

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

5. KOST

Kosten spiller en stor rolle i befolkningens overordnede sundhedstilstand (1, 2). Usund kost er blandt andet forbundet med en øget forekomst af type 2-diabetes (3, 4), svær overvægt (3, 5) samt en kortere levealder (6). Dertil anslås det, at usund kost er relateret til op mod 30 % af alle nyopståede kræfttilfælde i den vestlige verden (7), ligesom usund kost – særligt indtag af mættet fedt – er forbundet med hjerte-kar-sygdomme (8-10). Modsat er en sund kost, der er karakteriseret ved et lavt indtag af fedt, sukker og salt samt et højt indtag af frugt og grønt, forbundet med en længere levealder og sund aldring (11).

Der er stor social ulighed i kostvaner (12-14), og undersøgelser peger blandt andet på, at der er en sammenhæng mellem lav indkomst og en mindre næringsrig kost (12). Dertil ses det, at personer med et højt uddannelsesniveau generelt spiser mere frugt og grønt end personer med et lavt uddannelsesniveau (14).

Generelt ses en stigning i befolkningens indtag af fedt – særligt i forhold til mættet fedt (15). Således tyder det på, at den danske befolknings kost generelt stadig er for fedtholdig, ligesom kosten generelt indeholder for meget sukker og for lidt fiber (15).

De officielle kostråd

Fødevarestyrelsen har ti officielle kostråd, som senest blev opdateret i 2013 (16). Efterlevelse af kostrådene medvirker til, at det daglige behov for vitaminer, mineraler og andre vigtige næringsstoffer dækkes. Desuden gør kostrådene det nemmere at holde en sund vægt og medvirker til at forebygge en række livsstilsrelaterede sygdomme (16).

Kostrådene bygger på forskningsbaseret viden om sammenhængen mellem indtag af kostkomponenter (energi, fedt, protein, kulhydrat, vitaminer og mineraler) og helbred (16-19).

Kostrådene gælder for hovedparten af befolkningen. Børn under 3 år, gravide, småtspisende ældre og personer med en sygdom, der stiller særlige krav til kosten, kan dog have andre behov (16).

Generelt anbefaler Fødevarestyrelsen, at man spiser sig mæt i sunde måltider, holder igen med mad og drikke, der indeholder meget fedt og/eller sukker, samt går efter nøglehulsmærket eller fuldkornslogoet, når man handler ind (16). Herudover er kostrådene suppleret med en række specifikke anbefalinger, der relaterer sig til de enkelte kostråd (16, 20). Af disse kan blandt andet nævnes, at voksne bør spise mindst 600 gram frugt og grønt om dagen, hvoraf mindst halvdelen skal være grøntsager, ligesom man højst bør spise 500 gram tilberedt kød fra okse, kalv, lam eller svin per uge.

Hvordan forbedres befolkningens kostmønster?

Der er samlet set et stort sundhedsmæssigt potentiale i at forbedre befolkningens kostvaner. For de personer, der gerne vil spise mere sundt, kan en øget tilgængelighed af sunde fødevarer, færdigretter og delvist tilberedte retter være en mulighed for at gøre de sunde valg lettere (21). Det er ligeledes vigtigt, at den sunde kost smager godt og ikke er for dyr (22). Desuden er det vigtigt at udbrede viden om, hvad der er sund og usund kost, i alle dele af befolkningen, så borgerne ved, hvordan man spiser sundt. De officielle råd om

Boks 5.1 Fødevarestyrelsens kostråd

- Spis varieret, ikke for meget, og vær fysisk aktiv
- Spis frugt og mange grøntsager
- Spis mere fisk
- Vælg fuldkorn
- Vælg magert kød og kødpålæg
- Vælg magre mejeriprodukter
- Spis mindre mættet fedt
- Spis mad med mindre salt
- Spis mindre sukker
- Drik vand

sund kost er mere komplekse end rådene vedrørende rygning, alkohol og fysisk aktivitet, hvilket i sig selv gør dem svære at følge. Hertil kommer, at kost traditionelt er et område, hvor der i medierne gives mange og ofte modstridende råd om, hvad man bør spise eller undlade at spise. Det kan være svært at navigere imellem de mange kostråd og vide, om disse råd bygger på forskningsmæssig viden eller ej. Folk kan derfor have svært ved at vurdere, om deres egne kostvaner er sunde eller usunde, ligesom nogen måske er forvirrede over de mange forskellige informationer om kost, de møder i deres dagligdag, og derfor mister interessen for at ændre kostvaner (16, 22).

Kommunale indsatser kan være med til at påvirke befolkningens kostmønster i en positiv retning. Sundhedsstyrelsen anbefaler i *Forebyggelsespakke – Mad og Måltider*, at kommunerne iværksætter indsatser for borgerne om sund mad og måltider, som involverer indsatsområderne: *rammer, tilbud og tidlig opsporing samt information og undervisning* (23). I forhold til indsatsområdet *rammer* anbefales det blandt andet at oprette handleplaner for mad og måltider i skolerne, mens det under indsatsområdet *tilbud og tidlig opsporing* anbefales at sætte fokus på sund mad og måltidsvaner i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg hos ældre. Under indsatsområdet *information og undervisning* fremhæves det, at kommunerne bør informere borgerne om sund mad og livsstil, eksempelvis på kommunens hjemmeside. Fødevarestyrelsen har desuden oprettet hjemmesiden www.altomkost.dk, hvor aktuel viden om mad, måltider og motion er samlet med henblik på at guide borgerne. På hjemmesiden findes information om de officielle kostråd, idéer til en sund hverdag og opskrifter, ligesom der kan indhentes information om nøglehuls- og måltidsmærket.

Måling af befolkningens kostmønster

I dette kapitel beskrives befolkningens kostvaner ved hjælp af en kostscore, der er udviklet ved Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed og Afdeling for Klinisk Epidemiologi, Region Hovedstaden (24). Kostscoren giver et samlet mål for kostens kvalitet. Den bygger på 24 spørgsmål om spisevaner opdelt på fire kostkomponenter: frugt, grønt, fisk og fedt. På baggrund af indtaget af de fire kostkomponenter er der konstrueret et samlet mål for kostens kvalitet, hvor det er muligt at score mellem 0 og 8 point. På baggrund

af dette inddeles befolkningen i personer, der har 1) et sundt kostmønster, 2) et kostmønster med sunde og usunde elementer og 3) et usundt kostmønster.

- *Sundt kostmønster (6-8 point)* består generelt af sunde kostvaner, typisk med et moderat til højt indtag af frugt, grønt og fisk samt et lavt til moderat indtag af fedt – især mættet fedt. Gruppen med et sundt kostmønster er kendetegnet ved, at de følger flere af Fødevarestyrelsens kostråd, hvorfor der i et forebyggelsesperspektiv ikke er behov for forbedring af kostvanerne.
- *Kostmønster med sunde og usunde elementer (3-5 point)* består af både sunde og usunde kostvaner, typisk med et lavt til moderat indtag af frugt, grønt og fisk samt et moderat til højt indtag af fedt – især mættet fedt. Gruppen med et kostmønster med sunde og usunde elementer er kendetegnet ved, at de følger nogle af Fødevarestyrelsens kostråd, men at der samtidig er plads til forbedringer af kostvanerne.
- *Usundt kostmønster (0-2 point)* består generelt af meget usunde kostvaner, typisk med et lavt indtag af frugt, grønt og fisk samt et højt indtag af fedt – især mættet fedt. Gruppen med et usundt kostmønster er kendetegnet ved, at de følger få eller ingen af Fødevarestyrelsens kostråd, hvorfor der er et stort behov for forbedringer af kostvanerne.

