret. 25-64 årige

*p<0,01

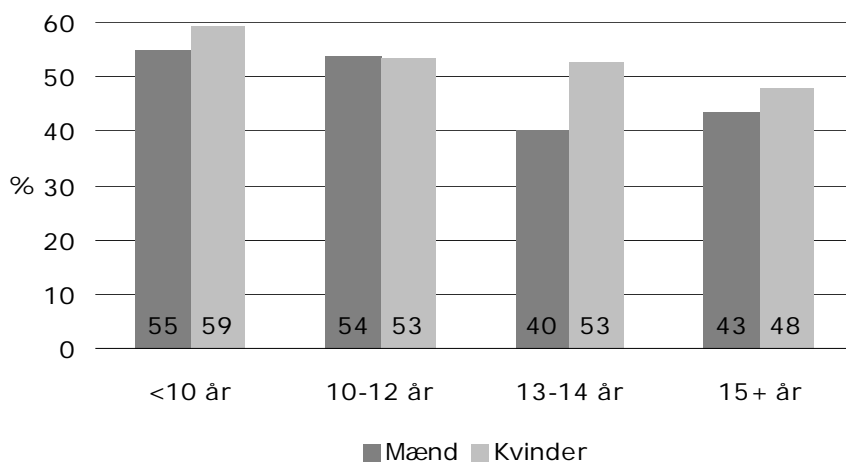
En større andel blandt kvinder (52,3 %) end blandt mænd (48,3 %) har haft kontakt til praktiserende læge inden for de seneste tre måneder. Overordnet stiger andelen, der har haft kontakt til praktiserende læge, med stigende alder (tabel 3.8).

Tabel 3.8 Andel der har haft kontakt til praktiserende læge inden for de seneste tre måneder blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Procent	Antal svarpersoner
Total		50,6	4.657
Mænd	18-24 år	34,7	75
	25-44 år	32,7	440
	45-64 år	45,6	812
	65+ år	64,7	620
	Alle mænd	48,3	1.947
Kvinder	18-24 år	46,3	123
	25-44 år	44,9	726
	45-64 år	50,6	1.220
	65+ år	64,9	641
	Alle kvinder	52,3	2.710

Det fremgår af figur 3.6, at andelen, der har haft kontakt til praktiserende læge inden for de seneste tre måneder, overordnet falder med stigende uddannelseslængde.

Figur 3.6. Andel med kontakt til praktiserende læge blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



I tabel 3.9 ses, at hver tredje svarperson i KRAM-undersøgelsen i løbet af de sidste 14 dage har brugt en eller anden form for håndkøbsmedicin. Dette er på niveau med andelen i SUSY-Region Syddanmark. Blandt svarpersoner i KRAM-undersøgelsen har en større andel (43,1 %) taget receptpligtig medicin inden for en 14-dages periode, hvilket ligeledes er på niveau med andelen i SUSY-Region Syddanmark. Der er dog forskel på svarkategorierne i de to undersøgelser, og andelen der bruger forskellige former for medicin i KRAM-undersøgelsen er muligvis underestimeret i forhold til SUSY-Region Syddanmark.

Tabel 3.9 Andel der inden for de seneste 14 dage har taget håndkøbsmedicin eller receptpligtig medicin. Procent

	KRAM- Sønderborg	KRAM- Sønderborg 25-64 årige	KRAM- Sønderborg 25-64 årige ¹	SUSY- Region Syddanmark
Procent	30,5	33,1	33,6	32,2
Håndkøbsmedicin				
Antal svarpersoner	4.823	3.298	3.290	3.089
Procent	43,1	35,7	38,0	45,2
Receptmedicin				
Antal svarpersoner	4.823	3.298	3.290	3.089

¹Uddannelsesjusteret. 25-64 årige

*p<0,01

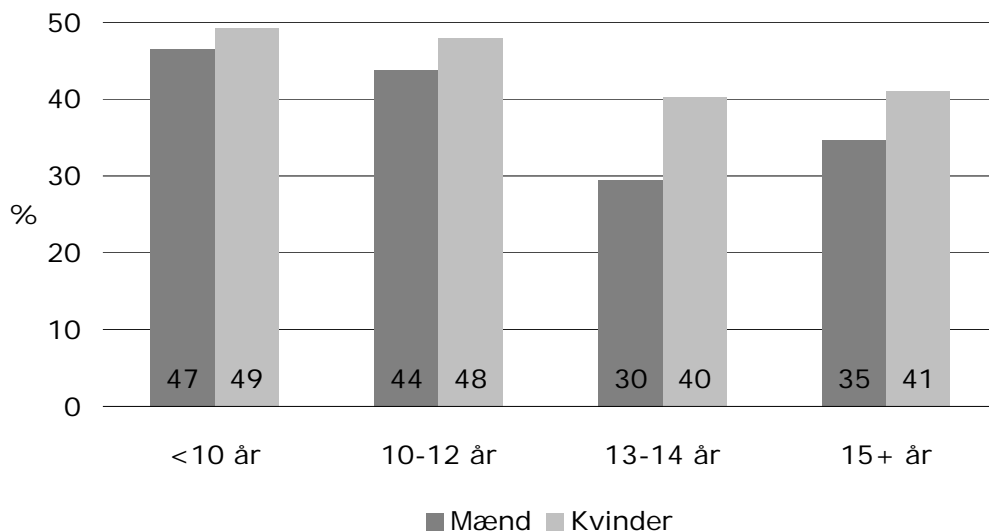
I tabel 3.10 ses andelen, der har taget håndkøbsmedicin inden for en 14-dages periode. I alle aldersgrupper er der en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der har taget håndkøbsmedicin. Både blandt mænd og kvinder er andelen, der har taget håndkøbsmedicin, størst i aldersgruppen 25-44 år. Andelen, der har taget receptpligtig medicin, fremgår ligeledes af tabel 3.10. Der er en større andel kvinder end mænd, der har taget receptpligtig medicin, og overordnet stiger andelen med stigende alder. Således har mere end seks ud af ti mænd og kvinder i aldersgruppen 65+ år taget receptpligtig medicin inden for en 14-dages periode.

Tabel 3.10. Andel der har taget medicin inden for en 14-dages periode blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Håndkøbsmedicin		Receptmedicin	
		Procent	Antal svarpersoner	Procent	Antal svarpersoner
Total		30,5	4.823	43,1	4.823
Mænd	18-24 år	15,6	77	20,8	77
	25-44 år	25,1	454	15,4	454
	45-64 år	21,7	842	40,6	842
	65+ år	19,2	645	63,9	645
	Alle mænd	21,5	2.018	41,6	2.018
Kvinder	18-24 år	32,0	125	18,4	125
	25-44 år	44,1	742	24,7	742
	45-64 år	37,1	1.260	46,3	1.260
	65+ år	29,9	678	66,5	678
	Alle kvinder	37,0	2.805	44,2	2.805

Figur 3.7 viser andelen, der har taget receptpligtig medicin inden for de seneste 14 dage i forskellige uddannelsesgrupper. Det fremgår, at overordnet falder andelen, der har taget receptpligtig medicin inden for en 14-dages periode, med stigende uddannelseslængde. Denne tendens gælder dog ikke for mænd med 13-14 års uddannelse, hvor andelen, der har taget receptpligtig medicin, er mindre end i de øvrige uddannelsesgrupper.

Figur 3.7 Andel der har taget receptpligtig medicin i løbet af en 14-dages periode blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Højde og vægt

Fedmegrad vurderes ofte på baggrund af det såkaldte Body Mass Index (BMI), der udregnes på basis af oplysninger om kropshøjde og kropsvægt. BMI er kropsvægten i kg divideret med kvadratet på højden målt i meter. I målet tages der ikke højde for knoglebygning og muskelmasse.

$$BMI = \frac{vægt(kg)}{højde(m)^2}$$

WHO har defineret fire vægtgrupper opdelt efter BMI

Undervægt		BMI	< 18,5
Normalvægt	18,5 <=	BMI	< 25
Moderat overvægt	25 <=	BMI	< 30
Svær overvægt	30 <=	BMI	

(WHO, 2000)

Når der anvendes selvrapportering af højde og vægt til beregning af BMI, er der naturligvis mulighed for, at respondenterne angiver, at de er højere eller vejer mere eller mindre, end de gør i virkeligheden. Undersøgelser viser, at lave mænd ofte angiver, at de er lidt højere end de faktisk er, og at overvægtige kvinder ofte angiver, at de vejer lidt mindre end de faktisk gør (Spencer, 2002; Villanueva, 2001).

Undervægt har tidligere været et problem på grund af under- og fejlnæring, men er nu oftere forbundet med somatiske eller psykiske lidelser. Med somatisk betinget undervægt menes undervægt, der kan ses i forbindelse med visse alvorlige sygdomme eksempelvis for højt stofskifte. Psykisk betinget undervægt ses oftest blandt unge med spiseforstyrrelser.

I dag er den voksende andel af svært overvægtige i hele verdenen en stor udfordring. Svær overvægt øger risikoen for en lang række sygdomme som hjerte-karsygdomme, diabetes, forhøjet blodtryk og belastningslidelser i bevægeapparatet. Svær overvægt er således en risikofaktor for mange af de store folkesygdomme. Der findes en arvelig disposition for fedme, men den stigende andel af svært overvægtige i den danske befolkning må først og fremmest sættes i relation til det faldende fysiske aktivitetsniveau og til et øget fedtindhold i kosten.

I det følgende vises resultater af svarpersonernes selvrapporterede højde og vægt i KRAM-spørgeskemaet. I kapitel 4 vises resultater af højde og vægt målt for deltagerne i helbredsundersøgelsen ved KRAM-bussen.

Tabel 3.11 viser, at mere end hver niende svarperson i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune oplyser en højde og vægt, der kategoriserer dem som svært overvægtige. Dette er på niveau med andelen i SUSY-Region Syddanmark og i Sønderborg sundhedsprofil.

Tabel 3.11 Andel med svær overvægt. Procent

	KRAM-Sønderborg	KRAM-Sønderborg 25-64 årige	KRAM-Sønderborg 25-64 årige ¹	SUSY-Region Syddanmark	Sønderborg sundhedsprofil
Procent	12,2	12,8	14,4	11,9	11,1
Antal svarpersoner	4.740	3.255	3.252	3.074	3.343

¹Uddannelsesjusteret. 25-64 årige

*p<0,01

Det fremgår af tabel 3.12, at andelen, der er svært overvægtige, er den samme blandt mænd og blandt kvinder. Andelen er mindst i aldersgruppen 18-24 år for både mænd og kvinder.

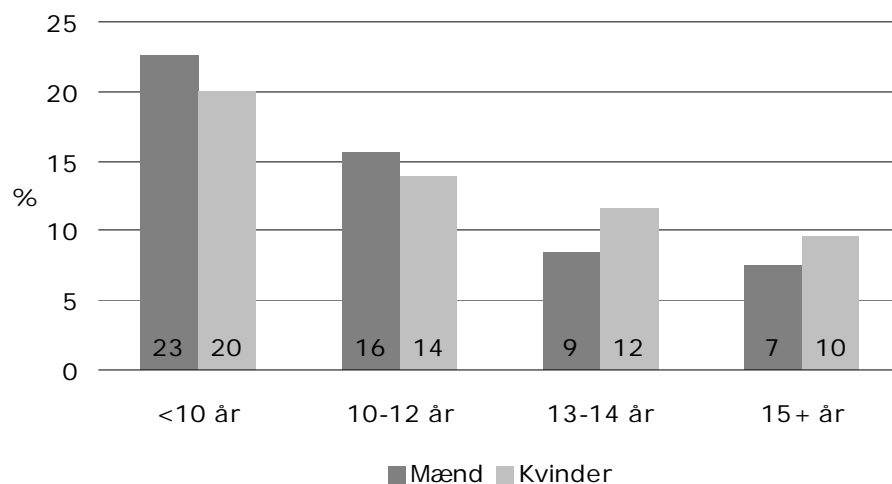
Tabel 3.12 Andel med svær overvægt blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Procent	Antal svarpersoner
Total		12,2	4.740
Mænd	18-24 år	5,2	77
	25-44 år	10,2	452
	45-64 år	14,8	831
	65+ år	11,2	632
	Alle mænd	12,3	1.992
Kvinder	18-24 år	8,3	121
	25-44 år	12,5	731
	45-64 år	12,7	1.241
	65+ år	11,8	655
	Alle kvinder	12,2	2.748

I figur 3.8 ses en klar sammenhæng mellem uddannelse og svær overvægt. Sammenhængen illustreres også ved tabel 3.11, idet uddannelsesjusteringen giver en større andel svær overvægtige end den ikke-justerede andel. For både mænd og kvinder gælder,

at jo kortere uddannelse, desto større er andelen, der er svært overvægtige. Især blandt mænd med mindre end 10 års uddannelse er der en stor andel af svært overvægtige.

Figur 3.8 Andel med svær overvægt blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Tabel 3.14 viser, at andelen, der har et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred, er markant større blandt svarpersoner, der ikke er svært overvægtige end blandt svarpersoner, der er svært overvægtige. Det samme billede gør sig gældende for langvarig sygdom. Således er der blandt svært overvægtige 48,6 %, der oplyser, at de har en langvarig sygdom mens kun 36,6 % blandt svarpersoner, der ikke er svært overvægtige oplyser at have en langvarig sygdom. Der er også en markant sammenhæng mellem svær overvægt og brug af receptpligtig medicin inden for en 14-dages periode. Det ses således, at blandt svært overvægtige har mere end seks ud af ti taget receptpligtig medicin, mens dette kun gælder for fire ud af ti blandt ikke svært overvægtige. Den samme tendens ses ved brug af håndkøbsmedicin, men forskellen er dog ikke så markant. Tabellen viser endvidere at andelen, der har haft kontakt til praktiserende læge inden for de seneste tre måneder, er markant større blandt de svært overvægtige (63,5 %) sammenlignet med ikke svært overvægtige (48,7 %).

Tabel 3.14 Helbred, sygelighed og brug af sundhedsvæsen blandt svarpersoner med og uden svær overvægt. Procent

	Svær overvægt (BMI \geq 30)	
	Ja	Nej
Virkelig godt eller godt selv vurderet helbred	54,0	78,5
Langvarig sygdom	48,6	36,6
Har taget håndkøbsmedicin sidste 14 dage	34,9	30,0
Har taget receptmedicin sidste 14 dage	60,6	40,6
Kontakt til praktiserende læge sidste 3 måneder	63,5	48,7

Opsummering

Blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Sønderbrog er andelen, der vurderer eget helbred som virkelig godt eller godt, mindre end andelen i SUSY-Region Syddanmark, men større end andelen i Sønderborg sundhedsprofil. Andelen falder med stigende alder for både mænd og kvinder. Det fremgår endvidere, at jo længere uddannelse desto større er andelen, der har et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred.

Andelen, der har en langvarig sygdom eller lidelse, er mindre blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune end i SUSY-Region Syddanmark, men større end andelen i Sønderborg sundhedsprofil. Andelen stiger med stigende alder. I forhold til kontakt til praktiserende læge fremgår det, at andelen er større blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen sammenlignet med SUSY-Region Syddanmark. Der er en større andel blandt kvinder end blandt mænd der har haft kontakt til praktiserende læge inden for de seneste tre måneder. Andelen, der har taget receptpligtig medicin eller håndkøbsmedicin inden for en 14-dages periode, er på niveau med andelen i SUSY-Region Syddanmark. En større andel blandt kvinder end blandt mænd, har taget receptpligtig medicin eller håndkøbsmedicin. Andelen, der har taget håndkøbsmedicin, er størst i aldersgruppen 25-44 år, og andelen, der har taget receptpligtig medicin, stiger med stigende alder. Andelen, af svarpersoner der er svært overvægtige, er den samme blandt mænd og kvinder, og mindst i aldersgruppen 18-24 år. For både mænd og kvinder gælder, at jo kortere uddannelse, desto større er andelen, der er svært overvægtige.

Kapitel 4 - Resultater fra helbredsundersøgelsen

I dette kapitel præsenteres resultaterne fra helbredsundersøgelsen ved KRAM-bussen i Sønderborg Kommune. Resultaterne fra helbredsundersøgelsen har den fordel i forhold til resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen, at de er målt objektivt. I Sønderborg Kommune gennemførte 1938 personer (799 mænd og 1139 kvinder) helbredsundersøgelsen. Udover måling af højde og vægt fik deltagerne blandt andet målt deres fedtprocent, hofte- og taljemål, blodtryk, blodprofil (kolesterol, triglycerid og blodsukker), lungefunktion og kondital. Resultaterne for lungefunktion og kondital er analyseret i forhold til udvalgte parametre fra spørgeskemaundersøgelsen, som rygning og passiv rygning, uddannelseslængde, selv vurderet helbred, erhvervsaktivitet og stress.

Resultaterne fra helbredsundersøgelsen vises opdelt på køn og alder, hvor alder er ind delt i grupperne 18-44 år, 45-64 år, og 65+ år. Aldersgruppen 18-24 år er slået sammen med gruppen 25-44 år, da der er for få personer i den yngste aldersgruppe til at rapportere fordelingerne for denne gruppe alene.

Overvægt og svær overvægt

Overvægt er som nævnt en risikofaktor for en række sygdomme som type 2-diabetes, hjertekarsygdomme og visse kræftformer. I kapitel 3 blev de selvrapporterede oplysninger om højde og vægt fra spørgeskemaundersøgelsen anvendt til beregning af BMI. Fordelen ved at benytte objektive mål for vægt og højde til beregning af BMI er, at man undgår problemstillingen med under- og overrapportering. Målene fra helbredsundersøgelsen giver desuden mulighed for at foretage en mere nuanceret vurdering af deltageres vægt ved at inddrage fedtprocent og fedtets fordeling på kroppen. Overvægt kan ud fra resultaterne fra helbredsundersøgelsen illustreres via BMI, fedtprocent, taljemål og talje-hofte-ratio.

BMI

Fordeling af BMI for mænd og kvinder i de forskellige aldersgrupper fremgår af tabel 4.1. Over halvdelen af deltagerne i helbredsundersøgelsen i Sønderborg Kommune er enten moderat overvægtige (BMI 25-29,9) eller svært overvægtige (BMI > 30). Der er en større andel af mænd (49,4 %) end kvinder (33,6 %), der er moderat overvægtige, mens andelen af svært overvægtige er den samme blandt mænd (13,3 %) og kvinder (13,7 %). Andelen af svært overvægtige mænd og kvinder i helbredsundersøgelsen er i overensstemmelse med andelen af svært overvægtige blandt svarpersonerne i spørgeskemaundersøgelsen. Andelen af moderat overvægtige og svært overvægtige er lavest i alders-

gruppen 18-44 år for både mænd og kvinder, og adskiller sig ikke væsentligt for aldersgrupperne 45-64 år og 65+ år.

Tabel 4.1 BMI blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Undervægt BMI < 18,5	Normalvægt BMI = 18,5-24,9	Moderat overvægt BMI = 25-29,9	Svær overvægt BMI ≥30	Antal deltagere
Total		1,5	44,7	40,1	13,6	1938
Mænd	18-44 år	1,9	49,3	37,2	11,6	215
	45-64 år	0,3	30,4	54,8	14,5	345
	65+ år	0,0	34,3	52,7	13,0	239
	Alle mænd	0,6	36,7	49,4	13,3	799
Kvinder	18-44 år	2,2	59,1	28,2	10,5	323
	45-64 år	1,9	47,4	35,9	14,9	585
	65+ år	3,0	45,9	35,5	15,6	231
	Alle kvinder	2,2	50,4	33,6	13,8	1139

Fedtprocent

Fedtprocent er et udtryk for, hvor stor en andel af kroppens vægt, der udgøres af fedt. Kvinder har fra naturens side en højere fedtprocent end mænd. Der findes ikke klare grænser for normalområderne for fedtprocenten, men tommelfingerreglen er, at den bør udgøre 10-20 % af vægten for mænd og 20-35 % for kvinder. For ældre må fedtprocenten dog gerne være lidt højere.

Tabel 4.2 Fedtprocent blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

Mænd	<10 %	10-20 %	>20 %	Antal deltagere
18-44 år	6,1	52,8	41,1	214
45-64 år	1,8	28,2	70,0	340
65+ år	0,4	16,5	83,1	237
Alle mænd	2,5	31,4	66,1	791
Kvinder	<20 %	20-35 %	> 35 %	Antal deltagere
18-44 år	3,8	66,1	30,1	316
45-64 år	1,6	51,7	46,7	576
65+ år	2,2	44,3	53,5	226
Alle kvinder	2,3	54,3	43,4	1118

Resultaterne fra helbredsundersøgelsen i Sønderborg Kommune viser, at 66,1 % af de mandlige deltagere har en fedtprocent, der overstiger 20 % af kropsvægten, mens andelen af deltagende kvinder med en fedtprocent, der overstiger 35 % af kropsvægten, er 43,4 %. For begge køn er andelen med en fedtprocent over grænseværdien stigende med stigende alder (tabel 4.2).

Taljemål og talje-hofte-ratio

Taljemål og talje-hofteratio giver information om, hvordan fedtet på kroppen er fordelt. Fedt der sidder på maven – det abdominale fedt - er forbundet med større risiko for fedmerelaterede sygdomme end fedt, der sidder på hofterne og lårene (Richelsen, 1991).

For taljemålet anvendes almindeligvis en grænseværdi på < 94 cm for mænd og < 80 cm for kvinder (Lean et al., 1995). Der findes ingen alders- eller højdekorrigerede grænser for taljemål. I tabel 4.3 ses, at andelen af deltagere i KRAM-helbredsundersøgelsen i Sønderborg Kommune, hvis taljemål overstiger de ovennævnte værdier, er 63,5 % for mænd, mens den er 73,3 % for kvinder. Andelen blandt både mænd og kvinder, der overstiger værdierne, er stigende med stigende alder.

Tabel 4.3 Andel blandt mænd med et taljemål over 94 cm og andel blandt kvinder med et taljemål over 80 cm. Procent

		Procent	Antal deltagere
Mænd	18-44 år	45,1	215
	45-64 år	67,8	345
	65+ år	73,6	239
	Alle mænd	63,5	799
Kvinder	18-44 år	64,9	322
	45-64 år	76,4	585
	65+ år	77,1	231
	Alle kvinder	73,3	1138

Talje-hofteratioen udtrykker forholdet mellem talje- og hoftemålet. Den mest almindelige anvendte grænseværdi for talje-hofteratioen er for mænd < 1,0 og for kvinder < 0,8 (Bjørntorp, 1985). I tabel 4.4 ses, at en langt større andel af kvinder (74,5 %) end mænd (26,4 %) overstiger de kønsspecifikke grænseværdier. Ligesom for taljemålet er andelen blandt både mænd og kvinder, der overstiger grænseværdierne, stigende med stigende alder.

Tabel 4.4 Andel blandt mænd med en talje-hofteratio på mere end 1,0 og andel blandt kvinder med en ratio på mere end 0,8. Procent

		Procent	Antal deltagere
Mænd	18-44 år	12,1	215
	45-64 år	28,7	345
	65+ år	36,0	239
	Alle mænd	26,4	799
Kvinder	18-44 år	62,5	322
	45-64 år	76,4	585
	65+ år	86,6	231
	Alle kvinder	74,5	1138

Blodtryk

Blodtryk er et mål for den kraft, det cirkulerende blod udøver på arterierne. Blodtrykket måles i enheden millimeter kviksølv (mmHg). Det angives med to tal: det systoliske og det diastoliske blodtryk. Det systoliske tryk er det højeste tryk, der forekommer, når hjertet trækker sig sammen og presser blodet ud i årerne. Det diastoliske tryk er det laveste tryk, når hjertet slapper af mellem to slag.

I helbredsundersøgelsen ved KRAM-bussen i Sønderborg blev blodtrykket målt ved to eller tre gentagne målinger. Inden hver måling sad deltagerne og slappede af i to minutter. Var der stor forskel mellem de to målinger (mere end 20 mmHG), blev en tredje måling gennemført. Resultatet, der præsenteres her, er et gennemsnit af to målinger. For deltagere, hvor en tredje måling blev udført, benyttes gennemsnittet af de to målinger, hvis resultat var tættest på hinanden.

Forhøjet blodtryk øger risikoen for iskæmisk hjertesygdom og apopleksi (Lawes et al., 2004). WHO har fastsat normalområdet for blodtryk til værdier mindre end 130/85 mmHg, og behandlingskrævende forhøjet blodtryk til at være 140/90 mmHg eller derover (WHO, 1999). Resultater for blodtrykket er medtaget nedenfor i forhold til grænserne vist i tabel 4.5.

Tabel 4.5 Grænseværdier for normalt, moderat og alvorligt forhøjet blodtryk

Systolisk Blodtryk	Diastolisk Blodtryk	Betegnelse
< 140	< 90	Normalt
140-160	90-100	Moderat forhøjet

>160	>100	Alvorligt forhøjet
------	------	--------------------

(WHO, 1999)

I alt 66,4 % af deltagerne i helbredsundersøgelsen i Sønderborg Kommune har et normalt blodtryk, mens 27,0% har et moderat forhøjet og 6,6 % et alvorligt forhøjet blodtryk (tabel 4.6). I tabel 4.6 ses, at andelen af mænd med et for højt blodtryk er højere i alle aldersgrupper end andelen af kvinder. Det ses også, at andelen, der har et forhøjet blodtryk, overordnet stiger med alderen. Blandt mænd i aldersgruppen 45-64 år er andelen med forhøjet blodtryk dog større end for aldersgruppen 65+ år.

Tabel 4.6 Andel med normalt, moderat forhøjet og alvorligt forhøjet blodtryk blandt mænd og kvinder. Procent

		Normalt	Moderat forhøjet	Alvorligt forhøjet	Antal deltagere
Total		66,4	27,0	6,6	1934
Mænd	18-44 år	70,7	27,4	1,9	215
	45-64 år	50,1	39,4	10,4	345
	65+ år	45,8	34,9	19,3	238
	Alle mænd	54,4	34,8	10,8	798
Kvinder	18-44 år	86,9	11,8	1,3	321
	45-64 år	73,0	23,1	3,9	584
	65+ år	62,8	31,2	6,1	231
	Alle kvinder	74,8	21,6	3,6	1136

Blodprofil

Deltagerne i helbredsundersøgelsen fik også taget en blodprøve, som blev analyseret for indholdet af kolesterol, triglycerid, langtidsblodsukker og en infektionsparameter, C-reaktivt protein (CRP). Deltagere med forhøjede værdier har modtaget et brev fra KRAM-enheden med oplysninger om den eller de forhøjede værdier samt en opfordring til at kontakte egen læge.

