

HVORDAN HAR DU DET? 2017

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

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



HVORDAN HAR DU DET? 2017

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

UDARBEJDET AF

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

DEFACTUM | Marts 2018

TITEL

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

FORFATTERE

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

COPYRIGHT

© DEFACTUM, Region Midtjylland 2018

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

UDGIVER

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

DENNE RAPPORT CITERES SÅLEDES:

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

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

EAN-nr: 9788792400895

UDGIVELSE

Marts 2018

OPLAG

2.000

TRYK

GP Tryk & Zeuner Grafisk A/S

LAYOUT

www.hartwork.dk

FORSIDE

Malene Hald



Svanemærket tryksag
5041 0826 LaserTryk.dk

FORORD

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

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

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

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

Det kommunale og regionale forebyggelsesarbejde

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

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

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

Bedre mental sundhed og mentalt helbred

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

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

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

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

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

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

Bedre livskvalitet og behandlingsforløb for borgere med kronisk sygdom

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

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

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

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

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

- Helbredsrelateret livskvalitet
- Begrænsninger i udførelsen af dagligdagens gøremål

- Stress, ensomhed, depression
- Sundhedskompetence
- Behandlingsbyrde

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

Social og geografisk lighed i sundhed

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

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

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

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

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

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

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

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

Referencer

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

INDHOLDSFORTEGNELSE

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

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

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

1. BAGGRUND, FORMÅL OG METODE

Baggrund og formål

Denne sundhedsprofil er udarbejdet på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen *Hvordan har du det? 2017*. En sundhedsprofil er en helhedsbeskrivelse af sundhed og sygelighed i et område eller i en befolkning, og oplysningerne fra denne sundhedsprofil kan bruges til at monitorere sundhedstilstanden i Region Midtjylland og i de enkelte kommuner i regionen.

Helt konkret kan sundhedsprofilen danne grundlag, når de kommunale sundhedspolitikker og sundhedsaftalen mellem region og kommuner skal udformes, og der skal prioriteres mellem forskellige forebyggelses- og sundhedsindsatser. I denne sammenhæng kan sundhedsprofilen pege på, hvilke befolkningsgrupper og geografiske områder der har de største udfordringer på sundhedsområdet. I forhold til det behandelende sundhedsvæsen – praksissektor og hospitaler – giver sundhedsprofilen et overblik over sundhed og sygelighed i den samlede befolkning (populationsperspektivet).

Dette er den fjerde sundhedsprofil, der laves i Region Midtjylland. Den første sundhedsprofil blev lavet i 2006 og omfattede personer i alderen 25-79 år med dansk etnisk baggrund. I 2010 og i 2013 blev sundhedsprofilen gennemført samtidig på tværs af landets fem regioner som en del af et nationalt samarbejde, hvor stikprøven blev udvidet til at omfatte alle i alderen 16 år og opefter uanset etnisk baggrund. Samtidig lavede Statens Institut for Folkesundhed en landsdækkende *Hvordan har du det?*-undersøgelse.

I undersøgelserne fra 2010, 2013 og 2017 er der på tværs af regioner en række identiske spørgsmål, som muliggør sammenligninger på tværs af landets 98 kommuner og 5 regioner. Baggrunden for dette er, at der i 2009 blev indgået en aftale om organisering og finansiering af sammenlignelige sundhedsprofiler for alle regioner og kommuner med start i 2010. Aftalen blev indgået mellem Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Finansministeriet. Den nye undersøgelse fra 2017 giver derved en unik mulighed for at beskrive ændringer i sundhedstilstanden siden 2010 og 2013 for personer i alderen 16 år og opefter. Fremadrettet gennemføres sundhedsprofilen hvert fjerde år.

Metode

Stikprøve. *Hvordan har du det? 2017* er baseret på en stikprøveudvælgelse blandt borgere, der per 10. januar 2017 havde folkeregisteradresse i Region Midtjylland og var i alderen 16 år og derover. Stikprøven på i alt 52.000 personer blev udtrukket fra CPR-registeret. For at sikre et tilstrækkeligt datamateriale fra alle 19 kommuner er der udtrukket 2.500 personer fra hver kommune, undtagen Aarhus og Samsø Kommune. I alt udgøres stikprøven fra Aarhus Kommune af 8.200 personer, hvilket skyldes, at Aarhus er en stor kommune. Derudover er stikprøvestørrelsen på Samsø på 1.300 personer, hvilket skyldes, at det i henhold til en national aftale om sundhedsprofiler er besluttet, at der i hver kommune højst må udtrækkes 40 % af den samlede befolkning på 16 år og derover.

Personer, der indgår i stikprøven, er tilfældigt udvalgt uanset køn, alder, uddannelsesniveau, etnicitet og lignende.