Den overordnede udvælgelse af de fire kostkomponenter samt konstrueringen af pointsystemet til kostscoren er foretaget ud fra ernærings- og sundhedsmæssige overvejelser i relation til udvikling af hjerte-kar-sygdomme (24). Kostscoren afspejler således ikke, om kostmønsteret er hensigtsmæssigt i forhold til forebyggelse af andre kostrelaterede sygdomme. Dog vil et kostmønster, der forebygger hjerte-kar-sygdomme, til dels også virke forebyggende på overvægt og andre livsstilsrelaterede sygdomme.

De forskellige kostråd i kombination med ernæringsmæssige overvejelser danner grundlag for målingen af de enkelte kostkomponenter. Eksempelvis ses det i forhold til brug af fedtstof på brød og i madlavning, at det er overvejelser omkring fedtsyresammensætningen i de enkelte typer fedtstoffer, der danner grundlag for den pointfordeling, der anvendes i kostscoren. Dertil er det udvalgte kostråd (mindst 600 gram frugt og grønt

per dag; mindst 300 gram fisk om ugen), der danner grundlag for pointfordelingen for frugt, grøntsager som tilbehør, fisk til aften og fiskepålæg. Det skal dog nævnes, at der siden kostscorens udvikling er kommet nye kostråd (16), hvor det anbefalede indtag af fisk er sat op til 350 gram per uge, ligesom den summerede kostscore ikke direkte opgør, hvor mange der lever op til Fødevarerstyrelsens anbefalinger for eksempelvis indtag af frugt og grønt.

I det følgende belyses befolkningens kostvaner. Der sættes fokus på, hvor stor en andel af befolkningen i Region Midtjylland som har et usundt kostmønster. Andelen med usundt kostmønster beskrives i forhold til køn, alder, sociale forhold og geografi. Derudover sættes der fokus på kostmønster i forhold til de fire kostkomponenter: frugt, grønt, fisk og fedt. I kapitlet er der desuden en beskrivelse af personer, der gerne vil spise mere sundt, og befolkningens eget syn på egne kostvaner. Herudover beskrives det, i hvilket omfang borgerne i Region Midtjylland har modtaget råd om at ændre kostvaner fra egen læge.

Foruden de spørgsmål, der er relateret til kostscoren, anvendes følgende spørgsmål til at belyse befolkningens motivation for at spise mere sundt:

- Vil du gerne spise mere sundt?
- Hvordan vurderer du dine kostvaner alt i alt?
- Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at ændre dine kostvaner?

Hvor mange har et usundt kostmønster?

Figur 5.1 viser, at andelen med et usundt kostmønster er 15 %. Dertil viser figuren, at andelen med et kostmønster med sunde og usunde elementer er 69 %, og at andelen med et sundt kostmønster er 16 %.

Figur 5.2-5.5 viser befolkningens kostmønster for de enkelte kostkomponenter: frugt, grønt, fisk og fedt.

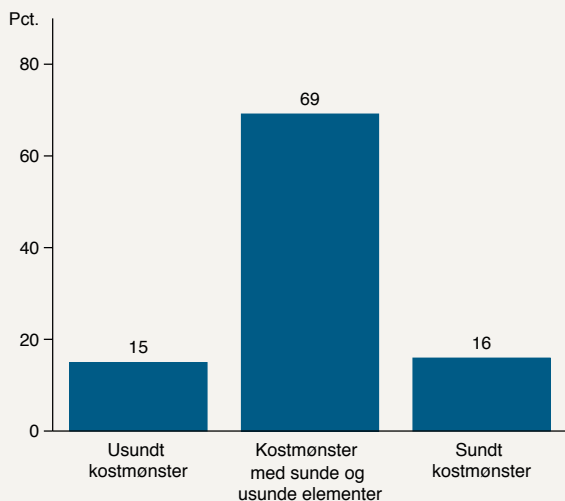
Fordelingen for de fire kostkomponenter følger i store træk fordelingen i den samlede kostscore. Dermed er andelen med et kostmønster med sunde og usunde elementer dominerende for alle fire kostkomponenter. Den største andel med et sundt kostmønster findes for grønt, hvor hver fjerde har et højt indtag af grøntsager, mens den mindste andel med et sundt kostmønster findes for fedt.

► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen med et usundt kostmønster fra 12 % til 15 %. Se [figur 5.1.S i bind 2](#). Denne stigning dækker især over, at der er en større andel, der spiser for lidt frugt. Se [figur 5.2.S-5.5.S i bind 2](#). ◀

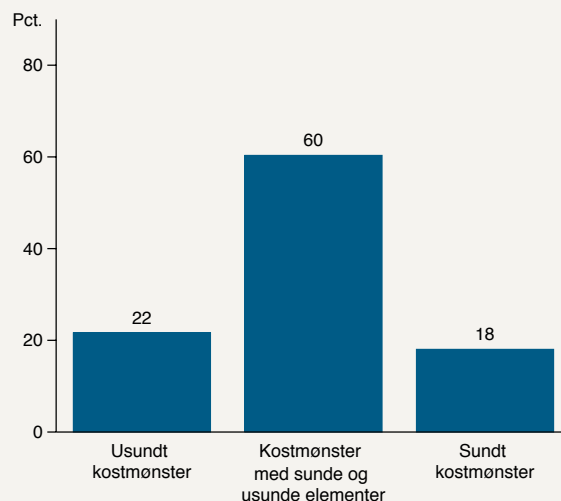
► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen med et usundt kostmønster fra 13 % til 15 %. Se [figur 5.1.S i bind 2](#). Denne stigning dækker især over, at der er en større andel, der spiser for lidt frugt. Se [figur 5.2.S-5.5.S i bind 2](#). ◀

Figur 5.1, 5.2, 5.3, 5.4 og 5.5
Kostmønstre

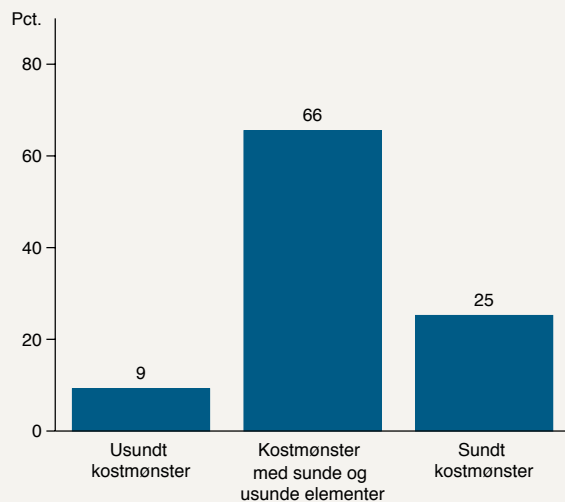
Figur 5.1
Det samlede kostmønster vurderet ved kostscoren



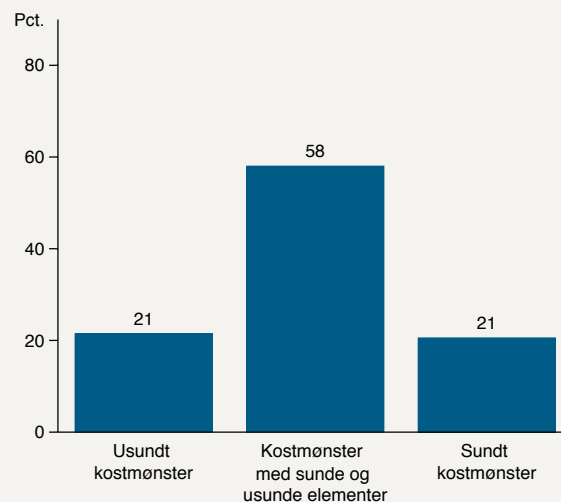
Figur 5.2
Kostmønster i forhold til frugt



