



**- Profil**

# **Guldborgsund Kommune**

**KRAM-enheden, Tine Curtis (red.)**

**Kolofon-side:**

**KRAM-profil. Guldborgsund Kommune**

Christina Bjørk Petersen, Anne Illemann Christensen, Maria Severin, Mette Toftager, Ulrik Hesse, Ola Ekholm, Camilla Møntegaard, Teresa Holmberg, Heidi Theresa Cueto og Tine Curtis

© Statens Institut for Folkesundhed og Guldborgsund Kommune, maj 2008

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt mod tydelig kildegengivelse.

Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation, bedes tilsendt

## **Forord**

Denne rapport præsenterer resultaterne fra KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune. KRAM-profilen beskriver sammenhængen mellem de fire KRAM-faktorer – Kost, Rygning, Alkohol og Motion samt helbred og trivsel i henholdsvis KRAM-spørgeskema- og i helbredsundersøgelsen i Guldborgsund Kommune i februar 2008.

KRAM-undersøgelsens styrke er, at den er meget stor, og at der er spurgt til nye faktorer, som kan have betydning for forebyggelsesarbejdet. Til gengæld var deltagelsesprocenten for spørgeskemaundersøgelsen i Guldborgsund Kommune lav, og vi har ingen forventning om at kunne bruge KRAM-undersøgelsen til en rå beskrivelse af forekomsten af for eksempel rygere eller storforbrugere af alkohol i kommunen. Det findes der andre (mindre) undersøgelser til. Vores ambition er derfor at præsentere en KRAM-profil, der dels viser uddybende analyser af forskelle mellem grupper, baseret på køn, alder og uddannelse, dels viser sammenhænge mellem de kendte KRAM-faktorer og forekomsten af nye indikatorer blandt deltagerne i undersøgelsen.

Det Nationale Råd for Folkesundhed har taget initiativ til KRAM-undersøgelsen, som udføres af Statens Institut for Folkesundhed og finansieres af TrygFonden og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. KRAM-profilen for Guldborgsund Kommune er udarbejdet af KRAM-enheden på Statens Institut for Folkesundhed og redigeret af forskningsleder Tine Curtis. Vi håber, at profilen vil være til nytte i det fremtidige forebyggelsesarbejde i Guldborgsund Kommune.

Maj 2008

Morten Grønbæk

Forskningschef

Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

## Indholdsfortegnelse

Forord.....	3
Sammenfatning.....	5
Kapitel 1 – Baggrund og formål.....	13
Kapitel 2 – Materiale og metode .....	15
Kapitel 3 – Selvrapporeret helbred og sygelighed .....	23
Kapitel 4 – Resultater fra helbredsundersøgelsen.....	38
Kapitel 5 – Kost.....	52
Kapitel 6 – Rygning .....	61
Kapitel 7 – Alkoholforbrug .....	69
Kapitel 8 – Fysisk aktivitet.....	77
Kapitel 9 – Trivsel.....	87
Kapitel 10 – KRAM-faktorerne samlet.....	102
Kapitel 11 – kontakt til sygehusvæsnet .....	107
Referencer.....	119

## Sammenfatning

KRAM-profilen beskriver resultaterne for KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune, som fandt sted den 4. til 29. februar 2008. KRAM-profilen består af analyser om:

- Forskelle mellem alders- og uddannelsesgrupper, og mellem mænd og kvinder
- Sammenhænge mellem KRAM-faktorerne (kost, rygning, alkohol og motion) og helbred

KRAM-profilen for Guldborgsund Kommune er baseret på tre typer data:

- Spørgeskemabesvarelser fra 5.841 voksne på 18 år eller derover
- Målinger og test fra 1.603 personer, som gennemgik helbredsundersøgelsen ved KRAM-bussen
- Oplysninger fra Landspatientregisteret og CPR-registeret om alle kommunens borgere

### Helbred og sygelighed i spørgeskemaundersøgelsen i Guldborgsund Kommune

Omkring hver fjerde svarperson i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund vurderer sit eget helbred som godt eller virkelig godt, hvilket er mindre end andelen i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen i Region Sjælland (SUSY-Region Sjælland). Mænd vurderer i højere grad end kvinder deres helbred som godt eller virkelig godt. Blandt de ældre mænd er der færre, som vurderer, de har et godt eller virkelig godt helbred, men det gælder ikke for kvinderne.

I forbindelse med langvarig sygdom eller lidelse, angiver flere end hver tredje svarperson i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune, at de har en langvarig sygdom. Andelen stiger med stigende alder – over 40% af de 65+årige har en langvarig sygdom. De sygdomme, der oftest er angivet er slidgigt/leddegigt og allergi.

Halvdelen af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune har haft kontakt til deres praktiserende læge inden for en periode på tre måneder. Der er en større andel blandt kvinder end mænd,. Ældre har oftere end yngre haft kontakt med deres praktiserende læge. I alt 35,5 % har taget håndkøbsmedicin inden for en 14-dages periode, mens 43,0 % har taget receptpligtig medicin. I alle aldersgrupper er der en større andel blandt kvinder end mænd, der har taget håndkøbsmedicin. Andelen, der har taget receptpligtig medicin, er dog på samme niveau for begge køn, og stiger med stigende alder.

I alt 13,8 % af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune oplyser en højde og vægt, der kategoriserer dem som svært overvægtige, hvilket vil sige et BMI-tal (Body Mass Index) på 30 eller højere. Der er en større andel af mænd end kvinder, der er svært overvægtige, og der er markant færre 18-24-årige, der er overvægtige sammenlignet med de

ældre aldersgrupper. For mænd falder andelen af svært overvægtige med stigende uddannelseslængde. Hele 30 % af mænd med kortest uddannelse (<10 år) er svært overvægtige.

### **Resultater fra helbredsundersøgelsen i Guldborgsund kommune**

Helbredsundersøgelserne ved KRAM-bussen i Guldborgsund Kommune viser samme billede af overvægt som i spørgeskemaundersøgelsen. Blandt mænd er der en større andel end blandt kvinder, som er moderat overvægtige (BMI=25,0-29,9) og svært overvægtige (BMI $\geq$ 30). Resultaterne for fedtprocentsmålingerne viser på samme måde som BMI, at overvægt er et større problem blandt mænd end kvinder, idet flere mænd end kvinder overstiger de fastsatte grænser for fedtprocenten. Andelen, der ligger over de fastsatte grænser, stiger med stigende alder.

Blandt mænd, som har gennemført helbredsundersøgelsen i Guldborgsund Kommune, er andelen, der har et forhøjet blodtryk, større end andelen blandt kvinderne. For begge køn gælder det, at andelen med forhøjet blodtryk stiger med alderen.

Resultater fra blodprøverne ved KRAM-helbredsundersøgelsen i Guldborgsund Kommune viser, at en større andel kvinder end mænd har et forhøjet kolesteroltal (>6,0 mmol/l)<sup>1</sup>. Til gengæld har en større andel mænd end kvinder et forhøjet indhold af triglycerid i blodet (>2,2 mmol/l)<sup>2</sup>. Der er ikke forskel på andelen af kvinder og mænd med forhøjet langtidsblodsukker (> 6,4 %)<sup>3</sup>.

Andelen med en reduceret lungefunktion<sup>4</sup> blandt deltagerne i helbredsundersøgelsen i Guldborgsund Kommune er lige stor blandt mænd og kvinder. Andelen stiger med alderen. Som forventet ses en sammenhæng mellem lungefunktion og rygning. Andelen med en reduceret lungefunktion er størst blandt deltagere, der rapporterer, at de dagligt ryger i forhold til deltagere, som rapporterer, at de aldrig har røget. Blandt mænd er andelen, med en reduceret lungefunktion, ligeledes større blandt dem, der oplyser, at de ryger dagligt sammenlignet med gruppen af eksrygere. Andelen med en reduceret lungefunktion er ligeledes større blandt deltagere, der er udsat for passiv rygning i mere end 8 timer om dagen i forhold til deltagere, som er udsat i syv timer eller mindre om dagen.

---

<sup>1</sup> Kolesterol er et fedtstof, der er en vigtig byggesten i alle kroppens celler. Ved åreforkalkning ophobes der kolesterol i pulsårernes væg, og forhøjet kolesteroltal i blodet øger risikoen for åreforkalkningssygdom (blodpropper osv.) .

<sup>2</sup> Triglycerid er et fedtstof i blodet, der også øger risikoen for hjertekarsygdom.

<sup>3</sup> Den gennemsnitlige blodsukkerværdi de seneste 3 måneder. En forhøjet værdi kan være et tegn på diabetes eller et forstadium til diabetes.

<sup>4</sup> Lungefunktionen betragtes som nedsat, hvis enten den totale mængde luft i lungevævet (FVC) eller luftens strømningshastighed gennem luftvejene, som er den mængde luft, der maksimalt kan pustes ud på ét sekund (FEV1) er mindre end 80% eller forholdet FEV1/FVC er mindre end 0,7. Nedsat passage i luftvejene, ved astma og KOL gør, at man kun er i stand til at puste mindre luft ud i det første sekund, og man har derfor nedsat lungefunktion.

En større andel af de deltagende kvinder end mænd har et lavt kondital. Andelen, der vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt, er markant mindre blandt deltagere med et lavt kondital i forhold til et middel og højt kondital

## **Kost**

Ud fra de valgte indikatorer for kost, der er inddraget i denne profil, kan det konkluderes, at i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune har kvinder sundere kostvaner end mænd. Der er en større andel kvinder end mænd, som dagligt spiser frugt, aldrig spiser fedtstof på brødet, og som spiser morgenmad hver dag.

Endvidere er der en større andel med sunde kostvaner blandt svarpersoner med længere uddannelse sammenlignet med svarpersoner med kortere uddannelse.

Der blev fundet tydelige sammenhænge mellem svarpersonernes kostvaner og deres selv vurderet helbred. Således vurderer andelen af svarpersoner, der har sunde kostvaner i højere grad deres eget helbred som godt eller virkelig godt.

## **Rygning**

Andelen, der ryger dagligt og andelen af storrygere blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune, er markant mindre end andelen i SUSY-Region Sjælland. Forskellene skyldes formentlig metode forskelle. I KRAM-undersøgelsen ses en lige stor andel, der ryger dagligt blandt mænd og kvinder. Andelen, der ryger dagligt er størst blandt de 25-44-årige og mindst blandt de 65+-årige for både mænd og kvinder. Inddeles rygere i forhold til uddannelseslængde, ses det, at andelen af dagligrygere falder med stigende uddannelseslængde for kvinder, mens andelen blandt mænd er størst blandt dem med længst uddannelse og mindst blandt dem med kortest uddannelse.

Der er en lige stor andel af mænd og kvinder i KRAM-undersøgelsen, der er storrygere. Den største andel af storrygere ses i aldersgruppen 25-44 år for både mænd og kvinder, mens den mindste andel ses blandt de 65+-årige. Andelen af storrygere falder med stigende uddannelseslængde for både mænd og kvinder.

Over halvdelen af rygerne i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune begyndte at ryge, før de fyldte 18 år. Svarpersoner med en kort uddannelse var yngre, da de begyndte at ryge sammenlignet med svarpersoner med en lang uddannelse.

Cirka hver tiende svarperson oplyser, at de dagligt er udsat for passiv rygning i otte timer eller mere, hvor af den største andel findes blandt de 18-24-årige. Andelen, der er udsat for passiv rygning i otte timer eller mere, falder med stigende uddannelseslængde.

## **Alkohol**

Blandt svarpersoner i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune oplyser hver tiende, at de drikker mere end Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser. Det er mindre end andelen fundet i SUSY-Region Sjælland. Som det også gjaldt for forskellen i andelen af rygere, skyldes forskellen i andelen, der drikker for meget alkohol, formentlig forskelle i dataindsamlingsmetoder. En større andel blandt mænd end kvinder overskrider genstandsgrænserne i løbet af en typisk uge, og drikker mere end fem genstande ved samme lejlighed (binge-drinking). Den største andel, der overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser, ses blandt de 65+-årige kvinder og de 18-24-årige mænd. Resultaterne viser endvidere, at der blandt mænd er en mindre andel blandt svarpersoner med en kort uddannelse, der overskrider genstandsgrænsen end blandt mænd med en lang uddannelse. For kvinder ses ikke samme tendens.

I alt 17,3 % af svarpersoner i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune oplyser, at de har drukket mere end 5 genstande ved en enkelt lejlighed inden for den seneste måned (binge-drinking). Tidlig alkoholdebut er relateret til en hyppigere overskridelse af genstandsgrænsen og til binge-drinking. De mest almindelige tømmermændssymptomer i forbindelse med binge-drinking er tørst, hovedpine og kvalme. Hovedpine som følge af binge-drikning opleves hyppigere af kvinder og af personer med længere uddannelse.

## **Motion**

Hver fjerde svarperson i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune oplyser, at de dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden. I alle aldersgrupper er der en større andel blandt mænd end kvinder, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden, og andelen falder med stigende alder for både mænd og kvinder. Andelen, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden stiger med stigende uddannelsesniveaue for begge køn. Der er en større andel med et virkelig godt selvvurderet helbred, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden end blandt dem, der ikke har et godt eller virkelig godt selvvurderet helbred.

En større andel kvinder end mænd svarer, at de ønsker at være mere fysisk aktive. Særligt de 18-44-årige ønsker at være mere aktive. Svarpersoner, der ikke dyrker moderat/hård fysisk aktivitet i fritiden, ønsker oftere at være mere fysisk aktive end svarpersoner, der allerede er

fysisk aktive i fritiden. Andelen med en fysisk inaktiv fritid, der ønsker at være mere aktiv, stiger med stigende uddannelse.

Omkring 2/3 af svarpersonerne mener, at kommunen på en eller anden måde kan hjælpe borgerne til at blive mere fysisk aktive. Der er især mange unge, der mener, at kommunen kan hjælpe. De fleste svarer, at kommunen kan hjælpe dem ved at: skabe flere tilbud om motion, der tager hensyn til dårlig kondition og helbredsproblemer; skabe flere motionsvenlige naturtilbud og anlægge flere cykelstier. De fysisk aktive synes at have en større tro på, at kommunen kan hjælpe dem til mere fysisk aktivitet sammenlignet med de inaktive. Der er imidlertid en stor andel af de fysisk inaktive, som mener, at kommunen kan hjælpe ved at skabe flere tilbud, der tager hensyn til dårlig kondition og helbredsproblemer.

Den vigtigste årsag til at være fysisk aktiv er for at være i form eller komme i bedre form. Det mener omkring halvdelen af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune. Sammenlignet med mænd er kvinder især fysisk aktive for at være/komme i form, for at tabe sig og for udseendets skyld. Derimod er en større andel af mænd end kvinder fysisk aktive for at være sammen med andre og for at konkurrere med andre.

Størstedelen af dem, som er fysisk aktive, dyrker selvorganiseret idræt alene eller er fysisk aktive i en forening. En større andel af kvinder end mænd er fysisk aktive i et motionscenter, danseinstitut eller lignende, på egen hånd - sammen med andre, i et kommunalt tilbud eller i en aftenskole. Andelen der er fysisk aktive i et kommunalt tilbud falder med stigende uddannelse og er mest udbredt blandt personer uden for erhverv.

### **Trivsel**

Der er en større andel kvinder end mænd, som ofte føler sig stresset i dagligdagen. Den største andel ses i aldersgruppen 45-64 år for mænd, og i aldersgruppen 25-44 år for kvinder. Der er en sammenhæng mellem oplevelsen af stress i dagligdagen og selvvurderet helbred. Endvidere er et højt stress-niveau relateret til usund kost, rygning og fysisk inaktivitet for begge køn samt højt alkoholforbrug for mænd.

Andelen, som får tilstrækkelig søvn – målt ved spørgsmålet om, hvorvidt man føler sig udhvilet – stiger med stigende alder. Det gælder også for andelen, der har god søvnkvalitet – målt ved, hvorvidt man ofte sover dårligt eller uroligt. Tilstrækkelig søvn er endvidere relateret til et godt selvvurderet helbred. Ligeledes er der en sammenhæng mellem utilstrækkelig søvn og rygning, manglende indtag af daglig frugt, fysisk inaktivitet samt stress i dagligdagen. God søvn-

kvalitet er ligeledes forbundet med oftere godt eller virkelig godt selv vurderet helbred, daglig indtag af frugt og fysisk aktivitet i fritiden.

Sociale relationer hænger sammen med selv vurderet helbred. Personer som vurderer deres eget helbred som nogenlunde, dårligt eller meget dårligt har typisk sjældent kontakt med familie eller venner og bekendte. Omvendt har personer, som har nogen at tale med om problemer, eller når der er brug for støtte ofte en opfattelse af eget helbred som godt eller virkelig godt. Der er en mindre andel, som sjældent træffer familie blandt de 25-44-årige sammenlignet med andre aldersgrupper. Blandt de 18-24-årige er der færrest, som sjældent træffer venner og bekendte. Endelig ses der en sammenhæng mellem, at nogen i omgangskredsen kræver for meget af en og selv vurderet helbred samt stress. Der er en større andel kvinder end mænd, der føler, at der er nogen i deres familie eller vennekreds, som kræver for meget af dem, og andelen er for begge køn størst blandt de 18-24-årige.

### **Den samlede KRAM score**

I den samlede KRAM-score er de fire KRAM-faktorer lagt sammen. En KRAM-score på nul er det optimale, da det betyder, at svarpersonen ingen dårlige vaner har – hverken med hensyn til kost, rygning, alkohol eller motion. En KRAM-score på fire er det dårligste resultat, da det betyder dårlige vaner på alle fire KRAM-faktorer. Der er sammenhæng mellem en høj KRAM-score og dårligt selv vurderet helbred samt langvarig sygdom.

KRAM-profilen for Guldborgsund kommune viser, at en større andel blandt mænd end kvinder har to eller flere usunde KRAM-vaner. Generelt har de unge færrest usunde KRAM-vaner, og svarpersoner med kort uddannelse har flere usunde vaner end svarpersoner med en lang uddannelse.

Analyserne i KRAM-profilen viser, at KRAM-faktorerne kost, rygning, alkohol og motion ofte spiller sammen. Det fremgår, at rygere spiser mere usundt end ikke-rygere og rygerne overskrider også oftere Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser. Kvinder spiser sundere end mænd, og der er en større andel blandt mænd end kvinder, som har et højt alkoholforbrug. Til gengæld er der en større andel blandt mænd end kvinder, der er fysisk aktive i fritiden.

