

# HVORDAN HAR DU DET? 2017

SUNDHEDSPROFIL FOR REGION OG KOMMUNER | **BIND 2**  
UDVIKLINGEN 2010 - 2013 - 2017

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 2**  
UDVIKLINGEN 2010 - 2013 - 2017

## **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 2). Udviklingen 2010-2013-2017

## 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 2). Udviklingen 2010-2013-2017. Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland; 2018.

ISBN-nr: 978-87-92400-90-1

EAN-nr: 9788792400901

## 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

# INDHOLDSFORTEGNELSE

1. INDLEDNING	4
<b>SUNDHEDSVANER – UDVIKLINGEN 2010, 2013, 2017</b>	<b>6</b>
2. RYGNING	6
3. ALKOHOL	16
4. FYSISK AKTIVITET	32
5. KOST	46
6. OVERVÆGT	64
<b>FYSISK OG MENTAL SUNDHED – UDVIKLINGEN 2010, 2013, 2017</b>	<b>88</b>
7. HELBREDSRELATERET LIVSKVALITET	88
8. MENTAL SUNDHED	96
9. KRONISK SYGDOM OG MULTISYGDOM	130
<b>SAMMENFATNING – UDVIKLINGEN 2010, 2013, 2017</b>	<b>178</b>

# 1. INDLEDNING

Denne sundhedsprofil er udarbejdet på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen *Hvordan har du det?* fra 2010, 2013 og 2017.

En sundhedsprofil er en helhedsbeskrivelse af sundhed og sygelighed i et område eller i en befolkning, og oplysningerne fra denne sundhedsprofil kan blandt andet bruges til at monitorere sundhedstilstanden i Region Midtjylland og i de enkelte kommuner i regionen.

Sundhedsprofilen består af to rapporter: Hovedrapporten (bind 1), der beskriver sundhedstilstand og sundhedsvaner i Region Midtjyllands befolkning i 2017, samt udviklingsrapporten (bind 2), der beskriver udviklingen fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017.

Formålet med bind 2 er, at man på baggrund af de tre *Hvordan har du det?*-undersøgelser kan danne sig et overblik over ændringer i sundhedstilstanden og sundhedsvanerne i perioden.

Bind 2 består af en række figurer – såkaldte sammenligningsgrafer – ledsaget af en kort tekst. For en uddybende beskrivelse af de behandlede emner henvises til bind 1, hvor man også finder flere litteraturhenvisninger.

I indledningen i bind 1 finder man desuden en beskrivelse af dataindsamlingen, undersøgelsens metode, fremgangsmåden ved vægtning af data samt en oversigt over de personer, der har medvirket ved undersøgelsens gennemførelse.

## Opbygning af rapport

Bind 2 indeholder fire kapitler om sundhedsvaner og et kapitel om overvægt. I disse kapitler beskrives ændringer i befolkningens sundhedsvaner med hensyn til rygning (kap. 2), alkohol (kap. 3), fysisk aktivitet (kap. 4), kost (kap. 5) og overvægt (kap. 6). I kapitlerne beskrives desuden udviklingen i befolkningens motivation for at ændre sundhedsvaner samt de praktiserende lægers rådgivning af borgerne i forhold til at ændre sundhedsvaner.

Bind 2 indeholder desuden tre kapitler, der beskriver ændringen i borgernes fysiske og mentale sundhed. I kapitel 7 beskrives udviklingen i befolkningens selvvaluerede helbred og helbredsrelateret livskvalitet (SF-12). I kapitel 8 beskrives udviklingen i befolkningens mentale sundhed ud fra fire indikatorer: trivsel og livskvalitet, stress, generet af angst og anspændthed og ensomhed. I kapitel 9 beskrives ændringer i forekomsten af en række kroniske sygdomme samt forekomsten af multisygdom. Desuden beskrives udviklingen i sundhedsvaner blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom.

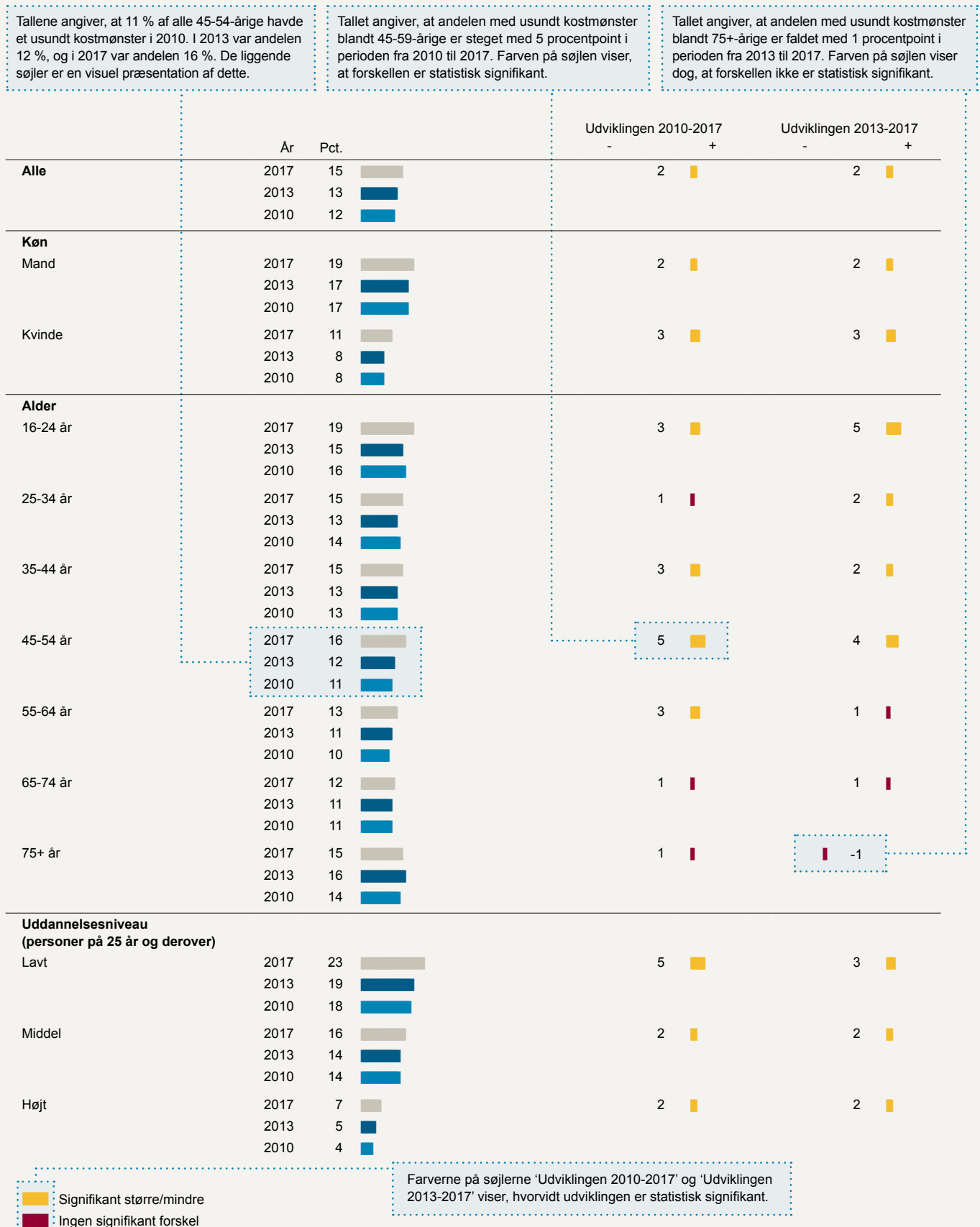
Ud over en sammenligning af udviklingen fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 for hele befolkningen er der foretaget sammenligninger af undergrupper opdelt efter køn, alder og uddannelsesniveau. Desuden er udviklingen nogle steder beskrevet i forhold til kommuner og personer med kronisk sygdom. Medmindre andet er nævnt i teksten, beskrives udviklingen over tid hos personer i alderen 16 år og opefter.

## Læsevejledning

I figur 1.1.S ses et eksempel på en figur, hvor andelen af personer med usunde kostvaner i 2010, 2013 og 2017 belyses i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau. Her ses således ændringer over tid i andelen med usunde kostvaner i forskellige undergrupper. Farverne på søjlerne indikerer, hvorvidt ændringerne i forekomsten af usunde kostvaner i de enkelte undergrupper er statistisk signifikante.

**Figur 1.1.S**

Usundt kostmønster – køn, alder og uddannelse. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017 (eksempel på figur i rapporten)



## 2. RYGNING

Antallet af rygere har været faldende over en årrække (1), men til trods for dette er rygning fortsat den risikofaktor, hvor forebyggelsesindsatser potentielt kan bidrage mest til at reducere sygelighed og dødelighed. I gennemsnit dør en dagligryger mere end 10 år tidligere end en person, der aldrig har røget (2), og ca. hvert fjerde dødsfald i Danmark er relateret til rygning (3, 4). Dertil kan rygere også forvente færre gode leveår end ikke-rygere, da rygning øger risikoen for en lang række alvorlige sygdomme såsom lungekræft, hjerte-kar-sygdomme og kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) (3, 5).

I dette kapitel beskrives udviklingen i befolkningens rygevaner fra 2010 til 2017 og 2013 til 2017.

Følgende spørgsmål anvendes til at belyse udviklingen i befolkningens rygevaner:

- Ryger du?

Til dette spørgsmål er svarmulighederne 1) Ja, hver dag, 2) Ja, mindst én gang om ugen, 3) Ja, sjældnere end hver uge, 4) Nej, jeg er holdt op og 5) Nej, jeg har aldrig røget.

- Hvor meget ryger du i gennemsnit per dag?

Udviklingen i perioden fra 2010 til 2017 beskrives generelt. Derudover sammenlignes udviklingen i andelen af rygere i forhold til køn, alder og uddannelse og på tværs af kommuner.

Afslutningsvis beskrives udviklingen fra 2010 til 2017 i dagligrygernes motivation for at stoppe med at ryge, andelen, der ønsker støtte og hjælp til rygestop, samt udviklingen i rygere, der har modtaget råd fra egen læge om rygestop.

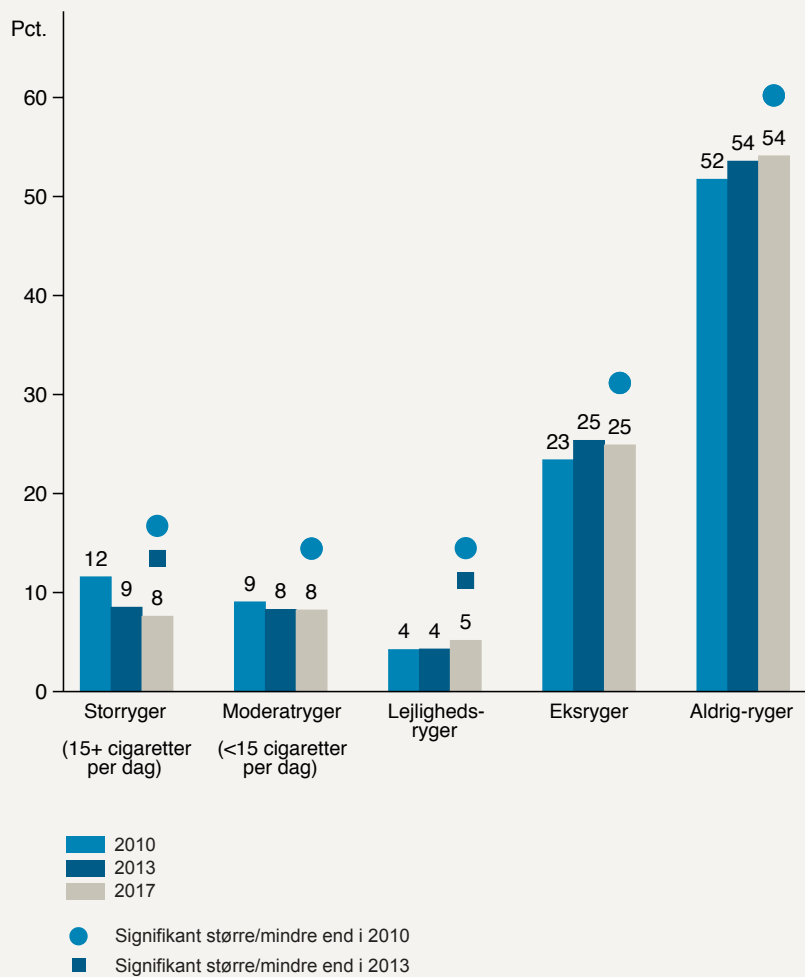
### Hvor mange ryger?

Figur 2.1.S viser udviklingen i rygevaner i perioden fra 2010 til 2017.

Andelen af storrygere er fra 2010 til 2017 faldet fra 12 % til 8 %. Samtidig er andelen af moderatrygere faldet en smule, mens andelen af lejlighedsrygere er steget en smule. Andelen af eksrygere og aldrig-rygere er steget siden 2010.

I perioden fra 2013 til 2017 har der været et lille fald i andelen af storrygere, og modsat har der været en lille stigning i andelen af lejlighedsrygere. Andelen af eksrygere og aldrig-rygere er uændret fra 2013 til 2017.

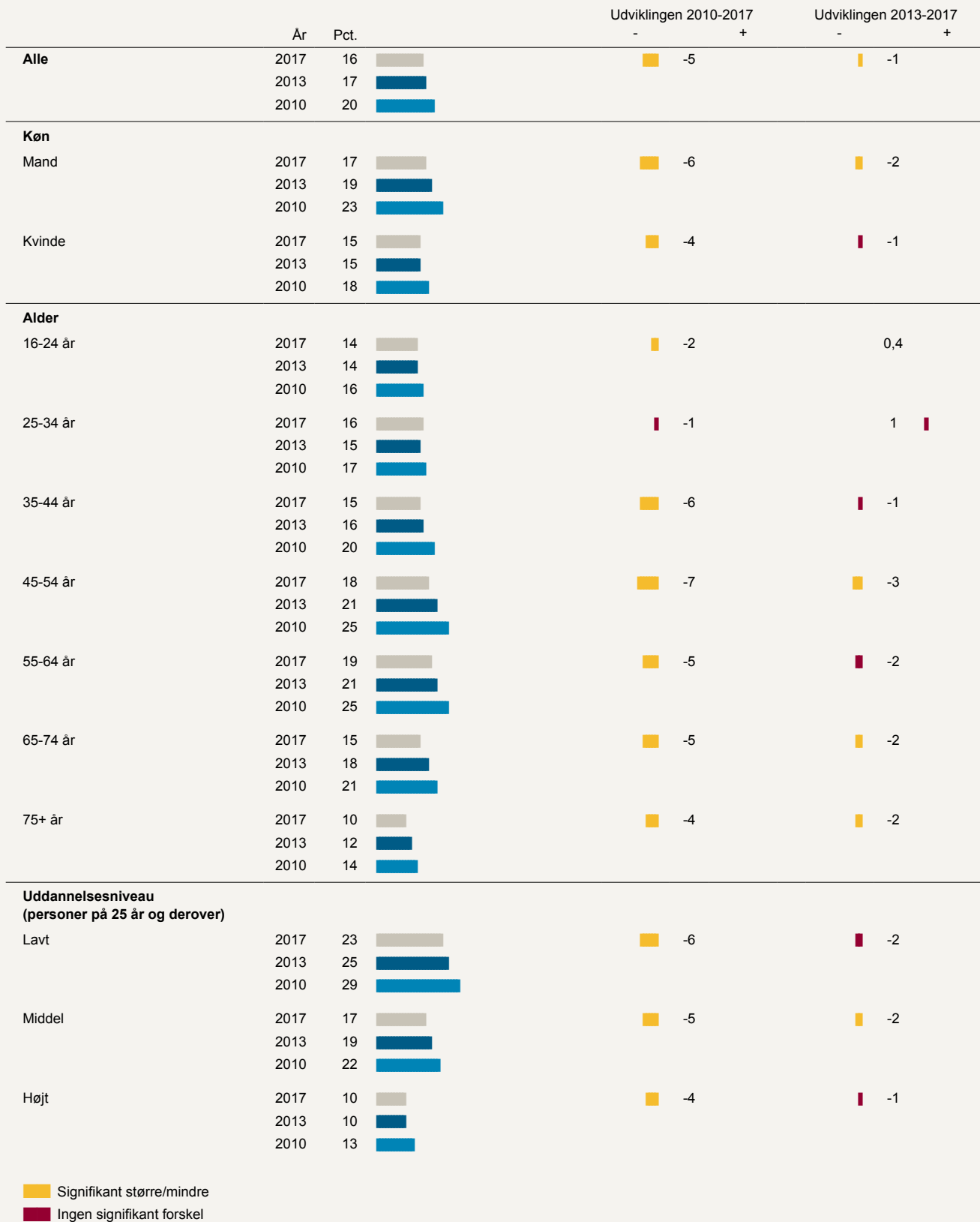
**Figur 2.1.S**  
 Rygevaner. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017





**Figur 2.2.S**

Dagligrygere – køn, alder og uddannelse. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



## Dagligrygere – køn, alder og uddannelse

Figur 2.2.S viser, at der har været et fald i andelen af dagligrygere i perioden fra 2010 til 2017. I 2010 var der 20 %, der røg dagligt. I 2013 var andelen af dagligrygere 17 %, og i 2017 er andelen nede på 16 %.

I perioden fra 2010 til 2017 har der været et fald i andelen af dagligrygere for både mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper (undtagen de 25-34-årige) og på tværs af uddannelsesniveau.

Fra 2013 til 2017 har der været et lille fald i andelen af mænd, der ryger dagligt, hvorimod andelen af dagligrygere for kvinder er uændret. I samme periode har der været et lille fald i andelen af dagligrygere blandt de 45-54-årige og personer på 65 år eller derover. I forhold til uddannelse ses der et lille fald i andelen af dagligrygere blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau.

**Figur 2.3.S**

Dagligrygere – kommuner. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



## Dagligrygere – kommuner

Figur 2.3.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 i andelen af dagligrygere i kommunerne i Region Midtjylland.

I perioden fra 2010 til 2017 har der været et fald i andelen af dagligrygere i alle kommuner, undtagen Horsens og Ikast-Brande. Faldet varierer fra 3 procentpoint i Herning til 7 procentpoint i Odder og på Samsø.

I perioden fra 2013 til 2017 har der været et signifikant fald i andelen af dagligrygere i følgende kommuner:

- Aarhus
- Skanderborg
- Favrskov
- Holstebro
- Samsø

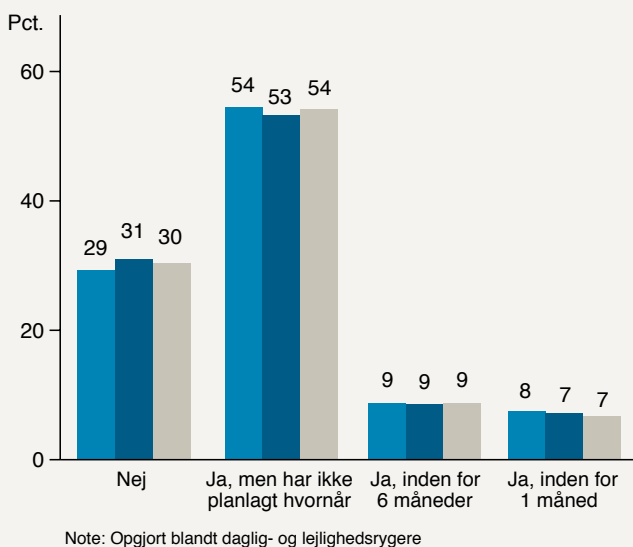
Faldet varierer fra 2 procentpoint i Aarhus til 5 procentpoint på Samsø.

**Figur 2.4.S, 2.5.S og 2.6.S**

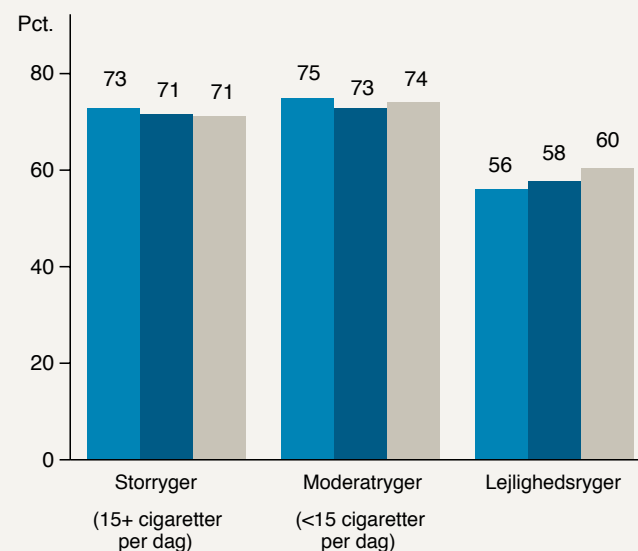
Vil du gerne holde op med at ryge? Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

**Figur 2.4.S**

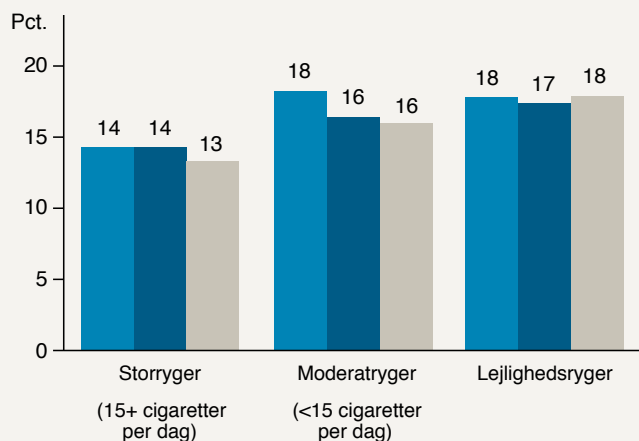
Vil du gerne holde op med at ryge? Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

**Figur 2.5.S**

Andel, der gerne vil holde op med at ryge – i forhold til tobaksforbrug. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

**Figur 2.6.S**

Andel, der planlægger at holde op med at ryge inden for 6 måneder – i forhold til tobaksforbrug. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

**Motivation og rådgivning**

I dette afsnit beskrives udviklingen i befolkningens motivation for at holde op med at ryge, deres ønske om støtte og hjælp til rygestop samt andelen, der er blevet rådet til rygestop af egen læge, i perioden fra 2010 til 2017.

**Hvor mange vil gerne holde op med at ryge?**

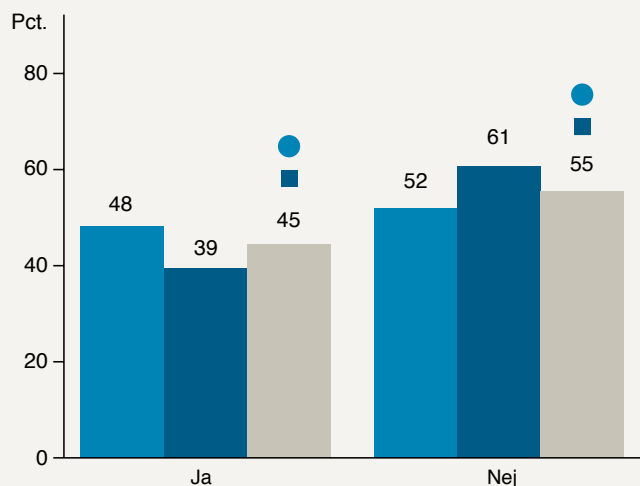
Figur 2.4.S-2.6.S viser, at der fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 ikke har været nogen signifikant udvikling i andelen af rygere, der gerne vil holde op med at ryge. Selvom der har været et fald i andelen af rygere, er rygerne i 2017 altså lige så motiverede for at holde op med at ryge som i 2010 og 2013.

**Figur 2.7.S og 2.8.S**

Vil du gerne have støtte og hjælp til rygestop? Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

**Figur 2.7.S**

Vil du gerne have støtte og hjælp til rygestop? Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



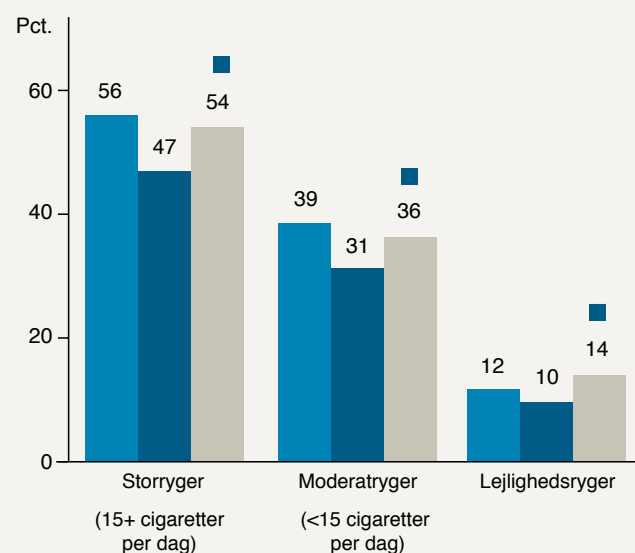
Note: Opgjort blandt dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge



- Signifikant større/mindre end i 2010
- Signifikant større/mindre end i 2013

**Figur 2.8.S**

Andel, der gerne vil have støtte og hjælp til rygestop – i forhold til tobaksforbrug. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



Note: Opgjort blandt personer, der gerne vil holde op med at ryge

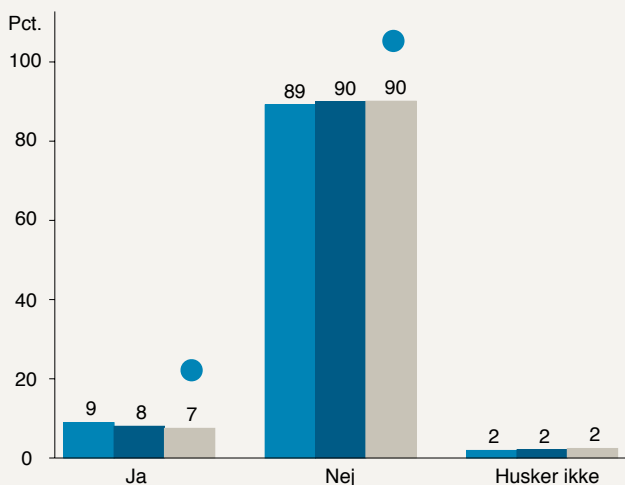
**Hvor mange vil gerne have støtte og hjælp til rygestop?**

Figur 2.7.S viser, at i 2010 ville 48 % af dagligrygerne, der ønskede at holde op med at ryge, gerne have støtte og hjælp til dette. Andelen er faldet til 45 % i 2017. Siden 2013 har der været en stigning fra 39 % til 45 % i andelen af dagligrygere, der ønsker at holde op med at ryge, og som gerne vil have støtte og hjælp til dette.

Figur 2.8.S viser, at andelen af storrygere, moderatrygere og lejlighedsrygere i 2017, der ønsker støtte og hjælp til rygestop, ikke er signifikant forskellig fra andelen i 2010. Fra 2013 til 2017 har der til gengæld været en stigning i andelen, der ønsker støtte og hjælp til rygestop, blandt storrygerne, moderatrygerne og lejlighedsrygerne.

**Figur 2.9.S og 2.10.S**

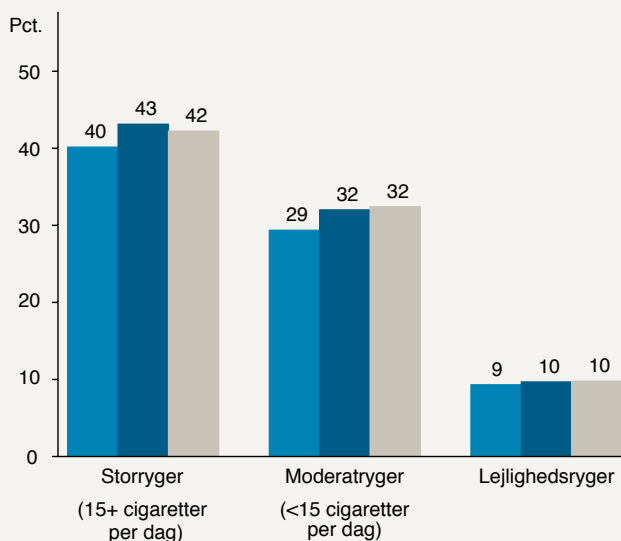
Har du fået råd om rygestop fra egen læge? Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

**Figur 2.9.S**Har du fået råd om rygestop fra egen læge?  
Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

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



- Signifikant større/mindre end i 2010
- Signifikant større/mindre end i 2013

**Figur 2.10.S**Har fået råd om rygestop fra egen læge – i forhold til  
tobaksforbrug. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

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

**Råd fra egen læge om rygestop**

Figur 2.9.S viser, at der i perioden fra 2010 til 2017 har været et lille fald i andelen af befolkningen, der i løbet af de seneste 12 måneder er blevet rådet til at holde op med at ryge af egen læge. I perioden fra 2013 til 2017 har der ikke været nogen ændring i, hvor stor en andel af befolkningen der er blevet rådet til at holde op med at ryge af egen læge.

Figur 2.10.S viser, at andelen af storrygere, moderatrygere og lejlighedsrygere, der af egen læge er blevet rådet til at holde op med at ryge i 2017, ikke adskiller sig signifikant fra andelen i 2010 og 2013.

## Sammenfatning

Der har været et fald i andelen af dagligrygere i perioden fra 2010 til 2017. I 2010 var der 20 %, der røg dagligt. I 2013 var andelen af dagligrygere 17 %, og i 2017 er andelen nede på 16 %. Andelen af storrygere er fra 2010 til 2017 faldet fra 12 % til 8 %. Samtidig er andelen af moderatrygere faldet en smule, mens andelen af lejlighedsrygere er steget en smule.

Fra 2013 til 2017 har der været et lille fald i andelen af mænd, der ryger dagligt, hvorimod andelen af kvinder, der ryger dagligt, er uændret siden 2013. I samme periode har der været et lille fald i andelen af dagligrygere blandt de 45-54-årige og personer på 65 år eller derover, men ikke i de andre aldersgrupper.

Selv om der har været et lille fald i andelen af dagligrygere, er rygerne i 2017 lige så motiverede for at holde op med at ryge, som det var tilfældet i 2010.

## Referencer

1. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes Sundhed. Den Nationale Sundhedsprofil 2013. København: Sundhedsstyrelsen; 2014.
2. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun M, Anderson RN, et al. 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *N Engl J Med.* 2013 Jan 24;368(4):341-350.
3. 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.
4. Sundhedsstyrelsen. Guide til sygdomsforebyggelse på sygehus og i almen praksis. Fakta om rygning. København: Sundhedsstyrelsen; 2015.
5. Jakobsen M, Kolodziejczyk C, Rasmussen SR. Offentlige merudgifter ved rygning. En registeranalyse af offentlige merudgifter til rygere sammenlignet med aldrig-rygere og tidligere rygere. København: KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners analyse og Forskning; 2017.



## 3. ALKOHOL

Mange forbinder indtag af alkohol med hyggeligt samvær, fritid og fest, men alkohol kan have konsekvenser for helbredet. Personer med et stort forbrug af alkohol og personer, der rusdrikker mindst én gang om måneden, har forøget risiko for at dø tidligt (1), og 5,5 % af alle dødsfald i Danmark er relateret til alkohol (2). Derudover har storforbrugere af alkohol ofte færre gode leveår (1, 3), idet alkohol øger risikoen for alvorlige sygdomme, herunder kræft og hjerte-kar-sygdomme samt psykiske lidelser (3, 4, 5).

Ifølge Sundhedsstyrelsen er der en lav risiko for at blive syg på grund af alkohol ved et forbrug på højst 7 genstande om ugen for kvinder og 14 for mænd. Hvis kvinder drikker flere end 14 genstande om ugen og mænd flere end 21 genstande, så har de et *højrisikoforbrug af alkohol*. Ved et højrisikoforbrug af alkohol vurderes det, at der er stor risiko for at blive syg på grund af alkohol (9). Personer, der indtager 5 eller flere genstande ved samme lejlighed mindst én gang om ugen, har et *ugentligt rusdrikkeri*. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at man undgår rusdrikkeri, da det er veldokumenteret, at det ikke kun er mængden, men også drikkemønstret, der er afgørende for de skader, alkohol kan medføre (6).

For at belyse, hvor mange genstande svarpersonerne drikker i løbet af en uge, er de blevet bedt om at oplyse, hvor mange genstande der indtages på hver af ugens dage for hver af kategorierne: øl/alkoholcidder, vin/hedvin og spiritus/alkoholsodavand. Desuden er der i spørgeskemaet givet eksempler på, hvad en genstand er. Herudover er der spurgt ind til, hvor tit svarpersonerne drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed.

I dette kapitel vil der være fokus på at belyse udviklingen over tid for de to ovennævnte former for risikabelt alkoholforbrug: *højrisikoforbrug* og *ugentligt rusdrikkeri*. Ud over at beskrive udviklingen generelt beskrives udviklingen i forhold til køn, alder og uddannelse samt på tværs af kommuner.

Desuden belyses udviklingen i andelen, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, samt andelen, der har fået råd af egen læge om at nedsætte forbruget.

Afslutningsvis er der en beskrivelse af udviklingen over tid i unges alkoholindtag.

### Alkoholforbrug

Figur 3.1.S viser udviklingen i alkoholforbruget i perioden fra 2010 til 2017.

Forbruget er opgjort for fire grupper:

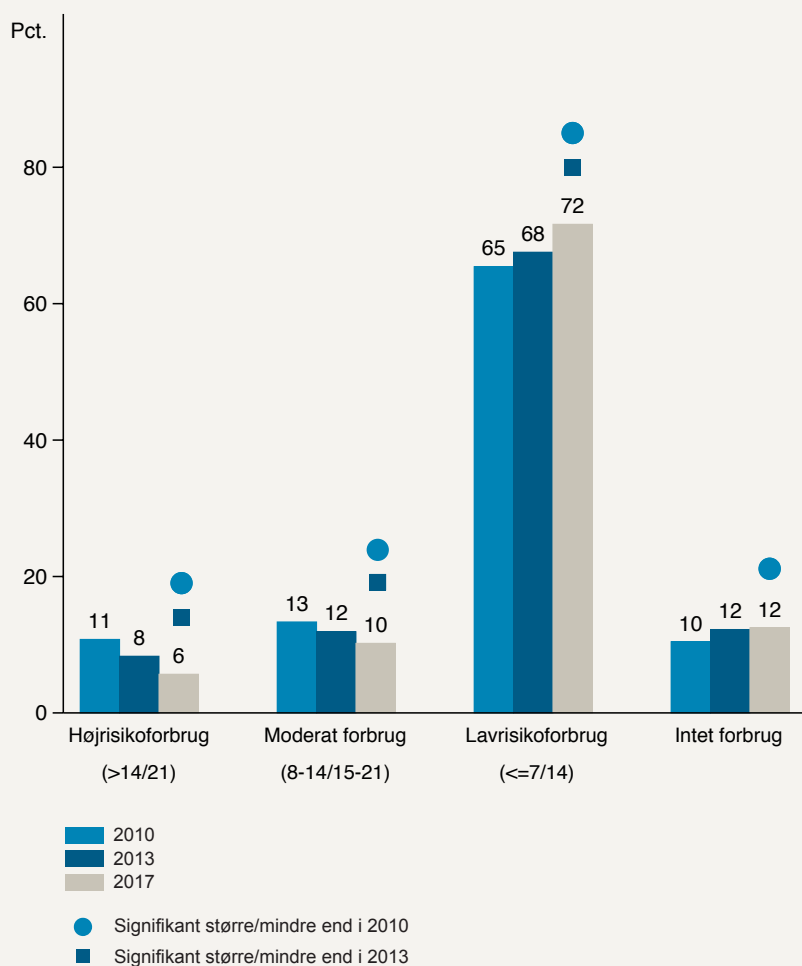
- *Højrisikoforbrug*. Et forbrug på flere end 14 genstande om ugen for kvinder og flere end 21 genstande om ugen for mænd.
- *Moderat forbrug*. Et forbrug på mellem 8 og 14 genstande om ugen for kvinder og mellem 15 og 21 genstande om ugen for mænd.
- *Lavrisikoforbrug*. Et forbrug på højst 7 genstande om ugen for kvinder og 14 genstande om ugen for mænd.
- *Intet forbrug*. Andel, der har angivet, at de i løbet af de seneste 12 måneder ikke har drukket alkohol.

I perioden fra 2010 til 2017 har der været et stort fald fra 11 % til 6 % i andelen, der har et højrisikoforbrug af alkohol, og der har ligeledes været et fald i andelen med et moderat forbrug af alkohol. Modsat har der været en stigning i andelen, der har et lavrisikoforbrug af alkohol, samt i andelen, der slet ikke drikker alkohol.

I perioden fra 2013 til 2017 har der været et fald i andelen, der har et højrisikoforbrug og moderat forbrug af alkohol, og modsat har der i samme periode været en stigning i andelen, der har et lavrisikoforbrug af alkohol.

**Figur 3.1.S**

Fire former for alkoholforbrug: højrisikoforbrug, moderat forbrug, lavrisikoforbrug og intet forbrug. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



**Figur 3.2.S**

Højriskoforbrug af alkohol (flere end 14/21 genstande pr. uge) – køn, alder og uddannelse.  
Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



## Højrisikoforbrug af alkohol – køn, alder og uddannelse

Af figur 3.2.S fremgår det, at der har været et fald i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol i perioden fra 2010 til 2017. I 2010 var der 11 %, der havde et højrisikoforbrug af alkohol, og i 2017 er andelen nede på 6 %. I perioden fra 2010 til 2017 har der været et fald i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol for både mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper (undtagen blandt personer på 75 år eller derover) og på tværs af uddannelsesniveau. Faldet er størst blandt de 16-24-årige.

Fra 2013 til 2017 har der været et lille fald i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol blandt både mænd og kvinder og blandt de 16-34-årige og de 45-74-årige. I forhold til uddannelsesniveau har der været et fald blandt personer med højt og middelhøjt uddannelsesniveau, men ikke blandt personer med lavt uddannelsesniveau. Det største fald i højrisikoforbrug af alkohol i perioden fra 2013 til 2017 har været blandt de 16-24-årige.

**Figur 3.3.S**

Højriskforbrug af alkohol (mere end 14/21 genstande pr. uge) – kommuner.  
Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



## Højrisikoforbrug af alkohol – kommuner

Figur 3.3.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol i kommunerne i Region Midtjylland.

I perioden fra 2010 til 2017 har der været et fald i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol i alle kommuner, undtagen på Samsø. Faldet varierer fra 3 procentpoint i Struer, Hedensted, Viborg, Horsens og Randers til 7 procentpoint i Aarhus.

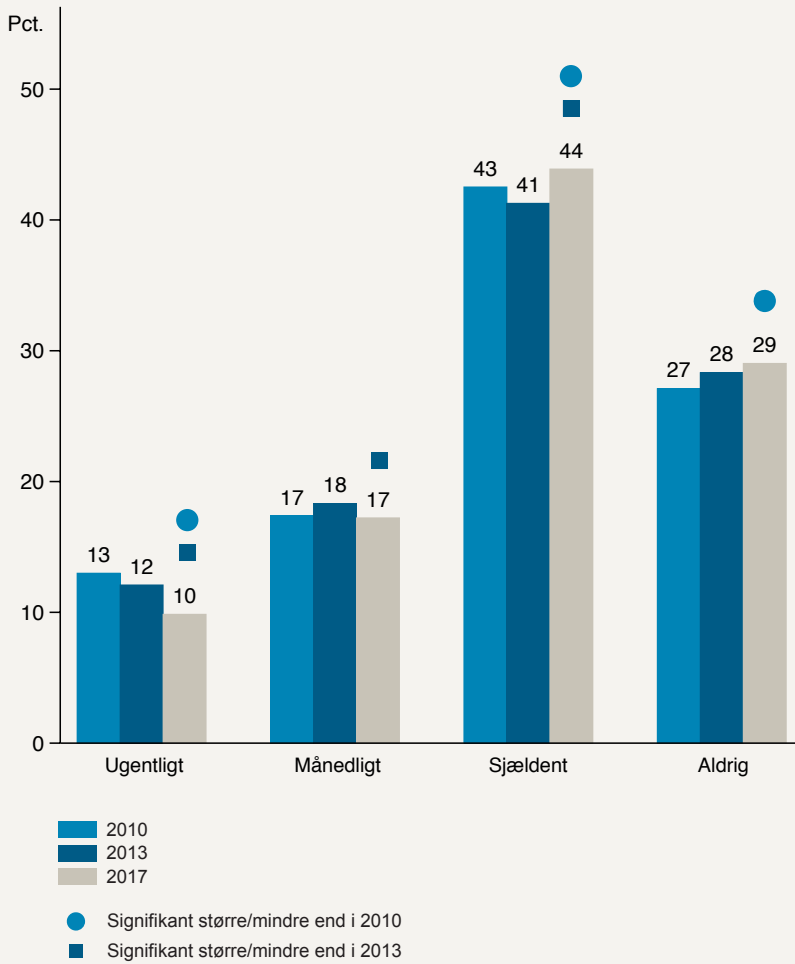
I perioden fra 2013 til 2017 har der været et signifikant fald i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol i følgende kommuner:

- Lemvig
- Favrskov
- Herning
- Skanderborg
- Randers
- Norddjurs
- Ringkøbing-Skjern
- Skive
- Holstebro
- Aarhus

Faldet varierer fra 2 procentpoint i Lemvig, Favrskov, Herning, Skanderborg og Randers til 4 procentpoint i Aarhus.

**Figur 3.4.S**

Hvor ofte drikker du fem genstande eller flere ved samme lejlighed?  
Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



Figur 3.4.S viser udviklingen i andelen, der rusdrikker (drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed) henholdsvis ugentligt, månedligt, sjældent eller aldrig.

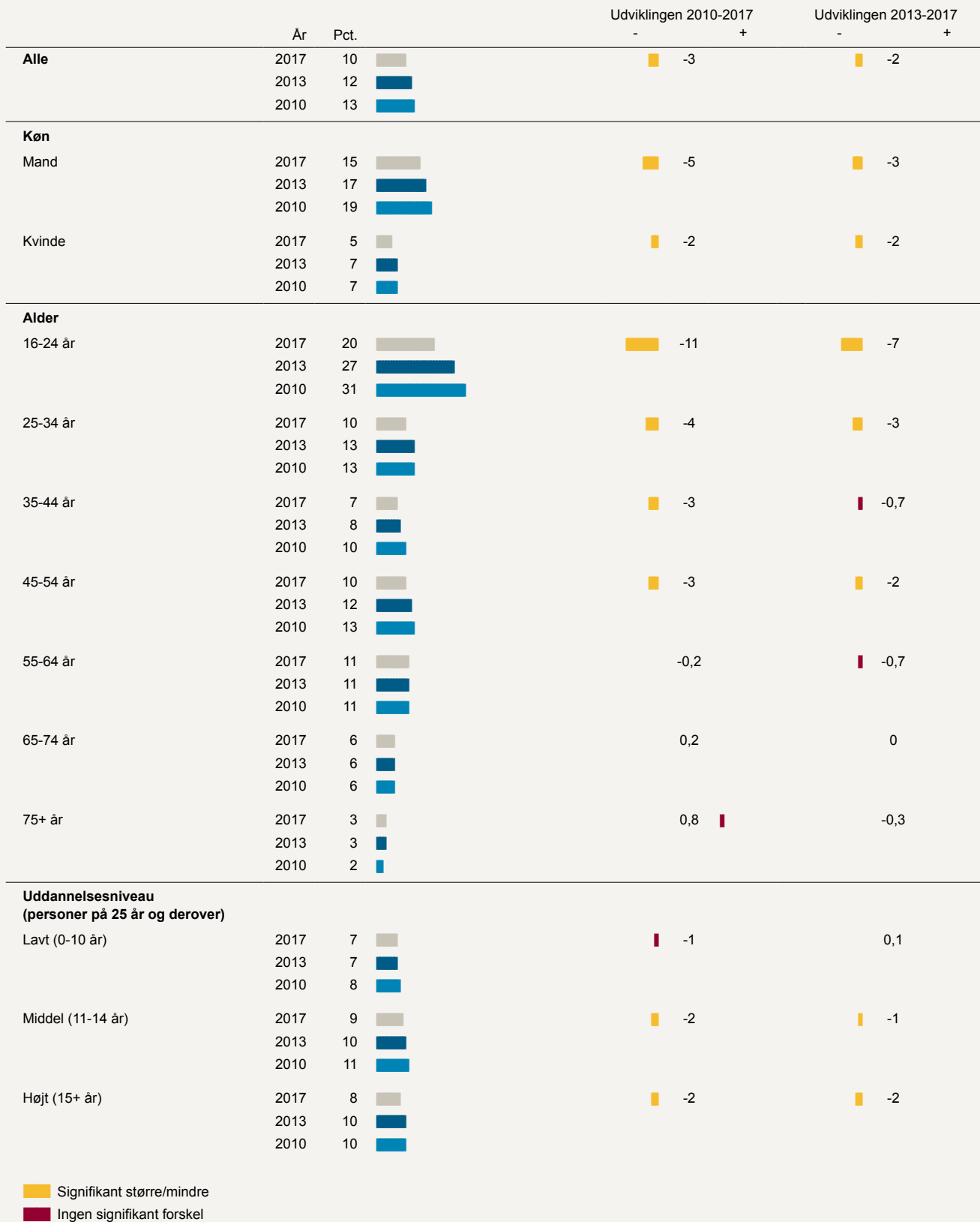
I perioden fra 2010 til 2017 har der været et fald i andelen, der rusdrikker mindst én gang om ugen, og en stigning i andelen, der sjældent eller aldrig rusdrikker.

I perioden fra 2013 til 2017 har der ligeledes været et fald i andelen, der rusdrikker mindst én gang om ugen. I samme periode har der været et lille fald i andelen, der rusdrikker månedligt, og en stigning i andelen, der kun rusdrikker sjældent.



