

# 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

<b>SAMMENFATNING</b>	<b>10</b>
<b>1. BAGGRUND, FORMÅL OG METODE</b>	<b>16</b>
Baggrund og formål .....	16
Metode.....	16
Beskrivelse af baggrundsvariable .....	21
Læsevejledning .....	24
Medarbejdere.....	24
<b>SUNDHEDSVANER</b>	<b>29</b>
<b>2. RYGNING</b>	<b>32</b>
Hvor mange ryger? .....	35
Daglig rygning i hjem med børn.....	41
Hvor mange vil gerne holde op med at ryge?.....	43
Hvor mange vil gerne have støtte og hjælp til rygestop? .....	47
Rygestart og rygestop .....	53
Råd fra egen læge om rygestop .....	54
E-cigaretter .....	55
<b>3. ALKOHOL</b>	<b>58</b>
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
<b>4. FYSISK AKTIVITET</b>	<b>84</b>
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
<b>5. KOST</b>	<b>120</b>
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>



## SAMMENFATNING

Denne sundhedsprofil er udarbejdet på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen *Hvordan har du det? 2017*. Undersøgelsen belyser sundhed, sygdom og trivsel blandt borgere i Region Midtjylland i alderen fra 16 år og opefter.

I slutningen af januar 2017 blev der udsendt et spørgeskema til 52.000 tilfældigt udvalgte borgere. Der er 32.417, som deltog i undersøgelsen, hvilket giver en svarprocent på 62. De mange oplysninger om borgernes sundhed vil i de kommende år blive brugt i såvel den praktiske tilrettelæggelse af sundhedsarbejdet som til forskning, der kan bidrage til at forbedre folkesundheden.

I Region Midtjylland blev en tilsvarende undersøgelse gennemført i 2006, 2010 og 2013, hvilket giver mulighed for at følge udviklingen i befolkningens sundhedsvaner og sundhedstilstand. I denne sundhedsprofil fokuseres på udviklingen fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017. Udviklingen i befolkningens sundhedsvaner og sundhedstilstand er beskrevet i detaljer i bind 2 (udviklingsbindet).

Formålet med sundhedsprofilen er, at den kan fungere som et planlægningsredskab for kommuner, region og andre aktører. Helt konkret kan sundhedsprofilen eksempelvis danne grundlag, når de kommunale sundhedspolitikker skal udformes, og der skal prioriteres mellem forskellige forebyggelses- og sundhedsindsatser. I profilen peges der således på, hvilke befolkningsgrupper og geografiske områder der har de største udfordringer på sundhedsområdet. I forhold til det behandlende sundhedsvæsen giver sundhedsprofilen et overblik over sundhed og sygelighed i den samlede befolkning og understøtter derved en populationsbaseret tilgang. Det er især relevant i behandlingen af kronisk sygdom, hvor der er behov for en langvarig og kontinuerlig indsats, der ligeledes omfatter forebyggelse og rehabilitering og tager højde for forskelle i ressourcer og handlekompetencer i forskellige grupper af befolkningen.

### Sundhedsvaner

**Ryging.** I Region Midtjylland er der 16 %, der ryger dagligt. Det er især personer med lavt og middelhøjt

uddannelsesniveau, arbejdsløse og modtagere af kon-tanthjælp, sygedagpenge og førtidspension, der ryger dagligt. Halvdelen af dagligrygerne har et forbrug på mindst 15 cigaretter om dagen (storrygere).

Dagligrygerne er i høj grad motiverede for rygestop, idet 70 % rapporterer, at de gerne vil holde op med at ryge. Af de rygere, som inden for det seneste år har været ved lægen, er 42 % af storrygerne og 32 % af moderatrygerne blevet rådet til at holde op med at ryge.

Andelen af en ungdomsårgang, der starter med at ryge, har været faldende over en årrække, og der er også en tendens til, at flere unge, der starter med at ryge, hurtigere holder op igen, end det var tilfældet tidligere.

Det er kun en lille andel på 3 % af befolkningen, som dagligt eller engang imellem bruger e-cigaretter. Stort set alle, der bruger e-cigaretter, ryger også tobak.