Kolesterol og triglycerid

Kolesterol og triglycerid er fedtstoffer, som findes i blodet, og som er byggestenen for kroppens celler og vigtige i dannelsen af forskellige hormoner. Forhøjede værdier af kolesterol og triglycerid i blodet øger risikoen for åreforkalkning og dermed blodpropper.

Kolesterol er bundet til forskellige proteiner i blodet, hvoraf nogle har lav massefylde (LDL) og nogle høj massefylde (HDL). Det er blandt andet balancen mellem LDL og HDL, der bestemmer, om der er en forøget risiko for åreforkalkning. LDL øger risikoen, mens HDL har en beskyttende effekt mod åreforkalkning. Kolesterolniveauet stiger generelt med alderen, og kvinder har frem til menopausen et lavere kolesterolindhold end mænd. Kost, motion og vægt har indflydelse på det skadelige niveau af kolesterol i blodet, og er derudover genetisk bestemt.

Normalområdet for det samlede kolesterolniveau er 6 mmol/l eller derunder. Tabel 4.7 viser, at en større andel kvinder (25,0 %) end mænd (20,1 %) har et kolesterolniveau, der overstiger 6 mmol/l. Andelen der overstiger 6 mmol/l stiger med alderen for begge køn, men mest markant for kvinderne.

Tabel 4.7 Andel med et kolesterolniveau på mere end 6 mmol/l blandt mænd og kvinder. Procent

		>6 mmol/l	Antal deltagere
Total		23,0	1788
Mænd	18-44 år	10,2	196
	45-64 år	23,1	316
	65+ år	24,7	219
	Alle mænd	20,1	731
Kvinder	18-44 år	8,9	292
	45-64 år	28,8	546
	65+ år	37,0	219
	Alle kvinder	25,0	1057

Triglyceridniveauet i blodet påvirkes primært af typen og mængden af fedt i kosten, men også af typen og mængden af kulhydrater, som indtages. Desuden har genetisk disposition og fysisk aktivitet nogen betydning. Normalværdien for triglycerid i blodet er <2,2 mmol/l. I modsætning til kolesterolniveauet, fremgår det af tabel 4.8, at andelen med triglyceridværdier over normalområdet er større blandt mænd end kvinder. Blandt mænd er andelen, der overstiger værdien for normalområdet, størst i aldersgruppen 45-64 år. For kvinderne er der ingen væsentlig forskel mellem aldersgrupperne 45-64 år og 65+ år.

Tabel 4.8 Andel med et triglyceridniveau over 2,2 mmol/l blandt mænd og kvinder. Procent

		>2,2 mmol/l	Antal deltagere
Total		17,1	1788
Mænd	18-44 år	25,5	196
	45-64 år	26,6	316
	65+ år	18,7	219
	Alle mænd	23,9	731
Kvinder	18-44 år	8,7	292
	45-64 år	13,6	546
	65+ år	14,2	219
	Alle kvinder	12,3	1057

Blodsukker

Måling af blodsukker er gennemført ved analyse af HgbA1c (sukkerhæmoglobin), der viser niveauet for blodsukkeret de seneste to til fire måneder. Resultatet er udtryk for, hvor stor en andel af hæmoglobinet i de røde blodlegemer, der er glykeret (har fået en sukkergruppe på). Forhøjet langtidsblodsukker er meget belastende for kroppen og indikerer, at insulinsensitiviteten er reduceret, og at man kan have sukkersyge. Normalværdien for blodsukkeret er < 6,4 %. Andelen med værdier over normalområdet er opgjort i tabel 4.9. Andelen der overstiger 6,4 % er den samme blandt mænd og kvinder. Der er en stigende andel med værdier over normalområdet med stigende alder for begge køn.

Tabel 4.9 Andel med et HgbA1c niveau på mere end 6,4 % blandt mænd og kvinder.
Procent

		>6,4 %	Antal deltagere
Total		1,9	1788
Mænd	18-44 år	0,5	196
	45-64 år	2,5	316
	65+ år	3,2	219
	Alle mænd	2,2	731
Kvinder	18-44 år	0,7	292
	45-64 år	1,5	546
	65+ år	3,2	219
	Alle kvinder	1,6	1057

Lungefunktion

Deltagerne i helbredsundersøgelsen fik målt deres lungefunktion ved en spirometritest. Ved denne test måles lungevolumen, som er den totale mængde luft i lungevævet (FVC), samt luftens strømningshastighed gennem luftvejene, der er den mængde luft, som maksimalt kan pustes ud på et sekund (FEV₁). Undersøgelsen bruges til at vurdere, om folk har kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) eller astma. KOL og astma er begge udbredte folkesygdomme.

KOL er karakteriseret ved, at der i luftvejene er en kronisk betændelsestilstand, som med tiden medfører tiltagende luftvejsobstruktion og reduktion af lungefunktionen. KOL medfører, at det er svært at puste luft ud af lungerne (FEV₁ er reduceret), og at der kan komme pibende og hvæsende lyde under vejrtrækningen. Tobaksrygning er den største risikofaktor for udvikling af KOL, og mindst 25% af alle rygere får sygdommen med tiden (Løkke et al., 2007), men sygdommen forekommer også hos ikke-rygere (Løkke et al., 2006). Lungefunktionsnedsættelse som følge af KOL er ikke reversibel, og på verdensplan er KOL en af de største årsager til sygelighed og død (Løkke et al., 2007).

Astma er en kronisk inflammatorisk sygdom i luftvejene karakteriseret af reversibel luftvejsobstruktion. Symptomerne er, som ved KOL, åndenød samt pibende eller hvæsende vejrtrækning. Astma er ofte associeret med allergi, men kan også forekomme uden allergi.

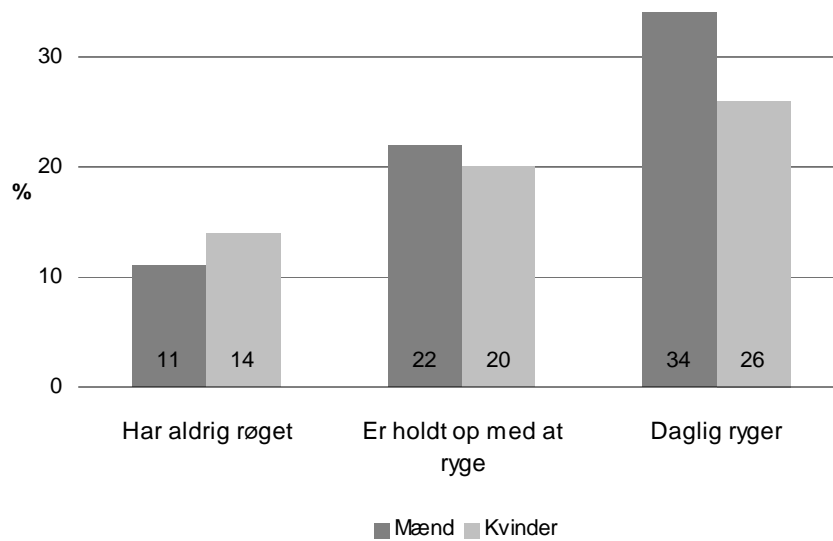
Luftvejsobstruktion forekommer, hvis lungefunktionen, der beregnes som FEV_1/FVC , er $<0,70$ (Løkke et al. 2007)(Global Strategy for the Diagnosis, 2006). Deltagere i KRAM-undersøgelsen med en lungefunktion $< 0,70$ eller hvis enten FEV_1 eller FVC blev målt til $< 80 \%$, henvises til deres praktiserende læge. Andelen af deltagere i helbredsundersøgelsen i Sønderborg Kommune, hvis lungefunktion er reduceret ($FEV_1/FVC < 0,7$) er 17,4 %. Andelen med en reduceret lungefunktion stiger med stigende alder for begge køn. Andelen med en reduceret lungefunktion er højere blandt mændene i den yngste aldersgruppe i forhold til blandt kvinderne, mens der ikke er væsentlig forskel for mænd og kvinder i aldersgrupperne 45-64 år og 65+ år (tabel 4.10).

Tabel 4.10 Andel med en reduceret lungefunktion (FEV_1/FVC på under 0,70) blandt mænd og kvinder. Procent

		$FEV_1/FVC < 0,70$	Antal deltagere
Total		17,4	1864
Mænd	18-44 år	8,5	213
	45-64 år	15,8	335
	65+ år	30,5	223
	Alle mænd	18,0	771
Kvinder	18-44 år	4,5	313
	45-64 år	17,8	563
	65+ år	32,9	222
	Alle kvinder	17,0	1098

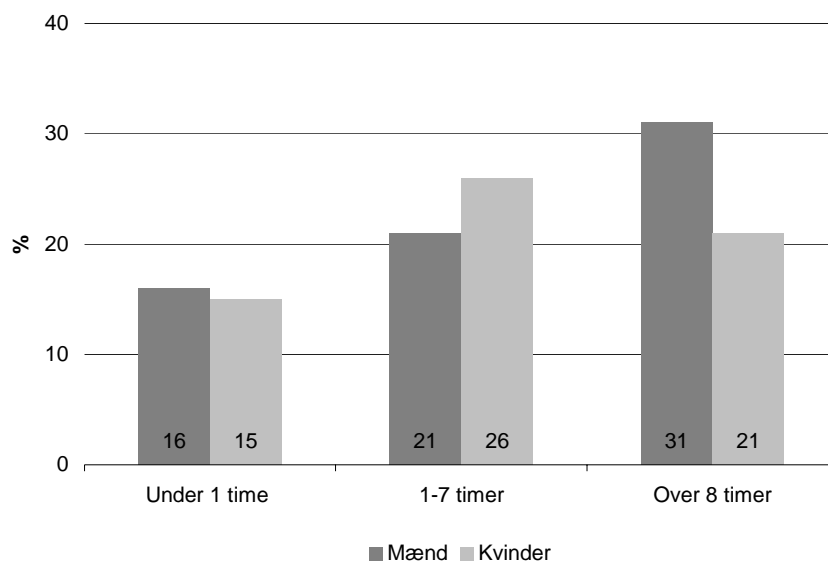
Som allerede beskrevet er rygning den største risikofaktor for udvikling af KOL, og mindst 25 % af alle rygere får en reduceret lungefunktion med tiden. Som forventet ses ud fra figur 4.1, at andelen med en reduceret lungefunktion er størst blandt deltagere, der i KRAM-spørgeskemaundersøgelsen har angivet at de dagligt ryger sammenlignet med dem, som har angivet, at de tidligere eller aldrig har røget. Andelen med en reduceret lungefunktion er ligeledes større i gruppen af eksrygere sammenlignet med dem, der aldrig har røget.

Figur 4.1 Andel med en reduceret lungefunktion ($FEV_1/FVC < 0,70$) blandt mænd og kvinder i forhold til rygestatus. Procent



Som det beskrives i kapitel 6, udsættes folk ved passiv rygning ligesom rygere for røgens skadelige effekter, men blot i en mindre grad. Derfor må det forventes, at passiv rygning påvirker lungefunktionen. Som det ses af figur 4.2, er andelen med en reduceret lungefunktion større blandt deltagere, der er udsat for passiv rygning i en til syv timer og otte timer eller mere om dagen i forhold til blandt deltagere, som er udsat for passiv rygning i under én time om dagen.

Figur 4.2 Andel med en reduceret lungefunktion (FEV_1/FVC under $0,70$) i forhold til udsættelse for daglig passiv rygning (under 1 time, 1-7 timer og over 8 timer). Procent



Kondital

Undersøgelser har vist, at personer med et højt kondital har en lav risiko for hjerte-karsygdomme, type-2-diabetes og forskellige kræftformer sammenlignet med personer med et lavt kondital. På baggrund af informationer om indtag af medicin samt tidligere og nuværende sygdomme blev deltagerne udvalgt til at gennemføre én af to typer af konditests: En Wattmaxtest eller en etpunktstest. Begge tests udføres på en kondicykel, men der er stor forskel på, hvor fysisk krævende testene er. Ved begge tests bestemmes den maksimale iltoptagelse indirekte. Den maksimale iltoptagelse er et udtryk for, hvor mange liter ilt kroppen kan optage per minut. Jo mere ilt der kan optages, desto mere energi kan kroppen producere. En større energiproduktion medfører, at man kan arbejde ved en højere intensitet. Den maksimale iltoptagelse varierer fra 2 l/min for utrænede og op til over 7 l/min for topatleter.

I wattmax-testen cykler deltagerne med stigende belastning indtil udmattelse. Det tidspunkt hvor deltageren stopper, er den maksimale belastning, deltageren kan cykle ved. Ud fra den maksimale belastning og den tid, der er kørt, beregnes den maksimale iltoptagelse. I etpunktstesten cykler deltagerne i fem minutter ved lav belastning og pulsen registreres til sidst i testen. Ud fra den målte puls og den estimerede maksimale puls ($220 - \text{alder}$) beregnes deltagerens maksimale iltoptagelse.

Konditallet bestemmes ved at dividere den maksimale iltoptagelse (ml/min) med kropsvægten, og konditallet angives dermed i enheden ml/min/kg. Konditallet er selvfølgelig påvirket af fysisk aktivitet og træning, men faktorer som alder, køn og genetik har også indvirkning.

Tabel 4.11 angiver værdier for henholdsvis lavt, middel og højt kondital for forskellige aldersgrupper og er benyttet til at kategorisere deltagernes kondital.

Tabel 4.11 Grænseværdier for lavt, middel og højt kondital for forskellige aldersgrupper

Mænd	Lavt	Middel	Højt
15-19	< 48	49-56	> 57
20-29	< 43	44-51	> 52
30-39	< 39	40-47	> 48
40-49	< 35	36-43	> 44
50-59	< 31	32-39	> 40
60-69	< 26	27-35	> 36
70-	< 24	25-32	> 33

Kvinder	Lavt	Middel	Højt
15-29	< 34	35-43	> 44
30-39	< 33	34-41	> 42
40-49	< 31	32-40	> 41
50-64	< 28	29-36	> 37
65-	< 26	27-34	> 35

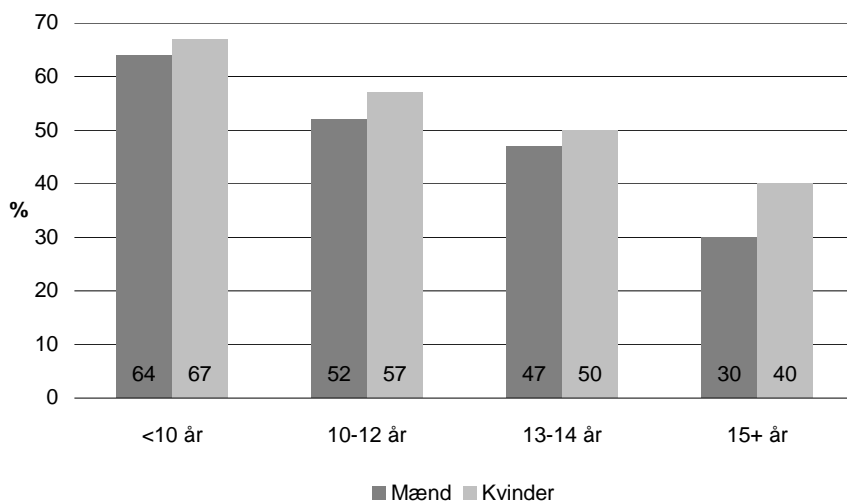
I tabel 4.12 ses, at i alt 43,3 % af mændene og 49,6 % af kvinderne, der deltog i helbredsundersøgelsen i Sønderborg Kommune, har et lavt kondital. Andelen af mænd med et kondital, der kategoriseres som lavt i forhold til alderen, er størst for den yngste aldersgruppe og er på samme niveau for aldersgrupperne 45-64 år og 65+ år. Blandt kvinder er andelen med et lavt kondital på samme niveau for aldersgrupperne 18-44 år og 45-64 år og størst blandt den ældste aldersgruppe.

Tabel 4.12 Andel med et lavt, middel og højt kondital blandt mænd og kvinder. Procent

		Lavt	Middel	Højt	Antal deltagere
Total		46,8	36,1	17,0	1569
Mænd	18-44 år	51,2	32,3	16,4	201
	45-64 år	39,5	37,7	22,8	289
	65+ år	40,4	39,8	19,9	161
	Alle mænd	43,3	36,6	20,1	651
Kvinder	18-44 år	47,1	39,9	13,0	278
	45-64 år	48,1	35,4	16,4	480
	65+ år	58,1	29,4	12,5	160
	Alle kvinder	49,6	35,7	14,7	918

Ved opdeling af deltagerne i forhold til længden af deres uddannelse ses det af figur 4.3, at andelen med et lavt kondital falder med stigende uddannelseslængde for både mænd og kvinder.

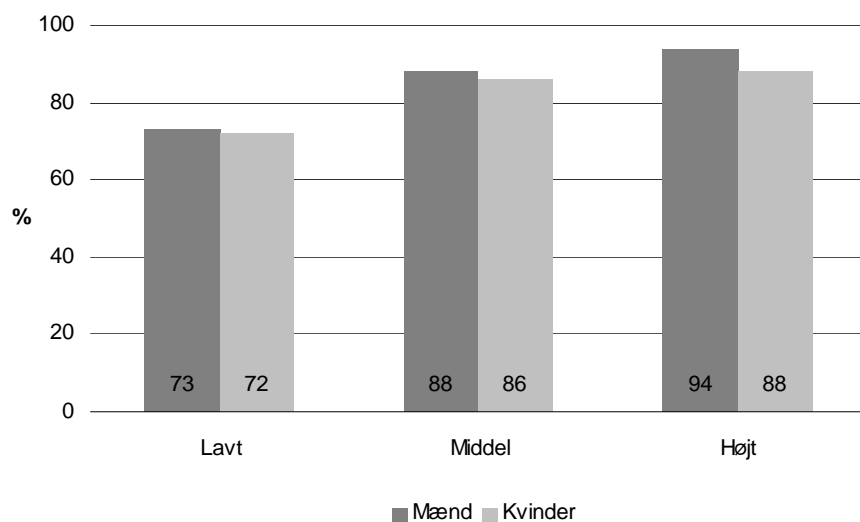
Figur 4.3 Andel med et lavt kondital blandt mænd og kvinder i forskellige uddannelsesgrupper. Procent



For kvinder ses en større andel med lavt kondital blandt de erhvervsaktive (45,0 %) i forhold til de ikke erhvervsaktive (56,1 %). Denne forskel ses ikke blandt mænd (data ikke vist).

Opdeles deltagerne efter kondital (lavt, middel og højt) ses for både mænd og kvinder, at andelen med et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred stiger med konditallet (figur 4.4).

Figur 4.4 Andel med godt eller virkelig godt selv vurderet helbred blandt mænd og kvinder i forhold til kondital (lavt, middel, højt). Procent



Opsummering

Resultaterne fra KRAM-undersøgelserne i Sønderborg viser, at 49,4 % af mændene og 33,6 %, af kvinderne, der gennemførte helbredsundersøgelsen, er moderat overvægtige (BMI=25,0-29,9), mens andelen af svært overvægtige (BMI \geq 30) er 13,3 % og 13,7 % for henholdsvis mænd og kvinder. Resultaterne for fedtprocentsmålingerne viser på samme måde som BMI, at overvægt er et større problem for de mandlige deltagere end for de kvindelige deltagere, idet flere mænd end kvinder overstiger de fastsatte grænser for fedtprocent. Andelen, der ligger over de fastsatte grænser, stiger med stigende alder.

For både det systoliske og diastoliske blodtryk er andelen, der overstiger normalområdet, ligeledes større for mænd end for kvinder, hvilket gælder for alle aldersgrupper. Andelen, der har et forhøjet blodtryk, stiger med alderen.

En større andel af kvinder end mænd har et kolesteroltal, der overstiger normalværdien. I modsætning hertil er andelen med triglyceridværdier over normalområdet større blandt mænd end kvinder, mens andelen med blodsukkerværdier over normalområdet er ens blandt de to køn.

I alt har 17,4 % af deltagerne i helbredsundersøgelsen en reduceret lungefunktion (FEV¹/FVC < 0,7). Der er ikke forskel på andelen med en reduceret lungefunktion for mænd og kvinder. Andelen med en reduceret lungefunktion stiger med alderen. Som forventet ses en sammenhæng mellem lungefunktionen og rygning. Andelen med reduceret lungefunktion er størst blandt deltagere, der dagligt ryger og tidligere har røget i forhold til deltagere, som aldrig har røget. Andelen med en reduceret lungefunktion er ligeledes større blandt deltagere, der er udsat for passiv rygning i mere end en time dagligt.

46,8 % af deltagerne i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg har et lavt kondital. Flere kvinder end mænd har et lavt kondital. Andelen med et lavt kondital falder med uddannelseslængde for både mænd og kvinder. For begge køn ses, at andelen, der vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt, stiger med konditallet.

Kapitel 5 - Kost

I kapitel 4 blev der præsenteret resultater fra helbredsundersøgelsen ved KRAM-bussen. I dette og i de følgende kapitler beskrives resultater fra spørgeskemaundersøgelsen i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune.

En sund kost forebygger udvikling af fedme og en række livsstilssygdomme som type-2-diabetes, hjerte-karsygdomme, kræft samt muskel- og skeletlidelser (herunder knogleskørhed). Kostens negative indflydelse på befolkningens sundhed skyldes især en uhenigtsmæssig sammensætning af kosten og et for stort energiindtag. Hvert år kan fire procent af alle dødsfald relateres til indtagelse af for meget mættet fedt, og et tilsvarende antal dødsfald er relateret til for lidt frugt og grønt (Juel et al., 2006). En kost med et højt indhold af grøntsager og frugt nedsætter risikoen for blandt andet hjerte-karsygdomme og visse kræftformer samt indirekte risikoen for overvægt (Ovesen et al., 2002; Skibsted et al., 2006). Indtagelse af fisk en til to gange om ugen reducerer ligeledes risikoen for hjerte-karsygdomme (Andersen et al., 2003).

Motions- og Ernæringsrådet offentliggjorde i 2005 otte nye kostråd, hvoraf det ene omhandler fysisk aktivitet. Kostrådene bygger på forskningsbaseret dokumentation for sammenhængen mellem kost og helbred (Astrup et al., 2005). Kostrådene lyder:

- 1. Spis frugt og grønt – 6 om dagen**
- 2. Spis fisk og fiskepålæg - flere gange om ugen**
- 3. Spis kartofler, ris eller pasta og groft brød - hver dag**
- 4. Spar på sukker – især fra sodavand, slik og kager**
- 5. Spis mindre fedt – især fra mejeriprodukter og kød**
- 6. Spis varieret – og bevar normalvægten**
- 7. Sluk tørsten i vand**
- 8. Vær fysisk aktiv – mindst 30 minutter om dagen**

Kostvaner er i modsætning til eksempelvis rygevaner komplicerede at bestemme, da kosten består af mange forskellige fødevarer, og der er stor variation over tid. Det individuelle kostindtag kan blandt andet måles ved hjælp af 24 timers kostinterview, måling af fødevarerfrekvensen over en given periode, kostregistrering og brug af biokemiske markører for kostindtagelse (for eksempel måling af nitrogen udskillelse i urinen til bestemmelse af proteinindtaget).

I KRAM-undersøgelsen er information om kostvaner indsamlet fra KRAM-spørgeskemaet samt et supplerende kostspørgeskema. KRAM-spørgeskemaet indeholder relativt få kostspørgsmål, mens det supplerende kostspørgeskema består af detaljerede spørgsmål om kost- og måltidsvaner. I begge skemaer er fødevarerfrekvensmetoden anvendt. I det supplerende kostspørgeskema er der spurgt til fødevarerindtaget inden for det seneste år, og der er endvidere angivet portionsstørrelser.

I det følgende fokuseres på andelen af svarpersoner i KRAM-undersøgelsen, der dagligt spiser frugt, der ugentligt spiser fisk til aftensmad og dem, der aldrig spiser fedtstof på brødet. Disse parametre er medtaget som indikatorer for en sund kost. Efterfølgende beskrives måltidsmønstre opdelt på grupper i befolkningen.

Tabel 5.1 giver et overordnet indblik i den procentvise fordeling af de udvalgte indikatorer for sund kost blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Denne tabel vil blive diskuteret i de følgende afsnit.

Tabel 5.1 Andel, der spiser forskellige former for fødevarer blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Dagligt indtag af frugt	Ugentligt ind- tag af fisk til aftensmad	Spiser aldrig fedtstof på brødet
Total		49,4	44,1	12,7
Mænd	18-24 år	23,4	23,4	11,8
	25-44 år	29,3	28,5	8,4
	45-64 år	34,7	39,9	11,5
	65+ år	33,4	58,6	10,2
	Alle mænd	32,7	42,6	10,4
Kvinder	18-24 år	54,4	28,8	19,2
	25-44 år	55,6	28,6	9,7
	45-64 år	67,8	45,9	18,1
	65+ år	57,2	65,1	11,4
	Alle kvinder	61,4	45,1	14,3
Antal svarpersoner		4.788	4.782	4.787

Frugtindtag

Der er en væsentlig større andel af kvinder (61,4 %) end mænd (32,7 %), der spiser frugt hver dag. Både blandt mænd og kvinder ses den største andel, der dagligt spiser frugt, i gruppen af 45-64-årige (se tabel 5.1).

Af tabel 5.2 fremgår det, at 49,4 % af de personer, der har besvaret KRAM-spørgeskemaet, dagligt eller flere gange om dagen spiser frugt. Det svarer til andelen i SUSY-Region Syddanmark.

