

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
Ryggestart og rygestop	53
Råd fra egen læge om rygestop	54
E-cigaretter	55
3. ALKOHOL	58
Hvor mange har et stort alkoholforbrug?.....	61
Hvor mange rusdrikker?	65
Hvor mange vil gerne nedsætte deres alkoholforbrug?	71
Råd fra egen læge om at nedsætte alkoholforbrug	75
Unge og alkohol	77
4. FYSISK AKTIVITET	84
Hvor mange er fysisk inaktive?	89
Hvor mange lever ikke op til WHO's anbefaling?	93
Hvor mange motionerer ikke i fritiden?	97
Hvor mange vil gerne være mere fysisk aktive?	103
Råd fra egen læge om at dyrke motion	113
5. KOST	120
Hvor mange har et usundt kostmønster?.....	122
Hvor mange vil gerne spise mere sundt?.....	131
Råd fra egen læge om at ændre kostvaner	137

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

3. ALKOHOL

Mange forbinder indtag af alkohol med hyggelig samvær, fritid og fest, men alkohol har også en række negative konsekvenser for befolkningens fysiske og mentale sundhed. Personer med et stort forbrug af alkohol og personer, der ofte rusdrikker, har forøget risiko for at dø tidligt (1), og 6 % af alle dødsfald i Danmark er relateret til alkohol (2). Derudover har personer, der drikker meget alkohol, ofte færre gode leveår (1, 3). Dette skyldes, at et stort forbrug af alkohol øger risikoen for alvorlige sygdomme, herunder kræft og hjerte-kar-sygdomme samt psykiske lidelser (3, 4, 5).

Et stort alkoholforbrug kan endvidere have en række sociale og økonomiske konsekvenser som for eksempel øget kriminalitet, arbejdsskader, trafikuheld, sygefravær, tab af tilknytning til arbejdsmarkedet, skilsmisse og omsorgssvigt af børn (6, 7, 8). Således er et stort alkoholforbrug forbundet med store omkostninger både for den enkelte og for samfundet – sidstnævnte særligt i form af store udgifter til sundhedsvæsenet og socialektoren.

Ifølge Sundhedsstyrelsen er der en lav risiko for at blive syg på grund af alkohol ved et forbrug på højst 7 genstande om ugen for kvinder og 14 for mænd (9). Hvis kvinder over en længere periode drikker mere end 14 genstande om ugen og mænd mere end 21 genstande, vurderes det, at der er stor risiko for at blive syg på grund af alkohol. Desuden anbefaler Sundhedsstyrelsen, at hverken kvinder eller mænd drikker 5 eller flere genstande ved samme lejlighed (9).

Undersøgelser vedrørende iskæmisk hjertesygdom viser, at der for kvinder over 45 år og mænd over 35 år kan være en beskyttende effekt af et meget lille alkoholforbrug (en genstand hver anden dag) (1, 9). Sundhedsstyrelsen fraråder dog, at man forebygger hjertesygdom ved at drikke alkohol, når man ved hjælp af andre sundhedsfremmende vaner (eksempelvis sund kost og motion) kan opnå samme beskyttende effekt (9).

Kvinder er mere følsomme over for alkohol end mænd og har større risiko for at blive afhængige af alkohol og få en alkoholrelateret sygdom (9, 10). Ved et typisk forbrug på 3-4 genstande om dagen ligger kvinders risiko for alkoholrelateret død således 20-30 % over mænds (9). Samtidig er alkohol en væsentlig risikofaktor for at udvikle brystkræft (11).

Ældre oplever ofte at have negative helbredseffekter af alkohol (9). Kroppens væskemængde reduceres med alderen, og den samme mængde alkohol skal derfor fordeles i en mindre væskemængde, hvilket resulterer i en højere alkoholpromille. Derudover nedsættes kroppens evne til at omsætte alkoholen, hvilket f.eks. kan give koordinationsproblemer, som kan resultere i faldulykker. Mange ældre indtager desuden medicin, og der kan opstå bivirkninger eller nedsat effekt af medicinen, når der indtages alkohol (9). Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor, at ældre er særlig forsigtige med alkohol.

Unge i Danmark har et højt indtag af alkohol sammenlignet med unge i andre europæiske lande, og særligt er der mange danske unge, der drikker sig fulde (12). Dette er til trods for, at alkoholindtaget blandt danske unge har været svagt faldende siden 1999 (13). Udover helbredsmæssige konsekvenser kan alkohol have en række andre negative konsekvenser for de unge. I forbindelse med alkoholindtag har mange unge blandt andet været involveret i ulykker og slagsmål, haft sex, som de fortrød bagefter, og taget stoffer (13). Alkohol kan ligeledes påvirke hjernens udvikling og medføre koncentrationsbesvær og indlæringsvanskeligheder (9, 14). Undersøgelser har vist, at der er negative forandringer i hjernen hos unge ved et alkoholforbrug på 20 genstande om måneden i 1-2 år (9, 14). Endvidere kan et højt alkoholforbrug i ungdommen øge risikoen for et problematisk forbrug af alkohol senere i livet (14). Sundhedsstyrelsen anbefaler, at børn og unge under 16 år ikke drikker alkohol, og unge mellem 16 og 18 år anbefales at drikke mindst muligt og stoppe før fem genstande ved samme lejlighed (9).

Det er vanskeligt at måle personers alkoholforbrug i et spørgeskema, idet der findes mange forskellige slags alkoholiske drikke, samtidig med at indtaget af alkohol kan variere meget fra dag til dag og fra uge til uge. For at kunne belyse, hvor mange genstande svarpersonerne drikker i løbet af en uge, er de blevet bedt om at oplyse, hvor mange genstande der indtages på hver af ugens dage for hver af kategorierne: øl/alkoholcider, vin/hedvin og spiritus/alkoholsodavand. Desuden er der i spørgeskemaet givet eksempler på, hvad en genstand er. Det er velkendt, at underrapportering mindskes, jo mere detaljeret der spørges, og derfor er denne spørgeteknik valgt (15).

På baggrund af ovenstående spørgsmål inddeles forbruget i tre grupper:

- *Lavrisikoforbrug.* Et forbrug på højst 7 genstande om ugen for kvinder og 14 genstande om ugen for mænd.
- *Moderat forbrug.* Et forbrug på mellem 8 og 14 genstande om ugen for kvinder og mellem 15 og 21 genstande om ugen for mænd.
- *Højrisikoforbrug.* Et forbrug på flere end 14 genstande om ugen for kvinder og flere end 21 genstande om ugen for mænd.

Ud over at blive spurgt til antallet af genstande i løbet af en uge har svarpersonerne også fået spørgsmålet: "Hvor tit drikker du fem genstande eller flere ved samme lejlighed?". Dette spørgsmål bruges til at definere ugentligt rusdrikkeri:

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

Ugentligt rusdrikkeri er relevant at inddrage i kapitlet, da det er veldokumenteret, at det ikke kun er mængden, men også drikkemønstret, der er afgørende for de skader, alkohol kan medføre (9).

I kapitlet om alkohol vil højrisikoforbrug og ugentligt rusdrikkeri blive belyst i forhold til køn, alder, sociale forhold samt geografi.

I et forebyggelsesperspektiv er det desuden vigtigt at vide, hvor mange med et stort alkoholforbrug der er motiveret for at nedsætte deres alkoholforbrug. Disse personer er oplagte målgrupper for tiltag på alkoholområdet, f.eks. kommunale indsatser. Modsat er personer, der har et stort alkoholforbrug, men som ikke er motiveret for at nedsætte deres alkoholforbrug, oplagte som målgrupper for oplysningskampagner og rådgivende samtaler med egen læge med henblik på at motivere til adfærdsændring. Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 2012 en forebyggelsespakke for alkohol, der har til formål at understøtte kommunernes arbejde med at reducere borgernes alkoholforbrug og derved forebygge sygdom og fremme trivsel (16). Derudover er det et specifikt formål at udskyde unges alkoholdebut og reducere unges alkoholforbrug.