**Alkohol.** I Region Midtjylland er der 6 % af befolkningen, som har et højrisikoforbrug af alkohol (dvs. flere end 14 genstande om ugen for kvinder og flere end 21 genstande om ugen for mænd). Det er især mænd, unge i alderen 16-24 år og arbejdsløse og efterlønsmodtagere, der har et højrisikoforbrug af alkohol.

Det ses, at 34 % blandt personer med et højrisikoforbrug af alkohol ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug. Blandt personer med et højrisikoforbrug af alkohol, der har været ved egen læge inden for det seneste år, er 14 % blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug.

Andelen, der rusdrikker (dvs. drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed mindst én gang om ugen), er 10 %. Mænd er oftere rusdrikkere end kvinder, og den største andel af rusdrikkere findes blandt de unge mænd i alderen 16-24 år. Det er især unge på de almene gymnasier og videregående uddannelser, der rusdrikker.

Der er en stor andel af unge (16-24-årige), som inden for det seneste år har haft negative oplevelser eller risikoadfærd i forbindelse med, at de har drukket alkohol. Eksempelvis har mere end hver fjerde haft

et blackout, hver tiende har haft sex, som de fortrød bagefter, og lidt under hver tyvende har kørt spritkørsel på knallert eller i bil.

**Fysisk aktivitet.** I Region Midtjylland er der 20 %, der er fysisk inaktive, dvs. er fysisk aktive i 30 minutter højst 1 dag om ugen. Samtidig er der 30 %, der ikke lever op til WHO's anbefaling for fysisk aktivitet, dvs. 150 minutters moderat eller 75 minutters intensiv fysisk aktivitet eller en kombination af de to om ugen. Næsten halvdelen af befolkningen dyrker ikke idræt eller anden motion i fritiden.

På de tre forskellige mål for fysisk aktivitet er andelen af personer, der ikke er tilstrækkeligt fysisk aktive, højst blandt personer på 75 år eller derover, personer med et lavt uddannelsesniveau, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge samt førtidspension.

Det ses, at 70 % blandt de fysisk inaktive ønsker at være mere fysisk aktive, og 24 % af de fysisk inaktive, der har været ved egen læge inden for det seneste år, er blevet rådet til at dyrke motion.

**Kost.** I Region Midtjylland har 15 % et usundt kostmønster. Der er en stærk sammenhæng mellem usundt kostmønster og køn, alder og sociale forhold. Eksempelvis er andelen med usundt kostmønster markant større blandt mænd end blandt kvinder.

Der er 56 % af dem, der har et usundt kostmønster, som ønsker at spise mere sundt. Det ses også, at 13 % af dem med et usundt kostmønster, der har været ved egen læge inden for det seneste år, er blevet rådet til at ændre kostvaner.

**Overvægt.** I Region Midtjylland er halvdelen af befolkningen overvægtige, hvilket dækker over 34 %, der er moderat overvægtige, og 16 %, der er svært overvægtige. Det er især mænd, der er moderat overvægtige, mens der ikke er forskel på mænd og kvinder med hensyn til svær overvægt. Dertil ses det, at en større andel af de 45-74-årige er svært overvægtige end befolkningen generelt. Ligeledes er der en stærk sammenhæng mellem uddannelse og svær overvægt, hvor en større andel af personer med et lavt uddannelsesniveau er svært overvægtige end i befolkningen generelt.

I alt 23 % blandt de moderat overvægtige og 56 % blandt de svært overvægtige ønsker i høj grad at tabe sig. Det er især overvægtige kvinder, der gerne vil tabe sig.

Det ses også, at 8 % af de moderat overvægtige og 37 % af de svært overvægtige, der har været ved egen læge inden for det seneste år, er blevet rådet til at tabe sig.

#### Udviklingen i sundhedsvaner – 2010, 2013, 2017.

I perioden fra 2010 til 2017 har der været et fald i andelen af dagligrygere fra 20 % til 16 % og i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol fra 11 % til 6 %. Blandt unge (16-24-årige) har der været et særligt stort fald, idet andelen med et højrisikoforbrug af alkohol i perioden fra 2010 til 2017 er halveret fra 21 % til 9 %. Omvendt har der i befolkningen i Region Midtjylland været en stigning i andelen af fysisk inaktive fra 17 % til 20 %, i andelen med et usundt kostmønster fra 12 % til 15 % og i andelen af svært overvægtige fra 14 % til 16 %.