**Figur 3.5.S**

Ugentligt rusdrikkeri – køn, alder og uddannelse. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



## Ugentligt rusdrikkeri – køn, alder og uddannelse

Figur 3.5.S viser, at der har været et fald i andelen, der rusdrikker mindst én gang om ugen, i perioden fra 2010 til 2017. I 2010 var andelen 13 %, og i 2017 er andelen nede på 10 %.

I perioden fra 2010 til 2017 har der været et fald i andelen af personer, der rusdrikker mindst én gang om ugen, blandt både mænd og kvinder, blandt de 16-54-årige og blandt personer med højt og middel-højt uddannelsesniveau. Der har især været et stort fald i andelen, der rusdrikker mindst én gang om ugen, blandt de 16-24-årige, idet andelen i perioden fra 2010 til 2017 er faldet fra 31 % til 20 %.

I perioden fra 2013 til 2017 har der ligeledes været et fald i andelen, der rusdrikker mindst én gang om ugen. Faldet ses blandt både mænd og kvinder, blandt de 16-34-årige og 45-54-årige og blandt personer med højt og middelhøjt uddannelsesniveau. Også i denne periode har det største fald været blandt de 16-24-årige.

**Figur 3.6.S**

Ugentligt rusdrikkeri – kommuner. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



## Ugentligt rusdrikkeri – kommuner

Figur 3.6.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 i andelen, der rusdrikker mindst én gang om ugen, i kommunerne i Region Midtjylland.

I perioden fra 2010 til 2017 har der været et signifikant fald i andelen, der rusdrikker mindst én gang om ugen, i følgende kommuner:

- Viborg
- Odder
- Lemvig
- Randers
- Favrskov
- Struer
- Skive
- Ringkøbing-Skjern
- Skanderborg
- Holstebro
- Herning
- Aarhus

Faldet varierer fra 2 procentpoint i Randers til 5 procentpoint i Aarhus.

I perioden fra 2013 til 2017 har der været et signifikant fald i andelen, der mindst én gang om ugen rusdrikker, i følgende kommuner:

- Skanderborg
- Holstebro
- Herning
- Aarhus

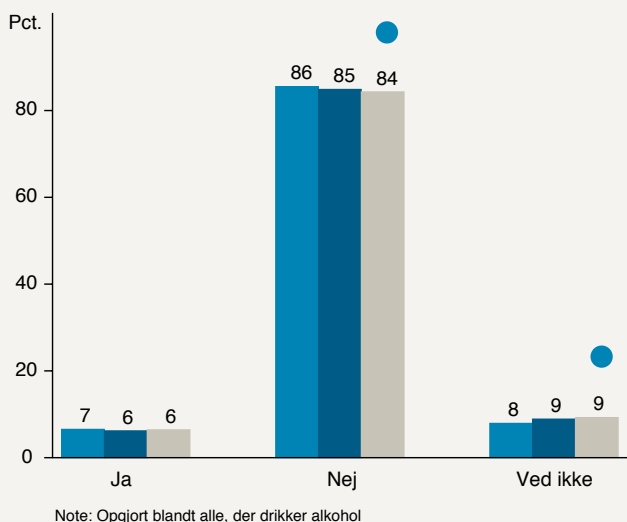
Faldet varierer fra 2 procentpoint i Skanderborg til 4 procentpoint i Aarhus.

**Figur 3.7.S, 3.8.S, 3.9.S og 3.10.S**

Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug? Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

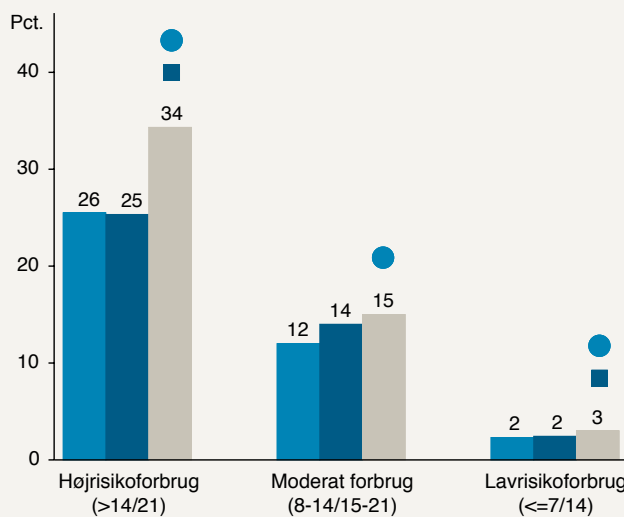
**Figur 3.7.S**

Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug? Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



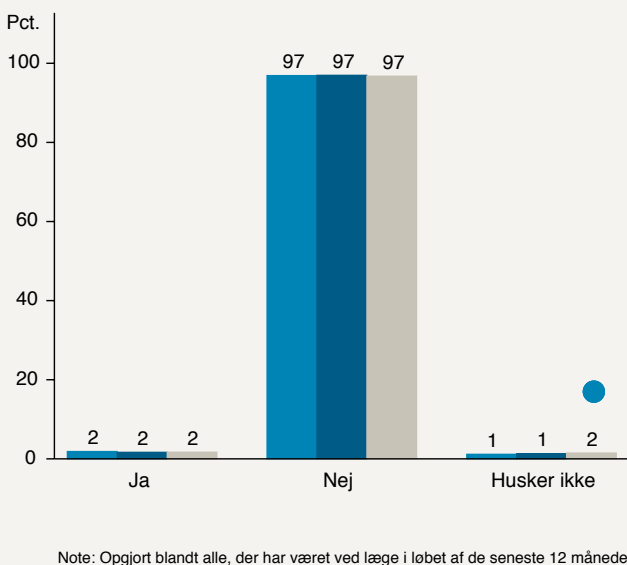
**Figur 3.8.S**

Ønsker at nedsætte sit alkoholforbrug – i forhold til alkoholforbrug. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



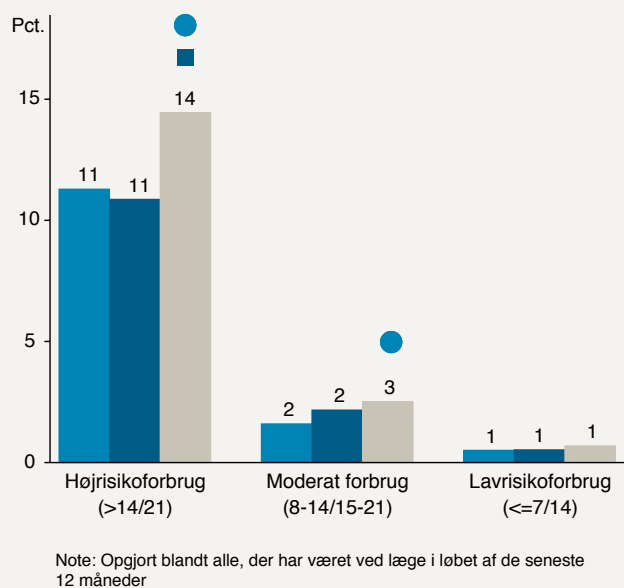
**Figur 3.9.S**

Har egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at nedsætte dit alkoholforbrug? Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



**Figur 3.10.S**

Andel, der har modtaget råd fra egen læge om at nedsætte alkoholforbruget – i forhold til alkoholforbrug. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



2010  
2013  
2017

● Signifikant større/mindre end i 2010  
■ Signifikant større end i 2013

## Motivation og rådgivning

I dette afsnit beskrives udviklingen i perioden fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 i befolkningens motivation for at nedsætte alkoholforbruget samt udviklingen i andelen, der af egen læge er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug.

### Hvor mange ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug?

Figur 3.7.S viser, at andelen, der ønsker at nedsætte forbruget af alkohol, ikke har ændret sig signifikant i perioden fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017.

Figur 3.8.S viser, at der i perioden fra 2010 til 2017 har været en stor stigning i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, og ligeledes har der været et lille stigning blandt personer med et moderat og lille forbrug af alkohol. I perioden fra 2013 til 2017 har der også været en stor stigning i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, og ligeledes har der været et lille stigning blandt personer med et lille forbrug af alkohol.

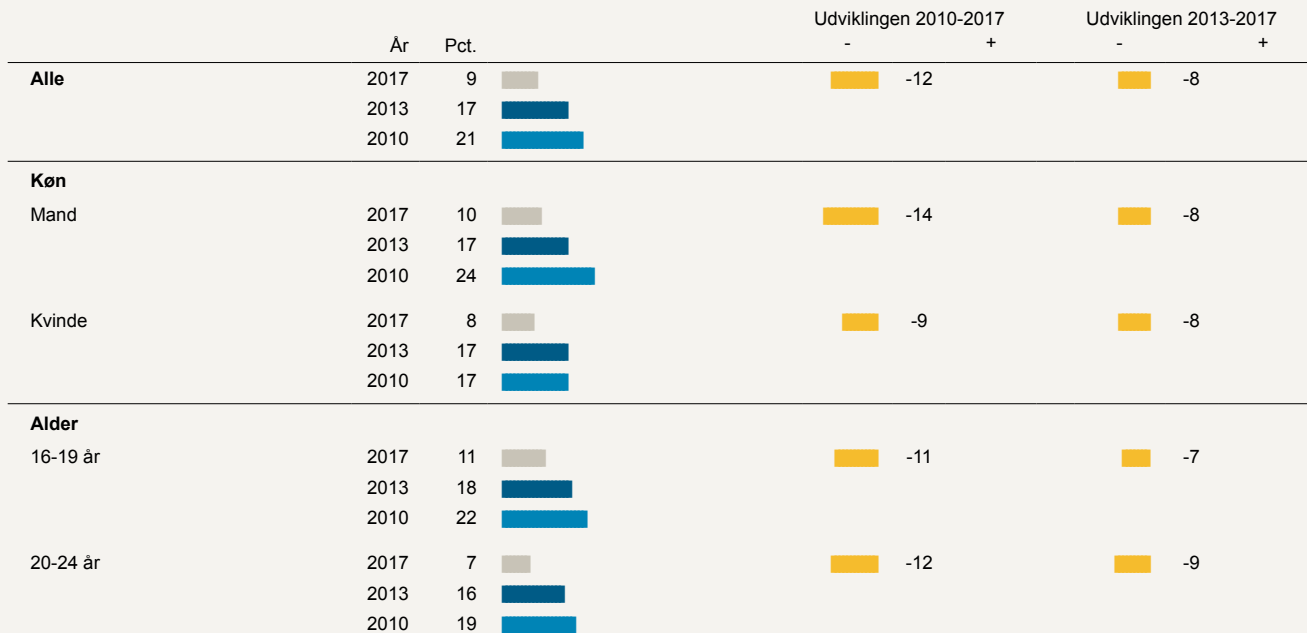
### Rådgivning fra egen læge

Figur 3.9.S viser, at der i perioden fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 ikke har været nogen ændring i andelen af befolkningen, der i løbet af de seneste 12 måneder er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug.

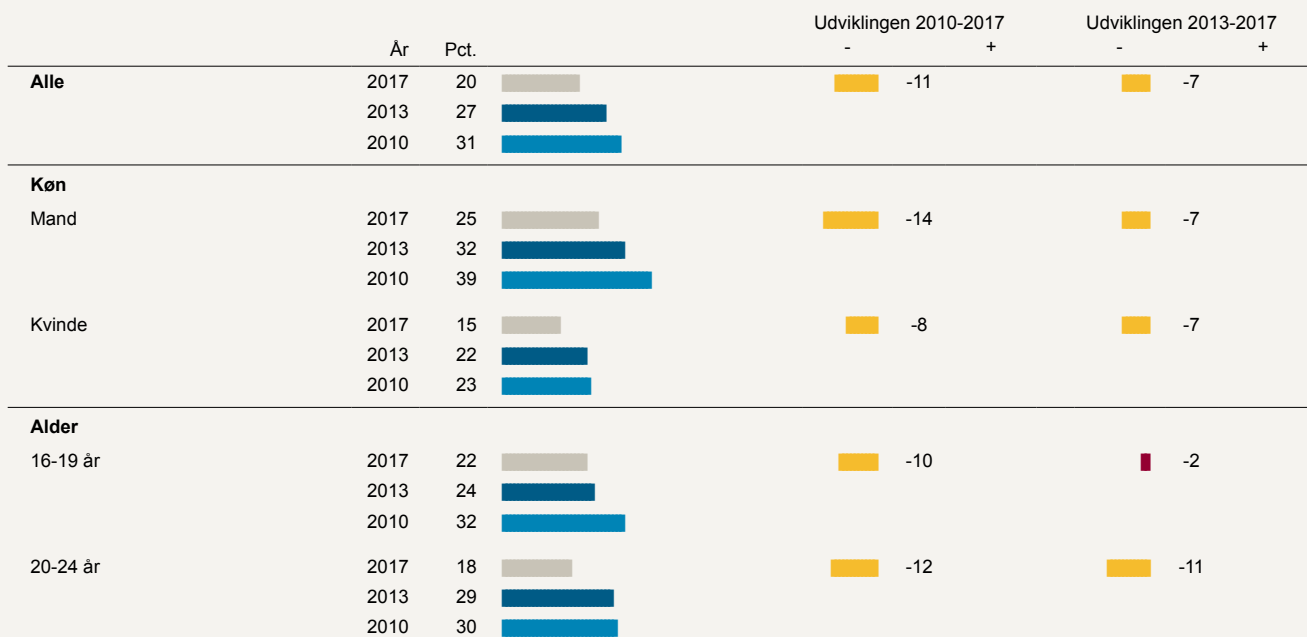
Af figur 3.10.S fremgår det, at der i perioden fra 2010 til 2017 har været en stigning i andelen, der af lægen er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug, blandt personer, der har et højrisikoforbrug og moderat forbrug af alkohol. I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen, der af lægen er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug, blandt personer, der har et højrisikoforbrug af alkohol.

**Figur 3.11.S**

Højrisikoforbrug af alkohol blandt unge (16-24 år) – køn og alder.  
Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

**Figur 3.12.S**

Ugentligt rusdrikkeri blandt unge (16-24 år) – køn og alder. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



■ Signifikant større/mindre  
■ Ingen signifikant forskel

## Unge og alkohol

I det følgende sættes der fokus på unges alkoholforbrug.

### Højrisikoforbrug af alkohol blandt unge – køn og alder

Af figur 3.11.S fremgår det, at i perioden fra 2010 til 2017 er andelen af unge med et højrisikoforbrug af alkohol mere end halveret. I 2010 var der 21 % af de unge, der havde et højrisikoforbrug af alkohol, og i 2017 er andelen nede på 9 %. Faldet ses både for mænd og kvinder, for 16-19-årige og for 20-24-årige. Også i perioden fra 2013 til 2017 har der været et stort fald i andelen af unge med et højrisikoforbrug af alkohol for både mænd og kvinder, for 16-19-årige og for 20-24-årige.

### Ugentligt rusdrikkeri blandt unge – køn og alder

Af figur 3.12.S fremgår det, at der i perioden fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 har været et stort fald i andelen af unge, der rusdrikker mindst én gang om ugen. I perioden fra 2010 til 2017 ses faldet blandt både mænd og kvinder, for 16-19-årige og for 20-24-årige. I perioden fra 2013 til 2017 er faldet ens for mænd og kvinder, og i forhold til alder ses der et stort fald blandt de 20-24-årige, hvorimod andelen af rusdrikkere er uændret blandt de 16-19-årige.

## Sammenfatning

I perioden fra 2010 til 2017 har der været et stort fald i andelen, der har et højrisikoforbrug af alkohol. I 2010 var der 11 %, der havde et højrisikoforbrug af alkohol. I 2013 var andelen med et højrisikoforbrug 8 %, og i 2017 er andelen nede på 6 %. Det er især de unge på 16-24 år, der i 2017 i mindre grad har et højrisikoforbrug, end det var tilfældet i 2010 og 2013.

I perioden fra 2010 til 2017 har der ligeledes været et fald i andelen, der rusdrikker mindst én gang om ugen. I 2010 var andelen 13 %, og i 2017 er det 10 %, der mindst én gang om ugen rusdrikker. Også i forbindelse med rusdrikkeri er faldet særligt stort blandt de unge på 16-24 år.

Andelen, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, er stort set uændret i perioden fra 2010 til 2017. Det ses dog, at der i perioden fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 har været en stor stigning i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug. Der er ligeledes en større andel blandt personer med et højrisikoforbrug af alkohol, der af egen læge er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug.

## Referencer

1. Smyth A, Teo KK, Rangarajan S, O'Donnell M, Zhang X, Rana P, et al. Alcohol consumption and cardiovascular disease, cancer, injury, admission to hospital, and mortality: a prospective cohort study. *The Lancet* 2015 14-20 November 2015;386(10007):1945-1954.
2. Sundhedsstyrelsen, Statens Serum Institut. Alkoholstatistik 2015. Nationale data. København: Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut; 2015.
3. Rehm J, Gmel GE, Gmel G et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease – an update. *Addiction* (Abingdon, England). 2017;112(6):968-1001.
4. Becker U. Alkoholrelaterede somatiske skader. I: Becker U, Tolstrup JS, red. Alkohol – brug, konsekvenser og behandling. 1. udgave. 1. oplag. København: Munksgaard; 2016.
5. Sørensen HJ. Psykiatrisk komorbiditet. I: Becker U, Tolstrup JS, red. Alkohol – brug, konsekvenser og behandling. 1. udgave. 1. oplag. København: Munksgaard; 2016.
6. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens nye udmelding vedrørende alkohol. København: Sundhedsstyrelsen; 2010.



## 4. FYSISK AKTIVITET

En fysisk aktiv livsstil fremmer den enkeltes sundhed, forebygger en lang række sygdomme og nedsætter risikoen for tidlig død (1-3). Fysisk aktivitet er desuden virkningsfuld som led i behandling og rehabilitering i forhold til en lang række sygdomme (1-3).

Fysisk inaktivitet har en række negative konsekvenser for blandt andet kredsløb, muskler, knogler og stofskifte (3, 4). Sundhedsstyrelsen anslår, at fysisk inaktivitet i fritiden er årsag til ekstraomkostninger til behandling og pleje på 5,3 mia. kr. årligt samt et produktionstab på 12 mia. kr. årligt (4).

Med udgangspunkt i de sundhedsmæssige gevinster ved en fysisk aktiv livsstil har Sundhedsstyrelsen valgt at anbefale mindst 30 minutters fysisk aktivitet om dagen (5). I *Hvordan har du det?* har der siden 2006 været et spørgsmål, der monitorerer denne anbefaling.

I dette kapitel beskrives udviklingen i befolkningens fysiske aktivitetsniveau fra 2010 til 2017 og 2013 til 2017 overordnet, i forhold til køn, alder og uddannelse samt på tværs af kommuner.

Fysisk aktivitetsniveau måles ved at spørge:

- Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen?

Fysisk aktivitetsniveau opgøres som antal dage om ugen med mindst 30 minutters fysisk aktivitet: 0-1 dag om ugen, 2-3 dage om ugen, 4-5 dage om ugen og 6-7 dage om ugen. Analyser opdelt på køn, alder og uddannelsesniveau samt på kommuneniveau foretages for de personer, der kun er fysisk aktive i 30 minutter om dagen 0-1 dag om ugen. Disse omtales som fysisk inaktive.

Fysisk aktivitetsniveau i fritiden måles ved at spørge:

- Dyrker du idræt i din fritid, eller deltager du regelmæssigt i andre aktiviteter, der giver motion?

Herudover spørges der:

- Vil du gerne være mere fysisk aktiv?
- Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at dyrke motion?

### Hvor mange er fysisk inaktive?

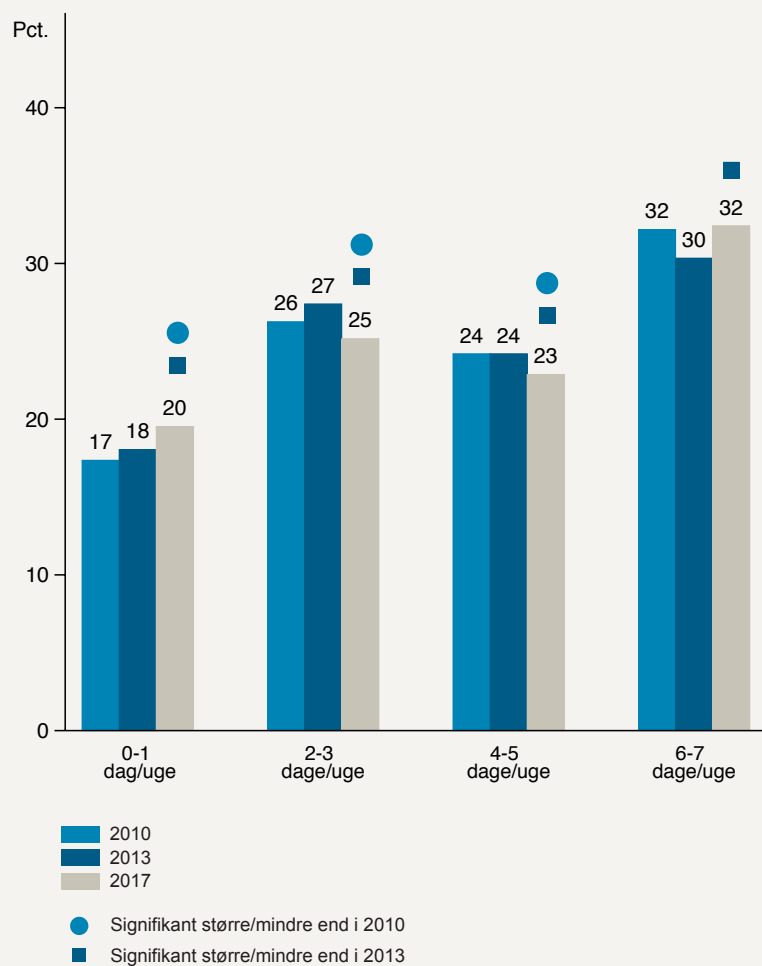
Figur 4.1.S viser udviklingen i befolkningens fysiske aktivitetsniveau fra 2010 til 2017.

Andelen af fysisk inaktive, der kun er fysisk aktive i 30 minutter om dagen 0-1 dag om ugen, er steget fra 17 % i 2010 til 20 % i 2017. Samtidig er der sket et fald i andelen, der er fysisk aktive 2-3 dage om ugen, fra 26 % til 25 % og 4-5 dage om ugen fra 24 % til 23 %. Andelen, der er fysisk aktive 6-7 dage om ugen, har været uændret fra 2010 til 2017.

I perioden 2013 til 2017 er der sket en stigning i andelen af fysisk inaktive fra 18 % til 20 %, mens andelen, der er fysisk aktive 2-3 dage om ugen, er faldet fra 27 % til 25 %, og andelen, der er fysisk aktive 4-5 dage om ugen, er faldet fra 24 % til 23 %. Andelen, der er fysisk aktive 6-7 dage om ugen, er steget fra 30 % til 32 %.

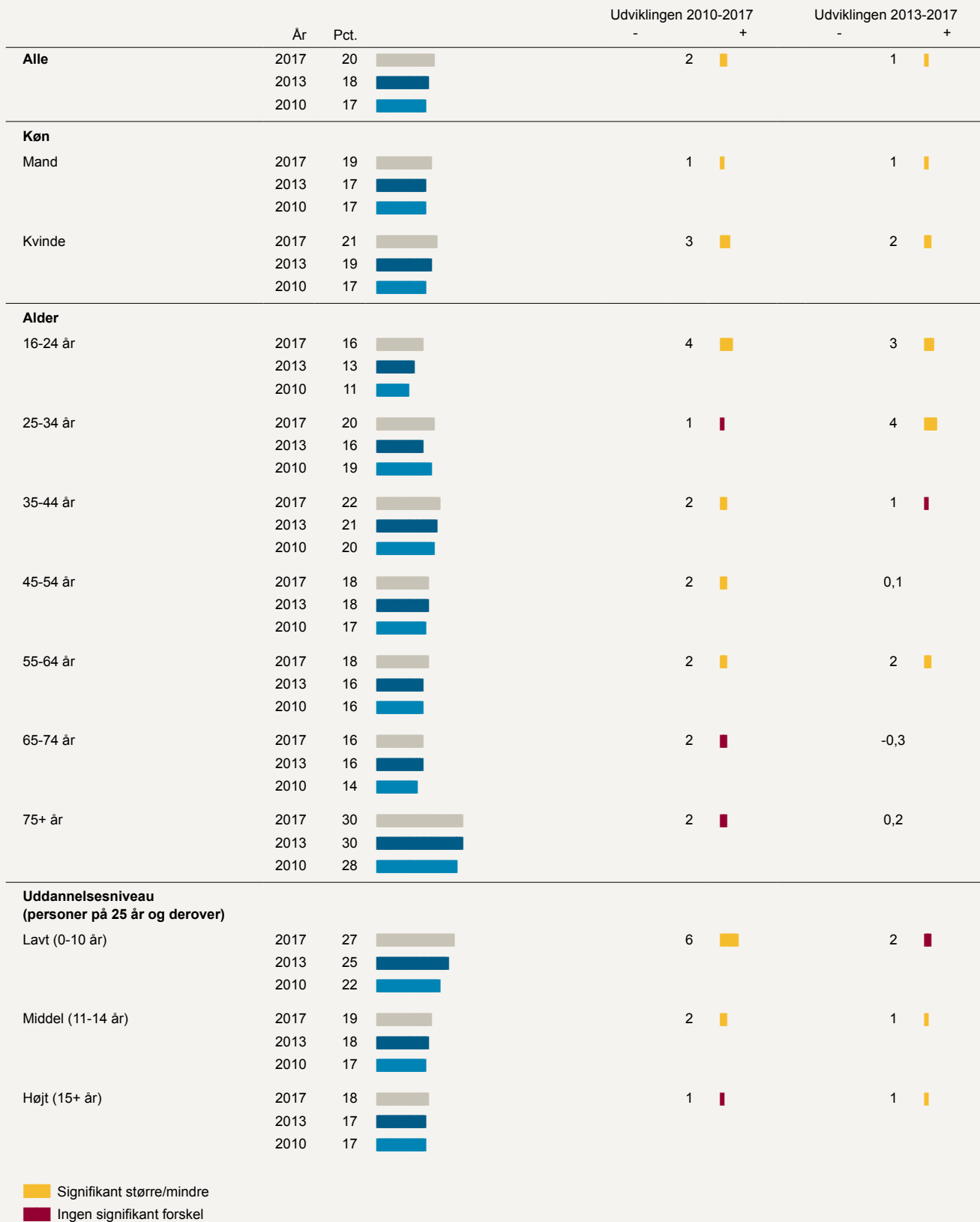
**Figur 4.1.S**

Hvor ofte er du fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen? Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



**Figur 4.2.S**

Fysisk inaktive – køn, alder og uddannelse. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



## Fysisk inaktive – køn, alder og uddannelse

Figur 4.2.S viser, at andelen af fysisk inaktive er steget fra 17 % i 2010 til 20 % i 2017.

I perioden 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen af fysisk inaktive for både mænd og kvinder. Der er sket en stigning i andelen af fysisk inaktive blandt de 16-24-årige og de 35-64-årige. Fra 2010 til 2017 har der været en kraftig stigning i andelen af fysisk inaktive blandt personer med et lavt uddannelsesniveau. Der har været en mindre stigning blandt personer med et middelhøjt uddannelsesniveau.

Fra 2013 til 2017 er andelen af fysisk inaktive steget for begge køn. Der har været en stigning i andelen af fysisk inaktive blandt de 16-34-årige og blandt de 55-64-årige. Andelen af fysisk inaktive er steget blandt personer med et middelhøjt og et højt uddannelsesniveau.

**Figur 4.3.S**

Fysisk inaktive – kommuner. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



## Fysisk inaktive – kommuner

Figur 4.3.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 i andelen af fysisk inaktive personer i kommunerne i Region Midtjylland.

I perioden fra 2010 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen af fysisk inaktive i følgende kommuner:

- Ringkøbing-Skjern
- Randers
- Aarhus
- Odder
- Syddjurs

Stigningen varierer fra 2 procentpoint i Aarhus til 4 procentpoint i Ringkøbing-Skjern og Odder.

I perioden fra 2013 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen af fysisk inaktive i følgende kommuner:

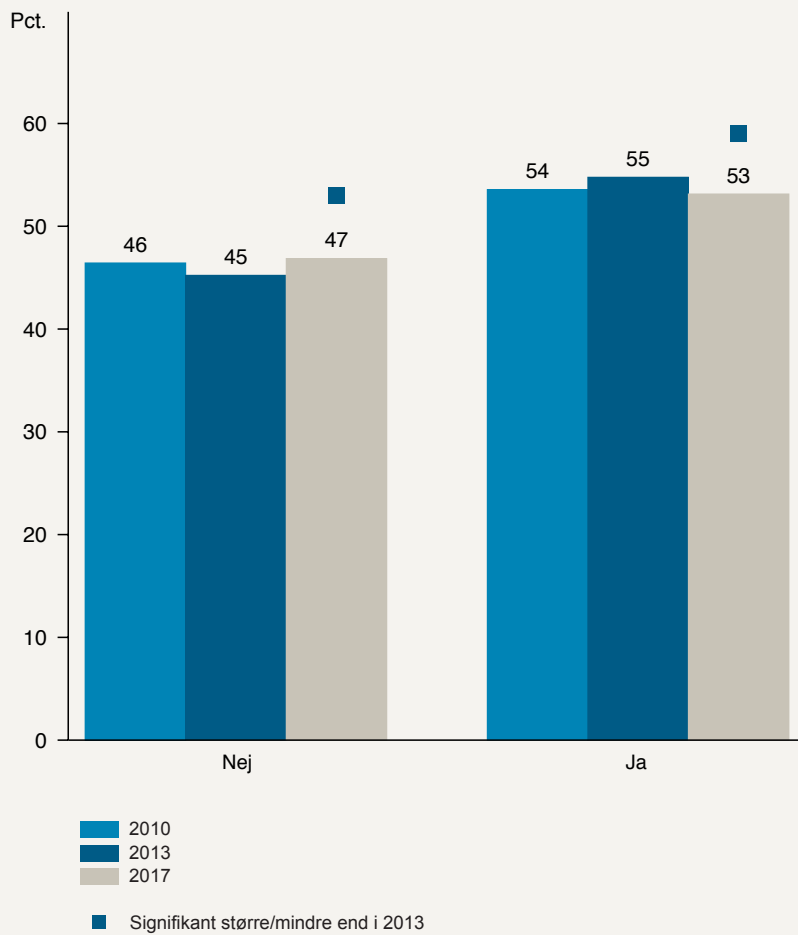
- Ringkøbing-Skjern
- Aarhus

Stigningen varierer fra 2 procentpoint i Aarhus til 4 procentpoint i Ringkøbing-Skjern. Der er ingen kommuner, hvor andelen af fysisk inaktive er reduceret i perioden 2010 til 2017.



**Figur 4.4.S**

Dyrker du idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden?  
Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



## Hvor mange motionerer ikke i fritiden?

Figur 4.4.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 i befolkningens deltagelse i idræt og anden regelmæssig motion i fritiden.

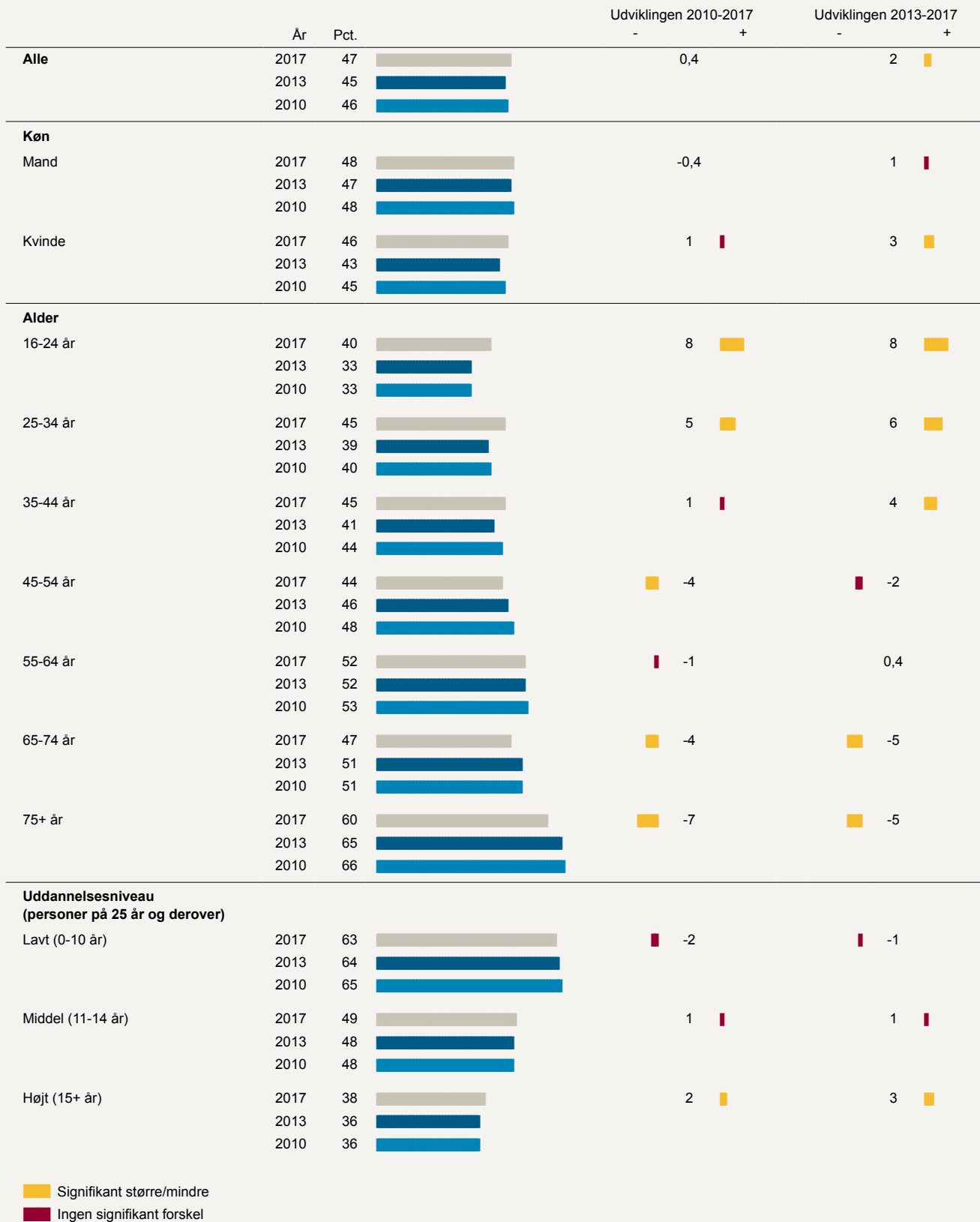
Fra 2010 til 2017 er der ikke sket nogen ændring i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden.

Fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, fra 45 % til 47 %.



**Figur 4.5.S**

Dyrker ikke idræt eller anden motion i fritiden – køn, alder og uddannelse.  
Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



## Dyrker ikke idræt eller anden motion i fritiden – køn, alder og uddannelse

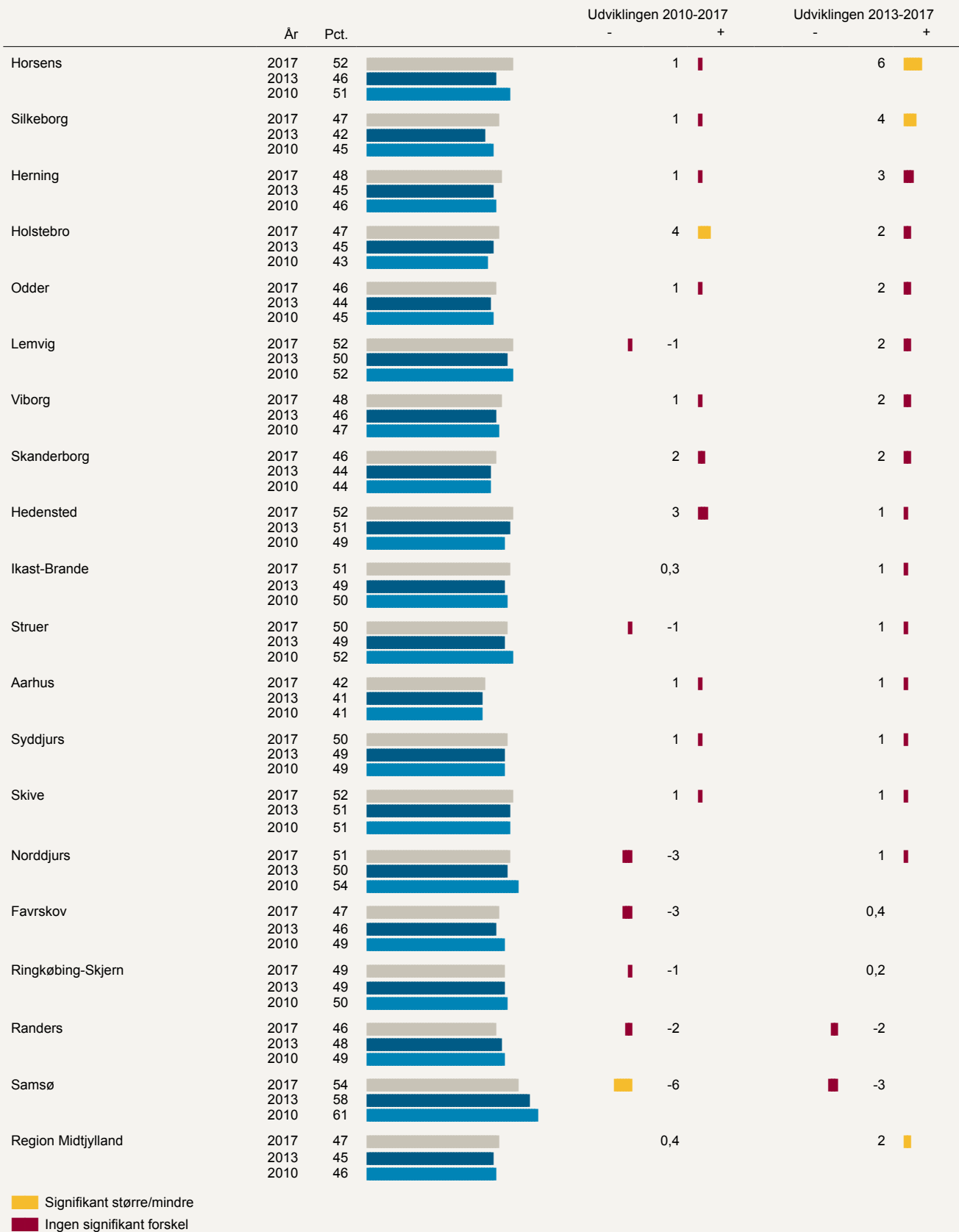
Figur 4.5.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, i forhold til køn, alder og uddannelse.

Fra 2010 til 2017 har andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, været uændret for både mænd og kvinder. Der er sket en markant stigning blandt de 16-34-årige og store fald blandt de 45-54-årige og blandt personer på 65 år eller derover i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion. Der ses også en stigning blandt personer med et højt uddannelsesniveau.

I perioden 2013 til 2017 er der en stigning i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion, blandt kvinder. Der har været en markant stigning blandt de 16-44-årige og samtidig et markant fald blandt personer på 65 år eller derover i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion. Der er også sket en stigning blandt personer med et højt uddannelsesniveau.

**Figur 4.6.S**

Dyrker ikke idræt eller anden motion i fritiden – kommuner.  
Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



## Dyrker ikke idræt eller anden motion i fritiden – kommuner

Figur 4.6.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, i kommunerne i Region Midtjylland.

I perioden 2010 til 2017 er andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion, uændret i de fleste kommuner. I Holstebro er andelen steget, mens andelen er faldet på Samsø.

I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, i følgende kommuner:

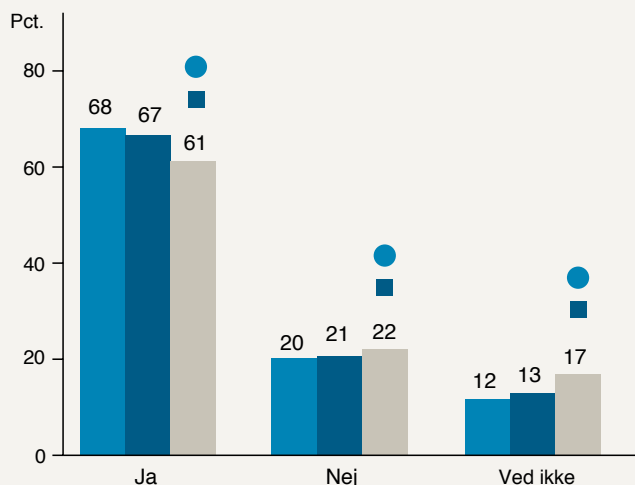
- Horsens
- Silkeborg

Stigningen varierer fra 4 procentpoint i Silkeborg til 6 procentpoint i Horsens.

**Figur 4.7.S, 4.8.S, 4.9.S og 4.10.S**  
 Ønske om at være mere fysisk aktiv.

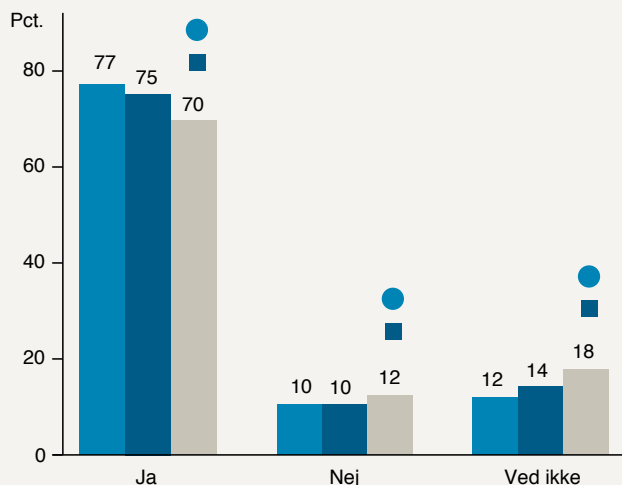
**Figur 4.7.S**

Ønske om at være mere fysisk aktiv.  
 Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



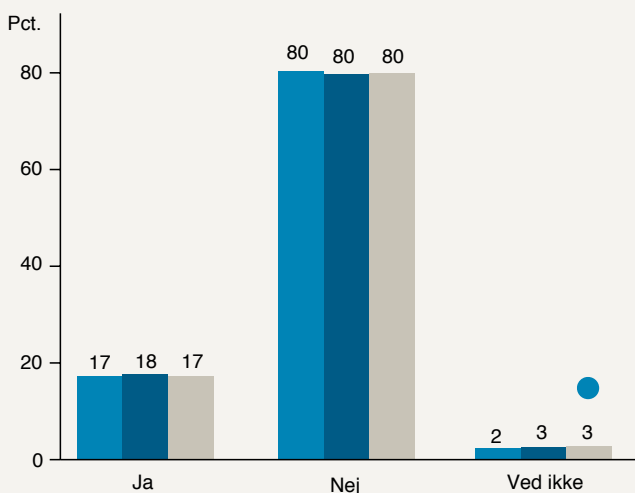
**Figur 4.8.S**

Ønske om at være mere fysisk aktiv blandt de fysisk inaktive.  
 Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



**Figur 4.9.S**

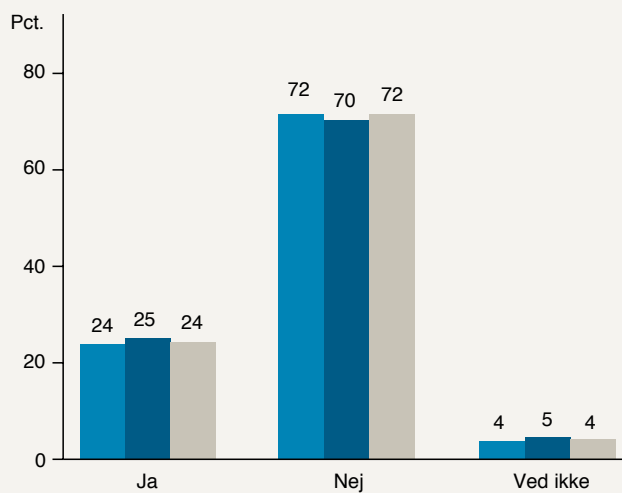
Råd fra egen læge om at dyrke motion.  
 Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



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

**Figur 4.10.S**

Råd fra egen læge om at dyrke motion blandt de fysisk inaktive.  
 Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



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

2010  
 2013  
 2017

● Signifikant større/mindre end i 2010  
 ■ Signifikant større/mindre end i 2013

## Hvor mange vil gerne være mere fysisk aktive?

Figur 4.7.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 i andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive, blandt alle i Region Midtjylland.

Figur 4.8.S viser andelen af fysisk inaktive personer, der ønsker at være mere fysisk aktive.

I perioden 2010 til 2017 og 2013 til 2017 er der sket et markant fald i andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive. Denne udvikling gør sig gældende både i hele befolkningen i Region Midtjylland (figur 4.7.S) og blandt de fysisk inaktive (figur 4.8.S).

## Hvor mange har fået råd fra egen læge om at dyrke motion?

Figur 4.9.S viser, at der i perioden 2010 til 2017 stort set ikke er sket ændringer i forhold til at modtage råd fra egen læge om at dyrke motion.

Figur 4.10.S viser, at der er sket et fald fra 2010 til 2017 i andelen af fysisk inaktive, der ikke har modtaget råd fra egen læge i forhold til at dyrke motion.

## Sammenfatning

I perioden 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen af fysisk inaktive personer. Fra 2013 til 2017 er der samtidig blevet flere, der er fysisk aktive i 30 minutter om dagen 6-7 dage om ugen.

Fra 2010 til 2017 skyldes den øgede andel fysisk inaktive personer overvejende en stigning i andelen af fysisk inaktive blandt begge køn, blandt de 16-24-årige og 35-64-årige samt personer med lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau. Fra 2013 til 2017 er der en stigning i andelen af fysisk inaktive blandt begge køn og blandt de 16-34-årige og 55-64-årige. I de fleste kommuner er andelen af fysisk inaktive personer uændret i perioden fra 2010 til 2017, men der er sket en stigning i andelen af fysisk inaktive i Ringkøbing-Skjern, Randers, Aarhus, Odder og Syddjurs.

