

# 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](http://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
<b>SUNDHEDSVANER</b>	<b>29</b>
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

<b>6. OVERVÆGT</b>	<b>140</b>
Hvor mange er overvægtige? .....	142
Hvor mange vil gerne tabe sig? .....	149
Råd fra egen læge om at tabe sig .....	157
<b>FYSISK OG MENTAL SUNDHED</b>	<b>161</b>
<b>7. HELBREDSRELATERET LIVSKVALITET</b>	<b>164</b>
Selvurderet helbred .....	165
Helbredsrelateret livskvalitet .....	172
<b>8. MENTAL SUNDHED OG MENTALT HELBRED</b>	<b>192</b>
Trivsel og livskvalitet .....	198
Stress .....	204
Generet af angst og anspændthed .....	210
Ensomhed .....	216
Depression .....	224
Unge mentale sundhed og mentale helbredsproblemer .....	230
<b>9. KRONISK SYGDOM OG MULTISYGDOM</b>	<b>246</b>
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



<b>ULIGHED I SUNDHED</b>	<b>345</b>
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
<b>BILAG</b>	<b>430</b>





# FYSISK OG MENTAL SUNDHED

Helbredsrelateret livskvalitet .....	164
Mental sundhed og mentalt helbred .....	192
Kronisk sygdom og multisygdom .....	246

## INDLEDNING

Formålet med denne blok er at give en detaljeret beskrivelse af den fysiske og mentale sundhed i befolkningen i Region Midtjylland, som den opleves af borgerne selv.

Det danske sundhedsvæsen er kendt for at have registre af høj kvalitet med oplysninger om diagnoser, medicinordination, dødelighed osv. (1). Der er imidlertid oplysninger om sundhed og sygelighed, der ikke kan hentes ud af registre. Når man skal tegne et samlet billede af, hvordan befolkningen har det, er der brug for at supplere registrenes overvejende kliniske data med oplysninger fra borgerne om selv vurderet helbred, mental sundhed, deres erfaringer som brugere af sundhedsvæsenet mv.

Desuden er der kun oplysninger i registrene om de personer, der har været i kontakt med sundhedsvæsenet. Ønsker man at danne sig et overblik over sundhedstilstanden i hele befolkningen, må man i stedet spørge et repræsentativt udsnit af befolkningen, sådan som det er gjort i *Hvordan har du det?*. Undersøgelsen giver mulighed for at beskrive den fysiske og mentale sundhed i befolkningen i et populationsperspektiv og kan derfor bruges som referencedata ved tilrettelæggelse af sundhedsarbejdet.

Forebyggelse er sammen med behandling og rehabilitering en vigtig del af det gode patientforløb (2). *Hvordan har du det?* indeholder oplysninger om sundhedsvaner hos personer, der har en eller flere kroniske sygdomme, som kan bruges ved planlægningen af disse indsatser.

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

I kapitlet om helbredsrelateret livskvalitet beskrives befolkningens selv vurderede helbred, herunder forekomsten af dårligt selv vurderet helbred i forhold til køn, alder, sociale forhold og geografi. I kapitlet introduceres desuden et mål for helbredsrelateret livskvalitet, SF-12, der kan anvendes både på befolkningsniveau og i det praktiske sundhedsarbejde til indsamling af patientrapporterede oplysninger (PRO). Der præsenteres SF-12-profiler for forskellige socio-demografiske grupper og personer med specifikke risikofaktorer og belastninger.

Kapitlet om mental sundhed og mentalt helbred handler om trivsel og livskvalitet, stress, angst, ensomhed og depression. Den mentale sundhed beskrives i forhold til køn, alder, sociale forhold, geografi samt for en række udvalgte grupper, som har øget risiko for dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer. Endelig indgår en beskrivelse af unges mentale sundhed og mentale helbredsproblemer.

Kapitlet om kronisk sygdom og multisygdom beskriver forekomsten af en række almindelige kroniske sygdomme og to eller flere samtidige sygdomme. Desuden beskrives sundhedsvaner, helbred og livskvalitet, kontakten med sundhedsvæsenet og behandlingsbyrde og sundhedskompetence hos borgere med kronisk sygdom.

## Referencer

1. Venkatraman V, Mani P, Ussing A. Mapping the healthcare data landscape in Denmark. København: Leapcraft; 2015.
2. Sundhed for alle – forebyggelse er en nødvendig investering. København: Danske Regioner; 2017.

## 7. HELBREDSRELATERET LIVSKVALITET

Helbred og livskvalitet er to begreber, der hører tæt sammen. Men at være sund og rask er ikke det samme som at have en god livskvalitet. Et godt helbred er nærmere en ressource, der kan bidrage til en god livskvalitet, ligesom sygdom kan påvirke livskvaliteten i negativ retning (1).

*Livskvalitet* betegner den oplevede følelse af at have et godt liv, og livskvalitet påvirkes dermed af en lang række andre forhold end blot helbredet, såsom boligforhold, arbejdsliv, økonomi, relationer til familie og venner og psykologiske faktorer (positiv selvfølelse, lyst, glæde og velvære mv.) (2, 3).

*Helbredsrelateret livskvalitet* er derimod et mere snævert begreb. Når man taler om helbredsrelateret livskvalitet, sætter man således fokus på de aspekter af livskvaliteten, hvor helbredet spiller en central rolle (4-7), og ser samtidig bort fra andre aspekter af livskvalitet, der kun i mindre grad påvirkes af helbredet.

Ved at måle den helbredsrelaterede livskvalitet kan man tegne et billede af, hvordan befolkningen som helhed eller udvalgte grupper af borgere og patienter opfatter deres helbred, samt hvordan de vurderer, at helbredet påvirker deres trivsel og livsudfoldelse.

Helbredsrelateret livskvalitet er et vigtigt pejlemærke for de udfordringer, sundhedsvæsenet står overfor, samt for kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser. Sundhedsvæsenets indsats kan i sidste ende måles på, om den fremmer den helbredsrelaterede livskvalitet hos borgerne. Det gælder både for de sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter samt for udredning og behandling af sygdomme og efterfølgende rehabilitering.

Formålet med dette kapitel er at beskrive befolkningens helbredsrelaterede livskvalitet. Det gøres ved hjælp af to mål:

- Et enkelt mål for selvvurderet helbred belyst ved spørgsmålet "Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?".
- Et sammensat mål for helbredsrelateret livskvalitet (SF-12), der ved hjælp af ti skalaer beskriver personens fysiske og mentale helbred, og hvorvidt helbredet begrænser udførelsen af dagligdagens gøremål og samkvemmet med andre mennesker.

Begge mål er det, man kalder subjektive helbredsmål. Det første mål bruges først og fremmest til at beskrive befolkningsgrupperes helbredsstatus, sådan som folk selv oplever det, på et overordnet niveau. Målet bruges i første del af kapitlet til at tegne et billede af, hvordan befolkningen har det som helhed, og til at belyse forskelle i helbred imellem grupper opdelt efter køn, alder, sociale forhold og geografi.

Anden del af kapitlet handler om SF-12. SF-12 måler ved hjælp af 12 spørgsmål svarpersonens fysiske og sociale funktionsniveau og mentale trivsel. SF-12 er ikke rettet mod en specifik sygdom og kan derfor bruges til at beskrive helbredsrelateret livskvalitet hos såvel raske som personer i behandling, rehabilitering eller andre sundhedstilbud. SF-12 anvendes både på befolkningsniveau og som PRO-mål (patientrapporterede oplysninger) i det praktiske sundhedsarbejde. SF-12 indgår blandt andet i MoEva, som er Region Midtjyllands værktøj til monitorering og evaluering af patientuddannelser og sundhedstilbud i kommuner og på hospitaler.

SF-12 er ikke så intuitivt forståeligt som det enkle spørgsmål om selvvurderet helbred. Til gengæld giver SF-12 en meget detaljeret beskrivelse af helbredsstatus hos en person eller en gruppe. Brugt på den rigtige måde kan SF-12 dermed bidrage med værdifulde oplysninger, der kan anvendes i det praktiske sundhedsarbejde.

For at udnytte SF-12's informationer kræves der imidlertid en vis forhåndsviden. Man skal eksempelvis kende den begrebslige model, der ligger til grund for måleredskabet, ligesom man skal have kendskab til, hvilke helbredsdimensioner SF-12 måler. Dernæst skal man vide, hvordan man tolker værdierne på SF-12's skalaer, og hvor stor forskellen mellem to skalaværdier skal være, for at det har praktisk eller klinisk betydning. For at kunne bruge SF-12 i praksis kræves der desuden en vis erfaring med at tolke SF-12-profilen for konkrete personer og grupper.

Afsnittet om SF-12 i dette kapitel er derfor opbygget således: Først beskrives skalaerne i SF-12, og der gives en vejledning i tolkning af skalaværdierne. Dernæst beskrives den helbredsrelaterede livskvalitet i en række udvalgte cases. Formålet er at give læseren et indblik i, hvordan SF-12-profilen ser ud for

personer med bestemte karakteristika sammenlignet med personer uden disse karakteristika. Der er netop tale om en eksempelsampling og dermed ikke nogen udtømmende beskrivelse af befolkningens helbredsrelaterede livskvalitet. I kapitel 9, *Kronisk sygdom og multisygdom*, vises desuden en række SF-12-profiler for personer med forskellige kroniske sygdomme.

## Selvvrurderet helbred

I dette afsnit beskrives det, hvordan borgerne oplever deres eget helbred.

Selvvrurderet helbred er en af de mest anvendte helbredsindikatorer inden for forskning i folkesundhed og anvendes ofte i store internationale og nationale befolkningsundersøgelser (8, 9).

Selvvrurderet helbred er personens egen vurdering af sin helbredstilstand og kan betragtes som personens opsummering og evaluering af forskellige aspekter ved helbredet – både objektive og subjektive – der ikke beskrives udtømmende ved en opstilling af symptomer, sygdomme og risikofaktorer (8, 10).

Undersøgelser har vist, at dårligt selvvurderet helbred er en yderst stærk prædiktor for dødelighed (11, 12), ligesom dårligt selvvurderet helbred er forbundet med øget risiko for forskellige former for kronisk sygdom (13-15). I forlængelse heraf har dårligt selvvurderet helbred betydning for prognosen under alvorlig sygdom (16-18), og det ses, at personer med dårligt selvvurderet helbred har øget risiko for komplikationer i forbindelse med kirurgiske indgreb (19, 20) og øget dødelighed i forbindelse med kræftsygdom (21) og diabetes (16). Dertil er dårligt selvvurderet helbred forbundet med brug af sundhedsvæsenet, sygefravær, medicinforbrug, forringet funktionsevne, arbejdsløshed og førtidspension (11, 22), ligesom selvvurderet helbred, uafhængigt af sygdomsforhold, livsstil og demografiske forhold, har vist sig at være en selvstændig faktor til forudsigelse af lægebesøg og hospitalsindlæggelser (23, 24).

I det følgende belyses befolkningens selvvurderede helbred. Der sættes fokus på, hvor stor en andel af befolkningen i Region Midtjylland der har et dårligt selvvurderet helbred, og andelen med dårligt selvvurderet helbred beskrives i forhold til køn, alder, sociale

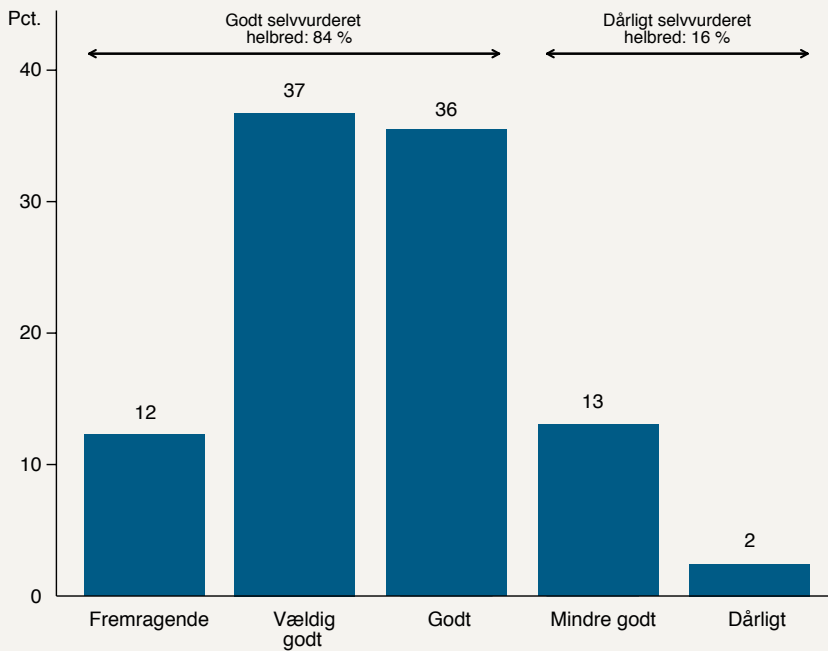
forhold og geografi. I kapitlet er der desuden sat fokus på sammenhængen mellem selvvurderet helbred og sundhedsvaner, herunder rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet, kost og overvægt.