### **Indlæggelse og ambulante forløb**

Guldborgsund Kommune har et samlet antal indlæggelser (per 1000 personår), som svarer til det øvrige Danmark. Blandt mænd er indlæggelsesraten dog på et højere niveau, mens raten for kvinder er lavere end indlæggelsesraten på landsplan. Beregningen af indlæggelsesraterne tager højde for aldersfordelingen i befolkningen.

Guldborgsund Kommune har samlet set et tilsvarende antal ambulante sygehuskontakter sammenlignet med Danmark som helhed. Dette mønster gælder ligeledes for folkesygdomme: hjertekarsygdomme, muskel- og skeletsygdomme, kroniske obstruktiv lungesygdom og kræft. Overordnet har ældre på 70 år eller derover flest kontakter til sygehusvæsenet, både hvad angår heldøgnsindlæggelser og ambulante kontakter. Dette gør sig ligeledes gældende for de enkelte folkesygdomme inkluderet i denne profil, idet de største rater ses blandt ældre på 70 år eller derover.

### **Overvejelser om undersøgelsens metode**

KRAM-undersøgelsens resultater er – ligesom alle andre undersøgelser – påvirket af den metode, der er anvendt. Ikke mindst er det velkendt, at der er forskel på resultater af spørgeskemaundersøgelser afhængig af dataindsamlingsmetoden. Betydningen heraf kan i KRAM-profilen for Guldborgsund Kommune ses ved, at der for alle overordnede resultater, hvor det er muligt, er vist en tabel, der sammenholder besvarelsenerne fra den selvadministrerede KRAM-undersøgelse med tal for Region Sjælland fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelse (SUSY), der er baseret på interviewadministrerede spørgeskemabesvarelser.

Mens nationale, regionale og kommunale sundhedsprofiler oftest baseres på en mindre tilfældigt udtrukket stikprøve, er der i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune valgt at give alle 43.130 voksne borgere i kommunen mulighed for at besvare spørgeskemaet. Dette betyder, at KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune får et større antal besvarelser, men samtidig at resultaterne ikke kan betragtes som repræsentative for kommunens borgere. Set i forhold til hele befolkningen i Guldborgsund Kommune er der i KRAM-undersøgelsen en mindre andel af mænd og en større andel af kvinder. Endvidere er der en mindre andel af unge og ældre mænd samt en større andel af kvinder i alderen 45-64 år blandt svarpersonerne i forhold til den voksne befolkning i Guldborgsund Kommune. Endelig er der blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen en større andel med en lang og mellemlang videregående uddannelse end i befolkningen i Guldborgsund Kommune som helhed.

Da KRAM-profilen har særligt fokus på forskelle mellem grupper i befolkningen, foretages langt de fleste analyser separat for mænd og kvinder og forskellige alders- og uddannelsesgrupper, hvilket mindsker betydningen af svarpersonernes fordeling i forhold til baggrundsbefolkningen. Hvad angår de rå procenter for andelen af befolkningen, der har sunde eller usunde KRAM-vaner, kan især en større andel af svarpersoner med en lang uddannelse have betydning for resultaterne. Det kan give en skævhed, fordi det er velkendt, at personer med længere uddannelse oftere har sundere vaner end personer med kortere uddannelse. Betydningen af

svarpersonernes uddannelsesmæssige baggrund er dels undersøgt ved uddannelsesjustering for alle overordnede variable, dels ved analyser af sammenhænge mellem uddannelse og hver af variablene, som det er gjort for køn og alder.

Endelig synes besvarelserne på KRAM-spørgeskemaet at være påvirket af det, der kan kaldes en KRAM-effekt. Fordi mange ved, hvad KRAM står for, kan nogle svarpersoner tænkes at have underrapporteret usunde KRAM-vaner - eller endog helt have undladt at svare på skemaet.

## **Kapitel 1 – Baggrund og formål**

### **Baggrund og formål**

Guldborgsund Kommune var den sjette kommune, der deltog i KRAM-undersøgelsen. KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune foregik fra den 4. februar til den 29. februar 2008. Denne KRAM-profil beskriver resultater af alle indkomne spørgeskemabesvarelser og de gennemførte undersøgelser ved KRAM-bussen i Guldborgsund Kommune i den pågældende måned tillige med registerbaserede oplysninger om borgernes sundhedstilstand.

Det er velkendt, at faktorerne kost, rygning, alkohol og motion hver for sig og sandsynligvis i samspil har stor betydning for sundhed og sygelighed. Usund kost kan føre til blandt andet fedme, type 2-diabetes, hjerte-karsygdomme og cancer, rygning kan føre til cancer og hjerte-karsygdomme, alkoholstorforbrug kan ligeledes føre til en række cancerformer, slagtilfælde samt skrumpelever, mens fysisk inaktivitet kan føre til blandt andet hjerte-karsygdomme, type 2-diabetes og visse cancerformer. Af de kendte modificerbare livsstilsfaktorer er KRAM-faktorerne således særdeles vigtige.

Selvom KRAM-faktorernes betydning for helbredet hver for sig er veldokumenterede, er der for alle fire faktorer en række uafklarede spørgsmål. Vi mangler viden om interaktionen mellem faktorerne samt viden om de helbredsmæssige betydninger af samspillet mellem genetik, livsstil – herunder KRAM-faktorerne – og levevilkår eller miljøfaktorer. Endelig mangler vi viden om hvilke mekanismer, der fører til, at nogle har mere usunde vaner end andre, og hvad vi kan gøre for at skabe sunde rammer for befolkningen, det vil sige hvilke indsatser, der effektivt kan påvirke folk til at spise sundere, holde op med at ryge, drikke en let til moderat mængde af alkohol og være mere fysisk aktive.

Formålet med KRAM-profilen er dels at vise resultater af uddybende analyser af forskelle mellem grupper baseret på køn, alder og uddannelse blandt svarpersonerne i Guldborgsund Kommune og dels at vise sammenhænge mellem KRAM-faktorerne og nye variable med betydning for det fremtidige sundhedsfremmearbejde.

## **Læsevejledning**

Rapporten består af 11 kapitler. I kapitlet 'Materiale og metode' beskrives undersøgelsespopulationen, det vil sige køn, alder og uddannelse blandt svarpersonerne i spørgeskemaundersøgelsen og deltagerne i helbredsundersøgelsen i forhold til dem, der blev inviteret til at deltage og i forhold til alle borgere i Guldborgsund Kommune. I de følgende kapitler beskrives undersøgelsens resultater for Guldborgsund Kommune. Først beskrives helbred blandt svarpersonerne i spørgeskemaundersøgelsen, dernæst beskrives helbred målt ved helbredsundersøgelsen. Herefter følger yderligere seks kapitler med resultater fra spørgeskemaundersøgelsen: først resultater vedrørende de fire KRAM-faktorer, dernæst resultater vedrørende svarpersonernes trivsel, og derefter et kapitel om sammenhænge mellem KRAM-faktorerne. I sidste kapitel præsenteres de registerbaserede informationer om indlæggelser og ambulante forløb blandt alle borgere i Guldborgsund Kommune.

## Kapitel 2 – Materiale og metode

### Populationen

Resultaterne i denne KRAM-profil for Guldborgsund Kommune baseres på besvarelser fra de personer, der deltog i spørgeskemaundersøgelsen og på resultater af målinger og test fra personer, der deltog i helbredsundersøgelsen ved KRAM-bussen. Desuden indgår registerbaserede oplysninger fra alle borgere i Guldborgsund Kommune.

### Svarpersoner i spørgeskemaundersøgelsen

Alle voksne på 18 år eller derover som var bosiddende i Guldborgsund Kommune per 25. januar 2008 men ikke forskningsbeskyttede, blev inviteret til at besvare det internetbaserede spørgeskema. I alt fik 43.130 personer, tilsendt en invitation. Spørgeskemaet blev helt eller delvist besvaret af i alt 5.841 personer, hvoraf 1.919 personer helt eller delvist besvarede det supplerende kostspørgeskema. Dette svarer til en samlet deltagelsesprocent på 13,5.

I tabel 2.1 er deltagelsen opgjort efter køn og alder. Det ses af tabellen, at deltagelsen er større blandt kvinder (15,8 %) end blandt mænd (11,2 %). Blandt både mænd og kvinder stiger deltagelsen med stigende alder indtil aldersgruppen 45-64 år, hvorefter den falder.

*Tabel 2.1 Resultat af dataindsamlingen ved KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune. Procent*

		Antal inviterede	Antal, der helt eller delvist har besvaret spørgeskemaet	Andel, der helt eller delvist har besvaret spørgeskemaet (%)
Total		43.130	5.841	13,5
Mænd	18-24 år	1.686	103	6,1
	25-44 år	5.389	454	8,4
	45-64 år	8.737	1.193	13,7
	65-79 år	4.158	556	13,4
	80+ år	1.194	62	5,2
	Alle mænd	21.164	2.368	11,2
Kvinder	18-24 år	1.434	184	12,8
	25-44 år	5.284	888	16,8
	45-64 år	8.660	1.820	21,0
	65-79 år	4.562	545	12,0
	80+ år	2.026	36	1,8
	Alle kvinder	21.966	3.473	15,8

I tabel 2.2 vises køns- og aldersfordelingen blandt svarpersonerne sammenholdt med alle borgere i Guldborgsund Kommune. Af tabellen ses, at der er en mindre andel af mænd blandt svarpersonerne end i befolkningen i Guldborgsund Kommune. Endvidere ses det af tabellen, at der er en mindre andel af unge mænd, en mindre andel i aldersgruppen 80+ år samt en større andel af kvinder i alderen 45-64 år blandt svarpersonerne i forhold til den voksne befolkning i Guldborgsund Kommune.

*Tabel 2.2 Den relative fordeling på køn og alder blandt henholdsvis svarpersoner i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune og alle inviterede borgere i Guldborgsund Kommune. Procent*

		Svarpersoner i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune	Borgere i Guldborgsund Kommune
Mænd	18-24 år	1,8	3,9
	25-44 år	7,8	12,5
	45-64 år	20,4	20,3
	65-79 år	9,5	9,6
	80+ år	1,1	2,8
	Alle mænd	40,5	49,1
Kvinder	18-24 år	3,2	3,3
	25-44 år	15,2	12,3
	45-64 år	31,2	20,1
	65-79 år	9,3	10,6
	80+ år	0,6	4,7
	Alle kvinder	59,5	50,9

Svarpersonernes uddannelsesniveau i forhold til alle borgere i Guldborgsund Kommune er undersøgt ved sammenligning af svarpersonernes egen angivelse af uddannelsesniveau i spørgeskemabesvarelserne med registerbaserede oplysninger fra Danmarks Statistiks Statistikbank (Danmarks statistik, 2008). Det skal bemærkes, at sammenligningen mellem de henholdsvis selvrapporterede og registerbaserede oplysninger medfører en vis usikkerhed. Uddannelsesniveau er klassificeret efter den internationale uddannelsesnomenklatur, International Standard Classification of Education (ISCED), der tager højde for både skole- og erhvervsuddannelse.

Det fremgår af tabel 2.3, at der blandt svarpersonerne i aldersgruppen 25-64 år i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune er en større andel med en lang og en mellemlang videregående uddannelse end i befolkningen i Guldborgsund Kommune som helhed. Tilsvarende ses en underrepræsentation i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune af personer med grundskoleuddannelse og erhvervsuddannelse som højst fuldførte uddannelse. Det er

kun aldersgruppen 25-64 år, der er medtaget i analyserne vedrørende uddannelse, da en stor del af de 18-24-årige endnu ikke har fuldført en uddannelse.

*Tabel 2.3 Den relative fordeling på højeste fuldførte uddannelse blandt 25-64-årige svarpersoner i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune og i Guldborgsund Kommune i 2006. Procent*

	KRAM-Undersøgelsen i Guldborgsund Kommune	Guldborgsund Kommune
Grundskole	13,4	29,3
Almen- eller erhvervsgymnasial uddannelse	2,9	3,6
Erhvervsuddannelse	36,7	43,6
Kort videregående uddannelse	8,9	4,9
Mellemlang videregående uddannelse/bachelor	27,1	13,5
Lang videregående uddannelse	7,9	3,0
Uoplyst	3,1	2,1
Total	100	100
Antal svarpersoner	4.355	33.910

Selvom der er tale om et relativt stort antal besvarelser, kan resultaterne fra KRAM-undersøgelsen ikke direkte generaliseres til at gælde for hele den voksne befolkning i Guldborgsund Kommune. Det er dog i nogen grad muligt ved hjælp af statistiske metoder at analysere betydningen af køns-, alders- og uddannelsesmæssige forskelle mellem svarpopulationen og borgerne i Guldborgsund Kommune. Disse metoder, og måden hvorpå vi har valgt at illustrere dem på i KRAM-profilen, beskrives nærmere i afsnittet 'analysemetoder'.

### **Deltagere i helbredsundersøgelsen ved KRAM-bussen**

Blandt de voksne borgere i befolkningen blev 16.000 også inviteret til at deltage i helbredsundersøgelsen ved KRAM-bussen. Af disse blev i alt 1.603 personer undersøgt. Deltagernes køns- og aldersfordeling i forhold til de inviterede og hele befolkningen i Guldborgsund Kommune fremgår af tabel 2.4. Af tabellen ses, at der er en overrepræsentation af kvinder, især de 45-64-årige, og en underrepræsentation af unge blandt deltagerne i forhold til borgerne i Guldborgsund Kommune.

Tabel 2.4 Den relative fordeling på køn og alder blandt inviterede til helbredsundersøgelsen, deltagerne i helbredsundersøgelsen og i befolkningen i Guldborgsund Kommune. Procent

		Inviterede til helbredsundersøgelsen i Guldborgsund Kommune	Deltagere i helbredsundersøgelsen i Guldborgsund Kommune	Borgere i Guldborgsund Kommune
Mænd	18-24 år	3,8	0,7	3,9
	25-44 år	12,6	7,9	12,5
	45-64 år	20,6	22,2	20,3
	65+ år	12,4	11,8	12,4
	Alle mænd	49,4	42,6	49,1
Kvinder	18-24 år	3,4	1,7	3,3
	25-44 år	12,0	11,5	12,3
	45-64 år	19,8	32,0	20,1
	65+ år	15,4	12,3	15,3
	Alle kvinder	50,6	57,5	50,9
Antal svarpersoner		16.000	1.603	43.130

## Indsamling af data

### Den internetbaserede spørgeskemaundersøgelse

I alt 43.130 borgere i Guldborgsund Kommune fik tilsendt et introduktionsbrev med oplysninger om undersøgelsens formål og indhold. Introduktionsbrevet indeholdte oplysninger om undersøgelsen samt et personligt brugernavn og adgangskode til besvarelse af det internetbaserede spørgeskema. Det blev gjort klart, at deltagelse i undersøgelsen var frivillig. For at besvare spørgeskemaet skulle borgeren gå ind på KRAM-undersøgelsens hjemmeside og indtaste brugernavn og adgangskode. Dataindsamlingsperioden forløb over fire uger i februar 2008.

Spørgeskemaet til KRAM-undersøgelsen er konstrueret med udgangspunkt i spørgsmål fra de danske Sundheds- og sygelighedsundersøgelser (SUSY-undersøgelserne). SUSY-spørgsmålne er baseret på en traditionel epidemiologisk forståelsesmodel, som opererer med nogle risikofaktorer, der kan medvirke til sygdom med deraf følgende konsekvenser (Ekholm et al., 2006). Udover spørgsmål om forskellige helbredsforhold stilles en række spørgsmål, som kan belyse perspektiver på sygdom og sundhed. Der spørges til konsekvenser af sygdom samt en række bagvedliggende oplysninger, som formodes at have betydning for udvikling af sygdom, eller som kan medføre nedsat livskvalitet.

Udover standardspørgsmålne, som benyttes i SUSY-undersøgelserne og en række andre danske befolkningsundersøgelser, indgår i KRAM-spørgeskemaet spørgsmål fra andre danske og internationale undersøgelser vedrørende specifikke KRAM-emner samt – i mindre omfang –

nye spørgsmål udviklet specielt til KRAM-undersøgelsen. Eksempelvis indeholder spørgeskemaet spørgsmål om udsættelse for passiv rygning og detaljeret information om fysisk aktivitetsniveau målt ved et internationalt anerkendt spørgsmålsbatteri, International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Ligeledes spørges der eksempelvis til alkoholvaner gennem livet, oplevelsen af stress og søvnmønstre.

Foruden selve KRAM-spørgeskemaet blev deltagerne opfordret til at besvare et kostspørgeskema. Hovedformålet med kostspørgeskemaet er at undersøge, hvem det er, der spiser usundt, samt sammenhængen mellem kosten og udviklingen af specifikke sygdomme og helbredsproblemer. Derfor lægges der stor vægt på at få meget detaljerede oplysninger om alle aspekter, der vedrører kosten. Dette gælder ikke alene indtag af fødevarer og næringsstoffer, men også mere kvalitative aspekter som økologi og tilberedning af maden. De mange detaljer gør det muligt ved yderligere analyser at få et mål for det gennemsnitlige energiindtag samt fordelingen af indtaget af fedt, kulhydrat og protein.

I kostspørgeskemaet spørges der til, hvor ofte der spises en lang række fødevarer. Svarpersonerne skal forsøge at tænke tilbage på deres madvaner det seneste år og angive et gennemsnit for deres indtag. På den måde kan vi også få oplysninger om de fødevarer, som bliver spist sjældent, og de fødevarer, hvor der er forskel på indtagelsen sommer og vinter. Derudover bestemmes portionsstørrelsen ved hjælp af et billedmateriale med angivne standardportionsstørrelser. Detaljerede analyser af resultaterne fra kostspørgeskemaet vises ikke i KRAM-profilen.

### **Helbredsundersøgelsen**

Helbredsundersøgelsen foregik dels i KRAM-bussen, hvor deltagerne blev budt velkommen, og dels i lokaler i umiddelbar nærhed af bussen. Deltagerne fik blandt andet målt blodtryk, fedtprocent, hofte- og taljemål, muskelstyrke, balance samt kondital, og der blev taget blodprøver, som blev undersøgt for blandt andet kolesterol, triglycerid og blodsukkerniveau. Forud for helbredsundersøgelsen skulle deltageren have besvaret det internetbaserede spørgeskema.