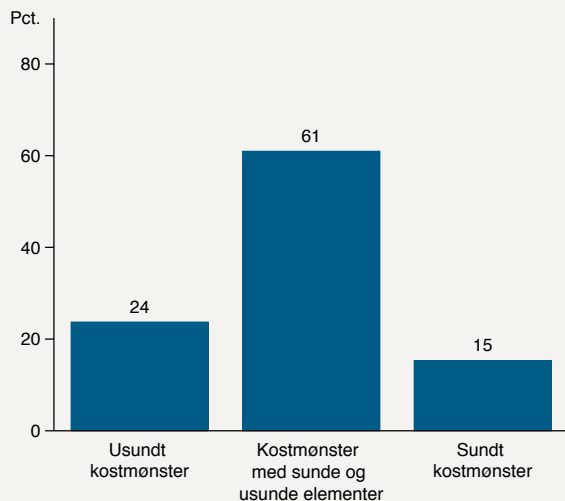
Figur 5.3
Kostmønster i forhold til grønt



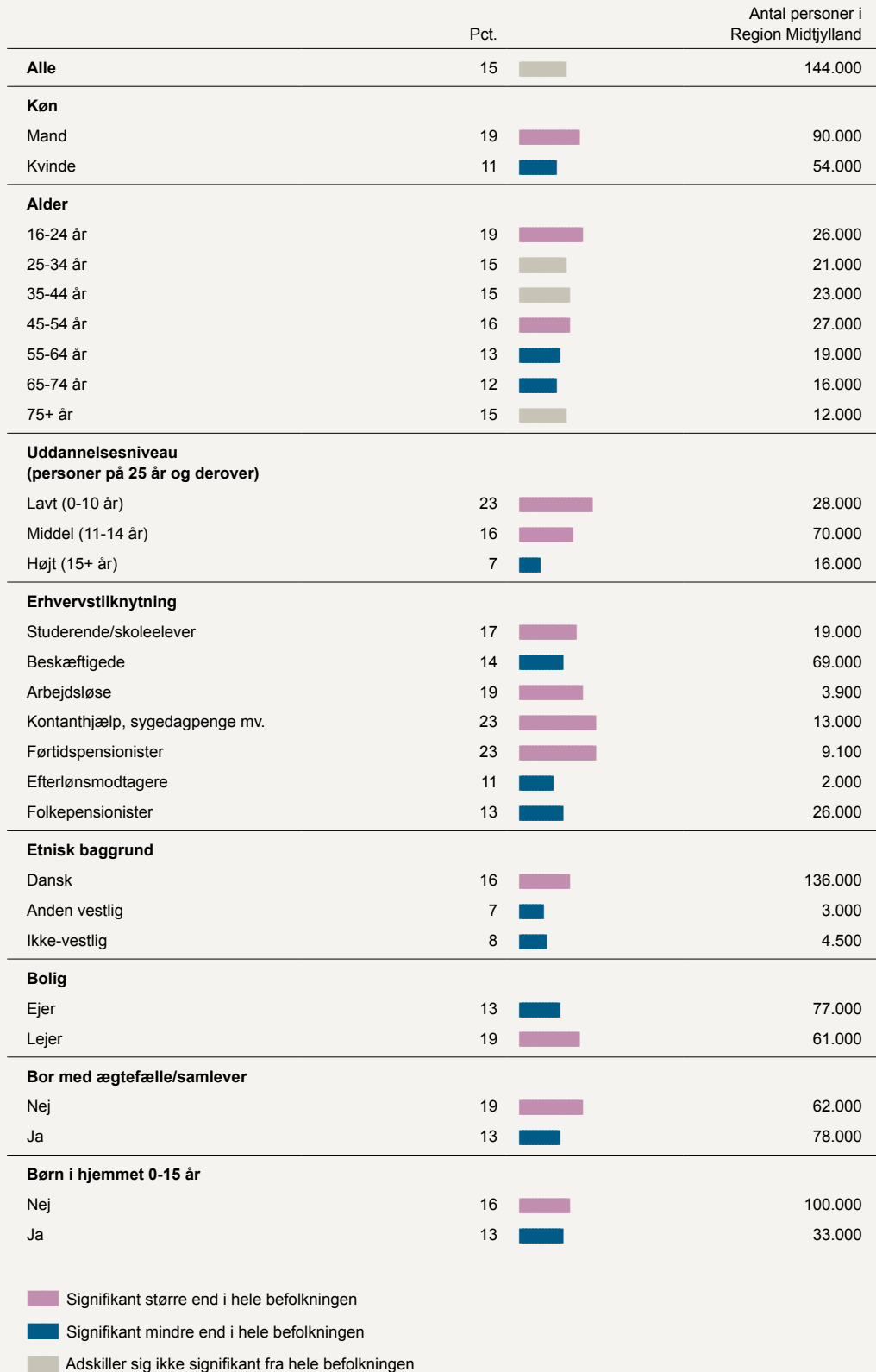
Figur 5.4
Kostmønster i forhold til fisk



Figur 5.5
Kostmønster i forhold til fedt



Figur 5.6
Usundt kostmønster – køn, alder og sociale forhold



Usundt kostmønster – køn, alder og sociale forhold

Af figur 5.6 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med et usundt kostmønster blandt følgende grupper:

- Mænd
- Personer i alderen 16-24 år og 45-54 år
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med dansk baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. Der er en væsentlig større andel mænd end kvinder med et usundt kostmønster.

Alder. De største andele med et usundt kostmønster er blandt de 16-24-årige og de 45-54-årige, og de mindste andele ses blandt de 55-74-årige.

Uddannelsesniveau. Andelen med et usundt kostmønster falder med et stigende uddannelsesniveau. Således er der 23 % blandt personer med lavt uddannelsesniveau, der har et usundt kostmønster, hvorimod dette kun gælder for 7 % blandt de højtuddannede.

Erhvervstilknytning. De største andele med et usundt kostmønster er blandt studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister. De mindste andele med et usundt kostmønster findes blandt beskæftigede, efterlønsmodtagere og folkepensionister.

Etnisk baggrund. Andelen med et usundt kostmønster er størst blandt personer med dansk baggrund. De mindste andele med et usundt kostmønster er blandt personer med anden vestlig baggrund end dansk og blandt personer med ikke-vestlig baggrund.

Bolig. En større andel personer, der bor i lejebolig, har et usundt kostmønster, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig.

Bor med ægtefælle/samlever. En større andel personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever,

har et usundt kostmønster, end det er tilfældet for personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

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

► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen med et usundt kostmønster blandt både mænd og kvinder, personer i alderen 16-24 år og 35-64 år og på tværs af uddannelsesniveau, men med den største stigning blandt personer med lavt uddannelsesniveau. Se figur 5.6.S i bind 2. ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen med et usundt kostmønster blandt både mænd og kvinder samt blandt personer i alderen 16-54 år og på tværs af uddannelsesniveau. Se figur 5.6.S i bind 2. ◀

Usundt kostmønster i forhold til frugt, grønt, fisk og fedt – køn, alder og sociale forhold

Figur 5.7 viser andelen med et usundt kostmønster set i forhold til de fire kostkomponenter: frugt, grønt, fisk og fedt.