Spørgeskema. I Region Midtjylland er der lavet to forskellige spørgeskemaer: ét til unge (16-24 år) og ét til voksne (25 år og derover). Hovedparten af spørgsmålene er identiske i de to udgaver og omhandler blandt andet sundhedsvaner (rygning, alkohol, fysisk aktivitet, kost mv.) og fysisk og mental sundhed. Herudover er der spørgsmål, som udelukkende stilles til de unge (eksempelvis spørgsmål vedrørende selvskade, risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse, brug af euforiserende stoffer og negative oplevelser i forbindelse med alkoholindtag), samt spørgsmål, der udelukkende stilles til de voksne (eksempelvis spørgsmål vedrørende behov for støtte og hjælp til daglige gøremål, behandlingsbyrde og sundhedskompetencer). I spørgeskemaerne er der så vidt muligt brugt validerede spørgsmål, som er egnede til at indgå i befolkningsundersøgelser. Spørgeskemaerne er reviderede udgaver af dem, der blev benyttet i *Hvordan har du det? 2010* og *2013*. En betydelig del af spørgsmålene er identiske med spørgsmålene i de tidligere undersøgelser, hvilket gør det muligt at beskrive udviklingen over tid for en række forhold.

Dataindsamling. Spørgeskemaerne til *Hvordan har du det?*-undersøgelserne udsendes hvert 4. år i starten af februar måned for at sikre sammenlignelighed fra gang til gang og undgå bias fra årstidsvariation. I de tidligere undersøgelser fra 2006, 2010 og 2013 blev data indsamlet ved at sende et papirspørgeskema samt en frankeret svarkuvert med fysisk post til alle i den udtrukne stikprøve. I 2013 var det desuden muligt at udfylde spørgeskemaet på nettet.

I 2017 blev data indsamlet ved brug af en kombination af digital post (e-boks eller www.borger.dk) og fysisk post. Alle i stikprøven, der var tilmeldt digital post (89 %), modtog en invitation til undersøgelsen gennem digital post den 3. februar 2017. I en undersøgelse som denne er det vigtigt med en høj svarprocent for at gøre datagrundlaget så repræsentativt som muligt. Derfor fik personer, der ikke svarede på den første henvendelse, tilsendt en påmindelse gennem digital post efter en uge. Hvis den inviterede ikke responderede på henvendelsen via digital post, blev der sendt en fysisk invitation med et papirspørgeskema til vedkommende efterfulgt af to fysiske påmindelser.

Personer i stikprøven, der ikke var tilmeldt digital post (11 %), fik tilsendt en fysisk invitation med et papirspørgeskema den 3. februar og efterfølgende to fysiske påmindelser, hvis de ikke svarede.

Både ved de digitale og fysiske udsendelser blev det i følgebrevet til spørgeskemaet gjort klart, at deltagelse i undersøgelsen var frivillig, og at alle svar ville blive behandlet fortroligt. I følgebrevet var der desuden en beskrivelse af, hvordan spørgeskemaet kunne udfyldes på nettet.

De inviterede havde under hele dataindsamlingsperioden mulighed for at ringe til en borgertelefon, hvis de havde spørgsmål eller kommentarer til undersøgelsen, eller hvis de ikke ønskede at deltage i undersøgelsen. For at fremme en høj svarprocent blev de inviterede ved udsendelsen af spørgeskemaerne informeret om, at der mellem alle besvarede spørgeskemaer blev trukket lod om en række præmier.

Endvidere blev der taget telefonisk kontakt til borgere i alderen 16-40 år, der havde fået den sidste papirhenvendelse, og som ikke havde reageret på henvendelsen. Formålet med opringningen var at motivere

borgerne til at deltage i undersøgelsen. Borgere i denne aldersgruppe blev kontaktet via telefon, fordi der på det tidspunkt var en relativ lav svarprocent i denne aldersgruppe, og det blev vurderet, at det ikke var hensigtsmæssigt at udsende mere papirpost.

Deltagelse og bortfald. Ud af de 52.000 personer, der blev inviteret til at deltage i undersøgelsen, valgte 32.417 personer at svare på spørgeskemaet, hvilket giver en svarprocent på 62. Af de indkomne svar har 80 % udfyldt spørgeskemaet på nettet, mens 20 % har udfyldt et papirskema.

Antallet af besvarede spørgeskemaer og svarprocent i de enkelte kommuner fremgår af figur 1.1. Som man kan se af figuren, varierer svarprocenterne i kommunerne fra 58 % til 66 %.