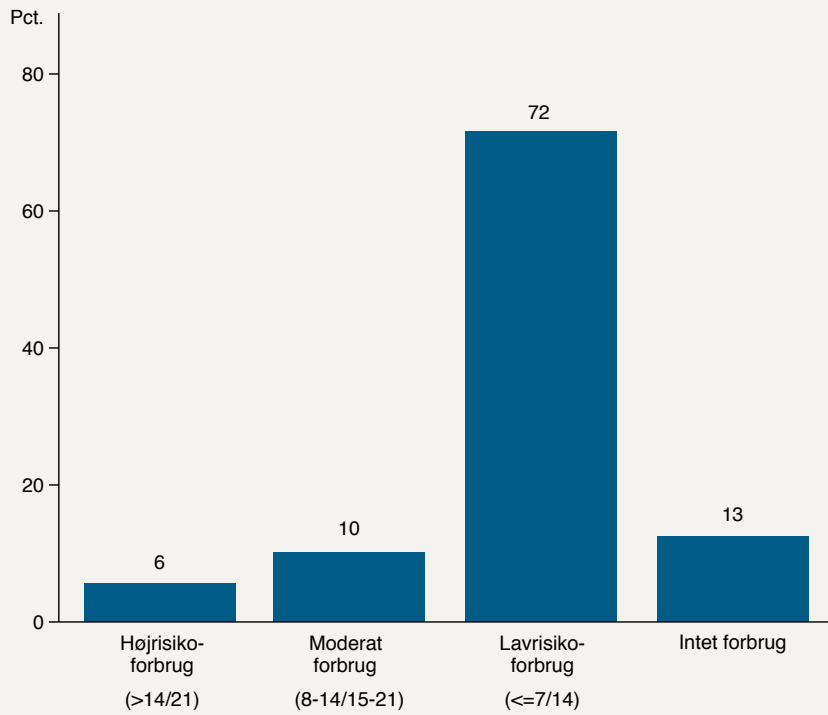
For at belyse motivation for at mindske alkoholforbrug og råd fra egen læge anvendes følgende spørgsmål:

- Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?
- Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at nedsætte dit alkoholforbrug?

Afslutningsvis belyses unges alkoholforbrug og deres negative oplevelser og risikoadfærd i trafikken i forbindelse med alkoholindtag. De unge har svaret på, om de inden for de seneste 12 måneder har oplevet følgende i forbindelse med alkoholindtag: 1) været i slagsmål, 2) været involveret i en ulykke, 3) haft et blackout, 4) haft sex, som de fortrød bagefter, 5) kørt på cykel, selv om de havde drukket flere genstande, 6) kørt knallert eller bil, selv om de havde drukket flere genstande og 7) taget stoffer, som de fortrød bagefter.

Figur 3.1

Fire former for alkoholforbrug: højrisikoforbrug, moderat forbrug, lavrisikoforbrug og intet forbrug



Hvor mange har et stort alkoholforbrug?

Figur 3.1 viser, at 6 % har et højriskoforbrug af alkohol, hvilket vil sige et forbrug på flere end 14 genstande om ugen for kvinder og flere end 21 genstande om ugen for mænd. Dette svarer til omtrent 55.000 personer i Region Midtjylland. Personer, der har et højriskoforbrug af alkohol, har stor risiko for at blive syge af deres forbrug.

10 % har et moderat alkoholforbrug, hvilket vil sige et forbrug på mellem 8 og 14 genstande om ugen for kvinder og mellem 15 og 21 genstande om ugen for mænd.

72 % har et lavriskoforbrug af alkohol, hvilket vil sige et forbrug på højst 7 genstande om ugen for kvinder og 14 genstande om ugen for mænd.






























13 % af befolkningen har ikke drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder.




► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 har der næsten været en halvering i andelen, der har et højriskoforbrug af alkohol. I 2010 havde 11 % et højriskoforbrug af alkohol, og i 2017 er andelen nede på 6 %. Der har ligeledes været et fald i andelen med et moderat forbrug af alkohol. Modsat har der været en stigning i andelen, der har et lavriskoforbrug af alkohol, samt i andelen, der slet ikke drikker alkohol. Se [figur 3.1.S i bind 2.](#) ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 har der været et fald i andelen, der har et højriskoforbrug og moderat forbrug af alkohol, og tilsvarende har der i samme periode været en stigning i andelen, der har et lavriskoforbrug af alkohol. Se [figur 3.1.S i bind 2.](#) ◀

Figur 3.2

Højriskoforbrug af alkohol (flere end 14/21 genstande pr. uge) – køn, alder og sociale forhold

	Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
Alle	6 	55.000
Køn		
Mand	7 	35.000
Kvinde	4 	20.000
Alder		
16-24 år	9 	13.000
25-34 år	3 	4.600
35-44 år	3 	4.300
45-54 år	5 	8.000
55-64 år	8 	11.000
65-74 år	7 	10.000
75+ år	5 	4.100
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)		
Lavt (0-10 år)	6 	7.100
Middel (11-14 år)	5 	23.000
Højt (15+ år)	4 	11.000
Erhvervstilknytning		
Studerende/skoleelever	8 	9.000
Beskæftigede	4 	22.000
Arbejdsløse	10 	1.900
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	6 	3.500
Førtidspensionister	7 	2.900
Efterlønsmodtagere	10 	2.000
Folkepensionister	6 	13.000
Etnisk baggrund		
Dansk	6 	53.000
Anden vestlig	4 	1.600
Ikke-vestlig	1 	700
Bolig		
Ejer	5 	33.000
Lejer	6 	20.000
Bor med ægtefælle/samlever		
Nej	8 	25.000
Ja	5 	28.000
Børn i hjemmet 0-15 år		
Nej	7 	42.000
Ja	3 	6.900

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

Højrisikoforbrug af alkohol – køn, alder og sociale forhold

Af figur 3.2 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel af personer med et højrisikoforbrug af alkohol blandt følgende grupper:

- Mænd
- Personer i alderen 16-24 år og 55-74 år
- Studerende/skoleelever, arbejdsløse, førtidspensionister, efterlønsmodtagere og folkepensionister
- Personer med dansk baggrund
- Personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. Der er en større andel mænd end kvinder, der har et højrisikoforbrug af alkohol.

Alder. De største andele af personer med et højrisikoforbrug af alkohol er blandt de 16-24-årige og 55-74-årige, og den mindste andel er blandt de 25-44-årige.

Uddannelsesniveau. Der er ikke en stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og højrisikoforbrug af alkohol, men der er en lidt mindre andel med et højrisikoforbrug af alkohol blandt personer, der har et højt uddannelsesniveau end i befolkningen som helhed.

Erhvervstilknytning. De største andele af personer med et højrisikoforbrug af alkohol er blandt studerende/skoleelever, arbejdsløse, førtidspensionister, efterlønsmodtagere og folkepensionister. Den mindste andel af personer, der har et højrisikoforbrug af alkohol, er blandt beskæftigede.

Etnisk baggrund. Der er en markant mindre andel blandt personer med en ikke-vestlig baggrund, der har et højrisikoforbrug af alkohol, end det er tilfældet blandt hele befolkningen.

Bolig. Der er ingen sammenhæng mellem boligtype og højrisikoforbrug af alkohol.

Bor med ægtefælle/samlever. Der er en større andel blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, som har et højrisikoforbrug af alkohol,

end blandt personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. En større andel blandt personer uden børn i hjemmet har et højrisikoforbrug af alkohol, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 har der været et fald i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol for både mænd og kvinder, i alle aldersgrupper (undtagen blandt personer på 75 år eller derover) og på tværs af uddannelsesniveau. Faldet er størst blandt de 16-24-årige. Se [figur 3.2.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 har der været et fald i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol blandt mænd og kvinder og i alle aldersgrupper, undtagen de 35-44-årige og personer på 75 år eller derover. I forhold til uddannelsesniveau ses der et fald blandt personer med højt eller midelhøjt uddannelsesniveau, men ikke blandt personer med lavt uddannelsesniveau. Det største fald ses blandt de 16-24-årige. Se [figur 3.2.S i bind 2](#). ◀