Tabel 5.2 Andel der dagligt eller flere gange om dagen spiser frugt. Procent

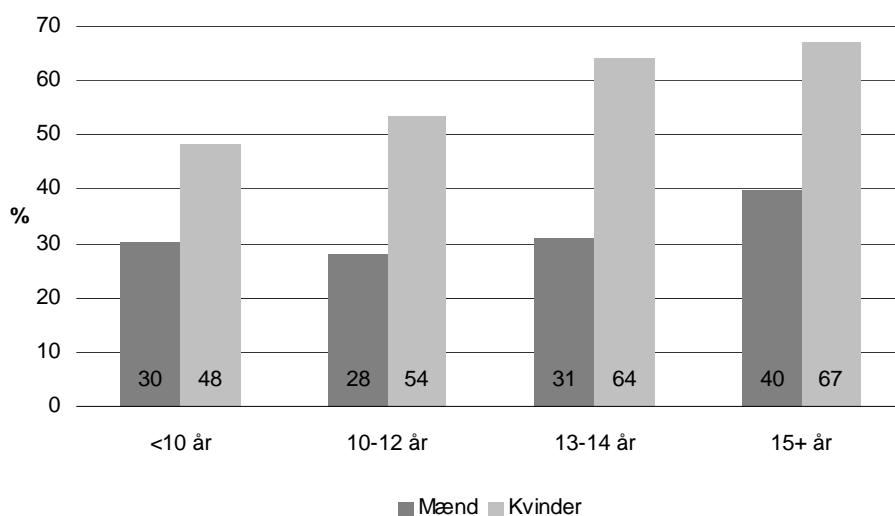
	KRAM-Sønderborg	KRAM-Sønderborg 25-64 årige	KRAM-Sønderborg 25-64 årige ¹	SUSY-Region Syddanmark
Procent	49,4	51,3	49,6	50,7
Antal svarpersoner	4.788	3.282	3.276	3.089

¹Uddannelsesjusteret. 25-64 årige

*p<0,01

I figur 5.1 ses en sammenhæng mellem dagligt frugtindtag og uddannelseslængde. Andelen, der dagligt spiser frugt, stiger med stigende uddannelseslængde for kvinder. For mænd er andelen, der dagligt spiser frugt, større blandt dem med mere end 15 års uddannelse sammenlignet med dem med mindre end 15 års uddannelse.

Figur 5.1 Andel der dagligt spiser frugt blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Der er en større andel, der spiser frugt dagligt blandt svarpersoner, som mener, at deres egen indsats er særdeles vigtig for at bevare et godt helbred (53,0 %) end blandt personer, som ikke mener, at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare et godt helbred (40,7 %) (data ikke vist).

Andelen, som spiser frugt dagligt, er størst blandt svarpersoner med en lang uddannelse, der samtidig mener, at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare et godt helbred (58,9 %), mens den mindste andel ses blandt dem med kortest uddannelse (47,1 %). Denne stigning ses både hos mænd og kvinder (data ikke vist).

Blandt svarpersoner i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune der har rapporteret at have et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred, spiser 51,9 % dagligt frugt mod 41,6 % blandt svarpersoner med et nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selv vurderet helbred (data ikke vist).

I forhold til BMI ses den største andel af svarpersoner, der dagligt spiser frugt blandt de normalvægtige (51,5 %). Blandt de 45-64 årige er andelen, der dagligt spiser frugt, dog størst blandt de undervægtige (61,9 %).

Fiskeindtag

I KRAM-undersøgelsen er deltagerne blevet spurgt om, hvor ofte de plejer at spise fisk til aftensmad. Det skal bemærkes, at fisk, der spises til frokost, ofte udgør en væsentlig del af det samlede fiskeindtag, og at dette ikke er medtaget her. Af tabel 5.3 fremgår det, at 44,1 % af de personer, der har besvaret KRAM-spørgeskemaet, spiser fisk til aftensmad mindst en gang om ugen, hvilket svarer til andelen rapporteret i SUSY-Region Syddanmark.

Tabel 5.3 Andel der spiser fisk til aftensmad mindst en gang om ugen. Procent

	KRAM- Sønderborg	KRAM- Sønderborg 25-64 årige	KRAM- Sønderborg 25-64 årige ¹	SUSY-Region Syddanmark
Procent	44,1	38,1	36,3	39,1
Antal svarpersoner	4.782	3.279	3.272	3.089

¹Uddannelsesjusteret. 25-64 årige

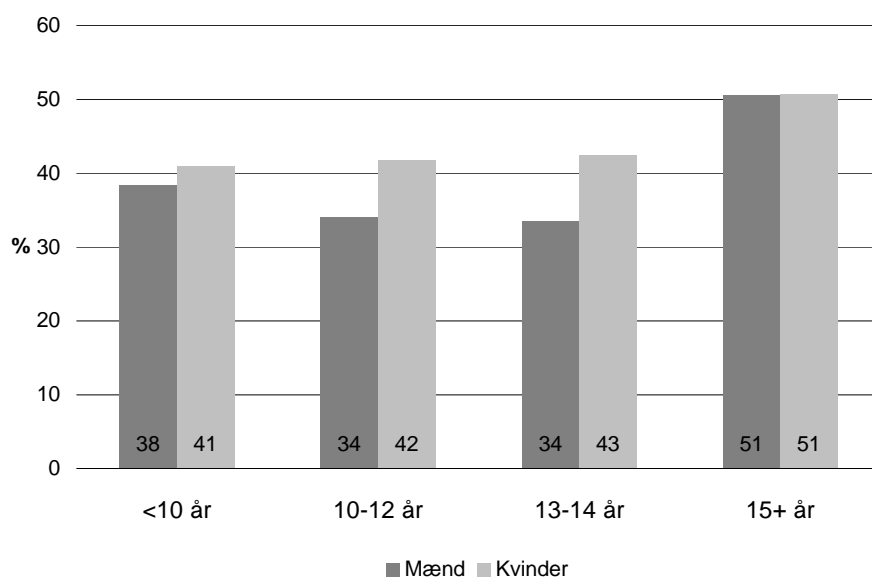
*p<0,01

Der er en større andel af kvinder (45,1 %) end mænd (42,6 %), der spiser fisk til aftensmad mindst en gang om ugen. Både blandt mænd og kvinder ses den største andel, der spiser fisk mindst en gang om ugen til aftensmad, i gruppen af 65+ årige (se tabel 5.1).

I figur 5.2 ses en sammenhæng mellem indtag af fisk til aftensmad og uddannelseslængde, således at andelen, der spiser fisk til aftensmad mindst en gang om ugen, er større blandt dem med 15 år eller længere uddannelse i forhold til svarpersoner med mindre end 15 års uddannelse. Denne forskel er især tydelig for mænd.

Blandt de erhvervsaktive under 65 år er der en mindre andel, der spiser fisk (35,7 %) end blandt de ikke-erhvervsaktive under 65 år (44,6 %). Dette gælder både for mænd og kvinder (data ikke vist).

Figur 5.2 Andel der spiser fisk til aftensmad mindst en gang om ugen blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Blandt dem der tror på, at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare et godt helbred, er der en større andel blandt de 25-64 årige, der spiser fisk til aftensmad mindst en gang om ugen (30,8 %) end blandt dem, der ikke mener egen indsats er særdeles vigtig (19,0 %). Denne forskel gælder for både mænd og kvinder (data ikke vist).

Ligeledes er der blandt kvinder i aldersgruppen 25-64 år, der rapporterer at have et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred en større andel, der spiser fisk til aftensmad mindst en gang om ugen (31,0 %) end blandt dem, der mener at have et nogenlunde,

dårligt eller meget dårligt selv vurderet helbred (19,9 %). Denne forskel gælder dog ikke for mænd (data ikke vist).

Fedtstof på brødet

Deltagerne i KRAM-undersøgelsen er endvidere blevet spurgt om, hvor ofte de bruger smør, margarine, minarine eller fedt på det rugbrød eller grovbrød/franskbrød, de spiser.

Det fremgår af tabel 5.4 at 12,7 % af de personer, der har besvaret KRAM-spørgeskemaet, aldrig spiser fedtstof på brødet. Denne andel er mindre end andelen, der er rapporteret i SUSY-Region Syddanmark.

Tabel 5.4. Andel der aldrig spiser fedtstof på brødet. Procent

	KRAM- Sønderborg	KRAM- Sønderborg 25-64 årige	KRAM- Sønderborg 25-64 årige ¹	SUSY-Region Syddanmark
Procent	12,7	13,2	12,7	15,2 *
Antal svarpersoner	4.787	3.284	3.277	3.089

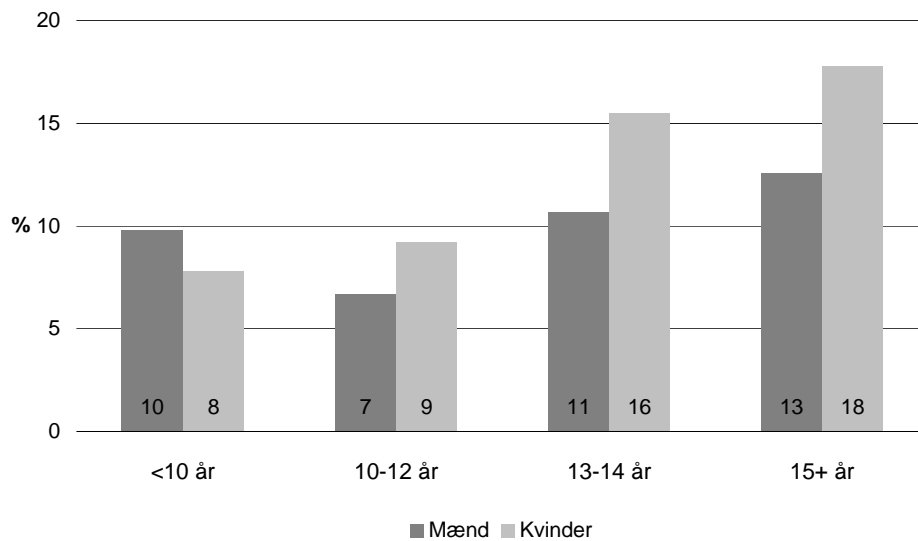
¹Uddannelsesjusteret. 25-64 årige

*p<0,01

Der er en større andel af kvinder (14,3 %) end mænd (10,4 %), der aldrig spiser fedtstof på brødet. Andelen af svarpersoner, der ikke spiser fedtstof på brødet er mindst i gruppen af 25-44 årige blandt både mænd og kvinder (tabel 5.1).

Af figur 5.3 fremgår det at andelen af svarpersoner, der aldrig spiser fedtstof på brødet, stiger med stigende uddannelseslængde. For mænd gælder dette dog kun for svarpersoner med 10 års uddannelse eller mere.

Figur 5.3 Andel der aldrig spiser fedtstof på brødet blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Der er en sammenhæng mellem troen på egen indsats og andelen af mænd, der aldrig spiser fedtstof på brødet således, at der er en større andel af mænd, der aldrig spiser fedtstof på brødet blandt dem, der tror at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare et godt helbred (78,5 %) end blandt dem, der ikke tror at egen indsats er særdeles vigtig (67,4 %). For kvinder er forskellen ikke så tydelig (data ikke vist).

Der findes ingen sammenhæng mellem aldrig at spise fedtstof på brødet og henholdsvis BMI og selv vurderet helbred (data ikke vist).

Måltidsmønstre

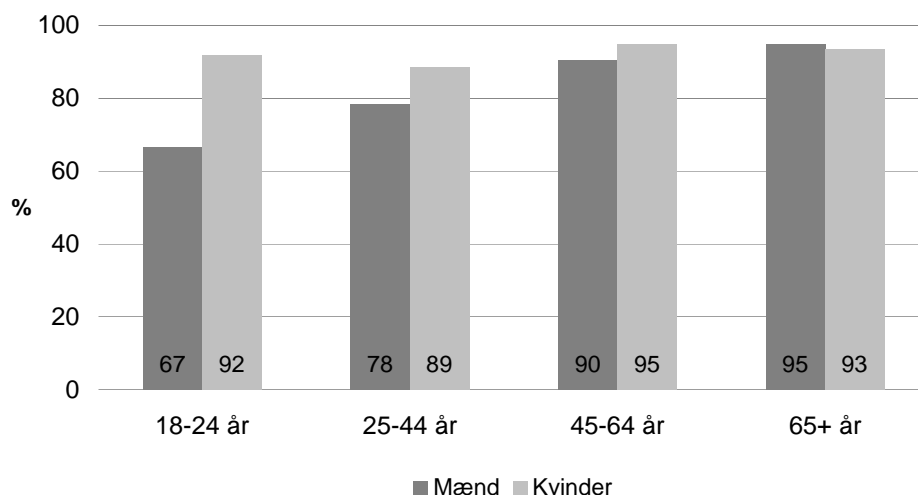
I KRAM-undersøgelsen blev der spurgt til måltidsmønstre, herunder hvor ofte svarpersonerne spiser henholdsvis morgenmad, frokost og aftensmad. I alt er der 91,3 % af svarpersonerne, der dagligt spiser morgenmad, 86,3 % der dagligt spiser frokost, og 96,3 % der dagligt spiser aftensmad (data ikke vist).

Over de seneste årtier er andelen, der spiser morgenmad dagligt, faldet (Fødevarer direktoratet, 1999). Et sundt og mættende morgenmåltid synes at nedsætte risikoen for at spise usundt i løbet af dagen (Fødevarer styrelsen, 2007). Desuden tyder det på, at et dagligt indtag af morgenmad er relateret til lavere risiko for udvikling af fedme og kroniske sygdomme (Timlin og Pereira, 2007).

Der er en større andel af kvinder, der dagligt spiser morgenmad (93,1 %) sammenlignet med mænd (88,7 %) (data ikke vist). For mænd er der desuden en forskel i aldersforde-

ling således, at andelen, der spiser morgenmad hver dag, stiger med alderen. I aldersgruppen 65+ år er der således 94,8 % af mændene, der spiser morgenmad hver dag, mens dette kun gælder for 66,7 % af de mandlige svarpersoner i alderen 18-25 år (figur 5.3). Fordelingen er mere jævn for kvinderne, da det for næsten alle aldersgrupper er over 90 %, der spiser morgenmad hver dag (figur 5.3).

Figur 5.3 Andel der dagligt spiser morgenmad blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent



Der er ingen sammenhæng mellem andelen, der spiser morgenmad hver dag og henholdsvis uddannelseslængde og det at tro på egen indsats (data ikke vist).

Blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune er der en større andel af de normalvægtige, som spiser morgenmad hver dag (92,7 %), end der er blandt de undervægtige (88,2 %) og overvægtige (89,7 %). Desuden er der en større andel, der spiser morgenmad hver dag (92,5 %), blandt svarpersoner med et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred end blandt svarpersoner med et nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selv vurderet helbred (86,8 %) (data ikke vist).

Sammenhænge i kostvaner og måltidmønstre

For de fleste kostindikatorer ses en tydelig kønsforskel således, at der er en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der dagligt spiser frugt, ugentlig spiser fisk til aftensmad og ikke spiser fedtstof på brødet (se tabel 5.1).

Andelen, der dagligt spiser frugt, er størst blandt de 45-64 årige, mens andelen, der ugentligt spiser fisk til aftensmad, er størst blandt de 65+ årige. Til gengæld er andelen, der ikke spiser fedtstof på brødet størst blandt de 18-25 årige og mindst blandt de 25-44

årige. De forskellige kostindikatorer fordeler sig altså ud over flere aldersgrupper (data ikke vist).

Blandt svarpersonerne i Sønderborg Kommune ses, at de sunde kostvaner akkumuleres. Der er en større andel, der spiser frugt dagligt blandt dem, der spiser morgenmad hver dag (57,2 %) sammenlignet med dem, der ikke spiser morgenmad hver dag (32,3 %). Ligeledes er der en større andel, der spiser frugt blandt dem, der aldrig spiser fedtstof på brødet (64,6 %) end blandt dem, der spiser fedtstof på brødet (47,2 %) (data ikke vist).

Opsummering

Ud fra de valgte indikatorer for kost, der er inddraget i dette kapitel, kan det konkluderes, at kvinder har sundere kostvaner end mænd. Der er en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der spiser frugt og grønt dagligt.

Endvidere er der for de fleste af indikatorerne en social gradient i kostvaner, således at der er en større andel med sunde kostvaner blandt svarpersoner med en lang uddannelse sammenlignet med svarpersoner med en kort uddannelse.

Der blev fundet sammenhænge mellem flere af kostvanerne og selv vurderede helbred således, at svarpersoner, der har sunde kostvaner, i højere grad vurderer deres eget helbred som virkelig godt eller godt.

Kapitel 6 - Rygning

Rygning er en af de forebyggelige risikofaktorer, der betyder mest for dødeligheden i Danmark (Ekholm et al., 2006). Rygning øger risikoen for en lang række sygdomme. Det gælder især sygdomme i luftvejene, som lungekræft og kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), men der er også en øget risiko for hjerte-karsygdomme og en række andre kræftsygdomme foruden lungekræft som for eksempel kræft i spiserør og i mund og svælg. Risikoen for en rygerrelateret sygdom øges med rygemængde, inhalering samt antallet af år, der er blevet røget (Juel et al., 2006). Rygning er en medvirkende faktor til knap 14.000 dødsfald om året og beregninger har vist, at rygere lever 7-10 år kortere end ikke-rygere. Sundhedsvæsenets årlige nettoomkostninger relateret til rygning er estimeret til at være 3,4 mia. kr. (Juel et al., 2006)

Andelen, der ryger dagligt i Danmark, har været faldende gennem en årrække, fra 44,3 % i 1987 til 29,6 % i 2005 (Ekholm et al., 2006). I tabel 6.1 ses andelen, der ryger dagligt blandt henholdsvis svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune, i SUSY-Region Syddanmark og i Sønderborg sundhedsprofil.

Tabel 6.1 Andel der ryger dagligt. Procent

	KRAM- Sønderborg	KRAM- Sønderborg 25-64 årige	KRAM- Sønderborg 25-64 årige ¹	SUSY-Region Syddanmark	Sønderborg sundheds- profil
Procent	14,1	15,1	16,7	30,7 *	23,1 *
Antal svarpersoner	4.802	3.287	3.280	3.089	3.343

¹Uddannelsesjusteret. 25-64 årige

*p<0,01

Andelen der ryger dagligt blandt svarpersoner i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune er 14,1 % (tabel 6.1). Det er en markant mindre andel i forhold til andelen i SUSY-Region Syddanmark og andelen i Sønderborg sundhedsprofil. Den mindre andel, der ryger dagligt, i KRAM-undersøgelsen hænger uden tvivl sammen med forskelle i de anvendte metoder. I SUSY-undersøgelsen er anvendt personligt interview, mens der i KRAM-undersøgelsen og i Sønderborg sundhedsprofil er anvendt postbaseret selvadministreret spørgeskema, hvilket giver forskellige resultater. Desuden har det givetvis betydning i denne sammenhæng, at KRAM qua sit navn tydeligt viser, at undersøgelsen blandt andet handler om rygning. Der synes således at være tale om en KRAM-effekt, der kan

påvirke svarpersonerne, så nogen bliver tilbøjelige til at underrapportere rygning – eller så rygere helt undlader at svare på spørgeskemaet.

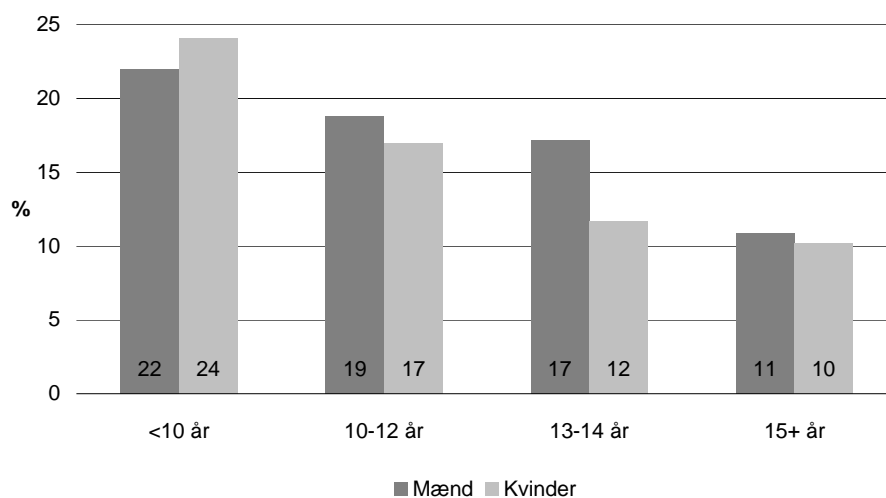
Det fremgår af tabel 6.2, at andelen, som ryger dagligt, er lidt højere for mænd (15,5 %) sammenlignet med kvinder (13,1 %). Andelen, som ryger dagligt, falder med stigende alder blandt mænd. For kvinder ses, at andelen, som ryger dagligt, er mindre for de yngste og de ældste kvinder sammenlignet med kvinder i alderen 25-64 år.

Tabel 6.2 Andel der ryger dagligt blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Procent	Antal svarpersoner
Total		14,1	4.802
Mænd	18-24 år	23,4	77
	25-44 år	15,0	454
	45-64 år	16,8	840
	65+ år	13,4	643
	Alle mænd	15,5	2.014
Kvinder	18-24 år	10,4	125
	25-44 år	14,8	737
	45-64 år	14,3	1.256
	65+ år	9,7	670
	Alle kvinder	13,1	2.788

Inddeles rygere i forhold til antal års uddannelse, ses det, at andelen der ryger dagligt, falder med stigende uddannelseslængde. Dette gælder både for mænd og kvinder. Særligt mange daglige rygere findes blandt kvinder med mindre end 10 års uddannelse (figur 6.1).

Figur 6.1 Andel der ryger dagligt blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Den relativt store andel af svarpersoner med en lang uddannelse i KRAM-undersøgelsen er en medvirkende forklaring på den mindre andel, der ryger dagligt, der ses i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune sammenlignet med SUSY-Region Syddanmark og Sønderborg sundhedsprofil. Dette ses også i tabel 6.1, hvor der ses en højere procent af daglige rygere, når der justeres for uddannelse.

Storrygere er defineret som rygere, der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen. Andelen af storrygere i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune (7,2 %) er ligesom andelen, som ryger dagligt, markant mindre end i SUSY-Region Syddanmark (17,4 %) (tabel 6.3).

Tabel 6.3 Andel af storrygere. Procent

	KRAM-Sønderborg	KRAM-Sønderborg 25-64 årige	KRAM-Sønderborg 25-64 årige ¹	SUSY-Region Syddanmark
Procent	7,2	8,6	10,1	17,4 *
Antal svarpersoner	4.716	3.248	3.241	3.089

¹Uddannelsesjusteret. 25-64 årige

* p<0,01

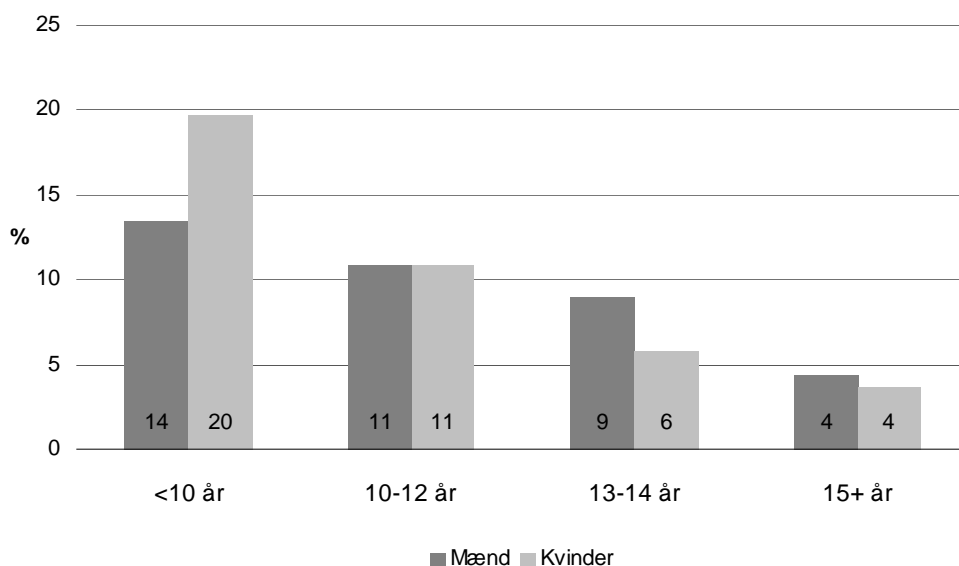
I tabel 6.4 ses, at der er en større andel blandt mænd (7,7 %) end kvinder (6,8 %), der er storrygere, hvor den største andel af storrygere findes i aldersgruppen 18-24 år for mænd og i aldersgruppen 25-44 år for kvinder.

Tabel 6.4. Andel storrygere blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Procent	Antal svarpersoner
Total		7,2	4.716
Mænd	18-24 år	11,8	76
	25-44 år	10,2	450
	45-64 år	9,2	812
	65+ år	3,2	603
	Alle mænd	7,7	1.941
Kvinder	18-24 år	5,6	125
	25-44 år	8,3	737
	45-64 år	7,9	1.249
	65+ år	3,3	664
	Alle kvinder	6,8	2.775

Andelen af storrygere falder med stigende uddannelseslængde for både mænd og kvinder, og ligesom for dagligrygere er der en særlig stor andel blandt kvinder med mindre end 10 års uddannelse, der er storrygere (figur 6.2).

Figur 6.2 Andel storrygere blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent

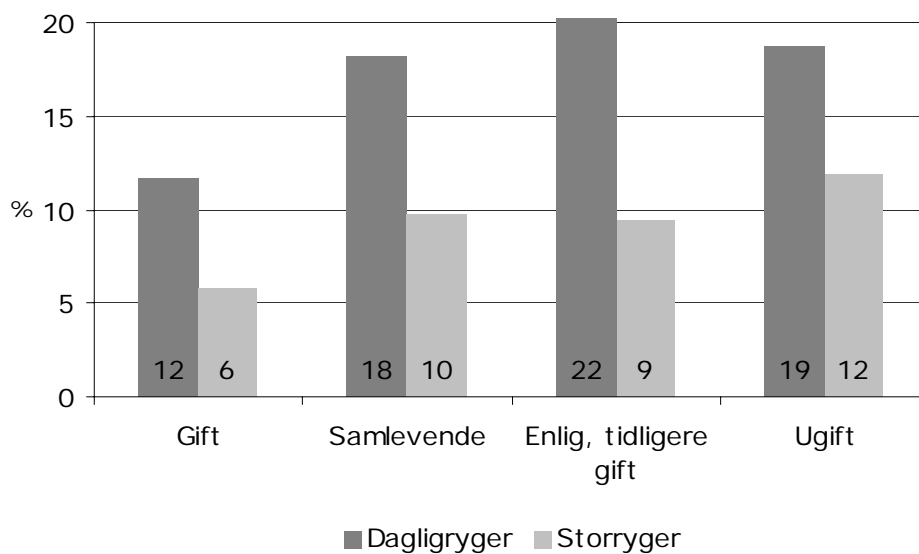


Andelen af daglige rygere er større blandt erhvervsaktive under 65 år (13,3 %) sammenlignet med ikke-erhvervsaktive under 65 år (10,9 %), ligesom der også er en større an-

del storrygere blandt erhvervsaktive under 65 år (7,3 %) i forhold til ikke-erhvervsaktive under 65 år (3,2% (data ikke vist).