Frugt. Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der spiser for lidt frugt, blandt følgende grupper:

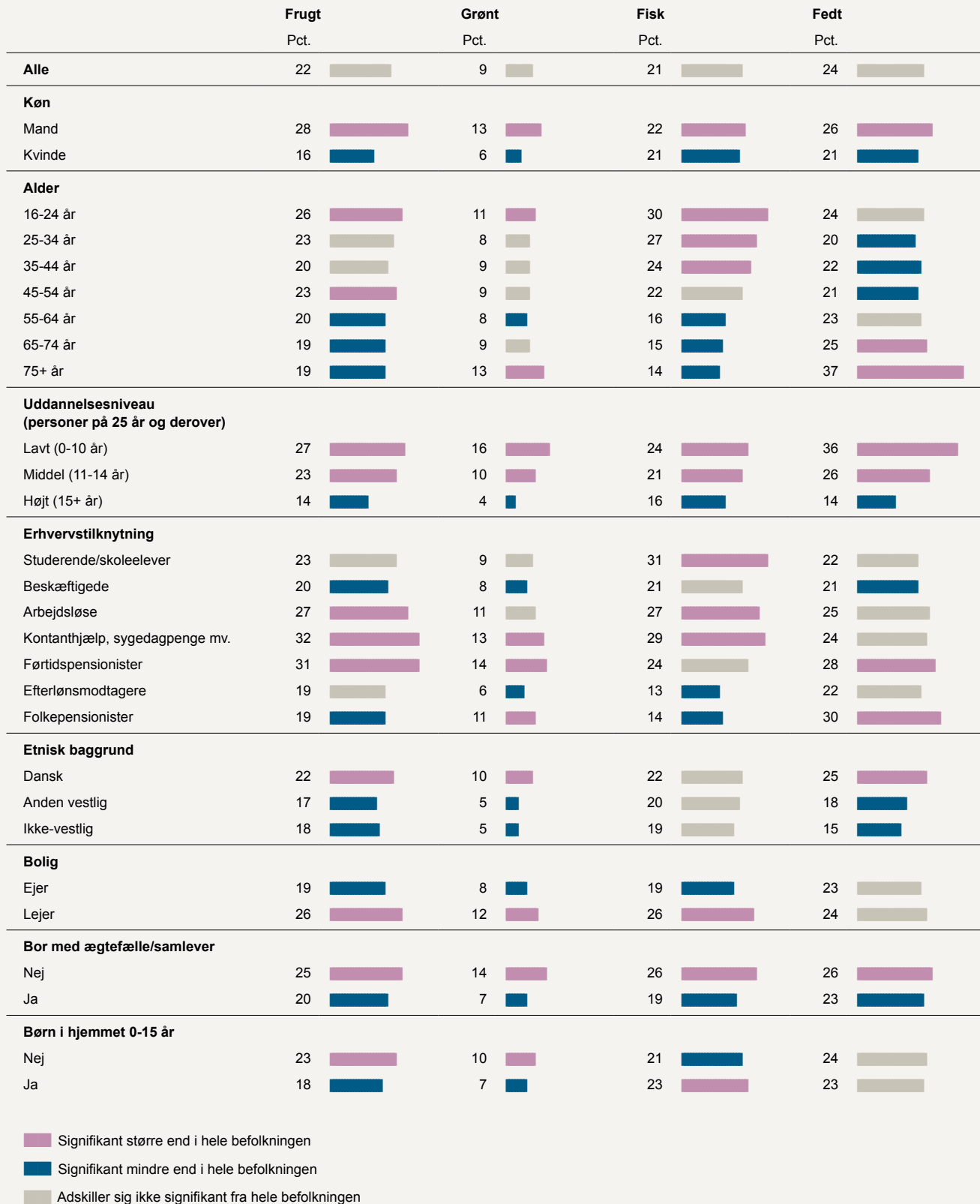
- Mænd
- Personer i alderen 16-24 år og 45-54 år
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med dansk baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Grønt. Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der spiser for lidt grøntsager, blandt følgende grupper:

- Mænd
- Personer i alderen 16-24 år og personer på 75 år eller derover

Figur 5.7

Usundt kostmønster i forhold til frugt, grønt, fisk og fedt – køn, alder og sociale forhold



- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister
- Personer med dansk baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Fisk. Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der spiser for lidt fisk, blandt følgende grupper:

- Mænd
- Personer i alderen 16-44 år
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, arbejdsløse og modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv.
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer med børn i hjemmet

Fedt. Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der spiser for meget fedt, blandt følgende grupper:

- Mænd
- Personer på 65 år eller derover
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Førtidspensionister og folkepensionister
- Personer med dansk baggrund
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever

Køn. Der er en større andel mænd end kvinder, der for alle fire kostkomponenter har et usundt kostmønster. Den største forskel på mænd og kvinder ses for frugt og grønt, mens den mindste forskel ses for fisk.

Alder. Blandt de 16-24-årige er andelen med et usundt kostmønster større for både frugt, grønt og fisk sammenlignet med andelen i hele befolkningen. Blandt personer på 75 år eller derover ses det, at andelen med et usundt kostmønster for både grønt og fedt er større sammenlignet med andelen i hele befolkningen. Blandt personer i alderen 55-74 år ses det, at andelen med et usundt kostmønster for alle fire kostkomponenter er mindre eller tilsvarende andelen i hele befolkningen, bortset fra andelen, der spiser for meget fedt, hvor andelen blandt personer i alderen 65-74 år er større end i hele befolkningen. Andelen, der spiser for lidt fisk, falder med stigende alder.

Uddannelsesniveau. Andelen med et usundt kostmønster falder med stigende uddannelsesniveau. Dette gælder for alle fire kostkomponenter.

Erhvervstilknytning. Andelen med et usundt kostmønster for *frugt* er størst blandt arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister, mens andelen, der spiser for lidt frugt, er mindst blandt beskæftigede og folkepensionister. Andelen med et usundt kostmønster for *grønt* er størst blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister, mens andelen, der spiser for lidt grøntsager, er mindst blandt beskæftigede og efterlønsmodtagere. Andelen med et usundt kostmønster for *fisk* er størst blandt studerende/skoleelever, arbejdsløse og modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., mens andelen, der spiser for lidt fisk, er mindst blandt efterlønsmodtagere og folkepensionister. Andelen med et usundt kostmønster for *fedt* er størst blandt førtidspensionister og folkepensionister, mens andelen, der spiser for meget fedt, er mindst blandt beskæftigede.

Etnisk baggrund. Andelen med et usundt kostmønster for både frugt, grønt og fedt er størst blandt personer med dansk baggrund. Der er ingen sammenhæng mellem etnisk baggrund og usundt kostmønster for fisk.

Bolig. En større andel blandt personer, der bor i lejebolig, har et usundt kostmønster for både frugt, grønt og fisk, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig. Der er ingen sammenhæng mellem boligtype og usundt kostmønster for fedt.