Selvvrurderet helbred er belyst ved hjælp af spørgsmålet "Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?" med svarmulighederne 'fremragende', 'vældig godt', 'godt', 'mindre godt' og 'dårligt'.

De tre første svarmuligheder betegnes i det følgende som 'godt helbred', mens de to sidste svarmuligheder betegnes som 'dårligt helbred'.

**Figur 7.1**

Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?





## Hvor mange har et dårligt selv vurderet helbred?

Figur 7.1 viser, hvordan svarene fordeler sig på det generelle spørgsmål om selv vurderet helbred. Hele 84 % af befolkningen vurderer, at de har et godt helbred. Det dækker over, at 12 % angiver, at deres helbred er fremragende, 37 % angiver, at deres helbred er vældig godt, og 36 % angiver, at deres helbred er godt. Der er 13 %, der angiver, at deres helbred er mindre godt, og 2 %, der angiver, at deres helbred er dårligt.

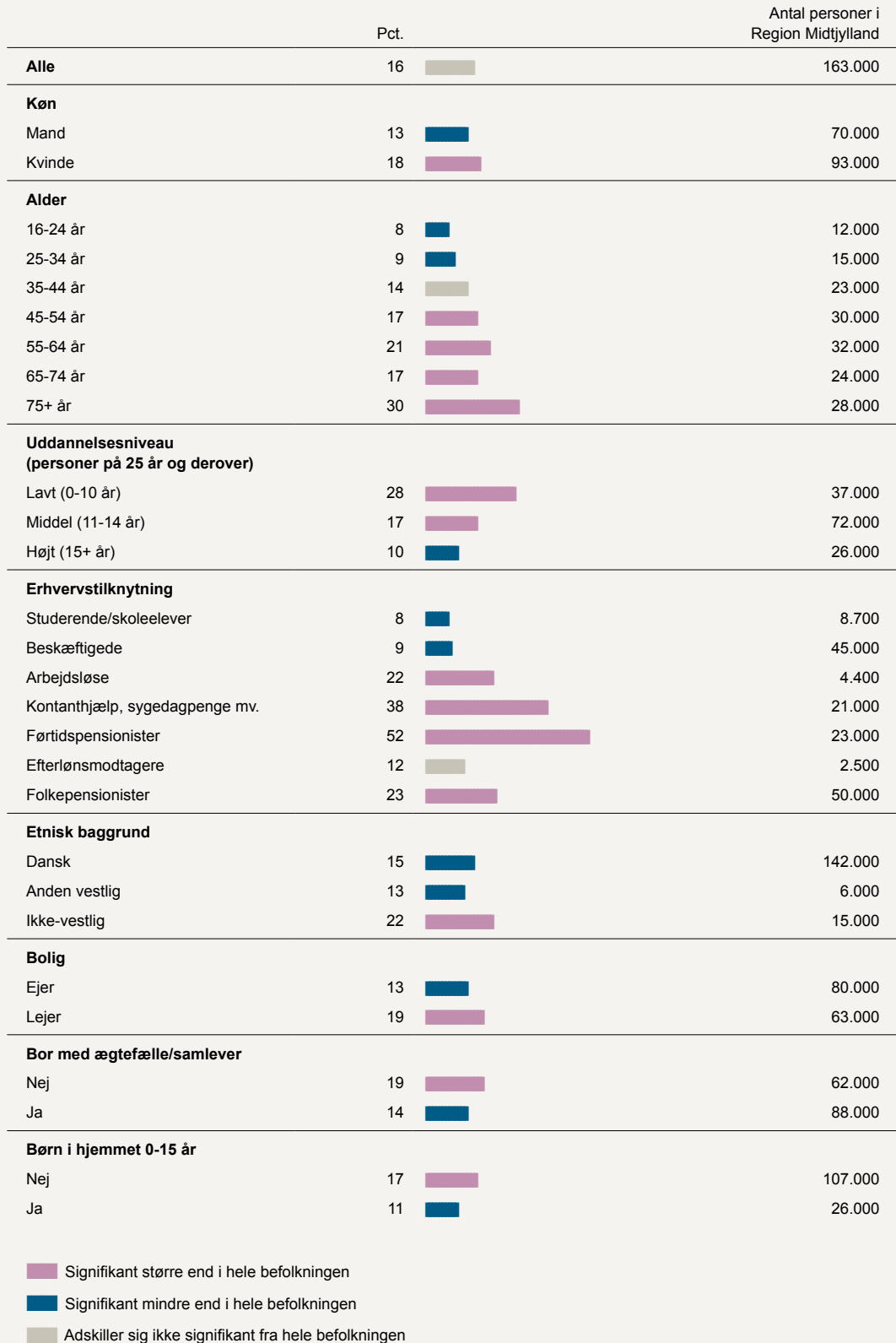
De ca. 16 %, der vurderer deres helbred som dårligt, svarer til ca. 160.000 borgere i Region Midtjylland.

► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 har der været et lille fald i andelen, der vurderer, at deres helbred er vældig godt. Tilsvarende er andelen, der angiver, at deres helbred er mindre godt, steget. Samlet set er andelen, der har et dårligt selv vurderet helbred, steget en smule. Se [figur 7.1.S i bind 2.](#) ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 har der været et lille fald i andelen, der angiver, at deres helbred er fremragende, og i andelen, der angiver, at deres helbred er vældig godt. Modsat har der været en lille stigning i andelen, der angiver, at deres helbred er godt eller mindre godt. Samlet set er andelen, der har et dårligt selv vurderet helbred, steget en smule. Se [figur 7.1.S i bind 2.](#) ◀

**Figur 7.2**

Dårligt selvvalueret helbred – køn, alder og sociale forhold



## Dårligt selvvurderet helbred – køn, alder og sociale forhold

Af figur 7.2 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med dårligt selvvurderet helbred blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer på 45 år og derover
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister
- Personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

**Køn.** Der er en større andel af kvinder end mænd, som har dårligt selvvurderet helbred.

**Alder.** Andelen med dårligt selvvurderet helbred øges med stigende alder. Det ses således, at andelen med dårligt selvvurderet helbred er næsten 4 gange større blandt de ældste (75 år og derover) sammenlignet med de yngste (16-24 år).

**Uddannelsesniveau.** Andelen med dårligt selvvurderet helbred falder med stigende uddannelsesniveau. Således er der 28 % blandt personer med lavt uddannelsesniveau, der har dårligt selvvurderet helbred, hvorimod dette kun gælder for hver tiende blandt de højtuddannede.

**Erhvervstilknytning.** De største andele med dårligt selvvurderet helbred er blandt arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister. Blandt førtidspensionister ses det, at mere end halvdelen angiver at have et dårligt selvvurderet helbred. De mindste andele med dårligt selvvurderet helbred findes blandt studerende/skoleelever og beskæftigede, hvor mindre end hver tiende har dårligt selvvurderet helbred.

**Etnisk baggrund.** Andelen med dårligt selvvurderet helbred er størst blandt personer med ikke-vestlig baggrund, hvor mere end hver femte har dårligt selvvurderet helbred. De mindste andele med dårligt selvvurderet helbred er blandt personer med dansk baggrund og blandt personer med anden vestlig baggrund end dansk.

**Bolig.** En større andel af personer, der bor i lejebolig, har dårligt selvvurderet helbred, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig.

**Bor med ægtefælle/samlever.** En større andel af personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, har et dårligt selvvurderet helbred, 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 dårligt selvvurderet helbred, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 har der været en lille stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred for både mænd og kvinder og blandt personer i alderen 16-44 år og 55-64 år, mens der er sket et lille fald blandt personer på 75 år og derover. Der ses dertil en lille stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Se [figur 7.2.S i bind 2.](#) ◀

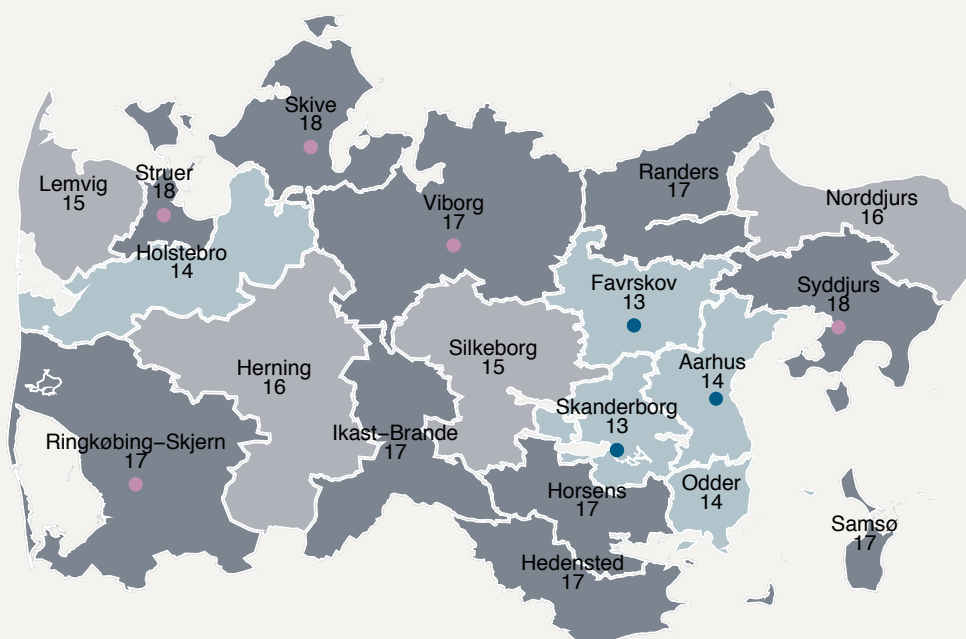
► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 har der været en lille stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred for både mænd og kvinder og blandt personer i alderen 16-44 år og 55-64 år, mens der er sket et lille fald blandt personer på 75 år og derover. Der ses dertil en lille stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Se [figur 7.2.S i bind 2.](#) ◀

**Figur 7.3**

Dårligt selv vurderet helbred – kommuner

	Pct.		Antal personer i kommunerne
Skive	18	<span style="color: #800040;">■</span>	6.800
Syddjurs	18	<span style="color: #800040;">■</span>	6.000
Struer	18	<span style="color: #800040;">■</span>	3.100
Ringkøbing-Skjern	17	<span style="color: #800040;">■</span>	8.000
Viborg	17	<span style="color: #800040;">■</span>	13.000
Randers	17	<span style="color: #808080;">■</span>	13.000
Samsø	17	<span style="color: #808080;">■</span>	500
Horsens	17	<span style="color: #808080;">■</span>	12.000
Hedensted	17	<span style="color: #808080;">■</span>	6.100
Ikast-Brande	17	<span style="color: #808080;">■</span>	5.400
Herning	16	<span style="color: #808080;">■</span>	12.000
Norddjurs	16	<span style="color: #808080;">■</span>	5.100
Lemvig	15	<span style="color: #808080;">■</span>	2.600
Silkeborg	15	<span style="color: #808080;">■</span>	11.000
Odder	14	<span style="color: #808080;">■</span>	2.600
Holstebro	14	<span style="color: #808080;">■</span>	6.600
Aarhus	14	<span style="color: #008080;">■</span>	38.000
Skanderborg	13	<span style="color: #008080;">■</span>	6.200
Favrskov	13	<span style="color: #008080;">■</span>	4.900
Region Midtjylland	16	<span style="color: #808080;">■</span>	163.000

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



## Dårligt selvvurderet helbred – kommuner

Figur 7.3 viser, at andelen med et dårligt selvvurderet helbred varierer mellem kommunerne fra 13 % i Skanderborg og Favrskov til 18 % i Skive, Syddjurs og Struer.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel, der angiver at have et dårligt selvvurderet helbred, i følgende kommuner:

- Skive
- Syddjurs
- Struer
- Ringkøbing-Skjern
- Viborg

I disse kommuner varierer andelen fra 17 % til 18 %.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel med et dårligt selvvurderet helbred i følgende kommuner:

- Aarhus
- Skanderborg
- Favrskov

I disse kommuner varierer andelen fra 13 % til 14 %.

► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred i Viborg, Hedensted, Ringkøbing-Skjern, Skive og Ikast-Brande. Se [figur 7.3.S i bind 2.](#) ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred i Viborg. Se [figur 7.3.S i bind 2.](#) ◀

## Sammenfatning

Hovedparten af befolkningen i Region Midtjylland oplever at have et godt selvvurderet helbred. Der er dog 16 %, der vurderer, at de har et dårligt selvvurderet helbred. Det er især kvinder, personer over 45 år og personer med lavt uddannelsesniveau, der har et dårligt selvvurderet helbred. Desuden har godt 40 % blandt dem, der modtager kontanthjælp eller sygedagpenge mv., og mere end hver anden førtidspensionist et dårligt selvvurderet helbred.

I perioden fra 2010 til 2017 er der sket en lille stigning i andelen, der har et dårligt selvvurderet helbred. Stigningen ses både blandt mænd og kvinder og på tværs af flere aldersgrupper. Stigningen ses dog især blandt de unge og midaldrende. Der ses også en stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau.

## Helbredsrelateret livskvalitet – en indføring i brug af SF-12

Selv om det enkle spørgsmål "Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?" rummer væsentlige informationer om en persons helbredstilstand, er der ofte brug for mere detaljerede oplysninger. Det gælder især, hvis man skal forstå, hvad eksempelvis en hjerte- eller gigtpatients helbredsmæssige udfordringer består i. Begrænser sygdommen patientens fysiske funktions- evne eller samværet med andre mennesker, er personen trist til mode eller plaget af smerter? Det er ikke mindst relevant, når man gennem behandling, rehabilitering og sundhedsfremme søger at forbedre personers eller grupper livskvalitet.

Til dette formål er der udviklet en række spørgsmåls- batterier, der beskriver helbredsrelateret livskvalitet. Nogle er såkaldte generiske mål, dvs. ikke sygdoms- specifikke, der egner sig til at beskrive den helbreds- relaterede livskvalitet i befolkningen generelt og på tværs af forskellige grupper af patienter. Andre spørgs- målsbatterier er derimod udviklet til personer med en bestemt sygdom og fokuserer på de særlige problem- stillinger, der knytter sig til netop denne.

I *Hvordan har du det?* indgår et generisk mål for helbredsrelateret livskvalitet, *Short Form 12 Health Survey version 2 (SF-12) (25)*, som vil blive beskrevet nærmere i det følgende.

SF-12 består af 12 spørgsmål, der sammenfattes i otte skalaer. De otte skalaer beskriver forskellige aspekter af helbredet, som har betydning for livskvaliteten hos de fleste mennesker. Man kan desuden beregne en samlet score for to generelle helbredsskalaer, der ved- rører henholdsvis de fysiske og mentale aspekter ved helbredsrelateret livskvalitet. Tilsammen tegner de ti skalaer en helbredsprofil af en person eller en gruppe.

### Hvad skal man vide for at bruge SF-12?

I modsætning til mere intuitivt forståelige tegn på, hvor- dan en person har det, som f.eks. smerter eller træthed, kræver det et vist kendskab til SF-12 som måleredskab, hvis man skal kunne tolke og anvende resultaterne.

Man skal dels vide, hvad de enkelte skalaer måler, og hvordan de opgøres. Dels skal man vide, hvordan man tolker værdierne på skalaerne, herunder hvor store for-

skelle i skalaværdier skal være, for at det har praktisk betydning. Formålet med de følgende afsnit er at intro- ducere læseren til brugen af SF-12. I forlængelse heraf beskrives den helbredsrelaterede livskvalitet ved hjælp af SF-12 i en række udvalgte cases, som omfatter for- skellige grupper af befolkningen.

### Baggrunden for SF-12

Baggrunden for de såkaldte SF-mål er et forsøg, der blev lavet i USA i 1980'erne (RAND Health Insurance Experiment), hvor man undersøgte, hvordan forskel- lige måder at indrette sundhedsvæsenet på påvirkede befolkningens helbred. Der var brug for et spørgeskema med selvrapporterede helbredsoplysninger, som patien- terne kunne udfylde, før og efter de blev behandlet. Da det skulle fungere i en travl klinisk hverdag, var det vig- tigt, at spørgeskemaet kunne besvares på få minutter.

Udgangspunktet for SF-målet var mere end 100 spørgsmål om helbredsstatus, der dog blev reduceret til 36 (SF-36) og yderligere til 12 (SF-12). Der eksiste- rer desuden to kortere versioner på henholdsvis 8 (SF-8) og 6 (SF-6) spørgsmål specielt til brug i sund- hedsøkonomiske analyser. SF-36 er oversat til mere end 40 forskellige sprog og er formentlig det mest udbredte redskab på verdensplan til vurdering af helbredsbetaget livskvalitet, men SF-12 og de øvrige SF-mål har også vundet stor udbredelse.

### Hvad kan SF-12 bruges til?

SF-12 kan bruges til flere forskellige formål og kan an- vendes både på befolknings-, gruppe- og individniveau.

**Monitorering og referencedata.** For det første kan SF-12 bruges til at beskrive den helbredsrelaterede livskvalitet på befolkningsniveau og udviklingen i denne over tid (monitorering), som det er tilfældet i *Hvor- dan har du det?*. I denne sammenhæng kan forskelle mellem grupper i befolkningen beskrives, herunder forskelle mellem aldersgrupper, sociale grupper eller borgere med kroniske sygdomme sammenholdt med raske borgere. Opgørelser på befolkningsniveau kan desuden bruges som sammenligningsgrundlag for grupper af patienter og borgere, der deltager i behand- ling, rehabilitering og sundhedsfremmende aktiviteter i det nære eller det specialiserede sundhedsvæsen (dvs. som referencedata).

**Evaluering og effektmåling.** Man kan bruge SF-12 som evalueringsredskab og effektmål ved behandling, rehabilitering og sundhedsfremmende indsatser. I disse tilfælde bruges SF-12 som et PRO-mål (patientrapporterede oplysninger), hvor patienten eller borgerens egen viden og vurderinger bruges til at beskrive resultaterne af en sundhedsfaglig indsats (se forordet for en omtale af PRO-mål).

**Dialogredskab.** SF-12 kan bruges som dialogredskab i mødet mellem patient og sundhedspersonale. Også her bruges SF-12 som PRO-mål – i denne sammenhæng med det formål aktivt at inddrage patienten. Sundhedspersonalet får en komprimeret beskrivelse af patientens helbredstilstand set fra patientens perspektiv. Det kan blandt andet fremme en fælles forståelse af patientens situation og bidrage til en diskussion om prioritering af indsatser ud fra patientens præferencer. Både patient og sundhedsprofessionel kan desuden via SF-12 følge patientens udvikling over tid.

### Boks 7.1 SF-12's skalaer

Nedenfor beskrives de otte skalaer og de to generelle helbredsskalaer i SF-12.

**Fysisk funktion** beskriver, om helbredsmæssige problemer begrænser udførelsen af almindelige fysiske aktiviteter. Skalaen bygger på to spørgsmål om udførelsen af henholdsvis lettere og mere krævende aktiviteter.

**Fysiske begrænsninger** beskriver, om det fysiske helbred begrænser udførelsen af arbejde eller andre daglige aktiviteter. Skalaen bygger på to spørgsmål om, hvorvidt man pga. sit fysiske helbred har nået mindre, end man gerne ville, og om man har været begrænset i at udføre sit arbejde eller andre daglige aktiviteter i de seneste fire uger.

**Fysisk smerte** beskriver, om smerter vanskeliggør udførelsen af dagligdagsaktiviteter. Skalaen bygger på et spørgsmål om, hvorvidt fysiske smerter har vanskeliggjort ens arbejde uden for hjemmet eller husarbejde de seneste fire uger.

**Alment helbred** beskriver personens selvvaluerede helbred. Skalaen bygger på et spørgsmål om, hvordan man vurderer sit helbred alt i alt. Spørgsmålet er det samme, som er brugt i begyndelsen af dette kapitel til at beskrive selvvalueret helbred.

**Energi** beskriver, om personen har meget eller lidt energi. Skalaen bygger på et spørgsmål om, hvorvidt man i de sidste fire uger har været fuld af energi.

**Social funktion** beskriver, om det fysiske eller psykiske helbred vanskeliggør sociale aktiviteter. Skalaen bygger på et spørgsmål om, hvorvidt det fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer har gjort det vanskeligt at se andre mennesker de seneste fire uger.

**Psykiske begrænsninger** beskriver, om følelsesmæssige problemer begrænser udførelsen af arbejde eller andre daglige aktiviteter. Skalaen bygger på to spørgsmål om, hvorvidt man på grund af følelsesmæssige problemer har nået mindre, end man gerne ville, og om man har udført sit arbejde eller andre aktiviteter mindre omhyggeligt, end man plejer de seneste fire uger.

**Psykisk trivsel** beskriver graden af psykisk velbefindende. Skalaen bygger på to spørgsmål om, hvorvidt man har følt sig rolig og afslappet, og om man har følt sig trist til mode i de seneste fire uger.

De to generelle helbredsskalaer er en sammenfatning af de otte ovennævnte skalaer. Den ene skala betegnes **Fysisk helbred**, den anden **Mentalt helbred**. Alle otte skalaer indgår i beregningen af de samlede skalaer, men de vægtes forskelligt i forhold til fysisk og mentalt helbred.

## Opgørelsen af SF-12 – rå og normerede skalaer

SF-12's skalaer er beskrevet i boks 7.1. Som det fremgår, giver SF-12 en alsidig beskrivelse af svarpersonens fysiske, sociale og mentale helbredsstatus, og hvordan den påvirker evnen til at udføre dagligdagens gøremål og deltage i sociale aktiviteter.

De otte skalaer i SF-12 kan gøres op på to måder. Dels som såkaldte rå skalaer, hvor hver skala går fra 0 til 100, og dels som normbaserede skalaer. For begge opgørelsesmåder gælder, at jo højere score, jo bedre er den helbredsrelaterede livskvalitet. De to generelle skalaer opgøres udelukkende som normbaserede skalaer.

Ved de normbaserede skalaer vælger man en befolkning, der bruges som reference (norm). Skalaen er kalibreret således, at referencebefolkningen har et gennemsnit på 50 og en standardafvigelse på 10 på alle skalaer.

Fordelen ved de normbaserede skalaer er, at man kan sammenligne på tværs af skalaerne – samme forskel betyder det samme – hvilket ikke er tilfældet ved de rå skalaer. Der er desuden den praktiske fordel ved de normbaserede skalaer, at det er let at huske, at gennemsnitsværdien for referencebefolkningen er 50 uanset skala. Det anbefales derfor, at man ved opgørelsen af SF-12 bruger normbaserede skalaer.

## Referencebefolkning for SF-12

I de følgende analyser bruges normbaserede skalaer, hvor befolkningen i Region Midtjylland fra 16 år og derover bruges som referencebefolkning. Befolkningen som helhed har derfor et gennemsnit på 50 og en standardafvigelse på 10 på samtlige SF-12-skalaer. Datagrundlaget er *Hvordan har du det? 2017*. Til kalibreringen af de otte skalaer er benyttet den metode, som er beskrevet i SF-12-manualen (25). Til kalibreringen af de to generelle skalaer, *Fysisk helbred* og *Mentalt helbred*, er benyttet en modificeret udgave af SF-12-manualens metode (se bilag 2).

## Tolkningen af SF-12-profiler

Nytten af SF-12 og lignende mål for helbredsrelateret livskvalitet bygger på, at værdierne på skalaerne kan gives en meningsfuld tolkning. Tolkningen af de enkelte

skalaer er grundlæggende baseret på erfaringer om, hvad det betyder, når SF-12-profilen for en person eller gruppe ser ud på en bestemt måde. Brugere af SF-12 kan ved at sammenholde kliniske iagttagelser og skalaværdier gradvist udvikle en sikrere fornemmelse af skalaværdiernes betydning. Der findes desuden nogle enkle metodiske hjælpemidler til støtte for tolkningen, som gennemgås i det følgende.

Der er to metoder til at give skalaværdierne i SF-12 mening: *sammenligning* af undersøgelsesgruppen med en anden gruppe, der tjener som referencegruppe, og vurdering af betydningen af *forskellen* mellem undersøgelsesgruppen og referencegruppen. Er forskellene betydningsløse, har de en vis betydning, eller har de stor betydning?