Figur 1.1

Stikprøvestørrelse og svarprocent i de enkelte kommuner

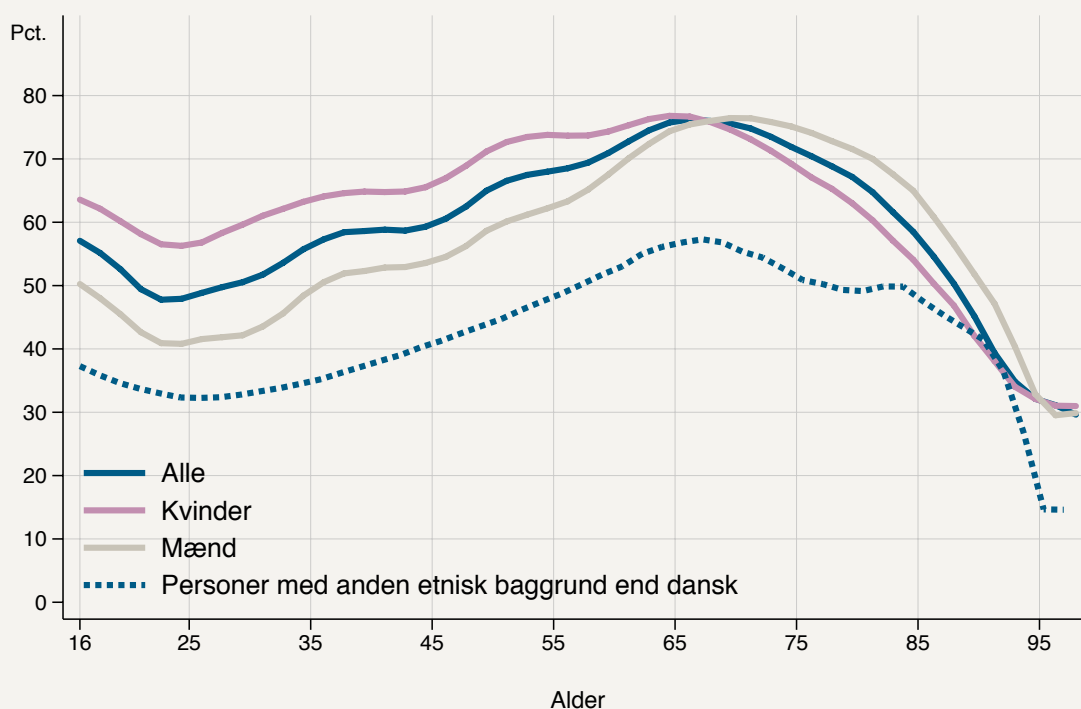
	Antal inviterede	Antal besvarelser	Svarprocent	
Favrskov	2.500	1.650	66	
Lemvig	2.500	1.623	65	
Herning	2.500	1.619	65	
Holstebro	2.500	1.610	64	
Skanderborg	2.500	1.605	64	
Odder	2.500	1.601	64	
Ringkøbing-Skjern	2.500	1.596	64	
Silkeborg	2.500	1.596	64	
Samsø	1.300	824	63	
Ikast-Brande	2.500	1.568	63	
Syddjurs	2.500	1.567	63	
Struer	2.500	1.562	62	
Viborg	2.500	1.541	62	
Randers	2.500	1.533	61	
Hedensted	2.500	1.532	61	
Skive	2.500	1.528	61	
Norddjurs	2.500	1.503	60	
Aarhus	8.200	4.909	60	
Horsens	2.500	1.450	58	
Region Midtjylland	52.000	32.417	62	

Svarprocenterne varierer ligeledes på tværs af køn, alder og etnisk baggrund, hvilket fremgår af figur 1.2. Svarprocenten følger et mønster, der normalt ses i denne type undersøgelser, hvor svarprocenten er relativ lav blandt unge og ældre og generelt er meget lavere blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk. Blandt unge er der flere kvinder end mænd, der svarer på spørgeskemaet, og blandt ældre er der omvendt flere mænd end kvinder, der deltager i undersøgelsen.

Eftersom risikoen for, at data ikke afspejler forholdene i befolkningen, øges med faldende svarprocent, bør resultater, der bygger på grupper med lave svarprocenter, tolkes med forsigtighed – det gælder her unge mænd, de ældste ældre og i særdeleshed personer med anden etnisk baggrund end dansk. Desuden skal der tages forbehold for, at alvorligt syge og svagelige (f.eks. sengeliggende patienter, mentalt handicappede

m.fl.) i mange tilfælde ikke har kunnet deltage i undersøgelsen. Disse grupper er derfor underrepræsenteret i undersøgelsen, hvilket den anvendte vægt kun i nogen grad forventes at kunne korrigere for.

Vægtning og statistisk metode. I en undersøgelse som denne er det væsentligt, at svarpersonerne ligner den øvrige generelle befolkning i regionen så meget som muligt. Som nævnt er der udtrukket 2.500 personer per kommune uanset befolkningsstørrelse (dog 8.200 i Aarhus og 1.300 i Samsø Kommune). Det betyder, at antallet af inviterede ikke svarer til den relative befolkningsstørrelse i de enkelte kommuner. Borgere i nogle kommuner er således overrepræsenterede i stikprøven, mens andre er underrepræsenterede. For at korrigere for denne forskel i udtræksandsynlighed og dermed gøre dataene mere repræsentative for regionens befolkning er der anvendt vægtning i rapportens statistiske analyser.

Figur 1.2Svarprocenter i *Hvordan har du det?* 2017

Med vægten korrigeres desuden for responsrate, det vil sige for forskelle i svarprocenter i forhold til køn, alder, kommune og en række sociale baggrundsvariable samt brug af sundhedsvæsenet. Vægten er konstrueret ved brug af en avanceret vægtningsprocedure (1), der er foretaget af Danmarks Statistik, hvor CPR-numrene på alle i stikprøven er koblet sammen med en række af Danmarks Statistiks registre. Der er dermed benyttet én samlet vægt per svarperson til at korrigere for forskelle i udtræksandsynlighed og responsrate i rapportens analyser.

Af hensyn til sammenligneligheden med data fra *Hvordan har du det?* 2010 og 2013 er disse data ligeledes vægtet efter den beskrevne metode.