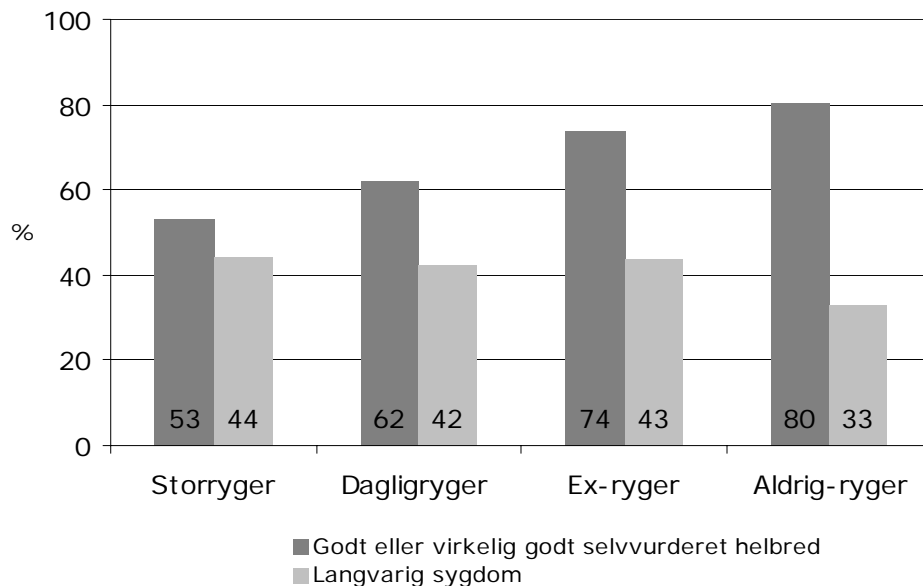
Både for andelen, som ryger dagligt, og andelen af storrygere er der forskelle i forhold til civilstand (figur 6.3). Andelen der ryger dagligt er større blandt svarpersoner, der er enlige (tidligere været gift), end blandt gifte, samlevende og ugifte. Andelen af storrygere blandt samlevende er større end blandt gifte, enlige og ugifte. Det fremgår endvidere af figuren, at andelen der ryger dagligt og storrygere er mindre blandt gifte end blandt de øvrige civilstande.

Figur 6.3. Andel dagligrygere og storrygere i forhold til civilstand. Procent



Andelen af svarpersoner i KRAM-undersøgelsen, der vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt, er mindst blandt storrygere og størst blandt aldrig-rygere (figur 6.4). Andelen der oplyser, at de har en langvarig sygdom, er mindre blandt aldrig-rygere i forhold til de tre øvrige kategorier for rygning.

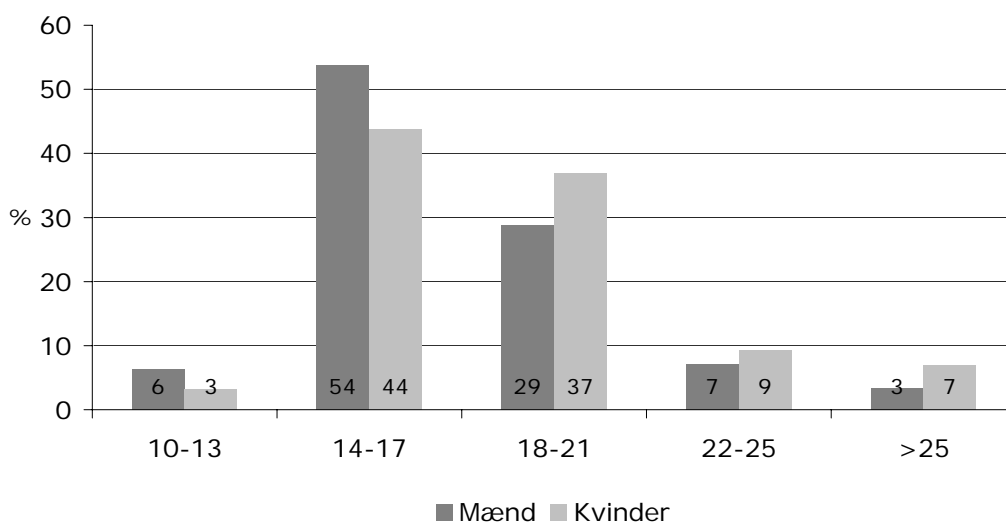
Figur 6.4 Andel der vurderer deres helbred som godt eller virkelig godt, og andel med langvarig sygdom i forhold til rygestatus. Procent



Alder ved rygedebut

Det ses i nedenstående figur 6.5, at mere end halvdelen af de mandlige rygere og næste halvdelen af de kvindelige rygere i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune begyndte at ryge, da de var mellem 14 og 17 år. Der er en større andel af kvinder end mænd, som begyndte at ryge da de var ældre end 17 år, mens en større andel af mænd begyndte at ryge i alderen 10-13 år sammenlignet med kvinder.

Figur 6.5 Alder ved rygedebut blandt mænd og kvinder. Procent



Opdeles rygere i forhold til alder ved rygedebut og uddannelseslængde ses, at en større andel af svarpersoner med en kort uddannelse (11,6 %) end svarpersoner med en lang uddannelse (3,4 %) begynder at ryge i en tidlig alder (data ikke vist).

Metoder til at holde op med at ryge

Personer der oplyste, at de tidligere havde røget, blev bedt om at svare på, hvordan de holdt op med at ryge. Der er ved dette spørgsmål mulighed for at angive flere metoder til rygestop, for eksempel hjælp fra læge eller andet sundhedspersonale og brug af nikotinpræparater, og andelen kan derfor ikke summeres til 100 %. Det fremgår af tabel 6.5, at 72,1 % angiver, at de bare holdt op med at ryge uden nogen form for hjælp – 77,6 % blandt mænd og 66,9 % blandt kvinder. Endvidere angiver 8,9 %, at de anvendte nikotinpræparater som metode til rygestop. Det ses i tabellen, at andelen, der deltog i rygestopkursus, søgte hjælp fra alternativ behandler, søgte støtte hos familie og venner eller gjorde andet for at stoppe med at ryge, er større blandt kvinder end blandt mænd.

Tabel 6.5 Metoder til at holde op med at ryge blandt mænd og kvinder. Procent

	Mænd	Kvinder	I alt
Jeg holdt bare op	77,6	66,9	72,1
Brugte nikotintyggegummi eller andre nikotinpræparater	6,7	10,7	8,9
Deltog i rygestopkursus	2,2	3,3	2,8
Søgte hjælp hos læge eller andet sundhedspersonale	1,8	1,2	1,5
Søgte hjælp fra alternative behandlere, f.eks. akupunktur, hypnose	3,4	4,3	3,8
Spiste/drak i stedet for at ryge	1,0	1,8	1,4
Søgte støtte fra familie og venner	2,0	3,4	2,7
Gjorde andet	10,0	13,1	11,6
Antal svarpersoner	802	843	1645

Andelen der bare er stoppet med at ryge stiger med stigende alder, men der ses generelt ingen aldersforskel i de øvrige metoder til at holde op med at ryge (data ikke vist).

I forhold til uddannelseslængde ses, at svarpersoner med en kort uddannelse i højere grad end dem med en lang uddannelse har anvendt hjælp fra alternative behandlere til at holde op med at ryge. Svarpersoner med en lang uddannelse har i højere grad end dem med en kort uddannelse gjort brug af nikotinpræparater samt søgt støtte hos familie og venner for til at holde op med at ryge (data ikke vist).

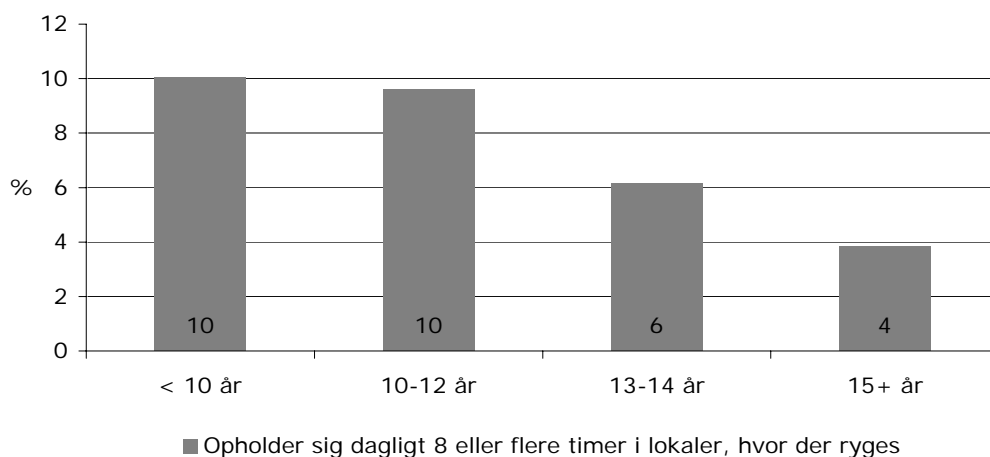
Passiv rygning

Ved passiv rygning udsættes man for røgens skadelige virkninger, men dog i mindre grad end hvis man selv ryger. Personer, der er udsatte for tobaksrøg, er derfor i øget risiko for sygdomme som lungekræft og hjerte-karsygdomme (Brink & Clemmensen, 2005).

Spørgsmålet, der anvendes til at fastsætte i hvor høj grad svarpersonerne har været udsat for passiv rygning, lyder "Hvor mange timer opholder du dig dagligt i lokaler, hvor der ryges?". I alt 6,9 % af svarpersonerne er dagligt udsat for passiv rygning i otte eller flere timer. Generelt ses der ingen aldersforskel i andelen, som er udsat for passiv rygning i otte eller flere timer (data ikke vist).

Der er en tydelig forskel mellem andelen, der er udsat for passiv rygning i otte eller flere timer dagligt, ved opdeling efter antal års uddannelse, idet andelen falder med stigende uddannelseslængde (figur 6.6). Den uddannelsesmæssige forskel er mest udtalt blandt mænd, idet 12,0 % mænd med mindre end 10 års uddannelse er udsat for passiv rygning i otte timer eller mere dagligt sammenlignet med 4,4 % blandt mænd med mere end 15 års uddannelse. Blandt kvinder er 9,4 % med mindre end 10 års uddannelse udsat for passiv rygning i otte eller flere timer dagligt sammenlignet med 3,4 % blandt kvinder med mere end 15 års uddannelse.

Figur 6.6 Andel der opholder sig otte eller flere timer dagligt i lokaler, hvor der ryges, i forskellige uddannelsesgrupper. Procent



Der ses endvidere en tydelig sammenhæng mellem selv vurderet helbred og udsættelse for passiv rygning. Således er andelen, der har et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred, mindre blandt dem, der er udsat for passiv rygning i otte eller flere timer om

dagen (56,3 %) sammenlignet med svarpersoner, der er udsat for passiv rygning mindre end otte timer om dagen (77,0 %).

Blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen, har 59,7 % været udsat for passiv rygning i deres barndomshjem inden de flyttede hjemmefra, 51,0 % har været udsat for passiv rygning på deres arbejdsplads og 35,7 % har været udsat for passiv rygning i deres eget hjem som voksen. Der ses ingen forskel mellem mænd og kvinder i forhold til at have været udsat for passiv rygning i barndomshjem, eget hjem eller arbejdsplads. Overordnet har svarpersoner under 45 år været mindre udsat for passiv rygning i forhold til de ældre aldersgrupper. Der er en mindre andel, der har været udsat for passiv rygning i eget hjem end i deres barndomshjem. Endvidere ses en sammenhæng mellem uddannelseslængde og i hvor høj grad man har været udsat for passiv rygning i eget hjem. Der er en større andel, der har været udsat for passiv rygning i eget hjem blandt svarpersoner med en kort uddannelse sammenlignet med de øvrige uddannelseskategorier (data ikke vist).

Opsummering

Andelen der ryger dagligt og andelen af storrygere i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune er markant mindre end andelen i SUSY-Region Syddanmark og i Sønderborg sundhedsprofil. Der er en lige stor andel, der ryger dagligt blandt mænd og blandt kvinder. Andelen af mænd, som ryger dagligt stiger med stigende alder, mens andelen blandt kvinder er mindst blandt de ældste og yngste. Inddeles rygere i forhold til antal års uddannelse, ses det, at andelen af dagligrygere falder med stigende uddannelseslængde

Der er en større andel mænd end kvinder, der er storrygere. Den største andel af storrygere ses i aldersgruppen 18-24 år for mænd og aldersgruppen 25-44 år for kvinder. Andelen af storrygere falder med stigende uddannelseslængde for både mænd og kvinder. Der ses en sammenhæng mellem storrygning og helbred idet andelen af svarpersoner i KRAM-undersøgelsen, der vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt, er mindst blandt storrygere og størst blandt aldrig-rygere. Endvidere er andelen, der oplyser, at de har en langvarig sygdom mindre for aldrig-rygere i forhold til rygere og tidligere rygere.

Næsten halvdelen af rygerne i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune begyndte at ryge, da de var mellem 14 og 17 år. Der er en større andel af kvinder end mænd, som begyndte at ryge i en senere alder, og svarpersoner med en kort uddannelse begyndte oftere end svarpersoner med en lang uddannelse at ryge i en tidlig alder.

I alt 6,9 % af svarpersonerne har dagligt været udsat for passiv rygning i otte timer eller mere. Andelen, der er udsat for passiv rygning i otte timer eller mere, falder med stigende uddannelseslængde. I alt har 59,7 % dagligt eller næsten dagligt været udsat for passiv rygning i deres barndomshjem inden de flyttede hjemmefra, 51,0 % har været udsat for passiv rygning på deres arbejdsplads og 35,7 % har været udsat for passiv rygning i deres eget hjem.

Kapitel 7 - Alkoholforbrug

Langt størstedelen af den danske befolkning drikker jævnligt alkohol. Personer med et alkoholforbrug over Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser har højere dødelighed og sygelighed end personer med moderat eller intet forbrug. Mindst 3.000 dødsfald om året i Danmark har alkohol som primær eller medvirkende årsag, hvilket svarer til 5 % af alle dødsfald (Juel et al., 2006). Denne overdødelighed kan især tilskrives sygdomme som slagtilfælde, skrumpelever, bugspytkirtelbetændelse og kræft i mundhule, svælg, spiserør, bryst og tyktarm blandt personer med et stort alkoholforbrug.

For at forebygge alkoholrelaterede problemer i den danske befolkning, anbefaler Sundhedsstyrelsen en maksimumsgrænse på 21 genstande om ugen for mænd og 14 genstande om ugen for kvinder. Dette betegnes som Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser. Desuden fraråder Sundhedsstyrelsen, at man drikker mere end fem genstande ved samme lejlighed (for eksempel i løbet af en aften), da det er mere helbredsskadeligt at drikke en stor mængde alkohol på én gang end at sprede forbruget over flere dage. Hvis man på én dag eller aften drikker mere end fem genstande, kaldes det for en bingeepisode. Endelig anbefales gravide helt at afstå fra at drikke alkohol.

Generelt er dødeligheden ikke højere blandt personer, som overholder genstandsgrænserne sammenlignet med personer, som slet ikke drikker alkohol, mens personer, som overskrider genstandsgrænsen i gennemsnit, dør 4-5 år for tidligt (Grønæk, 1997). Desuden har personer, som overskrider genstandsgrænserne, samlet set 150.000 ekstra kontakter til praktiserende læge og 350.000 ekstra sygedage hvert år. Sundhedsvæsenet har en årlig nettoudgift på grund af alkohol på cirka 597 mio. kr. (Juel et al., 2006). Derudover medfører alkoholmisbrug og afhængighed en række psykiske lidelser og sociale problemer som for eksempel problemer i forhold til familie og på arbejdspladsen, vold, kriminalitet og seksuelle overgreb.

I KRAM-undersøgelsen er svarpersonerne blandt andet blevet bedt om at angive hvor meget øl, vin, hedvin og spiritus de drikker på hver af dagene i en typisk uge. Grunden til, at der spørges så detaljeret til forbruget er, at det er velkendt, at mængden af selvrapporteret indtag af alkohol bliver større jo mere detaljeret, der udspørges (Rehm, 1998). Da man antager, at der er en generel tendens til, at alkoholforbruget underrapporteres, anses den metode, som giver det største alkoholforbrug for at være den mest valide. Ved at sammenlægge svarerne for indtagelse af øl, vin, hedvin og spiritus fås et samlet mål for det typiske alkoholforbrug per uge. I tabel 7.1 ses alkoholforbruget blandt deltagerne i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune. Det ses, at den største andel

drikker 1-7 genstande om ugen for både mænd og kvinder. Generelt drikker mænd mere alkohol end kvinder i alle aldersgrupper.

Tabel 7.1 Ugentligt alkoholforbrug blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

Mænd	18-24 år	25-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
0 genstande	11,7	15,6	11,6	18,3	14,7
1-7 genstande	22,1	48,5	35,2	37,1	38,3
8-14 genstande	26,0	23,6	28,3	20,5	24,6
15-21 genstande	15,6	8,4	13,5	12,3	12,0
22-29 genstande	9,1	2,0	7,1	7,0	6,0
30 eller flere genstande	15,6	2,0	4,3	5,0	4,4
Antal svarpersoner	77	454	842	645	2.018

Kvinder	18-24 år	25-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
0 genstande	18,4	23,2	18,6	35,8	15,2
1-7 genstande	41,6	63,8	52,2	42,2	57,1
8-14 genstande	20,0	10,7	20,9	15,2	21,5
15-21 genstande	13,6	1,8	6,0	4,2	4,4
22-29 genstande	4,8	0,4	1,2	1,9	1,2
30 eller flere genstande	1,6	0,3	1,1	0,7	0,6
Antal svarpersoner	125	742	1258	673	2.798

Andelen af svarpersoner i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune, som overskrider genstandsgrænserne i løbet af en typisk uge er 8,4 % (tabel 7.2). Dette er en mindre andel end i Sønderborg sundhedsprofil (10,1 %) (selvadministreret papirspørgeskema) og også mindre end andelen for SUSY-Region Syddanmark (12,0 %) (interviewbaseret spørgeskema). Svarpersoner angiver generelt et større alkoholforbrug ved interview end i et selvadministreret spørgeskema, så forskellen i de fundne andele dækker muligvis over, at der er anvendt forskellig dataindsamlingsmetode.

Tabel 7.2 Andel der overskrider genstandsgrænsen i en typisk uge. Procent

	KRAM-Sønderborg	KRAM-Sønderborg 25-64 årige	KRAM-Sønderborg 25-64 årige ¹	SUSY-Region Syddanmark	Sønderborg sundhedsprofil
Procent	8,4	7,2	7,3	12,0 *	10,1 *
Antal svarpersoner	4.816	3.296	3.289	3.089	3.343

¹Uddannelsesjusteret. 25-64 årige

*p<0,01

Der er en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der overskrider genstandsgrænserne. Det er især personer i aldersgruppen 18-24 år, som overskrider genstandsgrænsen. I denne aldersgruppe overskrider 24,7 % af mændene og 20,0 % af kvinderne genstandsgrænsen i løbet af en typisk uge (tabel 7.3). I alle aldersgrupper er der en markant større andel mænd end kvinder, som overskrider genstandsgrænserne. De 25-44-årige drikker betydeligt mindre end de andre aldersgrupper, hvilket formentlig skyldes, at der er mange småbørnsforældre i denne aldersgruppe.

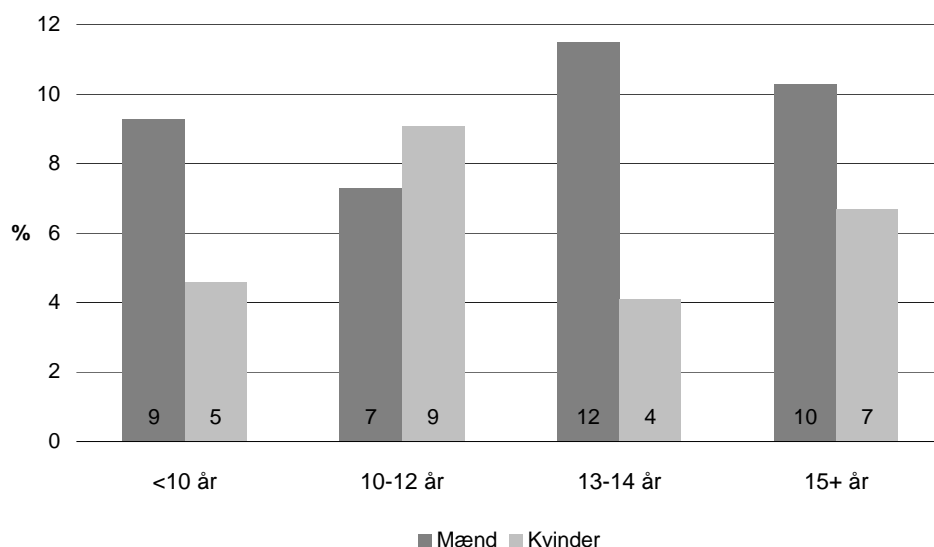
Tabel 7.3 Andel der overskrider genstandsgrænsen i en typisk uge blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Procent	Antal svarpersoner
Total		8,4	4.816
Mænd	18-24 år	24,7	77
	25-44 år	4,0	454
	45-64 år	11,4	842
	65+ år	11,9	645
	Alle mænd	10,4	2.018
Kvinder	18-24 år	20,0	125
	25-44 år	2,4	742
	45-64 år	8,3	1.258
	65+ år	6,8	673
	Alle kvinder	6,9	2.798

I KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune er andelen af mænd, der overskrider genstandsgrænsen størst blandt dem med en 13-14 års uddannelse og mindst blandt dem med 10-12 års uddannelse (figur 7.1). For kvinder er andelen, som overskrider gen-

standsgrænserne mindst blandt svarpersoner med 13-14 års uddannelse og størst blandt svarpersoner med 10-12 års uddannelse.

Figur 7.1. Andel der overskrider genstandsgrænsen i en typisk uge blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Af tabel 7.4 ses, at der ikke er forskel i andelen med et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred eller med langvarig sygdom blandt personer, der inden for den seneste uge har eller ikke har overskredet Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser.

Tabel 7.4 Andel der overskrider genstandsgrænsen i en typisk uge i forhold til udvalgte helbredsindikatorer. Procent

		Procent	Antal svarpersoner
Godt eller virkelig godt selv vurderet helbred			
helbred	Ja	8,2	3.614
	Nej	9,0	1.183
Langvarig sygdom			
	Ja	8,4	1.779
	Nej	8,4	2.892

* p<0.05

Svarpersonerne er desuden blevet bedt om at angive, hvor gamle de var, da de første gang drak så meget alkohol, at de blev fulde. I KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune var 1,6 % mellem 8 og 12 år, da de første gang var fulde, 31,9 % var 13-15 år og 66,5 % var 16 år eller ældre (data ikke vist).

Det ses, at der blandt svarpersoner, som var 8-12 år gamle, da de første gang var fulde, er en større andel, der har overskredet genstandsgrænserne i løbet af en typisk uge (21,7 %) end blandt svarpersoner, som var 13-15 år (10,5 %) eller 16+ år (11,5 %), da de var fulde første gang (tabel 7.5).

Tabel 7.5 Sammenhængen mellem første gang, man var fuld og overskridelse af genstandsgrænserne i løbet af en typisk uge. Procent

Alder, da man første gang var fuld	Procent	Antal svarpersoner
8-12 år	13,0	54
13-15 år	9,8	1.075
16+ år	8,5	2.243
Alle	9,0	3.372

I KRAM-undersøgelsen er der udover det ugentlige alkoholforbrug også spurgt til binge-driking. Det vil sige én episode, hvor de har drukket mere end fem genstande på en dag/aften. Andelen af svarpersoner i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune, som har drukket mindst fem genstande ved en enkelt lejlighed inden for den seneste måned er 19,8 % (tabel 7.6). Dette er en væsentlig mindre andel end for SUSY-Region Syddanmark. Forskellen skyldes sandsynligvis, at der er anvendt forskellig dataindsamlingsmetode.

Tabel 7.6. Andel der har drukket mindst fem genstande ved en enkelt lejlighed inden for den seneste måned.

	KRAM-Sønderborg	KRAM-Sønderborg 25-64 årige	KRAM-Sønderborg 25-64 årige ¹	SUSY-Region Syddanmark
Procent	19,8	20,6	20,7	48,5 *
Antal svarpersoner	4.438	3.097	3.093	3.089

¹Uddannelsesjusteret. 25-64 årige

*p<0,01

Det fremgår af tabel 7.7, at 28,5 % af alle mænd og 13,2 % af alle kvinder har haft mindst én bingeepisode indenfor den seneste måned. Andelen falder med stigende alder, og i alle aldersgrupperne er andelen større blandt mænd end kvinder. Der findes ingen sammenhæng mellem binge-driking og uddannelseslængde (data ikke vist).

Tabel 7.7 Andel der har binge-drukket inden for den seneste måned blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Procent	Antal svarpersoner
Total		19,8	4.438
Mænd	18-24 år	66,7	75
	25-44 år	33,0	434
	45-64 år	31,7	807
	65+ år	16,2	598
	Alle mænd	28,5	1.914
Kvinder	18-24 år	50,0	116
	25-44 år	14,0	694
	45-64 år	12,3	1.162
	65+ år	6,5	552
	Alle kvinder	13,2	2.524

Blandt svarpersoner, der var 8-12 år gamle, da de første gang var fulde, er der en større andel, der har haft mindst én bingeepisode om ugen end blandt svarpersoner, som var 13-15 år eller 16+ år, da de var fulde første gang (tabel 7.8).