Nedenfor gives en beskrivelse af de to metoder. I boks 7.2. finder man desuden en verbal beskrivelse af yderpunkterne i de otte SF-12-skalaer, som er nyttig at have ved hånden ved tolkningen af SF-12-profiler. Efterfølgende præsenteres i kapitlets sidste del en række cases bestående af udvalgte grupper af befolkningen med det formål at eksemplificere, hvordan forskellige SF-12-profiler kan tolkes.

## Sammenligning af forskellige SF-12-profiler

Ved at vælge en relevant referencegruppe at sammenligne med kan man konstatere, om en person eller gruppe afviger fra referencegruppen. I nogle tilfælde kan det være relevant at sammenligne med hele den voksne befolkning i Region Midtjylland, og i andre tilfælde er det mere relevant at sammenligne med en undergruppe, der ligner undersøgelsesgruppen. Man kan eventuelt gøre begge dele.

Eksempel: I en kommune, hvor man tilbyder rehabilitering til borgere med kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), registrerer man deltagernes helbredsrelaterede livskvalitet ved hjælp af SF-12 ved starten af forløbet. Det giver et billede af, hvor meget deltagerne afviger fra befolkningen med hensyn til fysisk funktionsevne, social funktionsevne og psykisk trivsel, samt på hvilke dimensioner der især er afvigelser. Desuden får man et billede af, hvor meget deltagerne afviger fra en typisk gruppe borgere, der har samme sammensætning med hensyn til køn, alder og uddannelsesniveau ved at bruge *Hvordan har du det?* som referencedata.



Endelig får man at vide, om deltagerne har bedre eller dårligere helbredsrelateret livskvalitet end tidligere kursister. Gentager man målingen ved afslutningen af forløbet og evt. efter et år, kan man se, hvor meget deltagernes helbredsrelaterede livskvalitet (f.eks. fysisk funktionsevne) har ændret sig.

Man kan dermed konstatere, hvor meget kursisterne har nærmet sig niveauet i 1) befolkningen som helhed og 2) den befolkningsgruppe, de ligner med hensyn til køn, alder og uddannelsesniveau. Endvidere kan man konstatere, om forbedringen har været større eller mindre end hos deltagerne på tidligere kursusforløb.

### Brug af effektstørrelse ved tolkning af forskelle i SF-12's skalaværdier

Den anden del af tolkningen handler om den betydning, man skal tillægge forskelle i helbredsrelateret livskvalitet, herunder ændringer hos de samme personer over tid. Hvor stor skal forskellen mellem to skalaværdier være, før det har praktisk betydning? Det er et centralt spørgsmål ved tolkningen af skalaværdier fra SF-12.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at en forskel mellem to skalaværdier, der er statistisk signifikant, ikke nødvendigvis har klinisk eller praktisk betydning. Statistisk signifikans siger heller ikke noget om størrelsen af forskellen, blot at forskellen næppe skyldes tilfældig variation.

Et hjælpemiddel til tolkning af forskelle i skalaværdier er effektstørrelse. Effektstørrelse er et almindeligt brugt mål, når man skal vurdere forskellen mellem to skalaværdier. Effektstørrelse bruges hyppigt til evaluering af medicinske forsøg, men kan f.eks. også bruges, når man sammenligner SF-12-profilen for en udvalgt befolkningsgruppe eller en enkeltperson med referencebefolkningens SF-12-profil.

Den mest almindelige måde at beregne effektstørrelse på er at dividere forskellen mellem undersøgelses- og referencebefolkningens gennemsnit på en skala med standardafvigelsen i referencebefolkningen for den pågældende skala (standardiseret effektstørrelse).

Eksempel: Hvis forskellen mellem undersøgelses- og referencebefolkning er 15, og standardafvigelsen i referencebefolkningen er 10, er effektstørrelsen 1,5.

Ved vurderingen af effektstørrelsen kan man anvende Jakob Cohens tommelfingerregel (Cohens *d*), der anvendes i mange sammenhænge:

- En effektstørrelse på 0,2-0,49 er *lille*
- En effektstørrelse på 0,5-0,79 er *moderat*
- En effektstørrelse på 0,8 eller derover er *stor*

I ovenstående eksempel vil effektstørrelsen på 1,5 således blive vurderet som stor. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at Cohens *d* netop kun er en tommelfingerregel, og at den derfor kun skal anvendes som vejledende.

Anvendt på SF-12's normbaserede skalaer med et gennemsnit på 50 og en standardafvigelse på 10 for referencebefolkningen svarer en forskel på 2-4,9 point til en lille effektstørrelse, på 5-7,9 point til en moderat effektstørrelse og på 8 eller flere point til en stor effektstørrelse. Et gruppegennemsnit på 52 point minus gennemsnit i referencebefolkningen (RM-norm) på 50 point giver en forskel på 2 point. Divideret med standardafvigelsen på 10 i befolkningen giver det en effektstørrelse på 0,2, hvilket svarer til en lille effektstørrelse.

Det er endvidere blevet foreslået, at en forskel på 5 point mellem et gruppegennemsnit og en referencebefolkning er klinisk og praktisk relevant (26).

I de følgende cases bruges Cohens tommelfingerregel ved tolkningen af forskelle i skalaværdier mellem undergrupper af befolkningen og den samlede befolkning.

### SF-12-profiler for udvalgte befolkningsgrupper

I det følgende beskrives SF-12-profilen for udvalgte befolkningsgrupper. Hver SF-12-profil er visualiseret i en graf. Visualiseringen letter tolkningen af SF-12, fordi de ti skalaværdier, der indgår i hver profil, med et enkelt blik kan sammenlignes med hinanden. Hvis der indgår to eller flere grupper i figuren, kan forskelle og ligheder mellem profilerne desuden let afkodes.

I hvert eksempel indgår to grupper, der sammenlignes med hinanden. Desuden sammenlignes de to grupper med normen for Region Midtjylland (forkortet RM-norm i figurerne), der er baseret på hele regionens befolkning på 16 år og derover og har værdien 50 på alle 10 skalaer. Som nævnt tidligere i kapitlet er tolkningen af SF-12 erfaringsbaseret, og de udvalgte eksempler skal give læseren en fornemmelse af den variation, man kan forvente at finde i den helbredsrelaterede livskvalitet, når den beskrives

ved hjælp af SF-12. Hvert eksempel er valgt med øje for, at de repræsenterer en interessant case, og der er derfor ikke tale om nogen udtømmende beskrivelse af befolkningens helbredsrelaterede livskvalitet. De inkluderede cases skal dermed forstås som eksempler, der skal bidrage til at øge forståelsen for anvendelse og tolkning af SF-12. I kapitel 9 om kronisk sygdom og multisygdom vises SF-12-profiler for borgere med forskellige kroniske sygdomme.

## Boks 7.2 Betydning af højeste og laveste score på SF-12-skalaerne

Skalaer	Lavest mulige score	Højest mulige score
<b>Fysisk funktion</b>	Er meget begrænset i udførelsen af almindelige fysiske aktiviteter, såsom at støvsuge, cykle og gå op ad trapper.	Er ikke begrænset i udførelsen af almindelige fysiske aktiviteter, såsom at støvsuge, cykle og gå op ad trapper.
<b>Fysiske begrænsninger</b>	Har hele tiden svært ved at udføre sit arbejde eller andre daglige gøremål pga. det fysiske helbred.	Har på intet tidspunkt svært ved at udføre sit arbejde eller daglige gøremål pga. det fysiske helbred.
<b>Fysisk smerte</b>	Har smerter, som vanskeliggør daglige gøremål virkelig meget.	Er slet ikke begrænset af smerter i daglige gøremål.
<b>Alment helbred</b>	Vurderer sit eget helbred som dårligt.	Vurderer sit eget helbred som fremragende.
<b>Energi</b>	Er på intet tidspunkt fuld af energi.	Er hele tiden fuld af energi.
<b>Social funktion</b>	Har hele tiden svært ved at se andre mennesker pga. fysiske eller følelsesmæssige helbredsproblemer.	Har på intet tidspunkt svært ved at se andre mennesker pga. fysiske eller følelsesmæssige helbredsproblemer.
<b>Psykiske begrænsninger</b>	Har hele tiden svært ved at udføre sit arbejde eller daglige gøremål pga. følelsesmæssige problemer.	Har på intet tidspunkt svært ved at udføre sit arbejde eller daglige gøremål pga. følelsesmæssige problemer.
<b>Psykisk trivsel</b>	Føler sig hele tiden nervøs og trist til mode.	Føler sig på intet tidspunkt nervøs og trist til mode.

I det følgende vises der SF-12-profiler for følgende befolkningsgrupper:

#### Sociodemografiske faktorer

- Kvinder vs. mænd (figur 7.4)
- Midaldrende vs. ældre (figur 7.5)
- Personer med lavt uddannelsesniveau vs. personer med højt uddannelsesniveau (figur 7.6)
- Personer med dansk baggrund vs. personer med ikke-vestlig baggrund (figur 7.7)

#### Risikofaktorer

- Dagligrygere vs. aldrig-rygere (figur 7.8)
- Personer med højrisikoforbrug af alkohol vs. personer med lavrisikoforbrug af alkohol (figur 7.9)
- Unge, der har taget andre stoffer end hash inden for det seneste år vs. øvrige unge (figur 7.10)

#### Særligt belastende forhold

- Unge, der har et højt stressniveau vs. øvrige unge (figur 7.11)
- Midaldrende med depression vs. øvrige midaldrende (figur 7.12)
- Midaldrende på førtidspension vs. øvrige midaldrende (figur 7.13)
- Diabetikere med svær overvægt og usundt kostmønster vs. normalvægtige diabetikere med sundt kostmønster (figur 7.14)
- Dagligrygere med leddegigt vs. eksrygere med leddegigt (figur 7.15)
- Ældre med behov for hjælp til dagligdagens gøremål vs. øvrige ældre (figur 7.16)

Definitioner af dagligryger, højrisikoforbrug af alkohol og usundt kostmønster findes i kapitlerne om KRAM (kap. 2-6), mens højt stressniveau og depression beskrives i kapitlet om mental sundhed (kap. 8).

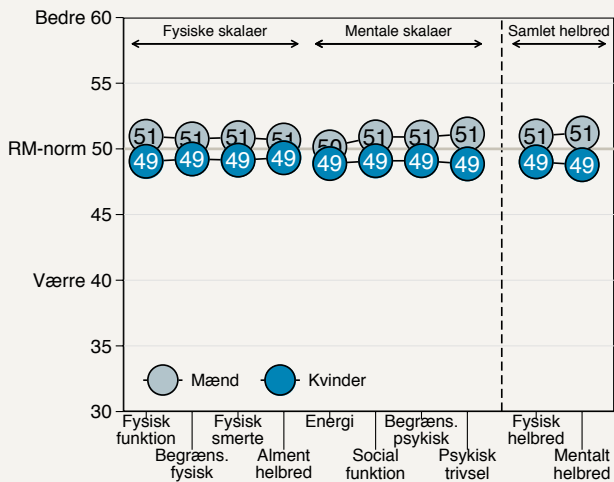
I de følgende grafer er de præsenterede tal afrundede, mens der i tolkningen er taget højde for decimaler.