Helbredsundersøgelsen varede cirka 1½ time. Alle inviterede uanset alder og helbred kunne deltage. Deltagelse var frivillig, og det var muligt i samråd med en KRAM-medarbejder at fravælge at deltage i en eller flere af delundersøgelserne, såfremt særlige sundhedsmæssige forhold var til stede, eller man ikke ønskede at gennemføre alle undersøgelser. Undersøgelsen var delt op i fem undersøgelsesstationer efter velkomststationen, hvor der blev givet information om undersøgelsen og underskrevet samtykkeerklæring om deltagelse. Nedenfor beskrives målinger og test ved hver af stationerne.

- Station 1:** Blodtryks- og pulsmåling, måling af talje- og hofteomkreds samt vægt, højde og fedtprocent.
- Station 2:** Blodprøvetagning. Prøverne analyseres for kolesterol, triglycerid (fedt), sukker og CRP (en markør for betændelse).
- Station 3:** Måling af lungefunktion, scanning af fingrenes knoglemineralindhold, måling af muskelstyrke i hænder og arme samt en kombineret styrke- og balancetest. Deltagere på 60 år eller ældre fik desuden målt stående balance og ganghastighed.
- Station 4:** Konditest på kondicykel. Efter en kort opvarmning på cyklen blev deltageren opfordret til at køre med en jævnt stigende belastning indtil udmattelse. Såfremt deltageren ikke var i stand til at køre til udmattelse gennemførtes kun opvarmningen. I begge tilfælde blev pulsen målt, og deltageren blev bedt om at angive, hvor belastende testen blev oplevet.
- Station 5:** Udlevering af folder med resultater fra målinger og test samt information til deltageren om betydningen heraf.

## Analysemetoder

KRAM-profilen indeholder resultater baseret på svar fra spørgeskemaundersøgelsen og målinger og test ved helbredsundersøgelsen i Guldborgsund Kommune. Alle fund vedrørende forskelle mellem befolkningsgrupper eller sammenhænge mellem forskellige variable er blevet testet ved hjælp af et  $\chi^2$ -test på signifikansniveau 0,05. Det betyder, at når der eksempelvis står, at andelen blandt mænd er større end andelen blandt kvinder, er forskellen mellem kønnene testet og fundet statistisk signifikant med stor sikkerhed. Modsat vil der i tabellerne i nogle tilfælde kunne observeres en forskel eksempelvis i procenterne for mænd og kvinder, mens der i teksten står, at der ikke er forskel mellem kønnene – det skyldes, at forskellen ikke er statistisk signifikant. I de fleste tilfælde kommenteres kun signifikante fund.

KRAM-undersøgelsen er et tværsnitsstudie, der beskriver sammenhænge mellem eksempelvis KRAM-faktorerne og helbred ud fra informationer, der er indsamlet samtidig. Sammenhænge, der præsenteres i rapporten, er derfor ikke et udtryk for, at den ene faktor nødvendigvis har medført den anden. Et eksempel er sammenhængen mellem stress og selvvurderet helbred. Det kan således ikke afgøres, om øget stress giver et dårligere selvvurderet helbred, eller om dårligere selvvurderet helbred giver øget stress.

I denne KRAM-profil sammenholdes en række overordnede resultater fra undersøgelsen i januar 2008 i Guldborgsund Kommune med resultaterne fra SUSY-2005 undersøgelsen for Region

Sjælland (i disse sammenligninger bruges signifikansniveau 0,01). Sådanne sammenligninger kan give et indblik i, hvorledes forskelle i dataindsamlingsmetode kan påvirke rapporteringen. Mens data til KRAM-undersøgelsen er indsamlet ved et selvadministreret internetbaseret spørgeskema, er der i SUSY-2005 anvendt personlige interviews i svarpersonens hjem. SUSY-2005-Region Sjælland er baseret på en stikprøve på 4.286 danske statsborgere på 16 år eller derover. Af disse blev der i alt opnået interview med 2.818 personer. Udover forskellene i dataindsamlingsmetoder er de to undersøgelser således forskellige, hvad angår aldersfordelingen i populationerne, og idet tal for KRAM-undersøgelsen baseres på Guldborgsund Kommune, mens tal fra SUSY-2005 gælder for hele Region Sjælland. Yderligere er der forskel på den uddannelsesmæssige fordeling, idet der er en større andel af svarpersoner med en lang uddannelse i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune i forhold til i SUSY-Region Sjælland.

*Tabel 2.6 Dataindsamlingsmetode og population i KRAM-undersøgelsen for Guldborgsund Kommune, SUSY-Region Sjælland og Guldborgsund Sundhedsprofil*

	KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune	SUSY Region Sjælland
År	2008	2005
Dataindsamlingsmetode	Internetbaseret selvadministreret spørgeskema	Interviewbaseret spørgeskema
Population	Guldborgsund Kommune	Region Sjælland
Aldersgruppe	18 år eller derover	16 år eller derover
Antal svarpersoner	5.841	2.818

Det skal bemærkes, at der i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune er tale om opgørelser på kommuneniveau, selvom kun bynavnet er angivet i tabellerne for hovedindikatorerne. Ved enkelte tabeller er det ikke muligt at angive opgørelser fra SUSY-2005. Dette skyldes, at spørgsmålene enten ikke er medtaget i SUSY-2005, eller at spørgsmålsformuleringen ikke er den samme som i KRAM-undersøgelsen.

For at illustrere betydningen af den uddannelsesmæssige skævhed i KRAM-undersøgelsens svarpopulation vises for de overordnede resultater en uddannelsesjusteret andel, der er beregnet ved at vægte besvarelsene i forhold til Danmarks Statistiks opgørelse af uddannelsesniveaut for borgere i Guldborgsund Kommune. Eksempelvis gælder det for rygning, hvor andelen af dagligrygere falder med stigende uddannelseslængde, at andelen af dagligrygere blandt svarpersonerne er mindre end den viste uddannelsesjusterede procent (se tabel 6.1), hvor der er taget højde for forskellen mellem uddannelsesniveaut blandt henholdsvis svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune og befolkningen i Guldborgsund Kommune. Den uddannelsesjusterede procent er altså et udtryk for, hvor stor forekomsten af eksempelvis daglig rygning ville være, hvis uddannelsesniveaut blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen svarede til niveaut i befolkningen i Guldborgsund Kommune.

Uddannelsesjusteringen er baseret på Danmarks Statistiks opgørelse over uddannelsesniveau i Guldborgsund Kommune i 2007 blandt de 25-64-årige (Danmarks statistik, 2008). De uddannelsesjusterede andele er kun beregnet for de 25-64-årige, fordi unge under 25 år ofte stadig er under uddannelse, og fordi det ikke er muligt at få oplysninger om de ældstes højeste fuldførte uddannelse fra Statistikbanken. For at illustrere betydningen af uddannelsesjusteringen præsenteres også de rå prævalensopgørelser for de 25-64-årige i tabellerne for hovedindikatorer.

For de overordnede indikatorer vises desuden en søjlefigur opdelt for mænd og kvinder med aldersjusterede prævalenser for hver af de fire uddannelsesgrupper, der anvendes i KRAM-profilen i Guldborgsund Kommune. De justerede andele er aldersstandardiseret i forhold til befolkningen i Guldborgsund Kommune per 25. januar 2008. Aldersjusteringen i forhold til uddannelse er væsentlig, fordi yngre hyppigere end ældre har længerevarende uddannelser. Figurerne illustrerer således sammenhængen mellem den pågældende indikator og uddannelse, når der tages højde for aldersforskelle i uddannelsesgrupperne.

Det har sandsynligvis indvirket på svarpersonernes rapportering og deltagelse, at KRAM-undersøgelsen i kraft af sit navn angiver, at der er tale om en undersøgelse, som specifikt har fokus på kost, rygning, alkohol og motion. Eksempelvis er det tænkeligt, at rygere enten har fravalgt at deltage i undersøgelsen eller har underrapporteret deres rygevaner. Betydningen af metodemæssige forhold såvel som betydningen af denne såkaldte KRAM-effekt beskrives i tilknytning til tabellerne for hovedindikatorerne.

## Kapitel 3 – Selvrapporteret helbred og sygelighed

Nærværende kapitel er baseret på svar fra spørgeskemaundersøgelsen og omhandler den subjektive dimension af sundhed og helbred. Først beskrives resultater vedrørende selv vurderet helbred og dernæst oplysninger omkring sygelighed, brug af sundhedsvæsenet og medicinbrug. Sidst i kapitlet beskrives andelen, der oplyser, at de er svært overvægtige.

### Selv vurderet helbred

Det er ofte hævdet, at personlige beskrivelser og observationer er fejlkilder i videnskabelige undersøgelser. Her er der imidlertid tale om en anderledes problemstilling, idet det netop er svarpersonernes oplevelse og vurdering af egen sundheds- og helbredstilstand, der er genstandsfeltet. Det er alene svarpersonerne, der kan rapportere om, hvordan de oplever og vurderer deres sundhedstilstand.

Det er velkendt, at en persons vurdering af eget helbred er en særdeles god faktor til at forudsige dødelighed og sygelighed. Jo dårligere en person vurderer sit eget helbred, desto større er risikoen for død og sygelighed i en given opfølgingsperiode (Kristensen et al., 1998). Der findes forskellige forklaringer på denne sammenhæng. For det første er det blevet fremhævet, at der er tale om en helhedsorienteret vurdering, hvor svarpersonen bruger forskellige kilder i sin vurdering. Det er derfor ikke blot den aktuelle helbredssituation, men også udviklingen gennem hele livsforløbet, kendskabet til sygelighed og dødelighed i familien og vurdering af egen helbredssituation i forhold til andre jævnaldrende med videre. For det andet fremhæves, at vurderingen af eget helbred kan influere på, hvorledes personen reagerer på egen sygdom (for eksempel at tage den lægeordnede medicin) og egen sundhedsfremmende eller forebyggende adfærd. For det tredje fremhæves, at vurderingen af eget helbred også afspejler indre og ydre ressourcer, der kan trækkes på i tilfælde af sygdom, som for eksempel oplevelsen af indre kontrol eller ekstern social støtte (Idler & Benyamini, 1997).

I KRAM-undersøgelsen er selv vurderet helbred belyst gennem spørgsmålet: "Hvorledes vil du vurdere din nuværende helbredstilstand i almindelighed?" med svarkategorierne:

- Virkelig god
- God
- Nogenlunde
- Dårlig
- Meget dårlig

Det fremgår af tabel 3.1, at 72,5 % af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune vurderer deres eget helbred som virkelig godt eller godt. Det ses endvidere, at andelen, der vurderer eget helbred som virkelig godt eller godt, er lidt mindre, når besvarelserne vægtes i forhold til uddannelsesniveaut for alle borgere i Guldborgsund Kommune (uddannelsesjusteret). Endelig fremgår det, at andelen blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen,, der vurderer eget helbred som virkelig godt eller godt, er mindre end andelen i SUSY-Region Sjælland.

*Tabel 3.1 Andel der vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt. Procent*

	KRAM-Guldborgsund	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige <sup>1</sup>	SUSY-Region Sjælland
Procent	72,5	72,6	69,7	77,9*
Antal svarpersoner	5.798	4.325	4.215	2.818
<sup>1</sup> Uddannelsesjusteret. 25-64-årige				
*p<0,01				

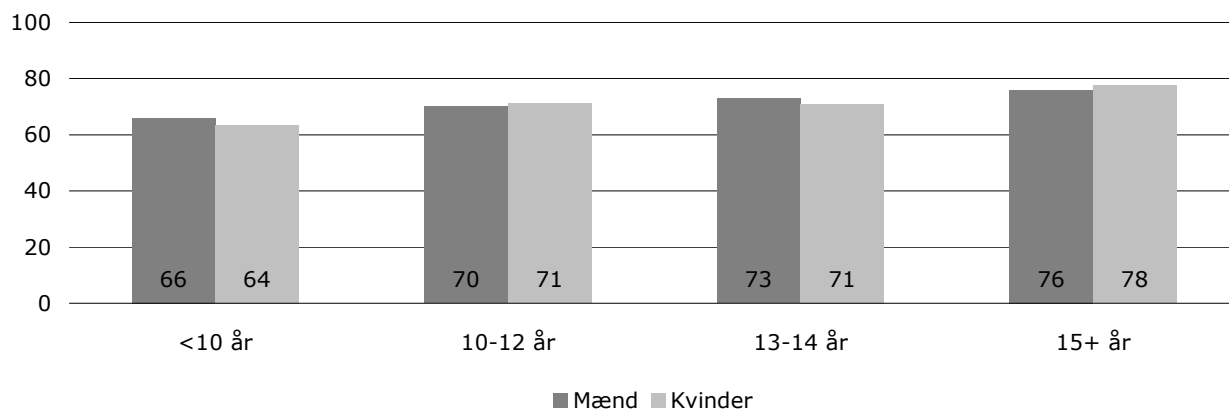
Tabel 3.2 viser andelen, der vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Der er en større andel blandt kvinder end mænd, der har et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred. Det fremgår endvidere, at andelen, der vurderer eget helbred som virkelig godt eller godt, for mænd er størst i aldersgruppen 25-44 år sammenlignet med de andre aldersgrupper. For kvinder er andelen mindre for de 65+-årige sammenlignet med de andre aldersgrupper.

*Tabel 3.2 Andel der vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent*

		Procent	Antal svarpersoner
Total		72,5	5.798
Mænd	18-24 år	74,8	103
	25-44 år	76,4	453
	45-64 år	68,9	1.182
	65+ år	72,4	613
	Alle mænd	71,5	2.351
Kvinder	18-24 år	73,9	184
	25-44 år	74,4	885
	45-64 år	73,3	1.805
	65+ år	70,7	573
	Alle kvinder	73,2	3.447

Figur 3.1 viser sammenhængen mellem uddannelse og selv vurderet helbred, når der tages højde for aldersforskelle i uddannelsesgrupperne. Både blandt mænd og kvinder gælder det, at der er en sammenhæng mellem uddannelse og selv vurderet helbred. Således stiger andelen, der har et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred, med stigende uddannelseslængde.

*Figur 3.1 Andel der vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent*



## Sygelighed

I KRAM-undersøgelsen belyses sygelighed ved brug af to spørgsmål. Det første spørgsmål omhandler, hvorvidt svarpersonen har en langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af en skade eller en anden langvarig lidelse. Langvarig sygdom er defineret som sygdom af seks måneders varighed eller længere og svarer til det lægelige begreb kronisk sygdom. Det andet spørgsmål er stillet som en liste af specifikke sygdomme eller lidelser. Når der spørges til en række specifikke sygdomme eller lidelser, rapporteres der ofte om flere sygdomme eller tilstande, end hvis der anvendes et åbent spørgsmål. Dette skyldes sandsynligvis, at der ved besvarelse af et åbent spørgsmål er en tilbøjelighed til at glemme mindre alvorlige tilfælde eller tilfælde, der ikke giver smerter eller gener.

Med den stigende levealder er langvarig sygdom begyndt at fylde meget i det samlede sygdomsbillede. Mange mennesker må i dag regne med at komme til at leve en del af deres liv med en eller flere langvarige sygdomme. Endvidere relaterer en betydelig del af sundhedsvæsenets omkostninger sig til behandling af langvarige sygdomme.

Andelen med en langvarig sygdom eller lidelse fremgår af tabel 3.3. Det ses, at andelen med en langvarig sygdom er mindre blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune (34,7 %) end i SUSY-Region Sjælland (39,9 %).

*Tabel 3.3 Andel en med langvarig sygdom. Procent*

	KRAM-Guldborgsund	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige <sup>1</sup>	SUSY-Region Sjælland
Procent	34,7	33,5	35,1	39,9*
Antal svarpersoner	5.576	4.196	4.196	2.818
<sup>1</sup> Uddannelsesjusteret. 25-64 år				
*p<0,01				

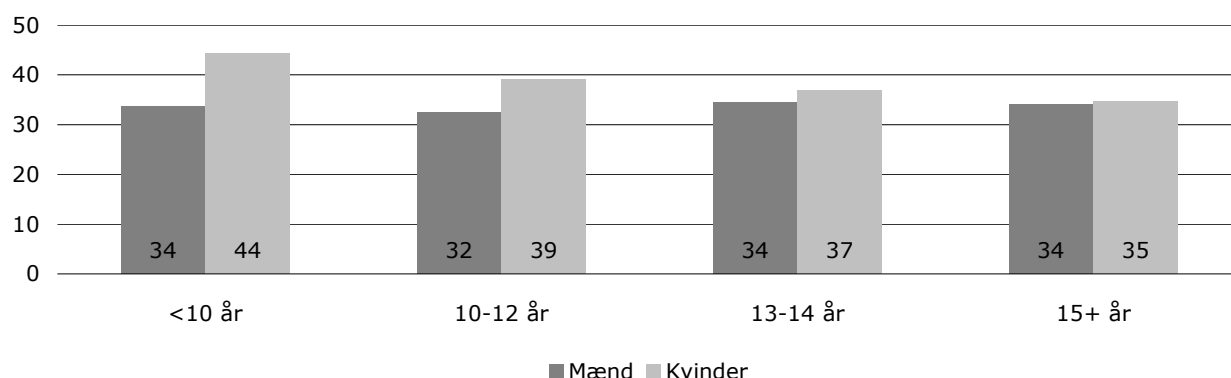
Tabel 3.4 viser, at der er en klar sammenhæng mellem alder og langvarig sygdom. Både blandt mænd og kvinder stiger andelen med en langvarig sygdom, med stigende alder.

*Tabel 3.4 Andel med en langvarig sygdom blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent*

		Procent	Antal svarpersoner
Total		34,7	5.576
Mænd	18-24 år	19,4	93
	25-44 år	24,5	432
	45-64 år	36,5	1.155
	65+ år	40,2	582
	Alle mænd	34,4	2.262
Kvinder	18-24 år	22,7	176
	25-44 år	29,6	859
	45-64 år	35,8	1.750
	65+ år	44,1	529
	Alle kvinder	34,8	3.314

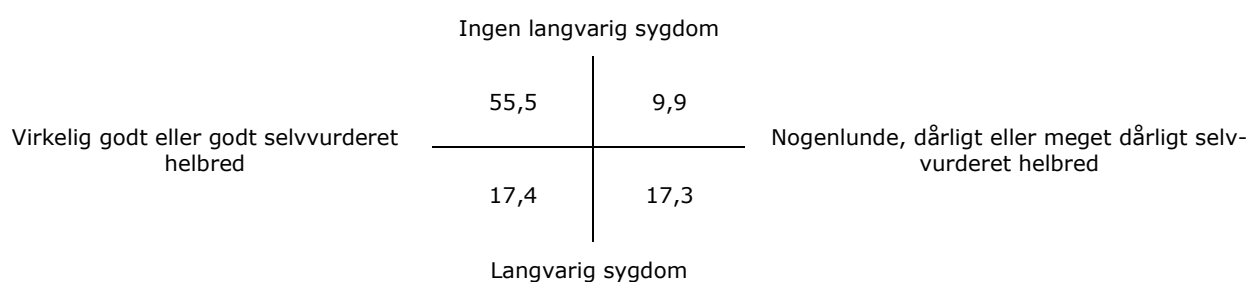
I figur 3.2 ses sammenhængen mellem uddannelseslængde og andelen med en langvarig sygdom. Det fremgår, at for kvinder falder andelen med en langvarig sygdom med stigende uddannelseslængde. Dog ses en relativ stor andel, der angiver at have en langvarig sygdom, blandt kvinder med en lang uddannelse (35,0 %). For mænd ses ikke en tilsvarende sammenhæng mellem uddannelseslængde og langvarig sygdom.