Til alle statistiske test er der benyttet et signifikansniveau på $p < 0,05$. Hvis ikke andet er nævnt i teksten, testes der i analyserne for, hvorvidt forekomsten i

de enkelte subgrupper adskiller sig signifikant fra forekomsten i hele befolkningen i Region Midtjylland (kontrastanalyser). Hvis ikke andet er angivet, er der i alle figurer benyttet ujusterede tal, dvs. de faktiske forekomster af det, som respondenterne har svaret. Tallene er dog vægtede, så de afspejler forekomsterne i regionens befolkning. De statistiske analyser er foretaget ved hjælp af surveyprocedurerne i statistikprogrammet Stata 15.

Opbygning af denne rapport. Rapporten er opdelt i tre hovedblokke 1) Sundhedsvaner, 2) Fysisk og mental sundhed og 3) Ulighed i sundhed.

Den første blok om sundhedsvaner indeholder fem kapitler: rygning (kap. 2), alkohol (kap. 3), fysisk aktivitet (kap. 4), kost (kap. 5) og vægtstatus (kap. 6). I disse kapitler beskrives forekomsten af de forskellige sundhedsvaner i forhold til køn, alder, sociale forhold

og geografi. Derudover sættes blandt andet fokus på motivation for ændring af sundhedsvaner, samt i hvilket omfang svarpersoner oplever at modtage råd om ændring af sundhedsvaner fra egen læge.

Den anden blok om fysisk og mental sundhed omfatter tre kapitler: helbredsrelateret livskvalitet (kap. 7), mental sundhed og mentalt helbred (kap. 8) samt kronisk sygdom og multisygdom (kap. 9).

I kapitlet om helbredsrelateret livskvalitet (kap. 7) beskrives befolkningens helbredsrelaterede livskvalitet ved hjælp af et enkelt mål for selv vurderet helbred og et sammensat mål for helbredsrelateret livskvalitet (SF-12), der ved hjælp af ti skalaer beskriver personens fysiske og mentale helbred, og hvorvidt helbredet begrænser udførelsen af dagligdagens gøremål og samvær med andre mennesker.

I kapitlet om mental sundhed og mentalt helbred (kap. 8) beskrives befolkningens mentale sundhed og helbred ud fra en række indikatorer: god trivsel/livskvalitet, højt stressniveau, generet af angst og anspændthed, ensomhed, depression, selvskadende adfærd hos unge og risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse hos unge kvinder.

I kapitlet om kronisk sygdom og multisygdom (kap. 9) belyses forekomsten af 17 kroniske sygdomme og forekomsten af multisygdom. Desuden sættes der fokus på begrænsninger og belastninger blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom (eksempelvis nedsat arbejdsevne, behandlingsbyrde og vanskeligheder ved at forstå sundhedsinformation og kommunikere med sundhedspersonale). Afslutningsvist belyses sundhedsvanerne blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom.

Den tredje blok om ulighed i sundhed er opdelt i to kapitler; et om social ulighed i sundhed og ét om geografisk ulighed i sundhed.

I kapitlet om social ulighed i sundhed (kap. 10) beskrives sundhedsvaner samt fysisk og mental sundhed i forhold til uddannelsesniveau og erhvervstilknytning.

I kapitlet om geografisk ulighed i sundhed (kap. 11) sættes der fokus på forskelle i sundhedsvaner, levevilkår og helbredstilstand opgjort på sociogeografiske områder i regionen.

Kapitlet afsluttes med *Sundhed på én side*, hvor væsentlige resultater på tværs af rapporten opsummeres på én side for hver kommune. Desuden præsenteres den sociogeografiske profil for hver kommune. Formålet med *Sundhed på én side* er at give et kort resumé af sundhedstilstanden i den enkelte kommune, der kan bruges som grundlag for tilrettelæggelse af sundhedsindsatser i forhold til udvalgte geografiske områder i kommuner med store geografiske forskelle i sundhed.

Som noget nyt i sundhedsprofilen sættes der i denne rapport særligt fokus på mental sundhed, da dette er et relativt nyt og højt prioriteret fokusområde i kommunernes forebyggelsesindsatser. Endvidere sættes der fokus på behandlingsbyrde og sundhedskompetence hos personer med kronisk sygdom, idet tendensen er, at sundhedsvæsenet tilbyder mere komplekse behandlingsforløb end tidligere, hvilket øger kravene til patienter for at få et optimalt udbytte af behandlingen. Sidst, men ikke mindst, sættes der i denne rapport særligt fokus på at belyse den sociale og geografiske ulighed i sundhed, da mere lighed i sundhed er et væsentligt og højt prioriteret område både i kommunalt og regionalt regi.

Der er generelt i rapporten lagt vægt på at belyse forebyggelsespotentialet i såvel kommunerne som i regionen. Det betyder, at fokus i de enkelte kapitler primært vil være på de grupper af borgere, der har størst behov for forebyggelsesindsatser, eksempelvis borgere med uhensigtsmæssige sundhedsvaner, dårligt helbred og kronisk sygdom.

I de fleste tilfælde vil resultaterne i rapporten være opgjort på både kommune- og regionsniveau.

Som nævnt er mange af spørgsmålene identiske eller næsten identiske med spørgsmålene i de to tidligere *Hvordan har du det?*-undersøgelser fra 2010 og 2013. Hvor det er relevant og muligt, beskrives udviklingen på en række faktorer i udviklingsbindet (bind 2), mens der i denne rapport (bind 1) løbende henvises til udviklingsbindet.