I perioden fra 2013 til 2017 har der ligeledes været et fald i andelen af dagligrygere fra 17 % til 16 % og i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol fra 8 % til 6 %. Omvendt har der været en stigning i andelen af fysisk inaktive fra 18 % til 20 %, i andelen med et usundt kostmønster fra 13 % til 15 % og i andelen af svært overvægtige fra 14 % til 16 %.

## Fysisk og mental sundhed

#### Selvurderet helbred og helbredsrelateret livskvalitet.

I Region Midtjylland angiver 16 %, at de har et *dårligt helbred*. Det er især kvinder, personer over 45 år og personer med lavt uddannelsesniveau, der har et dårligt selvvurderet helbred. Dertil ses en stærk sammenhæng mellem erhvervstilknytning og selvvurderet helbred, idet godt 40 % blandt dem, der modtager kontanthjælp eller sygedagpenge, og mere end hver anden førtidspensionist har et dårligt selvvurderet helbred.

I rapporten præsenteres en række SF-12-profiler, som beskriver den *helbredsrelaterede livskvalitet* blandt udvalgte sociodemografiske grupper og i befolknings-

grupper med forskellige risikofaktorer og særlige belastninger.

Af profilerne ses det bl.a., at kvinders helbredsrelaterede livskvalitet er en smule dårligere end mænds. Ældre har en betydelig dårligere helbredsrelateret livskvalitet i forhold til fysisk helbred end 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. Det ses desuden, at personer med et lavt uddannelsesniveau generelt har en dårligere helbredsrelateret livskvalitet end personer med et højt uddannelsesniveau, og dette gælder især i forhold til fysisk helbred. Endelig har personer med ikke-vestlig baggrund en dårligere helbredsrelateret livskvalitet set i forhold til både deres fysiske og mentale helbred end personer med dansk baggrund, omend der er tale om mindre forskelle.

**Mental sundhed og mentalt helbred.** Syv ud af ti borgere i Region Midtjylland vurderer, at de har en *god trivsel og livskvalitet*. De største andele med god trivsel og livskvalitet findes blandt studerende/skoleelever og beskæftigede.

Andelen med *højt stressniveau* udgør 31 % af befolkningen. Denne andel er faldende med alderen, om end der ses en stigning i højt stressniveau blandt personer på 75 år eller derover. Der ses en meget stor andel med højt stressniveau blandt personer med dårligt selv vurderet helbred (68 %). Blandt unge (16-24-årige) er der en markant større andel med højt stressniveau blandt dem, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (66 %), og blandt dem, der har været udsat for kærestevold (71 %).

Det ses endvidere, at 6 % af befolkningen har været *generet af angst og anspændthed* inden for de seneste 14 dage. Sammenlignet med hele befolkningen er der en markant større andel, som er generet af angst og anspændthed, blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge (20 %), førtidspension (19 %) og personer med dårligt selv vurderet helbred (20 %). Blandt unge (16-24-årige) er der en markant større andel, som er generet af angst og anspændthed, blandt dem, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (25 %), dem, der har været udsat for fysisk vold eller seksuelt overgreb (24-27 %), og dem med anden seksuel orientering end heteroseksuel (25 %).

Andelen af *svært ensomme* udgør 8 % af befolkningen. Der ses en høj andel svært ensomme blandt de 16-29-årige (10-13 %) og personer på 85 år og derover (11 %). Endvidere er der en markant større andel, som er svært ensomme, blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge (24 %), førtidspensionister (22 %), personer, der mangler social støtte (32 %), og personer med tegn på social isolation (26 %). Blandt unge (16-24-årige) er der en markant større andel, som er svært ensomme, blandt dem, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (25 %), dem, der har været udsat for fysisk vold eller seksuelt overgreb (27-31 %), og dem med anden seksuel orientering end heteroseksuel (28 %).