Figur 3.3

Højriskoforbrug af alkohol (mere end 14/21 genstande pr. uge) – kommuner

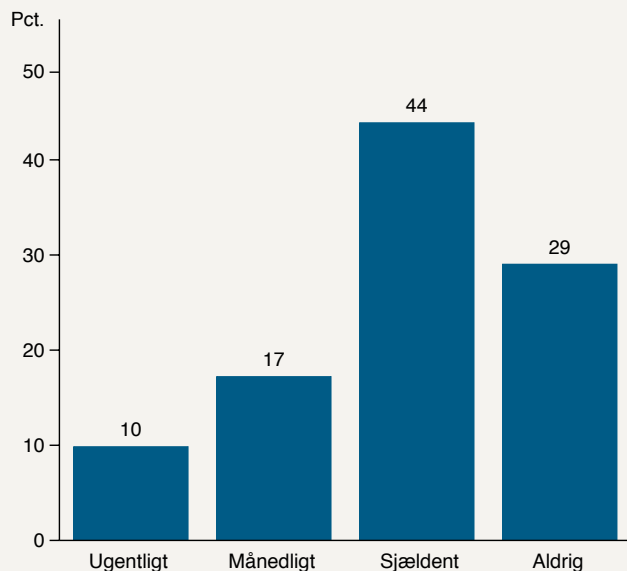
	Pct.		Antal personer i kommunerne
Samsø	11	■	300
Syddjurs	7	■	2.300
Odder	7	■	1.200
Struer	7	■	1.100
Horsens	6	■	4.200
Norddjurs	6	■	1.800
Randers	6	■	4.600
Aarhus	6	■	16.000
Ikast-Brande	6	■	1.700
Lemvig	6	■	900
Hedensted	6	■	1.900
Skive	5	■	1.900
Favrskov	5	■	1.800
Viborg	5	■	3.700
Herning	5	■	3.300
Skanderborg	5	■	2.100
Silkeborg	5	■	3.300
Ringkøbing-Skjern	4	■	1.900
Holstebro	4	■	1.700
Region Midtjylland	6	■	55.000

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



Figur 3.4

Hvor ofte drikker du fem genstande eller flere ved samme lejlighed? (Rusdrikkeri)



Højrisikoforbrug af alkohol – kommuner

Figur 3.3 viser andelen, der har et højrisikoforbrug af alkohol i kommunerne. Andelen varierer fra 4 % i Ringkøbing-Skjern og Holstebro til 11 % på Samsø.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel, der har et højrisikoforbrug af alkohol, i følgende kommuner:

- Samsø
- Syddjurs
- Odder

I disse kommuner ligger andelen på 7-11 %.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel, der har et højrisikoforbrug af alkohol, i følgende kommuner:

- Ringkøbing-Skjern
- Holstebro

I disse kommuner ligger andelen på 4 %.

► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 har der været et fald i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol i alle kommuner, undtagen på Samsø. Faldet varierer fra 3 procentpoint i Struer, Hedensted, Viborg, Horsens og Randers til 7 procentpoint i Aarhus. Se [figur 3.3.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 har der været et fald i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol i følgende kommuner: Lemvig, Favrskov, Herning, Skanderborg, Randers, Norddjurs, Ringkøbing-Skjern, Skive, Holstebro og Aarhus. Faldet varierer fra 2 procentpoint i Lemvig, Favrskov, Herning, Skanderborg og Randers til 4 procentpoint i Aarhus. Se [figur 3.3.S i bind 2](#). ◀

Hvor mange rusdrikker?

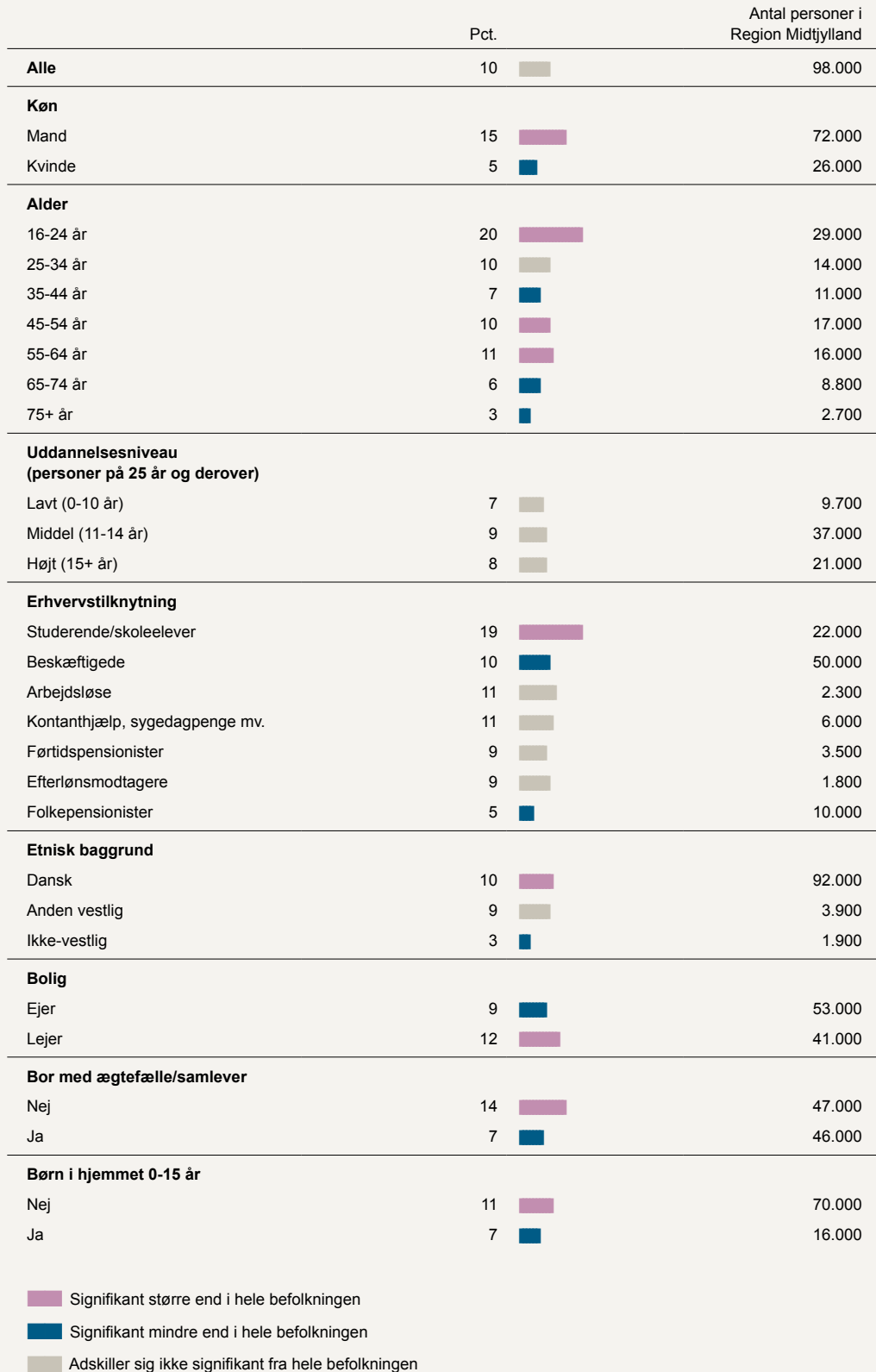
Af figur 3.4 fremgår det, at 10 % drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed mindst én gang om ugen (ugentligt rusdrikkeri). Der er 17 %, der rusdrikker månedligt, 44 % rusdrikker sjældent, og 29 % rusdrikker aldrig.

► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 er der sket et fald fra 13 % til 10 % i andelen, der rusdrikker mindst én gang om ugen. Se [figur 3.4.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 er der sket et fald i andelen, der rusdrikker mindst én gang om ugen. I samme periode har der været et lille fald i andelen, der rusdrikker månedligt, og en stigning i andelen, der kun sjældent rusdrikker. Se [figur 3.4.S i bind 2](#). ◀

Figur 3.5

Ugentligt rusdrikkeri – køn, alder og sociale forhold



Ugentligt rusdrikkeri – køn, alder og sociale forhold

Figur 3.5 viser, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der rusdrikker mindst én gang om ugen, blandt følgende grupper:

- Mænd
- Personer i alderen 16-24 år og 45-64 år
- Studerende/skoleelever
- Personer med dansk baggrund
- Personer, der bor til leje
- Personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. Andelen, der rusdrikker mindst én gang om ugen, er tre gange så stor blandt mænd sammenlignet med kvinder.

Alder. De største andele af personer, der rusdrikker mindst én gang om ugen, er blandt de 16-24-årige og de 45-64-årige. De mindste andele af ugentlige rusdrikkere er blandt de 35-44-årige og blandt personer på 65 år eller derover.

Uddannelse. Der er ingen sammenhæng mellem uddannelsesniveau og rusdrikkeri.