Bor med ægtefælle/samlever. En større andel blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, har et usundt kostmønster for alle fire kostkomponenter, end det er tilfældet for personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

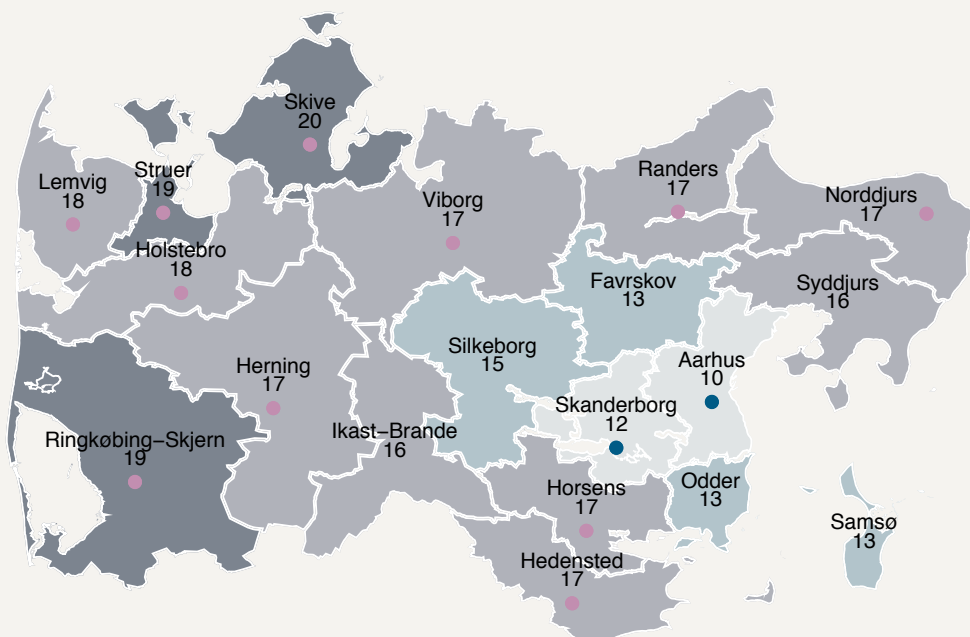
Børn i hjemmet. En større andel blandt personer, der ikke har børn i hjemmet, har et usundt kostmønster for frugt og grønt, end det er tilfældet for personer, der har børn i hjemmet. Omvendt er der en større andel personer med børn i hjemmet, der har et usundt kostmønster for fisk, end det er tilfældet for personer uden børn i hjemmet. Der er ingen sammenhæng mellem, hvorvidt der er børn i hjemmet eller ej og et usundt kostmønster for fedt.

Figur 5.8

Usundt kostmønster – kommuner

	Pct.		Antal personer i kommunerne
Skive	20	■	6.800
Struer	19	■	3.000
Ringkøbing-Skjern	19	■	7.700
Holstebro	18	■	7.600
Lemvig	18	■	2.800
Horsens	17	■	11.000
Randers	17	■	13.000
Norddjurs	17	■	5.000
Viborg	17	■	12.000
Hedensted	17	■	5.700
Herning	17	■	11.000
Syddjurs	16	■	5.000
Ikast-Brande	16	■	4.700
Silkeborg	15	■	9.800
Odder	13	■	2.200
Samsø	13	■	400
Favrskov	13	■	4.400
Skanderborg	12	■	5.200
Aarhus	10	■	26.000
Region Midtjylland	15	■	144.000

- Signifikant større end i Region Midtjylland
- Signifikant mindre end i Region Midtjylland
- Adskiller sig ikke signifikant fra Region Midtjylland



Usundt kostmønster – kommuner

Figur 5.8 viser, at andelen med usundt kostmønster varierer mellem kommunerne fra 10 % i Aarhus til 20 % i Skive.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel med usundt kostmønster i følgende kommuner:

- Skive
- Struer
- Ringkøbing-Skjern
- Holstebro
- Lemvig
- Horsens
- Randers
- Norddjurs
- Viborg
- Hedensted
- Herning

I disse kommuner varierer andelen fra 17 % til 20 %.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel med usundt kostmønster i følgende kommuner:

- Skanderborg
- Aarhus

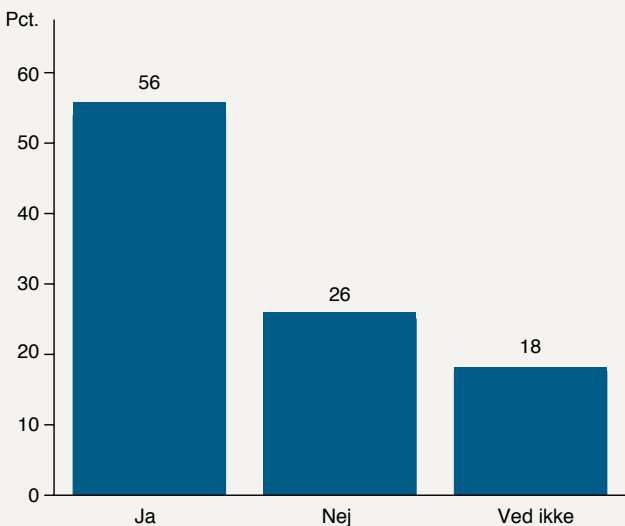
I disse kommuner varierer andelen fra 10 % til 12 %.

► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen med usundt kostmønster i Ringkøbing-Skjern, Holstebro, Viborg, Silkeborg, Syddjurs, Lemvig, Horsens, Aarhus og Herning. Stigningen varierer fra 2 % i Aarhus til 5 % i Holstebro og Lemvig. Se [figur 5.7.S i bind 2](#). ◀

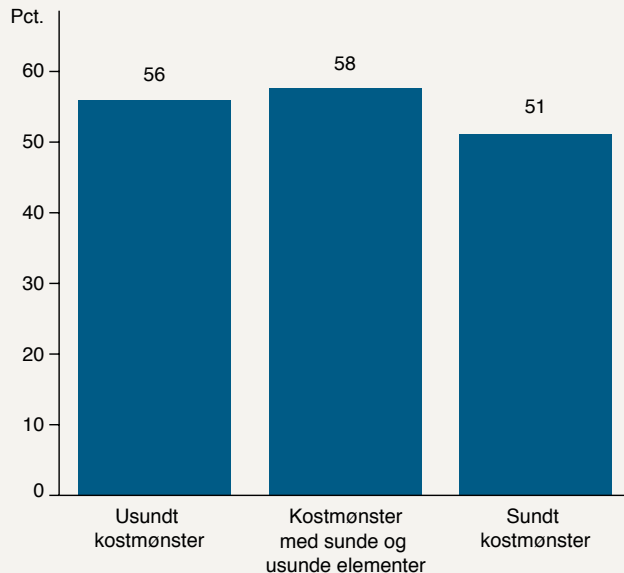
► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen med usundt kostmønster i Ringkøbing-Skjern, Holstebro, Odder, Viborg, Silkeborg, Syddjurs og Aarhus. Stigningen varierer fra 2 % i Aarhus til 5 % i Ringkøbing-Skjern. Se [figur 5.7.S i bind 2](#). ◀

Figur 5.9, 5.10 og 5.11
 Ønsker at spise mere sundt og selvvalgte kostvaner

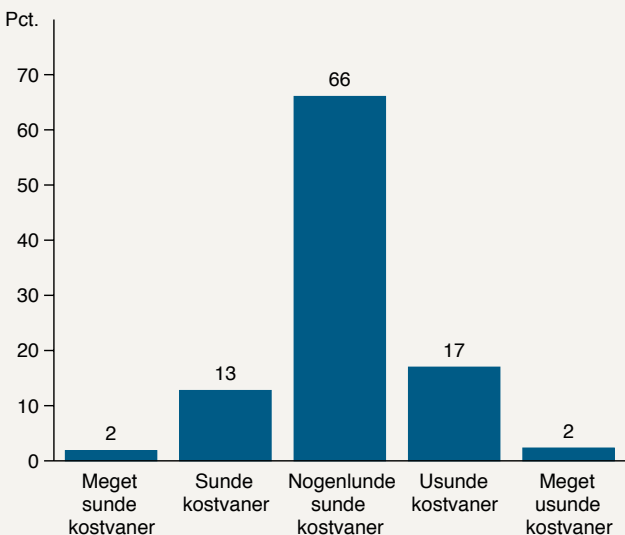
Figur 5.9
 Vil du gerne spise mere sundt?