Tabel 7.8 Sammenhæng mellem første gang man var fuld og binge-drinking. Procent

Alder, da man første gang var fuld	Hyppighed af binge-episoder				Antal svarpersoner
	Mindre end			En eller flere gange om ugen	
	Ingen	én gang om må-neden	Cirka 1-3 gange om måneden		
8-12 år	13,5	48,1	25,0	13,5	52
13-15 år	15,3	52,3	22,6	9,9	1.042
16+ år	31,6	49,9	13,4	5,0	2.130
I alt	26,1	50,7	16,6	6,7	3.224

Som noget helt nyt i undersøgelser om danskernes alkoholvaner er deltagerne i KRAM-undersøgelsen blevet spurgt om deres tilbøjelighed til at opleve tømmermændssymptomer. I tabel 7.9 ses andelen, som har angivet, at de en gang i mellem, altid eller næsten altid oplever det pågældende tømmermændssymptom (hovedpine, kvalme, svimmelhed, mavepine, hjertebanken og opkastning) efter at have drukket mere end fem genstande. Tabellen viser desuden andelen med tømmermændssymptomer i forhold til, hvor ofte de har angivet at binge-drikke. Det ses, at der ikke er den store forskel på, hvor ofte man binge-drikker, og hvor ofte man er tilbøjelig til at få tømmermænd. Det vil

altså sige, at det at være tilbøjelig til at opleve tømmermændssymptomer tilsyneladende ikke virker afskrækkende på at binge-drikke. Det mest almindelige tømmermændssymptom (hovedpine) opleves dog hyppigere som følge af binge-drinking blandt personer, der binge-drikker sjældnere end én gang om måneden. En forklaring kan være, at netop hovedpine afholder nogle fra at binge-drikke oftere end én gang om måneden.

Kvinder angiver generelt flere tømmermændssymptomer end mænd (data ikke vist). For eksempel angiver 52,3 % af kvinderne at få hovedpine en gang imellem, næsten altid eller altid efter at have drukket mere end fem genstande, mens dette kun gør sig gældende for 36,3 % af mændene. Desuden synes der at være en uddannelsesmæssig forskel, idet 47,6 % blandt svarpersoner med mere end 15 års uddannelse får hovedpine en gang imellem, næsten altid eller altid efter at have drukket mere end fem genstande, mens det kun er tilfældet for 27,7 % af dem med mindre end 10 års uddannelse (data ikke vist).

Tabel 7.8. Andel der en gang imellem, næsten altid eller altid får tømmermændssymptomer efter at have drukket mere end fem genstande ved samme lejlighed. Procent

	Binge-drikker mere end én gang om måneden	Binge-drikker sjældnere end én gang om måneden	I alt	Antal svarpersoner
Hovedpine*	40,5	45,8	44,2	1.201
Kvalme	22,5	24,8	24,1	625
Svimmelhed	13,9	16,7	15,8	406
Mavepine	15,1	14,8	14,9	381
Hjertebanken	13,3	11,3	11,9	306
Opkastning	11,4	13,7	13,0	336

*p<0,05

Opsummering

Blandt svarpersoner i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune oplyser 8,4 %, at de drikker mere end Sundhedsstyrelsens anbefalede genstandsgrænser. I alt 19,8 % har drukket mindst 5 genstande ved en enkelt lejlighed inden for den seneste måned. Både andelen, som har overskredet genstandsgrænserne og andelen, som har drukket mindst 5 genstande ved en enkelt lejlighed indenfor den seneste måned er væsentlig mindre end andelen for SUSY-Region Syddanmark. Dette kan skyldes forskellige dataindsamlingsmetoder i de to undersøgelser. En større andel blandt mænd end blandt kvinder overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser i løbet af en typisk uge, og drikker mere end fem genstande ved samme lejlighed. Dette gælder for alle aldersgrupper. Den største andel, der overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser, ses blandt mænd i alderen 18-24

år. Tidlig alkoholdebut er relateret til en hyppigere overskridelse af genstandsgrænsen og til at drikke mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed. I KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune ses generelt ingen uddannelsesmæssige forskelle i andelen, der overskrider genstandsgrænsen. Ligeledes ses der ingen forskelle i selvvurderet helbred eller langvarig sygdom blandt dem, der overskrider genstandsgrænsen og dem, som ikke overskrider sundhedsstyrelsens genstandsgrænser. De mest almindelige tømmermændssymptomer i forbindelse med binge-drinking (mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed) er hovedpine og kvalme. Hovedpine opleves hyppigere som en konsekvens af binge-drinking blandt personer, der binge-drikker sjældnere end en gang om ugen.

Kapitel 8 - Fysisk aktivitet

Ved fysisk aktivitet forstås ethvert muskelarbejde, der øger energiomsætningen (Sundhedsstyrelsen, 2003). Meget tyder på, at det fysiske aktivitetsniveau i løbet af de sidste generationer er reduceret. Dels er andelen med fysisk anstrengende arbejde reduceret, og mange har i dag et stillesiddende arbejde. Dels er vi blevet mere inaktive, når vi transporterer os, idet vi i højere grad benytter bilen, hvilket sandsynligvis mindsker tiden, hvor vi cykler og går. Vi er blevet mere inaktive i hjemmet, da husholdningen er blevet lettere på grund af udbredelsen af diverse maskiner, og desuden bruger vi mere tid foran computeren og fjernsynet (Richelsen et al., 2003). Denne udvikling påvirker vores sundhed og sygelighed, da fysisk aktivitet har mange positive effekter på både det fysiske og psykiske helbred (Bauman, 2004).

Det er ingen klar konsensus om, hvordan fysisk aktivitet skal måles i spørgeskemaundersøgelser. Nogle undersøgelser anvender tid brugt på fysisk aktivitet som mål, mens andre undersøgelser tager højde for intensitet. Uafhængigt af målemetode viser undersøgelser, at fysisk aktivitet mindsker risikoen for forhøjet blodtryk, hjertekarsygdomme, diabetes og knogleskørhed (Pedersen, 2006). Endvidere medvirker fysisk aktivitet til, at immunforsvaret forbedres, ligesom det mentale og sociale velbefindende øges (Bauman, 2004; Sundhedsstyrelsen, 2003).

Tidligere anbefalede Sundhedsstyrelsen fysisk aktivitet i fire timer om ugen eller derover for at opnå en sundhedsfremmende effekt, men valgte i 1999 at tilslutte sig nye internationale retningslinier. De nye retningslinier anbefaler fysisk aktivitet på minimum moderat niveau i mindst 30 minutter om dagen alle ugens dage. Ved moderat fysisk aktivitet forstås, at man føler sig lettere forpustet, men ikke mere end at man stadig kan føre en samtale. De 30 minutters fysisk aktivitet kan deles op i mindre portioner. Således vil der være en sundhedsgavnlig effekt af ti minutters moderat fysisk aktivitet tre gange om dagen. Det er altså den samlede mængde, der er væsentlig, og de 30 minutters fysiske aktivitet kan indgå som en naturlig del af hverdagen, som ved for eksempel cykling, gang, havearbejde eller rengøring. Sundhedsstyrelsen anbefaler ydermere, at alle voksne mindst to gange om ugen er fysisk aktive ved høj intensitet af 20-30 minutters varighed for at fremme og vedligeholde kondition, muskelstyrke, bevægelighed og knoglesundhed.

Der er endnu ikke udviklet en valideret metode til monitorering af, om folk lever op til anbefalingen om 30 minutters fysisk aktivitet dagligt (Sundhedsstyrelsen, 2003; Jørgensen & Rosenlund, 2005).

Fysisk aktivitet i fritiden

I KRAM-undersøgelsen er fysisk aktivitet i fritiden belyst ved spørgsmålet: 'Hvis vi ser på det sidste år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse på din fysiske aktivitet i fritiden?'. Tabel 8.1 viser andelen af svarpersoner i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden. Hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden er defineret som hård træning og regelmæssig konkurrenceidræt flere gange om ugen eller motionsidræt, tungt havearbejde eller lignende mindst fire timer om ugen.

I alt 22,0 % angiver, at de dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden. Det er en lavere andel end fundet i SUSY-Region Syddanmark, hvor 26,2 % angiver at være fysisk aktive. Der er ikke væsentlige forskelle på resultaterne fra KRAM-undersøgelsen i Sønderborg og Sønderborgs sundhedsprofil. Justering for uddannelse blandt de 25-64 årige i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune ændrer ikke nævneværdigt på andelen, der er fysisk aktive.

Tabel 8.1 Andel der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden. Procent

	KRAM-Sønderborg	KRAM-Sønderborg 25-64 årige	KRAM-Sønderborg 25-64 årige ¹	SUSY-Region Syddanmark	Sønderborg sundhedsprofil
Procent	22,0	23,0	21,7	26,2 *	22,9
Antal svarpersoner	4.482	3.173	3.169	3.089	3.343

¹Uddannelsesjusteret. 25-64 årige

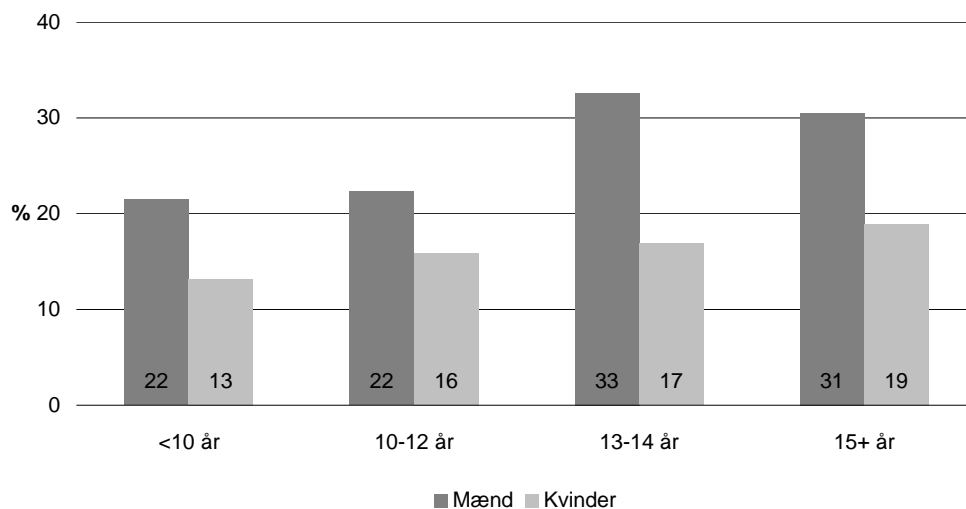
*p<0,01

Det fremgår af tabel 8.2, at der i alle aldersgrupper er en større andel mænd end kvinder, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden. Andelen falder med stigende alder for både mænd og kvinder.

Tabel 8.2 Andel der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Procent	Antal svarpersoner
Total		22,0	4.482
Mænd	18-24 år	54,0	76
	25-44 år	36,2	442
	45-64 år	28,0	808
	65+ år	18,0	555
	Alle mænd	28,0	1.881
Kvinder	18-24 år	39,3	122
	25-44 år	22,2	726
	45-64 år	15,2	1.197
	65+ år	11,9	556
	Alle kvinder	17,6	2.601

Figur 8.1 Andel, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Af figur 8.1 ses sammenhængen mellem uddannelseslængde og andelen, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden. Det ses at andelen af kvinder, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden, stiger med stigende uddannelsesniveau. For mænd ses ligeledes at en større andel med en lang uddannelse (+13 år) er mere fysisk aktive i forhold til dem med en kortere uddannelse.

Tabel 8.3 Andel der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden i forhold til udvalgte helbredsindikatorer. Procent

		Procent	Antal svarpersoner
Virkelig godt eller godt selv vurderet helbred*	Ja	25,8	3.400
	Nej	10,0	1.060
Langvarig sygdom*	Ja	17,1	1.632
	Nej	25,0	2.744

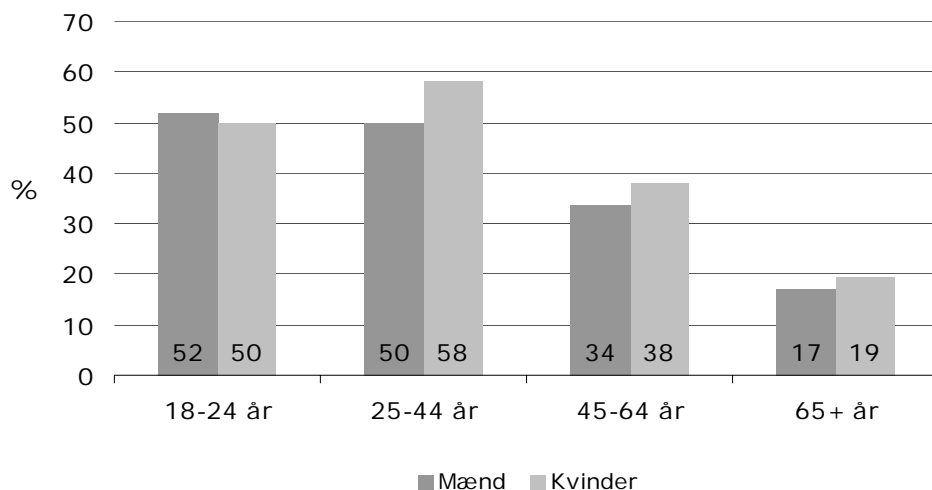
*p<0,05

Tabel 8.3 viser, at der blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune er en større andel (25,8 %) blandt personer med et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden end blandt dem, der ikke har et godt eller et virkelig godt selv vurderet helbred (10,0 %). Endvidere er der en mindre andel (17,1 %) med langvarig sygdom, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden end blandt personer uden langvarig sygdom (25,0 %).

Ændring af fysisk aktivitetsniveau

I KRAM-undersøgelsen er der spurgt til, om svarpersonerne ønsker at være mere fysisk aktive, end de allerede er. Blandt svarpersonerne i Sønderborg Kommune er der en større andel kvinder (39,6 %) end mænd (32,8 %), der ønsker at være mere fysisk aktive (data ikke vist). Den største andel, der ønsker at være mere fysisk aktive ses blandt de 25-44 årige kvinder (58,0 %). Andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive, falder med stigende alder blandt mændene. Blandt mænd i aldersgruppen 65+ år er det kun 17,0 %, der har et ønske om at være mere fysisk aktive (figur 8.2).

Figur 8.2 Andel der ønsker at være mere fysisk aktiv blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent



Der ses en sammenhæng mellem uddannelseslængde og andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive, således at jo længere uddannelse jo større er andelen som ønsker at være mere fysisk aktive. Således ønsker kun 21,1 % af svarpersonerne med mindre end 10 års uddannelse at være mere fysisk aktive, mens 45,0 % af svarpersonerne med mere end 15 års uddannelse ønsker at være mere fysisk aktive (data ikke vist).

Som forventet er der en større andel blandt svarpersoner, der ikke er fysisk aktive i fritiden (40,6 %), der ønsker at være mere fysisk aktive end blandt de svarpersoner, der er fysisk aktive i fritiden (26,7 %). Der er en større andel, der ønsker at være mere fysisk aktive blandt kvinder (40,6 %), der ikke er fysisk aktive sammenlignet med mænd (36,4 %), der ikke er fysisk aktive.

Blandt svarpersoner med mindre end 10 års uddannelse, der ikke allerede er fysisk aktive, ønsker 23,4 % at være mere fysisk aktive, mens dette gælder for 50,5 % af dem, som har mere end 15 års uddannelse, og ikke allerede er fysisk aktive (data ikke vist). Blandt erhvervsaktive, som ikke er fysisk aktive, er der ligeledes en større andel (51,0 %), der har et ønske om mere fysisk aktivitet end blandt fysisk inaktive uden for arbejdsmarkedet (40,3 %) (data ikke vist).

Der er en større andel, der ønsker at være mere fysisk aktive blandt svarpersoner med et nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selv vurderet helbred (45,9 %) end blandt svarpersoner med et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred (38,7 %) (data ikke vist).

Hvad kan kommunen gøre?

I KRAM-undersøgelsen er der spurgt til, hvad svarpersonerne mener, kommunen kan gøre for at hjælpe dem til at blive mere fysisk aktive. I alt mener 48,7 %, at kommunen

kan hjælpe dem til at blive mere fysisk aktive, mens de øvrige 51,3 % ikke mener, at kommunen kan hjælpe dem. Den største andel mener, at kommunen kan hjælpe dem til at blive mere fysisk aktive ved at skabe flere tilbud om motion, der tager hensyn til dårlig kondition og helbredsproblemer (22,7 %). I alt mener 20,0 % at kommunen kan hjælpe ved at anlægge flere cykelstier og 19,4 % mener, at kommunen kan hjælpe dem til at blive mere fysisk aktive ved at skabe flere motionsvenlige naturtilbud eksempelvis motionsstier, lysløjper, ture med naturvejleder, forhindringsbaner med videre Kun få (5,5 %) tror på, at forbedring af den offentlige transport til idrætsfaciliteter og naturområder vil medføre mere fysisk aktivitet (tabel 8.4).

Tabel 8.4 Andel der mener, at kommunen på forskellige måder kan hjælpe dem til at være mere fysisk aktive blandt mænd og kvinder. Procent

	Mænd	Kvinder	I alt
Oplyse bedre om de muligheder, der i dag findes til borgerne i kommunen	17,4	15,2	16,1
Øge antallet af idrætslokaler, haller eller motionscentre	14,5	10,1	11,8
Forbedre eksisterende motions- og idrætsfaciliteter (eks. indretning af lokaler, omklædningsfaciliteter eller bedre parkeringsforhold)	11,9	9,8	10,6
Anlægge flere cykelstier	23,3	17,8	20
Øge den økonomiske støtte til kommunens foreninger	16,5	16,5	16,5
Sørge for aktiviteter for både børn og voksne samme sted	11,8	15,6	14,1
Skabe flere tilbud om motion, der tager hensyn til dårlig kondition og helbredsproblemer	20,4	24,3	22,7
Skabe flere motions-events, eks. rulleskøjteløb, familie-lege-dage, fredags-dans under åben himmel eller andet	10,3	11,2	10,8
Forbedre den offentlige transport til idrætsfaciliteter og naturområder	4,8	5,9	5,5
Skabe flere motionsvenlige naturtilbud, eks. motionsstier, lysløjper, ture med naturvejleder, forhindringsbaner mv.	22,3	17,5	19,4
Jeg tror ikke, kommunen kan hjælpe mig til at blive mere fysisk aktiv	52,2	50,8	51,3
Antal svarpersoner	1.336	2.023	3.359

Det fremgår endvidere, at der er forskel på, hvad mænd og kvinder mener, kommunen kan gøre for at hjælpe dem til at blive mere fysisk aktive. Mænd foreslår oftere end kvinder flere eller forbedrede motions- og idrætsfaciliteter – herunder cykelstier, mens kvinder oftere ønsker aktiviteter for hele familien på samme sted, flere tilbud om motion, der tager hensyn til dårlig kondition og helbredsproblemer og flere motionsevents (tabel 8.4). Troen på at kommunen kan hjælpe borgerne til at være mere fysisk aktive, falder generelt med alderen. Således mener kun 35,4 % af de 18-24 årige at kommunen ikke kan hjælpe, mens det gælder for hele 58,7 % af de 65+ årige. De 25-44 årige efterlyser i højere grad end de andre aldersgrupper aktiviteter for hele familien. Dette er ikke overraskende, da en stor andel heraf formentlig er børnefamilier (data ikke vist).

Andelen af svarpersoner, der mener at kommunen kan hjælpe dem til at være mere fysisk aktive ved at sørge for aktiviteter for hele familien på samme sted, skabe flere motionsevents og skabe flere motionsvenlige tilbud, stiger med stigende uddannelseslængde. Modsat gælder det, at andelen, der mener, at kommunen kan hjælpe dem til at være mere fysisk aktive ved at oplyse bedre om muligheder, forbedre den offentlige transport til idrætsfaciliteter og naturområder og skabe flere tilbud om motion, der tager hensyn til dårlig kondition, falder med stigende uddannelseslængde. Blandt dem med mindre end 10 års uddannelse mener 35,3 % at flere tilbud om motion, der tager hensyn til dårlig kondition og helbredsproblemer vil hjælpe dem, mens det kun er 15,1 % blandt dem med mere end 15 års uddannelse.

Årsager til at være fysisk aktiv

I KRAM-undersøgelsen er der spurgt til, hvad de to vigtigste årsager er til, at den enkelte træner eller dyrker idræt. Det fremgår af tabel 8.5, at langt den største andel træner eller dyrker idræt for at være eller komme i form (73,5 %). Endvidere er der en stor andel, der træner eller dyrker idræt for at være sammen med andre (27,5 %) eller for at tabe sig (26 %). En større andel af kvinder end mænd træner eller dyrker idræt for at tabe sig og for udseendets skyld. Der er en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der træner eller dyrker idræt for at have det sjovt, for at blive bedre til sin idræt eller for at konkurrere med andre.

Tabel 8.5 De vigtigste årsager til, at den enkelte træner eller dyrker idræt blandt mænd og kvinder. Procent

	Mænd	Kvinder	I alt
For at tabe mig	22,6	28,2	26,0
For udseendets skyld	7,8	11,6	10,2
For at have det sjovt	28,6	21,7	24,3
For at være i form, komme i form	71,2	74,9	73,5
For at være sammen med andre	28,7	26,8	27,5
For at koble af	22,5	20,8	21,4
For at blive bedre til min idræt	4,8	2,7	3,5
For at konkurrere med andre	7,7	1,7	4,0
Andet	8,7	10,7	9,9
Antal svarpersoner	1.148	1.865	3.013

Inden for forskellige aldersgrupper er der forskel på de vigtigste årsager til at træne eller dyrke idræt. Mens en stor del af de unge træner eller dyrker idræt for udseendets skyld og for at blive bedre til deres idræt, så gør de ældre det i højere grad for at være sammen med andre. For alle aldre er en væsentlig årsag at have det sjovt og for at være i form eller komme i form (data ikke vist).

Andelen af svarpersoner, der træner eller dyrker idræt for at være i form eller komme i form samt for at koble af, stiger med stigende uddannelseslængde. Modsat falder andelen, der er fysisk aktive for at være sammen med andre med stigende uddannelseslængde (data ikke vist).

Sted for fysisk aktivitet

Tabel 8.6 viser, hvor svarpersonerne dyrker idræt, motion eller anden form for fysisk aktivitet (flere svar er mulige). Størstedelen af både mænd og kvinder angiver, at de dyrker idræt, motion eller anden form for fysisk aktivitet, som de selv organiserer, og at de gør det alene (50,4 %). Ligeledes er der en stor andel (49,8 %), der er fysisk aktive i en forening. En større andel blandt kvinder end blandt mænd dyrker idræt, motion eller anden form for fysisk aktivitet i et motionscenter, danseinstitut eller lignende, i en aftenskole eller i et kommunalt tilbud.

Tabel 8.6 Hvor dyrker den enkelte idræt, motion eller anden form for fysisk aktivitet blandt mænd og kvinder. Procent

	Mænd	Kvinder	I alt
Selvorganiseret (på egen hånd) - alene	51,4	49,8	50,4
Selvorganiseret (på egen hånd) – sammen med andre	30,2	34,3	32,7
I en forening (idrætsforening eller anden forening)	52,2	48,3	49,8
I et motionscenter/fitnesscenter, danseinstitut og lign.	19,2	27,2	24,1
I en aftenskole	1,0	4,8	3,3
På din arbejdsplads eller uddannelsesinstitution	4,7	4,5	4,6
I et kommunalt tilbud	2,8	4,5	3,8
Andet sted	5,4	6,4	6,0
Antal svarpersoner	1.178	1.909	3.087

Andelen, der dyrker idræt, motion eller anden form for fysisk aktivitet i et motionscenter/fitnesscenter, danseinstitut og lignende, på en arbejdsplads eller en uddannelsesinstitution, falder med stigende alder. Til gengæld stiger andelen, der dyrker idræt, motion eller anden form for fysisk aktivitet i en aftenskole eller et kommunalt tilbud med stigende alder. Andelen, der dyrker selvorganiseret idræt, er størst i aldersgruppen 25-44 år (64,2 %), som ligeledes også er den aldersgruppe, hvor den mindste andel dyrker idræt i en forening (40,6 %) (data ikke vist).

Der ses endvidere en sammenhæng mellem uddannelseslængde og sted for fysisk aktivitet. Andelen, der dyrker selvorganiseret fysisk aktivitet (alene og sammen med andre), stiger med stigende uddannelseslængde. Det samme gælder for andelen, der dyrker fysisk aktivitet på en arbejdsplads eller en uddannelsesinstitution. Derimod falder andelen, der dyrker fysisk aktivitet i en forening eller i et kommunalt tilbud, med stigende uddannelseslængde.

Opsummering

I alt oplyser 22,0 % af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune, at de dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden. I alle aldersgrupper er der en større andel mænd end kvinder, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden, og andelen falder med stigende alder. Andelen, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden, stiger generelt med stigende uddannelsesniveau. Der er en større andel med et virkelig godt selvvurderet helbred, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden end blandt dem, der ikke har et godt eller virkelig godt selvvurderet helbred.

En større andel kvinder end mænd ønsker at være mere fysisk aktive. Den største forskel ses i aldersgruppen 25-44 år. Andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive, stiger med stigende uddannelseslængde. Svarpersoner, der ikke er fysisk aktive i fritiden, ønsker oftere at være mere fysisk aktive, end svarpersoner der allerede er fysisk aktive i fritiden. Blandt dem som ikke er fysisk aktive, er svarpersoner med en lang uddannelse mere motiverede for at øge deres fysiske aktivitetsniveau.

I alt mener 48,7 % af svarpersonerne, at kommunen kan hjælpe borgerne til at blive mere fysisk aktive på den ene eller anden måde. Det gælder særligt blandt de unge. Blandt dem der mener, at kommunen kan hjælpe borgerne til at blive mere fysisk aktive, svarer flest, at kommunen kan hjælpe dem ved at skabe flere tilbud om motion, der tager hensyn til dårlig kondition og helbredsproblemer. Mænd foreslår oftere end kvinder flere eller forbedrede motions- og idrætsfaciliteter - herunder cykelstier, mens kvinder oftere ønsker aktiviteter for hele familien på samme sted og flere tilbud om motion, der tager hensyn til dårlig kondition og helbredsproblemer.

Den vigtigste årsag til at være fysisk aktiv er for at være i form eller komme i bedre form. Det mener hele 73,5 %. Størstedelen af dem som er fysisk aktive dyrker selvorganiseret idræt, eller er fysisk aktive i en forening.