Erhvervstilknytning. Andelen af personer, der rusdrikker mindst én gang om ugen, er næsten dobbelt så stor blandt studerende/skoleelever som i hele befolkningen. De mindste andele af ugentlige rusdrikkere er blandt beskæftigede og folkepensionister.

Etnisk baggrund. Andelen, der rusdrikker mindst én gang om ugen, er størst blandt personer med dansk baggrund og mindst blandt personer med ikke-vestlig baggrund.

Bolig. En større andel blandt personer, der bor i lejebolig, rusdrikker mindst én gang om ugen, end det er tilfældet blandt personer, der bor i ejerbolig.

Bor med ægtefælle/samlever. Der er en dobbelt så stor andel af personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, som rusdrikker mindst én gang om ugen, sammenlignet med personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. En større andel blandt personer uden børn i hjemmet rusdrikker mindst én gang om ugen, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 har der været et fald i andelen af personer, der rusdrikker mindst én gang om ugen, blandt både mænd og kvinder, blandt de 16-54-årige og blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Der har især været et stort fald i andelen, der rusdrikker mindst én gang om ugen, blandt de 16-24-årige. Se figur 3.5.S i bind 2. ◀

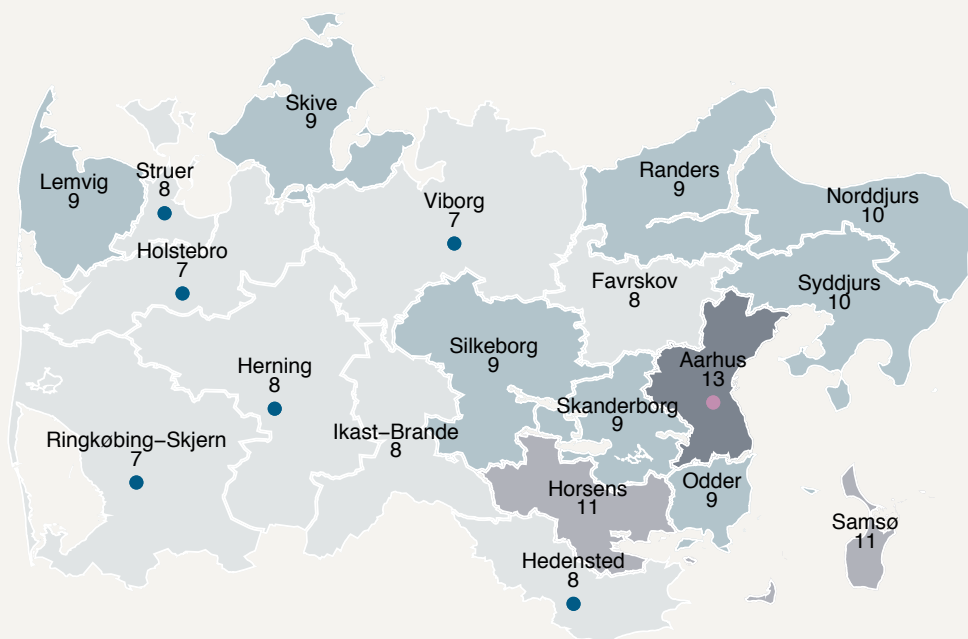
► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 har der været et fald i andelen, der rusdrikker mindst én gang om ugen. Faldet ses blandt både mænd og kvinder, blandt de 16-34-årige og 45-54-årige og blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. I denne periode ses det største fald blandt de 16-24-årige. Se figur 3.5.S i bind 2. ◀

Figur 3.6

Ugentligt rusdrikkeri – kommuner

	Pct.		Antal personer i kommunerne
Aarhus	13	■	35.000
Samsø	11	■	300
Horsens	11	■	7.300
Norddjurs	10	■	3.000
Syddjurs	10	■	3.200
Odder	9	■	1.600
Randers	9	■	7.000
Silkeborg	9	■	6.300
Skive	9	■	3.200
Lemvig	9	■	1.400
Skanderborg	9	■	3.800
Ikast-Brande	8	■	2.600
Favrskov	8	■	2.900
Herning	8	■	5.400
Hedensted	8	■	2.700
Struer	8	■	1.300
Holstebro	7	■	3.200
Ringkøbing-Skjern	7	■	3.200
Viborg	7	■	5.200
Region Midtjylland	10	■	98.000

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



Ugentligt rusdrikkeri – kommuner

Figur 3.6 viser andelen, der rusdrikker mindst én gang om ugen, i kommunerne. Andelen varierer fra 7 % i Holstebro, Ringkøbing-Skjern og Viborg til 13 % i Aarhus.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel, der rusdrikker mindst én gang om ugen, i følgende kommune:

- Aarhus

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel, der rusdrikker mindst én gang om ugen, i følgende kommuner:

- Herning
- Hedensted
- Struer
- Holstebro
- Ringkøbing-Skjern
- Viborg

I disse kommuner ligger andelen på 7-8 %.

► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 har der været et fald i andelen, der rusdrikker mindst én gang om ugen, i følgende kommuner: Viborg, Odder, Lemvig, Randers, Favrskov, Struer, Skive, Ringkøbing-Skjern, Skanderborg, Holstebro, Herning og Aarhus. Faldet varierer fra 2 procentpoint i Randers til 5 procentpoint i Aarhus. Se [figur 3.6.S i bind 2.](#) ◀

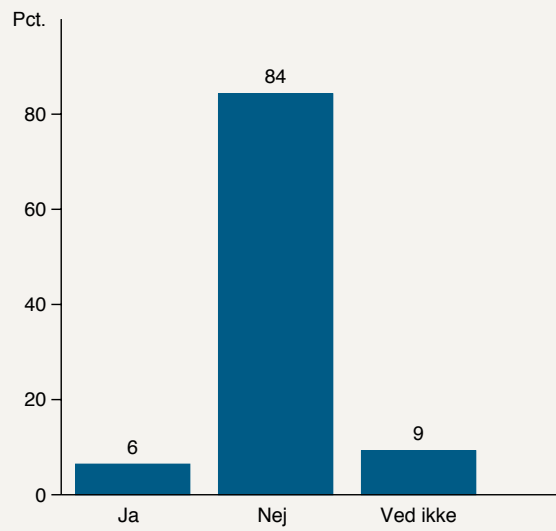
► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 har der været et fald i andelen, der rusdrikker mindst én gang om ugen, i følgende kommuner: Skanderborg, Holstebro, Herning og Aarhus. Faldet varierer fra 2 procentpoint i Skanderborg til 4 procentpoint i Aarhus. Se [figur 3.6.S i bind 2.](#) ◀

Figur 3.7 og 3.8

Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?

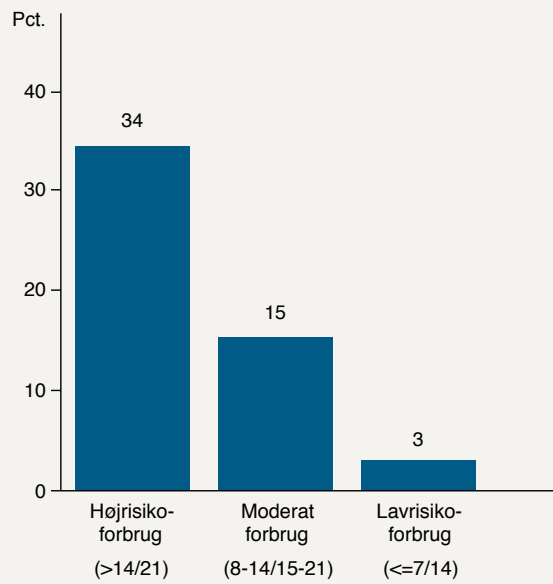
Figur 3.7

Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?



Figur 3.8

Ønsker at nedsætte sit alkoholforbrug – i forhold til alkoholforbrug



Hvor mange vil gerne nedsætte deres alkoholforbrug?