Figur 5.10
 Andel, der gerne vil spise mere sundt – i forhold til kostmønster



Figur 5.11
 Selvvalgte kostvaner blandt personer med usundt kostmønster



Hvor mange vil gerne spise mere sundt?

Figur 5.9 viser, at mere end halvdelen af befolkningen (56 %) gerne vil spise mere sundt. Der er 26 %, der ikke ønsker at spise mere sundt, og 18 %, der ikke ved, om de gerne vil spise mere sundt.

Af figur 5.10 fremgår det, at andelen, der gerne vil spise mere sundt, blandt personer med usundt kostmønster er 56 %, mens 58 % med et kostmønster med sunde og usunde elementer gerne vil spise mere sundt. Blandt personer med et sundt kostmønster vil 51 % gerne spise mere sundt. Der er dermed ikke en stærk sammenhæng mellem kostmønster og ønsket om at spise mere sundt, omend andelen, der gerne vil spise mere sundt, er lidt større blandt personer med et kostmønster med sunde og usunde elementer og tilsvarende lidt mindre blandt personer med et sundt kostmønster.

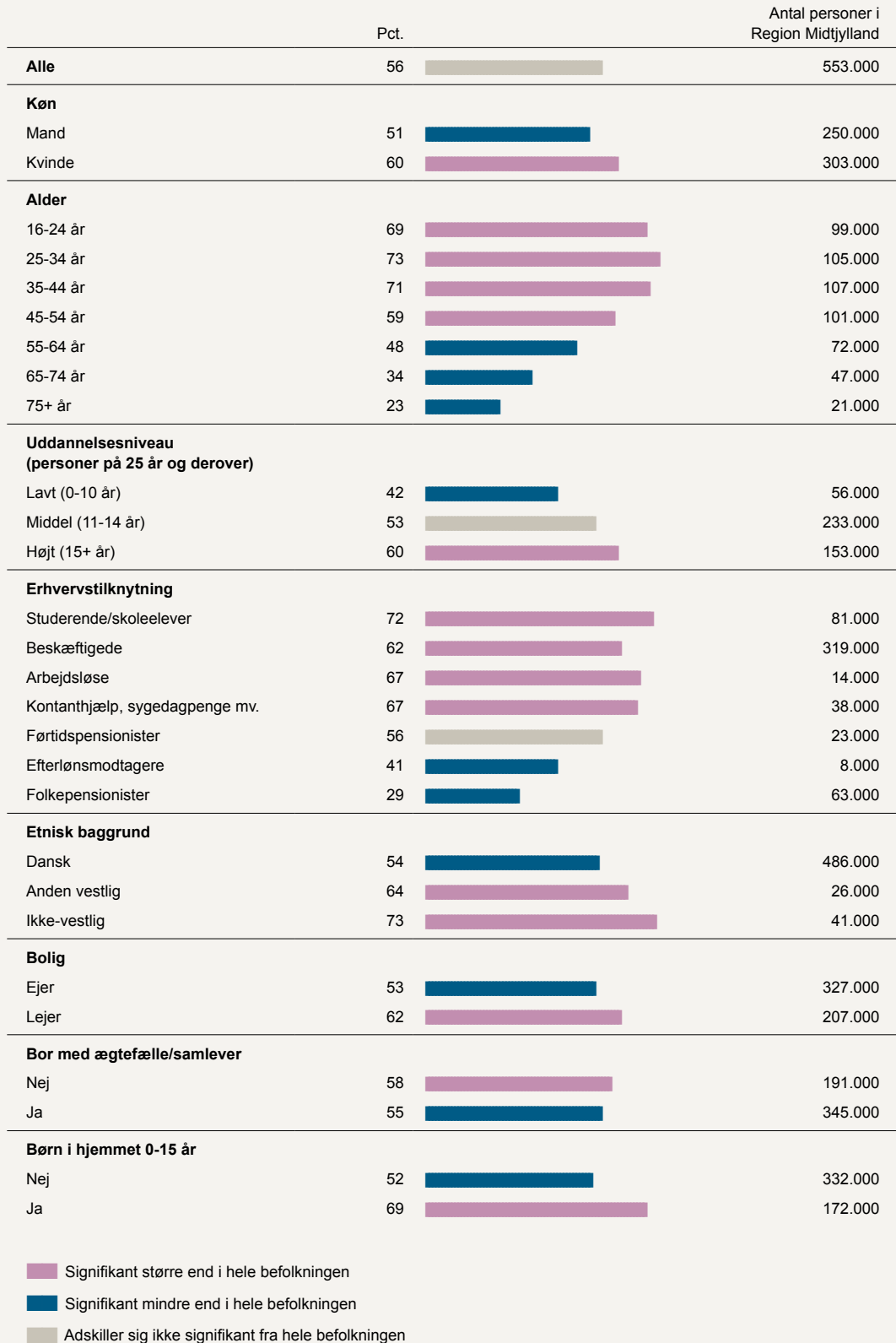
Det ses af figur 5.11, at der blandt personer med et usundt kostmønster kun er henholdsvis 17 % og 2 %, der vurderer, at deres kostvaner er usunde eller meget usunde. Der er 66 %, som vurderer, at deres kostvaner er nogenlunde sunde, mens 13 % og 2 % vurderer, at deres kostvaner er sunde eller meget sunde. Det kan tages som udtryk for manglende viden om, hvad der er sunde kostvaner, og dermed en manglende evne til at vurdere, om ens egne kostvaner er sunde eller ej.

► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 er der sket et lille fald i andelen, der ønsker at spise mere sundt, mens der er sket en lille stigning i andelen, der gerne vil spise mere sundt, blandt personer med usundt kostmønster. Se [figur 5.8.S-5.9.S i bind 2.](#) ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 er der sket en lille stigning i andelen, der ønsker at spise mere sundt, ligesom der er sket en lille stigning i andelen, der gerne vil spise mere sundt, blandt personer med usundt kostmønster. Se [figur 5.8.S-5.9.S i bind 2.](#) ◀

Figur 5.12

Vil gerne spise mere sundt – køn, alder og sociale forhold



Vil gerne spise mere sundt – køn, alder og sociale forhold

Af figur 5.12 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der gerne vil spise mere sundt, i følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 16-54 år
- Personer med højt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, beskæftigede, arbejdsløse og modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv.
- Personer med anden vestlig baggrund end dansk og personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejlighed
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer med børn i hjemmet

Køn. Der er en større andel af kvinder end mænd, der gerne vil spise mere sundt.

Alder. De største andele, der gerne vil spise mere sundt, er blandt de 16-54-årige, og de mindste andele er blandt personer på 55 år eller derover.

Uddannelsesniveau. Andelen, der gerne vil spise mere sundt, er størst blandt personer med et højt uddannelsesniveau og mindst blandt personer med et lavt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. De største andele, der gerne vil spise mere sundt, er blandt studerende/skoleelever, beskæftigede, arbejdsløse og modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. De mindste andele, der gerne vil spise mere sundt, er blandt efterlønsmodtagere og folkepensionister.

Etnisk baggrund. Andelene, der gerne vil spise mere sundt, er størst blandt personer med anden vestlig baggrund end dansk eller ikke-vestlig baggrund. Den mindste andel findes blandt personer med dansk baggrund.

Bolig. En større andel blandt personer, der bor i lejlighed, vil gerne spise mere sundt, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig.

Bor med ægtefælle/samlever. En større andel blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, vil gerne spise mere sundt, end det er tilfældet

for personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. En større andel blandt personer med børn i hjemmet vil gerne spise mere sundt, end det er tilfældet for personer uden børn i hjemmet.

► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 har der været et fald i andelen, der gerne vil spise mere sundt, blandt kvinder, personer på 75 år eller derover og blandt personer med et lavt og midelhøjt uddannelsesniveau. Se figur 5.10.S i bind 2. ◀

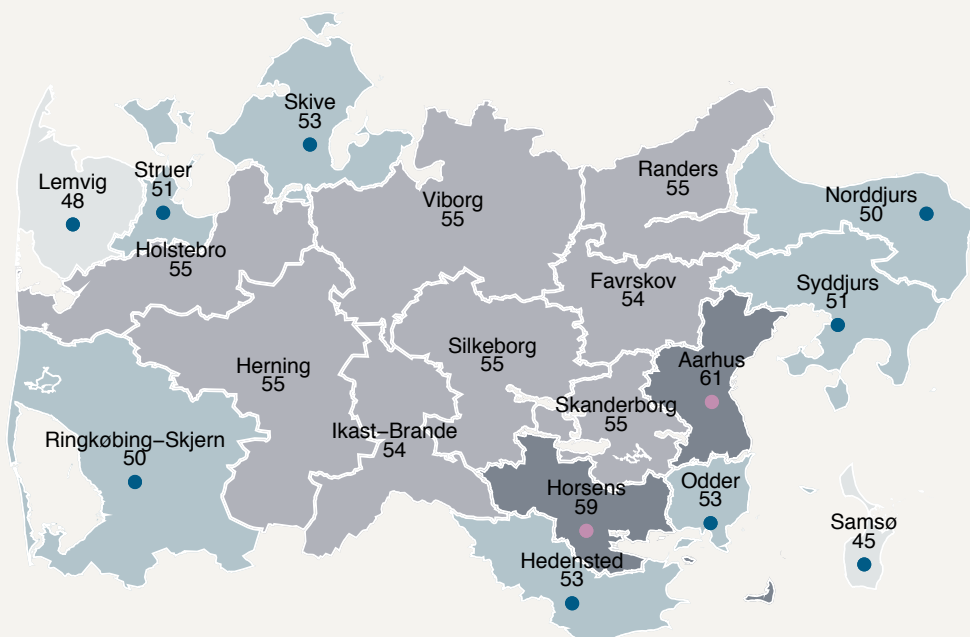
► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen, der gerne vil spise mere sundt, blandt mænd og personer i alderen 35-44 år og 55-74 år. Se figur 5.10.S i bind 2. ◀

Figur 5.13

Vil gerne spise mere sundt – kommuner

	Pct.		Antal personer i kommunerne
Aarhus	61	■	157.000
Horsens	59	■	39.000
Viborg	55	■	40.000
Skanderborg	55	■	24.000
Silkeborg	55	■	38.000
Holstebro	55	■	24.000
Herning	55	■	37.000
Randers	55	■	42.000
Ikast-Brande	54	■	17.000
Favrskov	54	■	18.900
Hedensted	53	■	18.000
Odder	53	■	8.900
Skive	53	■	19.000
Syddjurs	51	■	17.000
Struer	51	■	8.400
Ringkøbing-Skjern	50	■	22.000
Norddjurs	50	■	15.000
Lemvig	48	■	7.600
Samsø	45	■	1.400
Region Midtjylland	56	■	553.000

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



Vil gerne spise mere sundt – kommuner

Figur 5.13 viser, at andelen, der gerne vil spise mere sundt, varierer mellem kommunerne fra 45 % på Samsø til 61 % i Aarhus.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel, der gerne vil spise mere sundt, i følgende kommuner:

- Aarhus
- Horsens

I disse kommuner varierer andelen fra 59 % til 61 %.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel, der gerne vil spise mere sundt, i følgende kommuner:

- Hedensted
- Odder
- Skive
- Syddjurs
- Struer
- Ringkøbing-Skjern
- Norddjurs
- Lemvig
- Samsø

I disse kommuner varierer andelen fra 45 % til 53 %.

► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 er der sket et fald i andelen, der gerne vil spise mere sundt, i Norddjurs kommune. Se [figur 5.11.S i bind 2.](#) ◀

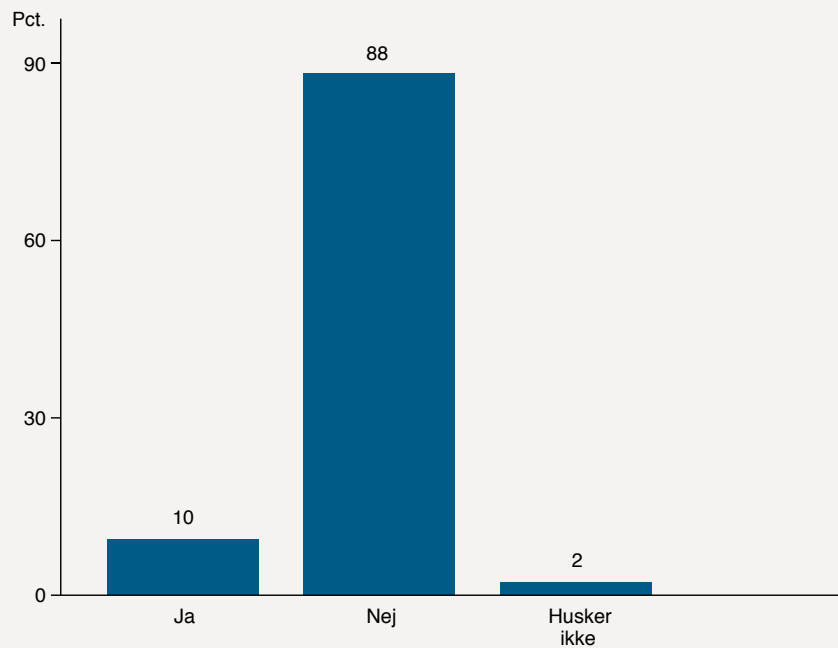
► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen, der gerne vil spise mere sundt, i Ikast-Brandø kommune. Se [figur 5.11.S i bind 2.](#) ◀

Figur 5.14 og 5.15

Rådgivning fra egen læge om at ændre kostvaner

Figur 5.14

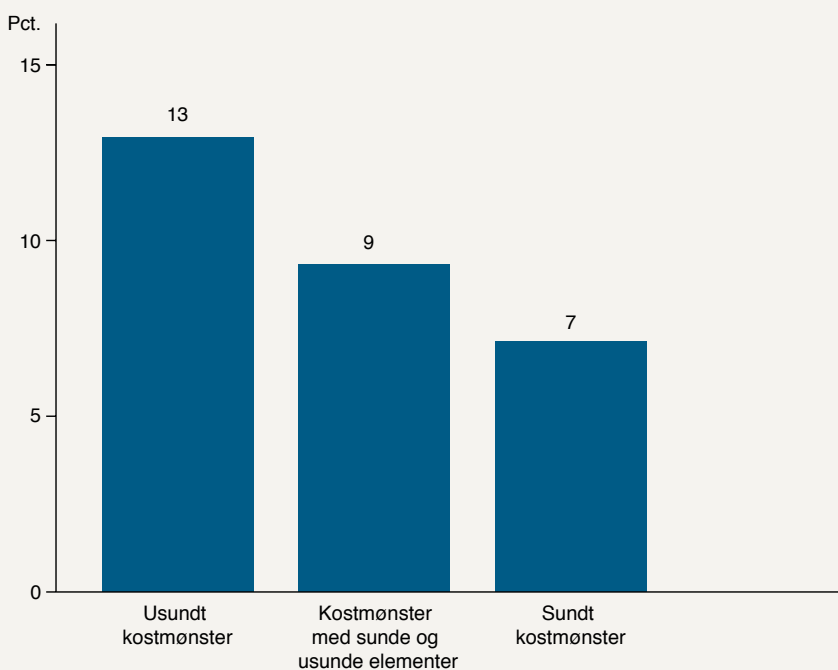
Har du fået råd fra egen læge om at ændre kostvaner?