Beskrivelse af undersøgelsens baggrundsvariable

Som noget gennemgående i rapporten beskrives sundhed og sygdom i forhold til køn, alder og sociale forhold. Figur 1.3 viser fordelingen på disse grupper samt antallet af borgere i hver gruppe på baggrund af en vægtet opgørelse af svarpersonerne i *Hvordan har du det? 2017*. Inddelingen af befolkningen efter demografiske og sociale kriterier gør det muligt at tegne et mere detaljeret billede af sundhedstilstanden samt at identificere grupper og arenaer, hvor behovet for forebyggelse, behandling og rehabilitering er særlig stort. Informationerne kan anvendes ved tilrettelæggelsen af sundhedsindsatsen i region og kommuner, herunder ved indsatsen for større social lighed i sundhed. I det følgende gives en kort beskrivelse af de enkelte variable samt en begrundelse for deres relevans.

Figur 1.3

Borgere i Region Midtjylland (16 år og opefter) – køn, alder og sociale forhold

	Pct.		Antal personer i Region Midtjylland
Alle	100		1.064.000
Køn			
Mand	50		530.000
Kvinde	50		534.000
Alder			
16-24 år	15		163.000
25-34 år	15		159.000
35-44 år	15		163.000
45-54 år	17		180.000
55-64 år	15		159.000
65-74 år	14		144.000
75+ år	9		96.000
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)			
Lavt (0-10 år)	16		136.000
Middel (11-14 år)	53		441.000
Højt (15+ år)	31		254.000
Erhvervstilknytning			
Studerende/skoleelever	11		113.000
Beskæftigede	52		517.000
Arbejdsløse	2		20.000
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	6		57.000
Førtidspensionister	4		44.000
Efterlønsmodtagere	2		20.000
Folkepensionister	22		223.000
Etnisk baggrund			
Dansk	89		948.000
Anden vestlig	4		47.000
Ikke-vestlig	6		68.000
Bolig			
Ejer	66		621.000
Lejer	34		337.000
Bor med ægtefælle/samlever			
Nej	34		336.000
Ja	66		655.000
Børn i hjemmet 0-15 år			
Nej	72		649.000
Ja	28		249.000

Køn. Køn er en grundlæggende faktor i forhold til sundhed og sygelighed. Mænd dør i gennemsnit tidligere end kvinder, men kvinder kan forvente flere sygdomsbelastede leveår, og flere kvinder rapporterer livet igennem om dårligere helbred og trivsel (2-3). Forskelle mellem mænds og kvinders sundhed skyldes både forskelle i biologi, livsstil, levevilkår samt forskelle i brug af sundhedsvæsenet (2-6).

I undersøgelsen er der en ligelig fordeling af mænd og kvinder (figur 1.3).

Alder. Alder er ligesom køn en af de grundlæggende faktorer i forhold til sundhed og sygdom. Generelt øges sygelighed og dødelighed med alderen, men alle aldre har sine helbredsmæssige udfordringer (7). Stigningen i antallet af borgere i den ældre del af befolkningen stiller sundhedsvæsenet over for nye opgaver (8). I nogle tilfælde er det hensigtsmæssigt at målrette sundhedsfremme og forebyggelse mod bestemte aldersgrupper

I analyserne er befolkningen opdelt i syv aldersgrupper (figur 1.3). Fordelingen på disse grupper er som følger: 16-24 år (15 %), 25-34 år (15 %), 35-44 år (15 %), 45-54 år (17 %), 55-64 år (15 %), 65-74 år (14 %) og 75 år og derover (9 %).

Uddannelsesniveau. Der er en stærk sammenhæng mellem uddannelse og sundhed. Jo flere års uddannelse, jo mindre sygelighed, jo færre risikable sundhedsvaner og jo lavere dødelighed (9-11). Årsagskæden mellem uddannelsesniveau og sundhed er imidlertid kompleks (12-14). Uddannelse giver mulighed for bedre levevilkår i form af højere indkomst, mindre belastende job, sundere bolig mv., hvilket forklarer noget af forskellen i sundhed mellem uddannelsesgrupperne, men ikke det hele. Én antagelse er, at uddannelse desuden påvirker tankemåde og måden at træffe beslutninger på – eksempelvis har personer med uddannelse lettere ved at træffe sunde valg for sig selv og deres familie (12-14). Personer med lavt uddannelsesniveau er en vigtig målgruppe, hvis den sociale ulighed i sundhed skal reduceres.

I rapporten skelnes der mellem tre uddannelsesniveauer: lavt, middelhøjt og højt. Opdelingen bygger på Dansk Uddannelsesnomenklatur (DUN), der opererer med en niveauopdeling af nuværende og tidligere danske uddannelser fra 0 til 8 (15). De ni niveauer

er her slået sammen til tre. Lavt uddannelsesniveau svarer i store træk til ufaglærte og specialarbejdere (0-10 års uddannelse). Middelhøjt uddannelsesniveau omfatter i store træk lærlinge/elevuddannelser, andre faglige uddannelser og korte videregående uddannelser (11-14 års uddannelse). Højt uddannelsesniveau omfatter personer med en mellemlang og lang videregående uddannelse (15 års uddannelse eller mere).

I undersøgelsen er der 16 % med lavt uddannelsesniveau, 53 % med middelhøjt uddannelsesniveau og 31 % med højt uddannelsesniveau (figur 1.3).