I perioden 2010 til 2017 er der sket et stort fald i andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive – både

opgjort for hele befolkningen i Region Midtjylland og blandt de fysisk inaktive. Det er dog stadig 70 % af de fysisk inaktive, der ønsker at være mere fysisk aktive.

Fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden motion i fritiden. Stigningen dækker over en markant stigning blandt de 16-44-årige og et næsten tilsvarende stort fald blandt personer på 65 år eller derover. Der ses desuden en stigning i andelen, der ikke dyrker idræt eller motion, blandt personer med et højt uddannelsesniveau. I de fleste kommuner er andelen, der ikke dyrker idræt eller motion i fritiden, uændret i perioden 2010 til 2017.

Fra 2010 til 2017 har der kun været mindre ændringer i andelen, der har modtaget råd fra egen læge om at dyrke motion. Det er fortsat omkring en fjerdedel af de fysisk inaktive, der i løbet af det seneste år har modtaget råd fra egen læge om at dyrke motion.

## Referencer

1. Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports*. 2015 Dec;25 Suppl 3:1-72.
2. Warburton DER, Bredin SSD. Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. *Curr Opin Cardiol*. 2017 Sep;32(5):541-56.
3. Pedersen BK, Andersen LB. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
4. Eriksen L, Davidsen M, Jensen H, Ryd J, Strøbæk L, White E, et al. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.
5. Anbefalinger om fysisk aktivitet [Internet]: Sundhedsstyrelsen; 2016 [updated 27. januar 2016;]. Available from: <https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/fysisk-aktivitet/anbefalinger>.

## 5. KOST

Kosten spiller en stor rolle for befolkningens sundhed (1, 2), og en uhensigtsmæssig kost – eksempelvis karakteriseret ved et højt fedt-, salt- og sukkerindtag samt et lavt indhold af frugt, grønt og fisk – øger risikoen for type 2-diabetes (3), svær overvægt (3, 4), kræft (5), hjerte-kar-sygdomme (6-8) og tidlig død (9). Modsat er en sund kost, der er karakteriseret ved et lavt indtag af fedt, sukker og salt samt et højt indtag af frugt og grønt, forbundet med en længere levealder og sund aldring (10).

Fødevarerstyrelsen har udarbejdet ti officielle kostråd for at fremme sunde kostvaner (se nedenstående boks). Efterlevelse af kostrådene medvirker til, at det daglige behov for vitaminer, mineraler og andre vigtige næringsstoffer dækkes. Desuden gør kostrådene det nemmere at holde en sund vægt og medvirker til at forebygge en række livsstile relaterede sygdomme (11).

I dette kapitel opgøres befolkningens kostvaner ud fra en kostscore, der er udviklet ved Forebyggelse og Sundhed og Afdeling for Klinisk Epidemiologi, Region Hovedstaden (12). Kostscoren giver et samlet mål for kostens kvalitet. På baggrund af indtag af fire kostkomponenter (frugt, grønt, fisk og fedt) er der konstrueret et samlet mål for kostens kvalitet, hvor det er muligt at score mellem 0 og 8 point. På baggrund af dette inddeles befolkningen i personer, der har 1) et sundt kostmønster, 2) et kostmønster med sunde og usunde elementer og 3) et usundt kostmønster.

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

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

Udviklingen i perioden fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 beskrives generelt. Derudover sammenlignes udviklingen i andelen med usundt kostmønster i forhold til køn, alder og uddannelse og på tværs af kommuner.

Afslutningsvis beskrives udviklingen fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 i forhold til befolkningens ønske om at spise mere sundt og udviklingen i andelen, der har modtaget råd fra lægen om at ændre kostvaner.

### Hvor mange har et usundt kostmønster?

Figur 5.1.S viser udviklingen i kostmønstre i perioden fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017.

Andelen med et usundt kostmønster er steget i perioden fra 2010 til 2017 fra 12 % til 15 %, ligesom andelen med et kostmønster med sunde og usunde elementer er steget fra 64 % til 69 %. Samtidig er andelen med et sundt kostmønster faldet fra 24 % til 16 %.

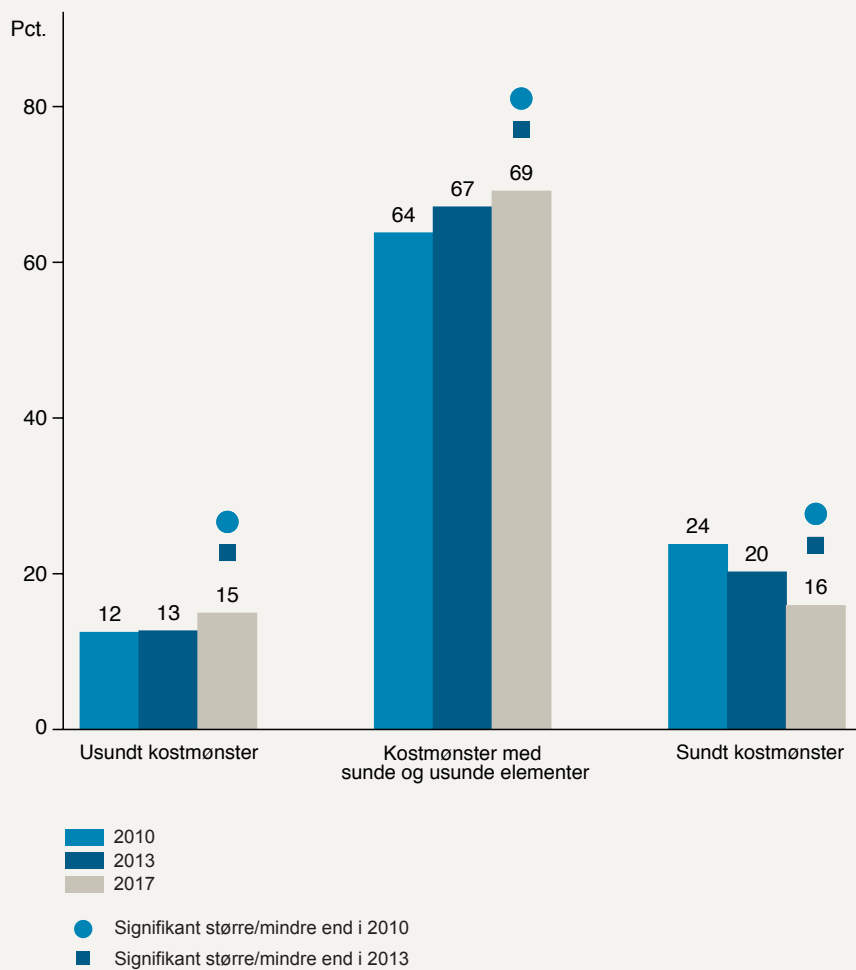
I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen med usundt kostmønster fra 13 % til 15 %, ligesom andelen med et kostmønster med sunde og usunde elementer er steget fra 67 % til 69 %. Modsat har der været et fald i andelen med et sundt kostmønster fra 20 % i 2013 til 16 % i 2017.

### Fødevarerstyrelsens kostråd

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

**Figur 5.1.S**

Det samlede kostmønster vurderet ved kostscoren. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



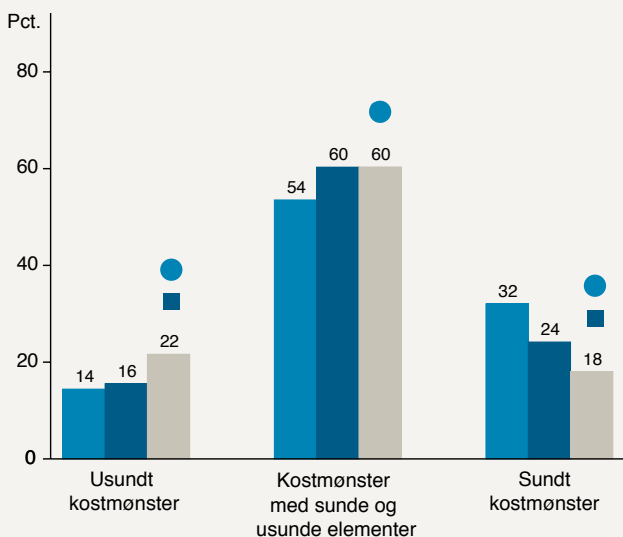


**Figur 5.2.S, 5.3.S, 5.4.S og 5.5.S**

Kostmønster i forhold til frugt, grønt, fisk og fedt. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

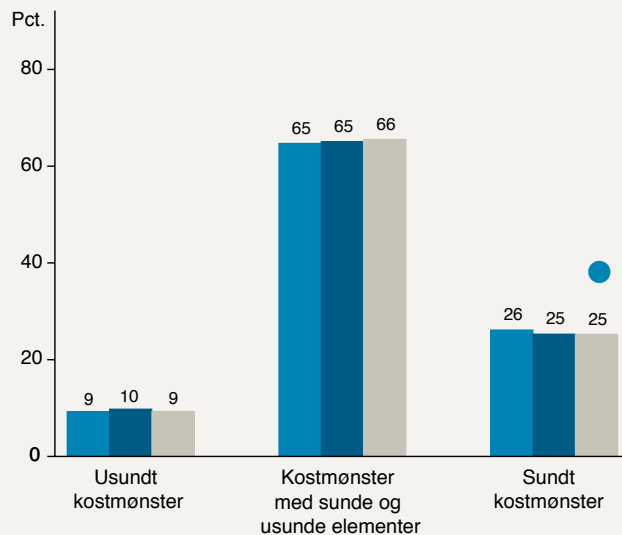
**Figur 5.2.S**

Kostmønster i forhold til frugt. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



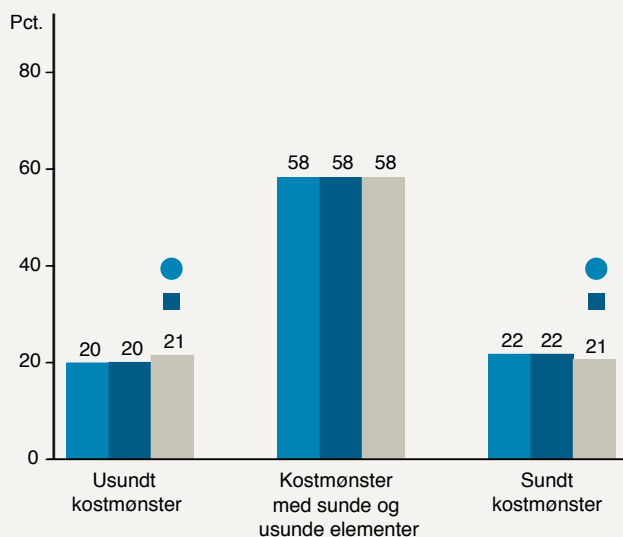
**Figur 5.3.S**

Kostmønster i forhold til grønt. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



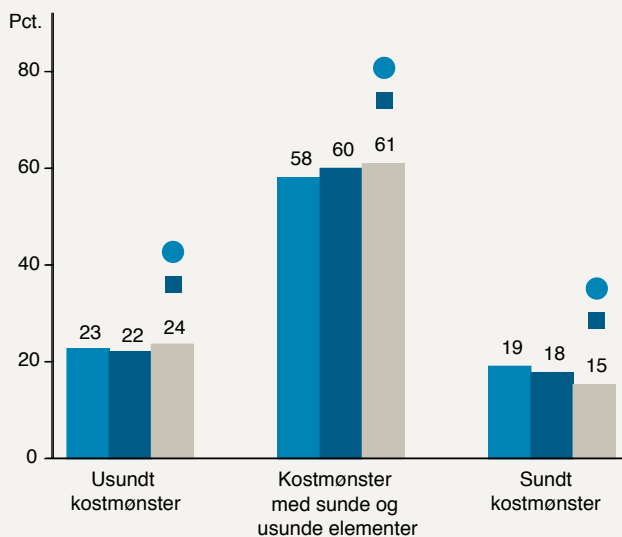
**Figur 5.4.S**

Kostmønster i forhold til fisk. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



**Figur 5.5.S**

Kostmønster i forhold til fedt. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



■ 2010  
■ 2013  
■ 2017

● Signifikant større/mindre end i 2010  
■ Signifikant større/mindre end i 2013

## Kostmønstre – frugt, grønt, fisk og fedt

Figur 5.2.S-5.5.S viser udviklingen i kostmønstre i forhold til de fire kostkomponenter: frugt, grønt, fisk og fedt i perioden fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017.

**Frugt.** Det fremgår af figur 5.2.S, at andelen med et usundt kostmønster for frugt er steget markant fra 14 % i 2010 til 22 % i 2017, mens andelen med et sundt kostmønster i samme periode er næsten halveret. Andelen med et usundt kostmønster for frugt er ligeledes steget i perioden fra 2013 til 2017, ligesom andelen med et sundt kostmønster er faldet markant.

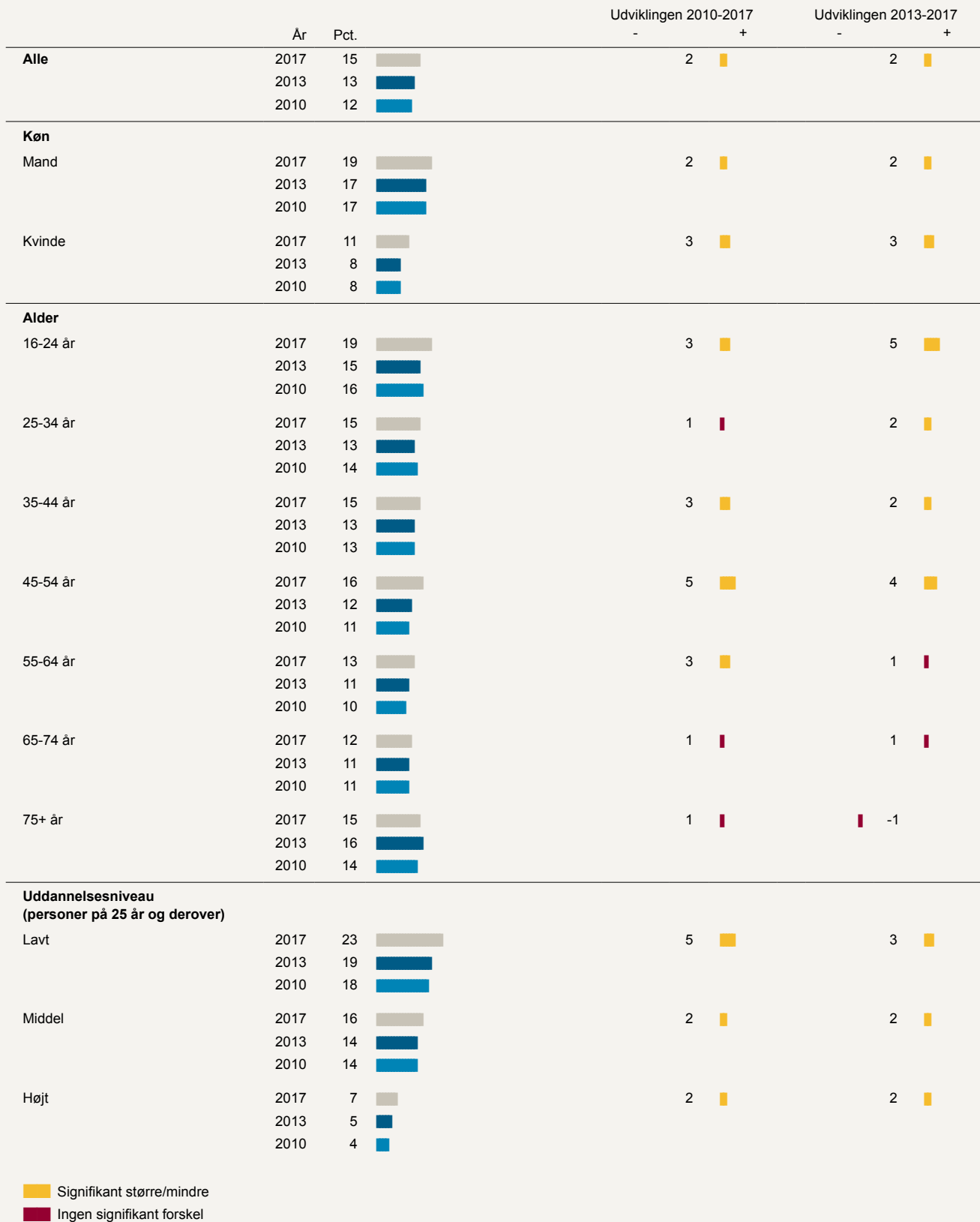
**Grønt.** Det fremgår af figur 5.3.S, at andelen med et usundt kostmønster for grønt er uændret i perioden fra 2010 til 2017, mens der ses et svagt fald i andelen med sundt kostmønster for grønt. Andelen med usundt kostmønster for grønt er uændret i perioden fra 2013 til 2017.

**Fisk.** Det fremgår af figur 5.4.S, at andelen med et usundt kostmønster for fisk er steget svagt fra 20 % i 2010 til 21 % i 2017. Tilsvarende er andelen med et sundt kostmønster for fisk faldet. Andelen med et usundt kostmønster for fisk er ligeledes steget svagt i perioden fra 2013 til 2017, ligesom andelen med et sundt kostmønster er faldet.

**Fedt.** Det fremgår af figur 5.5.S, at andelen med et usundt kostmønster for fedt er steget svagt fra 23 % i 2010 til 24 % i 2017. Tilsvarende er andelen med et sundt kostmønster for fedt faldet. Andelen med et usundt kostmønster for fedt er ligeledes steget en smule i perioden fra 2013 til 2017, ligesom andelen med et sundt kostmønster er faldet.

**Figur 5.6.S**

Usundt kostmønster – køn, alder og uddannelse. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



## Usundt kostmønster – køn, alder og uddannelse

Figur 5.6.S viser, at der i perioden fra 2010 til 2017 har været en stigning i andelen med usundt kostmønster blandt både mænd og kvinder og personer i alderen 16-24 år og 35-64 år. Den største stigning ses blandt personer i alderen 45-54 år. I perioden fra 2010 til 2017 ses også en stigning i andelen med usundt kostmønster på tværs af uddannelsesniveau. Stigningen har været størst blandt personer med lavt uddannelsesniveau.

Fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen med usundt kostmønster blandt både mænd og kvinder. Dertil ses en stigning blandt personer i alderen 16-54 år, hvor den største stigning ses blandt personer i alderen 16-24 år og 45-54 år. I perioden fra 2013 til 2017 ses også en stigning i andelen med usundt kostmønster på tværs af uddannelsesniveau.

**Figur 5.7.S**

Usundt kostmønster – kommuner. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



## Usundt kostmønster – kommuner

Figur 5.7.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 i andelen med usundt kostmønster i kommunerne i Region Midtjylland.

I perioden fra 2010 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen med usundt kostmønster i følgende kommuner:

- Ringkøbing-Skjern
- Holstebro
- Viborg
- Silkeborg
- Syddjurs
- Lemvig
- Horsens
- Aarhus
- Herning

Stigningen varierer fra 2 procentpoint i Aarhus til 5 procentpoint i Holstebro og Lemvig.

I perioden fra 2013 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen med et usundt kostmønster i følgende kommuner:

- Ringkøbing-Skjern
- Holstebro
- Odder
- Viborg
- Silkeborg
- Syddjurs
- Aarhus

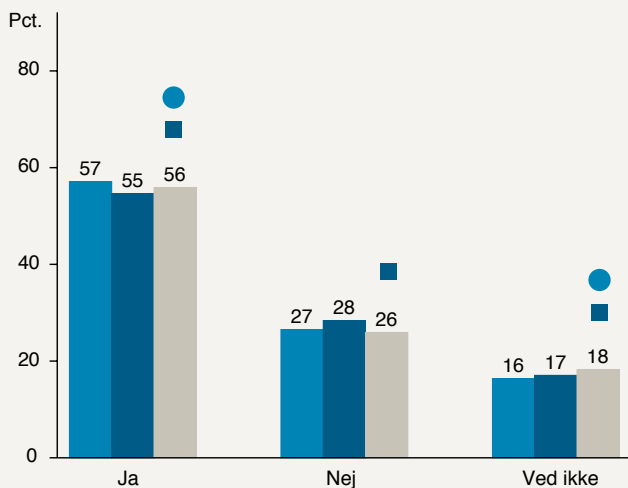
Stigningen varierer fra 2 procentpoint i Aarhus til 5 procentpoint i Ringkøbing-Skjern.

**Figur 5.8.S og 5.9.S**

Ønske om at spise mere sundt. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

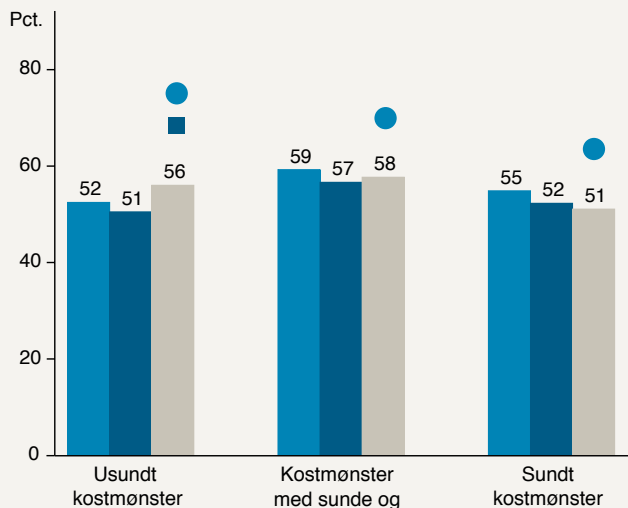
**Figur 5.8.S**

Vil du gerne spise mere sundt?  
Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



**Figur 5.9.S**

Andel, der gerne vil spise mere sundt – i forhold til kostmønster.  
Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



■ 2010  
■ 2013  
■ 2017

● Signifikant større/mindre end i 2010  
■ Signifikant større/mindre end i 2013

## Motivation og rådgivning

I dette afsnit beskrives udviklingen i befolkningens ønske om at spise mere sundt og udviklingen i andelen, der af egen læge er blevet rådet til at ændre kostvaner i perioden fra 2010 til 2017.

### Hvor mange vil gerne spise mere sundt?

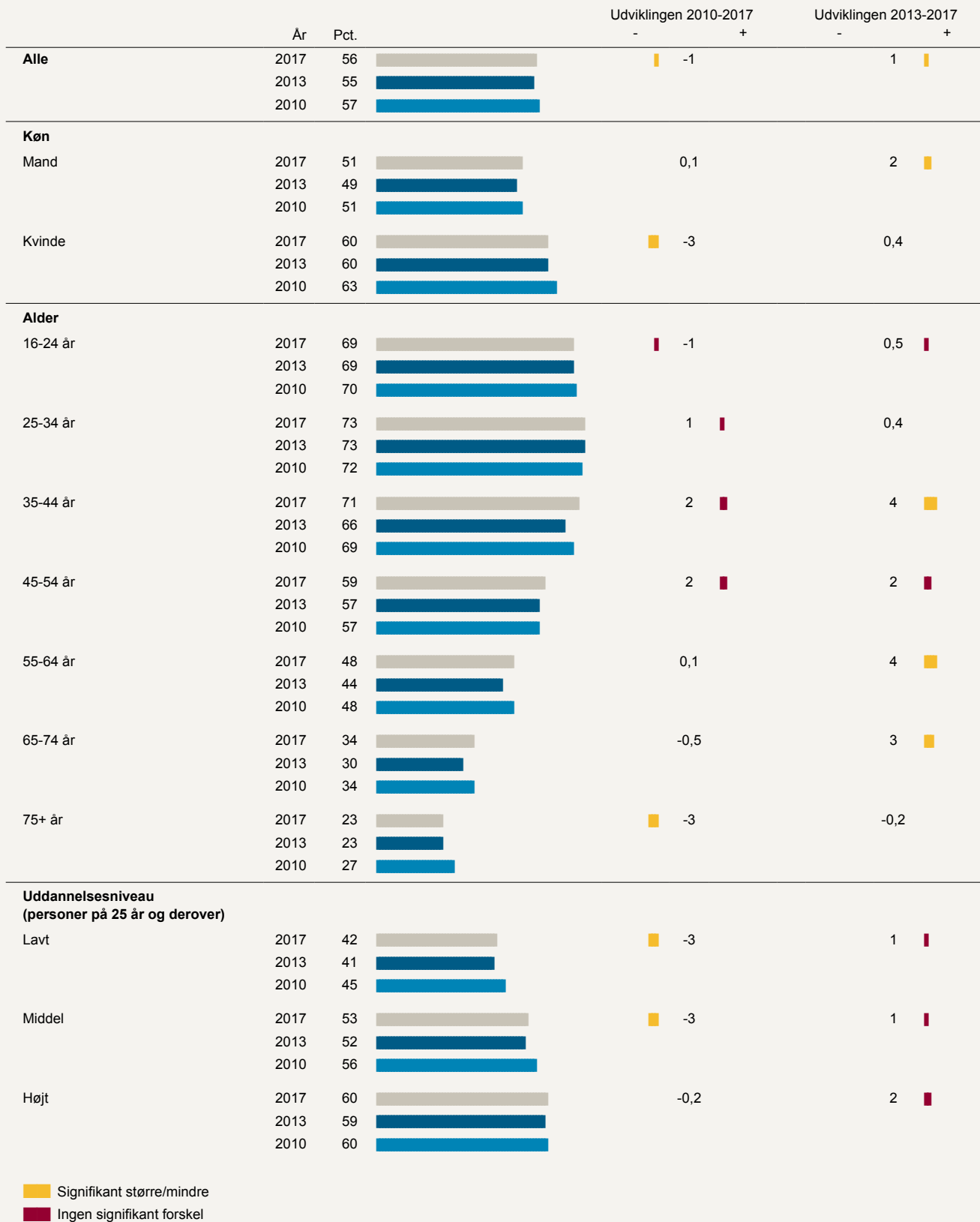
Figur 5.8.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 i andelen, der gerne vil spise mere sundt. I perioden fra 2010 til 2017 er der sket et lille fald i andelen, der gerne vil spise mere sundt, mens der i perioden fra 2013 til 2017 er sket en lille stigning.

Det fremgår af figur 5.9.S, at der i perioden fra 2010 til 2017 er sket en stigning fra 52 % til 56 % i andelen, der gerne vil spise mere sundt, blandt personer med et usundt kostmønster. Dertil ses det, at der er sket et fald i andelen, der gerne vil spise mere sundt, blandt personer med et kostmønster med sunde og usunde elementer og blandt personer med et sundt kostmønster. I perioden fra 2013 til 2017 er der sket en stigning i andelen, der gerne vil spise mere sundt, blandt personer med et usundt kostmønster.



**Figur 5.10.S**

Vil gerne spise mere sundt – køn, alder og uddannelse. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



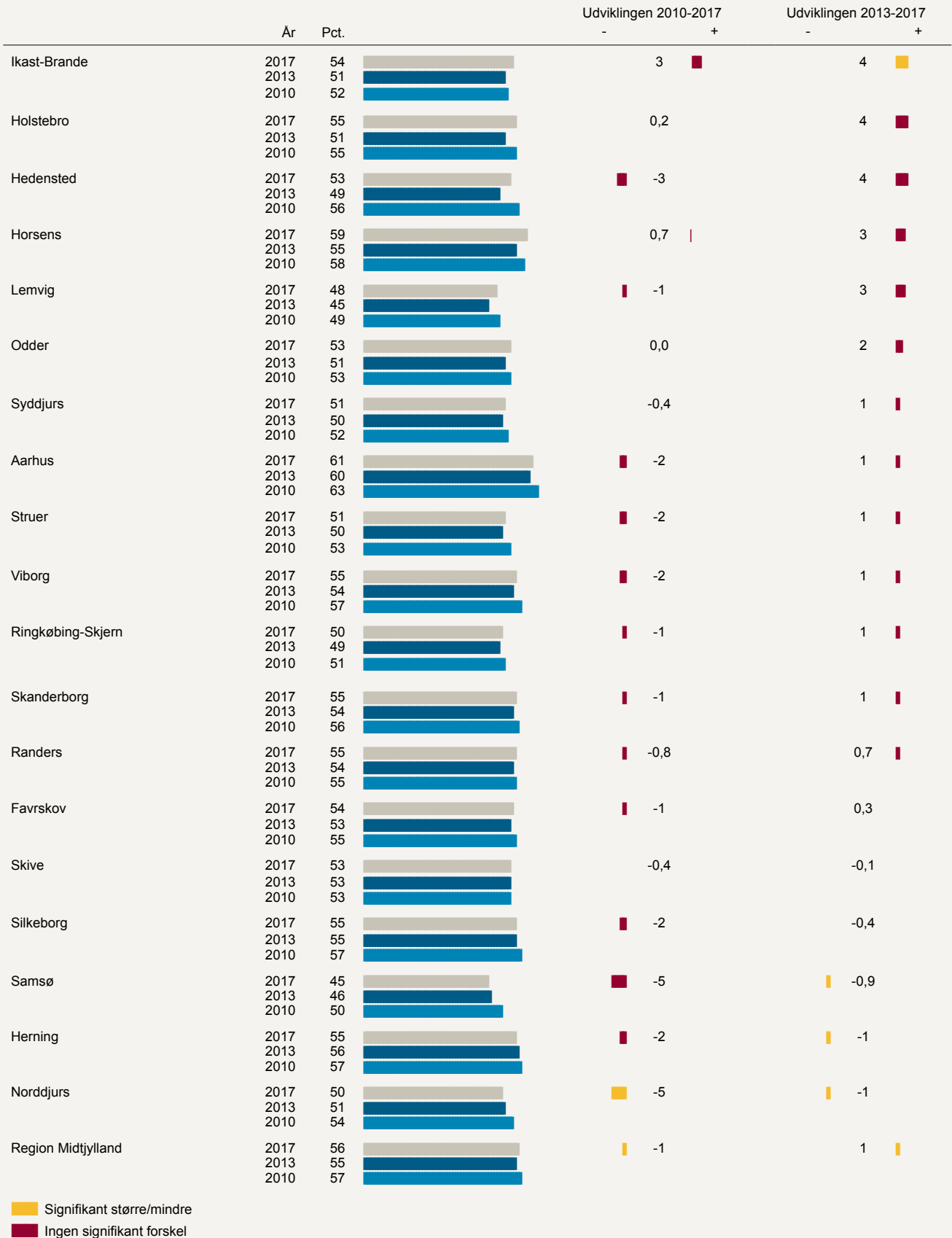
## Vil gerne spise mere sundt – køn, alder og uddannelse

Figur 5.10.S viser, at der i perioden fra 2010 til 2017 har været et fald på 3 procentpoint i andelen, der gerne vil spise mere sundt, blandt kvinder, mens andelen, der gerne vil spise mere sundt, er uændret blandt mænd. Blandt personer i alderen 16-74 år er der ikke sket signifikante ændringer i perioden fra 2010 til 2017, mens andelen, der gerne vil spise mere sundt, er faldet blandt personer i alderen 75 år eller derover. I samme periode har der været et fald i andelen, der gerne vil spise mere sundt, blandt personer med et lavt og middelhøjt uddannelsesniveau.

Fra 2013 til 2017 har der været en lille stigning i andelen, der gerne vil spise mere sundt, blandt mænd, mens andelen, der gerne vil spise mere sundt, blandt kvinder er uændret. Dertil ses en stigning i andelen, der gerne vil spise mere sundt, blandt personer i alderen 35-44 år og 55-74 år.

**Figur 5.11.S**

Vil gerne spise mere sundt – kommuner. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



## Vil gerne spise mere sundt – kommuner

Figur 5.11.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 i andelen, der gerne vil spise mere sundt, i kommunerne i Region Midtjylland.

I perioden fra 2010 til 2017 har der været et fald i andelen, der gerne vil spise mere sundt, i Norddjurs.

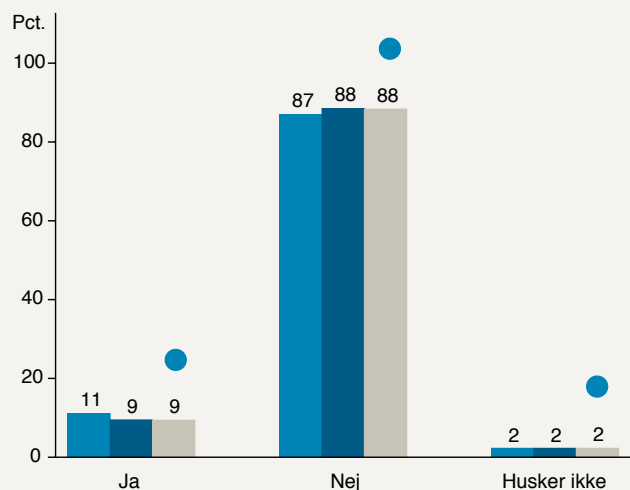
I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen, der gerne vil spise mere sundt, i Ikast-Brande.

**Figur 5.12.S og 5.13.S**

Råd fra lægen om at ændre kostvaner. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

**Figur 5.12.S**

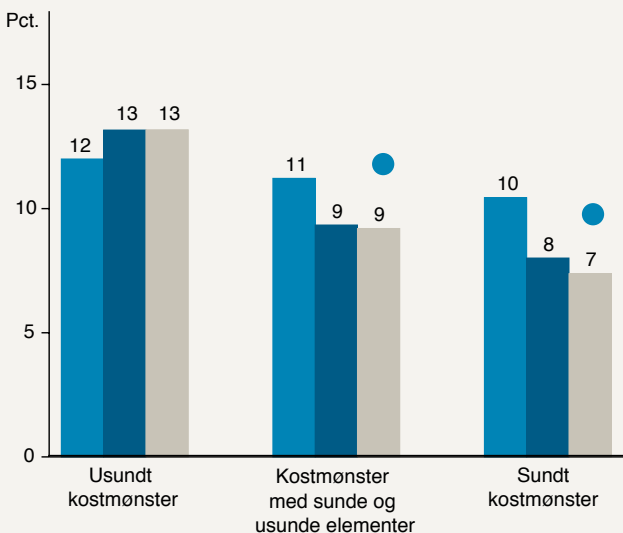
Har egen læge rådet dig til at ændre kostvaner inden for de seneste 12 måneder? Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



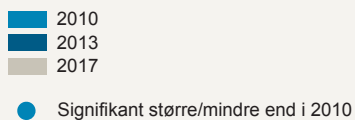
Note: Opgjort blandt alle, der har været ved læge i løbet af de seneste 12 måneder

**Figur 5.13.S**

Andel, der har modtaget råd fra egen læge om at ændre kostvaner – i forhold til kostmønster. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



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



## Rådgivning fra egen læge

Figur 5.12.S viser, at der i perioden fra 2010 til 2017 har været et lille fald i andelen, der af egen læge i løbet af de seneste 12 måneder er blevet rådet til at ændre kostvaner. I perioden fra 2013 til 2017 har der ikke været nogen ændring i, hvor stor en andel der af egen læge i løbet af de seneste 12 måneder er blevet rådet til at ændre kostvaner.

Figur 5.13.S viser, at der i perioden fra 2010 til 2017 har været et lille fald i andelen, der af egen læge i løbet af de seneste 12 måneder er blevet rådet til at ændre kostvaner, blandt personer med et kostmønster med sunde og usunde elementer og personer med et sundt kostmønster. I perioden fra 2013 til 2017 har der ikke været nogen ændring i, hvor stor en andel af befolkningen der af egen læge er blevet rådet til at ændre kostvaner, set i forhold til kostmønstre.

## Sammenfatning

Der har været en stigning i andelen med usundt kostmønster i perioden fra 2010 til 2017 og i perioden fra 2013 til 2017. I 2010 var der 12 %, der havde et usundt kostmønster. I 2013 var andelen, der havde et usundt kostmønster, 13 %, og i 2017 er andelen oppe på 15 %. Ligeledes har der været en stigning i andelen med et usundt kostmønster for både frugt, fisk og fedt i perioden fra 2010 til 2017 og i perioden fra 2013 til 2017. Særlig stor er stigningen i andelen, der spiser for lidt frugt, da der næsten er sket en halvering i andelen, der spiser meget frugt, i perioden fra 2010 til 2017. Andelen med et usundt kostmønster for grønt er stagneret, ligesom der stadig ses en høj andel med et usundt kostmønster for fedt.

Fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen med et usundt kostmønster blandt både mænd og kvinder, personer i alderen 16-24 år og 35-64 år og på tværs af uddannelsesniveau. I perioden fra 2013 til 2017 har der ligeledes været en stigning i andelen med et usundt kostmønster blandt mænd og kvinder samt blandt personer i alderen 16-54 år og på tværs af uddannelsesniveau.

Selv om der har været en stigning i andelen med et usundt kostmønster, er andelen, der gerne vil spise mere sundt, ikke steget markant. Det ses dog, at andelen, der gerne vil spise mere sundt, blandt personer med usundt kostmønster er steget fra 52 % i 2010 og 51 % i 2013 til 56 % i 2017. Andelen i 2017 med et usundt kostmønster, der af egen læge er blevet rådet til at ændre kostvaner, adskiller sig ikke fra andelen i 2010 og 2013.

## Referencer

1. Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F. Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. Statens Institut for Folkesundhed; 2007.
2. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* 2012; 380 (9859) :2224-2260.
3. Mozaffarian D. Dietary and Policy Priorities for Cardiovascular Disease, Diabetes, and Obesity – A Comprehensive Review. *Circulation* 2016;133(2):187-225.
4. Popkin BM, Adair LS, Ng SW. Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. *Nutr Rev* 2012;70(1):3-21.
5. World Health Organisation. Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. WHO; 2003.
6. Hooper L, Summerbell CD, Thompson R, Sills D, Roberts FG, Moore H, et al. Reduced or modified dietary fat for preventing cardiovascular disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011;6(7).
7. Hu FB, Manson JE, Willett WC. Types of Dietary Fat and Risk of Coronary Heart Disease: A Critical Review. *J Am Coll Nutr* 2001 02/01;20(1):5-19.
8. Kontogianni MD, Panagiotakos DB. Dietary patterns and stroke: A systematic review and re-meta-analysis. *Maturitas* 2014;79(1):41-47.
9. Schwingshackl L, Schwedhelm C, Hoffmann G, Lampousi A, Knüppel S, Iqbal K, et al. Food groups and risk of all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *The American Journal of Clinical Nutrition*; 2017.
10. Chrysohoou C, Stefanadis C. Longevity and Diet. Myth or pragmatism? *Maturitas* 2013 December 2013;76(4):303-307.
11. Fødevarestyrelsen. De Officielle Kostråd. Fødevarestyrelsen; 2015.
12. Toft U, Kristoffersen LH, Lau C, Borch-Johnsen K, Jørgensen T. The Dietary Quality Score: validation and association with cardiovascular risk factors: the Inter99 study. *European Journal of Clinical Nutrition* 2007;61(2):270-278.



## 6. OVERVÆGT

En global undersøgelse af udviklingen i Body Mass Index (BMI) viser, at andelen af overvægtige er steget markant i perioden fra 1980 til 2013. Undersøgelsen peger desuden på, at ca. 2,1 milliarder mennesker, svarende til 30 % af jordens befolkning, vejer for meget (1). Af disse vurderes det, at 1,5 milliarder er moderat overvægtige, mens 640 millioner lider af svær overvægt, også kaldet fedme. Resultater fra en dansk befolkningsundersøgelse viser, at der er sket en stagnation i forekomsten af moderat overvægt og svær overvægt blandt voksne danskere i perioden 2008-2013 (2).

Svær overvægt er en tilstand, hvor mængden af fedt i kroppen er forøget til et punkt, hvor det udgør en betydelig risiko for at udvikle et stort antal kroniske sygdomme (3, 4). Dog har både moderat og svær overvægt konsekvenser for helbredet (5) og kan føre til type 2-diabetes (6, 7), hjerte-kar-sygdomme (5, 7) og forskellige former for kræft (6, 7). Overvægt er desuden relateret til lidelser i bevægeapparatet, såsom slidgigt og leddegigt (8), ligesom der er sammenhæng mellem overvægt og kortere levealder (9). Foruden de helbredsmæssige konsekvenser er overvægt forbundet med dårligere trivsel og livskvalitet (7, 10), depression (11) og psykisk sygdom (12).

Årsagen til overvægt tilskrives ofte et samspil mellem lav fysisk aktivitet og et stort energioptag, eksempelvis igennem en sukker- og fedtholdig kost (13). Årsagen til overvægt er dog betydelig mere kompleks, og både sociale og økonomiske omstændigheder, adfærd og genetik har betydning for vægtforøgelse og overvægt (13).

Samlet set er der et stort sundhedsmæssigt potentiale i at forebygge overvægt, ligesom det kan være gavnligt for overvægtige at tabe sig (10). Der findes flere forskellige strategier til at forebygge og afhjælpe overvægt, hvor de typiske vedrører ændring af kost- og motionsvaner.

Vægtstatus er i *Hvordan har du det?* målt ved hjælp af BMI på baggrund af svarpersonernes oplysninger om højde og vægt. Således er svarpersonerne blevet bedt om at svare på følgende spørgsmål angående højde og vægt:

- Hvor høj er du (uden sko)?
- Hvor meget vejer du i *hele* kg (uden tøj)?

Foruden de spørgsmål, der anvendes til at udregne BMI, anvendes følgende spørgsmål til at belyse befolkningens motivation for at tabe sig:

- Vil du gerne tabe dig?
- Har din læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at tabe dig?

Udviklingen i perioden fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 beskrives generelt. Derudover sammenlignes udviklingen i andelen af moderat og svært overvægtige i forhold til køn, alder og uddannelse og på tværs af kommuner.

Afslutningsvis beskrives udviklingen fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 i forhold til befolkningens ønske om at tabe sig og udviklingen i andelen, der har modtaget råd fra egen læge om vægttab.

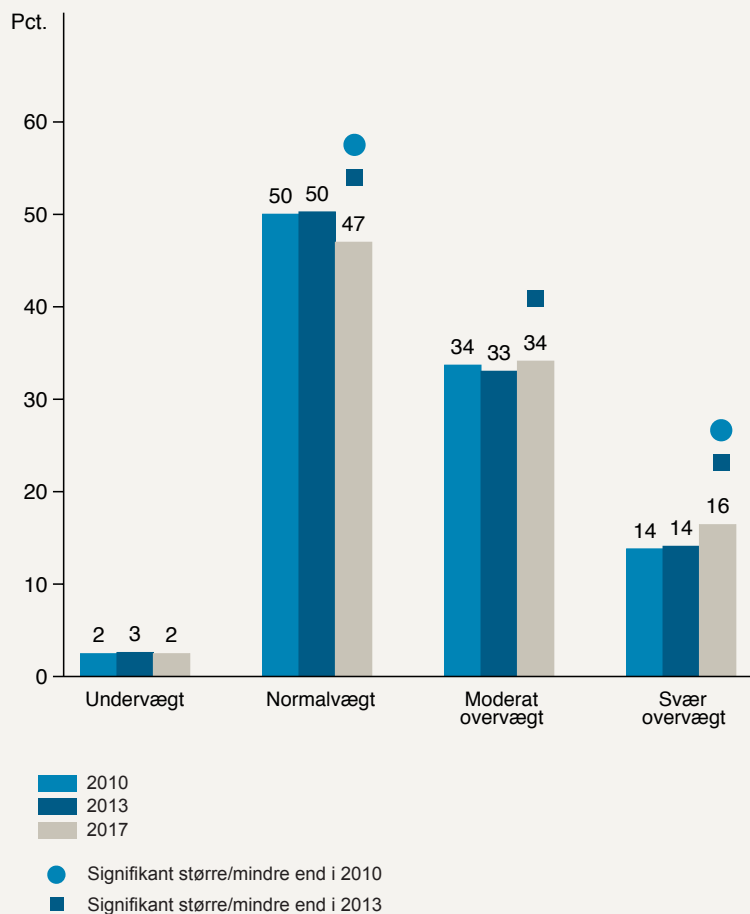
### Hvor mange er overvægtige?

Figur 6.1.S viser udviklingen i befolkningens fordeling efter vægtklasse fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017.

I perioden fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 er der sket en stigning i andelen, der er svært overvægtige, fra 14 % til 16 %, mens der er sket et fald i andelen, der er normalvægtige, fra 50 % til 47 %. Der er fra 2010 til 2017 ikke sket signifikante ændringer i andelen, der er henholdsvis undervægtige og moderat overvægtige, hvorimod der fra 2013 til 2017 er sket en lille stigning i andelen af moderat overvægtige.