Andelen, der har en *depression* (let, moderat eller svær), udgør 6 % af befolkningen. Knap hver fjerde modtager af kontanthjælp eller sygedagpenge og godt hver fjerde ung (16-24-årige), der hverken er i arbejde eller under uddannelse, har en depression. Sammenlignet med hele befolkningen er risikoen for at have en depression endvidere 3-4 gange større for personer med tegn på social isolation, personer belastet af økonomiske forhold og personer, der mangler social støtte. De højeste forekomster af depression blandt unge (16-24-årige) findes hos dem, der har været udsat for kærestevold (32 %) eller seksuelt overgreb i barndommen (29 %).

Blandt de unge (16-24-årige) har 19 % mindst én gang i deres liv *skadet sig selv med vilje* uden at have til hensigt at tage deres eget liv (26 % unge kvinder og 11 % unge mænd). Andelen, der har skadet sig selv inden for de seneste 12 måneder, udgør 9 % og er størst blandt de 16-18-årige.

Blandt de unge kvinder (16-24-årige) udviser 23 % *risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse*. Sammenlignet med alle unge kvinder er der en større andel med risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse. Andelen af unge kvinder med risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse øges endvidere markant med stigende vægtklasse.

**Kronisk sygdom og multisygdom.** I rapporten belyses forekomsten af 17 kroniske sygdomme. De hyppigst forekommende kroniske sygdomme i befolkningen er allergi og slidgigt, som hver især optræder hos hver femte borger. Dernæst kommer forhøjet blodtryk, som

ses hos 18 % af befolkningen, og migræne/hyppig hovedpine, der ses hos 15 % af befolkningen. Desuden har 13 % diskusprolaps/andre rygsygdomme, 12 % har en psykisk lidelse, 6 % har leddegigt, 5 % har diabetes, 4 % har KOL, 4 % har knogleskørhed, og 3 % af borgerne lever med eller har eftervirkninger af kræft.

Der er en højere forekomst af potentielt livstruende sygdomme hos mænd og en højere forekomst af ikke-livstruende sygdomme hos kvinder.

Særligt slidgigt, knogleskørhed, psykiske lidelser og migræne/hyppig hovedpine optræder oftere hos kvinder end mænd, hvorimod der eksempelvis ses højere forekomster af hjertekrampe, blodprop i hjertet og diabetes hos mænd end kvinder. Ved 13 ud af de 17 sygdomme øges forekomsten med stigende alder. Desuden er der en øget forekomst af 15 ud af de 17 sygdomme blandt personer med lavt uddannelsesniveau og en øget forekomst af samtlige 17 sygdomme blandt førtidspensionister, end det er tilfældet i hele befolkningen.

Personer med kronisk sygdom har generelt mere risikable sundhedsvaner end personer uden kronisk sygdom. Især personer med leddegigt, psykiske lidelser, hjerneblødning/blodprop i hjernen og i særdeleshed personer med KOL har risikable sundhedsvaner (dvs. rygning, højrisikoforbrug af alkohol, fysisk inaktivitet, usunde kostvaner og svær overvægt).

Borgere med kronisk sygdom har gennemsnitligt set en dårligere helbredsrelateret livskvalitet end borgere uden kronisk sygdom, og jo flere sygdomme, jo dårligere er livskvaliteten. En stor andel har desuden nedsat arbejdsevne, oplever svær ensomhed og lider i højere grad af depression end den generelle befolkning. Ligeledes har en stor andel af personer med kronisk sygdom brug for hjælp til dagligdagens gøremål. Eksempelvis har over to ud af fem med hjerneblødning/blodprop i hjernen, hjertekrampe, knogleskørhed og blodprop i hjertet brug for hjælp i dagligdagen.

Knap halvdelen af borgerne på 25 år og derover (47 %) angav selv, at de var i behandling på tidspunktet for undersøgelsen. Andelen stiger markant med alderen og er særlig stor blandt personer med lavt uddannelsesniveau (61 %), førtidspensionister

(79 %) og modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge (60 %).