Erhvervstilknytning. Der er en sammenhæng mellem erhvervstilknytning og fysisk og mental sundhed. Personer i den erhvervsaktive alder, der er uden for arbejdsmarkedet, udgør en særligt sårbar gruppe (17-18). Det gælder især arbejdsløse, personer på kontanthjælp, sygedagpenge mv. og førtidspensionister.

Derfor er der medtaget en variabel, der er opdelt efter svarpersonernes erhvervstilknytning. Inddelingen er baseret på en kombination af svarpersonernes selvrapporterede oplysninger om erhvervsmæssig stilling og registerbaserede oplysninger fra Arbejdsmarkedsstyrelsens register over sociale ydelser (også kaldet DREAM). I bilag 1 er det beskrevet nærmere, hvordan denne inddeling er lavet.

I undersøgelsen er der 11 %, der stadig går i skole eller er studerende, 52 % er i beskæftigelse, 2 % er arbejdsløse, 6 % er på kontanthjælp, sygedagpenge mv., 4 % er førtidspensionister, 2 % er efterlønsmodtagere og 22 % er folkepensionister (figur 1.3).

I undersøgelsen sondres der mellem 'Arbejdsløse' og 'Kontanthjælp, sygedagpenge mv.', hvor førstnævnte afspejler den gruppe af ledige, der ofte kun har ledighed som problem og dermed er relativt arbejdsmarkedsparate, hvorimod sidstnævnte gruppe ofte har andre problemer end ledighed (sygdom, sociale problemer mv.)

Etnisk baggrund. Etniske minoritetsgrupper i vestlige lande har vist sig ofte at have en dårligere helbredstilstand end majoritetsbefolkningen, og undersøgelser viser, at dette ofte skyldes ringere levevilkår hos minoritetsgrupperne (19-20). Desuden kan belastninger i forbindelse med eller forud for immigrationen, kulturelt betingede adfærdsformer, genetiske faktorer,

diskrimination samt adgangen til og brugen af sundhedsvæsenet have betydning (19-22).

I undersøgelsen er der 89 % med dansk etnisk baggrund, 4 % med anden vestlig baggrund end dansk og 6 % med en ikke-vestlig baggrund (figur 1.3).

Bolig. I undersøgelsen skelnes der mellem personer, der bor i henholdsvis ejerbolig og lejebolig. Her er der tale om en geografisk opdeling, der kan bruges ved tilrettelæggelse af lokale sundhedsaktiviteter. Især kan større almennyttige og kommunale udlejningsbyggerier være en arena for sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter. Disse boligområder har som oftest en overrepræsentation af grupper med en dårligere helbredstilstand end befolkningen som helhed, herunder ældre, personer med anden etnisk baggrund end dansk og enlige.

I undersøgelsen er der 66 %, som bor i ejerbolig, og 34 %, som bor i lejebolig (figur 1.3).

Bor med ægtefælle/samlever. Mange undersøgelser har vist, at gifte lever længere og har et bedre fysisk og psykisk helbred end ugifte (24). Det gælder både mænd og kvinder, selv om nogle undersøgelser tyder på, at mænd har størst helbredsmæssig gevinst ved ægteskabet (25). Danske undersøgelser har vist, at der også er lavere dødelighed blandt samlevende, uanset om de er gift eller ej, sammenlignet med personer, der lever alene (26-27). To udbredte forklaringer på forskellen i sygelighed og dødelighed blandt enlige og samlevende er, at gifte/samlevende i højere grad har en sund livsstil og i mindre grad har dårlig mentalt helbred end enlige (28).

I analyserne skelnes der mellem personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever (34 %), og personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever (66 %) (figur 1.3).

Børn i hjemmet 0-15 år. Barndommen er en sårbar periode. Børn modtager en række påvirkninger i hjemmet, som både har betydning for deres aktuelle sundhedstilstand og for deres helbred senere i livet (12, 29-30). Det er derfor vigtigt at have kendskab til eksempelvis sundhedsvanerne i familier med børn. En del af den sociale ulighed i sundhed i den voksne befolkning grundlægges i barndomsårene (12). Forældrene har det primære ansvar for deres børns sund-

hed, men sundhedspleje, dagsinstitutioner m.fl. har mulighed for at støtte børnefamilier til at skabe gode opvækstbetingelser.

I undersøgelsen er der 72 %, som ikke bor sammen med børn, mens 28 % bor sammen med børn i alderen fra 0 til 15 år (figur 1.3).

Læsevejledning

I denne rapport (hovedbindet) præsenteres forekomsten af forskellige former for sundhedsvaner, sundhed og sygdom i Region Midtjylland som helhed. I figur 1.4 ses et eksempel på en figur i rapporten, hvor andelen af dagligrygere belyses i forhold til køn, alder og en række forskellige social forhold. På denne måde kan man eksempelvis se, hvilke befolkningsgrupper der har de største forekomster af daglig rygning. Farverne på søjlerne indikerer, hvorvidt forekomsten af dagligrygere i de enkelte subgrupper er signifikant større eller mindre end gennemsnittet blandt alle personer på 16 år og derover i Region Midtjylland, eller om gruppen ikke adskiller sig signifikant fra hele befolkningen.