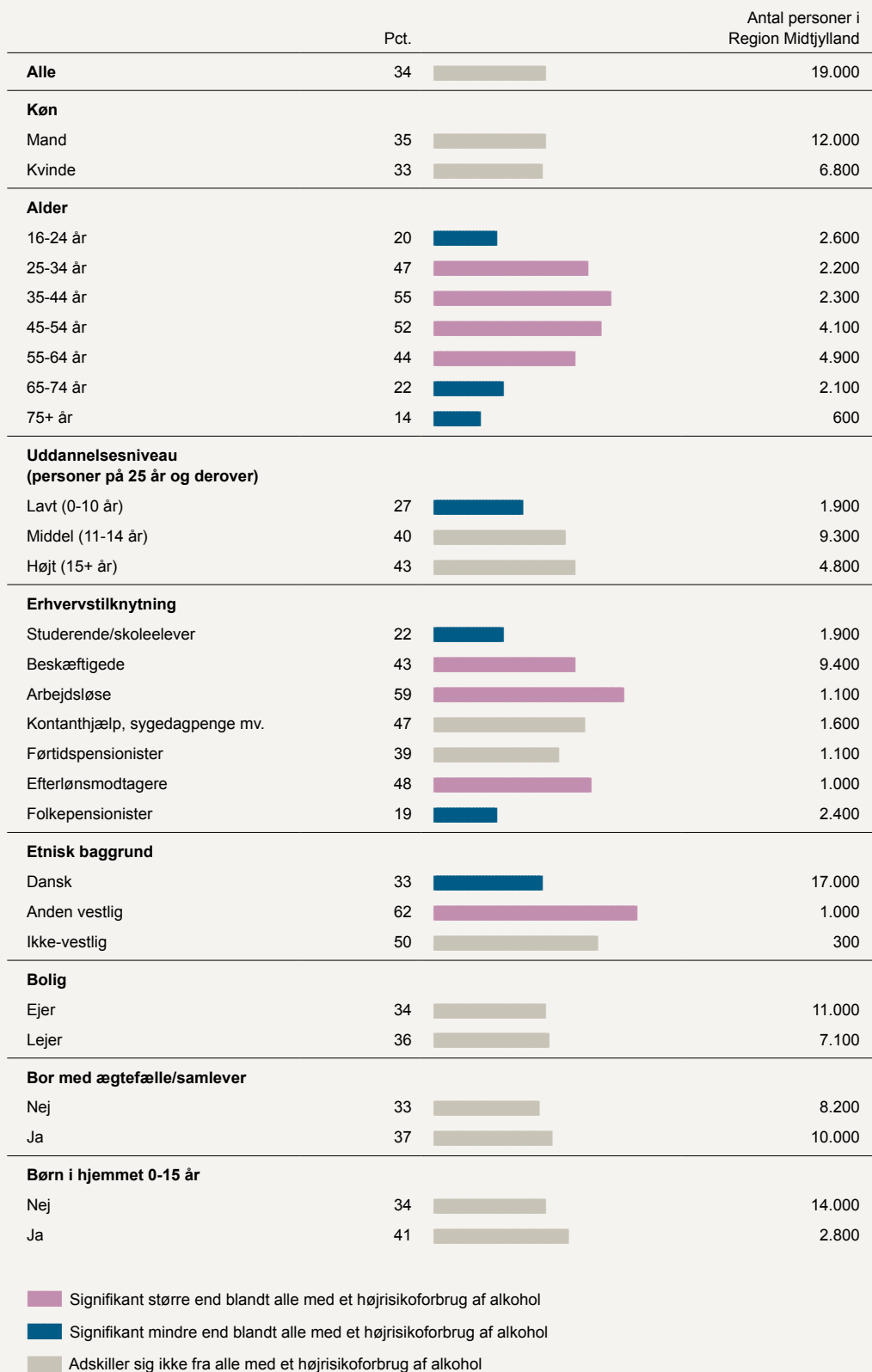
Figur 3.7 viser, at 6 % af befolkningen ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug.

Figur 3.8 viser, at der er en stærk sammenhæng mellem alkoholforbrugets omfang og ønsket om at nedsætte alkoholforbruget. Blandt personer med et lavrisikoforbrug af alkohol vil 3 % gerne nedsætte deres alkoholforbrug. Det samme gælder for 15 % med moderat alkoholforbrug og 34 % med et højrisikoforbrug af alkohol.

► **Udvikling fra 2010-2017 og fra 2013-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 har andelen, der ønsker at nedsætte alkoholforbruget, ikke ændret sig. Der har dog været en stor stigning i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol, der ønsker at nedsætte deres forbrug. Se [figur 3.7.S](#) og [3.8.S](#) i [bind 2](#). ◀

Figur 3.9

Personer med et højrisikoforbrug af alkohol (flere end 14/21 genstande pr. uge), der ønsker at nedsætte forbruget – køn, alder og sociale forhold



Ønsker at nedsætte alkoholforbrug – køn, alder og sociale forhold

I det følgende fokuseres på personer med et højriskoforbrug af alkohol, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug.

Figur 3.9 viser, at 34 % af personer med et højriskoforbrug af alkohol ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, hvilket svarer til omtrent 19.000 personer i Region Midtjylland.

Sammenlignet med personer med et højriskoforbrug af alkohol i hele befolkningen er der en signifikant større andel af personer med et højriskoforbrug af alkohol, som gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug, blandt følgende grupper:

- Personer i alderen 25-64 år
- Beskæftigede, arbejdsløse og efterlønsmodtagere
- Personer med anden vestlig baggrund end dansk

Køn. Der er ingen sammenhæng mellem køn og ønsket om at nedsætte alkoholforbruget.

Alder. Den største andel af personer, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, er blandt de 25-64-årige, og de mindste andele er blandt de 16-24-årige og personer på 65 år eller derover.

Uddannelse. Andelen, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, er mindst blandt personer med lavt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. De største andele af personer, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, er blandt beskæftigede, arbejdsløse og efterlønsmodtagere. De mindste andele af personer, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, er blandt studerende/skoleelever og folkepensionister.

Etnisk baggrund. Andelen, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, er markant større blandt personer med anden vestlig baggrund end dansk og mindst blandt personer med dansk baggrund.













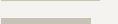
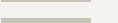
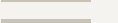
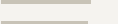

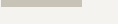


Bolig. Der er ingen sammenhæng mellem boligtype og ønsket om at nedsætte alkoholforbruget.




Bor med ægtefælle/samlever. Der er ingen sammenhæng mellem samlivssituation og ønsket om at nedsætte alkoholforbruget.

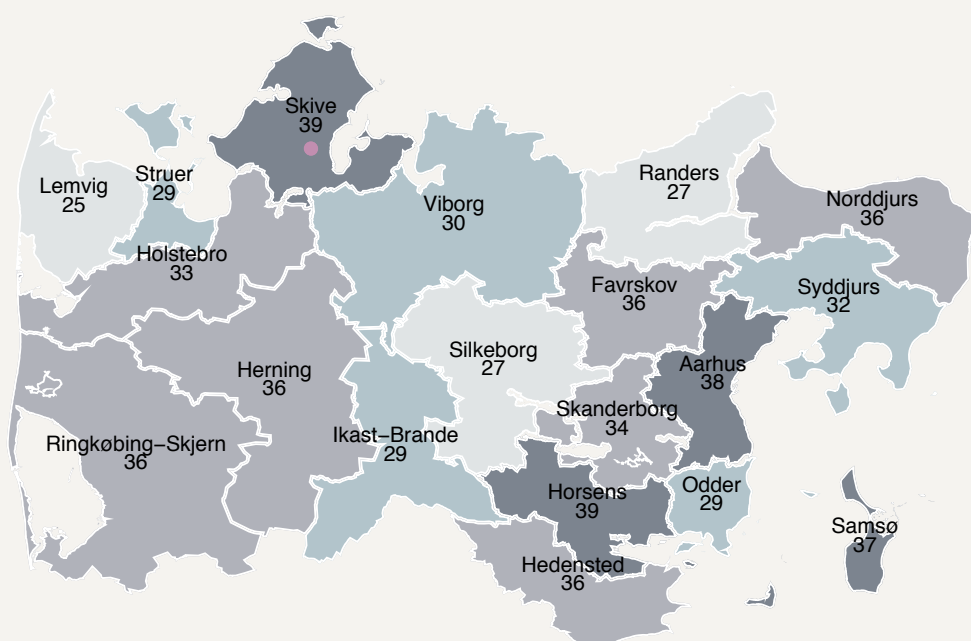
Børn i hjemmet. Der er ingen sammenhæng mellem, hvorvidt der er børn i hjemmet eller ej og ønsket om at nedsætte alkoholforbruget.