**Figur 7.4, 7.5, 7.6 og 7.7**  
Sociodemografiske faktorer

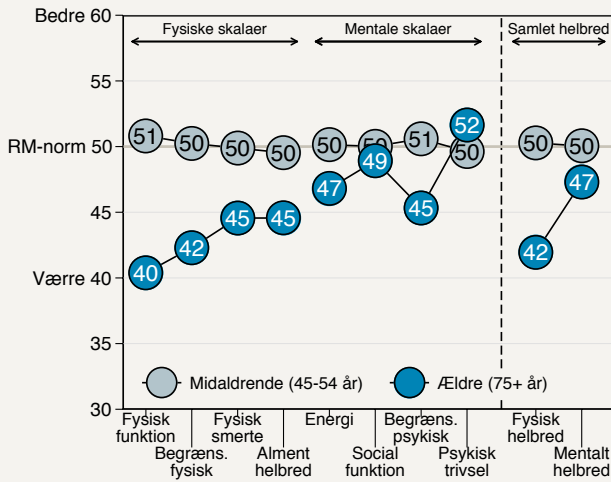
**Figur 7.4**

SF-12-profil for kvinder vs. mænd



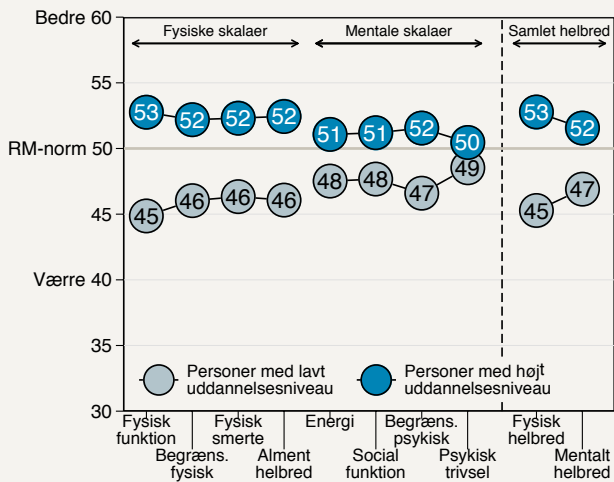
**Figur 7.5**

SF-12-profil for midaldrende vs. ældre



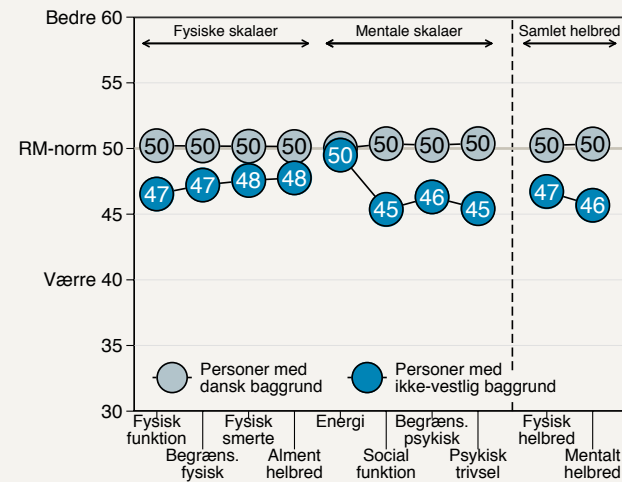
**Figur 7.6**

SF-12-profil for personer med lavt uddannelsesniveau vs. personer med højt uddannelsesniveau



**Figur 7.7**

SF-12-profil for personer med dansk baggrund vs. personer med ikke-vestlig baggrund



RM-norm 50: Gennemsnittet for Region Midtjyllands befolkning

## Sociodemografiske faktorer

I det følgende præsenteres en række cases, der har til formål at vise SF-12-profilerne for forskellige sociale og demografiske grupper.

Sociodemografiske faktorer som køn, alder, uddannelse og etnicitet har betydning for helbredsrelaterede forhold. Forskning i køn og sundhed peger blandt andet på, at mænd har en kortere middellevetid end kvinder, mens kvinder har et dårligere helbred end mænd (27). Alder spiller også en vigtig rolle i forhold til sygdom og sundhed, og stigende alder er ofte forbundet med flere kroniske sygdomme og dårligere helbredsrelateret livskvalitet. Der er desuden store sociale forskelle i helbredsstatus og sundhedsvaner opgjort i forhold til uddannelsesniveau og etnicitet (kap. 2-10).

### Køn

Figur 7.4 viser SF-12-profilen for mænd og kvinder i Region Midtjylland.

**Fysiske skalaer:** Figuren viser, at der ud fra effektstørrelse ikke er forskel på mænd og kvinders fysiske helbred, idet forskellen er på mindre end 2 point.

**Mentale skalaer:** Ud fra effektstørrelser er der heller ingen forskel på mænd og kvinder på tre af de mentale skalaer. På en enkelt skala, *psykisk trivsel*, er der en forskel på 2 point (lille effektstørrelse), idet kvinder har en lidt dårligere psykisk trivsel end mænd.

**Samlet helbred:** Kvinder scorer 2 point dårligere på fysisk helbred og mentalt helbred end mænd. I begge tilfælde er der tale om en lille effektstørrelse. Kvinders fysiske og mentale helbred er således lidt dårligere end mænds.

Det samlede billede, der tegner sig, er, at kvinders helbredsrelaterede livskvalitet er en smule dårligere end mænds.

### Alder

Figur 7.5 viser SF-12-profilen for midaldrende (45-54 år) og ældre (75 år og derover) i Region Midtjylland.

**Fysiske skalaer:** De ældre scorer markant lavere end de midaldrende på alle fire fysiske skalaer. Forskellen er størst i forhold til *fysisk funktion*, hvor de ældre

scorer 11 point lavere end de midaldrende (stor effektstørrelse), og mindst i forhold til *fysisk smerte* og *alment helbred*, hvor de ældre scorer 5 point lavere end de midaldrende (moderat effektstørrelse). De ældre afviger også fra befolkningen som helhed, mens de midaldrende ikke adskiller sig fra gennemsnittet i befolkningen på de fire fysiske skalaer.

**Mentale skalaer:** Ældre scorer lidt lavere på *energi* (lille effektstørrelse) og noget lavere (5 point) på *psykiske begrænsninger* (moderat effektstørrelse) end de midaldrende. Der er ingen forskel på *social funktion* og *psykisk trivsel*. De ældre scorer ligeledes lavere end gennemsnittet i befolkningen på *energi* og *psykiske begrænsninger*, mens de midaldrende ikke adskiller sig fra befolkningen som helhed på de fire mentale skalaer.

**Samlet helbred:** De midaldrende har samme både fysiske og mentale helbred som befolkningen som helhed. De ældre derimod har en markant dårligere score på *fysisk helbred* (8 point), svarende til en stor effektstørrelse, men kun en lidt lavere score på *mentalt helbred* (3 point), svarende til en lille effektstørrelse, end de midaldrende og befolkningen som helhed.

Det samlede billede viser, at ældre har en betydelig dårligere helbredsrelateret livskvalitet i forhold til fysisk helbred end de midaldrende, mens forskellene i forhold til mentalt helbred er små. Det er således først og fremmest det fysiske helbred, der er en udfordring for den ældre del af befolkningen.

### Uddannelsesniveau

Figur 7.6 viser SF-12-profilen for personer med lavt og højt uddannelsesniveau i Region Midtjylland.

**Fysiske skalaer:** Lavtuddannede scorer betydeligt lavere på alle fire fysiske skalaer end personer med højt uddannelsesniveau. Forskellene svarer til en moderat effektstørrelse og er størst på *fysisk funktion*, hvor de lavtuddannede scorer 8 point dårligere end de højtuddannede, mens de scorer 6 point dårligere på *fysiske begrænsninger*, *fysisk smerte* og *alment helbred*. De lavtuddannede scorer desuden lidt dårligere end befolkningen som helhed på tre af de fysiske skalaer, mens de scorer 5 point lavere på *fysisk funktion* (moderat effektstørrelse). De højtuddannede scorer lidt bedre end befolkningen som helhed på de fire fysiske skalaer (lille effektstørrelse).

**Mentale skalaer:** De lavtuddannede scorer lidt lavere end de højtuddannede på *energi* og *social funktion* (lille effektstørrelse), men scorer til gengæld noget dårligere på *psykiske begrænsninger* (moderat effektstørrelse). Der ses ingen forskel på skalaen *psykisk trivsel*. De lavtuddannede adskiller sig ikke fra befolkningen som helhed på *psykisk trivsel*, men adskiller sig ganske lidt fra gennemsnittet i befolkningen på *energi*, *social funktion* og *psykiske begrænsninger*. De højtuddannede adskiller sig ikke fra befolkningen som helhed på de fire mentale skalaer.

**Samlet helbred:** De lavtuddannede scorer noget lavere end de højtuddannede på *fysisk helbred* (moderat effektstørrelse) og lidt lavere på *mentalt helbred* (lille effektstørrelse). De lavtuddannede adskiller sig fra gennemsnittet i befolkningen ved en lavere score på både *fysisk helbred* og *mentalt helbred* (lille effektstørrelse). De højtuddannede scorer lidt bedre på *fysisk helbred* og *mentalt helbred* end befolkningen som helhed.

Det samlede billede viser, at der er store forskelle mellem de lavt- og højtuddannede, og forskellene ses især i forhold til deres fysiske helbred. Således peger figuren på, at de lavtuddannede generelt har en dårligere helbredsrelateret livskvalitet end de højtuddannede.

### Etnicitet

Figur 7.7 viser SF-12-profilen for personer med dansk baggrund og personer med ikke-vestlig baggrund i Region Midtjylland.

**Fysiske skalaer:** Personer med ikke-vestlig baggrund scorer lidt lavere end personer med dansk baggrund på de fire fysiske skalaer (lille effektstørrelse).

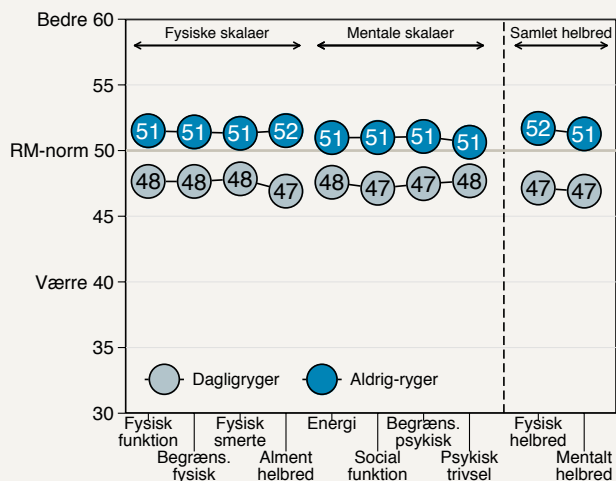
**Mentale skalaer:** Personer med ikke-vestlig baggrund scorer lavere på tre af de fire mentale skalaer end personer med dansk baggrund. På to af skalaerne, *social funktion* og *psykisk trivsel*, er forskellen på 5 point, svarende til en moderat effektstørrelse, mens der ses en lille forskel i forhold til *psykiske begrænsninger* (lille effektstørrelse).

**Samlet helbred:** Personer med ikke-vestlig baggrund scorer lidt lavere end personer med dansk baggrund og befolkningen som helhed på både *fysisk* og *mentalt helbred* (lille effektstørrelse).

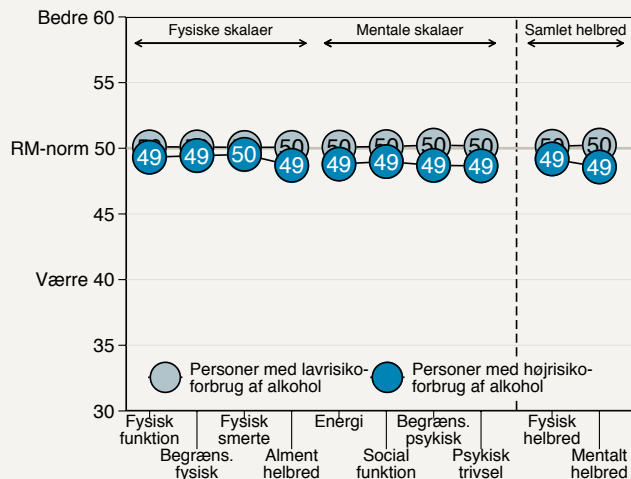
Det samlede billede viser, at personer med ikke-vestlig baggrund har en dårligere helbredsrelateret livskvalitet, både set i forhold til deres fysiske og mentale helbred, end personer med dansk baggrund og befolkningen som helhed. Der er dog tale om mindre forskelle.

**Figur 7.8, 7.9 og 7.10**  
Risikofaktorer

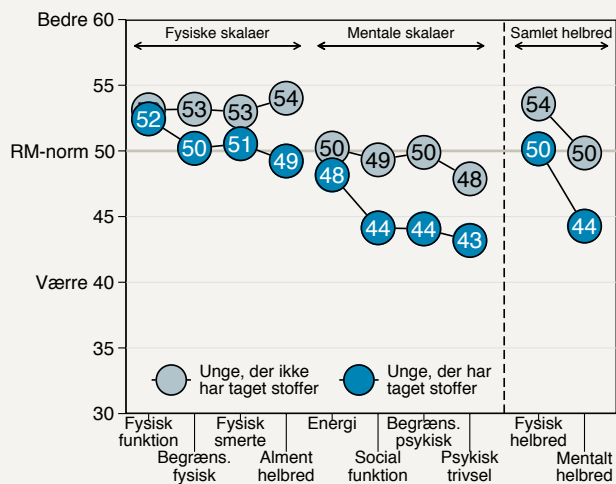
**Figur 7.8**  
SF-12-profil for dagligrygere vs. aldrig-rygere



**Figur 7.9**  
SF-12-profil for personer med højrisikoforbrug vs. personer med lavrisikoforbrug af alkohol



**Figur 7.10**  
SF-12-profil for unge, der har taget andre stoffer end hash inden for det seneste år, vs. øvrige unge



RM-norm 50: Gennemsnittet for Region Midtjyllands befolkning

## Risikofaktorer

I det følgende præsenteres en række cases, der har til formål at vise SF-12-profilerne for udvalgte grupper med risikable sundhedsvaner, herunder personer, der ryger dagligt, har et højrisikoforbrug af alkohol og unge, der har taget stoffer.