Figur 3.2 Andel med langvarig sygdom blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Figur 3.3 viser sammenhængen mellem selv vurderet helbred og langvarig sygdom. I alt vurderer 55,5 % af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune deres eget helbred som virkelig godt eller godt samtidig med, at de ikke har nogen langvarig sygdom. Figuren viser tillige at 17,3 % vurderer, at de har et nogenlunde eller dårligt helbred og samtidig har en langvarig sygdom. Det fremgår således af tallene i figuren, at det at leve med en langvarig sygdom ikke nødvendigvis betyder, at en person vurderer sit helbred som dårligt og omvendt. Således er der i alt 17,4 %, der vurderer eget helbred som virkelig godt eller godt og samtidig har en langvarig sygdom, og 9,9 % der ikke har nogen langvarig sygdom og samtidig vurderer eget helbred som nogenlunde, dårligt eller meget dårligt.

Figur 3.3 Sammenhængen mellem selv vurderet helbred og langvarig sygdom. Procent



Tabel 3.5 viser andelen, der har forskellige specifikke sygdomme blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune. Den største andel angiver, at de lider af slidgigt/leddegigt (23,7 %). Det er på niveau med andelen i SUSY-Region Sjælland (22,4 %). Den næst hyppigste sygdom er allergi – 17,1 % af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune.

borgsund kommune angiver at de lider af allergi. Det er mindre end andelen i SUSY-Region Sjælland (20,0 %).

*Tabel 3.5 Andel med forskellige sygdomme. Procent*

		KRAM-Guldborgsund	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige <sup>1</sup>	SUSY-Region Sjælland
Allergi	Procent	17,1	18,2	16,6	20,0*
	Antal svarpersoner	5.479	4.147	4.147	2.818
Slidgigt/ leddegigt	Procent	23,7	20,6	23,2	22,4
	Antal svarpersoner	5.514	4.161	4.161	2.818
Diabetes	Procent	4,6	4,1	5,0	4,6
	Antal svarpersoner	5.572	4.187	4.187	2.818
Kronisk angst	Procent	3,4	3,7	4,5	3,9
	Antal svarpersoner	5.466	4.141	4.141	2.818
Osteoporose	Procent	1,7	1,2	1,4	1,7
	Antal svarpersoner	5.462	4.137	4.137	2.818
<sup>1</sup> Uddannelsesjusteret. 25-64-årige					
*p<0,01					

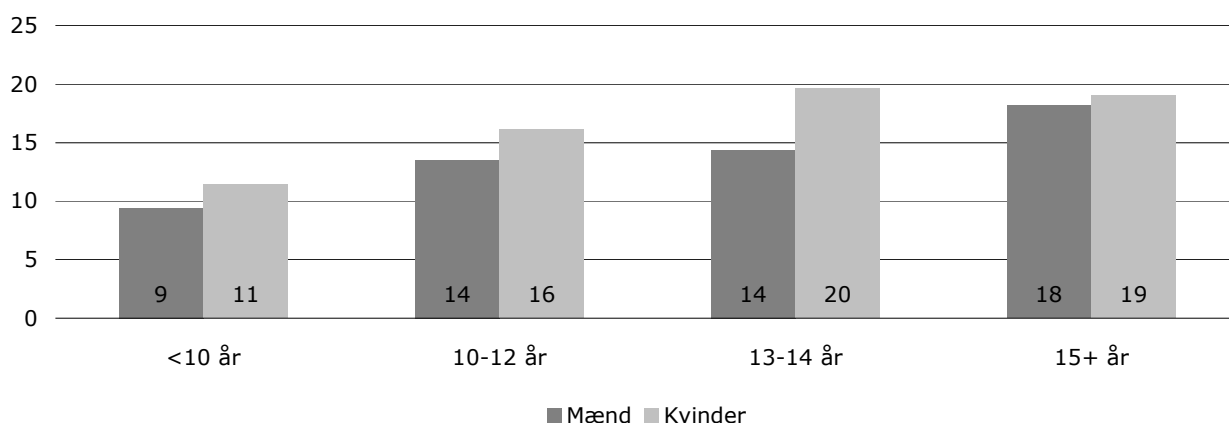
Af tabel 3.6 fremgår det, at andelen, der angiver, at de lider af allergiske sygdomme, er større blandt kvinder end mænd. Overordnet falder andelen med stigende alder blandt både mænd og kvinder. Endvidere er andelen, der har slidgigt/leddegigt større blandt kvinder end mænd, og andelen stiger med stigende alder. Andelen, der har diabetes, er større blandt mænd sammenlignet med kvinder, men stiger for begge køn med stigende alder. Det fremgår desuden af tabellen, at andelen, der har kronisk angst, er større blandt kvinder end mænd. Endelig er andelen, der har osteoporose større blandt de 65+årige og blandt kvinder sammenlignet med henholdsvis de øvrige aldersgrupper og mænd.

**Tabel 3.6 Andel med forskellige sygdomme blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent**

		Allergi	Slidgigt/ leddegigt	Diabetes	Kronisk angst	Osteoporose
Total		17,1	23,7	4,6	3,4	1,7
Mænd	18-24 år	22,8	4,4	0,0	0,0	0,0
	25-44 år	22,9	6,1	1,4	3,0	0,0
	45-64 år	13,5	20,8	7,2	3,7	0,3
	65+ år	9,0	31,4	10,1	1,1	1,6
	Alle mænd	14,6	20,0	6,5	2,7	0,5
	Antal svarpersoner	2.227	2.237	2.262	2.226	2.224
Kvinder	18-24 år	24,3	2,9	0,0	5,8	0,0
	25-44 år	22,4	8,2	2,7	3,9	0,2
	45-64 år	18,0	30,3	3,4	3,9	2,7
	65+ år	14,1	49,8	4,7	2,4	7,0
	Alle kvinder	18,9	26,2	3,2	3,8	2,6
	Antal svarpersoner	3.252	3.277	3.310	3.240	3.238

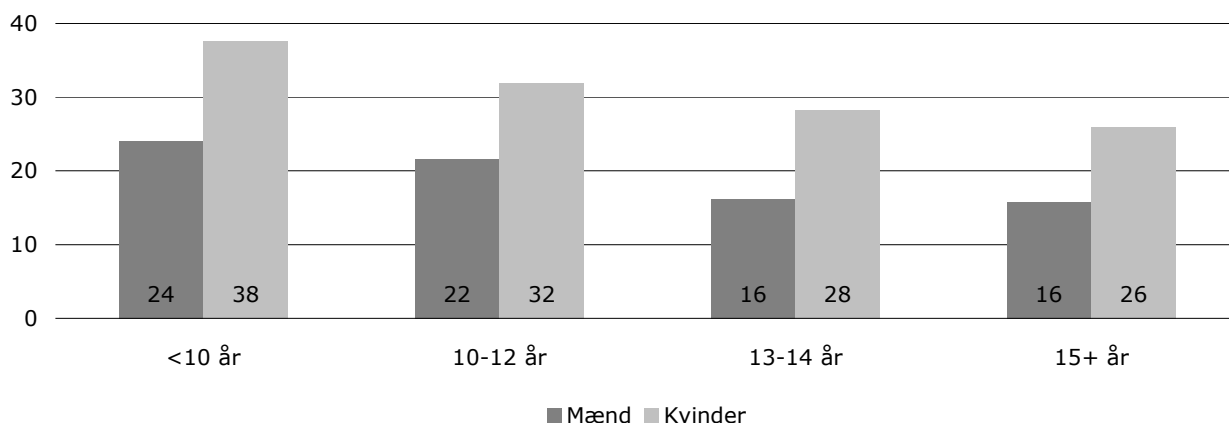
Figur 3.4 viser andelen, der har allergi blandt mænd og kvinder i forskellige uddannelsesgrupper. Det ses, at andelen, der har allergi, overordnet stiger med stigende uddannelseslængde for begge køn.

**Figur 3.4 Andel med allergi blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent**



Figur 3.5 viser andelen, der har slidgigt/leddegigt. Det ses, at der i alle uddannelsesgrupper er en større andel blandt kvinder end mænd, der angiver, at de lider af slidgigt/leddegigt. Det fremgår endvidere, at jo længere uddannelse desto mindre er andelen med slidgigt/leddegigt.

Figur 3.5 Andel med slidgigt, leddegigt blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



### Brug af sundhedsvæsenet

Mennesker reagerer forskelligt på sygdomme og sygelighed. Nogle reagerer ved ikke at foretage sig noget, mens andre reagerer aktivt på måder, der kan variere bredt. Det kan eksempelvis være at tage medicin, søge hjælp hos familie og venner og/eller kontakte fagpersoner i og uden for sundhedsvæsenet. I det følgende beskrives kontakt til praktiserende læge og brug af medicin blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune.

Kontakt til praktiserende læge eller andre behandlere i den primære sundhedstjeneste er belyst ved at spørge til svarpersonernes kontakt inden for de seneste tre måneder. Spørgsmålene dækker kontakt på grund af egen sygdom eller helbredsproblem og ikke på grund af børns eller andres sygdom eller helbredsproblem.

Opgørelser fra Sygesikringsregistret viser, at der på landsplan har været en stigning i antallet af kontakter til praktiserende læger fra cirka 32 mio. patientkontakter i 2000 til mere end 34,5 mio. kontakter i 2004 (Danmarks Statistik, 2007). SUSY-2005 undersøgelsen viser tilsvarende en stigning i andelen, der har været i kontakt med praktiserende læge indenfor de seneste tre måneder. Andelen steg fra 35,1 % i 1987 til 40,9 % i 2005. Det samme mønster gør sig gældende for andre af sundhedsvæsenets ydelser heriblandt kontakt til praktiserende speciallæger (Ekholm et al., 2006).

Tabel 3.7 viser andelen af svarpersoner i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune, der oplyser, at de inden for de seneste tre måneder har haft kontakt til deres praktiserende læge. I alt oplyser 50,0 % af svarpersonerne, at de har haft kontakt til deres praktiserende læge

inden for de seneste tre måneder. Det er en større andel sammenlignet med SUSY-Region Sjælland, hvor 39,7 % har haft kontakt til deres praktiserende lægen inden for en 3 måneders periode.

*Tabel 3.7 Andel med kontakt til praktiserende læge inden for en 3 måneders periode. Procent*

	KRAM-Guldborgsund	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige <sup>1</sup>	SUSY-Region Sjælland
Procent	50,0	47,3	48,6	39,7*
Antal svarpersoner	5.556	4.181	4.181	2.818
<sup>1</sup> Uddannelsesjusteret. 25-64 år				
*p<0,01				

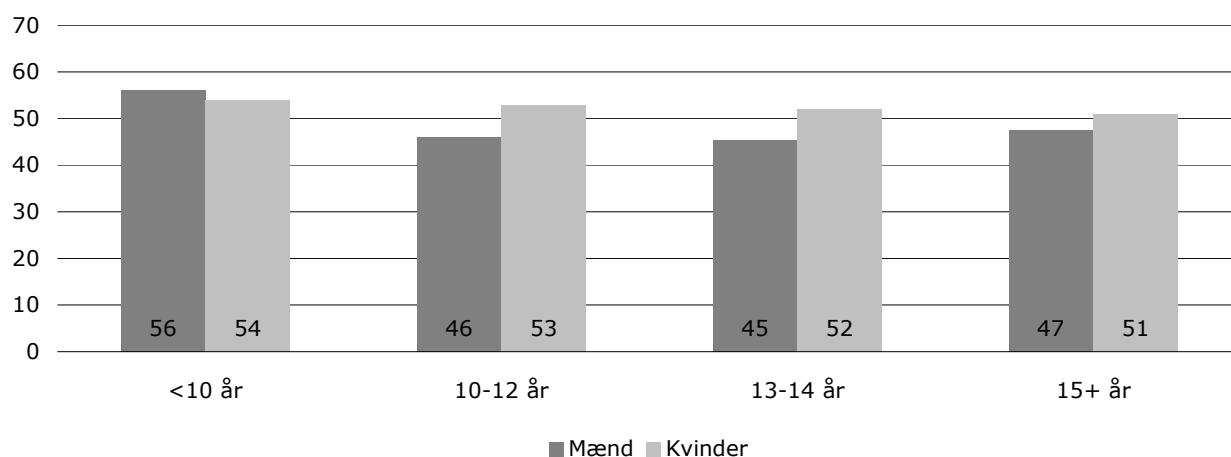
En større andel kvinder (51,4 %) end mænd (47,9 %) har haft kontakt til praktiserende læge inden for de seneste tre måneder. Kvinder og mænd i aldersgruppen 65+ år har oftere haft kontakt til praktiserende læge sammenlignet med de andre aldersgrupper (tabel 3.8).

*Tabel 3.8 Andel der har haft kontakt til praktiserende læge inden for de seneste tre måneder blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent*

		Procent	Antal svarpersoner
Total		50,0	5.556
Mænd	18-24 år	36,3	91
	25-44 år	33,6	432
	45-64 år	47,3	1.151
	65+ år	61,6	578
	Alle mænd	47,9	2.252
Kvinder	18-24 år	50,3	175
	25-44 år	44,9	857
	45-64 år	51,9	1.741
	65+ år	60,6	531
	Alle kvinder	51,4	3.304

Det fremgår af figur 3.6, at blandt kvinder falder andelen, der har haft kontakt til praktiserende læge inden for de seneste tre måneder, med stigende uddannelseslængde. For mænd ses ikke det samme mønster. Både blandt mænd og kvinder ses den største andel blandt svarpersoner med mindre end 10 års uddannelse, hvor over 55% har været hos praktiserende læge inden for en periode på 3 måneder.

Figur 3.6. Andel med kontakt til praktiserende læge blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



I tabel 3.9 ses, at cirka hver tredje svarperson i KRAM-undersøgelsen i løbet af de sidste 14 dage har brugt en eller anden form for håndkøbsmedicin. Dette er større end andelen i SUSY-Region Sjælland. Der er dog forskel på svarkategorierne i de to undersøgelser, og andelen, der bruger forskellige former for medicin i KRAM-undersøgelsen, er muligvis underestimeret i forhold til SUSY-Region Sjælland. Blandt svarpersoner i KRAM-undersøgelsen har 43,0 % taget receptpligtig medicin inden for en 14-dages periode, hvilket er på niveau med andelen i SUSY-Region Sjælland.

Tabel 3.9 Andel der inden for de seneste 14 dage har taget håndkøbsmedicin eller receptpligtig medicin. Procent

		KRAM-Guldborgsund	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige <sup>1</sup>	SUSY-Region Sjælland
Håndkøbsmedicin	Procent	35,5	37,2	37,5	32,6*
	Antal svarpersoner	5.841	4.355	4.220	2.818
Receptmedicin	Procent	43,0	39,0	41,8	45,3
	Antal svarpersoner	5.841	4.355	4.220	2.818
<sup>1</sup> Uddannelsesjusteret. 25-64-årige					
*p<0,01					

I tabel 3.10 ses andelen, der har taget henholdsvis håndkøbsmedicin og receptmedicin inden for en 14-dages periode fordelt på køn og aldersgrupper. I alle aldersgrupper er der en større andel kvinder end mænd, der har taget håndkøbsmedicin. Blandt mænd er andelen, der har taget håndkøbsmedicin, størst i aldersgruppen 25-44 år, mens andelen blandt kvinder er størst i aldersgruppen 45-64 år. Andelen, der har taget receptpligtig medicin, stiger overordnet med

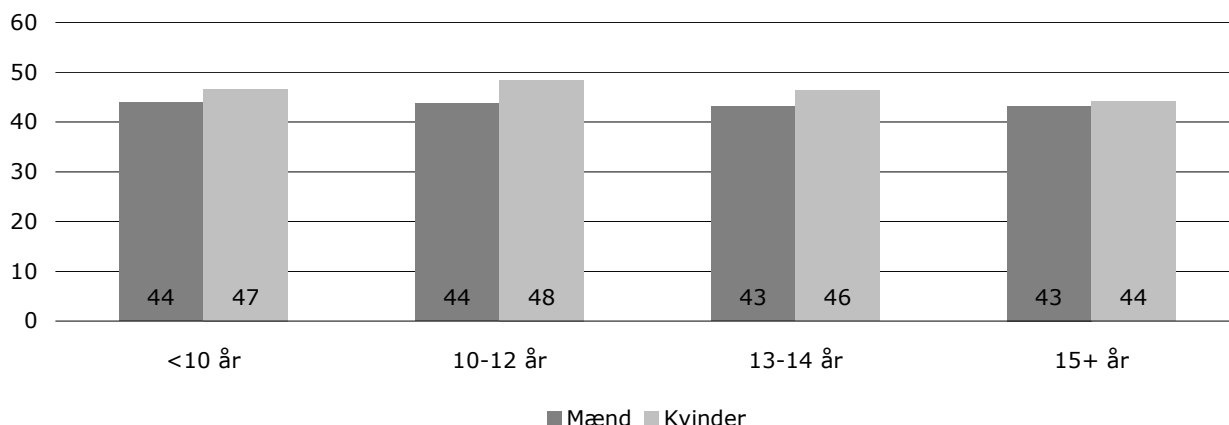
stigende alder for begge køn. Således har over 60 % af alle mænd og kvinder i aldersgruppen 65+ år taget receptpligtig medicin inden for en 14-dages periode.