Behandlingsbyrden er det besvær, som patienter oplever ved at skulle følge deres behandling. Det at have en kronisk sygdom kan være forbundet med en betydelig behandlingsbyrde for patienten. Hvis behandlingsbyrden er stor, kan det mindske motivationen for at følge behandlingen eller overstige patientens muligheder og evner, så efterlevelsen af behandlingen bliver mangelfuld. Undersøgelsen viser, at blandt dem, der er i behandling, oplever hver femte eller mere med hjerte-kar-sygdom, psykiske lidelser, migræne/hyppig hovedpine, leddegigt, KOL og diskusprolaps/andre rygsygdomme at have en høj behandlingsbyrde. Andelen med høj behandlingsbyrde er desuden størst blandt yngre og midaldrende personer (17-22 %) og er særligt stor blandt førtidspensionister (30 %) og modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge (33 %).

Mere end hver tiende af borgerne med hjerte-kar-sygdom (blodprop i hjertet, hjertekrampe, hjerneblødning/blodprop i hjernen), knogleskørhed, KOL og psykiske lidelser har svært ved at forstå information om sundhed. Ligeledes har mere end hver tiende med hjerte-kar-sygdom, knogleskørhed, KOL, psykiske lidelser og leddegigt svært ved at kommunikere med sundhedspersonalet. Undersøgelsen peger således på, at sundhedskompetencen hos nogle patientgrupper er begrænset i en grad, hvor det kan være vanskeligt for dem aktivt at tage hånd om egen sundhed og navigere i et komplekst sundhedsvæsen.

I alt to ud af fem borgere i Region Midtjylland er multisyge med to eller flere af de 17 kroniske sygdomme, der er inkluderet i undersøgelsen. Undersøgelsen viser, at personer med multisygdom generelt er markant dårligere stillet sammenlignet med personer, der kun har én kronisk sygdom. For de sygdomsramte personer gælder det, at de har dårligere helbredsrelateret livskvalitet (både fysisk og mentalt), hvis en sygdom ledsages af andre kroniske sygdomme frem for at stå alene. Med et stigende antal kroniske sygdomme hos den enkelte person ses ligeledes en markant stigning i andelen med nedsat arbejdsevne, andelen, der har brug for hjælp i dagligdagen, andelen med svær ensomhed og depression, andelen, der har svært ved at forstå information om sundhed og kommunikere med sundhedspersonale, og andelen, der oplever høj behandlingsbyrde.

**Udviklingen i fysisk og mental sundhed – 2010, 2013, 2017.** I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen, der har et dårligt selv vurderet helbred (fra 14 % til 16 %), i andelen med højt stressniveau (fra 28 % til 31 %) og i andelen, der er generet af angst og anspændthed (fra 4 % til 6 %).

Fra 2010 til 2017 har der desuden været en stigning i andelen, der har følgende sygdomme: forhøjet blodtryk, hjerneblødning/blodprop i hjernen, diabetes, kræft, allergi, slidgigt, leddegigt, knogleskørhed, diskusprolaps/andre ryggsygdomme, migræne/hyppig hovedpine, tinnitus og grå stær. Tilsvarende ses der en stigning i andelen, der er multisyge (fra 36 % til 40 %).

I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen, der har et dårligt selv vurderet helbred (fra 14 % til 16 %), i andelen med højt stressniveau (fra 27 % til 31 %) og i andelen, der er generet af angst og anspændthed (fra 4 % til 6 %). Der har endvidere været et fald i andelen, der angiver, at deres trivsel og livskvalitet er god (fra 76 % til 71 %). I forhold til angst og anspændthed, stress og ensomhed ses der en stor stigning blandt unge. Den mest markante stigning ses i forhold til angst og anspændthed hos unge kvinder, hvor andelen er steget fra 5 % i 2013 til 14 % i 2017.

Fra 2013 til 2017 har der desuden været en stigning i andelen, der har følgende sygdomme: hjerneblødning/blodprop i hjernen, kræft, KOL, allergi, slidgigt, leddegigt, knogleskørhed, diskusprolaps/andre ryggsygdomme, psykiske lidelser, migræne/hyppig hovedpine og tinnitus. Endvidere ses der en stigning i andelen, der er multisyge (fra 36 % til 40 %).