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

Figur 5.15

Andel, der har modtaget råd fra egen læge om at ændre kostvaner – i forhold til kostmønster



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

Råd fra egen læge om at ændre kostvaner

Figur 5.14 viser, at 10 % af befolkningen, der har været ved egen læge inden for de seneste 12 måneder, er blevet rådet til at ændre kostvaner.

Af figur 5.15 fremgår det, at der er en sammenhæng mellem råd fra egen læge om at ændre kostvaner og det faktiske kostmønster, således at personer med usundt kostmønster i højere grad er blevet rådet af egen læge til at ændre kostvaner. Det er imidlertid kun en mindre andel inden for alle grupper, der har modtaget kostråd fra egen læge. Således er 13 % med et usundt kostmønster blevet rådet til at ændre kostvaner, mens 9 % med et kostmønster med sunde og usunde elementer og 7 % med et sundt kostmønster er blevet rådet til at ændre kostvaner.

► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 har der været et lille fald i andelen, der i løbet af de seneste 12 måneder er blevet rådet til at ændre kostvaner af egen læge. Se [figur 5.12.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 har der ikke været nogen ændring i, hvor stor en andel der i løbet af de seneste 12 måneder er blevet rådet til at ændre kostvaner af egen læge. Se [figur 5.12.S i bind 2](#). ◀

Sammenfatning

Andelen med et usundt kostmønster i Region Midtjylland er 15 %. Der har været en stigning i andelen med usundt kostmønster i perioden 2010 til 2017 fra 12 % til 15 % og i perioden 2013 til 2017 fra 13 % til 15 %. Andelen af personer med usundt kostmønster i forhold til frugt, fisk og fedt er ligeledes steget i perioden fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 – særlig stor er stigningen for frugt. Andelen med usundt kostmønster i forhold til grønt er stagneret.

Der er en stærk sammenhæng mellem usundt kostmønster og køn, alder og sociale forhold. Eksempelvis er andelen med usundt kostmønster markant større blandt mænd end kvinder – også set i forhold til de fire kostkomponenter. Andelen med usundt kostmønster varierer ligeledes betydeligt efter alder, uddannelsesniveau og tilknytning til arbejdsmarkedet – også set i forhold til de fire kostkomponenter. Eksempelvis ses det, at især unge generelt spiser for lidt fisk, mens personer med et lavt uddannelsesniveau får for meget fedt.

Det ses, at befolkningen generelt ønsker at spise mere sundt, idet over halvdelen af befolkningen angiver, at de ønsker at spise mere sundt. Desværre ses der ikke nogen sammenhæng mellem at have et usundt kostmønster og ønsket om at spise mere sundt.

Slutteligt ses der en sammenhæng mellem råd fra egen læge om at ændre kostvaner og det faktiske kostmønster, således at personer med et usundt kostmønster i højere grad bliver rådet af lægen til at ændre kostvaner end personer, der spiser sundt.

Referencer

1. Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F. Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. Statens Institut for Folkesundhed 2007.
2. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* 2012;380(9859):2224-2260.
3. Mozaffarian D. Dietary and Policy Priorities for Cardiovascular Disease, Diabetes, and Obesity – A Comprehensive Review. *Circulation* 2016;133(2):187-225.
4. Imamura F, O'Connor L, Ye Z, Mursu J, Hayashino Y, Bhupathiraju SN, et al. Consumption of sugar-sweetened beverages, artificially sweetened beverages, and fruit juice and incidence of type 2 diabetes: a systematic review, meta-analysis, and estimation of population attributable fraction. *The BMJ* 2015;351(h3576).
5. Popkin BM, Adair LS, Ng SW. Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. *Nutr Rev* 2012;70(1):3-21.
6. Schwingshackl L, Schwedhelm C, Hoffmann G, Lampousi A, Knüppel S, Iqbal K, et al. Food groups and risk of all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *The American Journal of Clinical Nutrition* 2017.
7. World Health Organisation. Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. WHO 2003.
8. Hooper L, Summerbell CD, Thompson R, Sills D, Roberts FG, Moore H, et al. Reduced or modified dietary fat for preventing cardiovascular disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011;6(7).
9. Kontogianni MD, Panagiotakos DB. Dietary patterns and stroke: A systematic review and re-meta-analysis. *Maturitas* 2014. September 2014;79(1):41-47.

10. Yang Q, Zhang Z, Gregg EW, Flanders WD, Merritt R, Hu FB. Added Sugar Intake and Cardiovascular Diseases Mortality Among US Adults. *JAMA Intern Med* 2014;174(4):516-524.
11. Chrysohoou C, Stefanadis C. Longevity and Diet. Myth or pragmatism? *Maturitas* 2013. December 2013;76(4):303-307.
12. Drewnowski A. Obesity, diets, and social inequalities. *Nutr Rev* 2009;67:S36-S39.
13. Cohen K, Rai M, Rehkopf DH, Abrams B. Educational attainment and obesity: a systematic review. *Obesity Reviews* 2013;25(16):1-17.
14. Irala-Estevez JD, Groth MV, Johansson L, Oltersdorf U, Prattala R, Martinez-Gonzalez M. A systematic review of socio-economic differences in food habits in Europe: consumption of fruit and vegetables. *European Journal of Clinical Nutrition*; 2000;54(9):706-714.
15. Pedersen AN, Christensen T, Matthiesen J, Knudsen VK, Rosenlund-Sørensen M, Biloft-Jensen A, et al. Danskernes kostvaner 2011-2013. DTU Fødevareinstituttet; 2014.
16. Fødearestyrelsen. De Officielle Kostråd. Fødearestyrelsen; 2015.
17. Becker W, Lyhne N, Pedersen AN, Aro A, Fogelholm M, Phorsdottir I, et al. Nordic Nutrition Recommendations 2004 – integrating nutrition and physical activity. *Scandinavian Journal of Nutrition* 2004 01/01;48(4):178-187.
18. Haraldsdóttir J. Næringstofanbefalinger – principper og anvendelse. In: Astrup A, Dyerberg J, Stender S, editors. *Menneskets Ernæring*. 2nd ed. København: Munksgaard; 2008. p. 77-82.
19. Norden. Nordic Nutrition Recommendations 2012. Integrating nutrition and physical activity. Nordic Council of Ministers 2014.
20. Tetens I, Andersen L, B., Astrup A, Gondolf UH, Hermansen K, Jakobsen MU, et al. Evidensgrundlaget for danske råd om kost og fysisk aktivitet. DTU Fødevareinstituttet 2013.
21. Groth MV, Sørensen MR, Biloft-Jensen A, Matthiesen J, Kørup K, Fagt S. Danskernes måltidsvaner, holdninger, motivation og barrierer for at spise sundt 1995-2008. DTU Fødevareinstituttet 2009.
22. Forebyggelseskommissionen. Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats. Forebyggelseskommissionen 2009.
23. Ziebell B, Eriksen K. Forebyggelsespakke: Mad og Måltider. Sundhedsstyrelsen 2012.
24. Toft U, Kristoffersen LH, Lau C, Borch-Johnsen K, Jørgensen T. The Dietary Quality Score: validation and association with cardiovascular risk factors: the Inter99 study. *European Journal of Clinical Nutrition* 2007;61(2):270-278.