*Tabel 3.10. Andel der har taget medicin inden for en 14-dages periode blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent*

		Procent	Antal svarpersoner	Procent	Antal svarpersoner
		Håndkøbsmedicin		Receptmedicin	
Total		35,5	5.841	43,0	5.841
Mænd	18-24 år	19,4	103	12,6	103
	25-44 år	31,5	454	19,4	454
	45-64 år	30,8	1.193	44,8	1.193
	65+ år	29,3	618	63,3	618
	Alle mænd	30,0	2.368	43,3	2.368
Kvinder	18-24 år	35,3	184	31,0	184
	25-44 år	40,7	888	28,3	888
	45-64 år	41,2	1.820	45,4	1.820
	65+ år	32,7	581	60,4	581
	Alle kvinder	39,3	3.473	42,8	3.473

Figur 3.7 viser andelen, der har taget receptpligtig medicin inden for de seneste 14 dage i forskellige uddannelsesgrupper. Der ses ingen markante forskelle i andelen, der har taget receptpligtig medicin inden for en 14-dages periode, for de forskellige uddannelsesgrupper.

*Figur 3.7 Andel, der har taget receptpligtig medicin i løbet af en 14-dages periode blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent*



## Højde og vægt

Fedmegraden vurderes ofte på baggrund af det såkaldte Body Mass Index (BMI), der udregnes på basis af oplysninger om kropshøjde og kropsvægt. BMI er kropsvægten i kilo divideret med kvadratet på højden målt i meter. I målet tages der ikke højde for knoglebygning og muskel- og fedtmasse.

$$BMI = \frac{vægt(kg)}{højde(m)^2}$$

<i>WHO har defineret fire vægtgrupper opdelt efter BMI</i>			
Undervægt		BMI	< 18,5
Normalvægt	18,5 ≤	BMI	<25
Moderat overvægt	25 ≤	BMI	<30
Svær overvægt	30 ≤	BMI	
(WHO, 2000)			

Når der anvendes selvrapportering af højde og vægt til beregning af BMI, er der naturligvis mulighed for, at svarpersonen angiver, at de er højere eller lavere eller vejer mere eller mindre, end de gør i virkeligheden. Undersøgelser viser, at lave mænd ofte angiver, at de er lidt højere end de faktisk er, og at overvægtige kvinder ofte angiver, at de vejer lidt mindre end de faktisk gør (Spencer et al., 2002; Villanueva, 2001).

Undervægt har tidligere været et problem på grund af under- og fejler næring, men er nu i Danmark oftere forbundet med somatiske eller psykiske lidelser. Med somatisk betinget undervægt menes undervægt, der kan ses i forbindelse med visse alvorlige sygdomme eksempelvis for højt stofskifte. Psykisk betinget undervægt ses oftest blandt unge med spiseforstyrrelser.

I dag er den voksende andel af svært overvægtige i hele verdenen en stor udfordring. Svær overvægt øger risikoen for en lang række sygdomme som hjerte-karsygdomme, diabetes, forhøjet blodtryk og belastningslidelser i bevægeapparatet. Svær overvægt er således en risikofaktor for mange af de store folkesygdomme. Der findes en arvelig disposition for fedme, men den stigende andel af svært overvægtige i den danske befolkning må først og fremmest sættes i relation til det faldende fysiske aktivitetsniveau og til et øget fedtindhold i kosten.

I det følgende vises resultater af svarpersonernes selvrapporterede højde og vægt i KRAM-spørgeskemaet. I det efterfølgende kapitel – kapitel 4 – vises resultater af højde og vægt målt for deltagerne i helbredsundersøgelsen ved KRAM-bussen.

Tabel 3.11 viser, at 13,8 % af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune oplyser en højde og vægt, der kategoriserer dem som svært overvægtige. Dette er på niveau med andelen i SUSY-Region Sjælland.

*Tabel 3.11 Andel med svær overvægt. Procent*

	KRAM-Guldborgsund	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige <sup>1</sup>	SUSY-Region Sjælland
Procent	13,8	14,8	17,1	14,7
Antal svarpersoner	5.559	4.180	4.180	2.796
<sup>1</sup> Uddannelsesjusteret. 25-64 år				

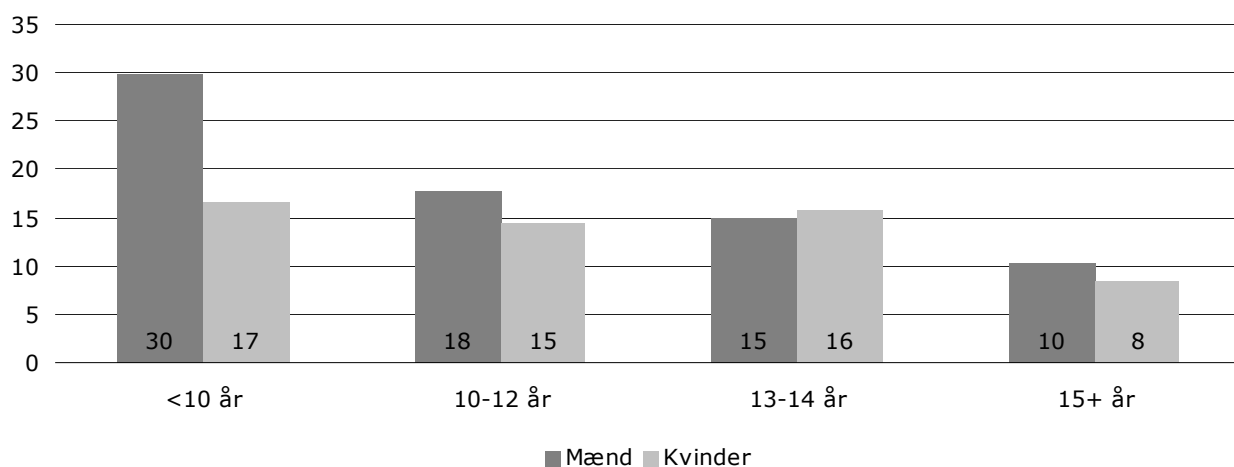
Tabel 3.12 viser andelen, der er svært overvægtig blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Det fremgår, at andelen, der er svært overvægtige, er mindre blandt mænd end kvinder. Andelen er for begge køn mindst i aldersgruppen 18-24 år.

*Tabel 3.12 Andel med svær overvægt blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent*

		Procent	Antal svarpersoner
Total		13,8	5.559
Mænd	18-24 år	6,5	92
	25-44 år	11,6	432
	45-64 år	19,0	1.152
	65+ år	12,7	582
	Alle mænd	15,5	2.258
Kvinder	18-24 år	5,7	177
	25-44 år	14,2	860
	45-64 år	13,1	1.736
	65+ år	10,8	528
	Alle kvinder	12,6	3.301

I figur 3.8 ses andelen af svært overvægtige i forskellige uddannelsesgrupper. For mænd ses det, at andelen af svært overvægtige falder med stigende uddannelseslængde. Cirka 30 % af alle mænd med mindre end 10 års uddannelse er svært overvægtig.

Figur 3.8 Andel med svær overvægt blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Tabel 3.14 viser, at andelen, der har et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred, er markant større blandt svarpersoner, der ikke er svært overvægtige (76,5 %) end blandt svarpersoner, der er svært overvægtige (49,3 %). Der ses også en sammenhæng mellem langvarig sygdom og svær overvægt. Således er der blandt svært overvægtige 47,1 %, der oplyser, at de har en langvarig sygdom, mens 32,5 % af svarpersoner, der ikke er svært overvægtige, oplyser at have en langvarig sygdom. Denne sammenhæng ses også mellem svarpersoner, som oplyser, at de har diabetes og svær overvægt. Således har 13,4 % af de svært overvægtige svarpersoner diabetes, mens dette gælder for 3,2 % af de ikke svært overvægtige. Der er også en tydelig sammenhæng mellem svær overvægt og brug af receptpligtig medicin inden for en 14-dages periode, idet 62,4 % af de svært overvægtige har taget receptpligtig medicin, mens dette kun gælder for 41,9 % af de ikke svært overvægtige. Denne tendens ses ikke ved brug af håndkøbsmedicin (data ikke vist). Tabellen viser endvidere, at andelen, der har haft kontakt til praktiserende læge inden for de seneste tre måneder, er markant større blandt de svært overvægtige (62,7 %) sammenlignet med ikke svært overvægtige (47,9 %).

Tabel 3.14 Helbred, sygelighed og brug af sundhedsvæsen blandt svarpersoner med og uden svær overvægt. Procent

	Svær overvægt (BMI >= 30)	
	Ja	Nej
Virkelig godt eller godt selv vurderet helbred	49,3	76,5
Langvarig sygdom	47,1	32,5
Diabetes	13,4	3,2
Har taget receptmedicin sidste 14 dage	62,4	41,9
Kontakt til praktiserende læge sidste 3 måneder	62,7	47,9

## Opsummering

Omkring hver fjerde svarperson i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund vurderer sit eget helbred som godt eller virkelig godt, hvilket er mindre end andelen i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen i Region Sjælland (SUSY-Region Sjælland). Mænd vurderer i højere grad end kvinder deres helbred som godt eller virkelig godt. Blandt de ældre mænd er der færre, som vurderer, de har et godt eller virkelig godt helbred, men det gælder ikke for kvinderne.

I forbindelse med langvarig sygdom eller lidelse, angiver flere end hver tredje svarperson i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune, at de har en langvarig sygdom. Andelen stiger med stigende alder – over 40% af de 65+årige har en langvarig sygdom. De sygdomme, der oftest er angivet er slidgigt/leddegigt og allergi.

Halvdelen af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune har haft kontakt til deres praktiserende læge inden for en periode på tre måneder. Der er en større andel blandt kvinder end mænd,. Ældre har oftere end yngre haft kontakt med deres praktiserende læge. I alt 35,5 % har taget håndkøbsmedicin inden for en 14-dages periode, mens 43,0 % har taget receptpligtig medicin. I alle aldersgrupper er der en større andel blandt kvinder end mænd, der har taget håndkøbsmedicin. Andelen, der har taget receptpligtig medicin, er dog på samme niveau for begge køn, og stiger med stigende alder.

I alt 13,8 % af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune oplyser en højde og vægt, der kategoriserer dem som svært overvægtige, hvilket vil sige et BMI-tal (Body Mass Index) på 30 eller højere. Der er en større andel af mænd end kvinder, der er svært overvægtige, og der er markant færre 18-24-årige, der er overvægtige sammenlignet med de ældre aldersgrupper. For mænd falder andelen af svært overvægtige med stigende uddannelseslængde. Hele 30 % af mænd med kortest uddannelse (<10 år) er svært overvægtige.

## Kapitel 4 – Resultater fra helbredsundersøgelsen

I dette kapitel præsenteres resultaterne fra helbredsundersøgelsen ved KRAM-bussen i Guldborgsund Kommune. Resultaterne fra helbredsundersøgelsen har den fordel i forhold til resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen, at de er målt objektivt. I Guldborgsund Kommune gennemførte 1603 personer (682 mænd og 921 kvinder) helbredsundersøgelsen. Udover måling af højde og vægt fik deltagerne blandt andet målt deres fedtprocent, hofte- og taljemål, blodtryk, blodprofil (kolesterol, triglycerid og blodsukker), lungefunktion og kondital. Resultaterne for lungefunktion og kondital er analyseret i forhold til udvalgte parametre fra spørgeskemaundersøgelsen (rygning, passiv rygning, uddannelseslængde, selv vurderet helbred, erhvervsaktivitet, stress og tro på egen indsats).

Resultaterne fra helbredsundersøgelsen vises opdelt på køn og alder, hvor alder er inddelt i grupperne 18-44 år, 45-64 år og 65+ år. Aldersgruppen 18-24 år er slået sammen med gruppen 25-44 år, da der er for få personer i den yngste aldersgruppe til at rapportere fordelingerne for denne gruppe alene.

### Overvægt og svær overvægt

Overvægt er en stor risikofaktor for en række sygdomme som type 2-diabetes, hjertekarsygdomme og visse kræftformer. I kapitel 3 blev de selvrapporterede oplysninger om højde og vægt fra spørgeskemaundersøgelsen anvendt til beregning af BMI. Fordelen ved at benytte objektive mål for vægt og højde til beregning af BMI er, at man undgår problemstillingen med under- og overrapportering. Målene fra helbredsundersøgelsen giver derudover mulighed for at foretage en mere nuanceret vurdering af deltagernes vægt ved at inddrage fedtprocent og fedtets fordeling på kroppen. Overvægt kan ud fra resultaterne fra helbredsundersøgelsen illustreres ved BMI, fedtprocent, taljemål og talje-hofte-ratio.

#### *BMI*

Fordelingen af BMI for mænd og kvinder i de forskellige aldersgrupper fremgår af tabel 4.1. Blandt deltagerne i helbredsundersøgelsen i Guldborgsund Kommune er der en større andel af mænd (50,6 %) end kvinder (32,4 %), der er moderat overvægtige (BMI 25-29,9). Andelen af svært overvægtige (BMI > 30) er ligeledes større blandt mænd (18,5 %) end kvinder (13,9 %). Andelen af svært overvægtige mænd og kvinder i helbredsundersøgelsen (15,6 %) er på niveau med andelen af svært overvægtige blandt svarpersonerne i KRAM-

spørgeskemaundersøgelsen (13,8 %). Andelen af moderat overvægtige og svært overvægtige er lavest i den yngste aldersgruppe blandt både mænd og kvinder.

**Tabel 4.1 BMI blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent**

		Undervægt BMI < 18,5	Normalvægt BMI = 18,5-24,9	Moderat overvægt BMI = 25-29,9	Svær overvægt BMI ≥30	Antal deltagere
Total		1,1	43,0	40,1	15,6	1603
Mænd	18-44 år	0,7	43,8	41,6	13,9	137
	45-64 år	0,0	25,6	53,1	21,4	356
	65+ år	0,5	30,7	52,4	16,4	189
	Alle mænd	0,3	30,7	50,6	18,5	682
Kvinder	18-44 år	2,4	61,6	25,1	10,9	211
	45-64 år	1,4	49,5	34,9	14,2	513
	65+ år	1,5	48,7	33,5	16,2	197
	Alle kvinder	1,6	52,1	32,4	13,9	921

#### Fedtprocent

Fedtprocent er et udtryk for, hvor stor en andel af kroppens vægt, der udgøres af fedt. Kvinder har fra naturens side en højere fedtprocent end mænd. Der findes ikke klare grænser for normalområdet for fedtprocenten, men tommelfingerreglen er, at den bør udgøre 10-20 % af vægten for mænd og 20-35 % for kvinder. For ældre må fedtprocenten dog gerne være lidt højere.

**Tabel 4.2 Fedtprocent blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent**

		<10 %	10-20 %	>20 %	Antal deltagere
Mænd	18-44 år	3,7	31,4	65,0	137
	45-64 år	0,6	13,5	85,9	355
	65+ år	0,5	12,4	87,0	185
	Alle mænd	1,2	16,8	82,0	677
		<20 %	20-35 %	> 35 %	Antal deltagere
Kvinder	18-44 år	2,4	60,2	37,4	206
	45-64 år	1,4	46,3	52,3	512
	65+ år	0,5	35,8	63,7	193
	Alle kvinder	1,4	47,2	51,4	911

Resultaterne fra helbredsundersøgelsen i Guldborgsund Kommune viser, at 82,0 % af de mandlige deltagere har en fedtprocent, der overstiger 20 % af kropsvægten, mens andelen af de deltagende kvinder med en fedtprocent, der overstiger 35 % af kropsvægten, er 51,4 %.

For begge køn er andelen med en fedtprocent over grænseværdien stigende med stigende alder (tabel 4.2).

#### *Taljemål og talje-hofte-ratio*

Taljemål og talje-hofte-ratio giver information om, hvordan fedtet er fordelt på kroppen. Fedtet, der sidder på maven, det abdominale fedt, er forbundet med større risiko for fedmerelaterede sygdomme end fedt, der sidder på hofterne og lårene (Richelsen, 1991).

For taljemålet anvendes almindeligvis en grænseværdi på  $< 94$  cm for mænd og  $< 80$  cm for kvinder (Lean et al., 1995). Der findes ingen alders- eller højdekorrigerede grænser for taljemål. I tabel 4.3 ses, at andelen af deltagere i helbredsundersøgelsen i Guldborgsund Kommune, hvis taljemål overstiger de ovennævnte værdier, er 65,0 % for mænd, mens den er 69,4 % for kvinder. Andelen blandt både mænd og kvinder, der overstiger værdierne, er lavest for den yngste aldersgruppe, mens der ikke er forskel mellem aldersgrupperne 45-64 år og 65+ år.

*Tabel 4.3 Andel blandt mænd med et taljemål over 94 cm og andel blandt kvinder med et taljemål over 80 cm. Procent*

		Procent	Antal deltagere
Mænd	18-44 år	42,3	137
	45-64 år	71,1	356
	65+ år	69,8	189
	Alle mænd	65,0	682
Kvinder	18-44 år	54,0	211
	45-64 år	74,3	513
	65+ år	73,1	197
	Alle kvinder	69,4	921

Talje-hofte-ratioen udtrykker forholdet mellem talje- og hoftemålet. Den mest anvendte grænseværdi for talje-hofte-ratioen er for mænd  $< 1,0$  og for kvinder  $< 0,8$  (Bjørntorp, 1985). I tabel 4.4 ses, at en langt større andel af kvinder (74,2 %) end mænd (30,9 %) overstiger de kønsspecifikke grænseværdier. Den største andel, som overstiger grænseværdien for talje-hofte-ratio, ses blandt kvinder på 65 år eller derover. Ligesom for taljemålet er andelen, der overstiger grænseværdierne, lavest for den yngste aldersgruppe og adskiller sig ikke blandt aldersgruppen 45-64 år og 65+ år for både mænd, mens andelen stiger med alderen for kvinder.

*Tabel 4.4 Andel blandt mænd med en talje-hofte-ratio på mere end 1,0 og andel blandt kvinder med en ratio på mere end 0,8. Procent*

		Procent	Antal deltagere
Mænd	18-44 år	15,2	137
	45-64 år	35,1	356
	65+ år	34,4	189
	Alle mænd	30,9	682
Kvinder	18-44 år	59,2	211
	45-64 år	74,1	513
	65+ år	82,2	197
	Alle kvinder	74,4	921

## Blodtryk

Blodtryk er et mål for den kraft, det cirkulerende blod udøver på arterierne. Blodtrykket måles i enheden millimeter kviksølv (mmHg). Det angives med to tal: det systoliske og det diastoliske blodtryk. Det systoliske tryk er det højeste tryk, der forekommer, når hjertet trækker sig sammen og presser blodet ud i årerne. Det diastoliske tryk er det laveste tryk, når hjertet slapper af mellem to slag.