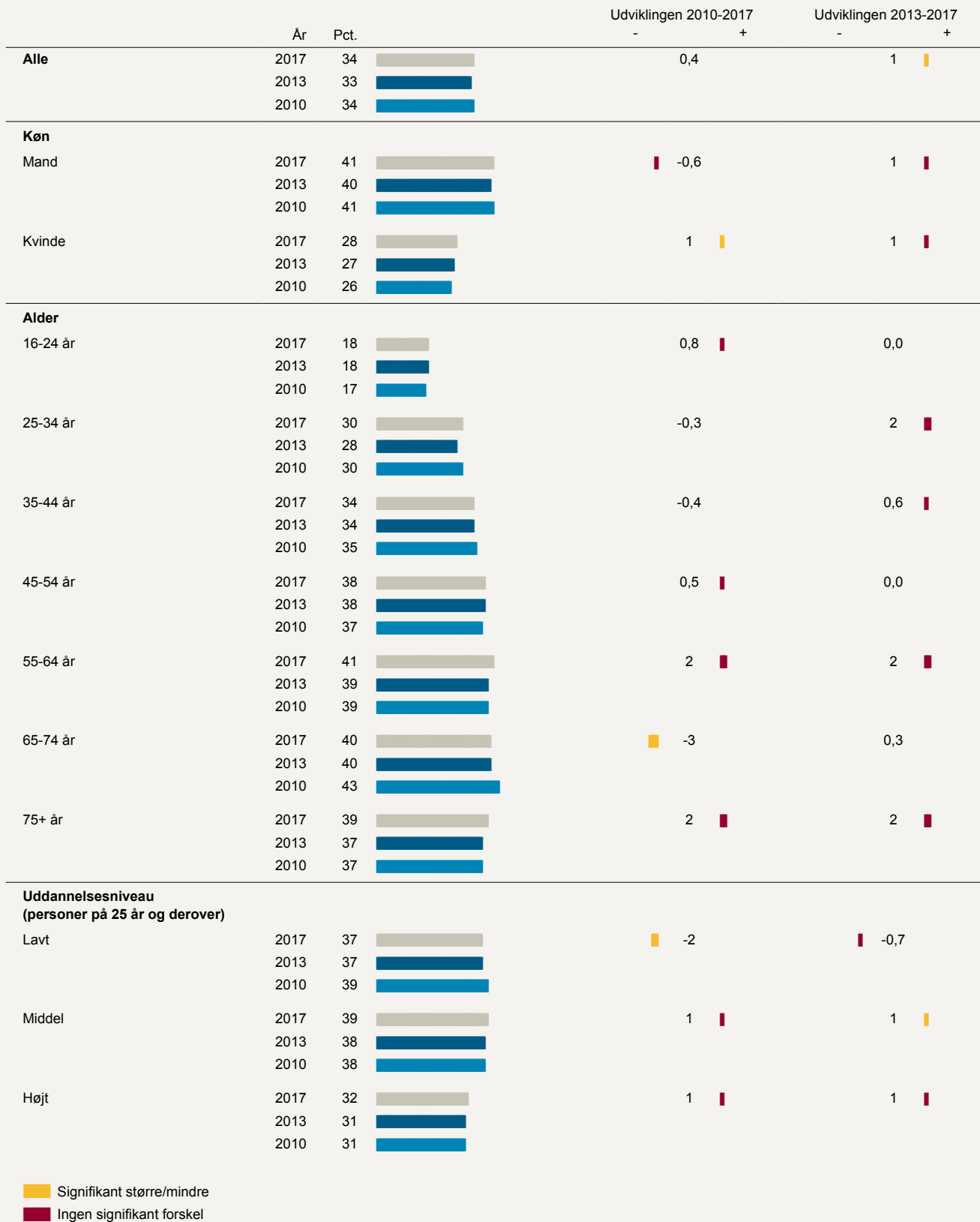
**Figur 6.1.S**

Befolkningen fordelt på vægtklasser. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



**Figur 6.2.S**

Moderat overvægt – køn, alder og uddannelse. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



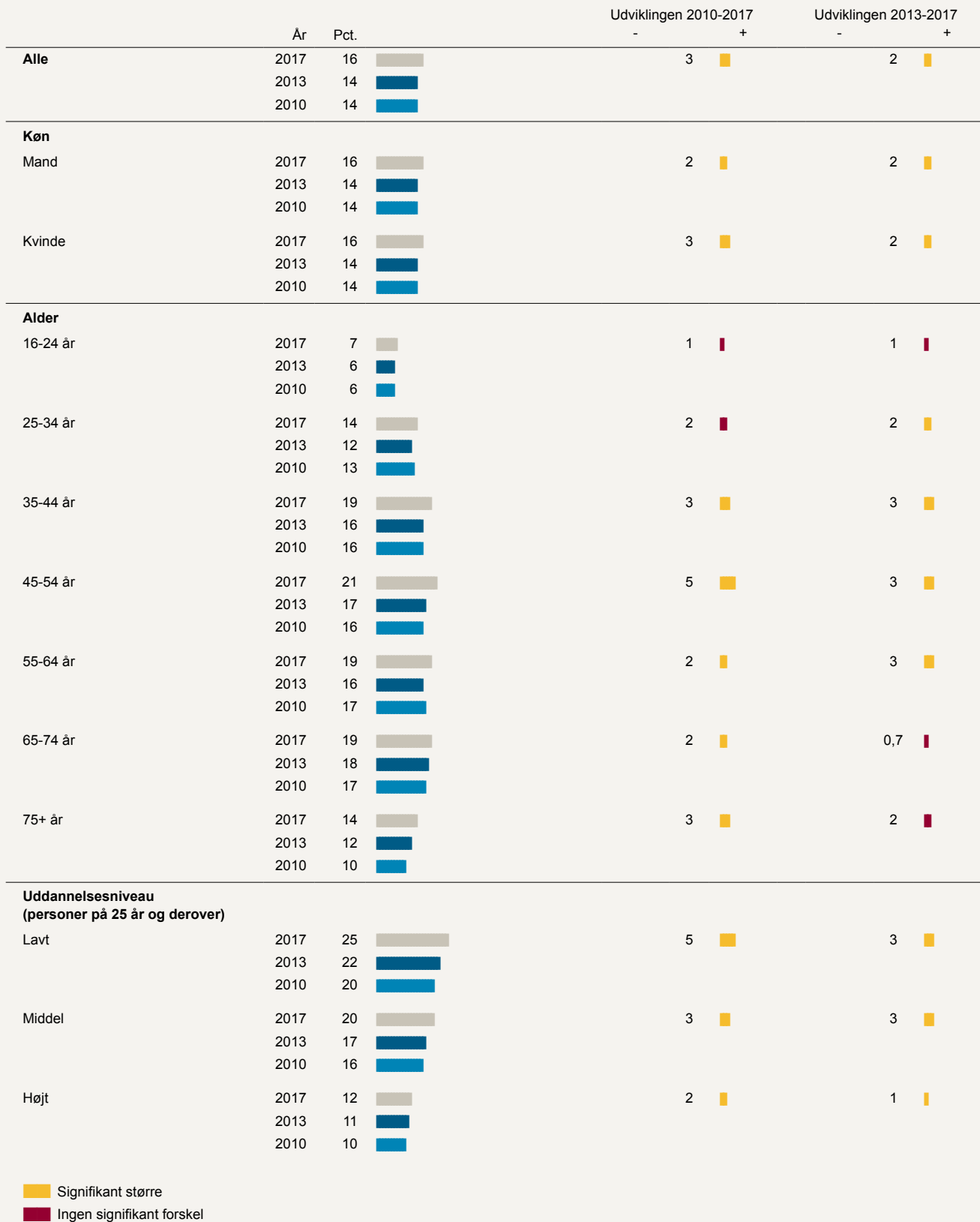
## Moderat overvægt – køn, alder og uddannelse

Figur 6.2.S viser, at der i perioden fra 2010 til 2017 har været en lille stigning i andelen af moderat overvægtige blandt kvinder, hvorimod der ses et lille fald i andelen af moderat overvægtige blandt personer i alderen 65-74 år og blandt personer med et lavt uddannelsesniveau.

Fra 2013 til 2017 har der været en lille stigning i andelen af moderat overvægtige blandt personer med et middelhøjt uddannelsesniveau.

**Figur 6.3.S**

Svær overvægt – køn, alder og uddannelse. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



### Svær overvægt – køn, alder og uddannelse

Af figur 6.3.S fremgår det, at der i perioden fra 2010 til 2017 har været en stigning i andelen af svært overvægtige. Stigningen ses for både mænd og kvinder, blandt alle personer på 35 år og derover og på tværs af uddannelsesniveau. De mest markante stigninger ses blandt personer i alderen 45-54 år og blandt personer med et lavt uddannelsesniveau.

I perioden fra 2013 til 2017 har der ligeledes været en stigning i andelen af svært overvægtige for både mænd og kvinder, blandt personer i alderen 25-64 år og på tværs af uddannelsesniveau.

**Figur 6.4.S**

Moderat overvægt – kommuner. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



### Moderat overvægt – kommuner

Figur 6.4.S viser, at der i perioden fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 ikke er sket nogen signifikante ændringer i andelen af moderat overvægtige på kommuneniveau i Region Midtjylland.



**Figur 6.5.S**

Svær overvægt – kommuner. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



## Svær overvægt – kommuner

Figur 6.5.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 i andelen af svært overvægtige i kommunerne i Region Midtjylland.

I perioden fra 2010 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen af svært overvægtige i følgende kommuner:

- Skive
- Ringkøbing-Skjern
- Silkeborg
- Ikast-Brande
- Norddjurs
- Lemvig
- Odder
- Struer
- Randers
- Herning

Stigningen varierer fra 3 procentpoint i Struer og Herning til 6 procentpoint i Ikast-Brande.

I perioden fra 2013 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen af svært overvægtige i følgende kommuner:

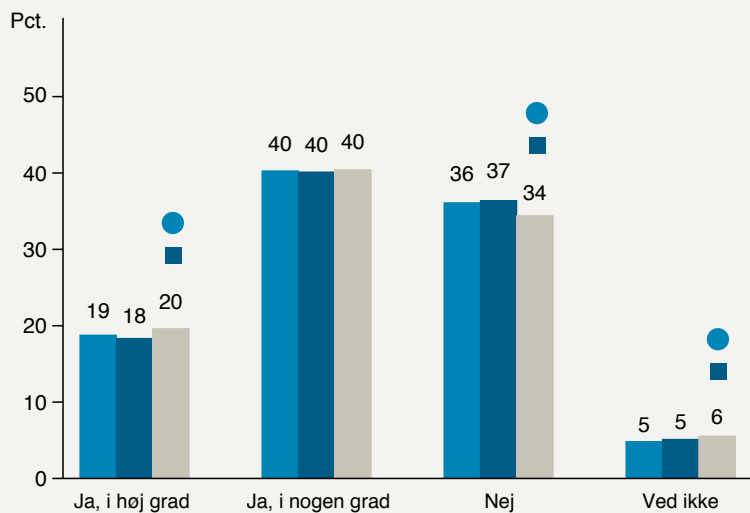
- Skive
- Ringkøbing-Skjern
- Silkeborg
- Viborg
- Ikast-Brande
- Aarhus

Stigningen varierer fra 2 procentpoint i Aarhus til 5 procentpoint i Skive.

**Figur 6.6.S og 6.7.S**  
 Vil du gerne tabe dig?

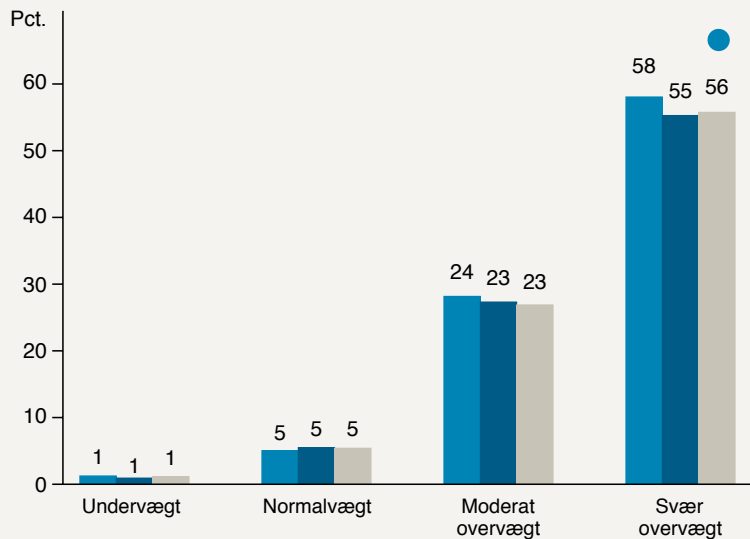
**Figur 6.6.S**

Vil du gerne tabe dig?  
 Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



**Figur 6.7.S**

Andel, der i høj grad ønsker at tabe sig – i forhold til vægtklasse.  
 Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



■ 2010  
 ■ 2013  
 ■ 2017

● Signifikant større/mindre end i 2010  
 ■ Signifikant større/mindre end i 2013

## Motivation og rådgivning

I det følgende afsnit beskrives udviklingen fra 2010 til 2017 i befolkningens motivation for at tabe sig.

### Hvor mange vil gerne tabe sig?

Figur 6.6.S viser udviklingen i andelen af hele befolkningen, der ønsker at tabe sig, fra 2010 til 2017.

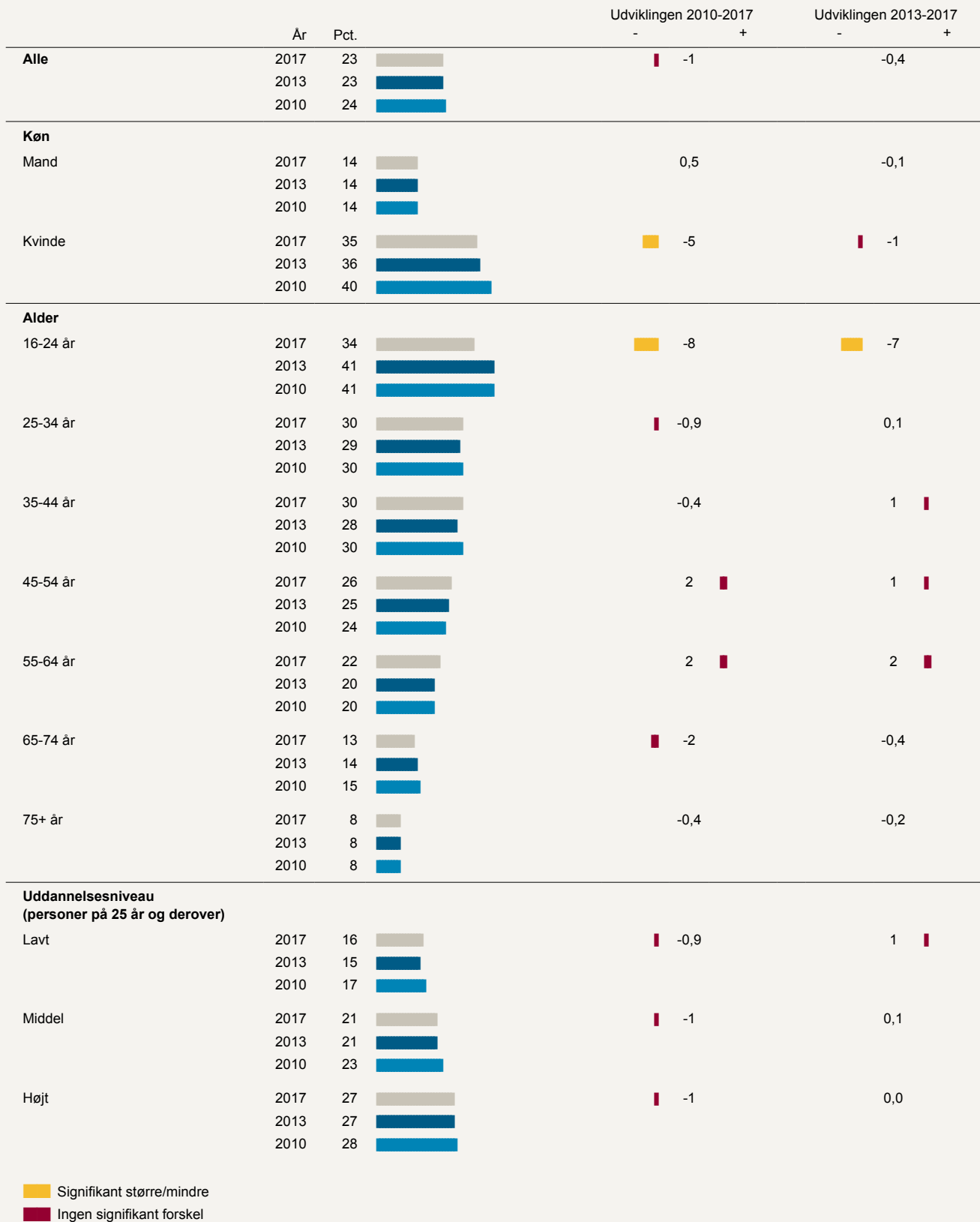
Det fremgår, at der i perioden fra 2010 til 2017 er sket en lille stigning i andelen, der i høj grad ønsker at tabe sig, mens andelen, der ikke ønsker at tabe sig, er faldet. En tilsvarende udvikling ses i perioden fra 2013 til 2017.

Figur 6.7.S viser udviklingen i andelen, der i høj grad ønsker at tabe sig, i forhold til vægtklasse.

Det fremgår, at der i perioden fra 2010 til 2017 ikke er sket nogen ændring i andelen, der i høj grad ønsker at tabe sig, blandt personer, der er undervægtige, normalvægtige og moderat overvægtige. Derimod ses det, at der er sket et fald i andelen, der i høj grad ønsker at tabe sig, blandt personer, der er svært overvægtige.

**Figur 6.8.S**

Moderat overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig – køn, alder og uddannelse.  
Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



### Moderat overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig – køn, alder og uddannelse

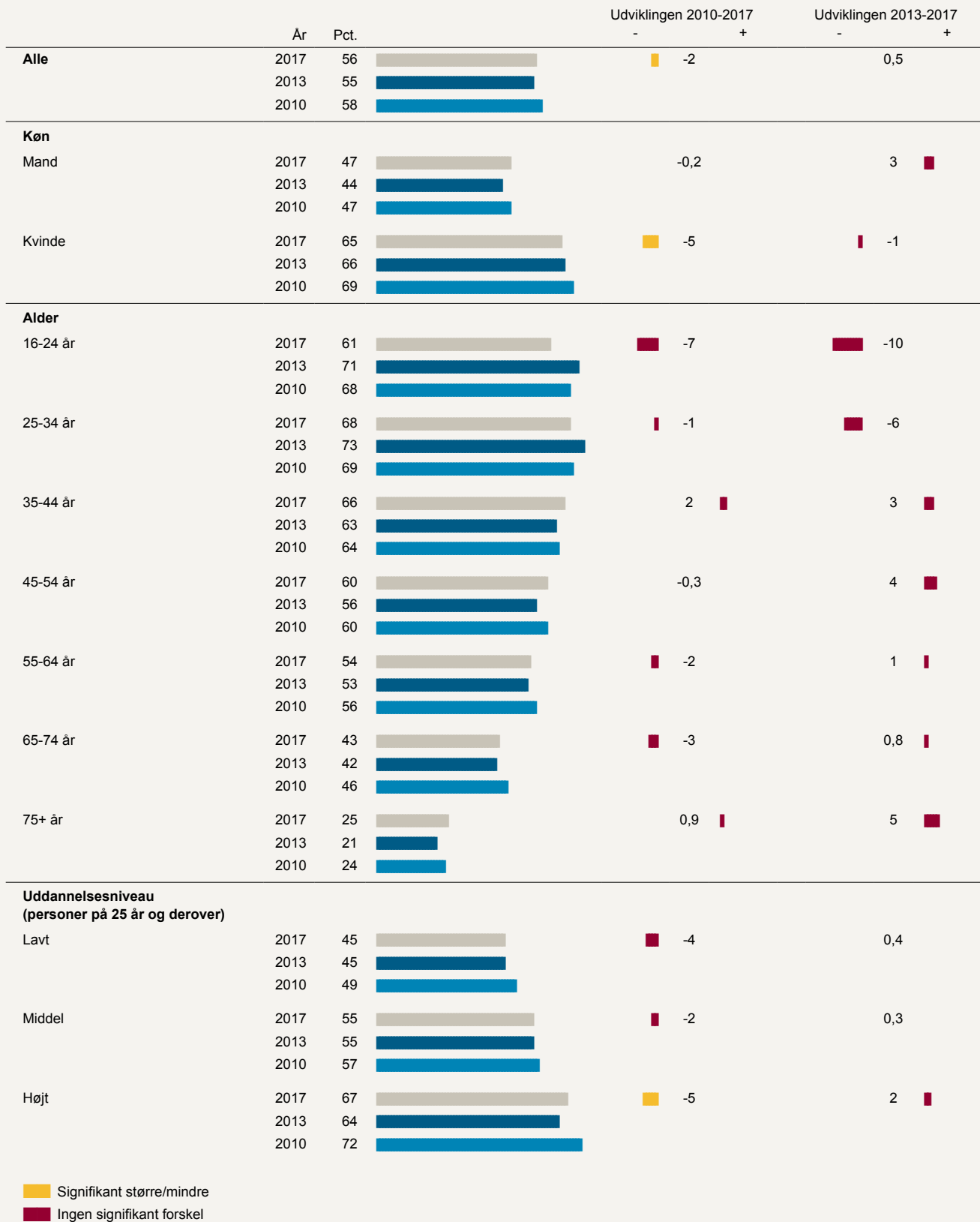
Figur 6.8.S viser udviklingen i andelen af moderat overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig, fra 2010 til 2017.

I perioden fra 2010 til 2017 er der sket et fald i andelen af moderat overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig, blandt kvinder og personer i alderen 16-24 år.

I perioden fra 2013 til 2017 er der sket et markant fald i andelen af moderat overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig, blandt personer i alderen 16-24 år.

**Figur 6.9.S**

Svært overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig – køn, alder og uddannelse.  
Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



## Svært overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig – køn, alder og uddannelse

Figur 6.9.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 i andelen af svært overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig, i forhold til køn, alder og uddannelse.

I perioden fra 2010 til 2017 er der sket et fald i andelen af svært overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig, blandt kvinder og personer med et højt uddannelsesniveau.

Der er i perioden fra 2013 til 2017 ikke sket nogen signifikante ændringer i andelen af svært overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig, på tværs af køn, alder og uddannelsesniveau.



**Figur 6.10.S**

Moderat overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig – kommuner.  
Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



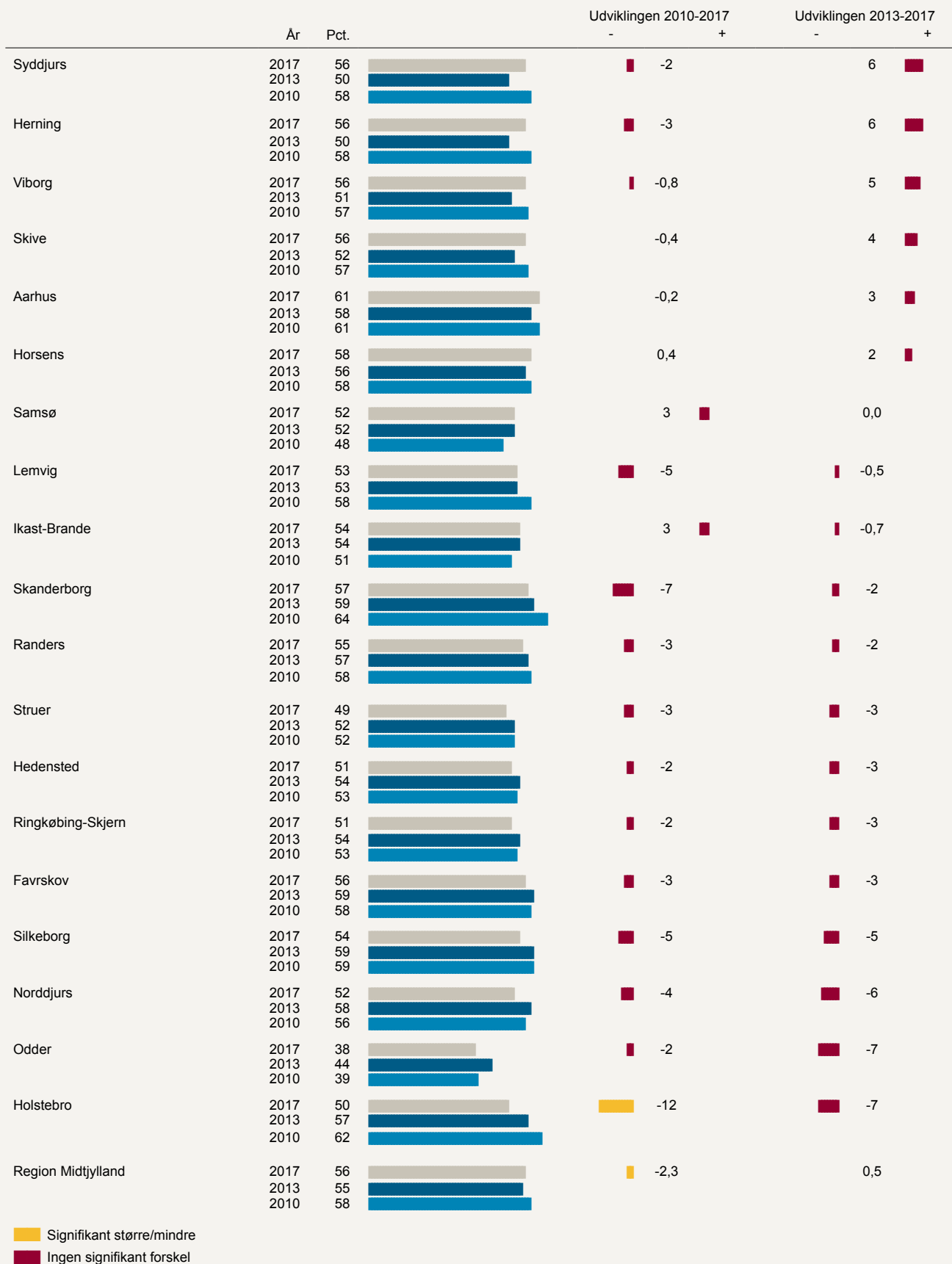
### Moderat overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig – kommuner

Figur 6.10.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 i andelen af moderat overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig, i kommunerne i Region Midtjylland.

Der er i perioden fra 2010 til 2017 og 2013 til 2017 på kommuneniveau ikke sket nogen signifikante ændringer i andelen af moderat overvægtige, som i høj grad ønsker at tabe sig.

**Figur 6.11.S**

Svært overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig – kommuner.  
Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



## Svært overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig – kommuner

Figur 6.11.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 i andelen af svært overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig, i kommunerne i Region Midtjylland.

I perioden fra 2010 til 2017 har der været et signifikant fald i andelen af svært overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig, i Holstebro.

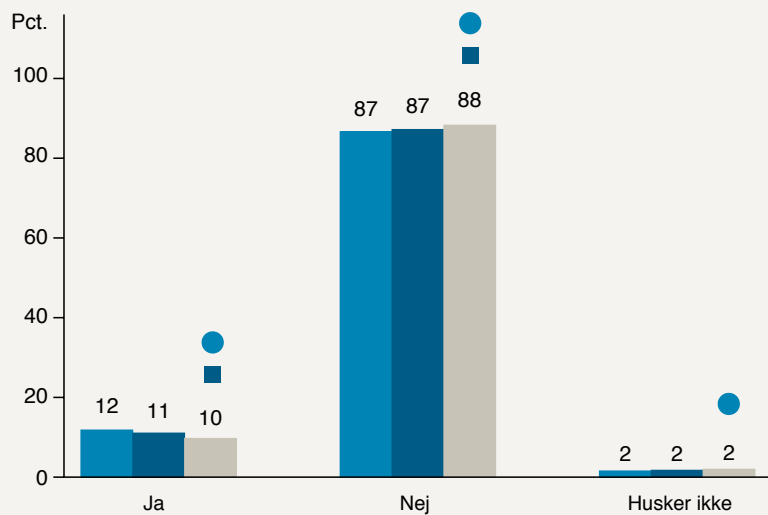
Der er i perioden fra 2013 til 2017 på kommuneniveau ikke sket nogen signifikante ændringer i andelen af svært overvægtige, som i høj grad ønsker at tabe sig.

**Figur 6.12.S og 6.13.S**

Har du fået råd fra egen læge om vægttab? Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

**Figur 6.12.S**

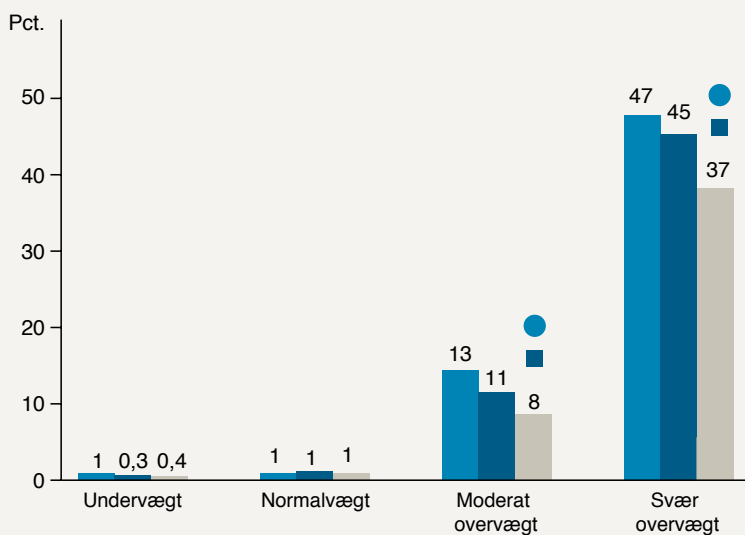
Har du fået råd fra egen læge om vægttab?  
Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



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

**Figur 6.13.S**

Andel, der har fået råd fra egen læge om vægttab – i forhold til vægtklasse. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



2010  
2013  
2017

● Signifikant større/mindre end i 2010  
■ Signifikant større/mindre end i 2013

## Råd fra egen læge om vægttab

Figur 6.12.S viser udviklingen i andelen af befolkningen, der har været ved lægen inden for de seneste 12 måneder, og som er blevet rådet til at tabe sig.

Det fremgår, at der i perioden fra 2010 til 2017 og 2013 til 2017 er sket et lille fald i andelen, der i løbet af de seneste 12 måneder er blevet rådet til at tabe sig af egen læge. Modsat er der sket en lille stigning i andelen, der svarer, at de ikke har modtaget sådanne råd.

Figur 6.13.S viser udviklingen i andelen af hele befolkningen, der af egen læge er blevet rådet til at tabe sig, fordelt efter vægtklasse.

Det fremgår, at der i perioden 2010 til 2017 er sket et markant fald i andelen af både moderat og svært overvægtige, der af egen læge er blevet rådet til at tabe sig.

## Sammenfatning

I perioden fra 2010 til 2017 er der sket en stigning i andelen, der er svært overvægtige, fra 14 % til 16 %, mens der er sket et fald i andelen, der er normalvægtige, fra 50 % til 47 %. Derudover er der sket en lille stigning i andelen af moderat overvægtige i perioden fra 2013 til 2017. Generelt set er der dermed en større andel overvægtige i Region Midtjylland end tidligere. Stigningen i forekomsten af svær overvægt ses både for mænd og kvinder og på tværs af uddannelsesniveau.

Der er ikke sket nogen generel ændring i andelen af moderat overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig, i perioden fra 2010 til 2017. Dog er andelen af moderat overvægtige kvinder, der i høj grad ønsker at tabe sig, faldet lidt. I forhold til svær overvægt er der sket et fald i andelen, der i høj grad ønsker at tabe sig, fra 58 % til 56 %.

I perioden fra 2010 til 2017 er der sket et lille fald i andelen, der i løbet af de seneste 12 måneder er blevet rådet til at tabe sig af egen læge. Dette afspejler et markant fald i andelen af moderat og svært overvægtige, der er blevet rådet til at tabe sig.

## Referencer

1. The GBD 2013 Obesity Collaboration. Global, regional and national prevalence of overweight and obesity in children and adults 1980-2013: A systematic analysis. *Lancet* 2014;384(9945):766-781.
2. Matthiessen J, Stockmarr A. Flere overvægtige danske kvinder. København: DTU Fødevareinstituttet. 2015;2:1-10.
3. Tremmel M, Gerdtham UG, Nilsson PM, Saha S. Economic Burden of Obesity: A Systematic Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2017;14(4):435.
4. Sundhedsstyrelsen. Definition af fedme og overvægt. 1999; Available at: <https://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ1999/fedme/Definition.htm>. Indhentet 11.14.2017.
5. Bogers RP, Bemelmans WJE, Hoogenveen RT, Boshuizen, H C, Woodward M, Knekt P, van Dam RM, et al. Association of overweight with increased risk of coronary heart disease partly independent of blood pressure and cholesterol levels. A meta-analysis of 21 cohort studies including more than 300,000 persons. *Arch Intern Med* 2007;167(26):1720-1728.
6. Garg SK, Maurer H, Reed K, Selagamsetty R. Diabetes and cancer: two diseases with obesity as a common risk factor. *Diabetes, Obesity & Metabolism* 2014;16(2):97-110.
7. Hruby A, Manson JE, Qi L, Malik VS, Rimm EB, Sun Q, et al. Determinants and Consequences of Obesity. *Am J Public Health* 2016 09/01; 2017/11;106(9):1656-1662.
8. Dansk Selskab for almen Medicin. Opsporing og behandling af overvægt hos voksne. København: Dansk Selskab for almen Medicin; 2009.
9. The Global BMI Mortality Collaboration. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *The Lancet* 2016 20-26 August 2016;388(10046):776-786.
10. Sørensen TI, Sandbæk A, Pedersen BK, Overvad K. Skal overvægtige tabe sig? København: Vidensråd for Forebyggelse; 2015.
11. Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Pennix B, et al. Overweight, obesity, and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry* 2010;67(3):220-229.
12. Avila C, Holloway AC, Hahn MK, Morrison KM, Restivo M, Anglin R, et al. An overview of links between obesity and mental health. *Current Obesity Reports* 2015;4(3):303-310.
13. González-Muniesa P, Martínez-González MA, Hu FB, Després JP, Matsuzawa Y, Loos RJ, et al. Obesity. *Nature Reviews Disease Primers* 2017;15(3):17034.





## 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.

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.

### Selvvurderet helbred

I første del af kapitlet beskrives udviklingen i, hvordan borgerne oplever deres eget helbred.

Selvvurderet helbred er en af de mest anvendte helbredsindikatorer inden for forskning i folkesundhed og anvendes ofte i store internationale og nationale befolkningsundersøgelser (3, 4).

Selvvurderet 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 (3, 5).

Undersøgelser har vist, at dårligt selvvurderet helbred er en yderst stærk prædikator for dødelighed (6, 7), ligesom dårligt selvvurderet helbred er forbundet med en øget risiko for forskellige former for kronisk sygdom (8-10). I forlængelse heraf har dårligt selvvurderet helbred betydning for prognose under alvorlig sygdom (11-13), og det ses, at personer med dårligt selvvurderet helbred har øget risiko for komplikationer i forbindelse med kirurgiske indgreb (14, 15) og øget dødelighed i forbindelse med kræftsygdom (16) og diabetes (11).

I kapitlet belyses udviklingen i befolkningens selvvurderede helbred, ligesom udviklingen beskrives i forhold til køn, alder, sociale forhold og geografi.

Selvvurderet 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*.

### SF-12

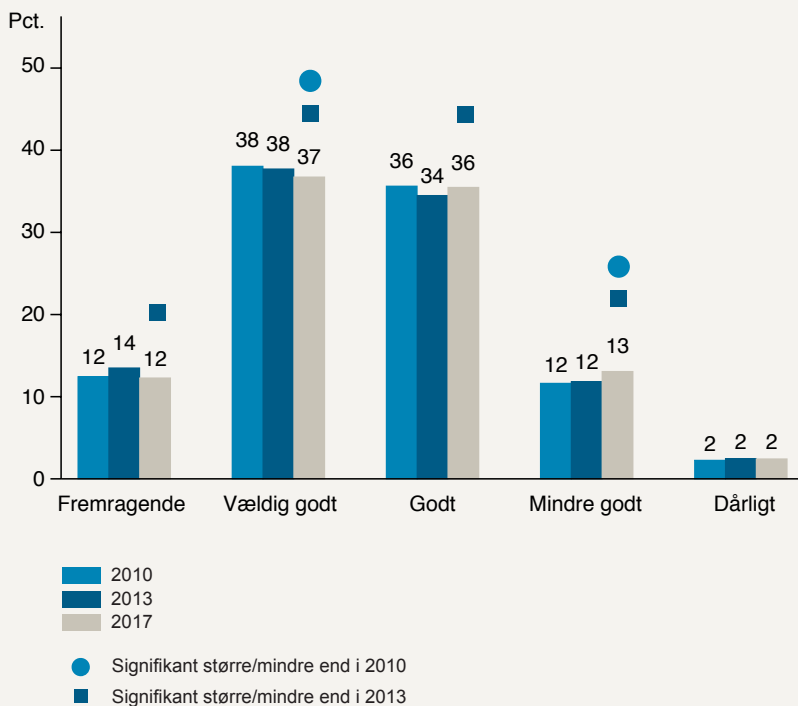
I anden del af kapitlet beskrives udviklingen i befolkningens helbredsrelaterede livskvalitet, belyst ved SF-12.

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, samværet med andre mennesker, den psykiske trivsel, eller er personen plaget af smerter? Det er ikke mindst relevant, når man gennem behandling, rehabilitering og sundhedsfremme søger at forbedre personers eller grupperes livskvalitet.

Til dette formål er der udviklet en række spørgsmålsbatterier, der beskriver helbredsrelateret livskvalitet.

**Figur 7.1.S**

Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt? Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



I *Hvordan har du det?* indgår målet *Short Form 12 Health Survey version 2 (SF-12) (17)*. 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 vedrører henholdsvis fysisk og mental livskvalitet. Tilsammen tegner de ti skalaer en helbredsprofil af en person eller en gruppe.

SF-12 kan bruges til flere forskellige formål, herunder monitorering, evaluering og effektmåling, ligesom SF-12 kan bruges som dialogredskab i mødet mellem patient og sundhedspersonale. SF-12 kan anvendes både på befolknings-, gruppe- og individniveau.

For en detaljeret beskrivelse af blandt andet anvendelse og tolkningen af SF-12 henvises til kapitel 7 i bind 1.

### Hvor mange har et dårligt selv vurderet helbred?

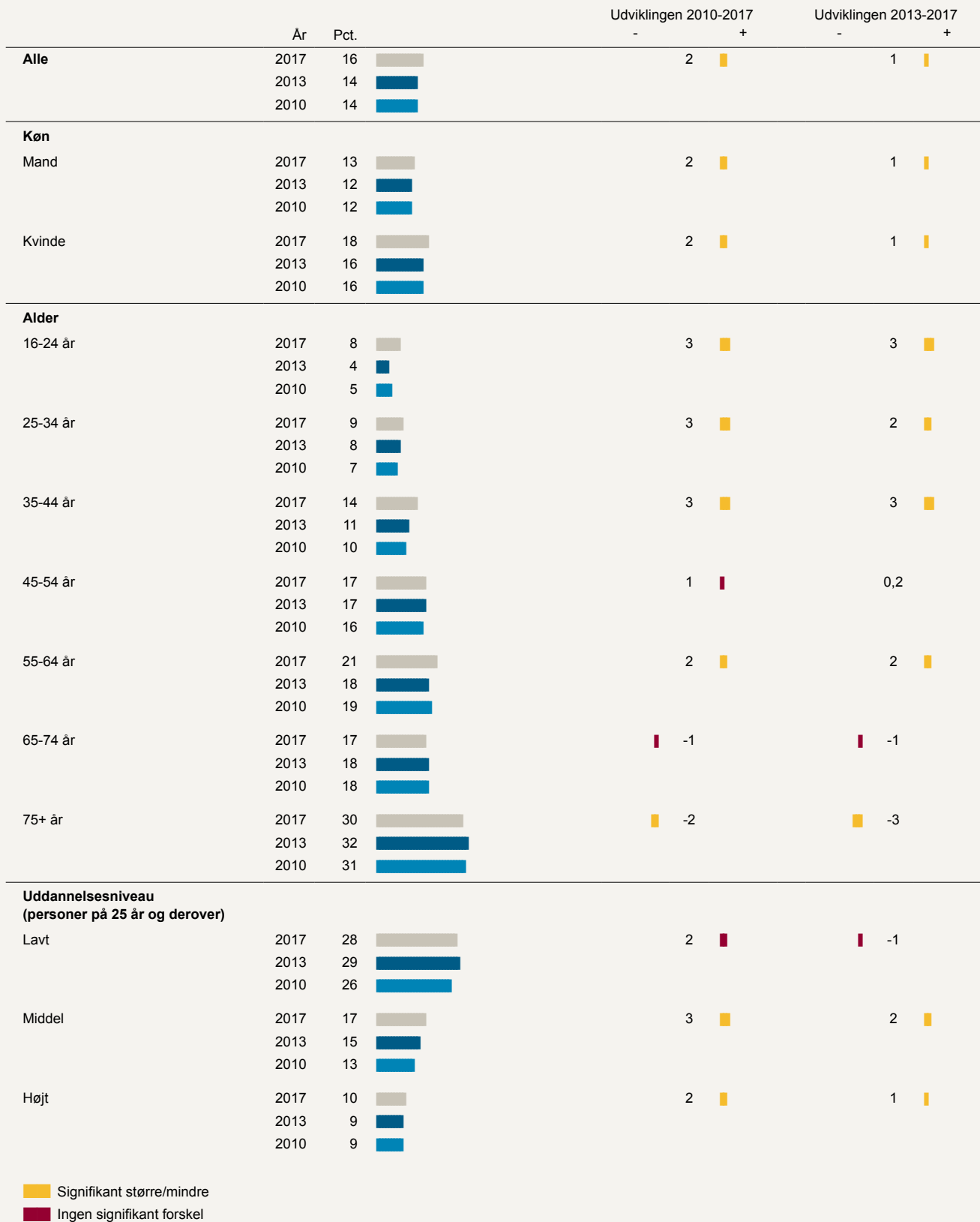
Figur 7.1.S viser udviklingen i selv vurderet helbred i perioden fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017.

Andelen, der angiver, at deres helbred er vældig godt, er faldet lidt i perioden fra 2010 til 2017 fra 38 % til 37 %. Tilsvarende er andelen, der angiver, at deres helbred er mindre godt, steget lidt fra 12 % til 13 %. Samlet set er andelen, der har et dårligt selv vurderet helbred, steget en smule.

I perioden fra 2013 til 2017 har der været et lille fald i andelen, der angiver, at deres helbred er fremragende, fra 14 % til 12 %, ligesom andelen, der angiver, at deres helbred er vældig godt, er faldet lidt. Modsat har der været en lille stigning i andelen, der angiver, at deres helbred er godt og mindre godt. Samlet set er andelen, der har et dårligt selv vurderet helbred, steget en smule.

**Figur 7.2.S**

Dårligt selv vurderet helbred – køn, alder og uddannelse. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



## Dårligt selv vurderet helbred – køn, alder og uddannelse

Figur 7.2.S viser, at der i perioden fra 2010 til 2017 har været en lille stigning i andelen med et dårligt selv vurderet helbred for både mænd og kvinder samt personer i alderen 16-44 år og personer i alderen 55-64 år. Dertil ses det, at der har været et fald i andelen med et dårligt selv vurderet helbred blandt personer på 75 år og derover. I perioden fra 2010 til 2017 ses også en stigning i andelen med et dårligt selv vurderet helbred blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau.

Fra 2013 til 2017 har der været en lille stigning i andelen med dårligt selv vurderet helbred for både mænd og kvinder og personer i alderen 16-44 år samt personer i alderen 55-64 år. Dertil ses det, at der har været et fald i andelen med et dårligt selv vurderet helbred blandt personer på 75 år og derover. I perioden fra 2013 til 2017 ses også en stigning i andelen med et dårligt selv vurderet helbred blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau.

**Figur 7.3.S**

Dårligt selvvalueret helbred – kommuner. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



## Dårligt selvvurderet helbred – kommuner

Figur 7.3.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 i andelen med dårligt selvvurderet helbred i kommunerne i Region Midtjylland.

I perioden fra 2010 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred i følgende kommuner:

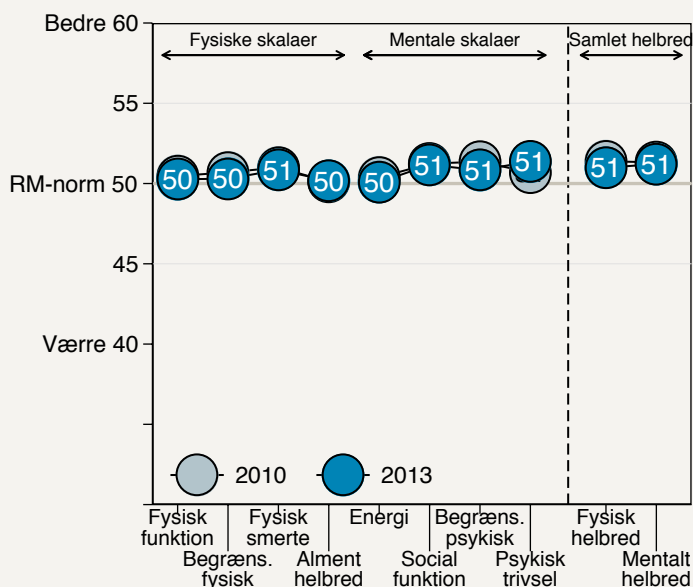
- Viborg
- Hedensted
- Ringkøbing-Skjern
- Skive
- Ikast-Brande

Stigningen varierer fra 3 procentpoint i Skive og Ikast-Brande til 5 procentpoint i Viborg.

I perioden fra 2013 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen med et dårligt selvvurderet helbred i Viborg fra 14 % til 17 %.

**Figur 7.4.S**

Helbredsrelateret livskvalitet. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



RM-norm 50: Gennemsnittet for Region Midtjyllands befolkning

## Helbredsrelateret livskvalitet

Figur 7.4.S viser udviklingen i helbredsrelateret livskvalitet i perioden fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017.

Opgjort som effektstørrelse er der reelt ingen forskel i befolkningens helbredsrelaterede livskvalitet i perioden fra 2010 til 2017 eller i perioden 2013 til 2017, idet alle effektstørrelser er mindre end to point.

Det ses, at gennemsnittet i befolkningen i Region Midtjylland i 2017 ligger ca. 1 point lavere end gennemsnittet i 2010 på *fysiske begrænsninger*, *fysisk smerte*, *social funktion*, *psykiske begrænsninger*, *psykisk trivsel* og på begge samlede skalaer. Samme tendens ses i forhold til befolkningsgennemsnittet i 2013, hvor gennemsnittet i Region Midtjylland i 2017 ligger ca. 1 point lavere på *fysisk smerte*, *social funktion*, *psykiske begrænsninger*, *psykisk trivsel* og på begge samlede skalaer. Tilsammen peger dette på, at der ikke har været nogen ændring i helbredsrelateret livskvalitet i perioden 2010 til 2017.

## Sammenfatning

Samlet set er andelen, der har et dårligt selv vurderet helbred i Region Midtjylland, steget en smule. Stigningen ses både blandt mænd og kvinder og på tværs af flere aldersgrupper, ligesom andelen af personer med dårligt selv vurderet helbred er steget blandt personer med højt og middelhøjt uddannelsesniveau. Der ses ingen ændring i helbredsrelateret livskvalitet i perioden fra 2010 til 2017.