Figur 3.10

Personer med et højrisikoforbrug af alkohol (flere end 14/21 genstande pr. uge), der ønsker at nedsætte forbruget – kommune

	Pct.		Antal personer i kommunerne
Skive	39		700
Horsens	39		1.600
Aarhus	38		5.900
Samsø	37		100
Herning	36		1.200
Norddjurs	36		700
Hedensted	36		700
Ringkøbing-Skjern	36		700
Favrskov	36		600
Skanderborg	34		700
Holstebro	33		500
Syddjurs	32		700
Viborg	30		1.100
Odder	29		300
Struer	29		300
Ikast-Brande	29		500
Silkeborg	27		900
Randers	27		1.200
Lemvig	25		200
Region Midtjylland	34		19.000

-  Signifikant større end blandt alle med et højrisikoforbrug af alkohol
-  Signifikant mindre end blandt alle med et højrisikoforbrug af alkohol
-  Adskiller sig ikke fra alle med et højrisikoforbrug af alkohol

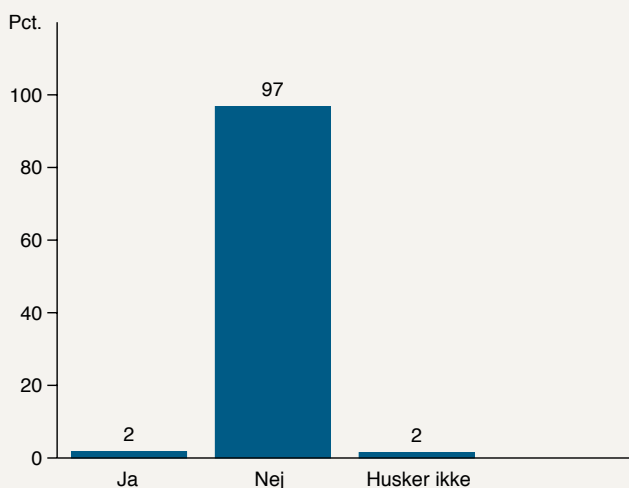


Figur 3.11 og 3.12

Har egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at nedsætte dit alkoholforbrug?

Figur 3.11

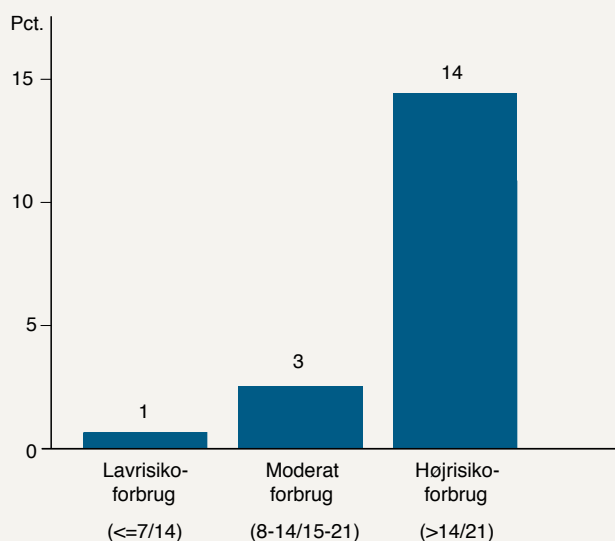
Har egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at nedsætte dit alkoholforbrug?



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

Figur 3.12

Andel, der har modtaget råd fra egen læge om at nedsætte alkoholforbruget – i forhold til alkoholforbrug



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

Ønsker at nedsætte alkoholforbrug – kommuner

Figur 3.10 viser andelen af personer med et højrisikoforbrug af alkohol, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, i kommunerne.

Det fremgår, at sammenlignet med alle med et højrisikoforbrug af alkohol i hele Region Midtjylland er der kun en signifikant større andel, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, i Skive Kommune (39 %).

Råd fra egen læge om at nedsætte alkoholforbrug

Figur 3.11 viser, at 2 % er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug af egen læge inden for de seneste 12 måneder.

Af figur 3.12 fremgår det, at blandt personer med et ugentligt højrisikoforbrug har 14 % modtaget råd fra lægen om at nedsætte deres forbrug af alkohol. Det

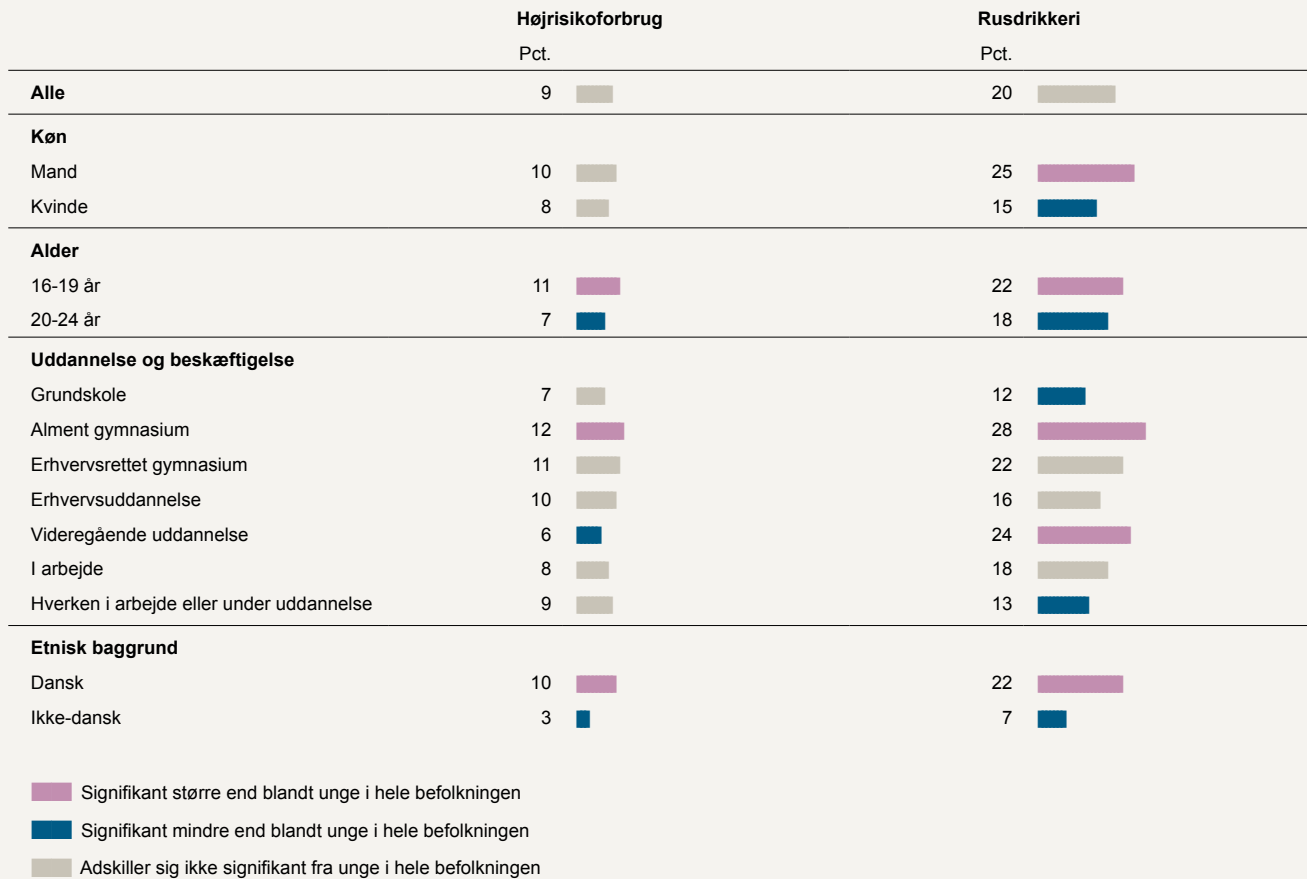
samme gælder for 2 % med et moderat forbrug og 1 % med et lavrisikoforbrug. Der er dermed en tydelig sammenhæng mellem et stort alkoholforbrug og andelen, der har fået råd fra lægen om at nedsætte deres alkoholforbrug.

► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 har der ikke været nogen ændring i andelen, der er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget af egen læge. Se figur 3.9.S i bind 2. Der har dog været en stigning i andelen, der er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget af egen læge, blandt personer, der har et højrisikoforbrug og moderat forbrug af alkohol. Se figur 3.10.S i bind 2. ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 har der ikke været nogen ændring i andelen, der er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget af egen læge. Se figur 3.9.S i bind 2. Der har dog været en stigning i andelen, der er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget af egen læge, blandt personer, der har et højrisikoforbrug af alkohol. Se figur 3.10.S i bind 2. ◀

Figur 3.13

Højrisikoforbrug og ugentligt rusdrikkeri blandt unge (16-24 år) – køn, alder og sociale forhold



Unge og alkohol

I det følgende sættes der fokus på unges alkoholforbrug samt unges negative oplevelser og risikoadfærd i forbindelse med alkoholindtag.

Højrisikoforbrug af alkohol og ugentligt rusdrikkeri blandt unge – køn, alder og sociale forhold

Af figur 3.13 fremgår det, at sammenlignet med alle unge er der en signifikant større andel med et højrisikoforbrug af alkohol blandt følgende grupper:

- Unge i alderen 16-19 år
- Unge, der går på alment gymnasium
- Unge med dansk baggrund

Af figur 3.13 fremgår også, at sammenlignet med alle unge er der en signifikant større andel, der rusdrikker mindst én gang om ugen, blandt følgende grupper:

- Mænd
- Unge i alderen 16-19 år
- Unge, der går på alment gymnasium eller er i gang med en videregående uddannelse
- Unge med dansk baggrund

Køn. Der er ingen sammenhæng mellem køn og højrisikoforbrug af alkohol blandt unge. Til gengæld er der en markant større andel af unge mænd end unge kvinder, der rusdrikker mindst én gang om ugen.

Alder. Der er en større andel af de 16-19-årige, der har et højrisikoforbrug af alkohol, og som rusdrikker mindst én gang om ugen, end det er tilfældet blandt de 20-24-årige.

Uddannelse og beskæftigelse. Andelen med et højrisikoforbrug af alkohol er størst hos unge, der går på alment gymnasium, og mindst hos unge, der er i gang med en videregående uddannelse. De største andele af unge, der rusdrikker mindst én gang om ugen, findes blandt unge, der går på alment gymnasium, og blandt unge, der er i gang med en videregående uddannelse. De mindste andele, der rusdrikker mindst én gang om ugen, er blandt unge i grundskolen og blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse.

Etnisk baggrund. Der er en markant større andel af unge med dansk baggrund, der har et højrisikoforbrug af alkohol og/eller rusdrikker mindst én gang om ugen, end det er tilfældet blandt unge med anden etnisk baggrund end dansk.

► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 er andelen af unge med et højrisikoforbrug af alkohol mere end halveret. I 2010 var der 21 % af de unge, der havde et højrisikoforbrug af alkohol, og i 2017 er andelen nede på 9 %. Faldet ses både for mænd og kvinder, for 16-19-årige og for 20-24-årige. I samme periode har der ligeledes været et stort fald i andelen af unge, der mindst én gang om ugen rusdrikker. I 2010 var andelen 31 %, og i 2017 er andelen nede på 20 %. Faldet ses både for mænd og kvinder, for 16-19-årige og for 20-24-årige. Se figur 3.11.S og 3.12.S i bind 2. ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 har der været et stort fald i andelen af unge med et højrisikoforbrug af alkohol. I 2013 var der 17 % af de unge, der havde et højrisikoforbrug af alkohol, og i 2017 er andelen nede på 9 %. Faldet ses både for mænd og kvinder, for 16-19-årige og for 20-24-årige. I samme periode har der ligeledes været et stort fald i andelen af unge, der mindst én gang om ugen rusdrikker. I 2013 var andelen 27 %, og i 2017 er andelen nede på 20 %. Faldet ses både hos mænd og kvinder, og i forhold til alder ses der et stort fald for de 20-24-årige, hvorimod andelen af rusdrikkere er uændret for de 16-19-årige. Se figur 3.11.S og 3.12.S i bind 2. ◀

Figur 3.14

Unge negative oplevelser i forbindelse med alkoholindtag inden for de seneste 12 måneder – køn, alder og sociale forhold

	Været i slagsmål Pct.	Haft en ulykke Pct.	Haft et blackout Pct.	Haft sex, som blev fortrudt Pct.	Taget stoffer, som blev fortrudt Pct.
Alle	4	3	28	10	5
Køn					
Mand	7	3	30	10	7
Kvinde	1	2	26	10	3
Alder					
16-19 år	6	2	30	9	5
20-24 år	4	3	26	10	5
Uddannelse og beskæftigelse					
Grundskole	3	0	18	6	3
Alment gymnasium	4	1	34	10	6
Erhvervsrettet gymnasium	5	3	33	9	4
Erhvervsuddannelse	10	2	23	13	5
Videregående uddannelse	2	3	31	11	3
I arbejde	5	2	26	11	6
Hverken i arbejde eller under uddannelse	6	5	24	9	10
Etnisk baggrund					
Dansk	5	2	30	10	5
Ikke-dansk	4	6	17	8	4

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

Unge negative oplevelser i forbindelse med alkoholindtag – køn, alder og sociale forhold

Figur 3.14 viser andelen af unge, som har haft en eller flere negative oplevelser i forbindelse med, at de har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder.

Været i slagsmål. Der er 4 % af de unge, der har været i slagsmål i forbindelse med indtagelse af alkohol. Sammenlignet med alle unge er der en større andel, der har været i slagsmål, blandt mænd og unge i alderen 16-19 år. Der er desuden en dobbelt så stor andel, der har været i slagsmål i forbindelse med indtagelse af alkohol, blandt unge på erhvervsuddannelser.

Udsat for en ulykke. Der er 3 % af de unge, der har været udsat for en ulykke i forbindelse med indtagelse af alkohol. Sammenlignet med alle unge er der en større andel, der har haft en ulykke, blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse, og blandt unge med anden etnisk baggrund end dansk.

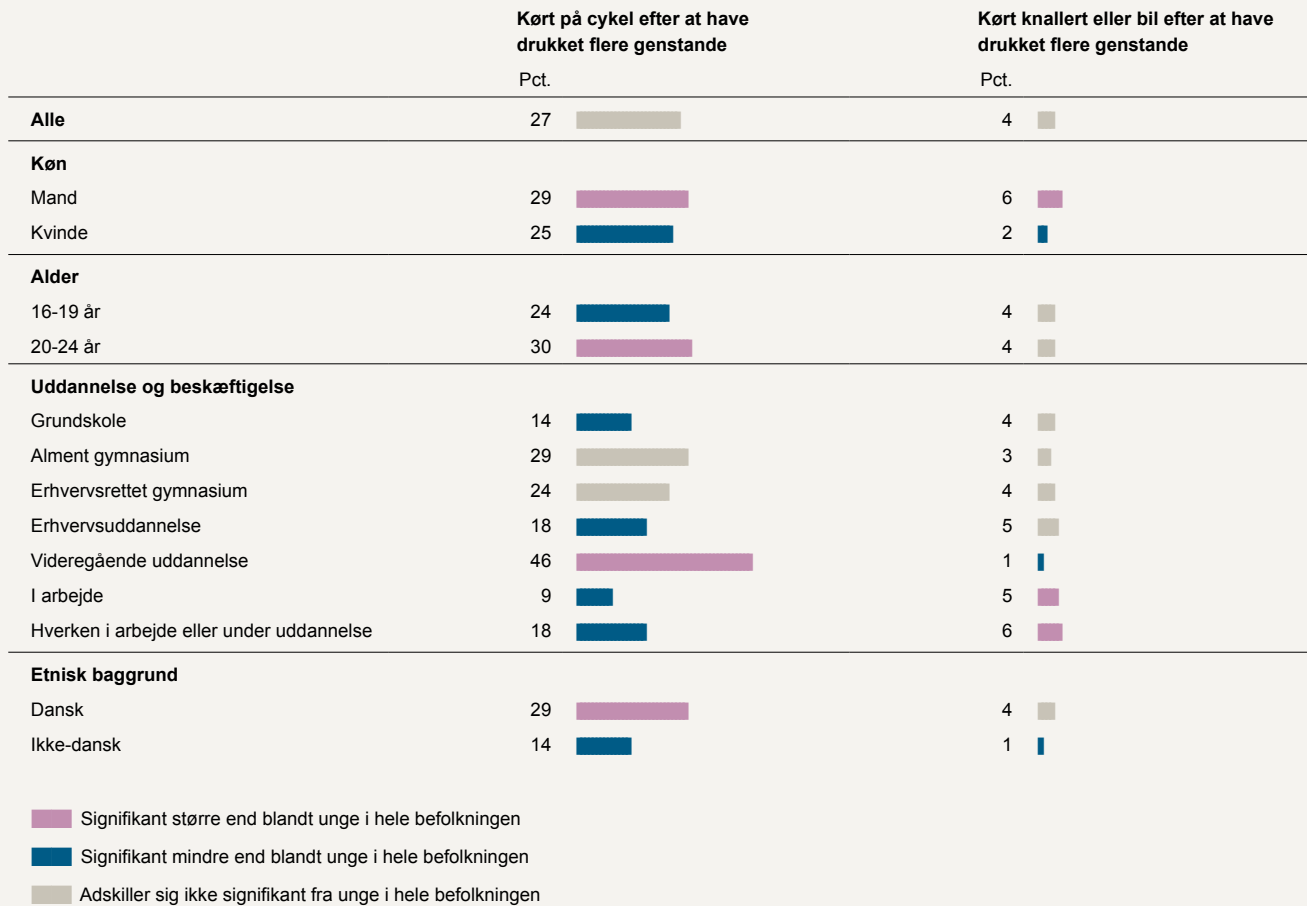
Haft et blackout. Der er 28 % af de unge, der har haft et blackout i forbindelse med indtagelse af alkohol, hvor de ikke husker, hvad der skete. Sammenlignet med alle unge er der en større andel, der har haft et blackout, blandt mænd, unge i alderen 16-19 år, unge, der går på alment eller erhvervsrettet gymnasium, unge, der er i gang med en videregående uddannelse, og blandt unge med dansk etnisk baggrund.