Kapitel 9 - Trivsel

Ved trivsel forstås tilfredshed med livet og en generel følelse af velbefindende. Livskvalitet og trivsel måles ofte som en kombination af fysisk, psykisk og socialt velbefindende, og der er derfor ofte nogle, som har problemer med helbred og trivsel til trods for, at de er raske i medicinsk forstand (Fayers og Machin, 2001). Trivsel kan måles på mange måder, og i KRAM-undersøgelsen belyses borgernes psykiske funktion og velbefindende gennem spørgsmål om oplevelsen af stress i hverdagen samt søvnmønster, mens socialt velbefindende beskrives ud fra spørgsmål om sociale relationer til familie og venner samt muligheden for at få hjælp og støtte, såfremt man har brug for det.

Stress

Stress er en tilstand, der påvirker personer både fysisk og psykisk. I daglig tale siger personer ofte, at de er stresset, når de har travlt, og tingene vokser dem over hovedet. De reagerer med irritabilitet, søvnløshed, træthed, manglende koncentrationsevne med mere. Det er den subjektive oplevelsesmæssige dimension af stressbegrebet. Men der er også en mere objektiv dimension, idet stress kan ytre sig rent fysiologisk ved, at der produceres stresshormoner, og således gør kroppen parat til en øget indsats. Stress forårsages af en belastning, som er vanskelig at håndtere. Graden af stress og eventuelle helbredsmæssige følgevirkninger afhænger blandt andet af belastningens styrke og varighed og af den enkeltes ressourcer. Længerevarende eller meget stærke belastninger kan medføre stressbetinget sygdom for eksempel hjertekarsygdom og depression. Allerede eksisterende sygdom kan desuden forværres af stress. I KRAM-undersøgelsen fokuseres der på den oplevelsesmæssige dimension af stress.

Tabel 9.1 viser andelen, der ofte føler sig stresset i dagligdagen. Blandt svarpersoner i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune angiver 6,1 % af svarpersonerne, at de ofte føler sig stresset i dagligdagen. Dette er mindre end andelen i SUSY- Region Syddanmark og Sønderborg sundhedsprofil.

Tabel 9.1 Andel der ofte føler sig stresset i dagligdagen. Procent

	KRAM- Sønderborg	KRAM- Sønderborg 25-64 årige	KRAM- Sønderborg 25-64 årige ¹	SUSY-Region Syddanmark	Sønderborg sundheds- profil
Procent	6,1	7,8	7,7	8,4 *	8,5 *
Antal svarpersoner	4.663	3.244	3.239	3.074	3.343

¹Uddannelsesjusteret. 25-64 årige

*p<0,01

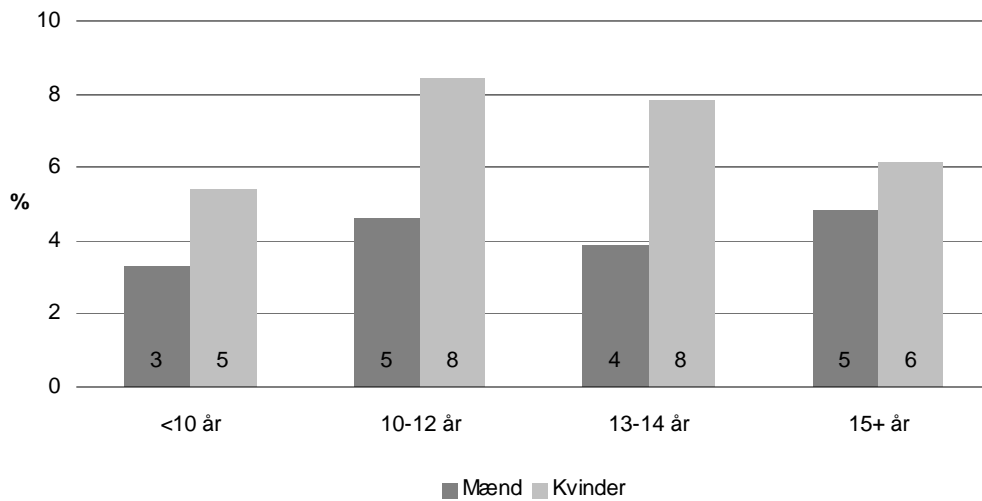
Der er i alle aldersgrupper en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der ofte er stresset i dagligdagen (Tabel 8.1.2). Andelen, der ofte er stresset i dagligdagen, er størst i aldersgruppen 25-44 år både blandt mænd og kvinder.

Tabel 9.2 Andel der ofte føler sig stresset i dagligdagen blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Procent	Antal svarpersoner
Total		6,1	4.663
Mænd	18-24 år	5,3	75
	25-44 år	6,5	448
	45-64 år	5,6	825
	65+ år	0,7	610
	Alle mænd	4,2	1.958
Kvinder	18-24 år	8,9	123
	25-44 år	9,9	738
	45-64 år	8,4	1.233
	65+ år	1,8	611
	Alle kvinder	7,4	2.705

I figur 9.1 ses, at der blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune ikke er stor uddannelsesmæssig forskel i oplevelsen af stress i hverdagen. Der er dog en stor andel, der ofte føler sig stresset i dagligdagen, blandt kvinder med 10-14 års uddannelse.

Figur 9.1 Andel der ofte føler sig stresset i dagligdagen blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Tabel 9.3 viser, at der i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune er en sammenhæng mellem helbred og oplevelsen af stress i dagligdagen. Blandt svarpersoner med et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred er der en mindre andel, der ofte føler sig stresset i dagligdagen sammenlignet med svarpersoner med et nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selv vurderet helbred. Endvidere er der en større andel, blandt svarpersoner med langvarig sygdom som ofte føler sig stresset, end blandt svarpersoner uden langvarig sygdom. Endelig er der blandt personer, som har været generet af hovedpine inden for de sidste 14 dage, en større andel, som ofte føler sig stresset end blandt dem, der ikke har været generet af hovedpine.

Tabel 9.3 Andel som ofte føler sig stresset i dagligdagen i forhold til udvalgte helbredsindikatorer. Procent

		Føler sig ofte stresset	Antal svarpersoner
Virkelig godt eller godt selv vurderet helbred*	Ja	4,2	3618
	Nej	11,0	1185
Langvarig sygdom*	Ja	7,0	1780
	Nej	5,2	2893
Hovedpine de sidste 14 dage*	Ja	10,9	1509
	Nej	3,6	3314

* $p > 0,05$

I KRAM-undersøgelsen er stressniveauet endvidere belyst ved brug af en stressskala kaldet "Perceived Stress Scale" (PSS) eller "oplevet stressskala". PSS indeholder spørgsmål, der omhandler borgerens følelser og tanker inden for de sidste 14 dage og belyser, i hvilken grad svarpersonerne vurderer situationer i deres liv som stressende. Der er i alt ti

spørgsmål, og ud for hvert spørgsmål er svarpersonerne blevet bedt om med et kryds at angive, hvor ofte han/hun følte eller tænkte på den pågældende måde. Ud fra svarpersonernes svar på de ti spørgsmål beregnes en score, der går fra 0 til 40, hvor en høj score indikerer mere oplevet stress. Gruppen med et højt stressniveau er defineret som de 20 % af borgerne, som oplevede det højeste niveau af stress (PSS>14 for mænd og PSS>16 for kvinder).

Spørgsmålet om hvor ofte man føler sig stresset i dagligdagen, indeholder blot et element af stress, mens stress-scoren indeholder en række elementer såsom mestring, travlhed, kontrol over tilværelsen m.v.

Den gennemsnitlige stress-score for kvinder (11,6) var højere end for mænd (10,0), hvilket er i overensstemmelse med resultatet for stress i hverdagen, hvor kvinder i højere grad end mænd oplever stress.

Det fremgår af tabel 9.4, at der både blandt mænd og kvinder i de yngre aldersgrupper er en stor andel, der har en høj stress-score. Der ses endvidere en lavere andel, der har en høj stress-score, blandt svarpersoner, som har en lang uddannelse sammenlignet med kortere uddannelse. I tabel 9.4 ses desuden en sammenhæng mellem høj stress-score og KRAM-faktorerne. Der er en større andel, der har en høj stress-score blandt svarpersoner, som ikke spiser frugt dagligt, ryger dagligt, eller ikke er fysisk aktive i fritiden end blandt svarpersoner, der spiser frugt dagligt, ikke ryger dagligt eller dyrker moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden. Der ses ingen forskel i andelen med høj stress-score med hensyn til overskridelse af sundhedsstyrelsens alkoholgenstandsgrænser eller erhvervsaktivitet. De sammenhænge som observeres mellem stress-scoren og KRAM-faktorerne kan ikke genfindes når målet 'ofte stresset i dagligdagen' anvendes. Ved anvendelsen af dette mål ses kun en sammenhæng blandt kvinder mellem stress og henholdsvis rygning og dagligt indtag af frugt.

Tabel 9.4 Andel der har en høj stress-score. Procent

		Høj stress-score (Perceived Stress Scale – PSS)	
		Mænd	Kvinder
Alder	16-24 år	28,4	23,5
	25-44 år	22,1	19,6
	45-64 år	18,8	17,9
	65+ år	17,0	15,3
Uddannelse	< 10 år	34,3	20,6
	10-12 år	24,3	22,9
	13-14 år	22,0	19,2
	15+ år	15,8	12,4
Erhvervsstatus*	Erhvervsaktiv	18,2	16,8
	Ikke erhvervsaktiv	16,4	15,3
Spiser frugt dagligt	Ja	15,5	16,4
	Nej	21,4	21,0
Ryger dagligt	Ja	26,9	27,1
	Nej	18,0	16,8
Alkohol forbrug	Har overskredet genstandsgrænsen	18,3	22,4
	Har ikke overskredet genstandsgrænsen	19,6	17,8
Fysisk aktivitet i fritiden	Ja	15,4	12,2
	Nej	20,5	19,0

* For 18-64 årige

Søvn

Søvn har afgørende betydning for kroppens genopbygning, og mangel på søvn kan både påvirke immunforsvaret og kognitive funktioner som hukommelse og indlæring. Søvn-længde og dybde reguleres af et samspil mellem søvnbehov, døgnrytmen og vaner eller adfærdsfaktorer. Hvor meget søvn man har brug for, er individuelt, og varierer desuden med alderen. Små børn har brug for meget søvn, mens behovet falder, jo ældre man

bliver. Generelt siger man, at man får tilstrækkeligt med søvn, hvis man føler sig udhvilet om dagen. Søvnkvaliteten kan beskrives som den subjektive opfattelse af at være udhvilet og have sovet godt. En nat med dårlig søvn kan påvirke humør, koncentration og ydeevne.

Blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune er der 74,9 %, der som regel får søvn nok til at føle sig udhvilet. Dette er en større andel end i SUSY-Region Syddanmark (Tabel 9.5).

Tabel 9.5 Andel der som regel får nok søvn til at føle sig udhvilet. Procent

	KRAM- Sønderborg	KRAM- Sønderborg 25-64 årige	KRAM- Sønderborg 25-64 årige ¹	SUSY-Region Syddanmark
Procent	74,9	71,5	71,7	71,0 *
Antal svarpersoner	4.786	3.281	3.276	1.274

¹Uddannelsesjusteret. 25-64 årige

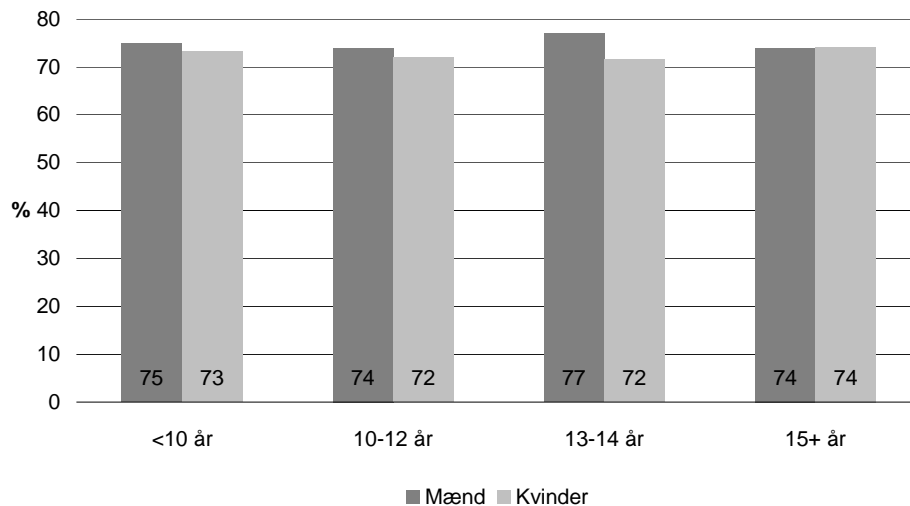
I tabel 9.6 ses, at andelen af svarpersoner, der som regel får søvn nok til at føle sig udhvilet, for både mænd og kvinder stiger med alderen. Andelen, der som regel får søvn nok til at føle sig udhvilet, er mindst blandt mænd i alderen 18-24 år.

Tabel 9.6 Andel der som regel får nok søvn til at føle sig udhvilet. Procent

		Procent	Antal svarpersoner
Total		74,9	4.786
Mænd	18-24 år	62,3	77
	25-44 år	64,2	452
	45-64 år	77,1	839
	65+ år	87,1	641
	Alle mænd	76,8	2.009
Kvinder	18-24 år	68,8	125
	25-44 år	65,1	736
	45-64 år	72,2	1.254
	65+ år	82,5	662
	Alle kvinder	73,5	2.777

Blandt erhvervsaktive er der en mindre andel (70,2 %), som får søvn nok til at føle sig udhvilet sammenlignet med de ikke erhvervsaktive (84,6 %) (data ikke vist). Der ses ingen systematisk sammenhæng mellem uddannelseslængde og søvnmængde (figur 9.2).

Figur 9.2 Andel der som regel får nok søvn til at føle sig udhvilet blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Der er en sammenhæng mellem selv vurderet helbred og søvnmængde. En større andel blandt svarpersoner med et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred får som regel søvn nok til at føle sig udhvilet (79,0 %) sammenlignet med svarpersoner, der har et nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selv vurderet helbred (62,3 %) (data ikke vist). Der er en mindre andel, der som regel får søvn nok til at føle sig udhvilet blandt svarpersoner med langvarig sygdom (70,8 %) sammenlignet med svarpersoner uden langvarig sygdom (77,1 %) (data ikke vist).

I tabel 9.7 ses, at der blandt svarpersoner i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune er en større andel, der som regel føler sig udhvilet blandt svarpersoner, der ikke ryger dagligt, sammenlignet med daglige rygere. Desuden er der en større andel, der som regel får søvn nok til at føle sig udhvilet blandt svarpersoner, som ikke er stresset i dagligdagen i forhold til med svarpersoner, som ofte er stresset i dagligdagen.

Tabel 9.7 Andel der som regel får søvn nok til at føle sig udhvilet i forhold til KRAM-faktorerne og stress. Procent

		Procent	Antal svarpersoner
Spiser frugt dagligt	Ja	76,0	2346
	Nej	73,8	2410
Ryger dagligt*	Ja	71,7	675
	Nej	75,5	4093
Alkohol forbrug	Har overskredet genstandsgrænsen	75,4	402
	Har ikke overskredet genstandsgrænsen	74,9	4379
Fysisk aktivitet i fritiden	Ja	75,6	982
	Nej	74,1	3473
Ofte stresset i dagligdagen*	Ja	38,2	280
	Nej	77,2	4355

* p<0,05

I KRAM-undersøgelsen er der desuden spurgt til, hvor ofte borgerne sover dårligt eller uroligt. Blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune sover 7,3 % af svarpersonerne dårligt eller uroligt hver nat eller næsten hver nat - lidt flere blandt kvinder (8,6%) end blandt mænd (5,6 %). Andelen, der sover dårligt eller uroligt, er stigende med alderen, idet der blandt de 18-24 årige er 2,5 %, der sover dårligt eller uroligt, mens henholdsvis 8,6 % af de 45-64-årige og 7,5 % af de 65+ årige sover dårligt eller uroligt hver nat eller næsten hver nat. Der er en større andel, der sover dårligt eller uroligt blandt svarpersoner med mindre end 10 års uddannelse (9,7 %) end blandt svarpersoner med mere end 15 års uddannelse (5,9 %). Ligeledes er der en større andel blandt de ikke-erhvervs aktive (7,6 %), som sover dårligt eller uroligt hver nat sammenlignet med de erhvervsaktive (5,8 %).

Der er en større andel, der sover dårligt eller uroligt hver nat eller næsten hver nat blandt svarpersoner, der har et nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selv vurderet helbred (16,1 %) end blandt personer med et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred (4,5 %). Der er også en større andel, der ofte sover dårligt eller uroligt blandt personer med langvarig sygdom (11,3 %) i forhold til personer uden langvarig sygdom (4,8 %).

Sociale relationer

Tilknytning til andre mennesker – de sociale relationer – har fået en central placering inden for folkesundhedsvidenskaben. Sociale relationer er relateret til helbred idet de udgør en støttefunktion og er et forum for udveksling af viden og kundskaber (Berkman og Kawachi, 2000).

Undersøgelser har vist, at personer med stærke sociale relationer i mindre grad bliver syge, og hvis de bliver syge, kommer de sig hurtigere efter deres sygdom, og de har mindre risiko for at dø tidligt end personer med svage sociale relationer (Iversen et al., 2002). Undersøgelser viser, at 1000-1500 dødsfald er relateret til svage sociale relationer, hvilket svarer til ca. 2 % af alle dødsfald. Mænd med svage sociale relationer dør i gennemsnit tre år for tidligt, mens kvinder med svage sociale relationer i gennemsnit dør to år for tidligt. Endvidere kan personer med svage sociale relationer forvente færre gode leveår¹ end personer med stærke sociale relationer. Personer med svage sociale relationer er her defineret som personer, der sjældent eller aldrig træffer familie eller personer, der ikke regner med at få hjælp af andre i tilfælde af sygdom (Juel et al., 2006).

De sociale relationer kan beskrives ved henholdsvis et strukturelt og et funktionelt aspekt (Iversen et al., 2002). Det strukturelle aspekt dækker over, hvor mange og hvilke personer den enkelte har kontakt med, det vil sige den kvantitative del af de sociale relationer. Det funktionelle aspekt udgør den form for støtte, en person modtager fra sit netværk, eller de problemer og bekymringer netværket giver, det vil sige den kvalitative del af de sociale relationer.

Det strukturelle aspekt

Omfanget af de sociale relationer er belyst ved at spørge svarpersonen om, hvor ofte de træffer henholdsvis familie samt venner og bekendte.

Tabel 9.8 og 9.9 viser, at andelen, der sjældent træffer familie, blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune er større end andelen i SUSY-Region Syddanmark. Andelen, der sjældent træffer venner eller bekendte, er ligeledes større blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune sammenlignet med SUSY-Region Syddanmark.

¹ Gode leveår forstås her som levetiden justeret for om helbredet er mere eller mindre perfekt.

Tabel 9.8 Andel der sjældent eller aldrig træffer familie. Procent

	KRAM- Sønderborg	KRAM- Sønderborg 25-64 årige	KRAM- Sønderborg 25-64 årige ¹	SUSY-Region Syddanmark
Procent	12,7	12,4	11,4	10,4*
Antal svarpersoner	4.727	3.256	3.252	3.089

¹Uddannelsesjusteret. 25-64 årige

*p<0,01

Tabel 9.9 Andel der sjældent eller aldrig træffer venner og bekendte. Procent

	KRAM- Sønderborg	KRAM- Sønderborg 25-64 årige	KRAM- Sønderborg 25-64 årige ¹	SUSY-Region Syddanmark
Procent	10,0	11,1	11,5	6,5*
Antal svarpersoner	4.633	3.211	3.208	3.089

¹Uddannelsesjusteret. 25-64 årige

*p<0,01

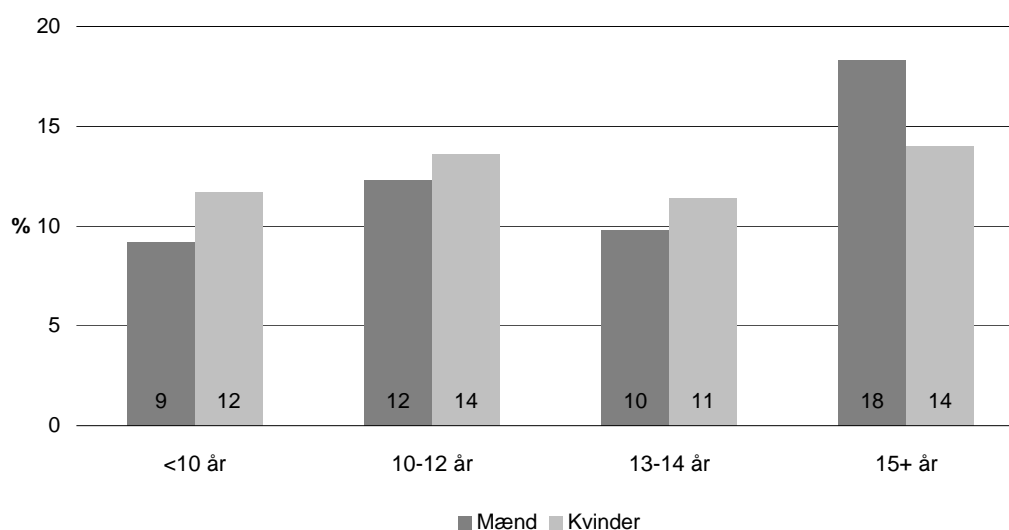
Af tabel 9.10 fremgår det, at 12,7 % af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune træffer deres familie sjældnere end en gang om måneden, mens 10,0 % træffer deres venner og bekendte sjældnere end en gang om måneden. Der er en mindre andel blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 18-24 år, der træffer familie sjældnere end en gang om måneden sammenlignet med de resterende aldersgrupper. Ligeledes er der en mindre andel blandt de 18-24 årige, der angiver, at de sjældnere end en gang om måneden træffer venner og bekendte sammenlignet med de resterende aldersgrupper. Andelen, som sjældnere end en gang om måneden træffer venner og bekendte, er størst i aldersgruppen 45-64 år blandt både mænd og kvinder.

Tabel 9.10 Andel der sjældent eller aldrig træffer henholdsvis familie og venner og bekendte blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

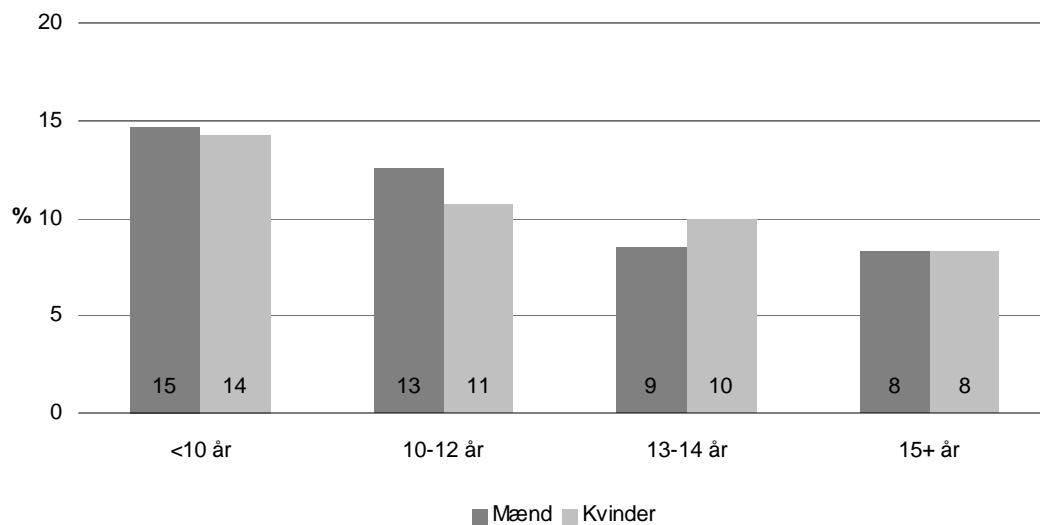
		Familie		Venner og bekendte	
		Procent	Antal svarpersoner	Procent	Antal svarpersoner
Total		12,7	4.727	10,0	4.633
Mænd	18-24 år	9,2	76	0,0	76
	25-44 år	12,9	451	8,9	449
	45-64 år	13,9	826	12,1	820
	65+ år	13,4	621	7,9	610
	Alle mænd	13,3	1.974	9,6	1.955
Kvinder	18-24 år	8,8	125	2,4	125
	25-44 år	8,6	734	8,8	727
	45-64 år	13,3	1.245	12,5	1.215
	65+ år	14,6	649	9,2	611
	Alle kvinder	12,2	2.753	10,3	2.678

Figur 9.3 og 9.4 belyser omfanget af sociale relationer blandt svarpersoner med forskellig uddannelseslængde. Overordnet er der ingen forskel i andelen, som sjældent eller aldrig træffer familie mellem uddannelsesgrupperne for hverken mænd eller kvinder. Der er dog en relativ stor andel blandt mænd med en lang uddannelse, der sjældent eller aldrig træffer familier. Blandt svarpersoner med kort uddannelse er der en større andel, som sjældent eller aldrig træffer venner eller bekendte sammenlignet med svarpersoner med lang uddannelse. Det skal dog bemærkes, at der er tale om få svarpersoner i den laveste uddannelsesgruppe, hvilket kan påvirke resultatet.

Figur 9.3 Andel der sjældent eller aldrig træffer familie blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Figur 9.4 Andel der sjældent eller aldrig træffer venner og bekendte blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Analyserne af KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune viser en sammenhæng mellem omfanget af sociale relationer og selvvurderet helbred idet andelen, der træffer venner og bekendte sjældnere end en gang om månederne, er mindre blandt svarpersoner, som har et godt eller virkelig godt selvvurderet helbred (8,9 %) sammenlignet med dem, der har et nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selvvurderet helbred (13,3 %). Derimod ses der ingen sammenhæng mellem hvor ofte familien træffes og selvvurderet helbred (data ikke vist).

Tabel 9.11 viser, at der er en større andel som sjældent eller aldrig træffer henholdsvis familie samt venner og bekendte blandt svarpersoner, som ofte er stresset i dagligdagen sammenlignet med dem, som ikke er stresset i dagligdagen. Blandt svarpersoner som ryger dagligt eller har overskredet sundhedsstyrelsens genstandsgrænser, er der en større andel, som sjældent eller aldrig træffer familie eller venner end blandt svarpersoner, som ikke ryger dagligt eller ikke drikker over sundhedsstyrelsens genstandsgrænser. Desuden er der en større andel som sjældent eller aldrig træffer venner og bekendte blandt svarpersoner, som ikke dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden, sammenlignet svarpersoner, som dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden.