Medarbejdere

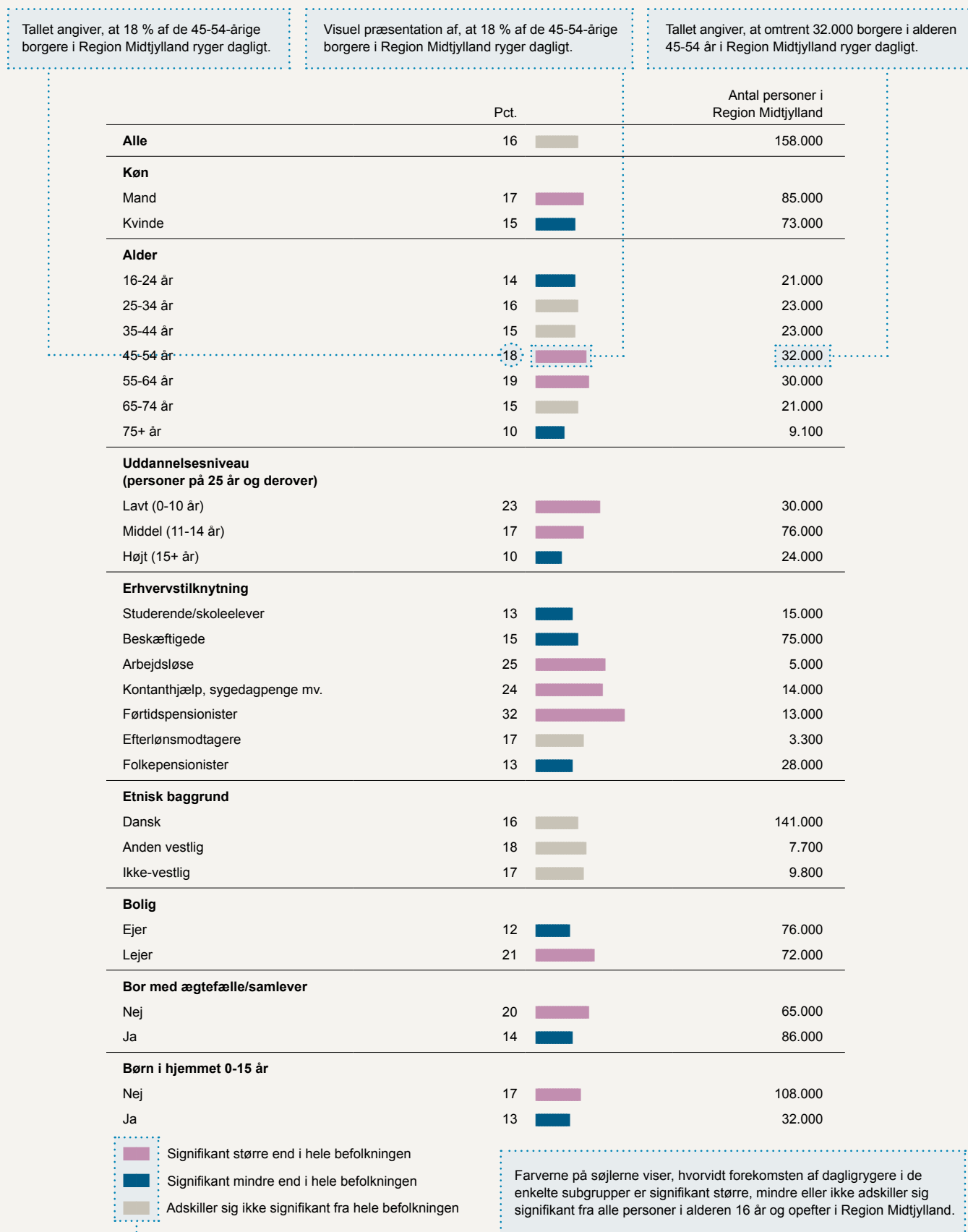
Rapporten er udarbejdet i DEFACTUM, Region Midtjylland, af medarbejderne Finn Breinholt Larsen (projektleder), Julie Christiansen, Karina Friis, Mathias Lasgaard, Marie Hauge Pedersen, Jes Bak Sørensen og forskningspraktikanterne Ane-Kathrine Lundberg og Sofie Emile Pedersen.

Ud over medarbejderne i *Hvordan har du det?*-teamet har Lone Flarup og Marie Konge Villemoes og forskningspraktikanterne Esben Dahl Nielsen og Line Bang Jensen desuden deltaget i planlægningen af undersøgelsen og i dataindsamlingen.

Søren Sander Riber Rasmussen har stået for kommunikation af projektet, Anne Marie Schak Jensen har stået for datamanagement, og Ingerlise Andersen har været sekretær på projektet.