I helbredsundersøgelsen ved KRAM-bussen i Guldborgsund Kommune blev blodtrykket målt en gang efter deltagerne havde siddet og slappet af i fem minutter.

Forhøjet blodtryk øger risikoen for iskæmisk hjertesygdom og apopleksi (Lawes et al., 2004). WHO har fastsat normalområdet for blodtryk til værdier mindre end 130/85 mmHg og behandlingskrævende forhøjet blodtryk til at være 140/90 mmHg eller derover (WHO, 1999). Resultater for blodtrykket er medtaget nedenfor i forhold til grænserne vist i tabel 4.5.

*Tabel 4.5 Grænseværdier for normalt, moderat og alvorligt forhøjet blodtryk*

Systolisk Blodtryk	Diastolisk Blodtryk	Betegnelse
< 140	< 90	Normalt
140-160	90-100	Moderat forhøjet
>160	>100	Alvorligt forhøjet
(WHO, 1999)		

I alt 62,0 % af deltagerne i helbredsundersøgelsen i Guldborgsund Kommune har et normalt blodtryk, mens 27,6% har et moderat forhøjet og 10,5 % et alvorligt forhøjet blodtryk (tabel

4.6). I tabel 4.6 ses endvidere, at andelen af mænd med et for højt blodtryk er større end blandt kvinder. Andelen af mænd og kvinder med et moderat og alvorligt forhøjet blodtryk stiger med alderen.

*Tabel 4.6 Andel med normalt, moderat forhøjet og alvorligt forhøjet blodtryk blandt mænd og kvinder. Procent*

		Normalt	Moderat forhøjet	Alvorligt forhøjet	Antal deltagere
Total		62,0	27,6	10,5	1603
Mænd	18-44 år	62,8	32,9	4,4	137
	45-64 år	50,8	33,4	15,7	356
	65+ år	41,3	38,6	20,1	189
	Alle mænd	50,6	34,8	14,7	682
Kvinder	18-44 år	88,6	10,0	1,4	211
	45-64 år	67,5	24,0	8,6	513
	65+ år	58,4	31,0	10,7	197
	Alle kvinder	70,4	22,3	7,4	921

## Blodprofil

Deltagerne i helbredsundersøgelsen fik også taget en blodprøve (ikke fastende), som blev analyseret for indholdet af kolesterol, triglycerid, langtidsblodsukker og et infektionsparameter, C-reaktivt protein (CRP). Deltagere med forhøjede værdier har modtaget et brev fra KRAM-enheden med oplysninger om den eller de forhøjede værdier, samt en opfordring til at kontakte egen læge.

### *Kolesterol og triglycerid*

Kolesterol og triglycerid er fedtstoffer, som findes i blodet, og som er byggestenen for vores celler og vigtige i dannelsen af forskellige hormoner. Forhøjede værdier af kolesterol og triglycerid i blodet øger risikoen for åreforkalkning og dermed blodpropper.

Kolesterol er bundet til forskellige proteiner i blodet, hvoraf nogle har lav massefylde (LDL) og nogle høj massefylde (HDL). Det er blandt andet balancen mellem LDL og HDL, der bestemmer, om der er en forøget risiko for åreforkalkning. LDL øger risikoen, mens HDL har en beskyttende effekt mod åreforkalkning. Kolesterolniveauet stiger generelt med alderen, og kvinder har frem til menopausen oftest et lavere kolesterolniveau end mænd. Kost, alkohol, rygning, motion og vægt har indflydelse på det skadelige niveau af kolesterol i blodet. Derudover spiller generne også en rolle.

Normalområdet for det samlede kolesterolniveau er 6 mmol/l eller derunder. Tabel 4.7 viser, at en større andel af kvinder (27,2 %) end mænd (19,8 %) har et kolesteroltal, der overstiger 6 mmol/l. For begge køn er andelen med et kolesteroltal, der overstiger grænseværdien, markant lavest for den yngste aldersgruppe. Andelen der overstiger 6 mmol/l stiger med alderen for kvinderne, mens andelen ikke adskiller sig blandt mændene i aldersgruppen 45-64 år og 65+ år.

*Tabel 4.7 Andel med et kolesteroltal på mere end 6 mmol/l blandt mænd og kvinder. Procent*

		Procent	Antal deltagere
Total		24,2	1563
Mænd	18-44 år	8,8	136
	45-64 år	23,6	347
	65+ år	20,7	183
	Alle mænd	19,8	666
Kvinder	18-44 år	8,1	208
	45-64 år	30,6	497
	65+ år	39,1	192
	Alle kvinder	27,2	897

Triglyceridniveauet i blodet påvirkes primært af typen og mængden af fedt i kosten, men også af typen og mængden af kulhydrater, som indtages. Desuden har genetisk disposition og fysisk aktivitet nogen betydning. Normalværdien for triglycerid i blodet er < 2,2 mmol/l og Tabel 4.8 viser andelen med forhøjede værdier for triglycerid blandt deltagerne i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune. I modsætning til kolesteroltallet er andelen med triglyceridværdier over normalområdet større blandt mænd (26,6 %) end kvinder (12,0 %). For kvinderne er andelen med triglyceridværdier over normalområdet mindst blandt den yngste aldersgruppe og adskiller sig ikke for aldersgrupperne 45-64 år og 65+ år. Andelen af mænd, hvis triglyceridværdier overstiger værdien for normalområdet, er lavest for aldersgruppen 65+ år.

*Tabel 4.8 Andel med et triglyceridniveau over 2,2 mmol/l blandt mænd og kvinder. Procent*

		Procent	Antal deltagere
Total		18,2	1563
Mænd	18-44 år	27,9	136
	45-64 år	29,1	347
	65+ år	20,8	183
	Alle mænd	26,6	666
Kvinder	18-44 år	9,1	208
	45-64 år	12,9	497
	65+ år	13,0	192
	Alle kvinder	12,0	897

#### *Blodsukker*

Måling af blodsukker er gennemført ved analyse af HgbA1c (sukkerhæmoglobin), der viser niveauet for blodsukkeret de seneste to til fire måneder. Resultatet er udtryk for, hvor stor en andel af hæmoglobinet i de røde blodlegemer, der er glykeret (har fået en sukkergruppe på). Forhøjet langtidsblodsukker er meget belastende for kroppen og indikerer, at insulinsensitiviteten er reduceret, og at man som følge af dette kan have sukkersyge. Normalområdet for blodsukkeret er < 6,4 %. Andelen med værdier over normalområdet er opgjort i tabel 4.9. Andelen, der har forhøjet HgbA1c, er på samme niveau blandt mænd og kvinder. Andelen, der har forhøjet HgbA1c, stiger med stigende alder for begge køn.

*Tabel 4.9 Andel med et HgbA1c niveau på mere end 6,4 % blandt mænd og kvinder. Procent*

		Procent	Antal deltagere
Total		1,8	1563
Mænd	18-44 år	0,0	136
	45-64 år	2,0	347
	65+ år	2,7	183
	Alle mænd	1,8	666
Kvinder	18-44 år	0,5	208
	45-64 år	2,0	497
	65+ år	2,6	192
	Alle kvinder	1,8	897

## Lungefunktion

Deltagerne i helbredsundersøgelsen fik målt deres lungefunktion ved en spirometritest. Ved denne test måles lungevolumen, som er den totale mængde luft i lungevævet (FVC), samt luftens strømningshastighed gennem luftvejene, der er den mængde luft, som maksimalt kan pustes ud på et sekund ( $FEV_1$ ). Undersøgelsen bruges til at vurdere, om folk har kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) eller astma. KOL og astma er begge udbredte folkesygdomme.

KOL er karakteriseret ved, at der i luftvejene er en kronisk betændelsestilstand, som med tiden medfører tiltagende luftvejsobstruktion og reduktion af lungefunktionen. KOL medfører, at det er svært at puste luft ud af lungerne ( $FEV_1$  er reduceret), og at der kan komme pibende og hvæsende lyde under vejrtrækningen. Tobaksrygning er den største risikofaktor for udvikling af KOL, og mindst 25 % af alle rygere får sygdommen med tiden (Løkke et al., 2006). KOL forekommer også hos ikke-rygere, dog ikke så hyppigt (Løkke et al., 2004). Lungefunktionsnedsættelse som følge af KOL er ikke reversibel, og på verdensplan er KOL en af de største årsager til sygelighed og død (Løkke et al., 2006; Juel, 2001; Juel et al., 2006).

Astma er en kronisk inflammatorisk sygdom i luftvejene karakteriseret af reversibel luftvejsobstruktion. Symptomerne er som ved KOL: åndenød samt pibende eller hvæsende vejrtrækning. Astma er ofte associeret med allergi, men kan forekomme uden allergi.

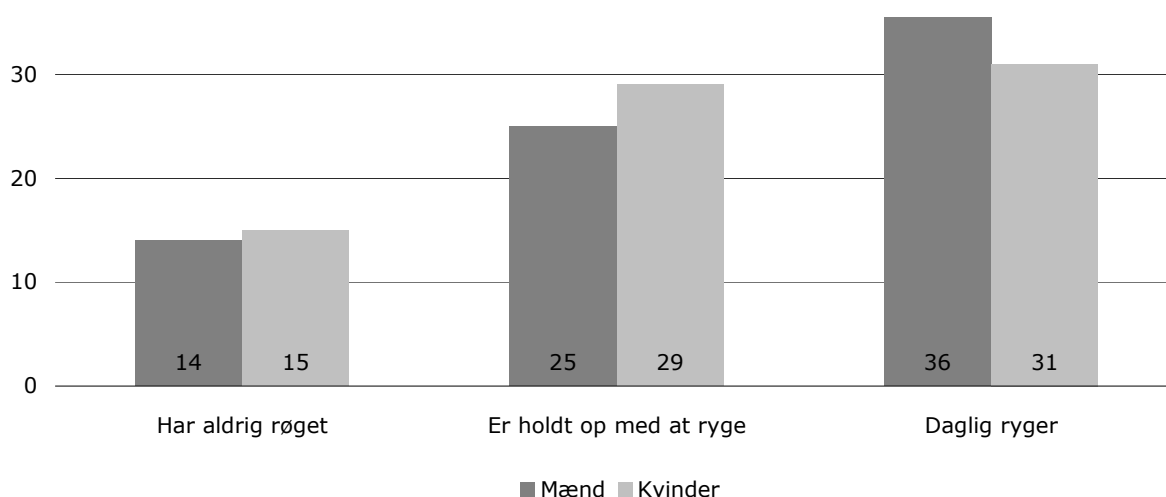
Luftvejsobstruktion forekommer, hvis lungefunktionen, der beregnes som  $FEV_1/FVC$ , er  $<0,70$  (Løkke et al. 2004; Global Strategy for the Diagnosis, 2006). Deltagere i KRAM-undersøgelsen med en lungefunktion  $<0,70$  eller hvis enten  $FEV_1$  eller FVC blev målt til  $< 80$  %, henvises til deres praktiserende læge. Andelen af deltagere i helbredsundersøgelsen i Guldborgsund Kommune, hvis lungefunktion er reduceret ( $FEV_1/FVC < 0,70$ ) er 22,6 %. Andelen med reduceret lungefunktion er på samme niveau blandt mænd og kvinder, og andelen stiger med stigende alder for begge køn (tabel 4.10).

**Tabel 4.10 Andel med en reduceret lungefunktion ( $FEV_1/FVC$  på under 0,70) blandt mænd og kvinder. Procent**

		Procent	Antal deltagere
Total		22,6	1590
Mænd	18-44 år	5,8	137
	45-64 år	20,7	353
	65+ år	40,9	186
	Alle mænd	23,2	676
Kvinder	18-44 år	7,6	210
	45-64 år	20,1	512
	65+ år	43,8	192
	Alle kvinder	22,2	914

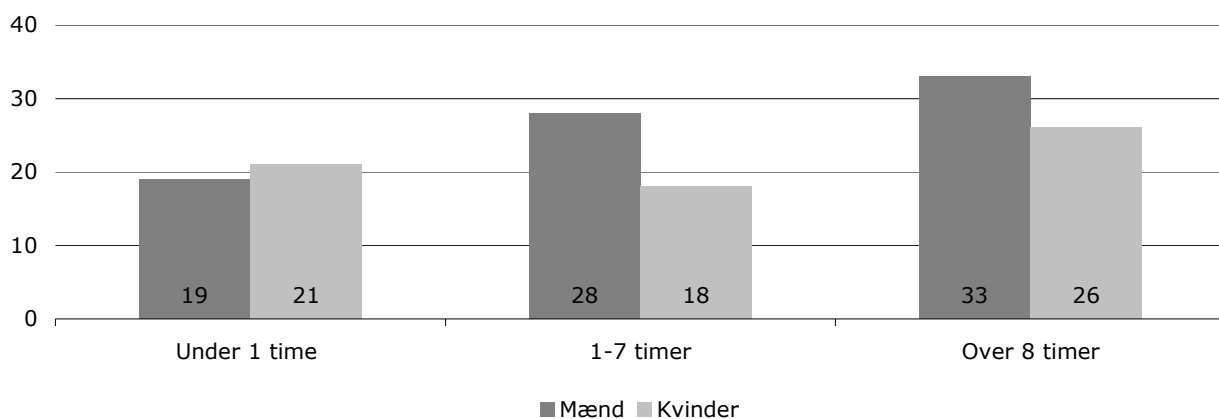
Som allerede beskrevet er rygning den største risikofaktor for udvikling af KOL, og mindst 25 % af alle rygere får en reduceret lungefunktion med tiden. Som forventet ses ud fra figur 4.1, at andelen med en reduceret lungefunktion er større blandt deltagere, der i KRAM-spørgeskemaet har oplyst, at de ryger dagligt eller har røget sammenlignet med dem, som oplyser, at de aldrig har røget. Blandt mænd er andelen med en reduceret lungefunktion ligeledes større blandt dem, som oplyser, at de ryger dagligt sammenlignet med gruppen af eks-rygere.

**Figur 4.1 Andel med en reduceret lungefunktion ( $FEV_1/FVC$  under 0,70) blandt mænd og kvinder i forhold til rygestatus. Procent**



Som det beskrives i kapitel 6, udsættes folk ved passiv rygning også for røgens skadelige effekter, men blot i en mindre grad. Derfor må det forventes, at passiv rygning påvirker lungefunktionen. Som det ses af figur 4.2, er andelen med en reduceret lungefunktion større blandt deltagere, der er udsat for passiv rygning i otte timer om dagen eller derover i forhold til deltagere, som er udsat for passiv rygning i mindre end 1 time om dagen. Blandt mænd er andelen, med en reduceret lungefunktion, ligeledes større blandt dem som er udsat for passiv rygning mellem 1-7 timer om dagen sammenlignet med dem, som er udsat for passiv rygning i under 1 time om dagen.

Figur 4.2 Andel med reduceret lungefunktion ( $FEV_1/FVC$  under 0,70) i forhold til udsættelse for daglig passiv rygning (under 1 time, 1-7 timer og over 8 timer) blandt mænd og kvinder. Procent



## Kondital

Undersøgelser har vist, at personer med et højt kondital har en lav risiko for hjertekarsygdomme, type-2-diabetes og forskellige kræftformer sammenlignet med personer med et lavt kondital. På baggrund af informationer om indtag af medicin samt tidligere og nuværende sygdomme blev deltagerne ved helbredsundersøgelsen udvalgt til at gennemføre en af to typer konditests ( Wattmax-test eller étpunkts-test ) eller ingen test. Begge konditests udføres på en kondicykel, men der er stor forskel på, hvor fysisk krævende testene er. Ved begge tests bestemmes den maksimale iltoptagelse indirekte. Den maksimale iltoptagelse er et udtryk for, hvor mange liter ilt kroppen kan optage per minut. Jo mere ilt der kan optages, desto mere energi kan kroppen producere. En større energiproduktion medfører, at man kan arbejde ved en højere intensitet. Den maksimale iltoptagelse varierer fra 2 l/min og op til over 7 l/min for topatleter.

I wattmax-testen cykler deltagerne med stigende belastning indtil udmattelse. Det tidspunkt hvor deltagerne stopper, er den maksimale belastning, deltageren kan cykle ved. Ud fra den maksimale belastning og den tid, der er kørt, beregnes den maksimale iltoptagelse. I ètpunktstesten cykler deltagerne i fem minutter ved lav belastning, og pulsen registreres til sidst i testen. Ud fra den målte puls og den estimerede maksimale puls (220 - alder) beregnes deltagerens maksimale iltoptagelse. Konditallet bestemmes ved at dividere den maksimale iltoptagelse (ml/min) med kropsvægten, og konditallet angives dermed i enheden ml/min/kg. Konditallet er selvfølgelig påvirket af niveauet af fysisk aktivitet og træning, men faktorer som alder, køn og genetik har også betydning.

Tabel 4.11 angiver værdier for henholdsvis lavt, middel og højt kondital for forskellige aldersgrupper og er benyttet til at kategorisere deltagernes kondital.

<i>Tabel 4.11 Grænseværdier for lavt, middel og højt kondital for forskellige aldersgrupper</i>			
Mænd	Lavt	Middel	Højt
15-19 år	< 48	49-56	> 57
20-29 år	< 43	44-51	> 52
30-39 år	< 39	40-47	> 48
40-49 år	< 35	36-43	> 44
50-59 år	< 31	32-39	> 40
60-69 år	< 26	27-35	> 36
70+ år	< 24	25-32	> 33
Kvinder	Lavt	Middel	Højt
15-29 år	< 34	35-43	> 44
30-39 år	< 33	34-41	> 42
40-49 år	< 31	32-40	> 41
50-64 år	< 28	29-36	> 37
65+ år	< 26	27-34	> 35

I tabel 4.12 ses, at i alt 53,7 % af mændene og 64,8 % af kvinderne, der deltog i helbredsundersøgelsen i Guldborgsund Kommune, har et lavt kondital. Andelen af mænd med et kondital, der kategoriseres som lavt i forhold til alderen, er størst i den yngste aldersgruppe og mindst blandt de ældste. Andelen af kvinder med et lavt kondital stiger modsat med stigende alder.