Rygning er en væsentlig risikofaktor for langvarig sygdom og tidlig død (28), ligesom personer med et stort forbrug af alkohol har forøget risiko for at dø tidligt og har færre gode leveår (29). Brug af stoffer blandt unge kan blandt andet være medvirkende til kognitive vanskeligheder (hukommelsesproblemer) (30), ligesom stofmisbrug kan have en række alvorlige sundhedsmæssige konsekvenser (31).

### Rygning

Figur 7.8 viser SF-12-profilen for dagligrygere og aldrig-rygere i Region Midtjylland. I alt ryger 16 % af befolkningen i Region Midtjylland dagligt, mens andelen af aldrig-rygere er 54 %.

**Fysiske skalaer:** Dagligrygere scorer lavere end aldrig-rygere på alle fire fysiske skalaer. Forskellene er dog små (lille effektstørrelse). Dagligrygere adskiller sig ligeledes kun en smule fra befolkningen som helhed på de fire fysiske skalaer, mens aldrig-rygere ikke adskiller sig fra gennemsnittet i befolkningen.

**Mentale skalaer:** Dagligrygere scorer ligeledes lavere end aldrig-rygere på de fire mentale skalaer, men også her er forskellene små (lille effektstørrelse). Aldrig-rygere afviger ikke fra gennemsnittet i befolkningen på de fire mentale skalaer, mens dagligrygere scorer lidt dårligere.

**Samlet helbred:** Dagligrygere scorer dårligere på *fysisk helbred* og *mentalt helbred* end gruppen af aldrig-rygere (lille effektstørrelse). Ligeledes scorer dagligrygere lavere end befolkningen som helhed, mens aldrig-rygere ikke adskiller sig fra gennemsnittet i befolkningen på de to samlede skalaer. Det samlede billede viser, at dagligrygere har en lidt dårligere helbredsrelateret livskvalitet end aldrig-rygere.

### Alkohol

Figur 7.9 viser SF-12-profilen blandt personer med høj- og lavrisikoforbrug af alkohol i Region Midtjylland. I alt har 6 % af befolkningen i Region Midtjylland

et højrisikoforbrug af alkohol, dvs. mere end 14 genstande pr. uge for kvinder og mere end 21 genstande pr. uge for mænd, mens andelen med et lavrisikoforbrug af alkohol, dvs. højst syv genstande om ugen for kvinder og 14 genstande om ugen for mænd, er 72 %.

**Fysiske skalaer:** Personer med et højrisikoforbrug af alkohol adskiller sig ikke fra personer med et lavrisikoforbrug af alkohol.

**Mentale skalaer:** Ligeledes ses det, at personer med et højrisikoforbrug af alkohol ikke afviger fra personer med et lavrisikoforbrug af alkohol på de fire mentale skalaer.

**Samlet helbred:** I forhold til *fysisk sundhed* og *mental sundhed* er der ingen afvigelser mellem personer med et højrisikoforbrug af alkohol og personer med et lavrisikoforbrug.

Det samlede billede viser, at der ikke er forskel i den helbredsrelaterede livskvalitet mellem personer med et højrisikoforbrug af alkohol og personer med et lavrisikoforbrug af alkohol.

### Euforiserende stoffer

Figur 7.10 viser SF-12-profilen for unge (16-24 år), der har taget andre stoffer end hash inden for det seneste år, sammenlignet med unge, der aldrig har taget stoffer. I alt har 6 % af de unge i Region Midtjylland taget andre stoffer end hash inden for det seneste år.

**Fysiske skalaer:** Unge, der har taget andre stoffer end hash inden for det seneste år, scorer lavere på *fysiske begrænsninger*, *fysisk smerte* og *alment helbred* end unge, der aldrig har taget stoffer. Forskellene er dog generelt små (lille effektstørrelse). Unge, der har taget stoffer inden for det seneste år, afviger ikke fra befolkningen som helhed på de fire fysiske skalaer, om end de scorer en smule højere på *fysisk funktion*, hvorimod unge, der aldrig har taget stoffer, har en lidt bedre score på alle skalaer.

**Mentale skalaer:** Unge, der har taget andre stoffer end hash inden for det seneste år, scorer dårligere på alle fire mentale skalaer end de øvrige unge. Forskellen på *social funktion* og *psykiske begrænsninger* svarer til en moderat effektstørrelse, mens forskellen på *psykisk trivsel* og *energi* svarer til en lille effekt-



størrelse. De unge, der har taget andre stoffer end hash inden for det seneste år, scorer desuden noget dårligere end befolkningen som helhed på både *social funktion*, *psykiske begrænsninger* og *psykisk trivsel* (moderat effektstørrelse). Unge, der aldrig har taget stoffer, adskiller sig ikke fra gennemsnittet i befolkningen.

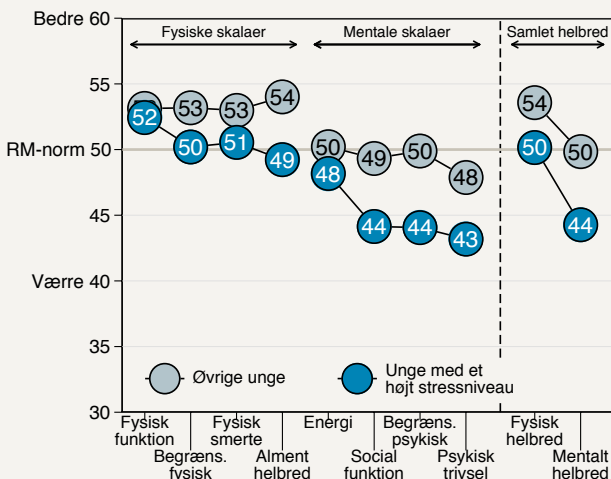
**Samlet helbred:** Unge, der har taget andre stoffer end hash inden for det seneste år, scorer lidt dårligere end unge, der aldrig har taget stoffer, på *fysisk helbred* (4 point; lille effektstørrelse) og meget dårligere på *mentalt helbred* (6 point), svarende til en moderat effektstørrelse. De afviger ikke fra hele befolkningen på *fysisk helbred*, men scorer meget dårligere på *mentalt helbred* (moderat effektstørrelse). Unge, der aldrig har taget stoffer, har et lidt bedre *fysisk helbred* end befolkningen som helhed (lille effektstørrelse), men adskiller sig ikke fra befolkningsgennemsnittet på *mentalt helbred*.

Det samlede billede viser, at unge, der har taget andre stoffer end hash inden for det seneste år, har en nedsat helbredsrelateret livskvalitet sammenlignet med unge, der aldrig har taget stoffer, og befolkningen som helhed. Dette vedrører særligt deres mentale helbred, mens deres fysiske helbred dog også er dårligere sammenlignet med de øvrige unge, om end forskellene er små.

**Figur 7.11, 7.12, 7.13 og 7.14**  
Særligt belastende forhold

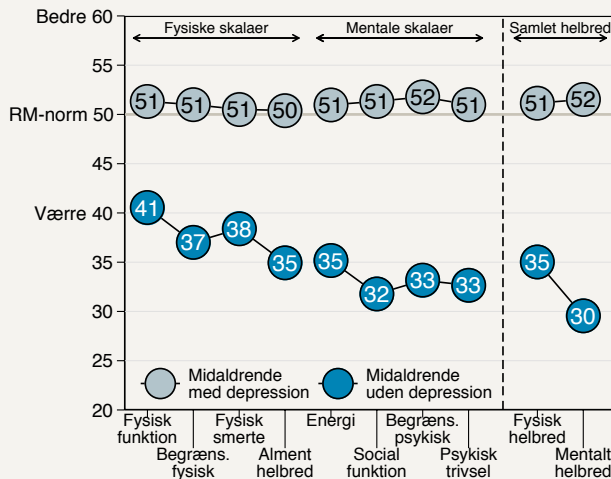
**Figur 7.11**

SF-12-profil for unge med et højt stressniveau vs. øvrige unge



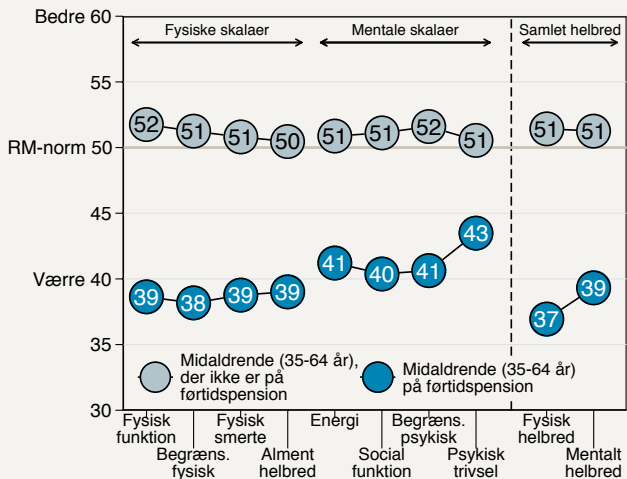
**Figur 7.12**

SF-12-profil for midaldrende med depression vs. øvrige midaldrende



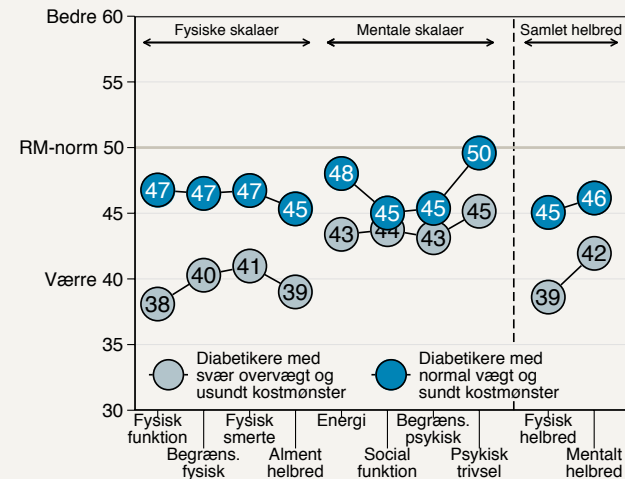
**Figur 7.13**

SF-12-profil for midaldrende på førtidspension vs. øvrige midaldrende



**Figur 7.14**

SF-12-profil for diabetikere med svær overvægt og usundt kostmønster vs. normalvægtige diabetikere med et sundt kostmønster



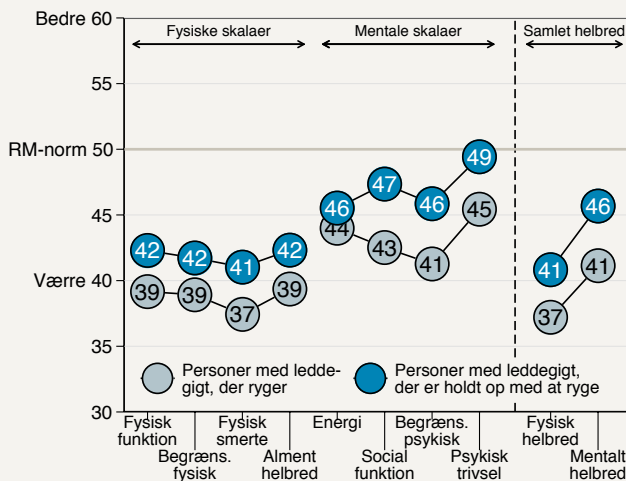
RM-norm 50: Gennemsnittet for Region Midtjyllands befolkning

**Figur 7.15 og 7.16**

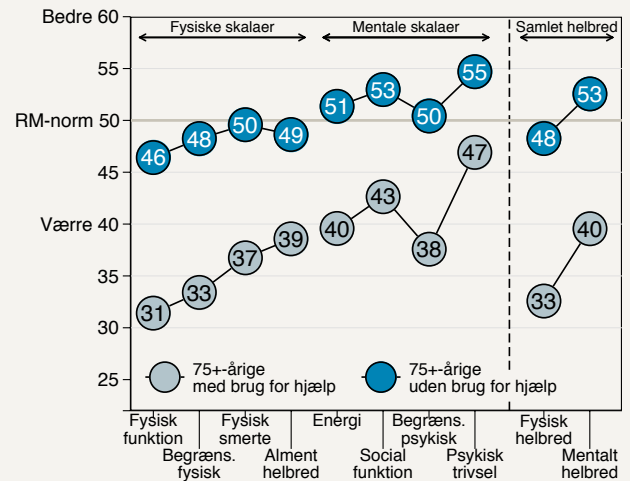
## Særligt belastende forhold

**Figur 7.15**

SF-12-profil for dagligrygere med leddegigt vs. eksrygere med leddegigt


**Figur 7.16**

SF-12-profil for ældre med behov for hjælp til dagligdagens gøremål vs. øvrige ældre



RM-norm 50: Gennemsnittet for Region Midtjyllands befolkning

**Særligt belastende forhold**

I det følgende præsenteres en række cases, der har til formål at vise SF-12-profilerne for udvalgte grupper, der er særligt belastet af sygdom eller sociale omstændigheder.