## Referencer

1. Næss S, Moun T. Livskvalitet: forskning om det gode liv. Bergen: Fagbokforlaget; 2011.
2. Kajandi, M. Livskvalitet. Uppsala: Psykologiske enheten, Forskningskliniken, Ulleråkers sjukhus; 1985.
3. 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.
4. Bombak, E. 2013. Self-Rated Health and Public Health: A Critical Perspective. *Front Public Health*. 2013; 1(15).
5. Tissue, T. Another look at self-rated health among the elderly. *Journal of Gerontology*. 1972; 27:91-94.
6. Idler EL & Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty seven community studies. *J Health Soc Beh*. 1997; 38:21-37.
7. DeSalvo KB. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A metaanalysis. *J Gen Intern Med*. 2006; 21(3):267-75.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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).
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. Cserép Z, Losoncz 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.
16. 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.
17. 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.



## 8. MENTAL SUNDHED

Der er en stigende erkendelse af, at mental sundhed har stor betydning for blandt andet helbred, uddannelse og beskæftigelse (1). Formålet med dette kapitel er at give en beskrivelse af udviklingen i befolkningens mentale sundhed. Først introduceres centrale begreber samt viden om interventionsmuligheder. Dernæst præsenteres fire vinkler på udviklingen i den mentale sundhed: 1) trivsel og livskvalitet, 2) stress, 3) angst og anspændthed og 4) ensomhed.

### Hvad menes der med mental sundhed og mentalt helbred?

Det engelske begreb *mental health* kan på dansk oversættes til både *mental sundhed* og *mentalt helbred* (1). Dermed afspejler den danske oversættelse to væsentlige dimensioner af begrebet. *Mental sundhed* dækker over et spektrum fra trivsel/mentalt velbefindende til mistrivsel/mentale problemer, for eksempel i form af symptomer, som fra tid til anden kan ramme alle i befolkningen (1). Den mentale sundhed er i høj grad påvirket af den enkeltes mestring af belastninger, adgang til ressourcer og samspil med omgivelserne (2). *Mentalt helbred* dækker til gengæld over et sygdomsrelateret spektrum – fra at være rask til at lide af psykisk sygdom – og refererer dermed til diagnoser (2).

WHO har i en række rapporter søgt at nuancere begrebet *mental health* (3, 4). Det fremhæves her, at mental sundhed er mere end fravær af psykisk lidelse, og at den gensidige påvirkning mellem mental sundhed/mentale helbredsproblemer og fysisk helbred er både omfattende og kompleks. Heraf følger den erkendelse, at fremme af mental sundhed og afhjælpning af mentale helbredsproblemer kræver en folkesundhedstilgang, der både tilsigter at øge trivsel og at mindske de personlige og samfundsmæssige omkostninger ved egentlige psykiske lidelser (4). Samtidig fremhæver WHO, at den begrebslige og organisatoriske opdeling i mentalt helbred og fysisk helbred er en barriere for arbejdet med sundhed (5). Denne pointe bygger især på nyere forskning i neurovidenskab og adfærdsmedicin, som har vist 1) at psykiske sygdomme, ligesom mange somatiske sygdomme, er resultatet af komplekse samspil mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer, og 2) at mentalt helbred og fysisk helbred er tæt forbundet via fysiologiske systemer og sundhedsadfærd (5).

### Udviklingen i mental sundhed og mentale helbredsproblemer

Det er vanskeligt at danne et samlet billede af udviklingen i befolkningens mentale sundhed og mentale helbredsproblemer i Danmark, hvilket blandt andet skyldes, at de to begreber dækker over en række forskellige tilstande. Flere undersøgelser bidrager imidlertid med væsentlig information herom. Analyser baseret på *Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen* peger på, at forekomsten af dårligt mentalt helbred i den voksne danske befolkning faldt fra 1994 til 2005 (6). Dog sås en stigende forekomst af dårlig mental sundhed hos unge kvinder (16-24 år) fra 2000 til 2005. *Den nationale sundhedsprofil* fra 2013 peger på en lille stigning i andelen med dårligt mentalt helbred fra 2010 til 2013 (7). Andelen med højt stressniveau forblev i samme periode uændret på befolkningsniveau, om end der sås en stigning blandt yngre kvinder (16-34 år) og et fald blandt ældre (75+ år). Angående psykiske lidelser er det vanskeligt at finde sammenlignelige befolkningsundersøgelser (1, 8).

Rapporten *Børn og unges mentale helbred* fra 2014 har på baggrund af danske undersøgelser kortlagt de foregående 20 års udvikling i mentalt helbred hos børn og unge (10-24 år) (1). Kortlægningen dokumenterer, at der på tværs af en række indikatorer for mental sundhed (bl.a. nervøsitet og stress, søvnproblemer og medicin mod hovedpine) har været en negativ udvikling. Endvidere viser registeroplysninger en stigning i antallet af børn og unge, som diagnosticeres og modtager behandling for psykiske lidelser, hvilket tilskrives både en negativ udvikling og øget fokus/kapacitet på området (1, 8).

Sammenfattende tyder tilgængelige undersøgelser på, at der overordnet set er sket en forværring i børn og unges mentale sundhed og mentale helbred (især blandt unge kvinder), mens udviklingen i den voksne del af befolkningen er mere uklar.

### Indsatser for at fremme mental sundhed og et godt mentalt helbred

Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 2012 en forebyggelsespakke, der kan understøtte arbejdet med konkrete indsatser og inspirere til politiske målsætninger (9). Mange kommuner har blandt andet på den baggrund

udarbejdet en politik for mental sundhed og styrket deres indsats inden for forskellige fagområder (10). Der mangler dog fortsat især viden om, hvilke interventioner der effektivt fremmer positiv mental sundhed og forebygger dårlig mental sundhed på befolkningsniveau (4). Samtidig er det veldokumenteret, at mange mennesker med mentale helbredsproblemer ikke modtager den rette behandling (11, 12).

Der er særlig god grund til at lave indsatser i barn- og ungdomsårene, da de fleste mentale helbredsproblemer opstår i denne periode (13). Samtidig udgør mentale helbredsproblemer en stor del af sygdomsbyrden hos børn og unge (antal år, som går tabt pga. nedsat funktionsevne eller for tidlig død) (1). Endvidere tyder danske undersøgelser som nævnt på, at der inden for de seneste 20 år er sket en stigning i andelen af unge med dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer (1). Det er således nødvendigt at sikre en tidlig indsats i form af forebyggelse og behandling, hvis der skal ske en bedring i befolkningens mentale sundhed og helbred.

## Kapitlets opbygning

Formålet med dette kapitel er som nævnt at beskrive udviklingen i befolkningens mentale sundhed ud fra fire forskellige vinkler. I analysen beskrives først udviklingen i trivsel og livskvalitet i forhold til køn, alder, uddannelse og geografi. Dernæst beskrives udviklingen i stress, angst og anspændthed og ensomhed i forhold til køn, alder, uddannelse og geografi. En del af denne analyse har fokus på unges mentale sundhed.

Spørgsmål vedrørende depression, selvskadende adfærd og risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse, som danner baggrund for analyser i sundhedsprofilen i 2017, indgik ikke i *Hvordan har du det?*-undersøgelserne i 2010 og 2013. Det er således ikke muligt at belyse udviklingen på disse parametre.

## Trivsel og livskvalitet

Den samlede oplevelse af egen trivsel og livskvalitet udgør en bred parameter for mental sundhed og anvendes i analysen til at beskrive borgernes subjektive oplevelse af mental sundhed. Trivsel og livskvalitet er to nært beslægtede paraplybegreber (14): Trivsel dækker blandt andet over borgerens vurdering af eget liv, vilkår og begivenheder inden for forskellige domæner, mens livskvalitet refererer til, om man på et overordnet niveau finder sit liv tilfredsstillende, og livskvalitet påvirkes dermed af en række forhold (f.eks. helbred, boligforhold, arbejdsliv og økonomi, sociale relationer og selvfølelse) (15, 16). Selvvurderet trivsel og livskvalitet inkluderer således livsaspekter, som er centrale for mental sundhed.

Trivsel og livskvalitet er i undersøgelsen belyst med spørgsmålet "Hvordan synes du, din trivsel og livskvalitet er alt i alt?" med svarmulighederne: 1) Virkelig god, 2) God, 3) Nogenlunde, 4) Dårlig, 5) Meget dårlig.

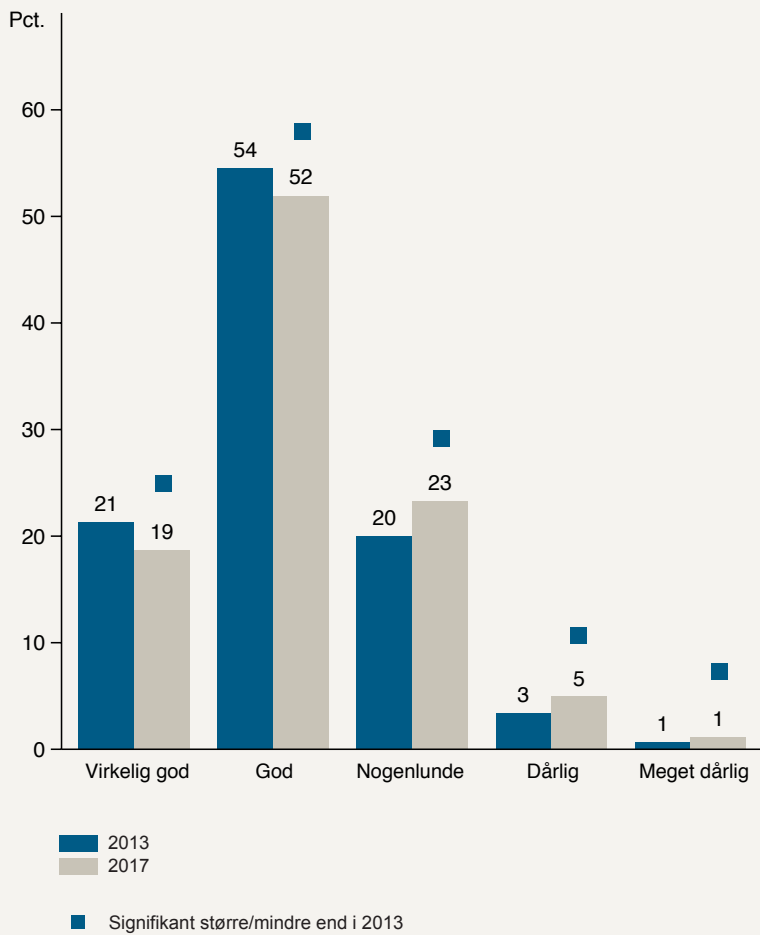
Figur 8.1.S viser udviklingen i trivsel og livskvalitet fra 2013 til 2017 i befolkningen som helhed. Spørgsmålet indgik ikke i *Hvordan har du det?*-undersøgelsen i 2010.

Fra 2013 til 2017 har der været signifikante ændringer i vurderingen af trivsel og livskvalitet ved alle fem svarmuligheder. Andelen, der angiver, at deres trivsel og livskvalitet er henholdsvis *virkelig god* og *god*, er faldet, mens der har været en stigning i andelen, der angiver, at deres trivsel og livskvalitet er *nogenlunde*, *dårlig* og *meget dårlig*.

De første to svarmuligheder betegnes i det følgende som *god trivsel og livskvalitet*.

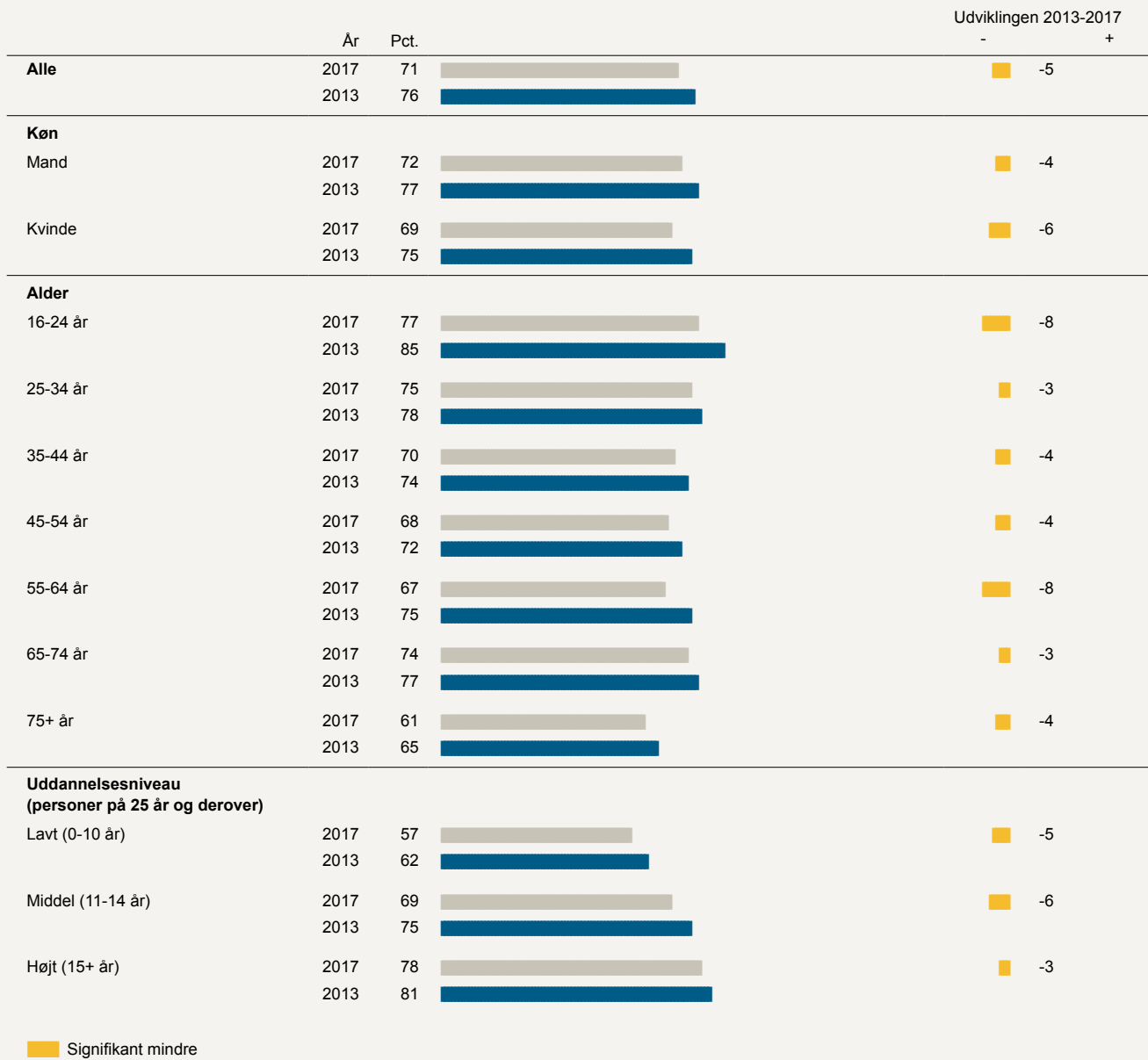
**Figur 8.1.S**

Trivsel og livskvalitet. Udviklingen 2013-2017



**Figur 8.2.S**

God trivsel og livskvalitet – køn, alder og uddannelse. Udviklingen 2013-2017



## God trivsel og livskvalitet – køn, alder og uddannelse

Figur 8.2.S viser udviklingen fra 2013 til 2017 i andelen af borgere med god trivsel og livskvalitet i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau.

I perioden fra 2013 til 2017 er der sket et fald fra 76 % til 71 % i andelen med god trivsel og livskvalitet. Faldet ses for både mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveau. De mest markante fald er blandt de 16-24-årige og 55-64-årige, hvor andelen af borgere med god trivsel og livskvalitet er faldet henholdsvis fra 85 % til 77 % og fra 75 % til 67 %. Endvidere har faldet været større blandt personer med lavt uddannelsesniveau end blandt personer med højt uddannelsesniveau, hvilket tyder på, at den sociale ulighed i trivsel og livskvalitet er øget.

**Figur 8.3.S**

God trivsel og livskvalitet – kommuner. Udviklingen 2013-2017



## God trivsel og livskvalitet – kommuner

Figur 8.3.S viser udviklingen fra 2013 til 2017 i andelen med god trivsel og livskvalitet i kommunerne i Region Midtjylland.

I perioden fra 2013 til 2017 har der været et signifikant fald i andelen med god trivsel og livskvalitet i alle kommuner, undtagen i Skive og på Samsø. Faldet varierer fra 3 procentpoint i Aarhus til 8 procentpoint i Viborg og Lemvig.



## Stress

Stress er et væsentligt sundhedsmæssigt problem med store personlige og samfundsmæssige omkostninger og er en vigtig årsag til sygefravær (17, 18). Stress kan beskrives som en tilstand af kropslig og psykisk ubalance. Jo højere stressniveau, jo dårligere trivsel.

Stress er ikke en sygdom, men stress øger risikoen for fysisk og psykisk sygdom og forringet livskvalitet, især hvis der er tale om en tilstand, der strækker sig over en længere periode. Det oplevede stressniveau er derfor en vigtig indikator for dårlig mental sundhed.

I *Hvordan har du det?* anvendes et standardiseret og anerkendt mål for *oplevet stress*: Perceived Stress Scale (PSS) (19, 20). PSS omfatter 10 spørgsmål, der belyser, i hvilket omfang svarpersonen føler sig stresset og nervøs, samt hvorvidt han eller hun oplever sit liv som uforudsigeligt, ukontrollabelt og belastende. Personer, der scorer højt på PSS, er blandt andet mere modtagelige for forkølelse, mere sårbare over for alvorlige livsbegivenheder, har sværere ved at holde op med at ryge og har sværere ved at kontrollere blodsukkeret, hvis de har diabetes (21).

Man kan score fra 0 til 40 point på PSS. Jo højere score, jo højere grad af oplevet stress. I 2010 og 2013 var det gennemsnitlige stressniveau 11,4 på PSS. Fra 2013 til 2017 er gennemsnittet steget til 12,2.

Der skal tages forbehold for, at der i 2013 blev foretaget sproglige præciseringer af nogle af spørgsmålene, som indgår i PSS, hvilket kan have påvirket svarfordelingen. PSS-scoren fra 2013 og 2017 er baseret på de samme spørgsmål.

Til belysning af udviklingen i stressniveau er der ud fra PSS-scoren foretaget en opdeling af befolkningen i fem tilnærmelsesvis lige store grupper (kvintiler). De fem intervaller er 0-5 point, 6-9 point, 10-13 point, 14-18 point og 19-40 point.

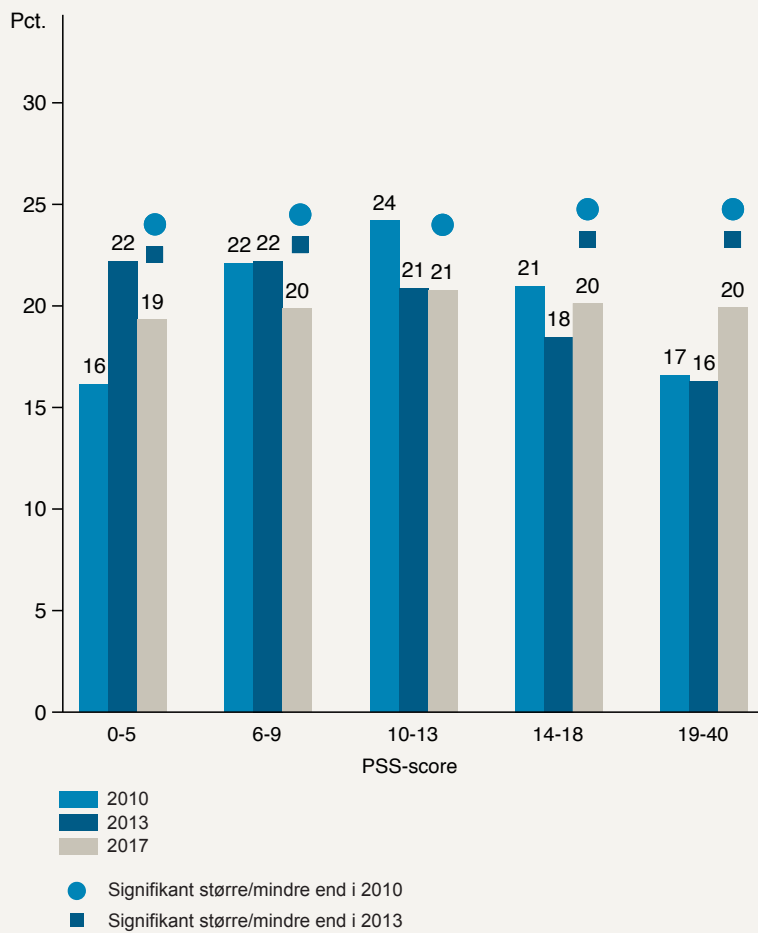
## Udviklingen i stressniveau

Figur 8.4.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 i befolkningens stressniveau fordelt på de fem kvintiler. Fra 2010 til 2017 er der sket signifikante ændringer i andelen inden for alle fem kvintiler. En større andel scorer 0-5 point på PSS i 2017 sammenlignet med 2010, mens færre scorer 6-9 point, 10-13 point og 14-18 point. Herudover har der været en markant stigning i andelen i den øverste kvartil (19-40 point). Der er således sket en forskydning imod yderkategorierne, hvorved andelen i det nederste og øverste interval er øget.

Fra 2013 til 2017 har der været et fald i andelen, der scorer 0-5 point og 6-9 point på PSS, mens andelen, der scorer 14-18 point og 19-40 point, er steget. Således placerer en mindre andel sig inden for de intervaller, som indikerer et lavere stressniveau, mens en større andel placerer sig inden for de øverste intervaller, som indikerer et højere stressniveau.

PSS har ikke en indbygget definition af, hvor mange point der skal til for at have et højt stressniveau. En undersøgelse af sammenhængen mellem stress og risikoen for langtidssygemelding viser, at den relative risiko stiger betydeligt ved en PSS-score på 16 point og opefter (22). Dette indikerer, at stress især udgør en helbredsmæssig risiko for den del af befolkningen, der har et stressniveau derover. I det følgende fokuseres der på denne brede befolkningsgruppe, dvs. personer med en score på PSS på 16-40 point.

**Figur 8.4.S**  
 Stressniveau. Udviklingen 2010-2013 og 2013-2017



**Figur 8.5.S**Højt stressniveau (PSS $\geq$ 16) – køn, alder og uddannelse. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

## Højt stressniveau – køn, alder og uddannelse

Figur 8.5.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 i andelen af borgere med et højt stressniveau i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau.

Af figur 8.5.S fremgår det, at der fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 er sket en signifikant stigning i andelen med et højt stressniveau. I 2010 var der 28 % med et højt stressniveau, i 2013 var andelen 27 %, mens andelen i 2017 er steget til 31 %.

Stigningerne ses for både mænd og kvinder, blandt personer i alderen 16-64 år og på tværs af uddannelsesniveau. Fra 2013 til 2017 har der især været en stor stigning i andelen med et højt stressniveau blandt de 16-24-årige, idet andelen i perioden er steget fra 30 % til 41 %. Denne stigning skal dog ses i lyset af, at der fra 2010 til 2013 skete et større fald i andelen med højt stressniveau i denne aldersgruppe. Fra 2010 til 2017 ses blot en stigning fra 37 % til 41 %.

Stigningen i andelen med højt stressniveau har været størst blandt personer med lavt uddannelsesniveau og mindst blandt personer med højt uddannelsesniveau, hvilket tyder på, at den sociale ulighed i andelen med højt stressniveau er øget.

**Figur 8.6.S**Højt stressniveau (PSS $\geq$ 16) – kommuner. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

## Højt stressniveau – kommuner

Figur 8.6.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 i andelen med et højt stressniveau i kommunerne i Region Midtjylland.

I perioden fra 2010 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen med et højt stressniveau i følgende kommuner:

- Viborg
- Hedensted
- Horsens
- Skanderborg
- Silkeborg
- Syddjurs
- Ikast-Brande
- Struer
- Norddjurs
- Herning
- Holstebro
- Skive

Stigningen varierer fra 4 procentpoint i Viborg, Silkeborg, Syddjurs, Ikast-Brande, Struer, Norddjurs og Skive til 6 procentpoint i Skanderborg, Herning og Holstebro.

I perioden fra 2013 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen med et højt stressniveau i alle kommuner, undtagen i Randers, Skive og på Samsø. Stigningen varierer fra 3 procentpoint i Favrskov til 7 procentpoint i Lemvig.

## Generet af angst og anspændthed

De fleste mennesker oplever indimellem helbreds-gener og symptomer, f.eks. symptomer på angst og anspændthed (23). Sådanne helbreds-gener og symp-tomer kan påvirke den enkeltes trivsel og være årsag til sygefravær (24, 25). Udviklingen i forekomsten af mentale helbreds-gener kan derfor bidrage til at belyse befolkningens mentale sundhed.

Angstlidelser dækker over en række nervøse og stressrelaterede tilstande. Forekomsten af angstlidelser inden for de foregående 12 måneder skønnes at være 6-18 % på befolkningsniveau med hyppigere forekomst hos kvinder end hos mænd (26). Såfremt lidelserne ikke behandles med psykoterapi og/eller medicin, er de forbundet med nedsat livskvalitet og kan blandt andet være hindrende for uddannelse, beskæftigelse og socialt samvær (26, 27). Ifølge rapporten *Sygdomsbyrden i Danmark* (28) er angsttilstande den betydeligste årsag til førtidspension, idet godt 1.900 tilkendelser om året tilskrives en angsttilstand, svarende til hver ottende nytilkendelse.

I *Hvordan har du det?* indgår et spørgsmål, der belyser, om deltagerne inden for de seneste 14 dage har været generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst. Svarmulighederne er: 1) Ja, meget generet, 2) Ja, lidt generet og 3) Nej.

Det skal understreges, at der ikke er tale om et spørgsmål, som bygger på diagnostiske kriterier for angsttilstande. Det enkeltstående spørgsmål anvendes alene til at belyse, om deltagerne selv oplever at være generet af de nævnte symptomer.

Figur 8.7.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 i andelen af befolkningen, der er generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst.

I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen, der svarer, at de er henholdsvis *meget* eller *lidt* generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst. Tilsvarende er der sket et fald i andelen, der svarer, at de ikke er generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst.

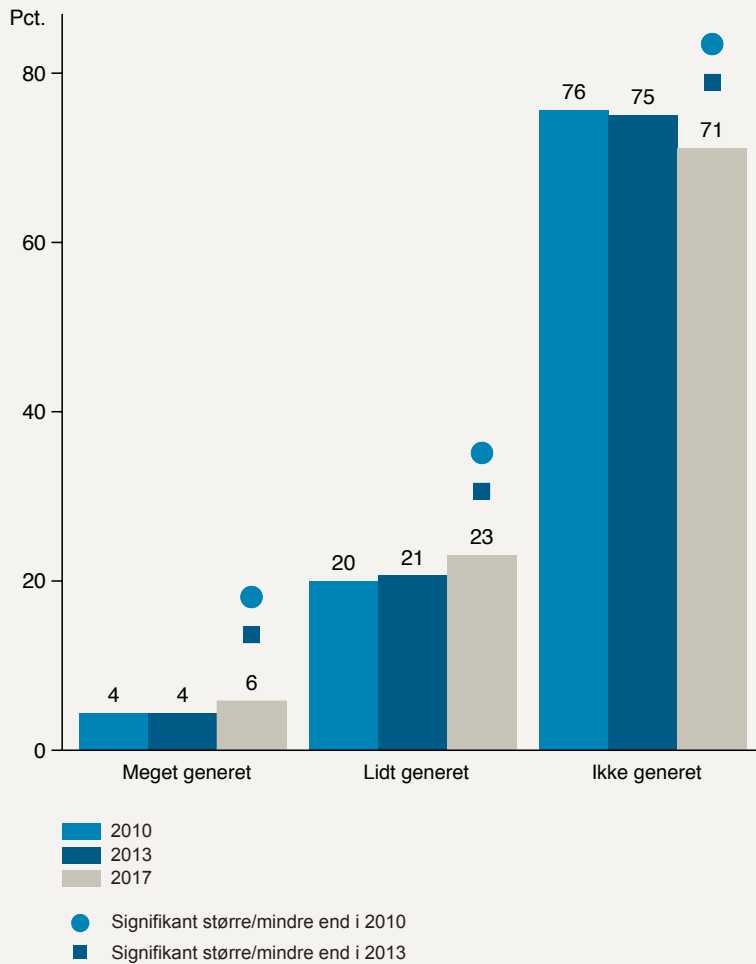
I perioden fra 2013 til 2017 har der ligeledes været en stigning i andelen, der svarer, at de er henholdsvis *meget* eller *lidt* generet af ængstelse, nervøsitet, uro

og angst. Tilsvarende er der også i denne periode sket et fald i andelen, der svarer, at de ikke er generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst.

I det følgende fokuseres der på den del af befolkningen, der har angivet, at de er *meget* generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst. Denne gruppe betegnes *generet af angst og anspændthed*.

**Figur 8.7.S**

Generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst inden for de seneste 14 dage.  
Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017





**Figur 8.8.S**

Generet af angst og anspændthed – køn, alder og uddannelse.  
Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

	År	Pct.	Udviklingen 2010-2017		Udviklingen 2013-2017	
			-	+	-	+
<b>Alle</b>	2017	6		1		1
	2013	4				
	2010	4				
<b>Køn</b>						
Mand	2017	4		0,7		1
	2013	3				
	2010	3				
Kvinde	2017	7		2		2
	2013	6				
	2010	5				
<b>Alder</b>						
16-24 år	2017	10		6		6
	2013	4				
	2010	4				
25-34 år	2017	6		2		1
	2013	5				
	2010	4				
35-44 år	2017	5		2		0,8
	2013	5				
	2010	4				
45-54 år	2017	6		0,0		0,6
	2013	5				
	2010	6				
55-64 år	2017	5		0,4		1
	2013	4				
	2010	5				
65-74 år	2017	3		0,3		0,1
	2013	3				
	2010	3				
75+ år	2017	4		-0,5		-0,3
	2013	5				
	2010	5				
<b>Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)</b>						
Lavt (0-10 år)	2017	8		1		0,4
	2013	8				
	2010	7				
Middel (11-14 år)	2017	5		0,8		0,8
	2013	4				
	2010	4				
Højt (15+ år)	2017	4		0,3		0,7
	2013	3				
	2010	3				

 Signifikant større  
 Ingen signifikant forskel

## Generet af angst og anspændthed – køn, alder og uddannelse

Af figur 8.8.S fremgår udviklingen fra 2010 til 2017 i andelen af borgere, der er generet af angst og anspændthed i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau.

I perioden fra 2010 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen, der er generet af angst og anspændthed. Stigningen ses for både mænd og kvinder, blandt personer i alderen 16-44 år og for personer med middelhøjt uddannelsesniveau. Den største stigning ses blandt de 16-24-årige.

I perioden fra 2013 til 2017 har der ligeledes været en signifikant stigning i andelen, der er generet af angst og anspændthed. Denne stigning ses for både mænd og kvinder, personer i alderen 16-34 år og 55-64 år og blandt personer med et middelhøjt uddannelsesniveau. Den mest markante stigning er hos de 16-24-årige, idet andelen, der er generet af angst og anspændthed, er steget fra 4 % til 10 %.

**Figur 8.9.S**

Genereret af angst og anspændthed – kommuner. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



## Generet af angst og anspændthed – kommuner

Figur 8.9.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 i andelen, der er generet af angst og anspændthed, i kommunerne i Region Midtjylland.

I perioden fra 2010 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen, der er generet af angst og anspændthed, i følgende kommuner:

- Hedensted
- Samsø
- Syddjurs
- Herning
- Odder
- Favrskov
- Skive
- Viborg
- Skanderborg
- Ikast-Brande
- Horsens

Stigningen varierer fra 1 procentpoint i Favrskov til 3 procentpoint i Hedensted, Samsø, Odder, Skive og Ikast-Brande.

I perioden fra 2013 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen, der er generet af angst og anspændthed, i følgende kommuner:

- Hedensted
- Samsø
- Ringkøbing-Skjern
- Syddjurs
- Herning
- Odder
- Favrskov
- Aarhus

Stigningen varierer fra 1 procentpoint i Aarhus til 3 procentpoint i Hedensted.

## Ensomhed

Ensomhed er et selvstændigt folkesundhedsproblem, som har negative konsekvenser for trivsel og helbred. Det er væsentligt at skelne mellem social isolation (at være alene), som er et objektivi forhold, der eventuelt kan være årsag til ensomhed, og følelsen af ensomhed, der både kan opstå, når man er alene, og når man er omgivet af andre mennesker (29, 30). Følelsen af ensomhed er primært forbundet med kvaliteten af den enkeltes relationer frem for antallet af relationer (31, 32).

I *Hvordan har du det?* anvendes et standardiseret mål for ensomhed: the Three-Item Loneliness Scale (T-ILS) (33). T-ILS omfatter 3 spørgsmål, der belyser, i hvilket omfang svarpersonen føler sig isoleret, savner nogen at være sammen med og føler sig udenfor. T-ILS er en forkortet version af UCLA Loneliness Scale (UCLA) (34), som er det mest anvendte og anerkendte instrument i forhold til måling af ensomhed. Skalaen foreligger på dansk i en valideret udgave (35). T-ILS er udviklet til brug i befolkningsundersøgelser (33), men har ikke en indbygget definition af, hvor mange point der skal til, for at en svarperson føler sig ensom. Man kan score fra 3 til 9 point på T-ILS. Jo højere score, jo højere grad af oplevet ensomhed. Der er valgt en konservativ tilgang til identifikation af personer, der føler sig ensomme. Det medfører, at en score på 7-9 klassificeres som svær ensomhed (36). Denne tilgang indebærer, at man for at blive klassificeret som svært ensom skal svare 'ofte' på et af de tre spørgsmål og 'engang imellem' til de andre spørgsmål eller 'ofte' på to af de tre spørgsmål og 'sjældent' på det tredje spørgsmål. T-ILS indgik ikke i *Hvordan har du det?* i 2010. Det er således kun muligt at belyse udviklingen i forekomsten af ensomhed fra 2013 til 2017.

### Udviklingen i ensomhed

Figur 8.10.S viser udviklingen i andelen af svært ensomme (T-ILS-score  $\geq 7$ ). Fra 2013 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen af svært ensomme fra 5 % til 8 %.

I 2013 lød et af de tre spørgsmål, som indgår i T-ILS: "Hvor ofte føler du dig holdt udenfor?" Dette spørgsmål er i 2017 ændret til: "Hvor ofte føler du dig udenfor?" Det nye spørgsmål vurderes at være mere

dækkende end det oprindelige i forhold til ensomhedsbegrebet (37, 38), som fremhæver den enkeltes subjektive oplevelse og ikke lægger vægt på andres sociale ageren (at *holde* nogen udenfor).

Det skønnes ud fra forskellige regnemetoder, at cirka halvdelen af stigningen fra 5 % til 8 % må tilskrives den ændrede spørgsmålsformulering. Beregningen bygger på den antagelse, at udviklingen fra 2013 til 2017 ville have været cirka den samme på det ændrede spørgsmål som på de to uændrede spørgsmål, såfremt der ikke var ændret på formuleringen af det. I det følgende belyses udviklingen fra 2013 til 2017 på baggrund af de tre selvstændige spørgsmål.

Af figur 8.11.S, 8.12.S og 8.13.S fremgår det, at der er sket en signifikant stigning fra 2013 til 2017 i andelen, der angiver, at de *ofte* føler sig isoleret, *ofte* savner nogen at være sammen med og *ofte* føler sig (holdt) udenfor.

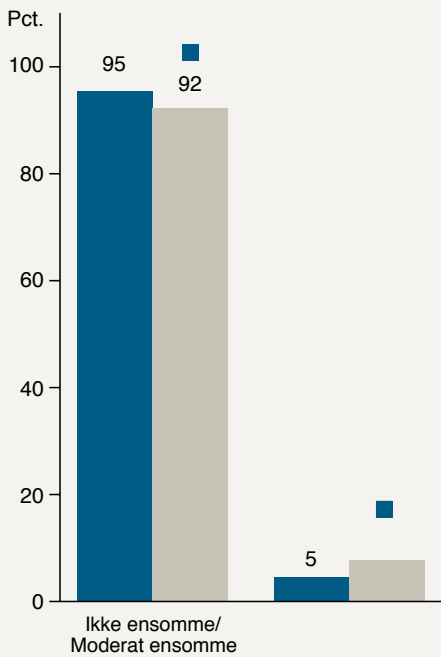
Tilsvarende fremgår det, at der også er sket en signifikant stigning i andelen, der angiver, at de *engang imellem* føler sig isoleret, *engang imellem* savner nogen at være sammen med og *engang imellem* føler sig (holdt) udenfor.

Der ses således samme tendens på tværs af alle tre spørgsmål. Dog er stigningen i andelen, der svarer *ofte* og *engang imellem*, størst på spørgsmålet "Føler du dig holdt udenfor?"/"Føler du dig udenfor?", hvor der fra 2013 til 2017 er foretaget en ændring i spørgsmålsformuleringen. Det tyder dermed på, at ændringen har haft betydning for deltagernes svar, og at andelen, der *føler sig udenfor*, er større end andelen, der *føler sig holdt udenfor*.

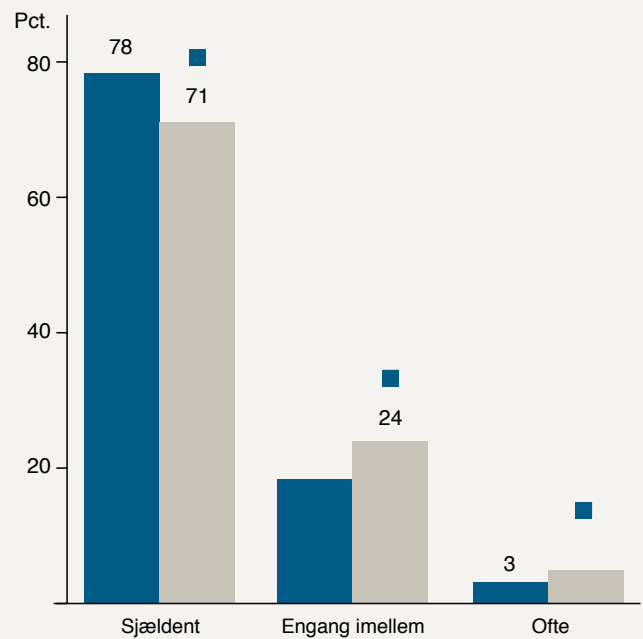
I det følgende sættes der fokus på udviklingen i andelen, der har svaret *ofte* på de to spørgsmål, som er uændrede fra 2013 til 2017, på tværs af køn, alder og uddannelse samt på kommuneniveau.

**Figur 8.10.S, 8.11.S, 8.12.S og 8.13.S**  
 Ensomhed. Udviklingen 2013-2017

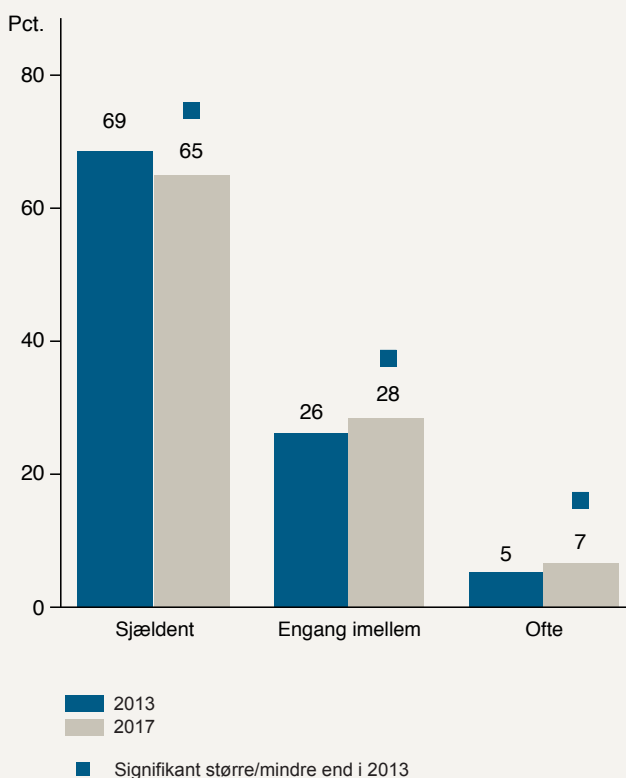
**Figur 8.10.S**  
 Ensomhed (T-ILS-score  $\geq 7$ ).  
 Udviklingen 2013-2017



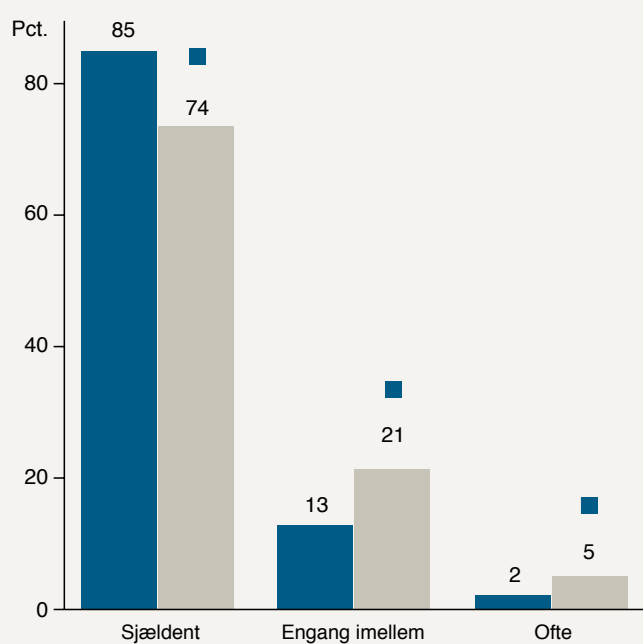
**Figur 8.11.S**  
 Hvor ofte føler du dig isoleret fra andre?  
 Udviklingen 2013-2017



**Figur 8.12.S**  
 Hvor ofte føler du, at du savner nogen at være sammen med?  
 Udviklingen 2013-2017



**Figur 8.13.S**  
 Hvor ofte føler du dig holdt udenfor?/Hvor ofte føler du dig udenfor?  
 Udviklingen 2013-2017



**Figur 8.14.S**

Ensomhed – køn, alder og uddannelse. Udviklingen 2013-2017

	Føler sig ofte isoleret		Udviklingen 2013-2017		Savner ofte nogen at være sammen med		Udviklingen 2013-2017	
	År	Pct.	-	+	År	Pct.	-	+
<b>Alle</b>	2017	5	2		2017	7	1	
	2013	3			2013	5		
<b>Køn</b>								
Mand	2017	5	2		2017	6	1	
	2013	3			2013	5		
Kvinde	2017	5	2		2017	7	1	
	2013	3			2013	6		
<b>Alder</b>								
16-24 år	2017	8	4		2017	11	3	
	2013	4			2013	8		
25-34 år	2017	6	2		2017	8	0,1	
	2013	4			2013	8		
35-44 år	2017	5	2		2017	6	2	
	2013	3			2013	4		
45-54 år	2017	5	2		2017	6	1	
	2013	3			2013	5		
55-64 år	2017	4	0,7		2017	6	1	
	2013	3			2013	4		
65-74 år	2017	2	0,6		2017	4	0,7	
	2013	2			2013	3		
75+ år	2017	3	0,0		2017	6	2	
	2013	3			2013	5		
<b>Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)</b>								
Lavt (0-10 år)	2017	7	2		2017	10	3	
	2013	5			2013	7		
Middel (11-14 år)	2017	4	1		2017	5	1	
	2013	3			2013	4		
Højt (15+ år)	2017	3	1		2017	4	0,2	
	2013	2			2013	4		

■ Signifikant større  
■ Ingen signifikant forskel

## Ensomhed – køn, alder og uddannelse

Figur 8.14.S viser udviklingen fra 2013 til 2017 i andelen, der ofte føler sig isoleret, i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau.

I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen, der ofte føler sig isoleret, fra 3 % til 5 %. Stigningen ses for både mænd og kvinder, for personer i alderen 16-54 år og på tværs af uddannelsesniveau. Den mest markante stigning ses hos de 16-24-årige, hvor andelen, der ofte føler sig isoleret, er fordoblet fra 4 % til 8 %. Der ses endvidere en stigning fra 5 % til 7 % i andelen, der ofte savner nogen at være sammen med, blandt personer med lavt uddannelsesniveau, mens andelen er steget fra 2 % til 3 % for personer med højt uddannelsesniveau.

Figur 8.14.S viser ligeledes udviklingen fra 2013 til 2017 i andelen, der ofte savner nogen at være sammen med, i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau.

I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen, der ofte savner nogen at være sammen med, fra 5 % til 7 %. Stigningen ses for både mænd og kvinder, for personer i alderen 16-24 år, 35-44 år, 55-64 år og 75 år og derover samt for personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau. Stigningen er markant blandt de 16-24-årige, hvor andelen, der ofte savner nogen at være sammen med, er steget fra 8 % til 11 %. Der ses endvidere en markant stigning fra 7 % til 10 % i andelen, der ofte savner nogen at være sammen med, blandt personer med lavt uddannelsesniveau, mens andelen ligger uændret på 4 % blandt personer med højt uddannelsesniveau. Det tyder derfor på, at udviklingen fra 2013 til 2017 har øget den sociale ulighed i ensomhed.