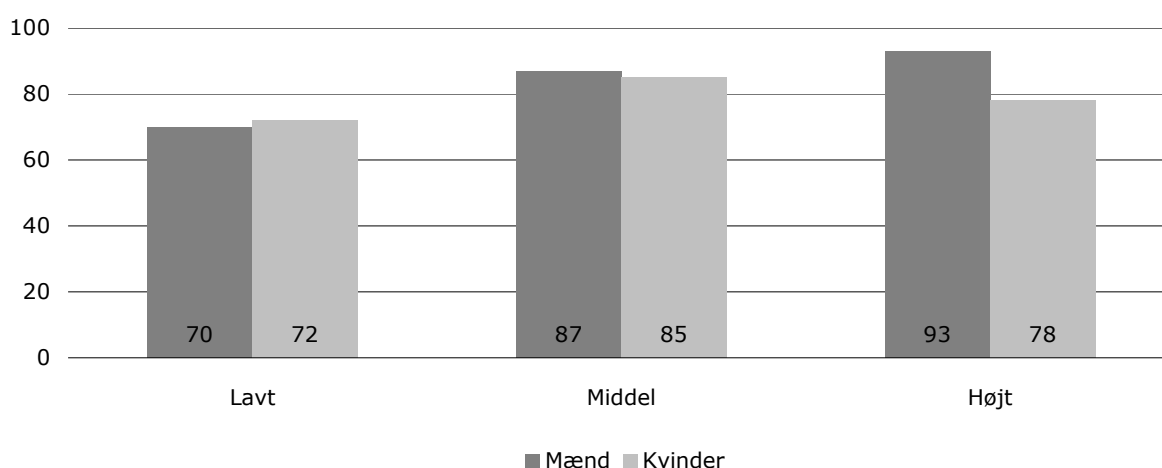
**Tabel 4.12 Andel med et lavt, middel og højt kondital blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent**

		Lavt	Middel	Højt	Antal deltagere
Total		60,1	30,3	9,6	1367
Mænd	18-44 år	58,7	32,3	9,0	133
	45-64 år	54,6	31,7	13,7	306
	65+ år	46,6	38,4	15,0	133
	Alle mænd	53,7	33,4	12,9	572
Kvinder	18-44 år	61,4	33,2	5,4	205
	45-64 år	64,6	27,2	8,2	463
	65+ år	70,9	22,8	6,3	127
	Alle kvinder	64,8	28,1	7,2	795

Andelen med lavt kondital er større blandt deltagere med under 10 års uddannelse (63,5%) i forhold til deltagere med over 15 års uddannelse (54,6 %) (data ikke vist). Der er modsat ikke væsentlig forskel på andelen med lavt kondital blandt erhvervsaktive og ikke erhvervsaktive (data ikke vist).

Opdeles deltagerne efter kondital (lavt, middel og højt) ses for både mænd og kvinder, at en mindre andel blandt dem med lavt kondital har et virkelig godt eller godt selvvurderet helbred. Blandt mændene stiger andelen med et virkelig godt eller godt selvvurderet helbred med et stigende kondital (figur 4.3).

**Figur 4.3 Andel med godt eller virkelig godt selvvurderet helbred blandt mænd og kvinder i forhold til kondital (lavt, middel, højt). Procent**



I forhold til stress observeres det, at andelen, der ofte føler sig stresset i dagligdagen, er større blandt deltagere med et lavt kondital (9,1 %) i forhold til deltagere med middel (6,1 %) eller højt kondital (6,5 %) (data ikke vist). På samme måde ses det, at andelen, der tror på egen indsats i forhold til at bevare eller forbedre eget helbred, er lavere blandt deltagere med et lavt kondital (72,5 %) i forhold blandt deltagere med et middel (82,5 %) eller højt kondital (83,2 %) (data ikke vist).

## Opsummering

Helbredsundersøgelserne ved KRAM-bussen i Guldborgsund Kommune viser samme billede af overvægt som i spørgeskemaundersøgelsen. Blandt mænd er der en større andel end blandt kvinder, som er moderat overvægtige (BMI=25,0-29,9) og svært overvægtige (BMI $\geq$ 30). Resultaterne for fedtprocentmålingerne viser på samme måde som BMI, at overvægt er et større problem blandt mænd end kvinder, idet flere mænd end kvinder overstiger de fastsatte grænser for fedtprocenten. Andelen, der ligger over de fastsatte grænser, stiger med stigende alder.

Blandt mænd, som har gennemført helbredsundersøgelsen i Guldborgsund Kommune, er andelen, der har et forhøjet blodtryk, større end andelen blandt kvinderne. For begge køn gælder det, at andelen med forhøjet blodtryk stiger med alderen.

Resultater fra blodprøverne ved KRAM-helbredsundersøgelsen i Guldborgsund Kommune viser, at en større andel kvinder end mænd har et forhøjet kolesteroltal (>6,0 mmol/l). Til gengæld har en større andel mænd end kvinder et forhøjet indhold af triglycerid i blodet (>2,2 mmol/l). Der er ikke forskel på andelen af kvinder og mænd med forhøjet langtidsblodsukker (> 6,4 %).

Andelen med en reduceret lungefunktion blandt deltagerne i helbredsundersøgelsen i Guldborgsund Kommune er lige stor blandt mænd og kvinder. Andelen stiger med alderen. Som forventet ses en sammenhæng mellem lungefunktion og rygning. Andelen med en reduceret lungefunktion er størst blandt deltagere, der rapporterer, at de dagligt ryger i forhold til deltagere, som rapporterer, at de aldrig har røget. Blandt mænd er andelen, med en reduceret lungefunktion, ligeledes større blandt dem, der oplyser, at de ryger dagligt sammenlignet med gruppen af eksrygere. Andelen med en reduceret lungefunktion er ligeledes større blandt deltagere, der er udsat for passiv rygning i mere end 8 timer om dagen i forhold til deltagere, som er udsat i syv timer eller mindre om dagen.

En større andel af de deltagende kvinder end mænd har et lavt kondital. Andelen, der vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt, er markant mindre blandt deltagere med et lavt kondital i forhold til et middel og højt kondital

## Kapitel 5 – Kost

I kapitel 4 blev resultater fra helbredsundersøgelsen ved KRAM-bussen præsenteret. I dette og i de følgende kapitler beskrives yderligere resultater fra spørgeskemaundersøgelsen i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune.

En sund kost forebygger udvikling af fedme og en række livsstilssygdomme som type-2-diabetes, hjerte-karsygdomme, kræft samt muskel- og skeletlidelser (herunder knogleskørhed). Kostens negative indflydelse på befolkningens sundhed skyldes især en uhensigtsmæssig sammensætning af kosten og et for stort energiindtag. Hvert år kan fire procent af alle dødsfald relateres til indtagelse af for meget mættet fedt, og et tilsvarende antal dødsfald er relateret til for lidt frugt og grønt (Juel et al., 2006). En kost med et højt indhold af grøntsager og frugt nedsætter risikoen for blandt andet hjerte-karsygdomme og visse kræftformer samt indirekte risikoen for overvægt (Ovesen et al., 2002; Skibsted et al., 2006). Indtagelse af fisk en til to gange om ugen reducerer ligeledes risikoen for hjerte-karsygdomme (Andersen et al., 2003).

Ernæringsrådet offentliggjorde i 2005 otte nye kostråd, hvoraf det ene omhandler fysisk aktivitet. Kostrådene bygger på forskningsbaseret dokumentation for sammenhængen mellem kost og helbred (Astrup et al., 2005). Kostrådene lyder:

- 1. Spis frugt og grønt – 6 om dagen**
- 2. Spis fisk og fiskepålæg - flere gange om ugen**
- 3. Spis kartofler, ris eller pasta og groft brød - hver dag**
- 4. Spar på sukker – især fra sodavand, slik og kager**
- 5. Spis mindre fedt – især fra mejeriprodukter og kød**
- 6. Spis varieret – og bevar normalvægten**
- 7. Sluk tørsten i vand**
- 8. Vær fysisk aktiv – mindst 30 minutter om dagen**

Kostvaner er i modsætning til eksempelvis rygevaner komplicerede at bestemme, da kosten består af mange forskellige fødevarer og varierer med forskellige årstider. Det individuelle kostindtag kan blandt andet måles ved hjælp af 24 timers kostinterview, måling af fødevarerfrekvensen over en given periode, kostregistrering og brug af biokemiske markører for kostindtagelse (for eksempel måling af nitrogen udskillelse i urinen til bestemmelse af proteinindtaget).

I KRAM-undersøgelsen er information om kostvaner indsamlet fra KRAM-spørgeskemaet samt et supplerende kostspørgeskema. KRAM-spørgeskemaet indeholder relativt få kostspørgsmål, mens det supplerende kostspørgeskema består af detaljerede spørgsmål om kost- og måltidsvaner. I begge skemaer er fødevarefrekvensmetoden anvendt. I det supplerende kostspørgeskema er der spurgt til fødevareindtaget inden for det seneste år, og der er endvidere angivet portionsstørrelser.

I det følgende fokuseres på andelen af svarpersoner i KRAM-undersøgelsen, der dagligt spiser frugt, som ugentligt spiser fisk til aftensmad samt aldrig spiser fedtstof på brødet. Disse parametre er medtaget som indikatorer for en sund kost. Efterfølgende beskrives måltidsmønstre opdelt på grupper i befolkningen.

Tabel 5.1 viser den procentvise fordeling af de udvalgte indikatorer for sund kost blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Denne tabel vil blive diskuteret i de følgende afsnit.

*Tabel 5.1 Andel, der spiser forskellige former for fødevarer blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent*

		Dagligt indtag af frugt	Ugentligt indtag af fisk til aftensmad	Spiser aldrig fedtstof på brødet
Total		50,2	51,0	18,8
Mænd	18-24 år	20,4	32,0	13,6
	25-44 år	25,2	33,3	12,8
	45-64 år	36,6	50,0	18,9
	65+ år	37,6	64,5	15,2
	Alle mænd	33,9	49,7	16,5
Kvinder	18-24 år	41,5	31,7	18,6
	25-44 år	56,8	38,6	14,5
	45-64 år	65,3	55,3	24,4
	65+ år	61,8	68,4	17,7
	Alle kvinder	61,3	51,9	20,4
Antal svarpersoner		5.788	5.789	5.791

## Frugtindtag

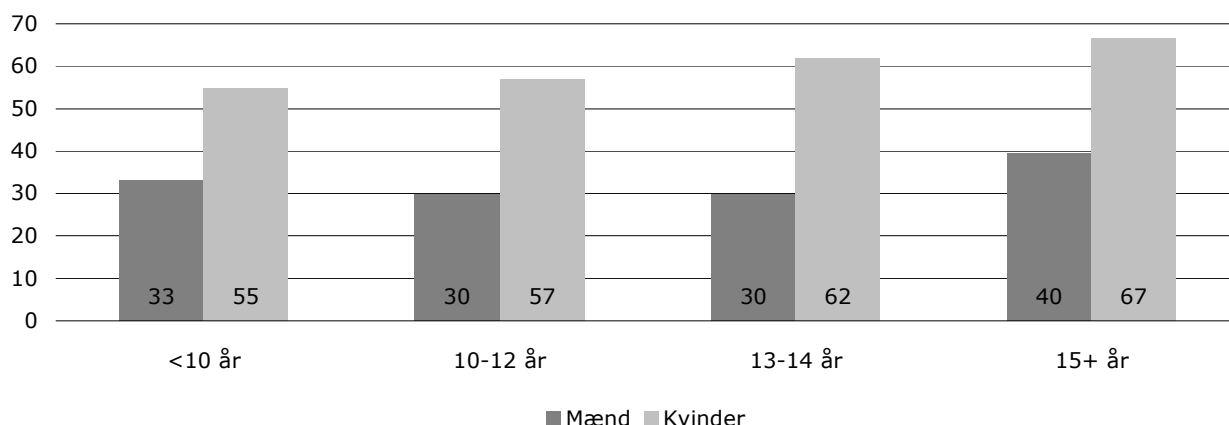
Af tabel 5.2 fremgår det, at 50,2 % af de personer, der har besvaret KRAM-spørgeskemaet, dagligt eller flere gange om dagen spiser frugt. Dette er flere end i SUSY-region Sjælland.

	KRAM-Guldborgsund	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige <sup>1</sup>	SUSY-Region Sjælland
Procent	50,2	51,5	49,8	45,0*
Antal svarpersoner	5.788	4.321	4.217	2.818
<sup>1</sup> Uddannelsesjusteret. 25-64 år				
*p<0,01				

Der er en væsentlig større andel af kvinder (61,3 %) end mænd (33,9 %), der spiser frugt hver dag. Den største andel, der spiser frugt dagligt ses blandt de 45-64-årige kvinder (65,3 %), mens den mindste andel ses blandt de unge mænd (20,4 %) (se tabel 5.1).

Blandt kvinder ses en sammenhæng mellem dagligt indtag af frugt og uddannelseslængde, således at andelen, der dagligt spiser frugt, stiger med stigende uddannelseslængde (figur 5.1). Blandt mænd er andelen, der dagligt spiser frugt større blandt dem med 15 års uddannelse eller mere sammenlignet med de øvrige uddannelsesgrupper.

Figur 5.1 Andel der dagligt spiser frugt blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



I KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune er der en større andel, der spiser frugt dagligt blandt svarpersoner, der rapporterer at have et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred (53,5 %) sammenlignet med de personer, der rapporterer at have et nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selv vurderet helbred (41,6 %) (data ikke vist).

## Fiskeindtag

I KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune er deltagerne blevet spurgt om, hvor ofte de plejer at spise fisk til aftensmad. Det skal bemærkes, at fisk, der spises til frokost, ofte udgør en væsentlig del af det samlede fiskeindtag, men dette er ikke medtaget her.

Af tabel 5.3 fremgår det, at 51,0 % af svarpersonerne, der har besvaret KRAM-spørgeskemaet, spiser fisk til aftensmad mindst en gang om ugen. Dette er flere end den andel, der er rapporteret i SUSY-Region Sjælland.

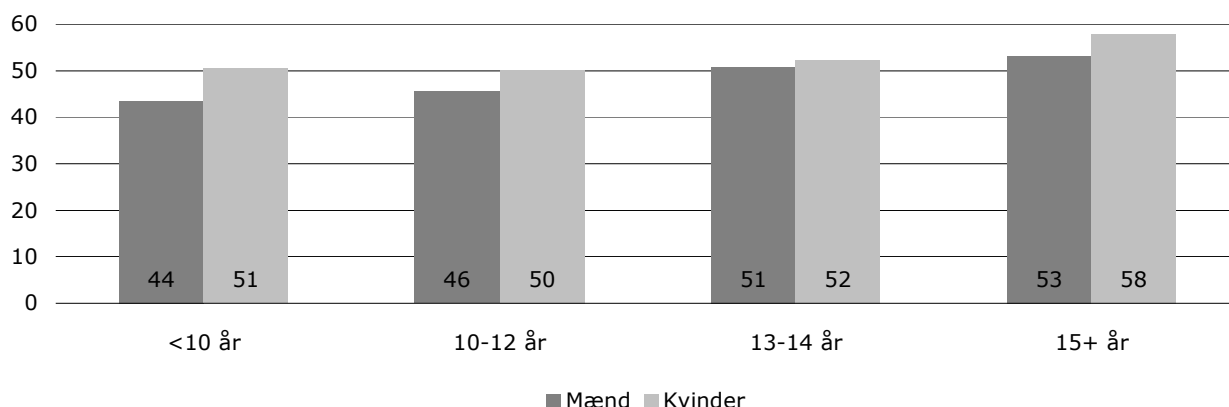
*Tabel 5.3 Andel der spiser fisk til aftensmad mindst en gang om ugen*

	KRAM-Guldborgsund	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige <sup>1</sup>	SUSY-Region Sjælland
Procent	51,0	48,1	46,6	46,1*
Antal svarpersoner	5.789	4.322	4.218	2.818
<sup>1</sup> Uddannelsesjusteret. 25-64 år				
*p<0,01				

Der er blandt svarpersonerne i Guldborgsund Kommune ikke forskel på andelen af mænd og kvinder, der spiser fisk til aftensmad mindst en gang om ugen. Derimod ses en forskel inden for forskellige aldersgrupper, således at det for både mænd og kvinder gælder, at andelen, der spiser fisk til aftensmad mindst en gang om ugen, stiger med stigende alder (se tabel 5.1).

Der ses en sammenhæng mellem indtag af fisk til aftensmad og uddannelseslængde. Således stiger andelen blandt mænd, der spiser fisk til aftensmad mindst en gang om ugen, med stigende uddannelseslængde (figur 5.2). For kvinder ses den største andel, der spiser fisk til aftensmad mindst en gang om ugen, blandt dem med 15 års uddannelse eller mere sammenlignet med de øvrige uddannelsesgrupper.

Figur 5.2 Andel der spiser fisk til aftensmad mindst en gang om ugen blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Blandt dem, der rapporterer at have et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred, er der en større andel, der spiser fisk til aftensmad mindst en gang om ugen (52,2 %), sammenlignet med dem, der rapporterer at have et nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selv vurderet helbred (48,1 %) (data ikke vist).

### Fedtstof på brødet

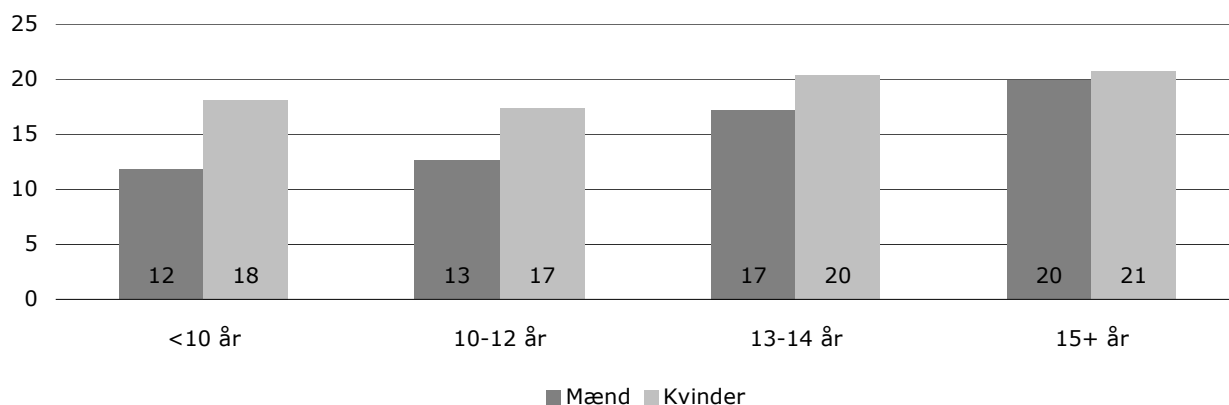
Deltagerne i KRAM-undersøgelsen er endvidere blevet spurgt om, hvor ofte de smører smør, margarine, minarine eller fedt på det rugbrød eller grovbrød/franskbrød, de spiser. Det fremgår af tabel 5.4, at 18,8 % af svarpersonerne i Guldborgsund Kommune aldrig spiser fedtstof på brødet, hvilket er mindre end andelen, der er rapporteret i SUSY-Region Sjælland.