Figur 1.4

Dagligrygere – køn, alder og sociale forhold (eksempel på figur i rapporten)



Referencer

1. Fangel S, Linde PC, Thorsted BL. Nye problemer med repræsentativitet i surveys, som opregning med registre kan reducere. *Metode & Data* nr. 93; 2007.
2. Regitz-Zagrosek V. Sex and gender differences in health: Science & Society Series on Sex and Science. *EMBO Reports*; 2012; 596-603.
3. Alberts SC, Archie EA, Gesquiere LR, et al. The Male-Female Health-Survival Paradox: A Comparative Perspective on Sex Differences in Aging and Mortality. I: Committee on Population; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; National Research Council; Weinstein M, Lane MA, editors. *Sociality, Hierarchy, Health: Comparative Biodemography: A Collection of Papers*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2014.
4. Christensen K, Helweg-Larsen K. Forskelle mellem mænd og kvinder. I: Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F. *Folkesundhedsrapporten, Danmark, 2007*. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2007; 425-432.
5. Sundhedsstyrelsen. Mænds sundhed – en oversigt over mænds sundhedstilstand og en gennemgang af effektive forebyggelsesmetoder. København: Sundhedsstyrelsen; 2010.
6. Luy M, Gast K. Do Women Live Longer or Do Men Die Earlier? Reflections on the Causes of Sex Differences in Life Expectancy. *Gerontology*; 2014; 60:143-153.
7. Bobo WV, Yawn BP, Sauver JL, Grossardt BR, Boyd CM, Rocca WA. Prevalence of Combined Somatic and Mental Health Multimorbidity: Patterns by Age, Sex, and Race/Ethnicity, *The Journals of Gerontology*; 2016; 71(11):1483-1491.
8. Good health adds life to years: Global brief for World Health Day. Geneva: WHO; 2012.
9. Gallo V, Mackenbach JP, Ezzati M, Menvielle G, Kunst AE, Rohrmann S, Vineis P (2012). Social inequalities and mortality in Europe - results from a large multi-national cohort. *PLoS One*, 7(7), e39013.
10. Kjellson G, Gerdtham UG, Lyttkens CH. Breaking bad habits by education – smoking dynamics among Swedish women. *Health Economics* 20: 2011; 876-881.
11. Ullits LR, Ejlskov L, Mortensen RN, Hansen SM, Kraemer SR, Vardinghus-Nielsen H, Overgaard C (2015). Socioeconomic inequality and mortality – a regional Danish cohort study. *BMC Public Health*, 15, 490-015-1813-3.
12. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C, Andersen AM, Bach E, Baadsgaard M et al. Health inequality – determinants and policies. *Scandinavian Journal of Public Health*; 2012; 40(8 Suppl), 12-105.
13. Mackenbach JP (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Social Science & Medicine* (1982); 75(4), 761-769.
14. Cutler DM, Lleras-Muney A. Education and health: Evaluating theories and evidence. Cambridge MA: NBER Working Paper No. 12352; 2006.
15. Danmarks Statistik. DUN 2006. Dansk Uddannelses-Nomenklatur. København: Danmarks Statistik og Undervisningsministeriet; 2006.
16. Rugulies R, Madsen IEH, Hansen AK. Psykosocialt arbejdsmiljø og sygdom – en vidensoversigt over resultater fra det internationale IPD-Work projekt. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2016.
17. Bambra C. *Work, worklessness, and the political economy of health*. Oxford: Oxford University Press; 2011.
18. KL og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. *Sammenhæng mellem udvalgte sundhedsydelser og arbejdsmarkedstilknytning*. København: KL og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2017.
19. Darlington F, Norman P, Ballis D, Exeter DJ. Exploring ethnic inequalities in health: evidence from the Health Survey for England, 1998-2011. *Diversity and Equality in Health and Care* (2015); 12(2):54-65.

20. Holmberg T, Ahlmark N, Curtis T. "State of the art report" Etniske minoriteters sundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2009.
21. Nazroo JY. The structuring of ethnic inequalities in health: Economic position, racial discrimination, and racism. *Am J Public Health* 93(2):277-284; 2003.
22. Bhopal RS. Migration, ethnicity, race, and health in multicultural societies. Second edition. Oxford: Oxford University Press; 2013.
23. Smith GD, Chaturvedi N, Harding S, Nazroo J, Williams R. Ethnic inequalities in health: a review of UK epidemiological evidence. *Critical Public Health* 10:375-408; 2000.
24. Zhu H, Gu D. The Protective Effect of Marriage on Health and Survival: Does It Persist at Oldest-Old Ages? *Journal of Population Ageing*; 2010; 3(3-4), 161-182.
25. Wilson CM, Oswald AJ. How does marriage affect physical and psychological health? A survey of the longitudinal evidence. Bonn: IZA Discussion Paper No 1619; 2005.
26. Lund R, Due P, Modvig J, Holstein BE et al. Cohabitation and marital status as predictors of mortality – an eight year follow-up study. *Social Science and Medicine* 55:673-679; 2002.
27. Frisch M, Simonsen J. Marriage, cohabitation and mortality in Denmark: national cohort study of 6.5 million persons followed for up to three decades (1982-2011). *Int J of Epi* 42: 559-578; 2013.
28. Averett SL, Argys LM, Sorkin J. In sickness and in health: an examination of relationship status and health using data from Canadian National Public Health Survey. *Rev Econ Houshold*: 599-633; 2013.
29. Sundhedsstyrelsen. Tidlig indsats for sårbare familier. Afdækning af kommunernes indsats til gravide, spæd- og småbørn og deres forældre med udgangspunkt i sundhedsplejens ydelser. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.
30. Lawlor DA, Mishra GD (eds.). Family matters. Designing, analysing and understanding family based studies in life course epidemiology. Oxford: Oxford University Press; 2009.