Haft sex, som blev fortrudt. Hver tiende unge person har i forbindelse med indtagelse af alkohol haft sex, som de fortrød bagefter. Der er ikke forskel på andelen på tværs af køn, alder, uddannelse og etnisk baggrund.

Taget stoffer, som blev fortrudt. Der er 5 % af de unge, der i forbindelse med indtagelse af alkohol har taget stoffer, som de fortrød bagefter. Sammenlignet med alle unge er der en større andel, der har taget stoffer, som de fortrød, blandt mænd. Sammenlignet med alle unge er andelen, der har taget stoffer, som de fortrød, dobbelt så stor blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse.

Figur 3.15

Unge risikoadfærd i trafikken i forbindelse med alkoholindtag inden for de seneste 12 måneder – køn, alder og sociale forhold



Unge risikoadfærd i trafikken i forbindelse med alkoholindtag – køn, alder og sociale forhold

Figur 3.15 viser andelen af unge, som har haft en risikoadfærd i trafikken i forbindelse med, at de har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder.

Kørt på cykel. Der er 27 % af de unge, der har kørt på cykel efter at have drukket flere genstande. Sammenlignet med alle unge er der en større andel, der har kørt på cykel efter at have drukket alkohol, blandt mænd, unge i alderen 20-24 år, unge, der er i gang med en videregående uddannelse, og unge med dansk etnisk baggrund.

Kørt knallert eller bil. Der er 4 % af de unge, der har kørt knallert eller bil efter at have drukket flere genstande. Sammenlignet med alle unge er der en større andel, der har kørt knallert eller bil efter at have drukket alkohol, blandt unge mænd, blandt unge, der er i arbejde, og blandt de unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse.

Sammenfatning

Der er 6 % af befolkningen i Region Midtjylland, som har et højrisikoforbrug af alkohol, hvilket betyder et forbrug på flere end 14 genstande om ugen for kvinder og flere end 21 genstande om ugen for mænd. Det er især mænd, unge i alderen 16-24 år og arbejdsløse og efterlønsmodtagere, der har et højrisikoforbrug af alkohol. I perioden fra 2010 til 2017 har der været et stort fald i andelen, der har et højrisikoforbrug af alkohol, især blandt unge i alderen 16-24 år.

Andelen af ugentlige rusdrikkere i befolkningen er 10 %, hvilket betyder, at de drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed mindst én gang om ugen. Mænd er oftere rusdrikkere end kvinder, og den største andel af rusdrikkere findes blandt de unge mænd i alderen 16-24 år. Det er især unge på de almene gymnasier og videregående uddannelser, der ofte rusdrikker. I perioden fra 2010 til 2017 har der været et fald i andelen, der rusdrikker mindst én gang om ugen. Faldet har været særligt stort blandt de unge på 16-24 år.

Det ses, at 34 % blandt personer med et højrisikoforbrug af alkohol ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug. Det er særligt personer i alderen 25-64 år, beskæftigede, arbejdsløse og efterlønsmodtagere og personer med anden vestlig baggrund end dansk, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug.

Blandt personer med et højrisikoforbrug af alkohol har 14 % modtaget råd fra lægen om at nedsætte deres alkoholforbrug. I perioden fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen, der er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget af egen læge, blandt personer, der har et højrisikoforbrug af alkohol.

Der er en stor andel af unge, som har haft en eller flere negative oplevelser eller risikoadfærd i forbindelse med, at de har drukket alkohol. Eksempelvis har over hver fjerde haft et blackout, hver tiende har haft sex, som de fortrød bagefter, lidt under hver tyvende har kørt spritkørsel på knallert eller i bil, og over hver fjerde har kørt på cykel, mens de var fulde.

Referencer

1. Smyth A, Teo KK, Rangarajan S, O'Donnell M, Zhang X, Rana P, et al. Alcohol consumption and cardiovascular disease, cancer, injury, admission to hospital, and mortality: a prospective cohort study. *The Lancet*; 2015;386(10007):1945-1954.
2. Sundhedsstyrelsen, Statens Serum Institut. Alkoholstatistik 2015. Nationale data. København: Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut; 2015.
3. Rehm J, Gmel GE, Gmel G, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease – an update. *Addiction* (Abingdon, England); 2017;112(6):968-1001.
4. Becker U. Alkoholrelaterede somatiske skader. I: Becker U, Tolstrup JS, red. Alkohol - brug, konsekvenser og behandling. 1. udgave. 1. oplag. København: Munksgaard; 2016.
5. Sørensen HJ. Psykiatrisk komorbiditet. I: Becker U, Tolstrup JS, red. Alkohol – brug, konsekvenser og behandling. 1. udgave. 1. oplag. København: Munksgaard; 2016.
6. Forebyggelseskommissionen. Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats. København: Forebyggelseskommissionen; 2009.
7. Jørgensen MB, Thygesen LC, Becker U, Tolstrup JS. Alcohol consumption and risk of unemployment, sickness absence and disability pension in Denmark: a prospective cohort study. *Addiction* 2017;112(10):1754-1764.
8. Christoffersen MN. Alkohols sociale konsekvenser. I: Becker U, Tolstrup JS, red. Alkohol – brug, konsekvenser og behandling. 1. udgave. 1. oplag. København: Munksgaard; 2016.
9. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens nye udmelding vedrørende alkohol. København: Sundhedsstyrelsen; 2010.
10. Wang C, Xue H, Wang Q, Hao Y, Li D, Gu D, et al. Effect of Drinking on All-Cause Mortality in Women Compared with Men: A Meta-Analysis. *Journal of Women's Health*; 2014; 23(5):373-381.

11. Wendy YC, Rosner B, Hankinson SE, Colditz GA, Willett WC. Moderate Alcohol Consumption During Adult Life, Drinking Patterns, and Breast Cancer Risk. *JAMA*; 2011;306(17):1884-1890.

12. ESPAD Group. ESPAD Report 2015. European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) and the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD); 2016.

13. Bendtsen P, Mikkelsen SS, Tolstrup JS. Ungdomsprofilen 2014. Sundhedsadfærd, helbred og trivsel blandt elever på ungdomsuddannelser. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2015.

14. Bendtsen P. Unge og alkohol. I: Becker U, Tolstrup JS, red. Alkohol – brug, konsekvenser og behandling. 1. udgave. 1. oplag. København: Munksgaard; 2016.

15. Ekholm O, Strandberg-Larsen K, Christensen K, Grønbaek M. Comparison of assessment methods for self-reported alcohol consumption in health interview surveys. *Eur J Clin Nutr*. 2008;62:286-291.

16. Aabel MK, Broholm K, Fischerman M. Forebyggelsespakke alkohol. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.