**Figur 8.15.S**  
Ensomhed – kommuner. Udviklingen 2013-2017

	Føler sig ofte isoleret		Udviklingen 2013-2017		Savner ofte nogen at være sammen med		Udviklingen 2013-2017	
	År	Pct.	-	+	År	Pct.	-	+
Silkeborg	2017	5		3	2017	7		3
	2013	2			2013	4		
Odder	2017	5		2	2017	7		3
	2013	3			2013	4		
Ringkøbing-Skjern	2017	5		2	2017	7		3
	2013	3			2013	4		
Samsø	2017	4		0,7	2017	7		3
	2013	4			2013	4		
Favrskov	2017	4		2	2017	5		3
	2013	2			2013	3		
Norrdjurs	2017	5		1	2017	8		2
	2013	3			2013	5		
Hedensted	2017	6		3	2017	7		2
	2013	3			2013	5		
Syddjurs	2017	5		2	2017	6		2
	2013	3			2013	4		
Ikast-Brande	2017	4		1	2017	6		2
	2013	3			2013	5		
Herning	2017	5		2	2017	7		2
	2013	3			2013	5		
Lemvig	2017	4		1	2017	5		1
	2013	3			2013	4		
Skive	2017	5		2	2017	7		1
	2013	3			2013	5		
Aarhus	2017	6		2	2017	7		0,9
	2013	4			2013	6		
Viborg	2017	5		1	2017	6		0,6
	2013	3			2013	6		
Holstebro	2017	3		0,3	2017	6		0,6
	2013	3			2013	5		
Horsens	2017	6		3	2017	7		0,6
	2013	3			2013	6		
Randers	2017	4		0,1	2017	7		0,4
	2013	4			2013	7		
Skanderborg	2017	5		2	2017	6		0,3
	2013	3			2013	5		
Struer	2017	5		3	2017	6		-0,4
	2013	3			2013	6		
Region Midtjylland	2017	5		2	2017	7		1
	2013	3			2013	5		

■ Signifikant større  
■ Ingen signifikant forskel

## Ensomhed – kommuner

Figur 8.15.S viser udviklingen fra 2013 til 2017 i andelen, der ofte føler sig isoleret, og som ofte savner nogen at være sammen med, i kommunerne i Region Midtjylland.

I perioden fra 2013 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen, der ofte føler sig isoleret, i følgende kommuner:

- Silkeborg
- Odder
- Ringkøbing-Skjern
- Favrskov
- Hedensted
- Syddjurs
- Herning
- Aarhus
- Horsens
- Skanderborg
- Struer

Stigningen varierer fra 2 procentpoint i Odder, Ringkøbing-Skjern, Favrskov, Syddjurs, Herning, Aarhus og Skanderborg til 3 procentpoint i Silkeborg, Hedensted, Horsens og Struer.

I perioden fra 2013 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen, der ofte savner nogen at være sammen med, i følgende kommuner:

- Silkeborg
- Odder
- Ringkøbing-Skjern
- Samsø
- Favrskov
- Norddjurs
- Hedensted
- Syddjurs

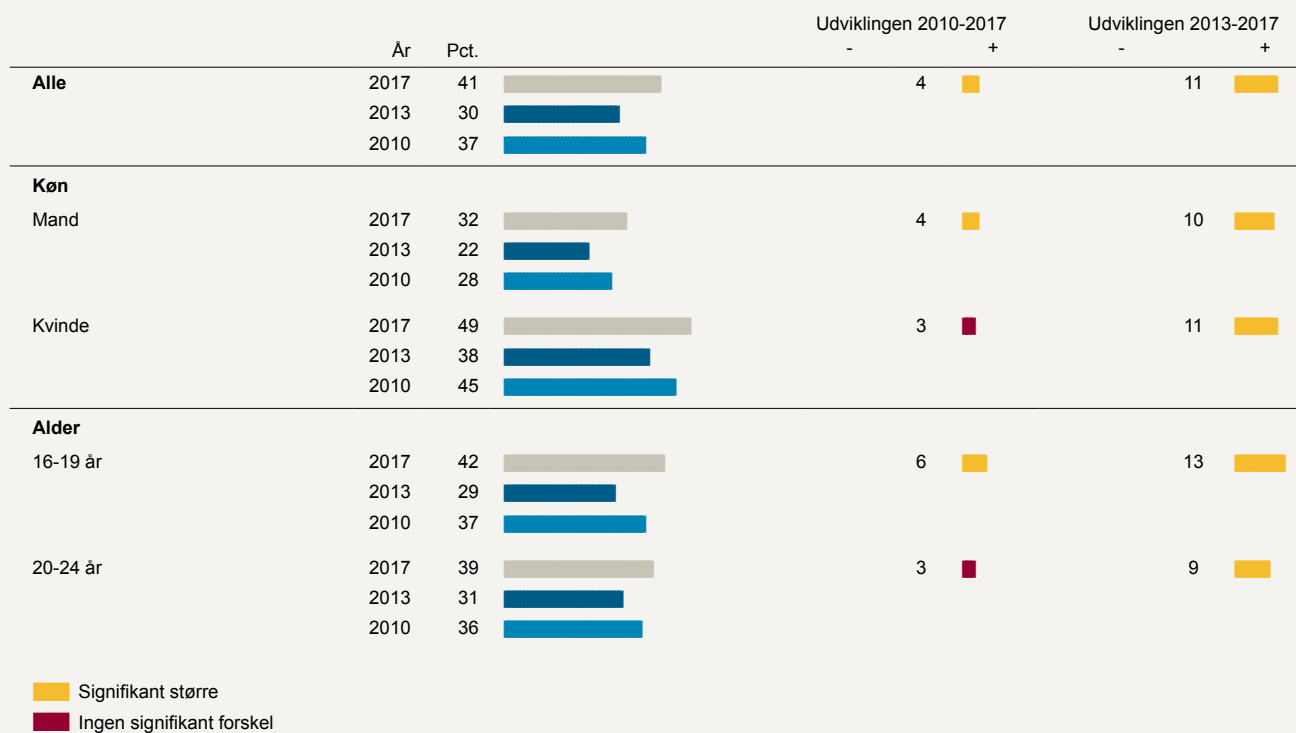
Stigningen varierer fra 2 procentpoint i Norddjurs, Hedensted og Syddjurs til 3 procentpoint i Silkeborg, Odder, Ringkøbing-Skjern, Samsø og Favrskov.

## Udviklingen i unges mentale sundhed

Som nævnt i indledningen til dette kapitel er der god grund til at lave indsats i ungdomsårene, da mange mentale helbredsproblemer opstår i denne livsfase (13). Samtidig udgør mentale helbredsproblemer en stor del af sygdomsbyrden hos unge (antal år, som går tabt pga. nedsat funktionsevne eller for tidlig død) (1).

Danske undersøgelser tyder på, at der inden for de seneste 20 år er sket en stigning i andelen af unge med dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer (1). I tråd hermed viser analyserne i dette kapitel, at der er sket en markant stigning i forekomsten af højt stressniveau, andelen, der er generet af angst og anspændthed, og forekomsten af svær ensomhed blandt de unge på 16-24 år. Derfor sættes der i det følgende fokus på udviklingen i unges mentale sundhed i forhold til køn og alder.

Spørgsmål vedrørende depression, selvskadende adfærd og risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse blandt unge indgik ikke i *Hvordan har du det?* i 2010 og 2013. Det er således ikke muligt at belyse udviklingen på disse sundhedsmål.

**Figur 8.16.S**Højt stressniveau (PSS $\geq$ 16) blandt unge – køn og alder. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

## Højt stressniveau blandt unge – køn og alder

Figur 8.16.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 i andelen med højt stressniveau blandt unge i forhold til køn og alder.

I perioden fra 2010 til 2017 er der sket en stigning i andelen med et højt stressniveau blandt mænd og 16-19 årige.

I perioden fra 2013 til 2017 er der sket en kraftig stigning i andelen med højt stressniveau blandt unge på tværs af køn og begge aldersgrupper. Blandt de 16-19-årige er andelen med højt stressniveau steget fra 29 % til 42 %.

**Figur 8.17.S**

Genereret af angst og anspændthed blandt unge – køn og alder. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

	År	Pct.	Udviklingen 2010-2017		Udviklingen 2013-2017	
			-	+	-	+
<b>Alle</b>	2017	10				
	2013	4				
	2010	4				
<b>Køn</b>						
Mand	2017	6				
	2013	2				
	2010	3				
Kvinde	2017	14				
	2013	5				
	2010	5				
<b>Alder</b>						
16-19 år	2017	11				
	2013	4				
	2010	3				
20-24 år	2017	9				
	2013	3				
	2010	4				

■ Signifikant større

**Genereret af angst og anspændthed blandt unge – køn og alder**

Figur 8.17.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 i andelen af unge, der er generet af angst og anspændthed, i forhold til køn og alder.

Af figur 8.17.S fremgår det, at der fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 er sket en signifikant stigning i andelen, der er generet af angst og anspændthed, for både unge mænd og kvinder og på tværs af de to aldersgrupper.

Det skal fremhæves at andelen af unge, der er generet af angst og anspændthed, var stort set uændret fra 2010 til 2013. Fra 2013 til 2017 er der tilgængæld

sket en markant stigning i andelen af unge, der er generet af angst og anspændthed, på tværs af køn og alder. Især er der sket en stor stigning i andelen af unge kvinder, der er generet af angst og anspændthed, hvor andelen er øget fra 5 % til 14 %.

**Figur 8.18.S**

Ensomhed blandt unge – køn og alder. Udviklingen 2013-2017

	Føler sig ofte isoleret		Udviklingen 2013-2017		Savner ofte nogen at være sammen med		Udviklingen 2013-2017	
	År	Pct.	-	+	År	Pct.	-	+
<b>Alle</b>	2017	8		4	2017	11		3
	2013	4			2013	8		
<b>Køn</b>								
Mand	2017	8		4	2017	10		4
	2013	4			2013	6		
Kvinde	2017	9		3	2017	12		3
	2013	5			2013	9		
<b>Alder</b>								
16-19 år	2017	7		3	2017	12		3
	2013	4			2013	8		
20-24 år	2017	9		4	2017	11		4
	2013	5			2013	7		

 Signifikant større

## Ensomhed blandt unge – køn og alder

Figur 8.18.S viser udviklingen fra 2013 til 2017 i andelen af unge, der ofte føler sig isoleret og ofte savner nogen at være sammen med, i forhold til køn og alder.

Det fremgår, at der i perioden fra 2013 til 2017 er sket markante stigninger i andelen af unge, der ofte føler sig isoleret og ofte savner nogen at være sammen med, for både unge mænd og kvinder og på tværs af de to aldersgrupper. Der ses ikke nogen væsentlig variation i stigningerne på tværs af køn og aldersgrupper.

## Sammenfatning

I perioden fra 2013 til 2017 er der sket et fald i andelen af befolkningen, der har en god trivsel og livskvalitet. I 2013 var der 76 %, der angav, at de havde en god trivsel og livskvalitet, mens andelen i 2017 er faldet til 71 %. Faldet er særligt stort for personer i alderen 16-24 år og 55-64 år. Endvidere ses et større fald i andelen med god trivsel og livskvalitet blandt lavtuddannede, end højtuddannede. Faldet i andelen, der har en god trivsel og livskvalitet, er sket i alle kommuner, undtagen i Skive og på Samsø.

Der har været en stigning i andelen af personer med et højt stressniveau i perioden fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017. I 2010 var der 28 % med et højt stressniveau. I 2013 var andelen 27 %, og i 2017 er andelen steget til 31 %. Stigningen fra 2010 til 2017 ses på tværs af køn, blandt personer i alderen 16-64 år og på tværs af uddannelsesniveau og er størst blandt de unge på 16-24 år. Stigningen i andelen med et højt stressniveau er fra 2013 til 2017 sket i alle kommuner, undtagen i Randers, Skive og på Samsø.

I perioden fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 har der ligeledes været en signifikant stigning i andelen, der er generet af angst og anspændthed. Denne stigning ses fra 2013 til 2017 hos begge køn, personer i alderen 16-34 år og 55-64 år og personer med et middelhøjt uddannelsesniveau. Den mest markante stigning er sket hos de 16-24-årige unge, idet andelen, der er generet af angst og anspændthed, er steget fra 4 % til 10 %. Blandt de unge kvinder er andelen endda steget fra 5 % til 14 %.

I perioden fra 2013 til 2017 er der sket en stigning i andelen af befolkningen, der er svært ensom. Stigningen er størst blandt de unge, hvor andelen, der angiver, at de ofte føler sig isoleret, er steget fra 4 % til 8 %, og andelen, der angiver, at de ofte savner nogen at være sammen med, er steget fra 8 % til 11 %. Endvidere ses en større stigning i andelen, der ofte føler sig isoleret og ofte savner nogen at være sammen med, blandt personer med lavt uddannelsesniveau end blandt personer med højt uddannelsesniveau.

Sammenfattende er der fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 sket en negativ udvikling i den mentale sundhed i Region Midtjylland, og forværringen er mest udtalt blandt de unge. Endvidere tyder det på, at den sociale ulighed i mental sundhed, opgjort ud fra uddannelsesniveau, er blevet større.

## Referencer

1. Due P, Diderichsen F, Meilstrup C, Nordentoft M, Obel C, Sandbæk A. Børn og unges mentale helbred. København: Vidensråd for forebyggelse; 2014.
2. Stefansson C. Major public health problems – mental ill-health. *Scand J Public Health*. 2006;34(67):87-103.
3. World Health Organization. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Summary report. A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. Genève: WHO; 2004.
4. World Health Organization. Promoting mental health. Summary report. A Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Genève: WHO; 2004.
5. World Health Organization. The world health report 2001 – mental health: new understanding, new hope. Switzerland: WHO; 2001.
6. Christensen AI, Davidsen M, Kjølner M, Juel K. Mental sundhed blandt voksne danskere. København: Sundhedsstyrelsen; 2010.
7. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes sundhed – den nationale sundhedsprofil 2014. København: Sundhedsstyrelsen; 2014.
8. Regeringens udvalg om psykiatri. Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udviklingen i diagnoser og behandling. Bilagsrapport 2. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2013.
9. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke om mental sundhed. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
10. Christiansen NS, Holmberg T, Hærvig KK, Christensen AI, Rod MH. Kortlægning: Kommunernes arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker 2015. Udvikling i arbejdet fra 2013-2015. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2015.
11. Health and Social Care Information Centre. Fundamental fact about mental health 2015. London: Mental Health Foundation; 2015.
12. Ormel J, Petukhova M, Chatterji S, et al. Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *Br J Psychiatry* 2008; 192: 368-375.
13. Elliot I. Poverty and Mental Health: A review to inform the Joseph Rowntree Foundation's Anti-Poverty Strategy. London: Mental Health Foundation; 2016.
14. Camfield L, Skevington S. On subjective well-being and quality of life. *J Health Psychol*. 2008;13(6):764-775.
15. Næss S, Moun T. Livskvalitet: forskning om det gode liv. Bergen: Fagbokforlaget; 2011.
16. Kajandi M. Livskvalitet. Uppsala: Psykologiske enheten, Forskningsklinikken, Ulleråkers sjukhus; 1985.
17. Pallesen E, Dahl T, Jensen OK, Christiansen D, Knudsen B, Ruby K. Hospitalsbaseret rehabilitering af sygemeldte – beskrivelse af den tværfaglige og tværsektorielle indsats. Århus: Center for Folkesundhed; 2008.
18. Holmgren K, et al. The prevalence of work-related stress, and its association with self-perceived health and sick-leave, in a population of employed Swedish women. *BMC Public Health*. 2009;9(73):73-82.
19. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983;24(4):385-396.
20. Cohen S, Williamson G. Perceived stress in a probability sample of the United States. I: Spacapan S, Oskamp S, red. *The social psychology of health*. Newbury Park, CA: Sage; 1988.
21. Cohen S, Tyrrell DAJ, Smith AP. Negative life events, perceived stress, negative affect, and susceptibility to the common cold. *J Pers Soc Psychol*. 1993;64(1):131-140.
22. Kellenberger S, Larsen FB. Stress øger risikoen for sygefravær hos raske erhvervsaktive. Hvordan har du det? Online. 2008;5:1-4.



23. Larsen FB. Selvvurderet helbred og ulighed i sundhed. Hvordan har du det? Aarhus: DEFACTUM; 2009.
24. Ihlebaek C, Brage S, Eriksen HR. Health complaints and sickness absence in Norway, 1996-2003. *Occup Med.* 2007;57(1):43-49.
25. Roelen CA, Koopmans PC, Groothoff JW. Subjective health complaints in relation to sickness absence. *Work.* 2010;37(1):15-21.
26. Sundhedsstyrelsen. Referenceprogram for angstlidelser hos voksne. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
27. Craske MG, Stein MB, Eley TC, Milad MR, Holmes A, Ronald MR, Wittchen HU. Anxiety disorders. *Nat Rev Dis Primers.* 2017;4(3).
28. 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.
29. Madsen KR, Lasgaard M. Ensomhed, men ikke alene. Viden om et ungdomsproblem. I: Pedersen K, red. Ensomhed, men ikke alene: En antologi om unge og ensomhed. København: Ventilen; 2014.
30. Swane CE. Gamle menneskers hverdagsliv. I: Swane CE, Blaakilde AL, Amstrup K, red. Gerontologi – livet som gammel. København: Munksgaard; 2007.
31. Jones WH. Loneliness and social contact. *J Soc Psychol.* 1981;113(2):295-296.
32. Williams JG, Solano CH. The social reality of feeling lonely: Friendship and reciprocation. *Pers Soc Psychol Bull.* 1983;9(2):237-242.
33. Hughes ME, Waite LJ, Hawkey LC, Cacioppo JT. A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Res Aging.* 2004;26(6):655-672.
34. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (version 3): Reliability, validity and factor structure. *J Pers Assess.* 1996;66(1):20-40.
35. Lasgaard M. Reliability and validity of the Danish version of the UCLA Loneliness Scale. *Pers Individ Dif.* 2007;42(7):1359-1366.
36. Lasgaard M, Friis K, Shevlin M. Where are all the lonely people? A population based study of high-risk groups across the life span. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2016;51(10):1373-1384.
37. Peplau LA, Perlman D. Perspectives on loneliness. I: Peplau L, D Perlman, red. Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. USA: John Wiley; 1982.
38. Rotenberg, K. Childhood and adolescent loneliness: An introduction. I: Rotenberg K, Hymel S, red. Loneliness in childhood and adolescence. England: Cambridge University Press; 1999.



## 9. KRONISK SYGDOM OG MULTISYGDOM

Ændringer i sygdomsmønstret har betydning for den enkelte borger, der lever med sygdom, for sundhedsvæsenet og det øvrige samfund. Det er vigtigt at være opmærksom på udviklingstendenser i sygdomsmønstret, da det blandt andet kan have betydning for prioritering og tilrettelæggelse af indsatser for personer med kronisk sygdom og multisygdom. Det gælder både i det regionale sundhedsvæsen, praksissektoren og i kommunerne.

I dette kapitel beskrives udviklingen i forekomsten af en række almindelige kroniske sygdomme samt forekomsten af multisygdom i befolkningen fra 2010 til 2017 og 2013 til 2017.

Multisygdom defineres som det, at en person har to eller flere samtidige kroniske sygdomme (1). Mange mennesker med kronisk sygdom er multisyge. Antallet af personer, der lever med flere samtidige sygdomme, har i en årrække været stigende, og antallet forventes fortsat at stige (2). Det skyldes forhold som bedre levevilkår og medicinsk og teknologisk fremskridt i sundhedsvæsenet, der muliggør tidligere opsporing af sygdom og bedre behandlingsmuligheder. Disse forhold betyder, at levealderen øges, og at mennesker i højere grad lever med sygdomme, som man tidligere døde af, samt lever i længere tid med sygdom.

I kapitlet beskrives først udviklingen i sygdomsforekomst i befolkningen fra 2010 til 2017 og 2013 til 2017 for hver enkelt af de kroniske sygdomme, der indgår i *Hvordan har du det?*. Herefter beskrives udviklingen i hver enkelt kommunes sygdomsprofil i forhold til de enkelte kroniske sygdomme.

Efterfølgende belyses udviklingen i multisygdom i regionen som helhed. Udviklingen i multisygdom opgøres også i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau og for de enkelte kommuner.

Kapitlets sidste afsnit viser udviklingen i sundhedsvaner blandt personer med de enkelte kroniske sygdomme og i forhold til multisygdom.

### Kroniske sygdomme i *Hvordan har du det?*

*Hvordan har du det?* indeholder oplysninger om forekomsten af 17 kroniske sygdomme, der hver især

antages at bidrage væsentligt til sygdomsbyrden i befolkningen, enten fordi de forårsager mange dødsfald, eller fordi de fører til nedsat livskvalitet og funktionssevne hos mange borgere (3-4).

De inkluderede sygdomme kan inddeles i syv potentielt livstruende kroniske sygdomme og ti ikke-livstruende kroniske sygdomme.

De syv potentielt livstruende kroniske sygdomme er:

- Forhøjet blodtryk
- Hjertekrampe
- Blodprop i hjertet
- Hjerneblødning, blodprop i hjernen
- Diabetes
- Kræft
- Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (herefter benævnt KOL)

De ti ikke-livstruende kroniske sygdomme er:

- Astma
- Allergi
- Slidgigt
- Leddegigt
- Knogleskørhed
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme
- Psykiske lidelser
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Tinnitus
- Grå stær

Opdelingen i potentielt livstruende og ikke-livstruende kroniske sygdomme er grov, men den er ikke desto mindre relevant, når man skal prioritere indsatsen i forhold til kronisk sygdom. Både potentielt livstruende og ikke-livstruende sygdomme bidrager væsentligt til den samlede sygdomsbyrde i den danske befolkning (5). Et centralt spørgsmål er derfor, hvordan man skal vægte indsatsen i forhold til sygdomme, der er skyld i mange dødsfald, og i forhold til ikke-dødelige sygdomme, der belaster mange mennesker.

Rapporteringen af de kroniske sygdomme bygger på svarpersonernes egne oplysninger. Besvarelserne afspejler derfor deltagernes egen sygdomsopfattelse. Denne er ikke nødvendigvis sammenfaldende med en lægelig vurdering eller registerbaserede opgørelser.

I *Hvordan har du det?* er der ved hver sygdom spurgt, om man har sygdommen nu, eller om man har haft den tidligere. Hvis man har haft den tidligere, er der spurgt til, om man fortsat har eftervirkninger af sygdommen.

I det følgende er aktuel sygdom og eftervirkninger slået sammen. Der skelnes således mellem personer, der ikke har sygdommen eller ikke har eftervirkninger af den, og personer, der aktuelt har sygdommen eller har eftervirkninger af den.

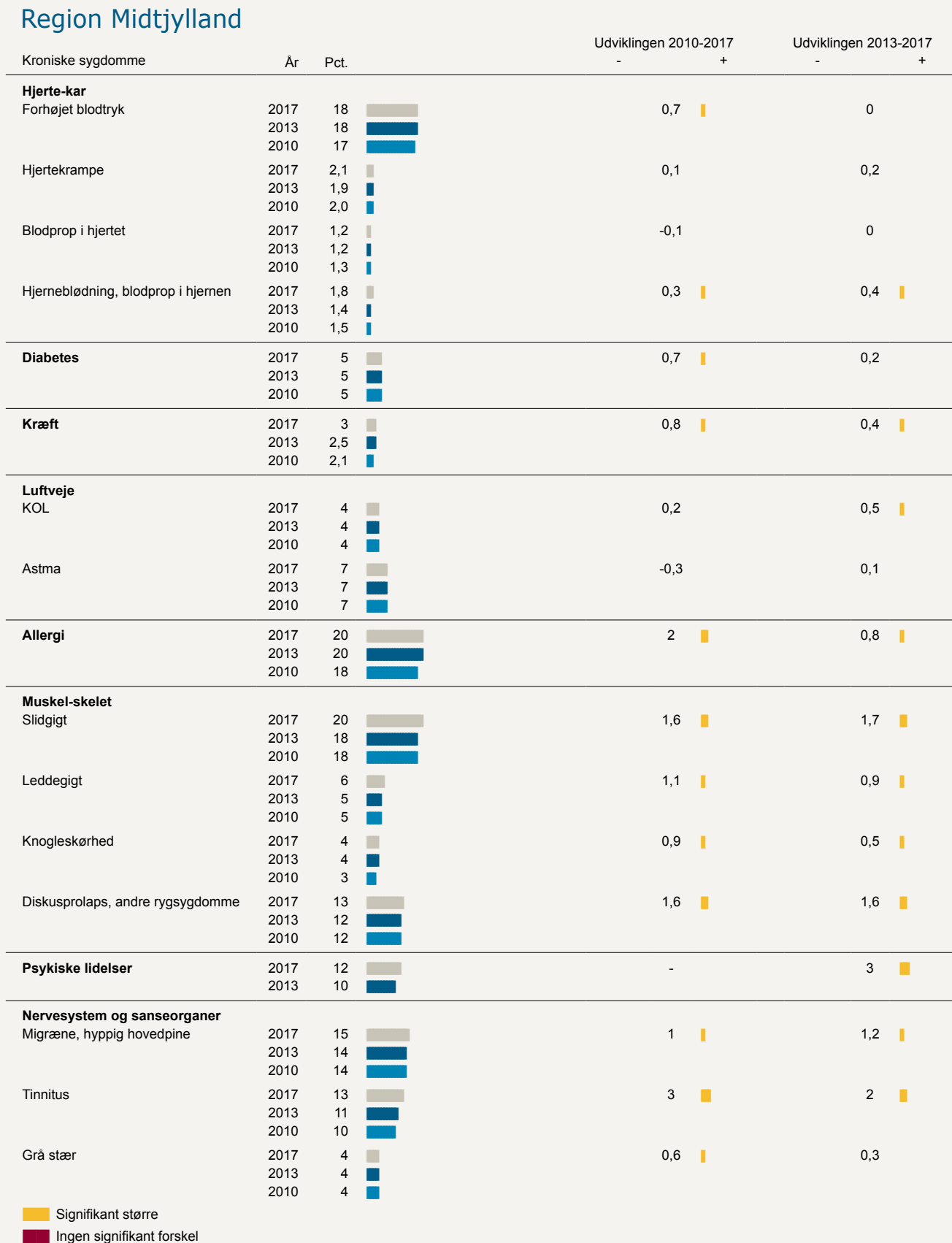
Der er ikke fuldt sammenlignelige oplysninger om alle sygdomme i *Hvordan har du det?* 2010, 2013 og 2017.

I 2010 var spørgsmålene vedrørende psykiske lidelser anderledes formuleret end i 2013 og 2017. Oplysningerne er derfor ikke fuldt sammenlignelige, og udviklingen i forekomsten af psykiske lidelser beskrives derfor kun fra 2013 til 2017, hvor spørgsmålsformuleringerne var ens. Beskrivelsen af udviklingen i de enkelte kroniske sygdomme omfatter derfor 16 kroniske sygdomme fra 2010 til 2017 og 17 kroniske sygdomme fra 2013 til 2017.

Oplysningerne om forekomsten af psykiske lidelser er dog medtaget i opgørelserne af multisygdom. I både 2010, 2013 og 2017 er multisygdom således beregnet for hver person ved en optælling af antal sygdomme ud af de 17 kroniske sygdomme i *Hvordan har du det?*.

**Figur 9.1.S**

Forekomsten af kroniske sygdomme i Region Midtjylland (aktuel sygdom og eftervirkninger).  
Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



## Kroniske sygdomme i regionen

Figur 9.1.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 i forekomsten af henholdsvis 16 og 17 kroniske sygdomme i Region Midtjylland, idet udviklingen for psykiske lidelser kun er belyst i perioden fra 2013 til 2017.

I perioden fra 2010 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen af 12 ud af de 16 kroniske sygdomme. De 12 sygdomme er:

- Forhøjet blodtryk
- Hjerneblødning/blodprop i hjernen
- Diabetes
- Kræft
- Allergi
- Slidgigt
- Leddegigt
- Knogleskørhed
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Tinnitus
- Grå stær

Der er således både sket en stigning i forekomsten af potentielt livstruende kroniske sygdomme, f.eks. kræft, og ikke-livstruende kroniske sygdomme som slidgigt. Ligeledes har stigningen været blandt livstilsbetingede sygdomme som diabetes, miljøbetingede sygdomme som tinnitus og aldersrelaterede sygdomme, f.eks. grå stær. Der ses med andre ord ikke nogen tendens til, at forekomsten er øget i en bestemt kategori af sygdomme.

I perioden fra 2013 til 2017 er der sket en stigning i andelen af 11 ud af de 17 kroniske sygdomme. De 11 sygdomme er:

- Hjerneblødning/blodprop i hjernen
- Kræft
- KOL
- Allergi
- Slidgigt
- Leddegigt
- Knogleskørhed
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme
- Psykiske lidelser
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Tinnitus

Ligesom for udviklingen fra 2010 til 2017 er der ikke nogen klar tendens i retning af, at forekomsten er øget i en bestemt sygdomskategori i perioden fra 2013 til 2017.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at stigningen i andelen af de kroniske sygdomme kan skyldes forskellige forhold. Det kan skyldes, at der er sket en forøgelse af sygeligheden, at flere sygdomme diagnosticeres, f.eks. som følge af en mere intensiv diagnosticeringsindsats i almen praksis og på hospitalerne, eller at flere overlever eller kommer sig efter en given sygdom, men stadig har eftervirkninger.

Det er derfor ikke muligt at konkludere ud fra ovenstående, om stigningen i *sygdomsforekomsten* har medført en forøgelse af *sygdomsbyrden*, forstået som en større forekomst af kroniske sygdomme, der afstedkommer flere dødsfald og forringet livskvalitet og funktionsevne.

Uanset om det er øget sygelighed, øget diagnosticering eller øget overlevelse og bedre behandlingsmuligheder, der er årsag til væksten i forekomsten af kroniske sygdomme blandt borgerne i Region Midtjylland, så afspejler tallene en voksende efterspørgsel efter sundhedsvæsenets ydelser.

## Kroniske sygdomme i kommunerne

Figur 9.2.S-9.20.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 i forekomsten af henholdsvis 16 og 17 kroniske sygdomme på tværs af de 19 kommuner i Region Midtjylland.

I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen af mindst én kronisk sygdom i alle kommuner, undtagen Horsens, hvor der ikke ses nogen udvikling. I alt er forekomsten af sygdom steget i 69 tilfælde ud af 304 mulige (19 kommuner × 16 kroniske sygdomme). I blot to tilfælde har der været et fald i andelen af en kronisk sygdom i perioden fra 2010 til 2017 (i Odder og Silkeborg Kommune).

Ikast-Brande Kommune er den kommune, hvor der er sket en stigning i forekomsten af flest sygdomme. Her har der været en stigning i andelen af 7 ud af 16 kroniske sygdomme. I Herning, Odder, Struer og Viborg Kommune er andelen steget ved 6 sygdomme. I Hedensted, Norddjurs og Skive Kommune er forekomsten af 5 sygdomme blevet større. Horsens er eneste kommune uden ændring i sygdomsforekomst, mens der i de resterende 10 kommuner ses en større andel af én til fire kroniske sygdomme i perioden.

På tværs af kommunerne har der været en stigning i forekomsten af 13 ud af de 16 kroniske sygdomme. Kun andelen med blodprop i hjertet, hjerneblødning/blodprop i hjernen og astma har ikke ændret sig signifikant i nogen kommuner.

Særligt er andelen med tinnitus steget på tværs af kommunerne. Således er andelen med tinnitus blevet signifikant større i 16 kommuner, og det er kun i Horsens, Silkeborg og Viborg Kommune, at andelen ikke har ændret sig signifikant.

I otte kommuner er andelen med kræft og slidgigt steget i perioden. Leddegigt og knogleskørhed forekommer ved en større andel i syv kommuner, og andelen med allergi er steget i seks kommuner. Andelen med forhøjet blodtryk eller diabetes er forøget i fire kommuner, andelen med hjertekrampe, KOL, diskusprolaps eller andre rygsygdomme og migræne eller hyppig hovedpine er større i to kommuner i 2017 sammenholdt med 2010, mens andelen med grå stær er steget i en enkelt kommune.

I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen af én eller flere kroniske sygdomme i alle 19 kommuner. I alt er sygdomsforekomsten steget i 57 tilfælde ud af 323 mulige (19 kommuner × 17 kroniske sygdomme). Der er ikke nogen tilfælde, hvor forekomsten af en sygdom er faldet.

Kommunerne med flest stigninger i sygdomsforekomst er Favrskov, Herning og Odder Kommune, hvor der er en større andel af 5 ud af de 17 kroniske sygdomme i 2017 sammenholdt med 2013.

I Hedensted, Holstebro, Norddjurs, Struer og Aarhus Kommune er andelen steget ved fire sygdomme. I Ikast-Brande, Lemvig og Viborg er andelen forøget ved tre sygdomme, mens andelen er steget ved to sygdomme i Horsens, Randers, Silkeborg, Skive og Syddjurs Kommune. I Ringkøbing-Skjern, Samsø og Skanderborg Kommune ses en signifikant større andel med én kronisk sygdom i 2017 i forhold til 2013.

Ved 13 ud af de 17 kroniske sygdomme ses en større andel i 2017 sammenlignet med 2013 i én eller flere kommuner. Psykiske lidelser og tinnitus er de sygdomme, hvor andelen er steget i flest kommuner (12 ud af de 19 kommuner). De sygdomme, hvor der ikke ses nogen signifikant ændring i den kommunale sygdomsforekomst i perioden, er blodprop i hjertet, diabetes, astma og allergi.

**Figur 9.2.S**

 Forekomsten af kroniske sygdomme i Favrskov Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).  
 Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

## Favrskov

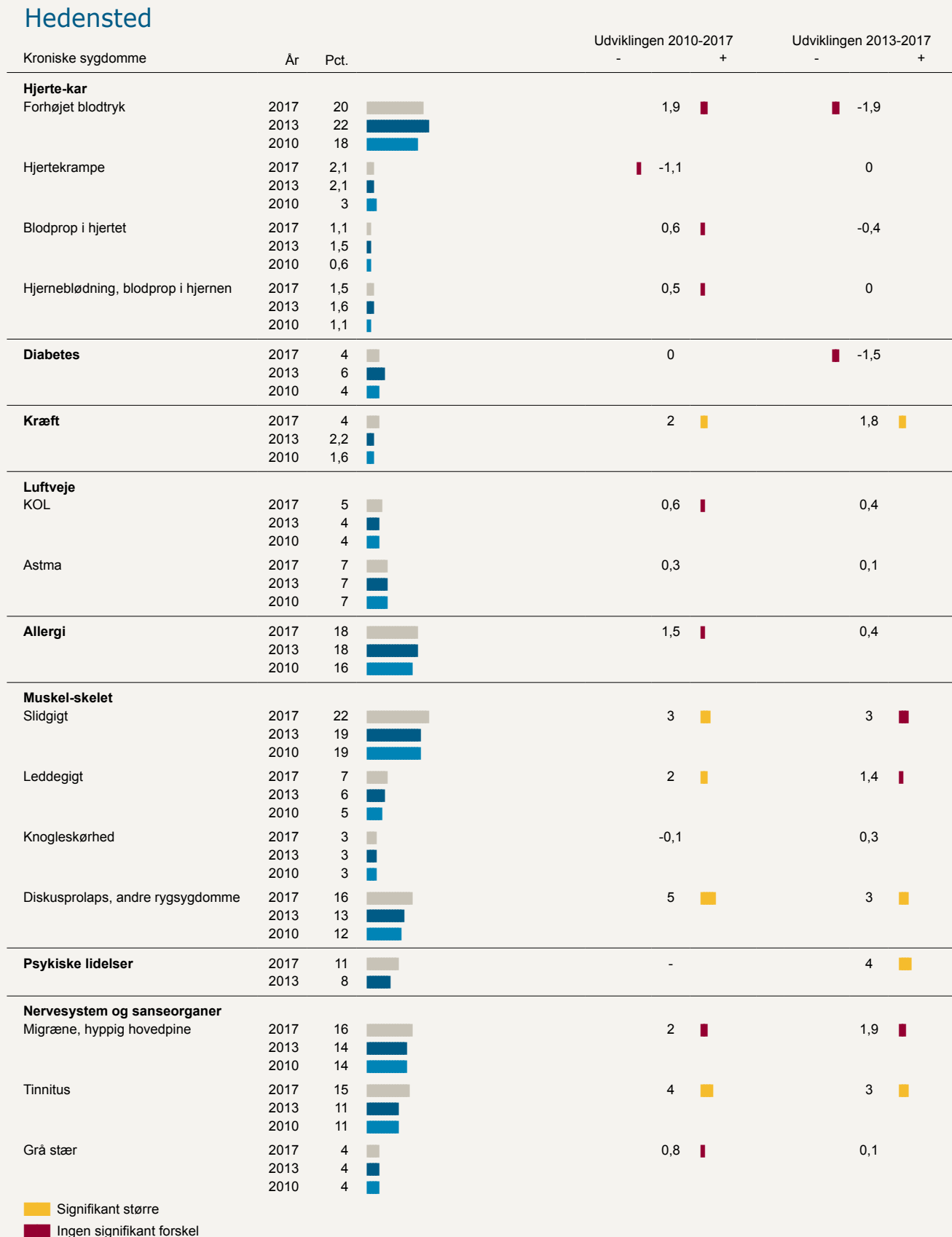
Kroniske sygdomme	År	Pct.	Udviklingen 2010-2017		Udviklingen 2013-2017	
			-	+	-	+
<b>Hjerte-kar</b>						
Forhøjet blodtryk	2017	18		1,8		0,9
	2013	17				
	2010	16				
Hjertekrampe	2017	1,2		-0,5		0
	2013	1,3				
	2010	1,7				
Blodprop i hjertet	2017	0,6		-0,4		-0,2
	2013	0,9				
	2010	1				
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2017	1,5		-0,1		0
	2013	1,5				
	2010	1,7				
<b>Diabetes</b>						
	2017	5		0,5		0,6
	2013	5				
	2010	5				
<b>Kræft</b>						
	2017	2,3		0,4		-0,2
	2013	2,6				
	2010	1,9				
<b>Luftveje</b>						
KOL	2017	4		-1,1		-1
	2013	5				
	2010	5				
Asthma	2017	7		-0,1		-0,5
	2013	7				
	2010	7				
<b>Allergi</b>						
	2017	22		5		1,9
	2013	20				
	2010	17				
<b>Muskel-skelet</b>						
Slidgigt	2017	18		-0,5		2
	2013	16				
	2010	19				
Leddegigt	2017	6		2		1,1
	2013	5				
	2010	4				
Knogleskørhed	2017	5		0,7		1,5
	2013	3				
	2010	4				
Diskusprolaps, andre rygssygdomme	2017	14		1,0		3
	2013	11				
	2010	13				
<b>Psykiske lidelser</b>						
	2017	11		-		3
	2013	8				
<b>Nervesystem og sanseorganer</b>						
Migræne, hyppig hovedpine	2017	15		1,2		3
	2013	12				
	2010	14				
Tinnitus	2017	14		4		3
	2013	11				
	2010	10				
Grå stær	2017	4		0,4		0,3
	2013	3				
	2010	3				

■ Signifikant større  
■ Ingen signifikant forskel



**Figur 9.3.S**

Forekomsten af kroniske sygdomme i Hedensted Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).  
Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



**Figur 9.4.S**

 Forekomsten af kroniske sygdomme i Herning Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).  
 Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

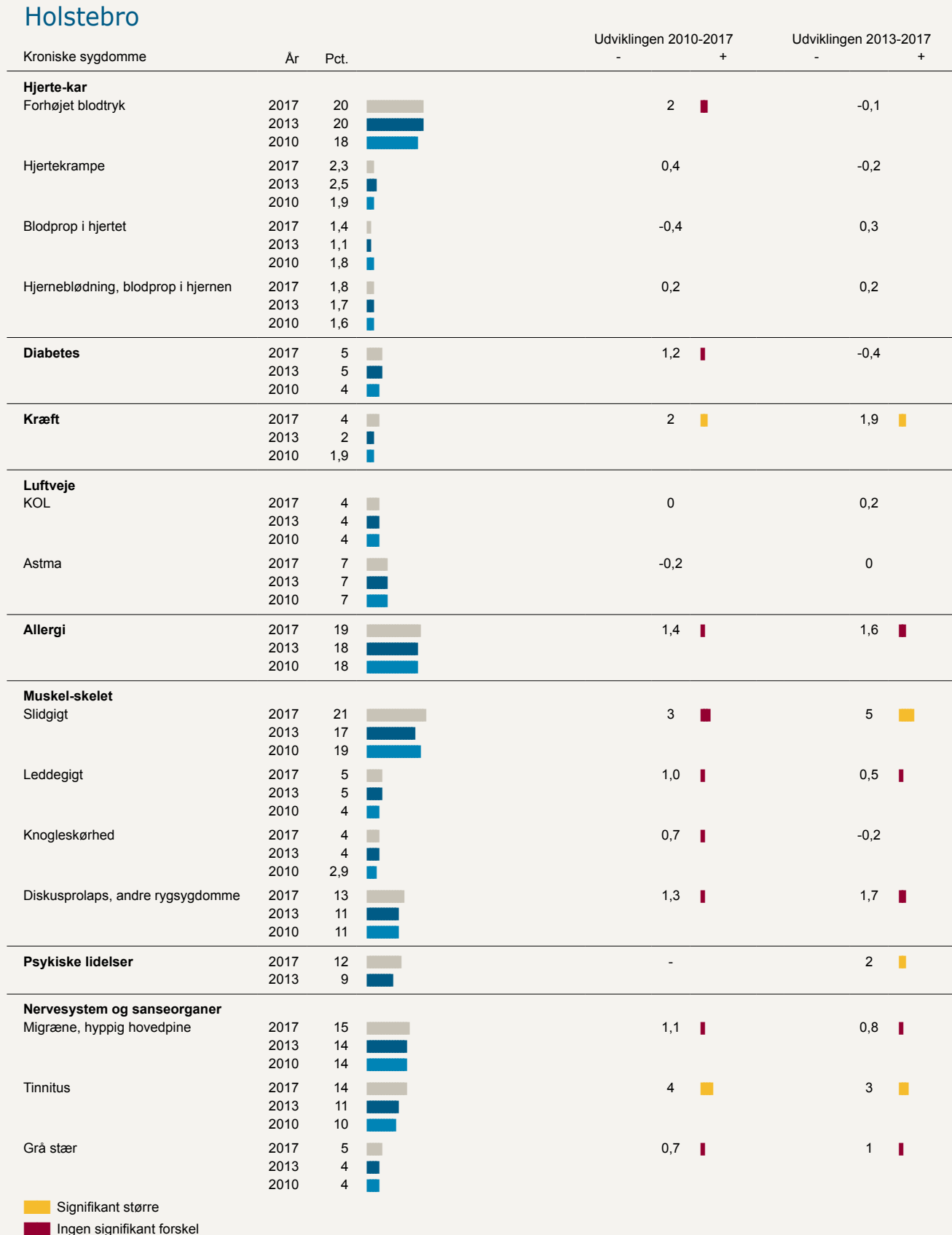
## Herning

Kroniske sygdomme	År	Pct.	Udviklingen 2010-2017		Udviklingen 2013-2017	
			-	+	-	+
<b>Hjerte-kar</b>						
Forhøjet blodtryk	2017	19				
	2013	18				
	2010	18				
Hjertekrampe	2017	2,4				
	2013	2,3				
	2010	1,9				
Blodprop i hjertet	2017	0,8				
	2013	1,5				
	2010	1,6				
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2017	1,2				
	2013	1,2				
	2010	1,4				
<b>Diabetes</b>						
	2017	6				
	2013	6				
	2010	5				
<b>Kræft</b>						
	2017	2,8				
	2013	2,2				
	2010	2,3				
<b>Luftveje</b>						
KOL	2017	5				
	2013	2,5				
	2010	5				
Astma	2017	7				
	2013	6				
	2010	7				
<b>Allergi</b>						
	2017	21				
	2013	21				
	2010	18				
<b>Muskel-skelet</b>						
Slidgigt	2017	22				
	2013	20				
	2010	18				
Leddegigt	2017	6				
	2013	4				
	2010	4				
Knogleskørhed	2017	4				
	2013	3				
	2010	2,2				
Diskusprolaps, andre rygssygdomme	2017	14				
	2013	13				
	2010	12				
<b>Psykiske lidelser</b>						
	2017	13				
	2013	10				
<b>Nervesystem og sanseorganer</b>						
Migræne, hyppig hovedpine	2017	18				
	2013	14				
	2010	13				
Tinnitus	2017	15				
	2013	10				
	2010	11				
Grå stær	2017	5				
	2013	4				
	2010	4				

■ Signifikant større  
■ Ingen signifikant forskel

**Figur 9.5.S**

Forekomsten af kroniske sygdomme i Holstebro Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).  
Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



**Figur 9.6.S**

 Forekomsten af kroniske sygdomme i Horsens Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).  
 Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