**Højt stressniveau**

Figur 7.11 viser SF-12-profilen for unge med et højt stressniveau (score på 16 eller mere på Perceived Stress Scale) sammenlignet med andre unge. 41 % af de unge i alderen 16-24 år har et højt stressniveau. Langvarig stress er en risikofaktor for udviklingen af bl.a. depression (32). Der har i de senere år været øget fokus på stress hos unge, fordi antallet af unge, der ofte føler sig stresset, er øget markant gennem en årrække (33).

**Fysiske skalaer:** Unge med et højt stressniveau scorer lavere på de fire fysiske skalaer end andre unge. Forskellene er små ved *fysisk funktion* og *fysisk smerte* (lille effektstørrelse), mens forskellene er moderate ved *fysiske begrænsninger* og *alment helbred*. Unge med et

højt stressniveau afviger ikke fra befolkningen som helhed med hensyn til deres fysiske livskvalitet, mens andre unge scorer meget bedre på både *fysiske begrænsninger* og *alment helbred* (moderat effektstørrelse) og lidt bedre på *fysisk funktion* og *fysisk smerte* (lille effektstørrelse).

**Mentale skalaer:** Unge med et højt stressniveau scorer markant dårligere på de fire mentale skalaer end de øvrige unge (stor effektstørrelse). Forskellen er især markant ved *social funktion*, hvor deres gennemsnit er hele 12 point lavere end de øvrige unges. Unge med et højt stressniveau har ligeledes en dårligere mental livskvalitet end befolkningen som helhed. Gennemsnittet for de fire mentale skalaer ligger mellem 5 til 9 point under gennemsnittet for hele befolkningen, mens de øvrige unge har en mental livskvalitet, der er lidt bedre end befolkningen som helhed.

**Samlet helbred:** Unge med et højt stressniveau har en meget dårligere score på *fysisk helbred* end de øvrige unge (moderat effektstørrelse) og en markant dårligere score på *mentalt helbred* end de øvrige unge (stor

effektstørrelse). Gruppen ligger på niveau med hele befolkningen på *fysisk helbred* og markant dårligere på *mentalt helbred* (stor effektstørrelse), mens de øvrige unge placerer sig bedre på både *fysisk* og *mentalt helbred* end befolkningen som helhed.

Det samlede billede viser, at unge med et højt stressniveau har et dårligere mentalt helbred sammenlignet med øvrige unge og befolkningen som helhed, mens deres fysiske helbred ikke er dårligere end befolkningsgennemsnittet, om end de har et dårligere fysisk helbred end deres jævnaldrende. Deres helbredsrelaterede livskvalitet er således nedsat i en grad, der må antages at påvirke deres generelle livsudfoldelse.

### Depression

Figur 7.12 viser SF-12-profilen for midaldrende (35-64 år) med depression (se definition i kapitel 8) sammenlignet med alle øvrige midaldrende. Der er 6 % af de midaldrende mellem 35-64 år i Region Midtjylland, som har en mild, moderat eller svær depression. Depression har store samfundsmæssige omkostninger, især pga. øget sygefravær og udstødning fra arbejdsmarkedet, ligesom depression øger risikoen for flere kroniske sygdomme, herunder hjerte-kar-lidelser (34, 35, 36).

**Fysiske skalaer:** Midaldrende med depression scorer markant dårligere på de fire fysiske skalaer end midaldrende uden depression. Forskellene varierer fra 10 til 15 point (stor effektstørrelse). Forskellen er størst ved *alment helbred* og lavest ved *fysisk funktion*. Midaldrende med depression har ligeledes en markant dårligere fysisk livskvalitet end befolkningen som helhed, mens midaldrende uden depression ikke adskiller sig fra befolkningsgennemsnittet.

**Mentale skalaer:** Midaldrende med depression scorer i høj grad dårligere på de fire mentale skalaer end de øvrige midaldrende (stor effektstørrelse). Den største forskel ses ved *social funktion* og *psykiske begrænsninger*, hvor midaldrende med depression scorer 19 point lavere end de øvrige midaldrende. Midaldrende med depression adskiller sig ligeledes markant fra gennemsnittet i befolkningen på alle fire mentale skalaer (stor effektstørrelse), mens de øvrige midaldrende ikke adskiller sig fra gennemsnittet i befolkningen.

**Samlet helbred:** Midaldrende med depression har en markant dårligere score på *fysisk helbred* end de øvrige midaldrende og en endnu dårligere score på

*mentalt helbred*. Begge svarer til en stor effektstørrelse. Midaldrende med depression scorer ligeledes markant lavere end gennemsnittet i befolkningen på begge samlede skalaer, mens de øvrige midaldrende ligger på samme niveau som hele befolkningen.

Det samlede billede viser, at midaldrende med depression har både et væsentlig dårligere fysisk og mentalt helbred end øvrige midaldrende og befolkningen som helhed. Det er forventeligt, at de midaldrende med depression adskiller sig markant med hensyn til deres mentale helbred, men bemærkelsesværdigt, at de også adskiller sig så markant fra andre midaldrende og befolkningen som helbred med hensyn til fysisk helbred. Deres helbredsrelaterede livskvalitet er således nedsat i en grad, der må antages at påvirke deres generelle livsudfoldelse, blandt andet i forhold til fysiske gøremål og social kontakt.

### Førtidspension

Figur 7.13 viser SF-12-profilen for midaldrende (35-64 år), der er på førtidspension, sammenlignet med andre midaldrende. I alt 9 % af de midaldrende i alderen 35-64 år i Region Midtjylland er på førtidspension. Kriteriet for tilkendelse af førtidspension er, at arbejdsevnen hos en borger i den erhvervsaktive alder er varigt nedsat i et sådant omfang, at han eller hun ikke kan komme til at arbejde – hverken i et ordinært job med støtte eller i et særligt tilrettelagt fleksjob. Den hyppigste årsag til tilkendelse af førtidspension er angst efterfulgt af skizofreni, lænderygsmerter, depression, hjerneblødning, misbrug og slidgigt (28).

**Fysiske skalaer:** Midaldrende på førtidspension scorer markant lavere på de fire fysiske skalaer end de øvrige midaldrende. Forskellene varierer fra 10 til 13 point (stor effektstørrelse). Midaldrende på førtidspension scorer ligeledes markant lavere på de fire fysiske skalaer end befolkningen som helhed, mens de øvrige midaldrende ikke adskiller sig fra befolkningen som helhed.

**Mentale skalaer:** Midaldrende på førtidspension scorer markant dårligere på de fire mentale skalaer end de øvrige midaldrende. Den største forskel ses ved *energi*, *social funktion* og *psykiske begrænsninger* (stor effektstørrelse). Forskellen er mindst ved *psykisk trivsel* (moderat effektstørrelse). Midaldrende på førtidspension scorer ligeledes betydeligt lavere end befolkningen som helhed på alle fire mentale skalaer, mens de

øvrige midaldrende ikke adskiller sig fra gennemsnittet i befolkningen.

**Samlet helbred:** Midaldrende på førtidspension har en meget dårligere score på *fysisk helbred* end de øvrige midaldrende, ligesom de har en meget dårligere score på *mentalt helbred*. Begge svarer til en stor effektstørrelse. Midaldrende på førtidspension scorer ligeledes markant lavere end gennemsnittet i befolkningen på både *fysisk helbred* og *mentalt helbred*, mens de øvrige midaldrende ikke afviger fra gennemsnittet.

Det samlede billede viser, at midaldrende på førtidspension har en væsentlig nedsat helbredsrelateret livskvalitet i forhold til både deres fysiske og mentale helbred sammenlignet med øvrige midaldrende og befolkningen som helhed. Dette er ikke overraskende, eftersom førtidspension tilkendes både som følge af fysiske og psykiske sygdomme.

### Diabetes og livsstil

Figur 7.14 viser SF-12-profilen for diabetikere med svær overvægt (BMI 30+) og et usundt kostmønster sammenlignet med normalvægtige diabetikere med et sundt kostmønster. Tre ud af fire diabetikere er moderat eller svært overvægtige. Overvægt, usunde kostvaner og fysisk inaktivitet er vigtige risikofaktorer ved udviklingen af type 2-diabetes. Hos personer med diabetes kan risikoen for at udvikle følgesygdomme nedsættes ved livsstilsændringer. Derfor er livsstilsændringer en vigtig del af behandlingen af diabetes ved både type 1- og type 2-diabetes.

**Fysiske skalaer:** Diabetikere med svær overvægt og et usundt kostmønster har en markant lavere score på *fysisk funktion* sammenlignet med normalvægtige diabetikere med et sundt kostmønster (stor effektstørrelse). Det samme er tilfældet, om end i lidt mindre grad, ved de tre andre fysiske skalaer: *fysiske begrænsninger*, *fysisk smerte* og *alment helbred*. Her er gennemsnittet blandt svært overvægtige diabetikere med usundt kostmønster 6 point lavere (moderat effektstørrelse). Gruppen scorer desuden markant dårligere på alle fire fysiske skalaer end befolkningen som helhed (stor effektstørrelse). Til sammenligning har normalvægtige diabetikere med sunde kostvaner kun en lidt dårligere fysisk livskvalitet end hele befolkningen (lille effektstørrelse).

**Mentale skalaer:** Diabetikere med svær overvægt og et usundt kostmønster scorer ligeledes lidt dårligere

end normalvægtige diabetikere med et sundt kostmønster på tre af de mentale skalaer: *energi*, *psykiske begrænsninger* og *psykisk trivsel* (lille effektstørrelse). Gruppen scorer desuden meget lavere end befolkningen som helhed på alle fire mentale skalaer (moderat effektstørrelse), mens normalvægtige diabetikere med et sundt kostmønster kun adskiller sig meget på *social funktion* (moderat effektstørrelse).

**Samlet helbred:** Diabetikere med svær overvægt og et usundt kostmønster har et markant dårligere *fysisk helbred* og et lidt dårligere *mentalt helbred* end normalvægtige diabetikere med et sundt kostmønster. Begge diabetikergrupper ligger lavere end hele befolkningen på de to samlede helbredsskalaer, men diabetikere med svær overvægt og usundt kostmønster ligger markant lavere på begge samlede skalaer (stor effektstørrelse), mens normalvægtige diabetikere med sundt kostmønster kun adskiller sig lidt (lille effektstørrelse).

Det samlede billede peger på, at diabetikere med svær overvægt og et usundt kostmønster har væsentligt nedsat helbredsrelateret livskvalitet. Således er deres fysiske helbred betydeligt dårligere sammenlignet med normalvægtige diabetikere med sundt kostmønster og befolkningen som helhed. Det kan skyldes følgevirkninger af en dårligt reguleret diabetes. Det er velkendt, at sunde kostvaner og motion er med til at sikre en velreguleret diabetes, og at vægttab forbedrer diabetikers tilstand betydeligt (37). Dertil har diabetikere med svær overvægt og usundt kostmønster et meget dårligere mentalt helbred, sammenlignet med befolkningen som helhed, og en lidt dårligere mental livskvalitet end andre diabetikere.

### Leddegigt og rygning

Figur 7.15 viser SF-12-profilen for dagligrygere med leddegigt sammenlignet med personer med leddegigt, der er holdt op med at ryge for fem år siden eller mere. Rygning er den stærkeste og bedst dokumenterede risikofaktor for udløsning af leddegigt. Rygning forværrer desuden leddegigten hos personer, der har udviklet sygdommen (38, 39). Hver femte borger med leddegigt ryger dagligt.