Tabel 9.11 Andel som sjældent eller aldrig træffer henholdsvis familie og venner og bekendte i forhold til KRAM-faktorerne og stress. Procent

		Familie		Venner og bekendte	
		Procent	Antal svarpersoner	Procent	Antal svarpersoner
Spiser frugt dagligt	Ja	12,2	2035	9,5	2279
	Nej	13,0	2378	10,5	2329
Ryger dagligt	Ja	15,4 *	658	11,6	640
	Nej	12,2	4049	9,7	3974
Alkohol forbrug	Har overskredet genstandsgrænsen	18,0 *	395	9,3	387
	Har ikke overskredet genstandsgrænsen	12,2	4326	9,2	4241
Fysisk aktivitet i fritiden	Ja	11,1	972	7,1 *	961
	Nej	13,2	3436	10,8	3380
Ofte stresset i dagligdagen	Ja	18,8 *	276	18,1 *	271
	Nej	12,1	4301	9,2	4220

*p<0,05

De to tidligere omtalte spørgsmål er specifikt rettet mod hyppighed af kontakt med familie og venner, og svarerne viser ikke nødvendigvis, hvor megen social kontakt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune reelt har. Selvom en svarperson har angivet, at vedkommende ikke har nævneværdig social kontakt til sin familie, kan den enkelte have megen social kontakt til venner og bekendte, ligesom det modsatte kan være tilfældet. Endvidere kan svarpersonen have mange sociale relationer på arbejdspladsen, og kan derigennem få dækket sit sociale behov. Derudover angiver ovenstående variable ikke, hvorvidt behovet for socialt samvær med andre opleves som dækket.

Det funktionelle aspekt

Sociale relationer kan fungere som støtte i trængte eller pressede situationer, og derved kan sociale relationer beskytte mod de skadelige virkninger af for eksempel stress (Iversen et al., 2002). I KRAM-undersøgelsen er dette blandt andet belyst ved at spørge svarpersonerne, om de har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte.

Tabel 9.12 viser, at 66,3 % af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune altid har nogen at tale med i tilfælde af problemer eller behov for støtte. Dette er en betydelig mindre andel end i SUSY-Region Syddanmark, hvilket muligvis kan skyldes forskelle i dataindsamlingsmetoden. Situationen opleves forskelligt i et personligt interview og et selvudfyldt spørgeskema, hvilket givetvis indvirker på besvarelsen af sådanne personlige spørgeskemaer.

Tabel 9.12 Andel der altid har nogen at tale med, hvis problemer eller brug for støtte. Procent

	KRAM- Sønderborg	KRAM- Sønderborg 25-64 årige	KRAM- Sønderborg 25-64 årige ¹	SUSY-Region Syddanmark
Procent	66,3	65,7	64,7	86,5*
Antal svarpersoner	4.791	3.283	3.278	3.089

¹Uddannelsesjusteret. 25-64 årige

*p<0,01

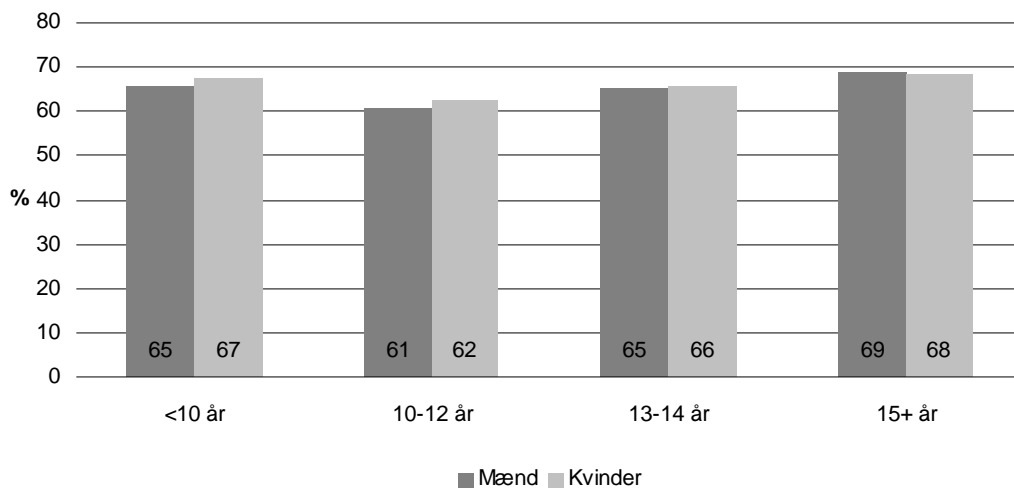
Tabel 9.13 viser, at der er en større andel, som altid har nogen at tale med, hvis de har problemer blandt mænd i aldersgruppen 18-24 år og 65+ år sammenlignet med mænd i andre aldersgrupper. Blandt kvinder er andelen, der altid har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte, faldende med stigende alder.

Tabel 9.13 Andel der altid har nogen at tale med, hvis problemer eller brug for støtte blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Procent	Antal svarpersoner
Total		66,3	4.791
Mænd	18-24 år	71,4	77
	25-44 år	62,4	452
	45-64 år	65,0	836
	65+ år	71,0	637
	Alle mænd	66,5	2.002
Kvinder	18-24 år	76,8	125
	25-44 år	70,7	740
	45-64 år	64,4	1.255
	65+ år	62,2	669
	Alle kvinder	66,1	2.789

Det fremgår af figur 9.5, at der hverken for mænd eller kvinder er forskel i andelen, som har nogen at tale med ved problemer eller brug for støtte, mellem grupper med forskellig uddannelse.

Figur 9.5 Andel der altid har nogen at tale med, hvis problemer eller brug for støtte blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Der er en større andel, som altid har nogen at tale med i tilfælde af problemer blandt svarpersonerne med et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred (70,4 %) end blandt svarpersoner, som har et nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selv vurderet helbred (54,7 %).

Blandt svarpersoner, som spiser frugt dagligt, ikke ryger dagligt, dyrker fysisk aktivitet i fritiden eller som ikke er stresset i dagligdagen, er der en større andel, som har nogen at tale med ved problemer eller brug for støtte (henholdsvis 68,6 %, 66,9 %, 70,6 % og 67,4 %) end blandt svarpersoner, som ikke spiser frugt dagligt, ryger dagligt, ikke er fysisk aktive i fritiden og som ofte er stressede i dagligdagen (henholdsvis 63,9 %, 62,3 %, 65,2 % og 52,9 %).

Udover de ovenfor nævnte positive aspekter ved sociale relationer foreligger der imidlertid en lang række forskningsresultater, som viser, at sociale relationer også kan være en barriere for udvikling og forbedring af sundhedsadfærd og helbred. Eksempelvis kan det være svært at forbedre kostvaner, hvis ens familie eller andre, man spiser sammen med, ikke ønsker ændringer i kosten. Ligeledes kan det være svært at blive mere fysisk aktiv, hvis dem man gerne vil bruge tid sammen med hellere vil se tv.

Sociale relationer kan desuden være en barriere i den forstand, at mennesker kan give hinanden bekymringer, udnytte og på anden måde skade hinanden. Et eksempel kan være situationer, hvor de sociale relationer bliver til en belastning, for eksempel i forbindelse med sygdom hos en ægtefælle eller nære slægtninge. Mobning og uvenskab i familien eller lign. er andre eksempler på, hvordan sociale relationer kan have en negativ effekt på helbredet. Igennem de senere år har flere undersøgelser sat fokus på disse aspekter af sociale relationer (Kamper-Jørgensen og Almind, 2005).

Opsummering

Der er en større andel kvinder end mænd, som ofte føler sig stresset i hverdagen. For både mænd og kvinder ses den største andel i aldersgruppen 25-44 år. Der er en sammenhæng mellem oplevelsen af stress i dagligdagen og selv vurderet helbred, langvarig sygdom og hyppig hovedpine. Endvidere er et højt stress niveau relateret til usund kost, rygning og fysisk inaktivitet.

Andelen, som får tilstrækkelig søvn – målt ved spørgsmålet om hvorvidt man føler sig udhvilet – stiger med stigende alder. Det modsatte gælder for andelen, der har god søvnkvalitet – målt ved, hvorvidt man ofte sover dårligt eller uroligt. Tilstrækkelig søvn er endvidere relateret til et godt selv vurderet helbred. Ligeledes er der en sammenhæng mellem utilstrækkelig søvn og daglig rygning samt mellem utilstrækkelig søvn og stress i hverdagen. God søvnkvalitet er ligeledes forbundet med oftere godt eller virkelig godt selv vurderet helbred og sjældnere langvarig sygdom.

Sociale relationer er relateret til helbred, idet der er en sammenhæng mellem sjælden kontakt til familie, venner og bekendte og et nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selv vurderet helbred, ligesom det at have nogen at tale med er relateret til et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred. Der er en mindre andel, som sjældent træffer familie samt venner og bekendte blandt 18-24 årige sammenlignet med andre aldersgrupper. Det er ligeledes blandt de 18-24 årige, at der er den største andel, som altid har nogen at tale med, hvis det er nødvendigt. Sjælden kontakt til familien er relateret til rygning, højt alkoholforbrug og stress i dagligdagen, mens sjælden kontakt til venner og bekendte er relateret til fysisk inaktivitet og stress i hverdagen.

Kapitel 10 - KRAM-faktorerne samlet

Hver af KRAM-faktorerne Kost, Rygning, Alkohol og Motion har stor betydning for folkesundheden. Endvidere gælder det, at har man en usund livsstil på ét område, er der også stor sandsynlighed for, at man har det på andre områder (Iversen et al., 2002; Fødevareredirektoratet, 2003). For eksempel er indtaget af frugt og grønt mindre blandt storrygere end blandt de, der aldrig har røget. KRAM-faktorerne hænger således ikke blot sammen med forhold som alder, køn og uddannelse, men er også koblet til hinanden.

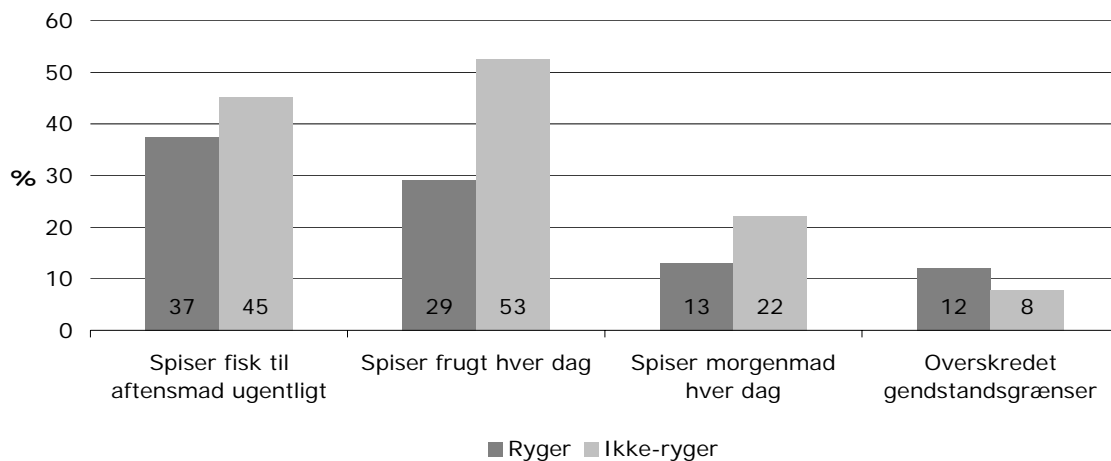
Årsagssammenhæng til sygdom er kompleks, og ofte vil der være flere faktorer til stede for at udløse en sygdom eller andre helbredsrelaterede problemer. KRAM-faktorerne i samspil har derfor en række helbredsrelaterede konsekvenser. I vurderingen af de helbredsrelevante konsekvenser af KRAM-faktorerne er det vigtigt at se på summen af KRAM-faktorerne og ikke kun betragte dem hver for sig. En tidligere dansk undersøgelse af faktorer med betydning for dødelighed har vist, at personer der er storrygere, drikker meget alkohol og ikke er fysisk aktive har næsten syv gange større risiko for at dø end personer, der ikke ryger, der drikker moderate mængder af alkohol, og som er fysisk aktive (Juel, 1998).

I det følgende vil relevante sammenhænge mellem KRAM-faktorerne fundet i KRAM-undersøgelsen i Sønderborg Kommune blive præsenteret, hvorefter der ses på et samlet mål for usunde KRAM-vaner i forskellige køns-, alders- og uddannelsesgrupper. Til sidst ses på sammenhængen mellem summen af usunde KRAM-vaner og helbred og sygelighed.

Sammenhæng mellem KRAM-faktorerne

Af figur 10.1 fremgår det, at rygere i Sønderborg Kommune har mindre sunde kostvaner end ikke-rygere. Således er der en større andel blandt ikke-rygere end blandt rygere, der ugentligt spiser fisk til aftensmad, der dagligt spiser frugt og morgenmad. Desuden ses sammenhæng mellem alkohol og rygning, idet der er en større andel blandt rygere sammenlignet med ikke-rygere der overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser.

Figur 10.1 Andel som ryger dagligt i forhold til indtag af fisk, frugt, morgenmad og alkohol. Procent



Det fremgår af tabel 10.1, at der både er en sammenhæng mellem fysisk aktivitet i fritiden og indtag af frugt samt fysisk aktivitet og rygevaner. Således er der blandt svarpersonerne, som er fysisk aktive i fritiden, en større andel der henholdsvis spiser frugt dagligt og som ikke ryger, sammenlignet med svarpersoner, der henholdsvis ikke spiser frugt dagligt og som ryger dagligt. Anderledes forholder det sig med hensyn til alkoholforbrug. Der er ikke væsentlig forskel på andelen, der er fysisk aktive blandt svarpersoner, der overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser end blandt svarpersoner, der ikke overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser.

Tabel 10.1 Andel der er fysisk aktive i forhold til KRAM-faktorer. Procent

		Andel der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet		Antal svarpersoner
Indtag af frugt	Dagligt	23,4		2205
	Sjældnere	20,6		2252
Ryger dagligt	Ja	14,8		615
	Nej	23,1		3851
Overskrider genstandsgrænsen	Ja	22,4		380
	Nej	21,9		4101

Ved opdeling på alder ses, at der er en større forskel mellem dem, der er henholdsvis fysisk aktive og inaktive i fritiden i de yngre aldersgrupper i forhold til de øvrige aldersgrupper. Således spiser 56,2 % af de 18-24 årige, der er fysisk aktive i fritiden, frugt hver dag, mens 30,3 % af dem, der er fysisk inaktive i fritiden, har et dagligt frugtindtag.

Det samme ses i forhold til daglig rygning. Blandt de fysisk aktive i aldersgruppen 18-24 årige angiver 9,0 %, at de ryger dagligt, mens det er 20,2 % blandt de fysisk inaktive der ryger dagligt i samme aldersgruppe.

KRAM-faktorerne fordelt på køn, alder og uddannelse

Der ses forskelle mellem mænd og kvinder inden for flere af KRAM-faktorerne. En større andel blandt kvinder spiser dagligt frugt sammenlignet med mænd. Samtidig er der en større andel af mænd end kvinder, som overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser for ugentlig alkoholforbrug. Derimod er der en større andel blandt mænd sammenlignet med kvinder, der er fysisk aktive i fritiden (data ikke vist).

Sammenlignet med de øvrige aldersgrupper er der en større andel blandt de 45-64 årige, der dagligt spiser frugt, mens en større andel blandt de 65+ årige spiser fisk til aftensmad ugentligt. Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser overskrides oftest af de 18-24 årige, men det er også denne gruppe, hvor den største andel er fysisk aktiv i fritiden (data ikke vist).

Uddannelseslængden er relateret til fysisk aktivitet i fritiden. Således er der en større andel, der er fysisk aktive i fritiden blandt svarpersoner med en lang uddannelse sammenlignet med svarpersoner med en kort uddannelse. Endvidere er der en større andel blandt svarpersoner med en lang uddannelse, der dagligt spiser frugt, sammenlignet med de øvrige uddannelsesgrupper. Andelen, der ryger dagligt, falder med stigende uddannelseslængde (data ikke vist).

KRAM-score: summen af usunde KRAM-vaner

I det følgende beskrives et mål for summen af usunde KRAM-vaner – en KRAM-score – fordelt på køn, alder og uddannelseslængde. KRAM-scoren er beregnet ved at summere svarpersonernes usunde KRAM-vaner. Hvis en svarperson både spiser frugt dagligt, ikke ryger, ikke drikker for meget alkohol og er fysisk aktiv er KRAM-scoren nul. For hver usund KRAM-vane gives værdien 1, og en KRAM-score på 4 betyder således, at svarpersonen både spiser for lidt frugt og grønt, ryger dagligt, drikker for meget alkohol og er fysisk inaktiv. Hver af de usunde KRAM-vaner er relateret til en større risiko for udvikling af sygdom. Jo flere usunde KRAM-vaner jo højere KRAM-score, og jo større vil risikoen være for at udvikle livsstilssygdomme.

Tabel 10.2 viser summen af usunde KRAM-vaner opdelt på køn. Det ses, at en større andel blandt kvinder end mænd har en kram-score på én, mens en større andel blandt mænd end blandt kvinder har to eller flere usunde KRAM-vaner.

Tabel 10.2 KRAM-score blandt mænd og kvinder. Procent

KRAM-score	Mænd	Kvinder	I alt
0	9,4	10,7	10,1
1	32,9	48,5	42,0
2	42,8	30,9	35,9
3 til 4	14,9	9,9	12,0
Antal svarpersoner	1868	2573	4441

Det fremgår af tabel 10.3, at de 18-24 årige er den gruppe, hvor den største andel har en KRAM-score på nul. Derimod er det også den gruppe, hvor den største andel har KRAM-scoren 3-4.

Tabel 10.3 KRAM-score i forskellige aldersgrupper. Procent

KRAM-score	18-24 år	25-44 år	45-64 år	65+ år
0	20,2	12,9	9,6	6,4
1	29,8	40,5	45,6	39,0
2	32,3	36,6	32,5	42,1
3 til 4	17,7	10,0	12,4	12,5
Antal svarpersoner	198	1158	1991	1094

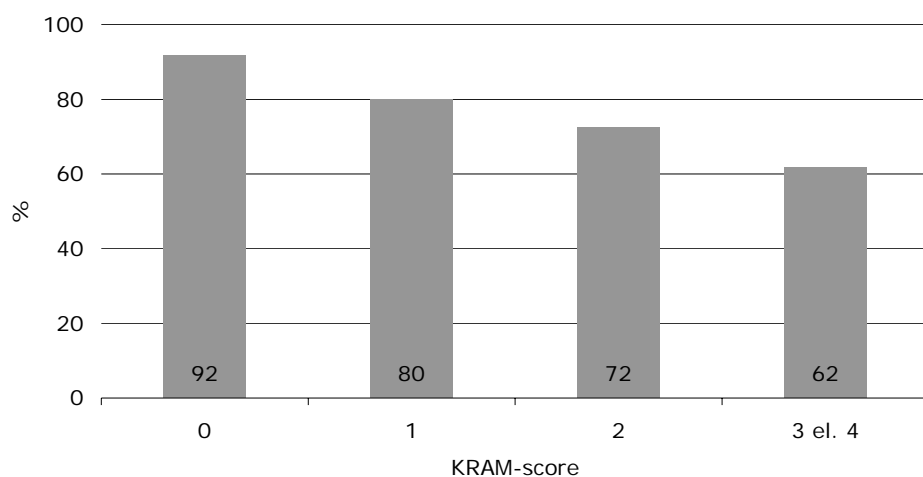
I tabel 10.4 ses sammenhængen mellem KRAM-score og uddannelseslængde. Overordnet falder andelen, der har en kram-score på 3-4, med stigende uddannelseslængde. Således er der 15,2 % blandt svarpersoner med kort uddannelse, der har en kram-score på 3-4, mens det kun er 8,8 % blandt svarpersoner med en lang uddannelse.

Tabel 10.4 KRAM-score i forskellige uddannelsesgrupper. Procent

KRAM-score	<10 år	10-12 år	13-14 år	15+ år
0	5,7	8,9	11,1	13,1
1	39,6	36,3	43,9	45,4
2	39,5	39,9	33,3	32,7
3 til 4	15,2	14,9	11,7	8,8
Antal svarpersoner	598	978	1056	1466

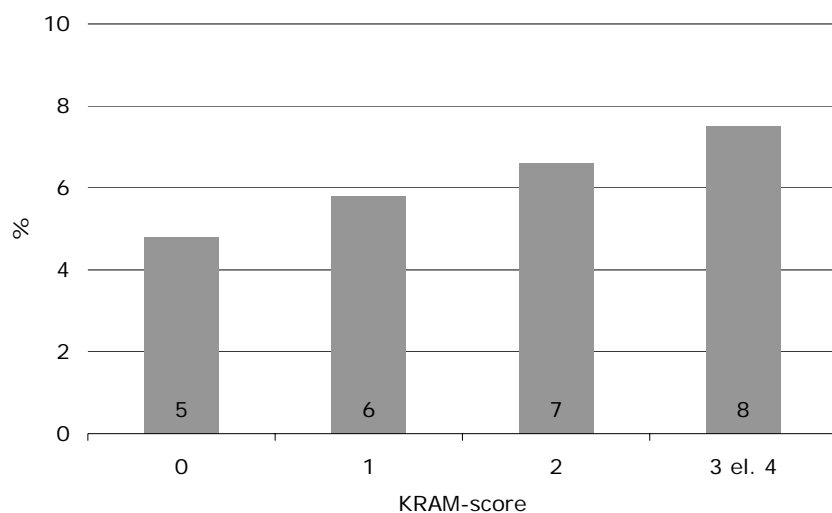
Der er en sammenhæng mellem KRAM-scoren og selv vurderet helbred. Således falder andelen, der har et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred, med stigende KRAM-score (figur 10.2).

Figur 10.2 Andel, som har et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred i forhold til KRAM-score. Procent



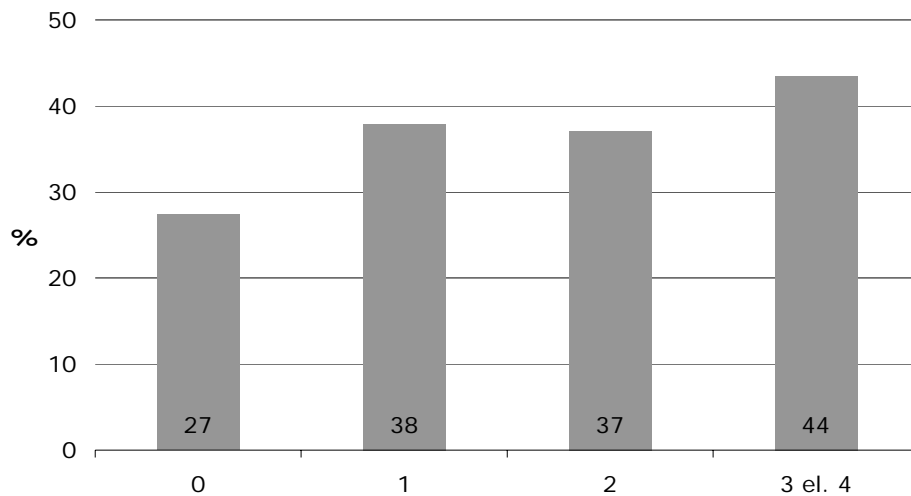
I figur 10.3 ses sammenhængen mellem KRAM-score og oplevelsen af stress i dagligdagen, jo højere KRAM-score desto større er andelen, der ofte føler sig stresset i dagligdagen.

Figur 10.3 Andel, som ofte er stressede i dagligdagen i forhold til KRAM-score. Procent



Den samme tendens ses i forhold til langvarig sygdom (figur 10.4). Det fremgår, at andelen, der har en langvarig sygdom, overordnet stiger med stigende KRAM-score.

Figur 10.4 Andel, som har en langvarig sygdom i forhold til KRAM-score. Procent



Opsummering

KRAM-faktorerne optræder ofte sammen og er relateret til en række helbredsrelaterede faktorer. Det fremgår, at rygere spiser mere usundt end ikke-rygere og oftere overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser. Kvinder spiser sundere end mænd, og der er en større andel mænd end, som har et højt alkoholforbrug. Til gengæld er der en større andel blandt mænd end kvinder, der er fysisk aktive i fritiden. Ses der på den samlede KRAM-score, hvor de fire KRAM-faktorer er summeret, fremgår det, at en større andel blandt kvinder end mænd har en kram-score på én, mens en større andel mænd end kvinder har to eller flere usunde KRAM-vaner. Det er overordnet de unge, som har færrest usunde kram-vaner og svarpersoner med kort uddannelse har generelt flere usunde vaner end svarpersoner med en lang uddannelse. En høj KRAM-score er endvidere relateret til et dårligere selv vurderet helbred, stress i hverdagen samt langvarig sygdom.

Kapitel 11 – Kontakt til sygehusvæsenet

I følgende kapitel belyses sygeligheden blandt Sønderborgs borgere ved hjælp af registerdata fra Landspatientregisteret (LPR). LPR rummer oplysninger om borgernes kontaktmønstre til sygehusvæsenet på kommune- amts/regions- og landsniveau – herunder både omfanget af kontakter og årsagen til undersøgelse og/eller behandling (Laursen et al., 2007). Med udgangspunkt i data fra LPR gives der således et billede af det samlede kontaktmønster og kontakter forbundet med en række udvalgte behandlingskrævende sygdomme i Sønderborg Kommune opdelt på henholdsvis heldøgnsindlæggelser og ambulante kontakter (besøg og ydelser). Opgørelserne fra Sønderborg Kommune sammenlignes med data fra hele landet.

Sygdommene, der beskrives i dette kapitel, er udvalgt med udgangspunkt i de otte folkesygdomme, som indgår i regeringens sundhedsprogram "Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10".