## Ulighed i sundhed

**Social ulighed i sundhed.** Der er en betydelig social ulighed i sundhed i Region Midtjylland på tværs af uddannelsesgrupper og erhvervstilknytning. Generelt tegner der sig et billede af, at jo lavere uddannelsesniveau og jo længere fra arbejdsmarkedet, jo større sundhedsudfordringer.

I forhold til uddannelsesniveau er forskellen mest udtalt for usundt kostmønster, daglig rygning og svær overvægt, mens der kun er en mindre grad af social ulighed for fysisk inaktivitet og højrisikoforbrug af

alkohol. I forhold til erhvervstilknytning er det særligt førtidspensionisterne, hvor der er en stor andel med risikable sundhedsvaner, efterfulgt af arbejdsløse og modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge.

Der er ligeledes en tydelig social ulighed i helbred. I forhold til uddannelsesniveau har personer med et lavt uddannelsesniveau højere forekomster af dårligt selv vurderet helbred og nedsat arbejdsevne, har i højere grad brug for hjælp til dagligdagens gøremål og lider oftere af fire eller flere kroniske sygdomme, end det er tilfældet for højtuddannede. Tilsvarende ses der meget høje forekomster af dårligt selv vurderet helbred blandt førtidspensionister og modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge.

Endelig er der også social ulighed i mental sundhed og sundhedskompetence. I forhold til uddannelsesniveau er forskellen mest udtalt for vanskeligheder ved at forstå information om sundhed (et aspekt af sundhedskompetence), depression, svær ensomhed og højt stressniveau. I forhold til erhvervstilknytning er det igen særligt førtidspensionister og modtagere af kontanthjælp og sygedagpenge, der har meget høje forekomster af dårlig mental sundhed og lav sundhedskompetence.

**Udviklingen i social ulighed i sundhed – 2010, 2013, 2017.** I perioden fra 2010 til 2017 er der sket en forøgelse af den sociale ulighed i højrisikoforbrug af alkohol og i fysisk inaktivitet. Til gengæld er den sociale ulighed mindsket i forhold til dårligt selv vurderet helbred.

I perioden fra 2013 til 2017 er der sket en forøgelse af den sociale ulighed i forhold til højrisikoforbrug af alkohol. Til gengæld er den sociale ulighed mindsket i forhold til fysisk inaktivitet, dårligt selv vurderet helbred og nedsat arbejdsevne (25-64-årige).

**Geografisk ulighed i sundhed.** De 638 sogne, der findes i Region Midtjylland, er blevet inddelt i fem sociogeografiske områder på baggrund af registeroplysninger om hele befolkningens indkomst, tilknytning til arbejdsmarkedet og uddannelsesniveau.

Der er en betydelig geografisk ulighed i sundhedsvaner på tværs af de sociogeografiske områder, som ses tydeligst ved kost og svær overvægt. De højeste forekomster af risikable sundhedsvaner ses i de socioøkonomisk dårligst stillede områder. Den eneste

sundhedsvane, hvor der ikke er nogen forskel på tværs af sociogeografiske områder, er højrisikoforbrug af alkohol.

Der er ligeledes en tydelig geografisk ulighed i andelen, der har dårlige levevilkår (dvs. oplever svag social støtte, svær ensomhed, nedsat arbejdsevne, har brug for hjælp til dagligdagens gøremål, ikke bor med andre voksne og har svært ved at forstå information om sundhed).

Der er en markant geografisk ulighed i helbred (dårligt selv vurderet helbred, multisygdom, stress og depression) og konsekvenser af sygdom (mistet tilknytning til arbejdsmarkedet og høj behandlingsbyrde). Den geografiske ulighed i sundhedsvaner og levevilkår må antages at udgøre en væsentlig del af baggrunden for den markante geografiske ulighed i helbred og konsekvenser af sygdom i regionen. Samtidig er svage sociale netværk, svag social støtte, mistro i form af ensomhed og lav sundhedskompetence en barriere for fremme af egen sundhed.

Til sidst i rapporten under *Sundhed på én side* ses den sociogeografiske profil for hver kommune og de sundhedsudfordringer, der er i den enkelte kommune sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen. Der er stor variation i sundhed mellem kommunerne, hvilket til dels kan forklares af forskellen i sociogeografiske profiler.