**Fysiske skalaer:** Personer med leddegigt, der ryger dagligt, har en lavere score på de fire fysiske skalaer end eksrygere med leddegigt. Der er tale om mindre, men konsistente forskelle (lille effektstørrelse). Begge grupper af leddegigtpatienter har et væsentligt dårlige-

re fysisk helbred end befolkningen som helhed. Rygere med leddegigt ligger hele 11 til 13 point lavere end befolkningen som helhed på de fire fysiske skalaer (stor effektstørrelse). Eksrygere med leddegigt ligger tilsvarende 8 til 9 point lavere. Forskellen er størst for begge grupper ved *fysisk smerte*.

**Mentale skalaer:** Dagligrygere med leddegigt ligger mellem 4 og 5 point lavere på tre af de mentale skalaer end eksrygere med leddegigt (lille effektstørrelse). Det drejer sig om: *social funktion*, *psykiske begrænsninger* og *psykisk trivsel*. Både dagligrygere og eksrygere med leddegigt har en dårligere mental livskvalitet end befolkningen som helhed, men forskellene er ikke så store som ved fysisk helbred.

**Samlet helbred:** Dagligrygere med leddegigt scorer dårligere på både *fysisk helbred* og *mentalt helbred* end eksrygere med leddegigt. Forskellen svarer til en moderat effektstørrelse. Begge grupper har et dårligere *fysisk helbred* og *mentalt helbred* end hele befolkningen.

Det samlede billede viser, at dagligrygere med leddegigt har en dårligere helbredsrelateret livskvalitet end eksrygere med leddegigt, og at begge grupper har en markant dårligere helbredsrelateret livskvalitet end befolkningen som helhed. Dette vedrører både deres fysiske og mentale helbred.

### Brug for hjælp til dagligdagens gøremål

Figur 7.16 viser SF-12-profilen for ældre (75 år og derover), der har brug for hjælp til dagligdagens gøremål, sammenholdt med ældre, der ikke har brug for hjælp.

Fire ud af ti personer på 75 år og derover har brug for hjælp til at udføre et eller flere af dagligdagens gøremål. Det kan dreje sig om hjælp til personlig pleje, madlavning, rengøring, indkøb osv. Med et fagudtryk fra ergoterapien har de et ADL-behov, hvor ADL står for *Activities of Daily Living* (på dansk bruges betegnelsen almindelig daglig levevis) (40). Ofte udløser behovet kommunal hjemmehjælp eller anden professionel hjælp.

**Fysiske skalaer:** Ældre med behov for hjælp til dagligdagens gøremål adskiller sig markant fra ældre, der ikke har behov for hjælp. Gennemsnittet på de fire fysiske skalaer er mellem 10 og 15 point lavere (stor effektstørrelse). Størst er forskellen ved *fysisk*

*funktion*. Ældre med behov for hjælp scorer ligeledes markant dårligere end gennemsnittet i befolkningen (stor effektstørrelse), mens ældre uden behov for hjælp kun ligger en smule under eller på niveau med hele befolkningen.

**Mentale skalaer:** Ældre med behov for hjælp til dagligdagens gøremål scorer ligeledes dårligere på de mentale skalaer sammenlignet med ældre uden behov for hjælp. Forskellen på de fire mentale skalaer er mellem 8 og 13 point lavere (stor effektstørrelse). Ældre med behov for hjælp scorer ligeledes lavere end befolkningen som helbred på alle fire skalaer, mens ældre uden behov for hjælp har et gennemsnit på de fire mentale skalaer, der ligger på eller over gennemsnittet for hele befolkningen.

**Samlet helbred:** Ældre med behov for hjælp til dagligdagens gøremål scorer væsentlig lavere på *fysisk helbred* og *mentalt helbred* end ældre uden et sådant behov, svarende til en stor effektstørrelse på begge samlede skalaer. Forskellen er på henholdsvis 16 og 13 point. Ældre med behov for hjælp scorer ligeledes markant lavere på både *fysisk* og *mentalt helbred* end befolkningen som helhed, mens ældre uden behov for hjælp scorer lidt bedre end befolkningen som helhed på mentalt helbred.

SF-12-profilerne for ældre med og uden behov for hjælp til dagligdagens gøremål er markant forskellige. Især det fysiske helbred er væsentlig dårligere hos personer, der har brug for hjælp, mens det mentale helbred dog også er nedsat. Personer uden behov for hjælp har, på trods af deres alder, en helbredsrelateret livskvalitet på niveau med eller bedre end hele befolkningen.

► **Udvikling fra 2010-2017.** Opgjort som effektstørrelse er der reelt ingen forskel på befolkningens helbredsrelaterede livskvalitet i perioden fra 2010 og 2017. Se figur 7.4.S i bind 2. ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** Opgjort som effektstørrelse er der reelt ingen forskel på befolkningens helbredsrelaterede livskvalitet i perioden fra 2013 og 2017. Se figur 7.4.S i bind 2. ◀

## Sammenfatning

Formålet med den del af kapitel 7, der omhandler SF-12, har været at vise, hvordan SF-12 kan anvendes til at beskrive helbredsrelateret livskvalitet i forskellige befolkningsgrupper. Der er blevet præsenteret en række SF-12-profiler for udvalgte sociodemografiske grupper og for befolkningsgrupper med forskellige risikofaktorer og særlige belastninger. Hensigten med caseeksemplerne har været at eksemplificere, hvordan SF-12 kan tolkes, samt illustrere, hvordan forskellige SF-12-profiler ser ud.

## Referencer

1. CLK Lam. Subjective quality of life measures – general principles and concepts. In: Preedy VR & Watson RR (Eds.), *Handbook of disease burdens and quality of life measures*, v. 1, p. 382-399. New York, NY: Springer; 2010.
2. Næss S, Moun T. *Livskvalitet: forskning om det gode liv*. Bergen: Fagbokforlaget; 2011.
3. Kajandi, M. *Livskvalitet*. Uppsala: Psykologiske enheten, Forskningskliniken, Ulleråkers sjukhus; 1985.
4. Centers for Disease Control and Prevention. *Measuring healthy days: Population assessment of health-related quality of life*. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention; 2000.
5. Gandek B, Sinclair SJ, Kosinski M, Ware JE Jr. Psychometric evaluation of the SF-36 health survey in Medicare managed care. *Health Care Finance Rev* 2004; 25(4):5-25.
6. McHorney CA. Health status assessment methods for adults: past accomplishments and future directions. *Annual Rev Public Health* 1999; 20:309-35.
7. Selim AJ, Rogers W, Fleishman JA, Qian SX, Fincke BG, Rothendler JA, Kazis LE. Updated U.S. population standard for the Veterans RAND 12-item Health Survey (VR-12). *Qual Life Res* 2009; 18(1):43-52.
8. Jylha M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med* 2009; 69(3):307-16.
9. Bombak E. 2013. Self-Rated Health and Public Health: A Critical Perspective. *Front Public Health*; 2013; 1:15.
10. Tissue T. Another look at self-rated health among the elderly. *Journal of Gerontology*. 1972; 27:91-94.
11. Idler EL & Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty seven community studies. *J Health Soc Beh* 1997; 38:21-37.
12. DeSalvo KB. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A metaanalysis. *J Gen Intern Med* 2006; 21(3):267-75.

13. Latham K, Peek C. Self-Rated Health and Morbidity Onset Among Late Midlife U.S. Adult. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2013 Jan; 68(1):107-116. doi: 10.1093/geronb/gbs104.
14. Riise HK, Riise T, Natvig GK, Daltveit AK. Poor self-rated health associated with an increased risk of subsequent development of lung cancer. *Qual Life Res* 2014 Feb; 23(1):145-53. doi: 10.1007/s11136-013-0453-2.
15. Waller G, Janlert U, Norberg M, Lundqvist R, Forssén A. Self-rated health and standard risk factors for myocardial infarction: a cohort study. *BMJ Open* 2015 Feb 13;5(2):e006589. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006589.
16. Wennberg P, Rolandson O, Jerdén L, Boeing H, Sluik D, Kaas R, et al. Self-rated health and mortality in individuals with diabetes mellitus: prospective cohort study. *BMJ Open* 2012; 2(1).
17. Grool AM, van der Graaf Y, Visseren FL, de Borst GJ, Algra A, Geerlings MI; SMART Study Group. Self-rated health status as a risk factor for future vascular events and mortality in patients with symptomatic and asymptomatic atherosclerotic disease: the SMART study. *J Intern Med* 2012 Sep; 272(3):277-86. doi: 10.1111/j.1365-2796.2012.02521.x.
18. Venskutonyte L, Brismar K, Öhrvik J, Rydén L, Kjellström B. Self-rated health predicts outcome in patients with type 2 diabetes and myocardial infarction: a DIGAMI 2 quality of life sub-study. *Diab Vasc Dis Res* 2013 Jul; 10(4):361-7. doi: 10.1177/1479164113482694.
19. Perruccio AV, Davis AM, Hogg-Johnson S, Badley EM. Importance of self-rated health and mental well-being in predicting health outcomes following total joint replacement surgery for osteoarthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*; 2011; 63(7):973-81. doi: 10.1002/acr.20467.
20. Cserép Z, Losonczi E, Tóth R, Tóth A, Juhász B, Balog P, Vargha P, Gál J, Contrada RJ, Falger PR, Székely A. Self-rated health is associated with the length of stay at the intensive care unit and hospital following cardiac surgery. *BMC Cardiovasc Disord*; 2014; 14:171. doi: 10.1186/1471-2261-14-171.
21. Eng JA, Clough-Gorr K, Cabral HJ, Silliman RA. Predicting 5- and 10-Year Survival In Older Women With Early Stage Breast Cancer: Self-Rated Health and Walking Ability. *J Am Geriatr Soc*; 2015; 63(4):757-762. doi:10.1111/jgs.13340.
22. Kristensen TS et al. Selvvurderet helbred og arbejdsmiljø – Er selvvurderet helbred et frugtbart og nyttigt begreb i arbejdsmiljøforskning og forebyggelse? København: Arbejdsmiljøfondet; 1998.
23. Dominick KL et al. Relationship of health related quality of life to health care utilization and mortality among older adults. *Aging Clin Exp Res* 2001; 14(6):499-508.
24. DeSalvo KB et al. Health care expenditure prediction with a single item, self-rated health measure. *Med Care* 2009; 47(4):440-7.
25. Ware JE, Kosinski M, Turner-Bowker DM, Gandek B. How to score version 2 of the SF-12 health survey (with a supplement documenting version 1). Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated; 2001.
26. Ware J, Snow K, Kosinski M. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston: MA: The Health Institute, New England Medical Centre; 1993.
27. Alberts SC, Archie EA, Gesquiere LR, Altmann J, Vaupel JW, Christensen K. The male-female health-survival paradox: A comparative perspective on sex differences. pp. 339-364 in: *Aging and Mortality in National Research Council*. (2014). *Sociality, Hierarchy, Health: Comparative Biodemography: A Collection of Papers*. Weinstein M and Lane MA, editors, Committee on Population, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press.
28. 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.
29. 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.



30. Squeglia LM, Gray KM. Alcohol and Drug Use and the Developing Brain. *Curr Psychiatry Rep*, 2016; 18(5):46. doi: 10.1007/s11920-016-0689-y.
31. Sundhedsstyrelsen. Narkotikasituationen i Danmark 2017 – Nationale data. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.
32. Sundhedsstyrelsen. Langvarig stress. Aktuel viden og forslag til stressforebyggelse. Rådgivning til almen praksis. København: Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen; 2007.
33. Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, Juel K. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. København: Sundhedsstyrelsen; 2015.
34. Wulsin LR, Singal BM. Do depressive symptoms increase the risk for the onset of coronary disease? A systematic quantitative review. *Psychosom Med* 2003; 65(2):201-210.
35. Nicholson A, Kuper H, Hemingway H. Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146.538 participants in 54 observational studies. *Eur Heart J*; 2006; 27:2763-74.10.1093/eurheartj/ehl338.
36. Dhar AK, Barton DA. Depression and the Link with Cardiovascular Disease. *Frontiers in Psychiatry*. 2016;7:33. doi:10.3389/fpsy.2016.00033.
37. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2018. *Diabetes Care*; 2018; 41 (1).
38. Sugiyama D, Nishimura K, Tamaki K, et al. Impact of smoking as a risk factor for developing rheumatoid arthritis: a meta-analysis of observational studies. *Ann Rheum Dis*, 2010;69:70-81.
39. Kallberg H, Ding B, Padyukov L, et al. Smoking is a major preventable risk factor for rheumatoid arthritis: estimations of risks after various exposures to cigarette smoke. *Ann Rheum Dis*; 2011; 70:508-11.
40. Wæhrens EE (red.). Almindelig daglig levevis – ADL. København: Munksgaard; 2015.