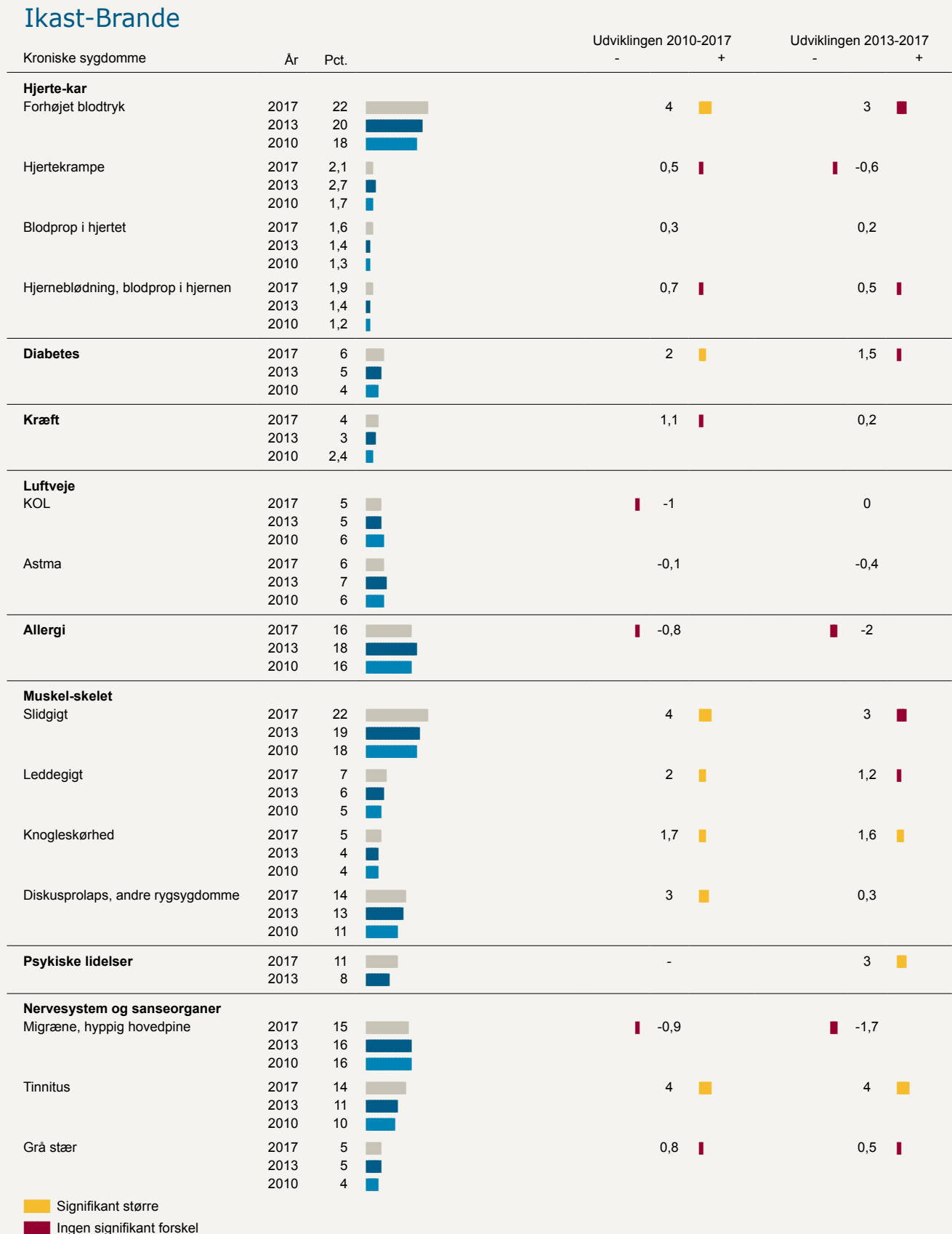
## Horsens

Kroniske sygdomme	År	Pct.	Udviklingen 2010-2017		Udviklingen 2013-2017	
			-	+	-	+
<b>Hjerte-kar</b>						
Forhøjet blodtryk	2017	19			0,4	-0,2
	2013	20				
	2010	19				
Hjertekrampe	2017	2,4		■	-1	-0,3
	2013	2,7				
	2010	3				
Blodprop i hjertet	2017	1,3			-0,4	0,3
	2013	1,0				
	2010	1,7				
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2017	2,1			0,3	1 ■
	2013	1,1				
	2010	1,8				
<b>Diabetes</b>						
	2017	7		■	1,3	0,6 ■
	2013	6				
	2010	6				
<b>Kræft</b>						
	2017	3		■	0,8	0,9 ■
	2013	2,2				
	2010	2,2				
<b>Luftveje</b>						
KOL	2017	5		■	0,7	1,3 ■
	2013	4				
	2010	5				
Asthma	2017	7	■		-0,7	■ -0,7
	2013	8				
	2010	8				
<b>Allergi</b>						
	2017	21		■	2	-0,3
	2013	21				
	2010	19				
<b>Muskel-skelet</b>						
Slidgigt	2017	20		■	2	1,8 ■
	2013	18				
	2010	18				
Leddegigt	2017	6		■	1,3	0,7 ■
	2013	5				
	2010	5				
Knogleskørhed	2017	4			0,4	-0,1
	2013	4				
	2010	3				
Diskusprolaps, andre ryggsygdomme	2017	14		■	0,7	2 ■
	2013	12				
	2010	13				
<b>Psykiske lidelser</b>						
	2017	13			-	3 ■
	2013	11				
<b>Nervesystem og sanseorganer</b>						
Migræne, hyppig hovedpine	2017	18		■	3	3 ■
	2013	15				
	2010	15				
Tinnitus	2017	13		■	1,9	2 ■
	2013	11				
	2010	11				
Grå stær	2017	4		■	1,3	0,7 ■
	2013	4				
	2010	3				

■ Signifikant større  
■ Ingen signifikant forskel

**Figur 9.7.S**

Forekomsten af kroniske sygdomme i Ikast-Brande Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).  
Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



**Figur 9.8.S**

 Forekomsten af kroniske sygdomme i Lemvig Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).  
 Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

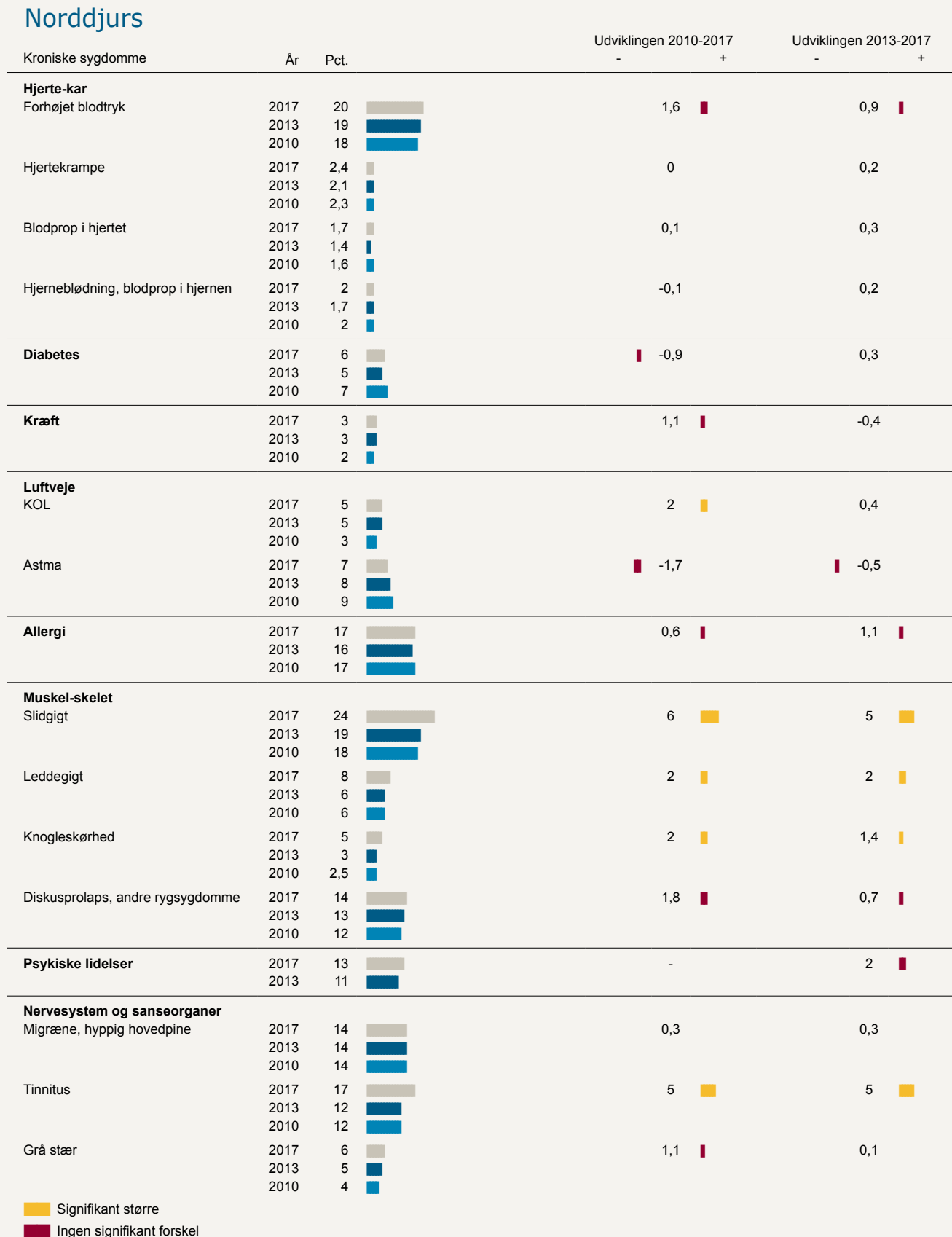
## Lemvig

Kroniske sygdomme	År	Pct.	Udviklingen 2010-2017		Udviklingen 2013-2017	
			-	+	-	+
<b>Hjerte-kar</b>						
Forhøjet blodtryk	2017	22				
	2013	21				
	2010	22				
Hjertekrampe	2017	2,4				
	2013	2,4				
	2010	2,9				
Blodprop i hjertet	2017	1,8				
	2013	2,1				
	2010	2,1				
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2017	2,1				
	2013	1,8				
	2010	1,5				
<b>Diabetes</b>						
	2017	7				
	2013	6				
	2010	6				
<b>Kræft</b>						
	2017	2,8				
	2013	2,7				
	2010	1,7				
<b>Luftveje</b>						
KOL	2017	5				
	2013	4				
	2010	5				
Astma	2017	7				
	2013	6				
	2010	7				
<b>Allergi</b>						
	2017	16				
	2013	15				
	2010	15				
<b>Muskel-skelet</b>						
Slidgigt	2017	25				
	2013	21				
	2010	23				
Leddegigt	2017	6				
	2013	6				
	2010	5				
Knogleskørhed	2017	4				
	2013	4				
	2010	4				
Diskusprolaps, andre rygssygdomme	2017	15				
	2013	13				
	2010	12				
<b>Psykiske lidelser</b>						
	2017	10				
	2013	8				
<b>Nervesystem og sanseorganer</b>						
Migræne, hyppig hovedpine	2017	16				
	2013	12				
	2010	15				
Tinnitus	2017	15				
	2013	12				
	2010	9				
Grå stær	2017	6				
	2013	5				
	2010	4				

■ Signifikant større  
■ Ingen signifikant forskel

**Figur 9.9.S**

Forekomsten af kroniske sygdomme i Norddjurs Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).  
Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



**Figur 9.10.S**

 Forekomsten af kroniske sygdomme i Odder Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).  
 Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

## Odder

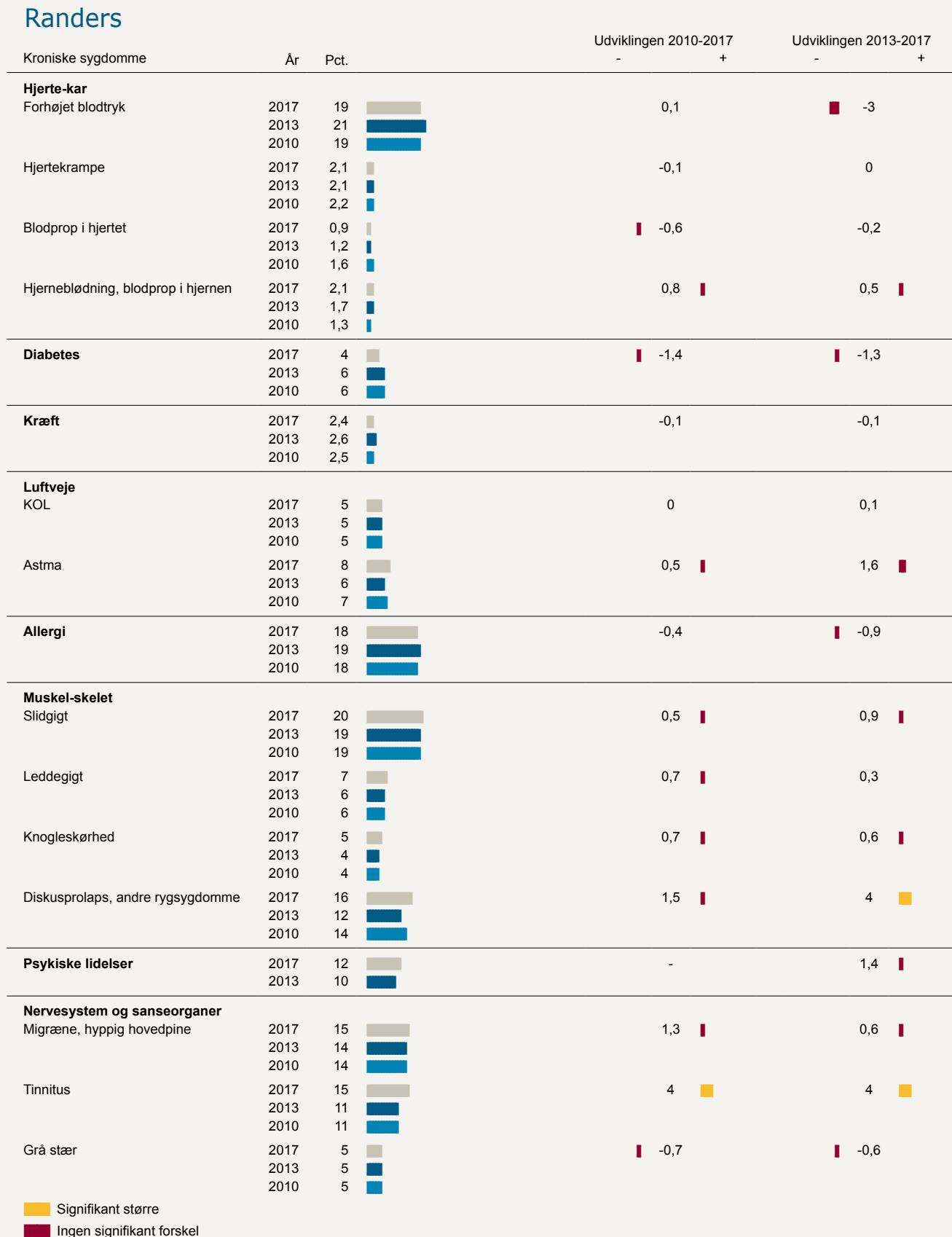
Kroniske sygdomme	År	Pct.	Udviklingen 2010-2017		Udviklingen 2013-2017	
			-	+	-	+
<b>Hjerte-kar</b>						
Forhøjet blodtryk	2017	20				
	2013	17				
	2010	17				
Hjertekrampe	2017	1,3				
	2013	2,1				
	2010	2,4				
Blodprop i hjertet	2017	1				
	2013	1,3				
	2010	1,2				
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2017	1,7				
	2013	1,3				
	2010	1,7				
<b>Diabetes</b>						
	2017	7				
	2013	6				
	2010	4				
<b>Kræft</b>						
	2017	3				
	2013	2,7				
	2010	2,9				
<b>Luftveje</b>						
KOL	2017	4				
	2013	5				
	2010	5				
Asthma	2017	7				
	2013	6				
	2010	6				
<b>Allergi</b>						
	2017	20				
	2013	20				
	2010	16				
<b>Muskel-skelet</b>						
Slidgigt	2017	21				
	2013	20				
	2010	17				
Leddegigt	2017	6				
	2013	5				
	2010	5				
Knogleskørhed	2017	4				
	2013	2,8				
	2010	3				
Diskusprolaps, andre rygssygdomme	2017	13				
	2013	12				
	2010	12				
<b>Psykiske lidelser</b>						
	2017	13				
	2013	10				
<b>Nervesystem og sanseorganer</b>						
Migræne, hyppig hovedpine	2017	16				
	2013	13				
	2010	13				
Tinnitus	2017	14				
	2013	11				
	2010	10				
Grå stær	2017	5				
	2013	4				
	2010	4				

■ Signifikant større/mindre  
■ Ingen signifikant forskel



**Figur 9.11.S**

Forekomsten af kroniske sygdomme i Randers Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).  
Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



**Figur 9.12.S**

Forekomsten af kroniske sygdomme i Ringkøbing-Skjern Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger). Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

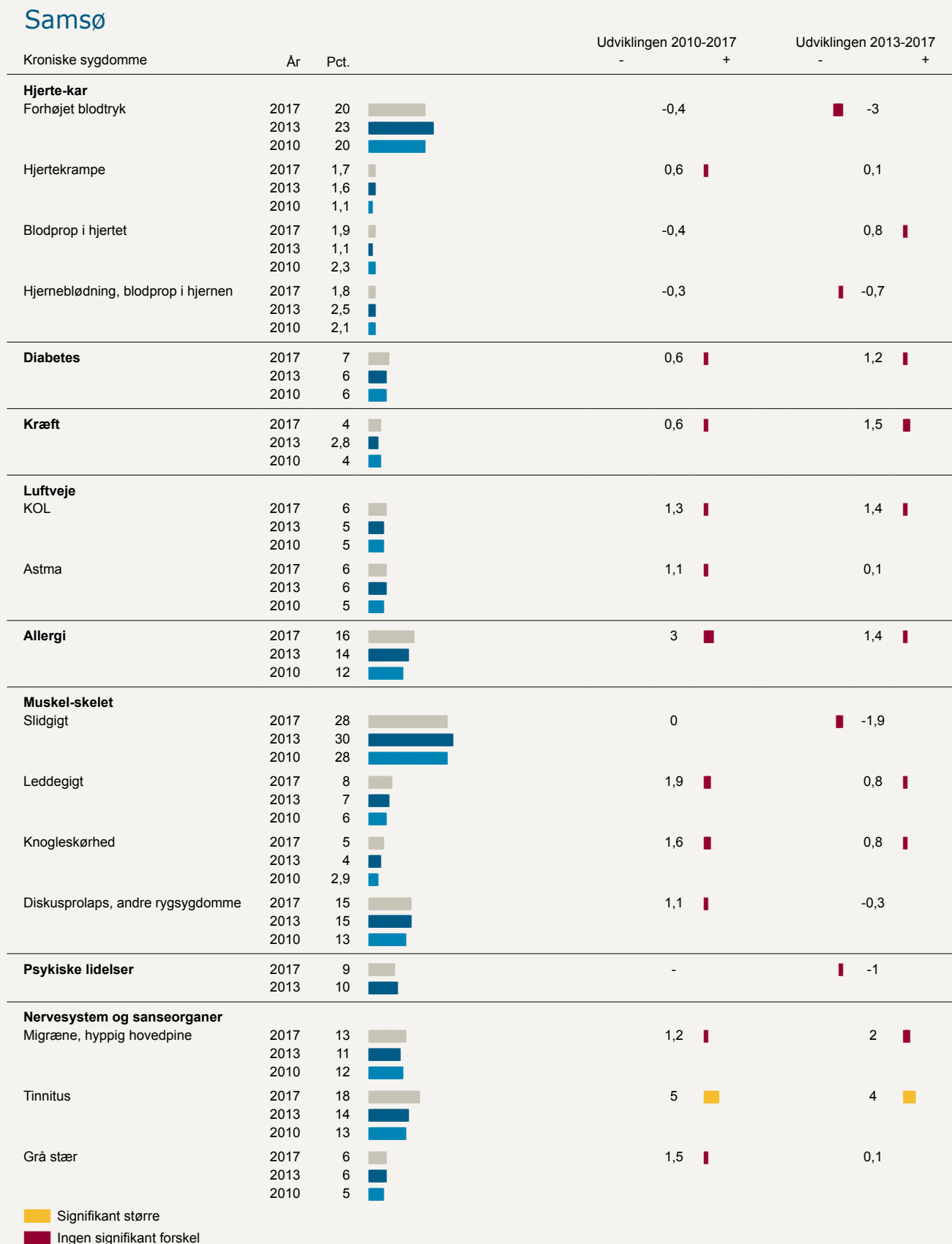
## Ringkøbing-Skjern

Kroniske sygdomme	År	Pct.	Udviklingen 2010-2017		Udviklingen 2013-2017	
			-	+	-	+
<b>Hjerte-kar</b>						
Forhøjet blodtryk	2017	19				
	2013	19				
	2010	17				
Hjertekrampe	2017	2,5				
	2013	2,5				
	2010	2				
Blodprop i hjertet	2017	1,6				
	2013	2,1				
	2010	1,6				
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2017	1,9				
	2013	1,4				
	2010	2				
<b>Diabetes</b>						
	2017	5				
	2013	5				
	2010	6				
<b>Kræft</b>						
	2017	4				
	2013	2,5				
	2010	2,1				
<b>Luftveje</b>						
KOL	2017	6				
	2013	4				
	2010	4				
Astma	2017	6				
	2013	6				
	2010	6				
<b>Allergi</b>						
	2017	17				
	2013	17				
	2010	16				
<b>Muskel-skelet</b>						
Slidgigt	2017	23				
	2013	23				
	2010	19				
Leddegigt	2017	7				
	2013	6				
	2010	5				
Knogleskørhed	2017	4				
	2013	3				
	2010	2,5				
Diskusprolaps, andre rygssygdomme	2017	15				
	2013	15				
	2010	13				
<b>Psykiske lidelser</b>						
	2017	10				
	2013	9				
<b>Nervesystem og sanseorganer</b>						
Migræne, hyppig hovedpine	2017	15				
	2013	13				
	2010	15				
Tinnitus	2017	14				
	2013	12				
	2010	9				
Grå stær	2017	5				
	2013	4				
	2010	4				

■ Signifikant større  
■ Ingen signifikant forskel

**Figur 9.13.S**

Forekomsten af kroniske sygdomme i Samsø Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).  
Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



**Figur 9.14.S**

 Forekomsten af kroniske sygdomme i Silkeborg Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).  
 Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

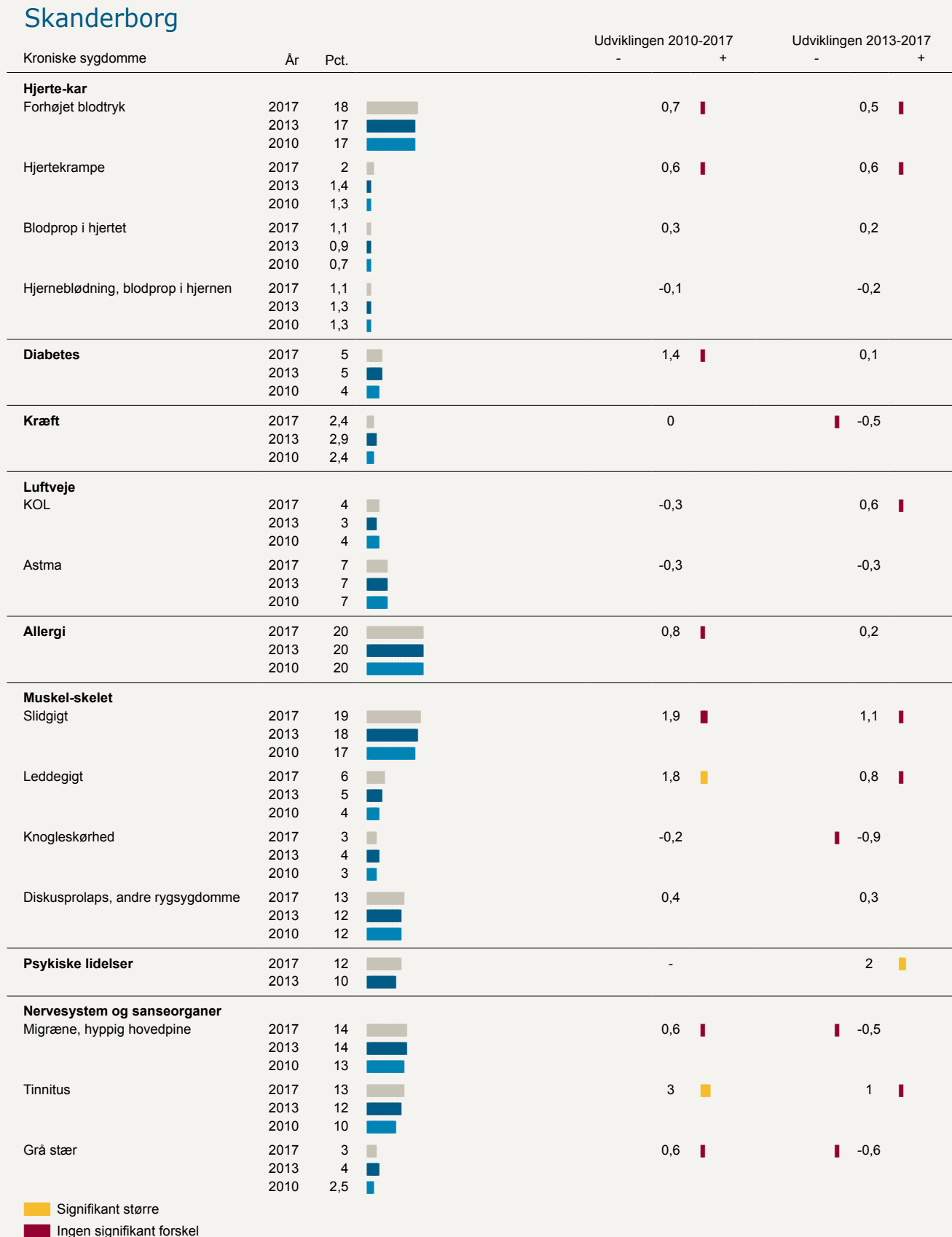
## Silkeborg

Kroniske sygdomme	År	Pct.	Udviklingen 2010-2017		Udviklingen 2013-2017	
			-	+	-	+
<b>Hjerte-kar</b>						
Forhøjet blodtryk	2017	18		3		-0,4
	2013	18				
	2010	15				
Hjertekrampe	2017	1,8		0		0,1
	2013	1,7				
	2010	1,9				
Blodprop i hjertet	2017	1,7		0,6		0,2
	2013	1,5				
	2010	1,1				
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2017	1,6		-0,1		0,3
	2013	1,4				
	2010	1,8				
<b>Diabetes</b>						
	2017	7		3		1,6
	2013	5				
	2010	4				
<b>Kræft</b>						
	2017	4		0,4		0,5
	2013	3				
	2010	3				
<b>Luftveje</b>						
KOL	2017	4		-1,7		-0,5
	2013	4				
	2010	5				
Astma	2017	7		0,7		0,2
	2013	7				
	2010	6				
<b>Allergi</b>						
	2017	21		3		3
	2013	18				
	2010	18				
<b>Muskel-skelet</b>						
Slidgigt	2017	20		0,2		2
	2013	18				
	2010	20				
Leddegigt	2017	6		0,6		0,9
	2013	5				
	2010	5				
Knogleskørhed	2017	4		0,4		-0,2
	2013	4				
	2010	4				
Diskusprolaps, andre rygssygdomme	2017	14		2		2
	2013	12				
	2010	12				
<b>Psykiske lidelser</b>						
	2017	13		-		5
	2013	8				
<b>Nervesystem og sanseorganer</b>						
Migræne, hyppig hovedpine	2017	16		0,4		4
	2013	12				
	2010	16				
Tinnitus	2017	12		1,8		2
	2013	10				
	2010	11				
Grå stær	2017	4		1,1		0,4
	2013	4				
	2010	3				

■ Signifikant større/mindre  
■ Ingen signifikant forskel

**Figur 9.15.S**

Forekomsten af kroniske sygdomme i Skanderborg Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).  
Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



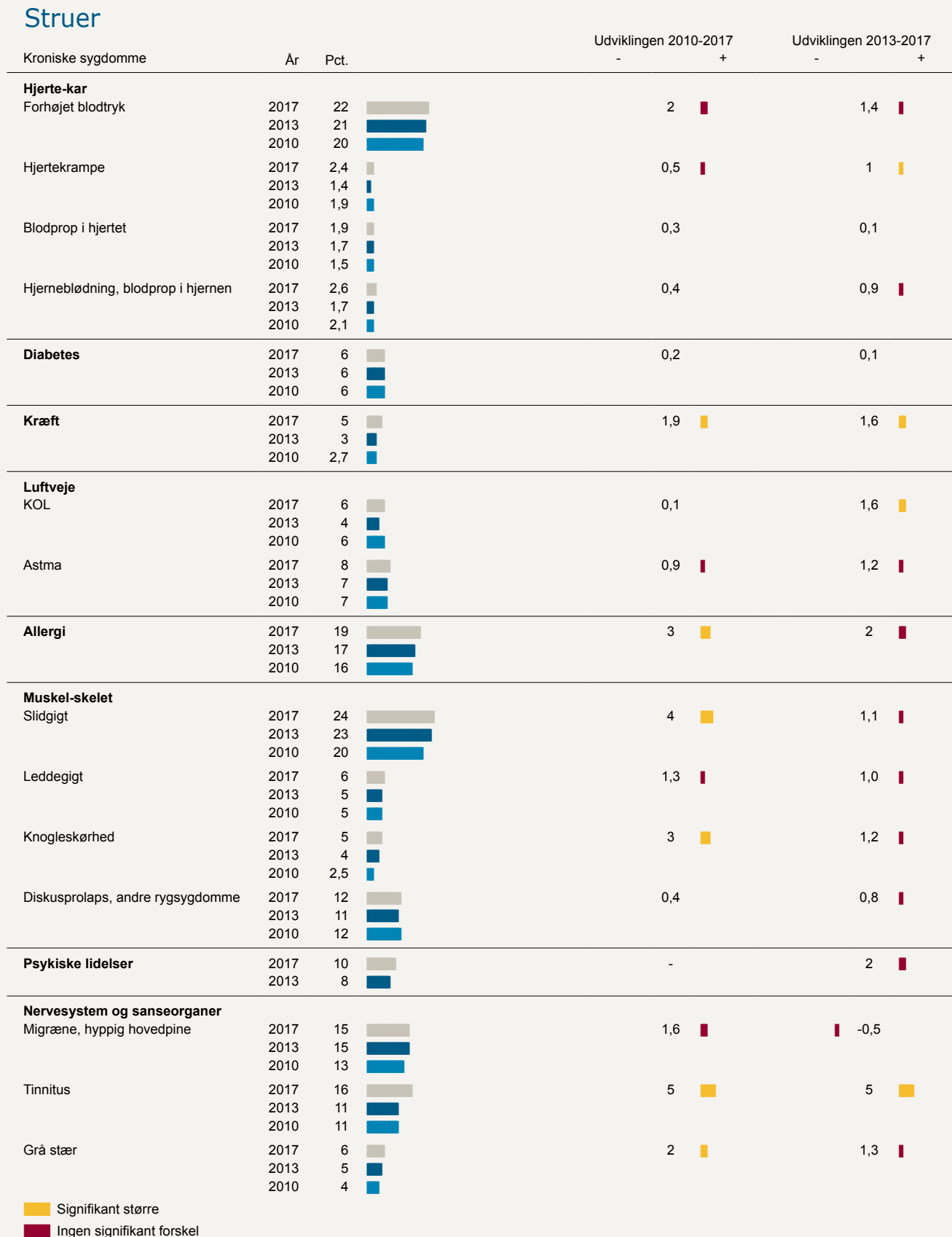
**Figur 9.16.S**

 Forekomsten af kroniske sygdomme i Skive Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).  
 Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

## Skive

Kroniske sygdomme	År	Pct.	Udviklingen 2010-2017		Udviklingen 2013-2017	
			-	+	-	+
<b>Hjerte-kar</b>						
Forhøjet blodtryk	2017	21				
	2013	20				
	2010	22				
Hjertekrampe	2017	3				
	2013	1,7				
	2010	1,9				
Blodprop i hjertet	2017	2,1				
	2013	1,6				
	2010	1,2				
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2017	2,2				
	2013	2				
	2010	1,6				
<b>Diabetes</b>						
	2017	6				
	2013	5				
	2010	5				
<b>Kræft</b>						
	2017	3				
	2013	2,7				
	2010	1,8				
<b>Luftveje</b>						
KOL	2017	5				
	2013	5				
	2010	5				
Asthma	2017	7				
	2013	7				
	2010	8				
<b>Allergi</b>						
	2017	19				
	2013	17				
	2010	18				
<b>Muskel-skelet</b>						
Slidgigt	2017	23				
	2013	21				
	2010	22				
Leddegigt	2017	8				
	2013	6				
	2010	7				
Knogleskørhed	2017	5				
	2013	5				
	2010	3				
Diskusprolaps, andre rygssygdomme	2017	15				
	2013	13				
	2010	13				
<b>Psykiske lidelser</b>						
	2017	13				
	2013	10				
<b>Nervesystem og sanseorganer</b>						
Migræne, hyppig hovedpine	2017	15				
	2013	14				
	2010	15				
Tinnitus	2017	14				
	2013	12				
	2010	11				
Grå stær	2017	5				
	2013	5				
	2010	5				

■ Signifikant større  
■ Ingen signifikant forskel

**Figur 9.17.S**Forekomsten af kroniske sygdomme i Struer Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).  
Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

**Figur 9.18.S**

 Forekomsten af kroniske sygdomme i Syddjurs Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).  
 Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

## Syddjurs

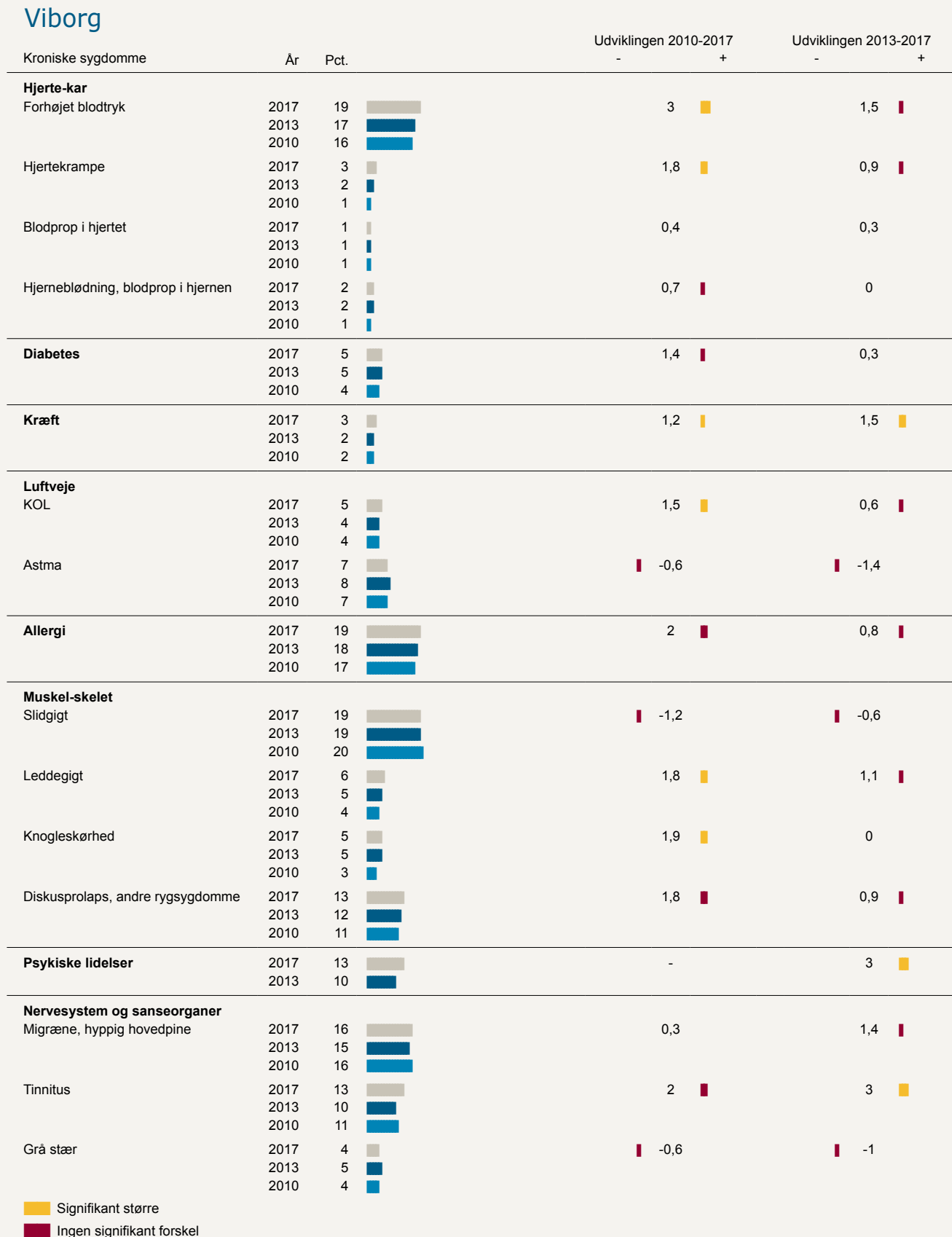
Kroniske sygdomme	År	Pct.	Udviklingen 2010-2017		Udviklingen 2013-2017	
			-	+	-	+
<b>Hjerte-kar</b>						
Forhøjet blodtryk	2017	20	■	-3	-0,4	
	2013	20				
	2010	22				
Hjertekrampe	2017	1,9		-0,4	-0,2	
	2013	2,1				
	2010	2,3				
Blodprop i hjertet	2017	1,3	■	-0,6	0,4	
	2013	0,9				
	2010	1,9				
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2017	2,4		0,6	0,8	■
	2013	1,6				
	2010	1,8				
<b>Diabetes</b>						
	2017	5	■	-0,7	-1,2	■
	2013	6				
	2010	6				
<b>Kræft</b>						
	2017	3		0,4	-0,1	
	2013	3				
	2010	2,9				
<b>Luftveje</b>						
KOL	2017	5	■	-0,7	-0,1	
	2013	5				
	2010	5				
Astma	2017	7		-0,1	0,6	■
	2013	6				
	2010	7				
<b>Allergi</b>						
	2017	17		1,5	0,3	
	2013	17				
	2010	16				
<b>Muskel-skelet</b>						
Slidgigt	2017	24		4	4	■
	2013	21				
	2010	20				
Leddegigt	2017	7	■	1,6	0,5	■
	2013	7				
	2010	6				
Knogleskørhed	2017	4	■	0,7	-0,1	
	2013	4				
	2010	2,8				
Diskusprolaps, andre rygssygdomme	2017	14	■	2	1,4	■
	2013	13				
	2010	12				
<b>Psykiske lidelser</b>						
	2017	11		-	0,5	■
	2013	11				
<b>Nervesystem og sanseorganer</b>						
Migræne, hyppig hovedpine	2017	14		0,1	0,7	■
	2013	13				
	2010	14				
Tinnitus	2017	14	■	3	1,8	■
	2013	12				
	2010	11				
Grå stær	2017	5	■	0,6	1,8	■
	2013	3				
	2010	5				

■ Signifikant større  
■ Ingen signifikant forskel



**Figur 9.19.S**

Forekomsten af kroniske sygdomme i Viborg Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).  
Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



**Figur 9.20.S**

 Forekomsten af kroniske sygdomme i Aarhus Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger).  
 Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

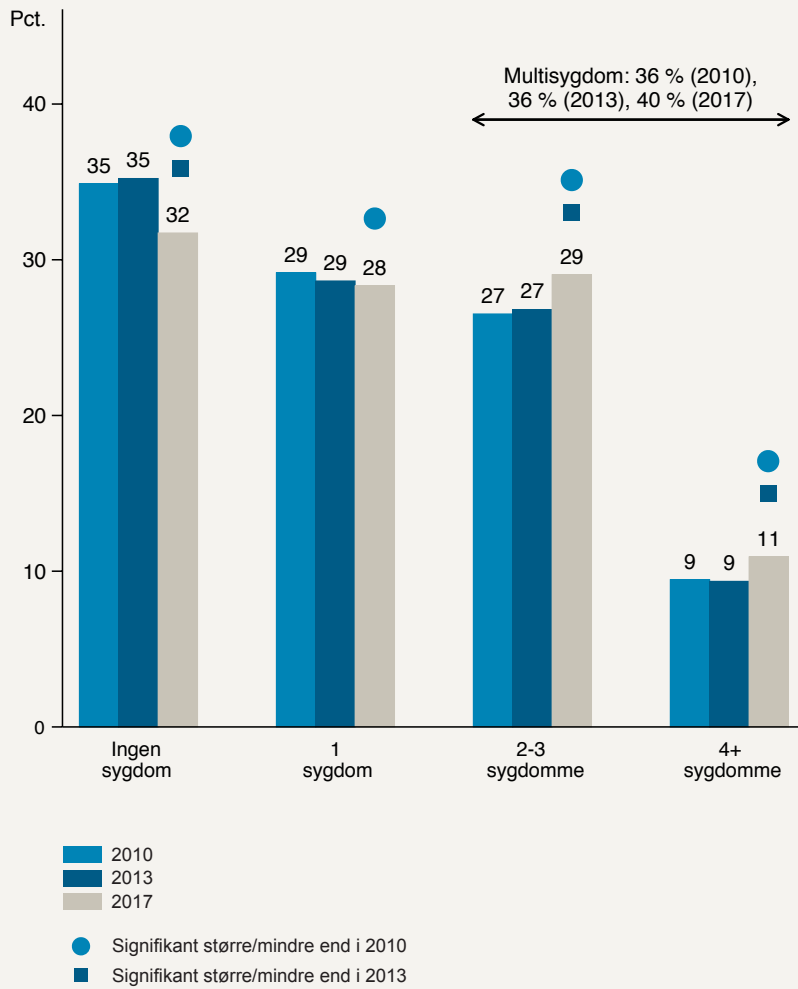
## Aarhus

Kroniske sygdomme	År	Pct.	Udviklingen 2010-2017		Udviklingen 2013-2017	
			-	+	-	+
<b>Hjerte-kar</b>						
Forhøjet blodtryk	2017	13				
	2013	13				
	2010	14				
Hjertekrampe	2017	1,6				
	2013	1,4				
	2010	1,8				
Blodprop i hjertet	2017	0,9				
	2013	0,7				
	2010	1				
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2017	1,5				
	2013	1				
	2010	1,2				
<b>Diabetes</b>						
	2017	4				
	2013	4				
	2010	4				
<b>Kræft</b>						
	2017	2,3				
	2013	2,4				
	2010	1,5				
<b>Luftveje</b>						
KOL	2017	3				
	2013	3				
	2010	3				
Astma	2017	7				
	2013	7				
	2010	8				
<b>Allergi</b>						
	2017	24				
	2013	23				
	2010	21				
<b>Muskel-skelet</b>						
Slidgigt	2017	17				
	2013	15				
	2010	16				
Leddegigt	2017	5				
	2013	4				
	2010	4				
Knogleskørhed	2017	4				
	2013	3				
	2010	4				
Diskusprolaps, andre rygssygdomme	2017	12				
	2013	11				
	2010	11				
<b>Psykiske lidelser</b>						
	2017	13				
	2013	11				
<b>Nervesystem og sanseorganer</b>						
Migræne, hyppig hovedpine	2017	13				
	2013	14				
	2010	13				
Tinnitus	2017	11				
	2013	10				
	2010	9				
Grå stær	2017	4				
	2013	3				
	2010	2,8				

■ Signifikant større  
■ Ingen signifikant forskel

**Figur 9.21.S**

Multisygdom i regionen. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



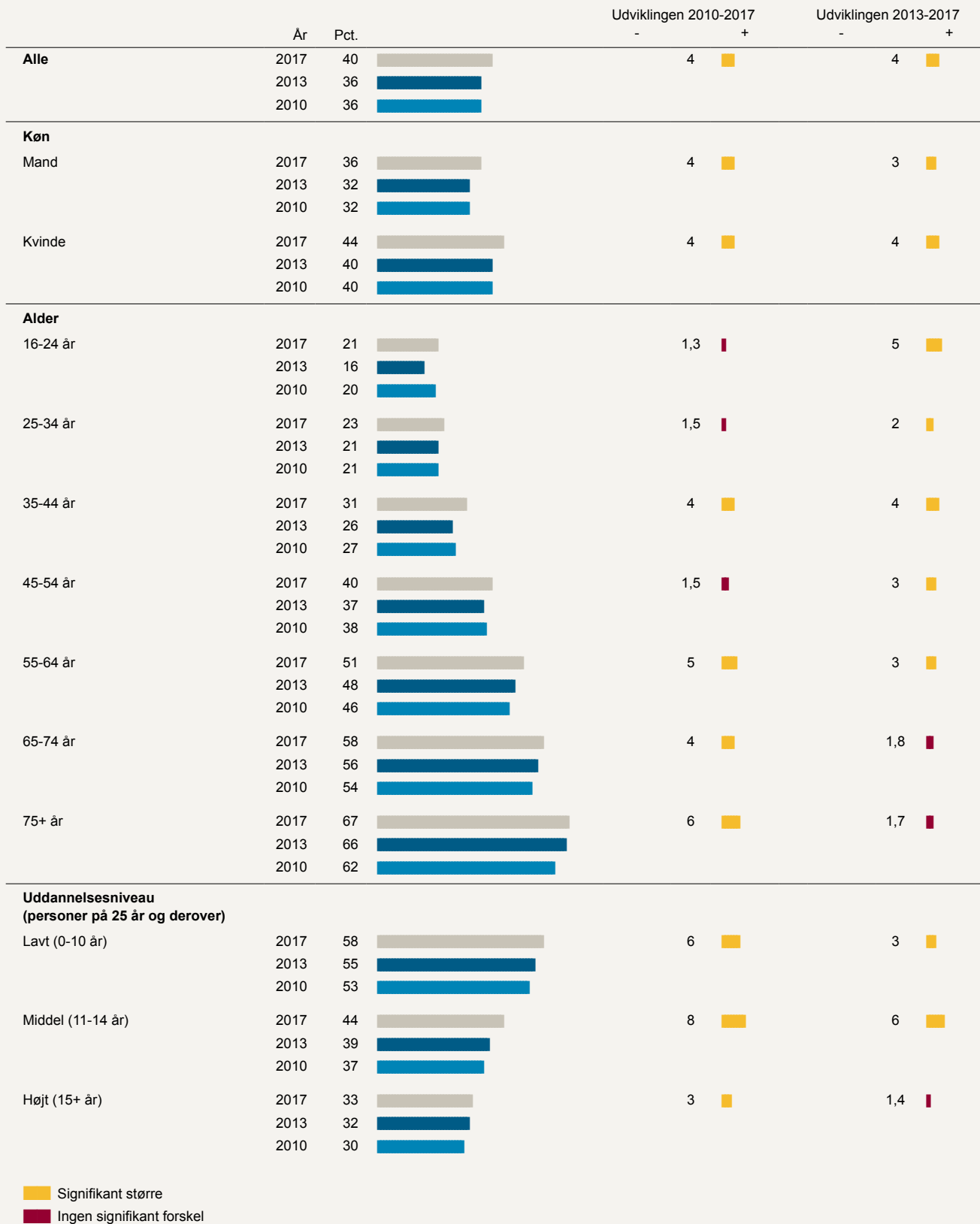
## Multisygdom i regionen

Figur 9.21.S viser andelen med og uden kronisk sygdom og multisygdom blandt personer på 16 år og derover i Region Midtjylland i 2010, 2013 og 2017. Opgørelsen omfatter de 17 kroniske sygdomme, der indgår i *Hvordan har du det?*. Der indgår både aktuel sygdom og eftervirkninger af sygdom.