De otte folkesygdomme er:

- Aldersdiabetes
- Forebyggelige kræftsygdomme
- Hjerte-karsygdom
- Knogleskørhed (osteoporose)
- Muskel- og skeletlidelser
- Overfølsomhedssygdomme (astma og allergiske sygdomme)
- Psykiske lidelser
- Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)

Imidlertid findes der på nuværende tidspunkt ikke gode registeropgørelser over forekomsten af aldersdiabetes, knogleskørhed og overfølsomhedssygdomme. Det skyldes, at sygdommene ikke nødvendigvis føres til hospitalsindlæggelser, hvorfor LPR ikke kan give fyldestgørende oplysninger herom, og Sygesikringsregisteret, der registrerer kontakter til blandt andet almen praksis, indeholder ikke specifikke diagnoser forbundet med konsultationerne (Laursen et al., 2007). Der vil derfor ikke rapporteres specifikt om disse sygdomme i dette kapitel.

Endvidere er der ikke medtaget data om psykiske lidelser, da opgørelserne fra Landspatientregisteret kun indeholder oplysninger om kontakter til det somatiske sygehusvæsen og ikke det psykiatriske.

For at sikre stabilitet af tallene benyttes alle indlæggelser og afsluttede ambulante kontakter i årene 2001-2005. Grupperingen af sygdomme er sket på baggrund af aktionsdiagnosen, som er den primære diagnose, der ligger til grund for kontakten. Eventuelle bidiagnoser er ikke inddraget.

I dette afsnit beregnes raten for en given sygdom (sygdomsraten), det vil sige for hver kontaktype opgøres antal kontakter pr. 1.000 personer pr. år (kontakter pr. 1.000 personår). Raten fortæller, hvor mange indlæggelser eller ambulante kontakter 1.000 personer har haft i et år. Ved brug af rater tages der højde for, at en person godt kan have mere end en indlæggelse for samme sygdom, og målet udtrykker på den måde en belastning af sygehusene.

I de følgende tabeller angives rå rater for henholdsvis Sønderborg Kommune og Danmark som helhed. Endvidere rapporteres standardiserede rater for Sønderborg Kommune i forhold til alderssammensætningen i Danmark, det vil sige raterne for Sønderborg Kommune sat i forhold til den aldersfordeling, der gør sig gældende i Danmark.

Kontakter til hospitaler i Sønderborg Kommune og i Danmark

I tabel 11.1 ses den samlede indlæggelsesrate for Sønderborg Kommune og for Danmark. Raten repræsenterer antallet af indlæggelser pr. 1.000 personer pr. år med en given sygdom (mindst en sygdom). Gennemsnitligt var der ca. 12.900 indlæggelser pr. år i Sønderborg Kommune (data ikke vist). Det ses, at der i Sønderborg Kommune i årene 2001-2005 var 219,5 indlæggelser pr. 1000 personår. I Danmark ses den tilsvarende rate at være 226,9 indlæggelser pr. 1000 personår. Når der tages højde for, at alderssammensætningen i Sønderborg Kommune ikke er den samme som i Danmark, ses at den køns og aldersstandardiserede rate, er lavere end raten for hele landet (212,7). For mænd er den aldersstandardiserede rate på niveau med indlæggelsesraten for mænd i Danmark, mens den aldersstandardiserede rate for kvinder er lavere end indlæggelsesraten for kvinder i Danmark.

Tabel 11.1 Samlede heldøgns-indlæggelsesrater for Sønderborg Kommune og hele landet 2001-2005 blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper.

		Indlæggelsesrate pr. 1000 personår i Danmark	Indlæggelsesrate pr. 1000 personår i Sønderborg Kommune	Aldersstandardiseret rate pr. 1000 perso- når i Sønderborg Kommune
I alt	I alt	226,9	219,5	212,7
Mænd	18-29 år	76,4	78,7	
	30-39 år	90,9	79,8	
	40-49 år	126,0	114,6	
	50-59 år	195,9	181,9	
	60-69 år	325,0	308,2	
	70-79 år	548,7	520,9	
	80+ år	760,8	666,9	
	I alt	202,1	200,3	200,6
Kvinder	18-29 år	212,7	219,1	
	30-39 år	233,1	212,9	
	40-49 år	146,8	138,8	
	50-59 år	178,1	169,3	
	60-69 år	262,5	253,2	
	70-79 år	424,9	390,6	
	80+ år	596,0	531,5	
	I alt	250,7	238,2	229,4

Tilsvarende ses i tabel 11.2, at der i alt har været 629,0 ambulante kontakter pr. 1000 personer pr. år, hvilket er højere end raten for Danmark. De højeste rater for ambulante kontakter ses blandt mænd på 70 år eller derover, som i gennemsnit har mere end en kontakt pr. person pr. år.

Tabel 11.2 Ambulante kontakter for Sønderborg Kommune og hele landet 2001-2005 blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper.

		Ambulant kontaktrate pr. 1000 personår i Danmark	Ambulant kontaktrate pr. 1000 personår i Sønderborg Kommune	Standardiseret kontaktrate pr. 1000 personår i Sønderborg Kommune
I alt	I alt	519,3	629,0	610,8
Mænd	18-29 år	232,5	260,2	
	30-39 år	274,0	330,4	
	40-49 år	353,9	417,4	
	50-59 år	478,8	540,9	
	60-69 år	670,9	816,1	
	70-79 år	925,9	1122,2	
	80+ år	908,2	1076,9	
	I alt	440,7	545,1	537,4
Kvinder	18-29 år	447,7	508,9	
	30-39 år	540,8	614,8	
	40-49 år	497,4	584,2	
	50-59 år	610,3	720,9	
	60-69 år	713,6	827,2	
	70-79 år	857,4	1036,5	
	80+ år	764,9	963,4	
	I alt	594,7	710,9	689,0

Hjerte-karsygdom

Hjerte-karsygdom er en samlet betegnelse for lidelser i hjertet og/eller kar, herunder både sygdomme i hjerte og hjerne. Antallet af indlæggelser som følge af hjerte-karsygdom har inden for de sidste 20 år været stigende og udgør på nuværende tidspunkt en af de største sygdomsgrupper inden for sygehusvæsenet (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002).

Ved indlæggelser for hjerte-karsygdom ses, at raten stiger markant med alderen for både mænd og kvinder – for mænd stiger den fra 2,9 for de 18-29 årige til 157,2 for de 80+ årige, mens den for kvinder stiger fra 1,6 for de 18-29 årige til 109,8 for de 80+ årige. Der er ingen store forskelle på Sønderborg Kommune og Danmark.

Tabel 11.3 Heldøgns-indlæggelsesrater for hjerte-karsygdomme, Sønderborg Kommune og hele landet 2001-2005 blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper.

		Indlæggelsesrate pr. 1000 personår i Danmark	Indlæggelsesrate pr. 1000 personår i Sønderborg Kommune	Standardiseret rate pr. 1000 personår i Sønderborg Kommune
I alt	I alt	33,0	32,5	29,9
Mænd	18-29 år	2,2	2,9	
	30-39 år	5,8	5,7	
	40-49 år	17,0	12,9	
	50-59 år	42,1	37,1	
	60-69 år	80,2	72,1	
	70-79 år	134,9	129,1	
	80+ år	164,7	157,2	
	I alt	38,7	39,0	38,7
Kvinder	18-29 år	2,2	1,6	
	30-39 år	5,2	5,3	
	40-49 år	10,9	9,8	
	50-59 år	19,9	15,3	
	60-69 år	41,6	40,3	
	70-79 år	81,9	71,2	
	80+ år	119,1	109,8	
	I alt	27,6	26,1	22,6

For ambulante kontakter (tabel 11.4) ses ligeledes en stigning i raten med stigende alder, dog er der et fald i de ældste aldersgrupper. Som det var tilfældet for indlæggelserne, er der ingen store forskelle på den ambulante kontaktrate Sønderborg Kommune og Danmark.

Tabel 11.4 Ambulante kontakter for hjerte-karsygdomme, Sønderborg Kommune og hele landet 2001-2005 blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper.

		Ambulant kontaktrate pr. 1000 personår i Danmark	Ambulant kontaktrate pr. 1000 personår i Sønderborg Kommune	Standardiseret kontaktrate pr. 1000 personår i Sønderborg Kommune
I alt	I alt	27,2	30,7	28,5
Mænd	18-29 år	3,0	4,1	
	30-39 år	7,2	8,6	
	40-49 år	17,3	18,3	
	50-59 år	37,7	41,5	
	60-69 år	63,5	64,7	
	70-79 år	89,6	90,3	
	80+ år	70,7	68,7	
	I alt	29,5	33,7	32,5
Kvinder	18-29 år	4,3	5,2	
	30-39 år	12,1	14,0	
	40-49 år	18,4	18,6	
	50-59 år	27,4	29,0	
	60-69 år	41,9	43,6	
	70-79 år	58,9	62,0	
	80+ år	47,9	46,4	
	I alt	25,0	27,7	25,3

Kræft

Hvert år får ca. 30.000 danskere konstateret kræft, og ca. 15.000 danskere dør hvert år af kræftsygdom (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002). Den hyppigste kræftform blandt mænd er hudkræft (ikke-melanom), mens det for kvindernes vedkommende er brystkræft. En række kræftformer er relateret til den enkeltes livsstil, hvorfor ændring i levevaner ville kunne nedsætte risikoen for at udvikle kræft. Af kendte risikofaktorer kan fremhæves rygning, overvægt, fysisk inaktivitet, stort alkoholforbrug og soldyrkning, mens indtagelse af frugt og grønt kan virke beskyttende for udvikling af kræft (Kræftens Bekæmpelse, 2007).

For kræft ses, at der i Sønderborg Kommune i perioden 2001-2005 var 25,8 indlæggelser pr. 1.000 personår (tabel 11.5). Dette tal er på niveau med hele landet. Blandt både mænd og kvinder ses den højeste indlæggelsesrate blandt de 70-79 årige. Indlæggelsesraten er markant højere for mænd i alderen 70+ år sammenlignet med kvinder. Dette gælder i Sønderborg Kommune såvel som i Danmark.

Tabel 11.5 Heldøgns-indlæggelsesrater for kræft, Sønderborg Kommune og hele landet 2001-2005 blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper.

		Indlæggelsesrate pr. 1000 personår i Danmark	Indlæggelsesrate pr. 1000 personår i Sønderborg Kommune	Standardiseret rate pr. 1000 personår i Sønderborg Kommune
I alt	I alt	23,3	25,8	23,7
Mænd	18-29 år	2,8	3,2	
	30-39 år	4,1	3,9	
	40-49 år	8,3	11,1	
	50-59 år	23,1	23,8	
	60-69 år	49,1	49,4	
	70-79 år	77,3	81,5	
	80+ år	74,7	73,0	
	I alt	21,8	25,2	24,5
Kvinder	18-29 år	3,3	2,9	
	30-39 år	8,3	7,1	
	40-49 år	20,0	19,7	
	50-59 år	33,0	30,7	
	60-69 år	47,0	47,7	
	70-79 år	53,3	58,9	
	80+ år	36,5	37,2	
	I alt	24,7	26,4	23,9

For ambulante kontakter (tabel 11.6) ses en rate på 26,9 pr. 1.000 personår, hvilket er lidt højere end nivauet i hele Danmark. Blandt både mænd og kvinder ses den højeste rate af ambulante behandlinger blandt de 70-79 årige.

Tabel 11.6 Ambulante kontakter for kræft, Sønderborg Kommune og hele landet 2001-2005 blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper.

		Ambulant kontaktrate pr. 1000 personår i Danmark	Ambulant kontaktrate pr. 1000 personår i Sønderborg Kommune	Standardiseret kontaktrate pr. 1000 personår i Sønderborg Kommune
I alt	I alt	22,5	26,9	25,4
Mænd	18-29 år	3,5	6,3	
	30-39 år	5,4	10,3	
	40-49 år	9,3	14,7	
	50-59 år	21,3	24,0	
	60-69 år	43,2	51,1	
	70-79 år	66,6	64,7	
	80+ år	61,8	57,2	
	I alt	20,1	25,7	25,0
Kvinder	18-29 år	6,8	10,3	
	30-39 år	12,2	17,2	
	40-49 år	23,8	25,9	
	50-59 år	32,7	36,5	
	60-69 år	41,3	38,5	
	70-79 år	45,1	46,0	
	80+ år	31,1	28,9	
	I alt	24,8	28,1	26,7

Kronisk obstruktiv lungesygdom

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) er sygdom i luftvejene, hvor der ses en permanent nedsættelse af lungefunktionen. KOL kaldes ofte rygerlunger, idet sygdommen i langt de fleste tilfælde skyldes tobaksrygning. Forekomsten af KOL er stigende, og det skønnes, at ca. 200.000 danskere lider af KOL. KOL udgør den fjerdehyppigste dødsårsag i Danmark (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002).

I tabel 11.7 ses en indlæggelsesrate for KOL i Sønderborg Kommune på 4,8 pr. 1000 personår, hvilket er på niveau med indlæggelsesraten for hele landet (4,8). Der ses i Sønderborg Kommune en højere indlæggelsesrate for mænd end for kvinder, hvilket er omvendt i forhold til indlæggelsesraterne på landsplan.

Tabel 11.7 Heldøgns-indlæggelsesrater for kronisk obstruktiv lungesygdom, Sønderborg Kommune og hele landet 2001-2005 blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper.

		Indlæggelsesrate pr. 1000 personår i Danmark	Indlæggelsesrate pr. 1000 personår i Sønderborg Kommune	Standardiseret rate pr. 1000 personår i Sønderborg Kommune
I alt	I alt	4,8	4,8	4,3
Mænd	18-49 år ¹	0,3	0,2	
	50-59 år	2,5	2,9	
	60-69 år	8,7	12,0	
	70-79 år	24,1	21,1	
	80+ år	25,3	17,1	
	I alt	4,5	5,0	4,8
Kvinder	18-49 år ¹	0,3	0,3	
	50-59 år	3,4	3,4	
	60-69 år	10,8	11,1	
	70-79 år	22,0	16,0	
	80+ år	14,4	8,9	
	I alt	5,1	4,7	4,0

1) Der er ingen tilfælde af KOL blandt de to yngste aldersgrupper, derfor er disse aldersgrupper slået sammen med aldersgruppen 40-49 år.

Af tabel 11.8 ses en ambulante kontaktrate på 1,3 pr. 1000 personår, hvilket er lavere end i Danmark. For både mænd og kvinder ses den højeste kontaktrate blandt de 70-79 årige.

Tabel 11.8 Ambulante kontakter for kronisk obstruktiv lungesygdom, Sønderborg Kommune og hele landet 2001-2005 blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper.

		Ambulant kontaktrate pr. 1000 personår i Danmark	Ambulant kontaktrate pr. 1000 personår i Sønderborg Kommune	Standardiseret kontaktrate pr. 1000 personår i Sønderborg Kommune
I alt	I alt	2,5	1,3	1,1
Mænd	18-49 år	0,4	0,2	
	50-59 år	2,2	0,8	
	60-69 år	5,4	3,1	
	70-79 år	11,1	5,0	
	80+ år	7,9	1,9	
	I alt	2,4	1,2	1,2
Kvinder	18-49 år	0,4	0,1	
	50-59 år	2,6	1,0	
	60-69 år	6,1	3,2	
	70-79 år	9,7	4,6	
	80+ år	4,5	0,7	
	I alt	2,6	1,3	1,1

Muskel-skelet sygdomme

Muskel- og skelet sygdomme omfatter sygdomme og gener i led, sener, knogler og muskler. Denne sygdomsgruppe dækker over et bredt spektrum af symptomer og symptomkomplekser – herunder slid- og leddegigt, "ondt i ryggen", fibromyalgi, knogle-skørhed og diskusprolaps. Ca. 662.000 voksne danskere lider af langvarige muskel- og skeletsygdomme (Ekholm et al., 2006). Ensidigt gentaget arbejde og tunge løft samt ulykker kan være årsager til muskel- og skeletsygdomme, men for en meget stor del af patienternes vedkommende er det ikke muligt at finde en årsag til lidelsen. En vigtig forebyggende indsats overfor muskel- og skeletsygdomme er at nedsætte fysisk inaktivitet.

For muskel-skelet sygdomme ses en rate på 17,4 indlæggelser pr. 1.000 personår, hvilket er højere end raten for hele landet. Indlæggelsesraten er højere for kvinder end for mænd, men for både mænd og kvinder ses den højeste rate blandt de 70+ årige.

Tabel 11.9 Heldøgns-indlæggelsesrater for muskel-skelet sygdomme, Sønderborg Kommune og hele landet 2001-2005 blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper.

		Indlæggelsesrate	Indlæggelsesrate	Standardiseret rate
		pr. 1000 personår i	pr. 1000 personår i	pr. 1000 personår i
		Danmark	Sønderborg	Sønderborg
			Kommune	Kommune
I alt	I alt	13,1	17,4	16,6
Mænd	18-29 år	4,7	3,9	
	30-39 år	7,7	8,1	
	40-49 år	10,3	11,7	
	50-59 år	13,4	17,3	
	60-69 år	18,7	21,9	
	70-79 år	24,7	28,3	
	80+ år	22,3	15,3	
	I alt	11,9	13,9	13,5
Kvinder	18-29 år	5,3	7,7	
	30-39 år	7,6	10,6	
	40-49 år	10,4	15,6	
	50-59 år	14,9	25,0	
	60-69 år	22,1	31,6	
	70-79 år	31,8	39,1	
	80+ år	28,2	27,3	
	I alt	14,4	20,8	19,5

For ambulante kontakter som følge af muskel- og skeletsygdomme ses i tabel 11.10, at der i perioden 2001-2005 var en rate på 71,2 pr. 1.000 personår, hvilket er betydeligt højere end niveauet i hele landet. For ambulante kontakter som følge af muskel- og skeletsygdomme ses for mænd, at raten stiger med stigende alder op til de 70-79 årige. For kvinder ses de højeste rater blandt de 50-59 årige, de 60-69 årige og de 70-79 årige. I alle aldersgrupper er raten for de ambulante kontakter højere blandt kvinder end blandt mænd.

Tabel 11.10 Ambulante kontakter for muskel-skelet sygdomme, Sønderborg Kommune og hele landet 2001-2005 blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper.

		Ambulant kontaktrate pr. 1000 personår i Danmark	Ambulant kontaktrate pr. 1000 personår i Sønderborg Kommune	Standardiseret kontaktrate pr. 1000 personår i Sønderborg Kommune
I alt	I alt	46,9	71,2	69,3
Mænd	18-29 år	25,6	33,3	
	30-39 år	34,6	53,5	
	40-49 år	44,3	65,8	
	50-59 år	51,5	74,9	
	60-69 år	55,0	76,0	
	70-79 år	56,0	81,3	
	80+ år	37,7	45,6	
	I alt	42,1	61,9	60,6
Kvinder	18-29 år	27,5	43,5	
	30-39 år	35,4	54,1	
	40-49 år	50,6	73,5	
	50-59 år	67,7	108,2	
	60-69 år	72,2	110,1	
	70-79 år	77,1	109,5	
	80+ år	45,8	61,2	
	I alt	51,4	80,3	77,4

Opsummering

Sønderborg Kommune har i sammenligning med hele Danmark samlet set lidt færre indlæggelser pr. 1000 personår. Blandt mænd er den aldersstandardiserede indlæggelsesrate på niveau med raten for mænd i Danmark, mens den aldersstandardiserede rate for kvinder er lavere end indlæggelsesraten i Danmark. Sønderborg kommune har en større rate for ambulante kontakter end i Danmark som helhed. Dette mønster gælder ligeledes for folkesygdommene hjerte-karsygdomme og kræft, mens der ved kronisk obstruktiv lungesygdom ses lavere rater af ambulante kontakter i Sønderborg kommune sammenlignet med Danmark. Ved muskel- og skeletsygdomme ses både en højere rate af indlæggelser og ambulante kontakter i Sønderborg kommune sammenlignet med Danmark. Overordnet har ældre på 70 år eller derover flest kontakter til sygehusvæsenet, både hvad angår heldøgnsindlæggelser og ambulante kontakter. Dette gør sig ligeledes gældende for de enkelte folkesygdomme inkluderet i dette kapitel, idet de største rater ses blandt ældre på 70 år eller derover.

Referencer

Andersen JK, Büchert A, Koch B, Ladefoged O, Leth T, Licht D, Ovesen L. Helhedssyn på fisk og fiskevarer. Fødevaredirektoratet. 1. udgave, 1. oplag, 2003.

Astrup A, Lyhne Andersen N, Stender S, Trolle E. Kostrådene 2005. Ernæringsrådet og Danmarks Fødevareforskning, 2005.

Bauman AE. Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000 – 2003. J Sci Med Sport 2004; 7 (1 suppl): 6-19.

Björntorp P. Regional patterns of fat distribution. Ann Intern Med. 1985; 103 (6):994-5.

Brink AL, Clemmensen IH. Internationale konklusioner om helbredseffekter ved passiv rygning. I: Clemmensen IH, Bentzen J, Brink AL, Goldstein H, Juel K, Sonne T et al. editors. Passiv rygning. Hvidbog. København: Netværket "Nej til passiv rygning", 2005.

Danmarks Statistik. Danmarks Statistikbank. www.statistikbanken.dk, 2007.

Fødevarestyrelsen. Danskernes kostvaner 1995 – Mad og Måltider, December 1999.

Fødevaredirektoratet. Danskernes kostvaner. Måltidvaner, holdninger, sociale forskelle og sammenhæng med anden livsstil. Fødevaredirektoratet 2003; 9, 1. udgave.

Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M, Hesse U, Eriksen L, Christensen AI, Grønbæk M. Sundheds- og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, 2006.

Fayers PM, Machin D. Quality of life – Assessment, Analysis and Interpretation. New York, Wiley 2001.

Fødevarestyrelsen, 2007:

<http://www.altomkost.dk/Services/Nyhedsrum/Nyheder/2005/huskmorgenmaden.htm>

Gerlach J. Søvn : om betydningen af en god nattesøvn og om søvnmekanismer, søvnproblemer og søvnbehandling. København : Psykiatrifonden, 2003.

Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2006.

http://www.goldcopd.org/nov_2007.

Grønbaek MN, Iversen L, Olsen J, Becker PU, Hardt F, Sørensen TI. Genstandsgrænser. Ugeskrift for Læger 1997; 159: 5939-45.

Idler EL, Benyamini Y: Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. Journal of Health and Social Behaviour 1997; 38:21-37.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sund hele livet. De nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010. København, 2002.

Iversen L, Søndergård Kristensen T, Hostein B E, Due P (Eds). Medicinsk sociologi- samfund, sundhed og sygdom. København, Munksgaard. 2002.

Juel K. Betydning af tobak, Ugeskriftet 2001;163

Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed, 2006.

Jørgensen ME, Rosenlund M. National monitorering af den officielle anbefaling om fysisk aktivitet – Et metodestudie. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2005.

Kamper-Jørgensen F, Almind G (Eds). Forebyggende sundhedsarbejde. København, Munksgaard. 2005.

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? København: Arbejdsmiljøfondet, 1998.

Kristensen TS. Stress og psykosomatiske sygdomme. I: Iversen L, Kristensen TS, Holstein BE et al. eds. Medicinsk sociologi. København: Munksgaard, 2002.

Kræftens Bekæmpelse, 2007:

<http://www.cancer.dk/CmsRoot/Templates/Standard/Article.aspx?NRMODE=Published&NRORIGINA->

[LURL=%2fAlt%2bom%2bkraeft%2ffakta%2bom%2bkraeft%2fforebyg%2bkraeft%2f&NR](http://www.cancer.dk/CmsRoot/Templates/Standard/Article.aspx?NRMODE=Published&NRORIGINA-LURL=%2fAlt%2bom%2bkraeft%2ffakta%2bom%2bkraeft%2fforebyg%2bkraeft%2f&NR)

NODEGUID=%7b9991CC91-857F-46FE-AAE4-903F9E9C8FE3%7d&NRCACHEHINT=NoModifyGuest#hvad_kan_du_selv_goere

Laursen et al., Sundhedsregistre og befolkningsundersøgelser i Danmark – til brug ved planlægning af borgerrettet forebyggelse, Sundhedsstyrelsen 2007.

Lean MEJ, Han TS, Morrison CE: Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. *BMJ* 1995;311:158-61.

Lawes CMM, Hoorn SV, Law MR, Elliott P, Macmahon S, Rodgers A. High blood pressure. In: Ezzatti M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL (Editors): *Comperative Quantification of Health Risks*. World Health Organization. Geneva, 2004.

Løkke A, Lange P, Vestbo J, Fabricius PG. Udvikling af kronisk obstruktiv lungesygdom - 25-års-opfølgingsstudie af baggrundsbefolkning – sekundærpublikation. *Ugeskr Læger* 2006; 168(50): 4422-24.

Løkke A, Fabricius PG, Vestbo J, Marott JL, Lange P. Forekomst af kronisk obstruktiv Ugeskr Læger 2007; 169(46): 3956-60.

Nielsen NR, Kjøller M, Kamper-Jørgensen F, Grønbæk M. Stress bandt erhvervsaktive danskere. *Ugeskrift for læger* 2004;166(46):4155-60.

Ovesen L, Andersen NL, Dragsted LO, Godtfredsen J, Haraldsdóttir J, Stender S, Sølling K, Tjønneland A, Trolle E. Frugt, grønt og helbred. Opdatering af vidensgrundlaget. Føde- varedirektoratet. 1 udgave, 2002.

Pedersen BK, Saltin B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* 2006;16(suppl. 1): 3-63.

Rehm J. Measuring quantity, frequency and volume of drinking. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 1998;22: S4-S14.

Skibsted LH, Dragsted LO, Dyerberg J, Hansen HS, Kiens B, Ovesen L, Tjønneland A. Antioxidanter og helbred. *Motions og ernæringsrådet*, 2006.

Spencer EA, Appleby PN, Davey GK, Key TJ. Validity of self-reported height and weight in 4808 EPIC-Oxford Participants. *Public Health Nutrition* 2002; 5(4): 561-5.

Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse. Fysisk aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen, 2003.

Rasmussen NK, Hesse U, Bjerring-Sørensen S. Sundhedsprofil for Region Nordjylland. Statens Institut for Folkesundhed, 2007.

Richelsen 1991. Health risks of obesity. Significance of the regional distribution of adipose tissue. Ugeskr Læger 1991; 25; 153(13): 908-13.

Timlin MT, Pereira MA. Breakfast Frequency and Quality in the Etiology of Adult Obesity and Chronic Diseases. Nutr Rev, 2007;65(6 Pt 1):268-81.

Villanueva EV. The validity of self-reported weight in US adults: a population based cross-sectional study. BMC Public Health 2001;1-11.

World Health Organization – International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. Guidelines Subcommittee. J Hypertens 1999; 17: 151–183.

World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation (No. 894), Geneva, 2000.