Både i perioden fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen med multisygdom fra 36 % til 40 %. Stigningen ses både for personer med to til tre kroniske sygdomme (fra 27 % til 29 %) og for personer med fire eller flere kroniske sygdomme (fra 9 % til 11 %). Der har samtidig været et fald i andelen, der ikke har kronisk sygdom, fra 35 % til 32 %. Fra 2010 til 2017 har der også været et fald i andelen, der har en enkelt kronisk sygdom, fra 29 % til 28 %.

**Figur 9.22.S**

Multisygdom – køn, alder og uddannelse. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



## Multisygdom – køn, alder og uddannelse

Figur 9.22.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 i andelen med multisygdom i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau.

I perioden fra 2010 til 2017 er andelen med multisygdom steget fra 36 % til 40 % i hele befolkningen. Det fremgår dog, at denne stigning primært er sket i perioden fra 2013 til 2017. Fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen med multisygdom blandt følgende grupper:

- Mænd og kvinder
- Personer i alderen 35-44 år og personer på 55 år og derover
- Personer med lavt, middelhøjt og højt uddannelsesniveau

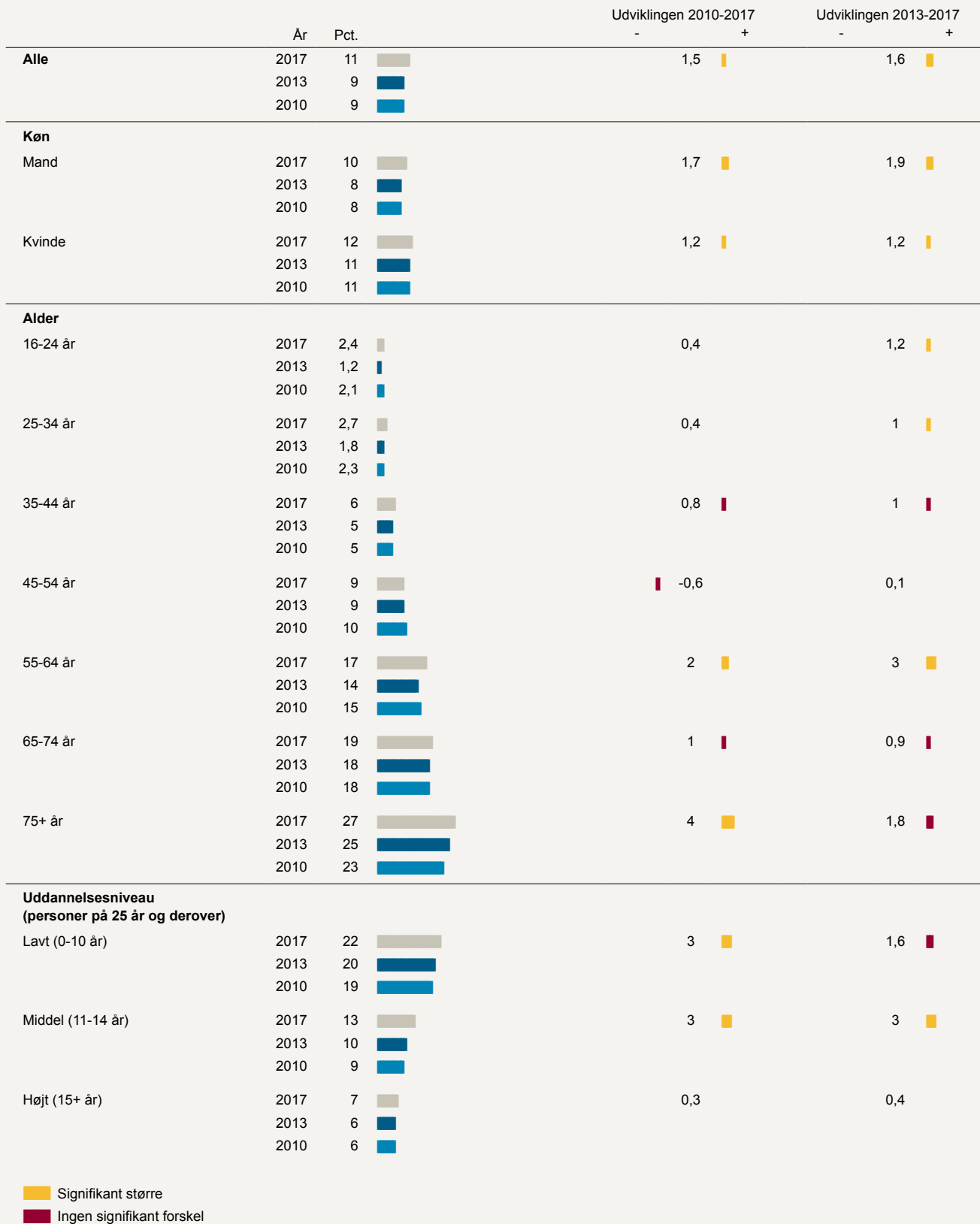
I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning fra 36 % til 40 % i andelen med multisygdom i hele befolkningen. I samme periode er der sket en stigning i andelen, der er multisyge, blandt følgende grupper:

- Mænd og kvinder
- Personer i alderen 16-64 år
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau

Det fremgår dermed, at det primært er for personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau og personer i den erhvervsaktive alder, at der er sket en stigning i andelen med multisygdom i perioden fra 2013 til 2017.

**Figur 9.23.S**

Andel med fire eller flere kroniske sygdomme – køn, alder og uddannelse.  
Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



## Fire eller flere kroniske sygdomme – køn, alder og uddannelse

Figur 9.23.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 i andelen af personer, der har fire eller flere kroniske sygdomme, i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau.

I perioden fra 2010 til 2017 har der i hele befolkningen været en stigning i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme fra 9 % til 11 %. Stigningen er sket i perioden fra 2013 til 2017, jf. nedenfor. Der er sket en stigning i følgende grupper:

- Mænd og kvinder
- Personer i alderen 55-64 år og personer på 75 år og derover
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau

I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen, der har fire eller flere kroniske sygdomme, fra 9 % til 11 % i hele befolkningen. Der er sket en stigning i følgende grupper:

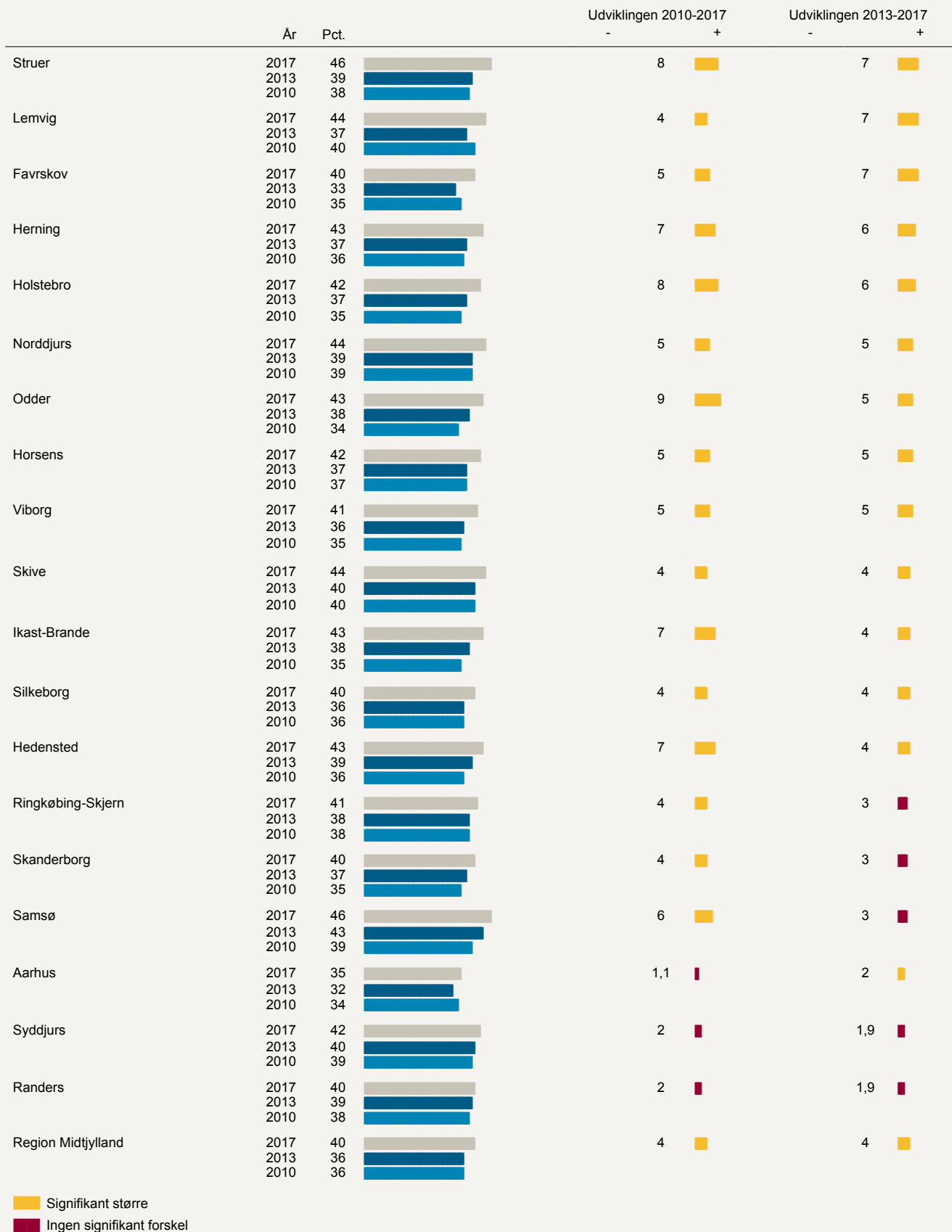
- Mænd og kvinder
- Personer i alderen 16-34 år og 55-64 år
- Personer med middelhøjt uddannelsesniveau

Det er således ikke udelukkende blandt den ældste del af befolkningen, at der er sket en stigning i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme. Samme tendens gør sig gældende for personer med to eller flere kroniske sygdomme (multisygdom).



**Figur 9.24.S**

Multisygdom – kommuner. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



## Multisygdom – kommuner

Figur 9.24.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 i andelen med multisygdom i kommunerne i Region Midtjylland.

I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen med multisygdom i alle kommuner, undtagen Aarhus, Syddjurs og Randers.

Stigningen varierer fra 4 procentpoint i Lemvig, Skive, Silkeborg, Ringkøbing-Skjern og Skanderborg til 9 procentpoint i Odder.

I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen med multisygdom i følgende kommuner:

- Struer
- Lemvig
- Favrskov
- Herning
- Holstebro
- Norddjurs
- Odder
- Horsens
- Viborg
- Skive
- Ikast-Brande
- Silkeborg
- Hedensted
- Aarhus

Stigningen varierer fra 2 procentpoint i Aarhus til 7 procentpoint i Struer, Lemvig og Favrskov.

**Figur 9.25.S**

Andel med fire eller flere kroniske sygdomme – kommuner. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



## Fire eller flere kroniske sygdomme – kommuner

Figur 9.25.S viser udviklingen i perioden fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme i kommunerne i Region Midtjylland.

I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen af personer, der har fire eller flere kroniske sygdomme, i følgende kommuner:

- Norddjurs
- Herning
- Struer
- Skive
- Odder
- Hedensted
- Ringkøbing-Skjern

Stigningen er på 4 procentpoint i Norddjurs og Hedensted og 3 procentpoint i de fem andre kommuner.

I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme i følgende kommuner:

- Norddjurs
- Herning
- Struer
- Holstebro
- Favrskov
- Ikast-Brande
- Silkeborg
- Lemvig

Stigningen er på 4 procentpoint i Norddjurs og 3 procentpoint i de syv andre kommuner.

## Sundhedsvaner blandt personer med kronisk sygdom

Viden om sundhedsvaner og overvægt blandt personer med kronisk sygdom er vigtig, fordi rygning, alkohol, fysisk inaktivitet, usundt kostmønster og svær overvægt hører til de væsentligste "nære" årsager til udvikling af forebyggelige kroniske sygdomme og forværring af allerede opstået sygdom (6) (se også kapitel 2-6). For eksempel er rygning en medvirkende årsag til flere kroniske sygdomme, herunder kræft, hjerte-kar-sygdomme og KOL (6), og svær overvægt er en risikofaktor for udvikling af type 2-diabetes og slidgigt (7-8).

Sundhedsvaner er ofte afgørende for behandlingen af og prognosen for mange kroniske sygdomme. Rygning kan f.eks. mindske virkningen af behandling, og omvendt kan en sund kost og fysisk aktivitet være virkningsfuld som led i behandlingen af kroniske sygdomme.

Der er derfor et stort forebyggelsespotentiale i forhold til de livsstilsrelaterede sundhedsvaner, og der sættes i det følgende fokus på ændringer i sundhedsvaner i forhold til kronisk sygdom og multisygdom.

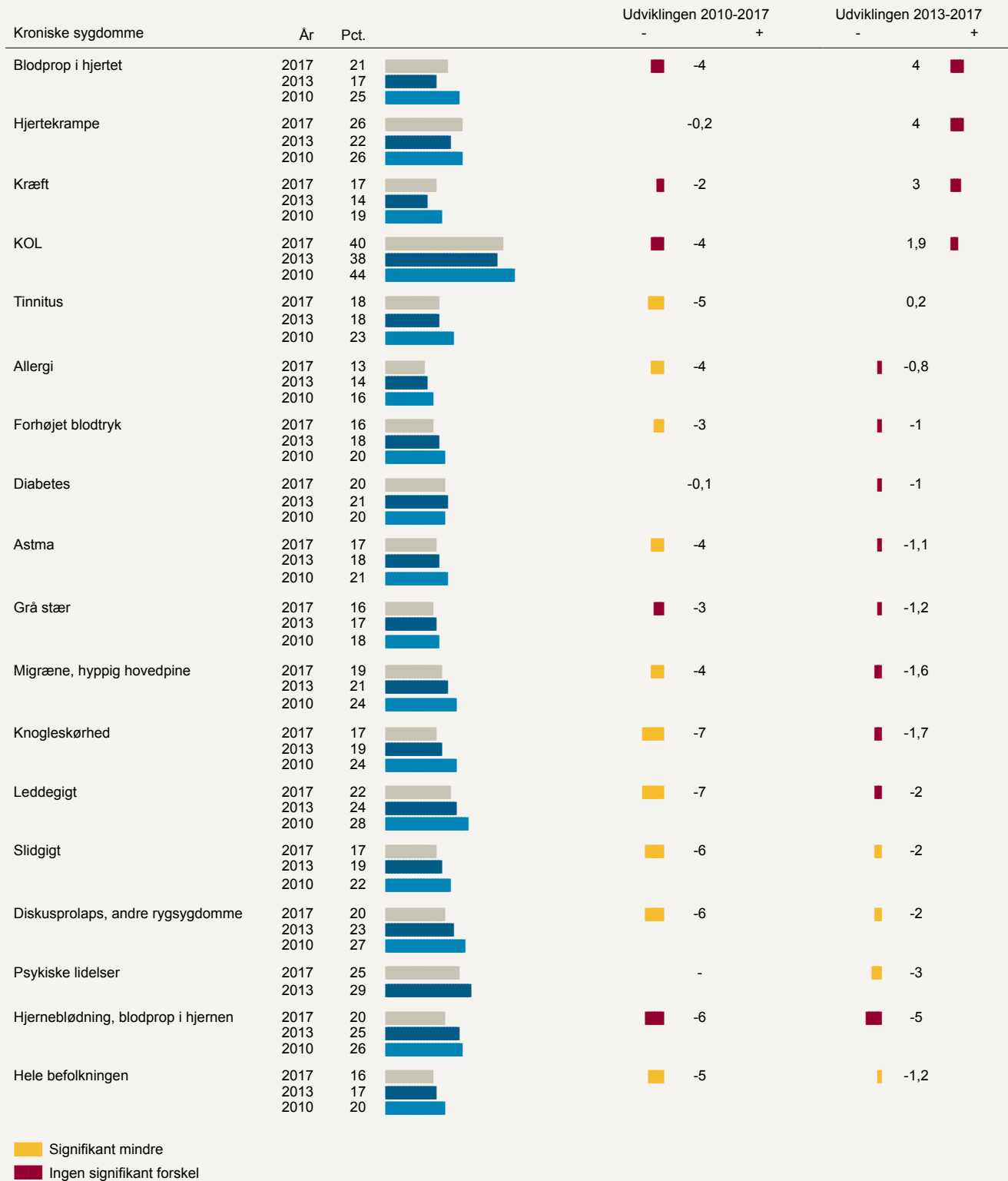
### Anvendte mål for sundhedsvaner

I dette kapitel anvendes ét mål for hver af de fem ovennævnte sundhedsvaner:

- *Dagligrygere*
- *Højrisikoforbrug af alkohol* (mere end 14 genstande om ugen for kvinder og mere end 21 genstande om ugen for mænd)
- *Fysisk inaktivitet* (mindst 30 minutters motion om dagen højst én dag om ugen)
- *Usundt kostmønster*
- *Svær overvægt* (BMI større end 30)

**Figur 9.26.S**

Dagligrygere – kroniske sygdomme. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



## Dagligrygere – kroniske sygdomme

Figur 9.26.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 i andelen af dagligrygere for hver af de 17 kroniske sygdomme.

I perioden fra 2010 til 2017 har der været et fald i andelen af dagligrygere blandt personer med følgende sygdomme:

- Tinnitus
- Allergi
- Forhøjet blodtryk
- Astma
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Knogleskørhed
- Leddegigt
- Slidgigt
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme

For personer med disse sygdomme følger udviklingen i andelen af dagligrygere stort set den samme udvikling, som der ses for hele befolkningen.

I perioden fra 2013 til 2017 har der været et fald i andelen af dagligrygere blandt personer med følgende sygdomme:

- Slidgigt
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme
- Psykiske lidelser

**Figur 9.27.S**

Højriskforbrug af alkohol (>14/21 genstande pr. uge) – kroniske sygdomme.  
Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



## Højrisikoforbrug af alkohol – kroniske sygdomme

Figur 9.27.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 i andelen af personer med et højrisikoforbrug af alkohol for hver af de 17 kroniske sygdomme.

I perioden fra 2010 til 2017 har der været et fald i andelen af personer med et højrisikoforbrug af alkohol for alle de kroniske sygdomme, undtagen personer med blodprop i hjertet. Udviklingen i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol blandt personer med kronisk sygdom følger således udviklingen i hele befolkningen, hvor andelen, der har et højrisikoforbrug af alkohol, er faldet.

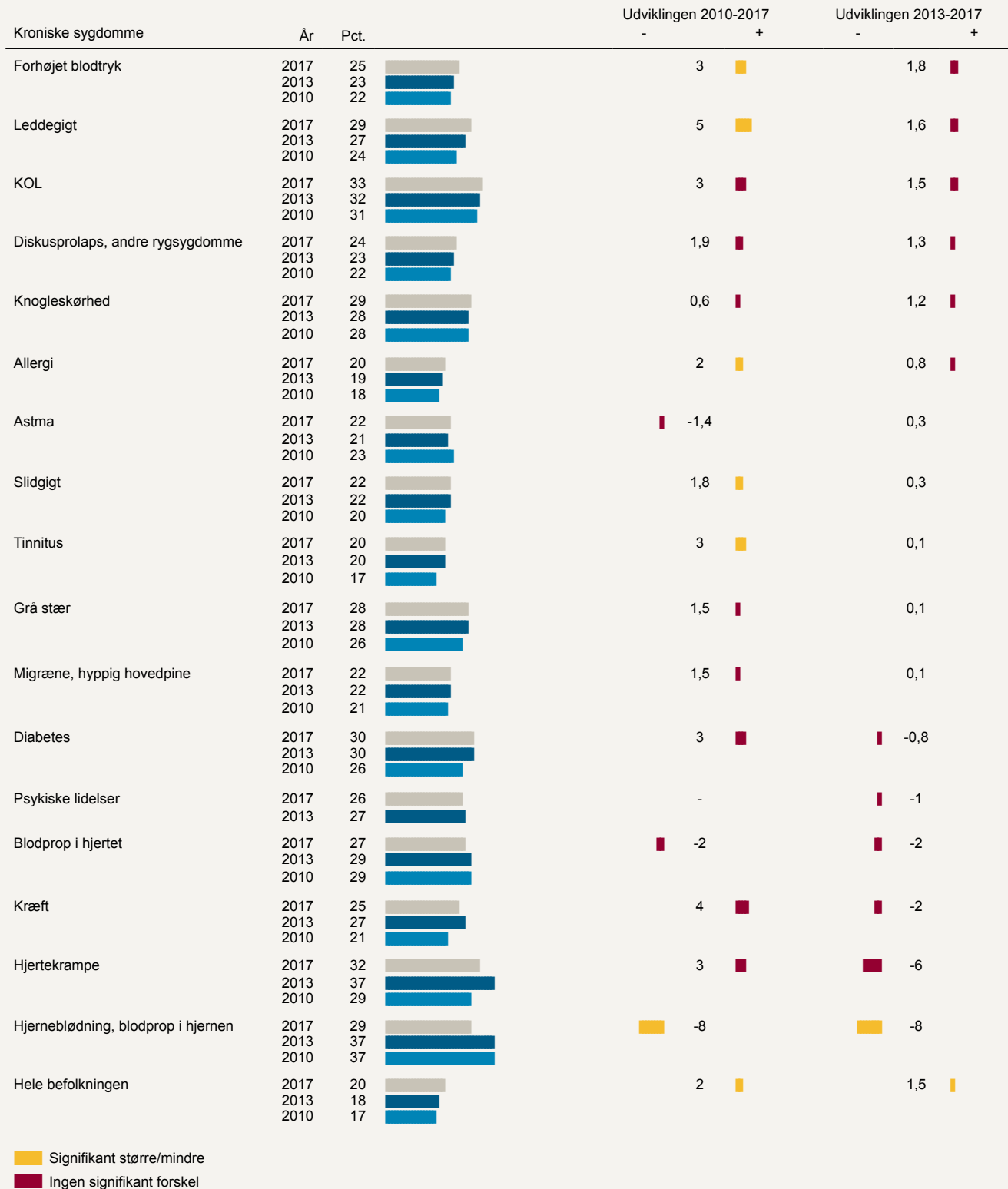
I perioden fra 2013 til 2017 har der været et fald i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol blandt personer med følgende sygdomme:

- Forhøjet blodtryk
- Slidgigt
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Tinnitus
- Allergi
- Grå stær
- Psykiske lidelser
- Astma



**Figur 9.28.S**

Fysisk inaktive – kroniske sygdomme. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



## Fysisk inaktive – kroniske sygdomme

Figur 9.28.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 i andelen af fysisk inaktive for hver af de 17 kroniske sygdomme. Fysisk inaktivitet er opgjort som andelen af personer, der er fysisk aktive i mindst 30 minutter om dagen højst én dag om ugen.

I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen af fysisk inaktive blandt personer med følgende sygdomme:

- Forhøjet blodtryk
- Leddegigt
- Allergi
- Slidgigt
- Tinnitus

Omvendt har der været et stort fald i andelen af fysisk inaktive blandt personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen fra 37 % til 29 %. Dog fremgår det, at faldet primært er sket i perioden fra 2013 til 2017.

I perioden fra 2013 til 2017 har der ikke været ændringer i andelen af fysisk inaktive blandt personer med de 17 kroniske sygdomme, undtagen ved hjerneblødning/blodprop i hjernen. I denne gruppe har der været et markant fald i andelen af fysisk inaktive fra 37 % til 29 %. Dette er modsat den udvikling, der er sket i hele befolkningen, hvor andelen af fysisk inaktive er steget.

**Figur 9.29.S**

Usundt kostmønster – kroniske sygdomme. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



## Usundt kostmønster – kroniske sygdomme

Figur 9.29.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 i andelen, der har et usundt kostmønster, for hver af de 17 kroniske sygdomme.

I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen med et usundt kostmønster blandt personer med følgende sygdomme:

- Diabetes
- Tinnitus
- Migræne eller hyppig hovedpine
- KOL
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme
- Allergi
- Forhøjet blodtryk
- Slidgigt

Ved nogle af sygdommene er stigningen større end i befolkningen generelt.

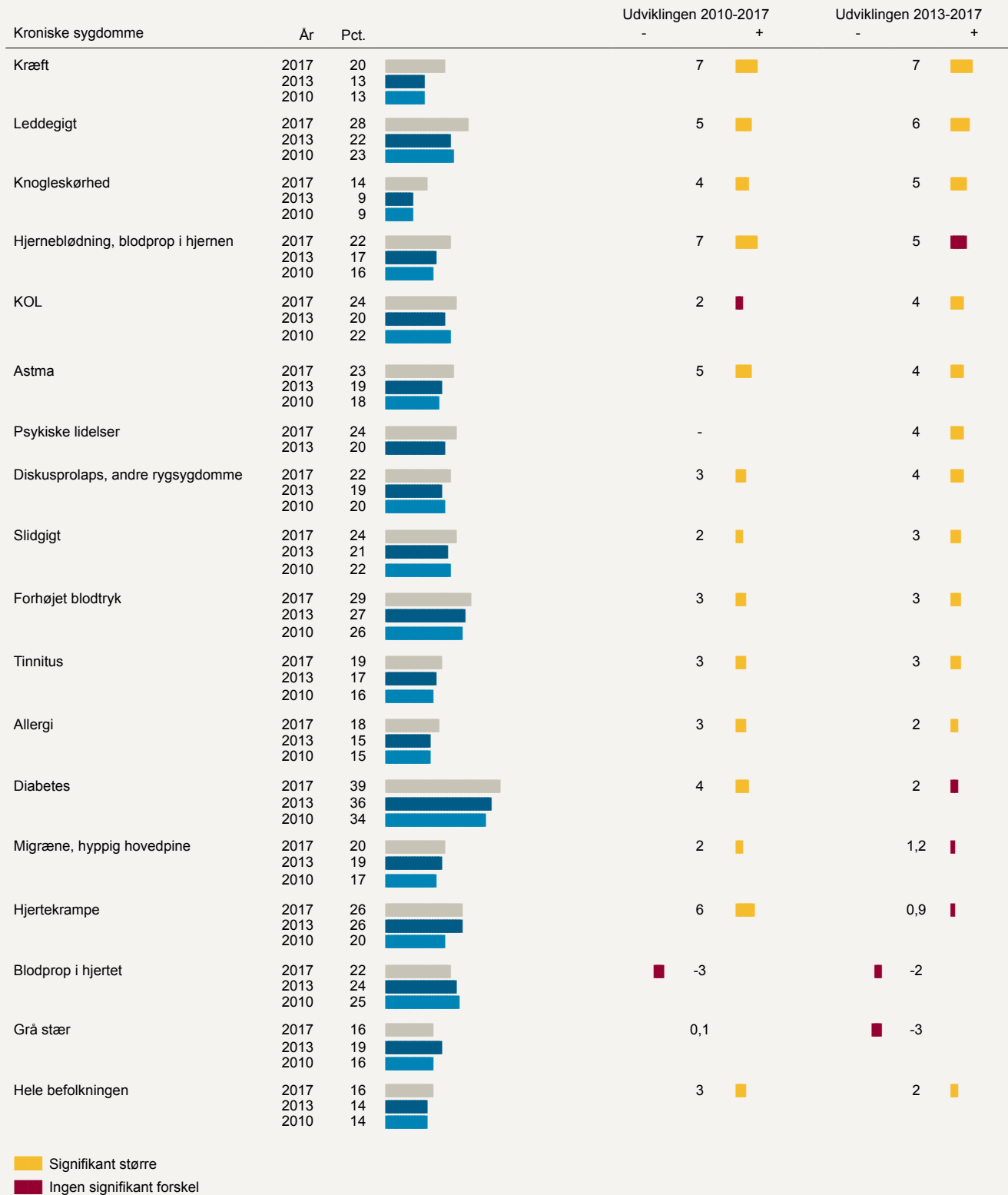
I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen med et usundt kostmønster blandt personer med følgende sygdomme:

- Psykiske lidelser
- Diabetes
- Tinnitus
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme
- Allergi
- Forhøjet blodtryk
- Slidgigt

Også her er stigningen større ved nogle af sygdommene end i befolkningen generelt.

**Figur 9.30.S**

Svær overvægt – kroniske sygdomme. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



## Svær overvægt – kroniske sygdomme

Figur 9.30.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 i andelen med svær overvægt blandt personer med kronisk sygdom.

I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen med svær overvægt blandt alle de kroniske sygdomme, undtagen blandt personer med KOL, blodprop i hjertet og grå stær. Således følger udviklingen i andelen af svært overvægtige blandt personer med kronisk sygdom stort set den samme udvikling som i hele befolkningen.

I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen af svært overvægtige blandt personer med følgende kroniske sygdomme:

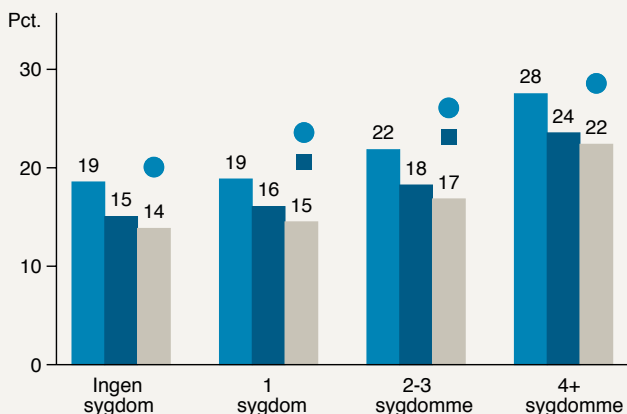
- Kræft
- Leddegigt
- Knogleskørhed
- KOL
- Astma
- Psykiske lidelser
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme
- Slidgigt
- Forhøjet blodtryk
- Tinnitus
- Allergi

Stigningen i andelen af personer med svær overvægt har ved nogle af sygdommene været større end i hele befolkningen.

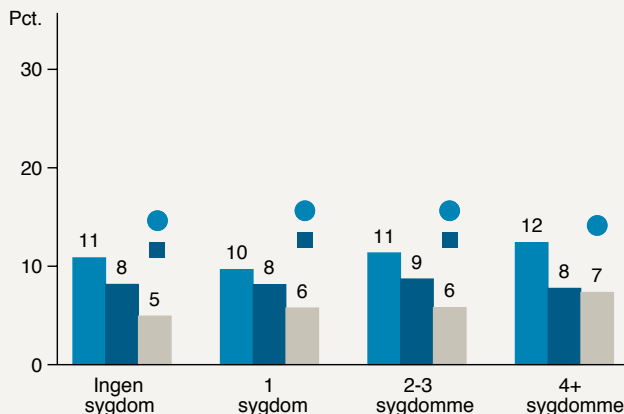
**Figur 9.31.S-9.36.S**

Sundhedsvaner – antallet af kroniske sygdomme. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

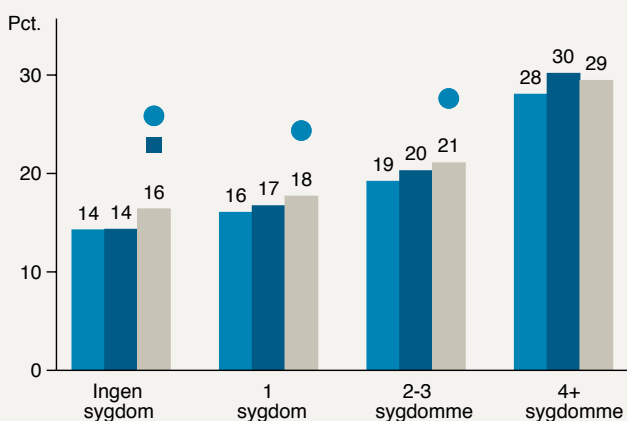
**Figur 9.31.S**  
Dagligrygere



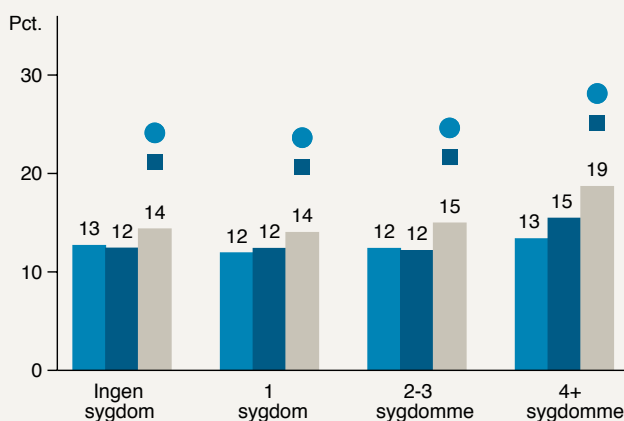
**Figur 9.32.S**  
Højrisikoforbrug af alkohol



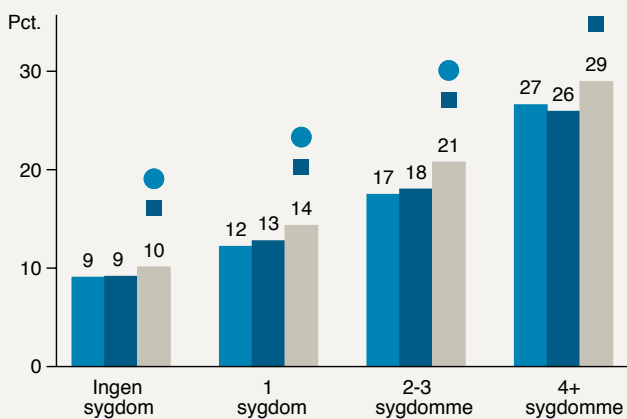
**Figur 9.33.S**  
Fysisk inaktive



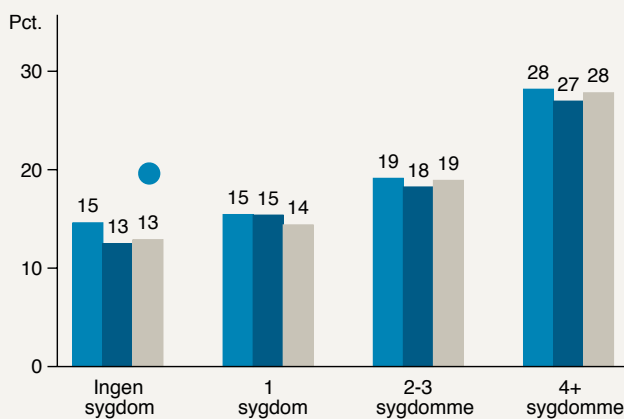
**Figur 9.34.S**  
Usundt kostmønster



**Figur 9.35.S**  
Svær overvægt



**Figur 9.36.S**  
Mindst 2 af 5 risikable sundhedsvaner



■ 2010    ● Signifikant større/mindre end i 2010  
■ 2013    ■ Signifikant større/mindre end i 2013  
■ 2017

## Sundhedsvaner – antallet af kroniske sygdomme

Figur 9.31.S-9.35.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 i andelen af fem forskellige sundhedsvaner og andelen, der har mindst 2 af 5 risikable sundhedsvaner, i forhold til antallet af kroniske sygdomme: *Ingen sygdom, 1 sygdom, 2-3 sygdomme og 4+ sygdomme.*

I perioden fra 2010 til 2017 er andelen af dagligrygere og personer med et højrisikoforbrug af alkohol faldet. Faldet er sket uanset antallet af kroniske sygdomme. Udviklingen svarer til udviklingen i befolkningen som helhed.

I samme periode er der sket en stigning i andelen af fysisk inaktive og svært overvægtige blandt personer uden, med én sygdom og med to til tre sygdomme, som svarer til den udvikling, der er sket i befolkningen generelt. Der er ingen signifikant stigning blandt personer med fire eller flere sygdomme. Andelen med usundt kostmønster er steget uanset antallet af kroniske sygdomme ligesom i hele befolkningen, men den største stigning er sket blandt personer med fire eller flere sygdomme.

I perioden fra 2013 til 2017 har der været et fald i andelen af dagligrygere blandt personer med én sygdom og med to til tre sygdomme. For disse grupper svarer faldet til udviklingen i befolkningen som helhed.

I samme periode er andelen med et højrisikoforbrug af alkohol faldet blandt personer uden, med én og med to til tre sygdomme. Udviklingen i højrisikoforbrug af alkohol for disse grupper svarer til udviklingen i hele befolkningen. Til gengæld er der ikke sket nogen ændring blandt personer med fire eller flere sygdomme.

Andelen af fysisk inaktive er i perioden steget en smule blandt personer, der ikke har nogen sygdom, ligesom i befolkningen generelt. Der ses ikke nogen signifikante ændringer i andelen af fysisk inaktive blandt personer med én eller flere kroniske sygdomme.

Fra 2013 til 2017 er både andelen med usundt kostmønster og andelen med svær overvægt steget uanset antallet af kroniske sygdomme, ligesom der er sket en stigning i befolkningen generelt. De største stigninger ses blandt de multisyge personer.

Samlet set har udviklingen i sundhedsvanerne, med nogle få undtagelser, været nogenlunde den samme uanset antallet af sygdomme. Der er således ikke nogen tydelig tendens i retning af, at det f.eks. er personer uden kroniske sygdomme eller de multisyge, der generelt har fået mere eller mindre risikable sundhedsvaner.

Figur 9.36.S viser udviklingen i andelen af personer, der har mindst to af de fem risikable sundhedsvaner, opgjort i forhold til antallet af kroniske sygdomme. Over tid er der kun sket en signifikant udvikling blandt personer uden kronisk sygdom. Her er andelen med mindst to risikable sundhedsvaner faldet fra 15 % til 13 % i perioden fra 2010 til 2017. Den største risikobelastning ses i alle årene hos personer med fire eller flere kroniske sygdomme, og der er ikke sket nogen reduktion i denne belastning i forhold til resten af befolkningen.



## Sammenfatning

**Kronisk sygdom.** Der er generelt sket en forøgelse i forekomsten af kronisk sygdom. Fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen af 12 ud af 16 sammenlignelige sygdomme, der indgår i *Hvordan har du det?:* forhøjet blodtryk, hjerneblødning/blodprop i hjernen, diabetes, kræft, allergi, slidgigt, leddegigt, knogleskørhed, diskusprolaps eller andre rygsygdomme, migræne eller hyppig hovedpine, tinnitus og grå stær. Fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen af 11 ud af de 17 sygdomme, der indgår i *Hvordan har du det?:* hjerneblødning/blodprop i hjernen, kræft, KOL, allergi, slidgigt, leddegigt, knogleskørhed, diskusprolaps eller andre rygsygdomme, psykiske lidelser, migræne eller hyppig hovedpine og tinnitus.

Fra 2010 til 2017 har der været en øget forekomst af en eller flere kroniske sygdomme i alle kommuner, undtagen Horsens, og fra 2013 til 2017 har der været en øget forekomst af en eller flere kroniske sygdomme i samtlige 19 kommuner.

På tværs af kommunerne har der været en stigning i forekomsten af 13 ud af de 16 sammenlignelige kroniske sygdomme fra 2010 til 2017. Kun andelen med blodprop i hjertet, hjerneblødning/blodprop i hjernen og astma har ikke ændret sig signifikant i nogen kommune. I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i 13 ud af de 17 kroniske sygdomme i én eller flere kommuner. For blodprop i hjertet, diabetes, astma og allergi er der ikke sket signifikante ændringer i kommunerne. Psykiske lidelser og tinnitus er de sygdomme, hvor andelen er steget i flest kommuner (12 ud af de 19 kommuner).

I hele perioden fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 har der været et fald i andelen af dagligrygere i befolkningen i Region Midtjylland. Samme udviklingstendens ses blandt personer med kronisk sygdom, idet der fra 2010 til 2017 har været et fald i andelen af dagligrygere, dog primært blandt personer med ikke-livstruende kroniske sygdomme. I perioden fra 2013 til 2017 har der dog kun været et signifikant fald i andelen af dagligrygere blandt personer med slidgigt, diskusprolaps eller andre rygsygdomme og psykiske lidelser. Til gengæld har der ikke været noget fald blandt personer med eksempelvis blodprop i hjertet, hjertekrampe, kræft og KOL.

I hele befolkningen i Region Midtjylland har der i perioden fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 været et fald i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol. Fra 2010 til 2017 har der blandt personer med kroniske sygdomme været et tilsvarende fald i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol (dog ikke signifikant for blodprop i hjertet). Fra 2013 til 2017 har der ligeledes været et fald i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol blandt personer med kroniske sygdomme, dog primært blandt personer med de ikke-livstruende sygdomme. Til gengæld ses der ikke noget fald blandt personer med eksempelvis hjerneblødning/blodprop i hjernen, KOL og knogleskørhed.

I perioden fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 har der på befolkningsniveau været en lille stigning i andelen af fysisk inaktive. Fra 2010 til 2017 har der også været en stigning i andelen af fysisk inaktive for personer med forhøjet blodtryk, leddegigt, allergi, slidgigt og tinnitus. I perioden fra 2013 til 2017 har der ikke været nogen signifikante ændringer i andelen af fysisk inaktive blandt personer med kronisk sygdom, dog undtaget personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen. Blandt disse har der været et markant fald i andelen af fysisk inaktive fra 37 % til 29 %. Dette er modsat den udvikling, der er sket i hele befolkningen, hvor andelen af fysisk inaktive som nævnt er steget en smule.

I perioden fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 har der på befolkningsniveau været en stigning i andelen med usundt kostmønster. Samme udviklingstendens ses blandt personer med kronisk sygdom. Fra 2010 til 2017 har der især været en stigning i andelen med usundt kostmønster blandt personer med diabetes, KOL og migræne eller hyppig hovedpine. Fra 2013 til 2017 har der især været en stigning i andelen med usundt kostmønster blandt personer med psykiske lidelser og diabetes, men eksempelvis også blandt personer med migræne eller hyppig hovedpine, diskusprolaps eller andre rygsygdomme og forhøjet blodtryk.

I perioden fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 har der i befolkningen i Region Midtjylland været en stigning i andelen af svært overvægtige. Denne udviklingstendens ses også blandt personer med kronisk sygdom. Fra 2010 til 2017 har der således været en stigning i andelen af svært overvægtige blandt størstedelen af de kroniske sygdomme, særligt blandt personer med kræft, hjerneblødning/blodprop i hjernen og

hjertekrampe. Fra 2013 til 2017 har der tilsvarende været en stigning blandt størstedelen af de kroniske sygdomme, men særligt blandt personer med kræft, leddegigt og knogleskørhed.

**Multisygdom.** Både fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 er der sket en stigning i andelen, der har to til tre kroniske sygdomme og fire eller flere kroniske sygdomme. Fra 2010 til 2017 er andelen med multisygdom steget fra 36 % til 40 % – en stigning, der primært er sket i perioden fra 2013 til 2017, hvor andelen ligeledes er steget fra 36 % til 40 %.

Stigningen i multisygdom har stort set været ens for mænd og kvinder i begge perioder. I perioden fra 2010 til 2017 er der især blevet flere multisyge blandt midaldrende og ældre og særligt blandt personer med lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau. I perioden fra 2013 til 2017 er der især blevet flere multisyge blandt personer i den erhvervsaktive alder og særligt blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau.

Fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen af multisyge i langt størstedelen af kommunerne.

Der ses ikke nogen væsentlig forskel i udviklingen af sundhedsvaner, når man opdeler befolkningen i forhold til antallet af kroniske sygdomme. Der er således ikke nogen tendens i retning af, at det f.eks. er personer uden kroniske sygdomme eller de multisyge, der generelt har fået mere eller mindre risikable sundhedsvaner. Den største risikobelastning i form af mindst to risikable sundhedsvaner ses i alle årene hos personer med fire eller flere kroniske sygdomme, og der er på tværs af de undersøgte perioder ikke sket nogen reduktion i denne belastning i forhold til resten af befolkningen.

## Referencer

1. Fortin M, Bravo G, Hudon C, et al. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Ann Fam Med* 2005;3(3):223-8.
2. Frølich A, Olesen F, Kristensen I, red. Hvidbog om multisygdom. Dokumentation af multisygdom i det danske samfund – fra silotænkning til sammenhæng. Fjerritslev: Forlag1.dk; 2017.
3. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: WHO; 2013.
4. Sundhedsdatastyrelsen. Dødsårsagsregisteret; 2016. <http://esundhed.dk/sundhedsregistre/DAR01/Sider/Tabel.aspx> (januar 2018).
5. Global burden of disease, Denmark. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2017. <http://www.healthdata.org/denmark> (januar 2018).
6. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, et al. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.
7. Garg SK, Maurer H, Reed K, et al. Diabetes and cancer: two diseases with obesity as a common risk factor. *Diabetes Obes Metab.* 2014;16(2):97-110. doi: 10.1111/dom.12124.
8. Dansk Selskab for almen Medicin. Opsporing og behandling af overvægt hos voksne. København: Dansk Selskab for Almen Medicin; 2009.

## 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 var 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 sundhedsarbejde 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.

Nedenfor sammenfattes udviklingen i sundhedsvaner og i fysisk og mental sundhed i perioden fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017. Befolkningens sundhedsvaner og sundhedstilstand i 2017 beskrives i flere detaljer i bind 1 (hovedbindet).

**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 %). I forhold til højrisikoforbrug af alkohol har der været et særligt stort fald blandt unge (16-24-årige), hvor der i perioden fra 2010 til 2017 er sket et fald fra 21 % til 9 %. Omvendt har der 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 %).

**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 ryg sygdomme, 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 ryg sygdomme, psykiske lidelser, migræne/hyppig hovedpine og tinnitus. Endvidere ses der en stigning i andelen, der er multisyge (fra 36 % til 40 %).

**Udviklingen i social ulighed i sundhed – 2010, 2013, 2017.** I undersøgelsen ses det, at udviklingen i sundhedsvaner og fysisk og mental sundhed ofte er forskellig for personer med forskellige uddannelsesniveauer. 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 og dårligt selvvurderet helbred.