Der ses en større andel af kvinder (20,4 %) end mænd (16,5 %), der aldrig spiser fedtstof på brødet. Der er en større andel af svarpersoner, der ikke spiser fedtstof på brødet, blandt de 45-64-årige i forhold til de øvrige aldersgrupper. Især en stor andel af de 45-64-årige kvinder spiser aldrig fedtstof på brødet. Den mindste andel af svarpersoner, der aldrig spiser fedtstof på brødet, ses blandt gruppen af 25-44-årige blandt både mænd og kvinder (tabel 5.1).

Tabel 5.4 Andel, der aldrig spiser fedtstof på brødet				
	KRAM-Guldborgsund	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige <sup>1</sup>	SUSY-Region Sjælland
Procent	18,8	19,6	18,3	21,5*
Antal svarpersoner	5.791	4.322	4.217	2.818
<sup>1</sup> Uddannelsesjusteret. 25-64 år				
*p<0,01				

Det fremgår af figur 5.3, at der er en sammenhæng mellem andelen, der aldrig spiser fedtstof på brødet og uddannelseslængde. For mænd stiger andelen, der aldrig spiser fedtstof på brødet med stigende uddannelseslængde, mens der for kvinder ses en større andel, der aldrig spiser fedtstof på brødet, blandt dem med 13 års uddannelse eller mere sammenlignet med dem med 12 års uddannelse eller mindre.

Figur 5.3 Andel, der aldrig spiser fedtstof på brødet blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Der ses en sammenhæng med selv vurderet helbred og aldrig at spise fedtstof på brødet. Blandt svarpersoner, der har et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred, er der en større andel, der aldrig spiser fedtstof på brødet (19,5 %) sammenlignet med svarpersoner, der har et nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selv vurderet helbred (17,1 %). Dette er især tydeligt for kvinder (data ikke vist).

## Måltidsmønstre

Over de seneste årtier er andelen, der spiser morgenmad dagligt, faldet (Fødevedirektoratet, 1999). Et sundt og mættende morgenmåltid menes at nedsætte risikoen for at spise usundt i løbet af dagen (Fødevarestyrelsen, 2007). Desuden tyder det på, at et dagligt indtag af morgenmad er relateret til lavere risiko for udvikling af fedme og kroniske sygdomme (Timlin & Pereira, 2007).

I KRAM-undersøgelsen spurgte vi til måltidsmønstre, herunder hvor ofte svarpersonerne spiser henholdsvis morgenmad, frokost og aftensmad. I alt spiser 85,1 % af svarpersonerne dagligt morgenmad, 81,5 % spiser dagligt frokost, og 91,9 % spiser dagligt aftensmad (data ikke vist).

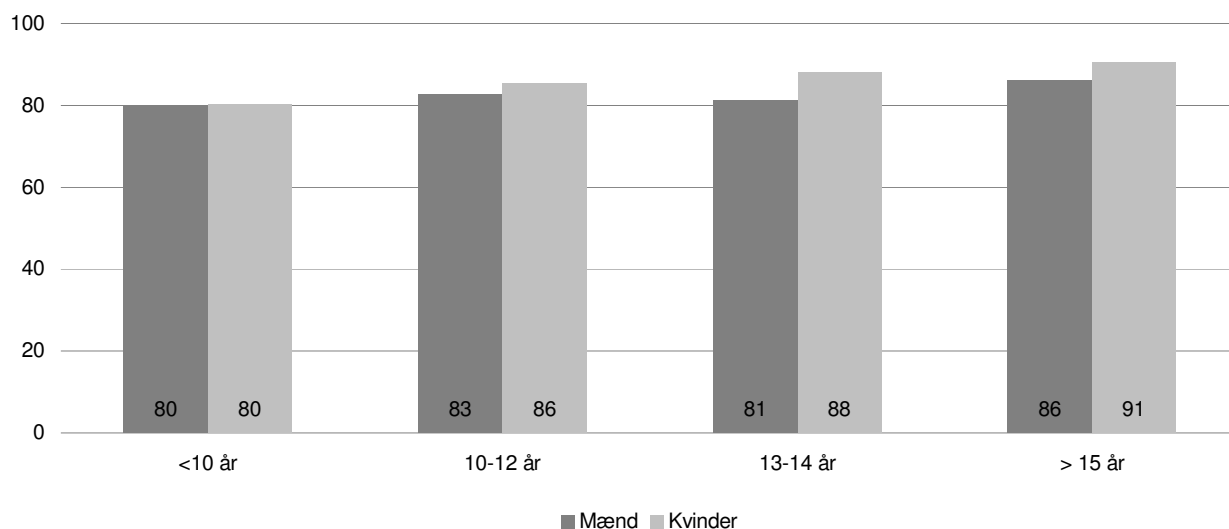
Blandt svarpersoner i Guldborgsund Kommune er der en større andel af kvinder (86,6 %) end mænd (82,8 %), der spiser morgenmad hver dag, og for begge køn gælder det, at andelen stiger med alderen (tabel 5.5). Således er der 94,5 % af de 65+-årige kvinder, der spiser morgenmad hver dag, mens der kun er 50,9 % af 18-24-årige mænd, der spiser morgenmad hver dag.

*Tabel 5.5 Andel, der dagligt spiser morgenmad blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent*

		Procent	Antal svarpersoner
Total		85,1	3.932
Mænd	18-24 år	50,9	59
	25-44 år	75,4	305
	45-64 år	84,5	821
	65+ år	90,5	349
	Alle mænd	82,8	1.534
Kvinder	18-24 år	73,9	115
	25-44 år	80,5	661
	45-64 år	88,8	1.294
	65+ år	94,5	328
	Alle kvinder	86,6	2.398

På figur 5.4 ses der for kvinder en sammenhæng mellem uddannelseslængde og andelen, der spiser morgenmad hver dag. Andelen, der spiser morgenmad hver dag stiger med stigende uddannelseslængde. Blandt mænd med > 15 års uddannelse er der en større andel, der spiser morgenmad dagligt sammenlignet med de andre uddannelsesgrupper.

Figur 5.4 Andel, der dagligt spiser morgenmad blandt mænd og kvinder i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Der ses en større andel, der spiser morgenmad hver dag blandt svarpersoner med et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred (87,0 %) sammenlignet med svarpersoner, der rapporterer at have et nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selv vurderet helbred (79,9 %). Dette gælder for både mænd og kvinder.

### Sammenhænge i kostvaner og måltidmønstre

For de valgte kostindikatorer ses en tydelig kønsforskel i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund kommune. Der er en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der dagligt spiser frugt, ikke spiser fedtstof på brødet og dagligt spiser morgenmad. Derimod er der ikke forskel på andelen, der ugentlig spiser fisk til aftensmad.

Blandt kvinder ses den største andel, der dagligt spiser frugt og ikke spiser fedtstof på brødet blandt de 45-64-årige. Blandt mænd findes den største andel, der dagligt spiser frugt blandt de 45-65+-årige, mens den største andel, der aldrig spiser fedtstof på brødet, ses blandt de 45-64-årige. For både mænd og kvinder gælder det, at den største andel, der ugentlig spiser fisk til aftensmad, forekommer blandt den ældste aldersgruppe (65+ år) (tabel 5.1). På baggrund af disse tre kostindikatorer ses, at de sundeste kostvaner findes blandt de 45-64+ årige blandt både mænd og kvinder.

Blandt svarpersonerne i Guldborgsund Kommune ses, at de sunde kostvaner akkumuleres. Der er en større andel, der spiser frugt dagligt blandt dem, der spiser morgenmad hver dag (54,7

%) sammenlignet med dem, der ikke spiser morgenmad hver dag (33,6 %) (data ikke vist). Ligeledes er der en større andel, der aldrig spiser fedtstof på brødet, blandt dem, der spiser morgenmad hver dag (20,5 %) sammenlignet med dem, der ikke spiser morgenmad hver dag (13,7 %) (data ikke vist). Desuden er der en større andel, der aldrig spiser fedtstof på brødet blandt de svarpersoner, der dagligt spiser frugt (23,8 %) end blandt de svarpersoner, der ikke dagligt spiser frugt (13,8 %) (data ikke vist).

## **Opsummering**

Ud fra de valgte indikatorer for kost, der er inddraget i denne profil, kan det konkluderes, at i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune har kvinder sundere kostvaner end mænd. Der er en større andel kvinder end mænd, som dagligt spiser frugt, aldrig spiser fedtstof på brødet, og som spiser morgenmad hver dag.

Endvidere er der en større andel med sunde kostvaner blandt svarpersoner med længere uddannelse sammenlignet med svarpersoner med kortere uddannelse.

Der blev fundet tydelige sammenhænge mellem svarpersonernes kostvaner og deres selv vurderet helbred. Således vurderer andelen af svarpersoner, der har sunde kostvaner i højere grad deres eget helbred som godt eller virkelig godt.

## Kapitel 6 – Rygning

Rygning er en af de risikofaktorer, der har størst betydning for dødeligheden i Danmark (Ekholm et al., 2006). Rygning øger risikoen for en lang række sygdomme. Det gælder især sygdomme i luftvejene som lungekræft og kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). Desuden øger rygning risikoen for hjerte-karsygdomme, lungekræft en række andre kræftsygdomme – som for eksempel kræft i spiserør og i mund og svælg. Risikoen for at få en rygerrelateret sygdom øges med rygemængde, graden af inhalering samt antal år, der er blevet røget (Juel et al., 2006). Rygning er en medvirkende faktor til knap 14.000 dødsfald om året, og beregninger har vist, at rygere lever 7-10 år kortere end ikke-rygere. Sundhedsvæsenets årlige nettoomkostninger relateret til rygning er estimeret til at være 3,4 mia. kr. (Juel et al., 2006).

### Dagligrygere og storrygere

Andelen, der ryger dagligt i Danmark, har været faldende gennem en årrække, fra 44,3 % i 1987 til 29,6 % i 2005 (Ekholm et al., 2006). I tabel 6.1 ses andelen, der ryger dagligt blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune og i SUSY-Region Sjælland.

	KRAM-Guldborgsund	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige <sup>1</sup>	SUSY-Region Sjælland
Procent	16,3	17,9	19,6	32,3*
Antal svarpersoner	5.791	4.324	4.220	2.818
<sup>1</sup> Uddannelsesjusteret. 25-64 år				
*p<0,01				

Andelen blandt svarpersoner i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune, der ryger dagligt, er 16,3 % (tabel 6.1). Det er markant mindre end andelen rapporteret i SUSY-Region Sjælland. Denne forskel hænger sandsynligvis sammen med forskelle i de anvendte metoder. I SUSY-undersøgelsen er der som tidligere nævnt anvendt personligt interview, mens der i KRAM-undersøgelsen er anvendt selvadministreret internetbaseret spørgeskema, hvilket giver forskellige resultater. Desuden har det i denne sammenhæng givetvis betydning, at KRAM qua sit navn tydeligt viser, at undersøgelsen blandt andet handler om rygning. Der synes således at være tale om en "KRAM-effekt", der kan påvirke svarpersonerne, således at nogen bliver tilbøjelige til at underrapportere rygning – eller at rygere helt undlader at svare på spørgeskemaet.

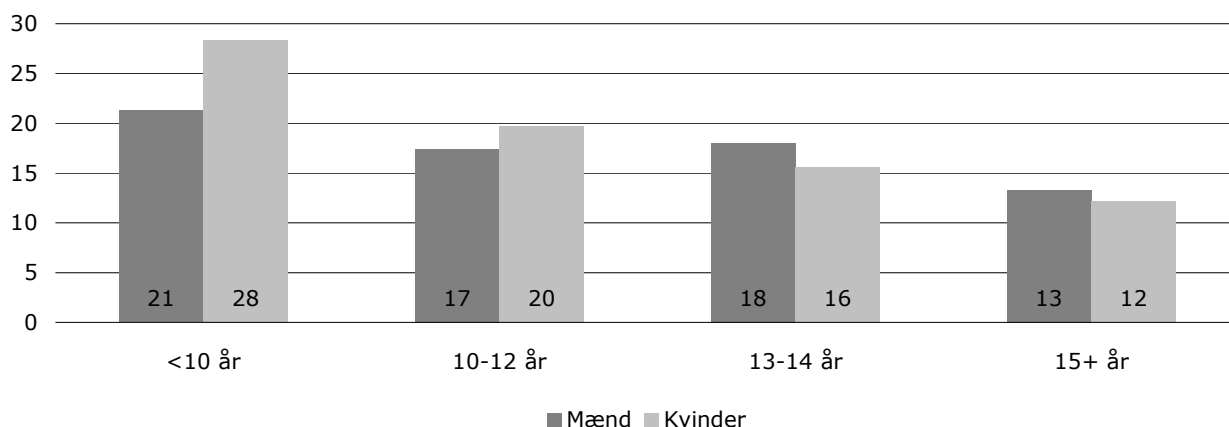
Det fremgår af tabel 6.2, at andelen, der ryger dagligt, stort set er ens for mænd (16,7 %) og kvinder (16,0 %). Andelen, der ryger dagligt, er størst blandt de 25-44-årige og mindst blandt de 65+-årige for både mænd og kvinder.

**Tabel 6.2 Andel der ryger dagligt blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent**

		Procent	Antal svarpersoner
Total		16,3	5.791
Mænd	18-24 år	17,5	103
	25-44 år	18,5	453
	45-64 år	18,1	1.184
	65+ år	12,4	612
	Alle mænd	16,7	2.352
Kvinder	18-24 år	14,2	183
	25-44 år	20,4	884
	45-64 år	16,3	1.803
	65+ år	8,8	569
	Alle kvinder	16,0	3.439

Inddeles rygere i forhold til antal års uddannelse ses det, at andelen der ryger dagligt, falder med stigende uddannelseslængde for kvinder. Blandt mænd er andelen, der ryger dagligt, størst blandt dem med mindre end 10 års uddannelse og mindst blandt dem med 15 års uddannelse eller mere. Den største andel af rygere ses blandt kvinder med mindre end 10 års uddannelse, mens den mindste andel ses blandt kvinder med 15 års uddannelse eller mere (figur 6.1).

**Figur 6.1 Andel der ryger dagligt blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent**



Den relativt store andel af svarpersoner med en lang uddannelse i KRAM-undersøgelsen er en medvirkende forklaring på den mindre andel, der ryger dagligt, i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune sammenlignet med SUSY-Region Sjælland. Dette fremgår også af tabel 6.1, hvor der ses en højere procent af daglige rygere, når der justeres for uddannelse.

Storrygere er defineret som rygere, der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen. Ligesom andelen, der ryger dagligt, er andelen af storrygere i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune (8,9 %) markant mindre end i SUSY-Region Sjælland (17,7 %) (tabel 6.3).

**Tabel 6.3 Andel af storrygere. Procent**

	KRAM-Guldborgsund	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige <sup>1</sup>	SUSY-Region Sjælland
Procent	8,9	10,4	11,8	17,7*
Antal svarpersoner	5.707	4.271	4.170	2.818
<sup>1</sup> Uddannelsesjusteret. 25-64 år				
*p<0,01				

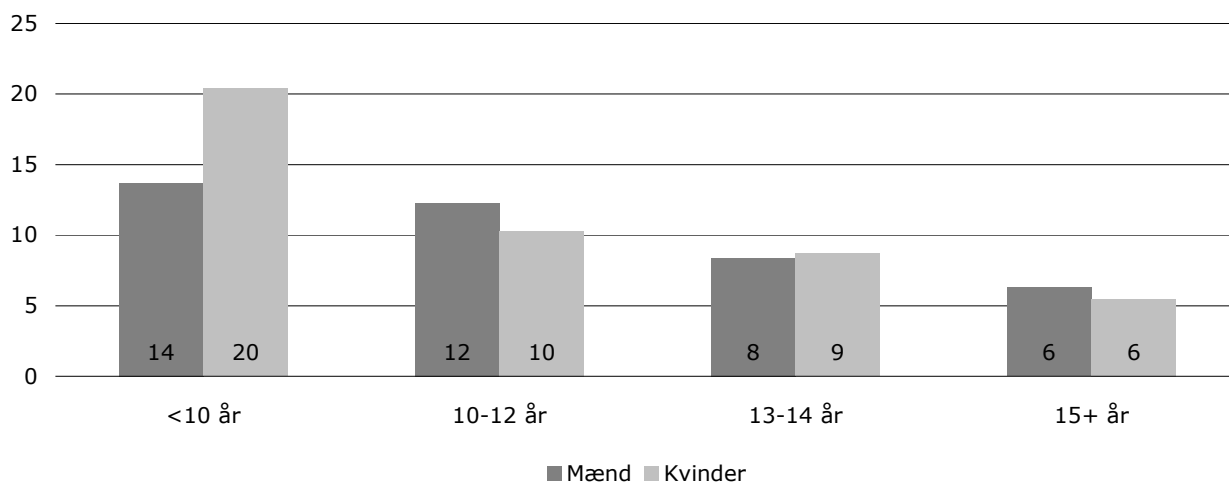
Af tabel 6.4 fremgår det, at der blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune er stort set lige mange mænd (9,4 %) og kvinder (8,6 %), der er storrygere. Den største andel af storrygere findes i aldersgruppen 25-44 år for både mænd og kvinder og den mindste andel findes blandt de 65+-årige.

**Tabel 6.4 Andel storrygere blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent**

		Procent	Antal svarpersoner
Total		8,9	5.707
Mænd	18-24 år	8,7	103
	25-44 år	12,0	450
	45-64 år	10,8	1.139
	65+ år	4,6	583
	Alle mænd	9,4	2.275
Kvinder	18-24 år	7,1	183
	25-44 år	12,2	883
	45-64 år	8,8	1.799
	65+ år	2,8	567
	Alle kvinder	8,6	3.432

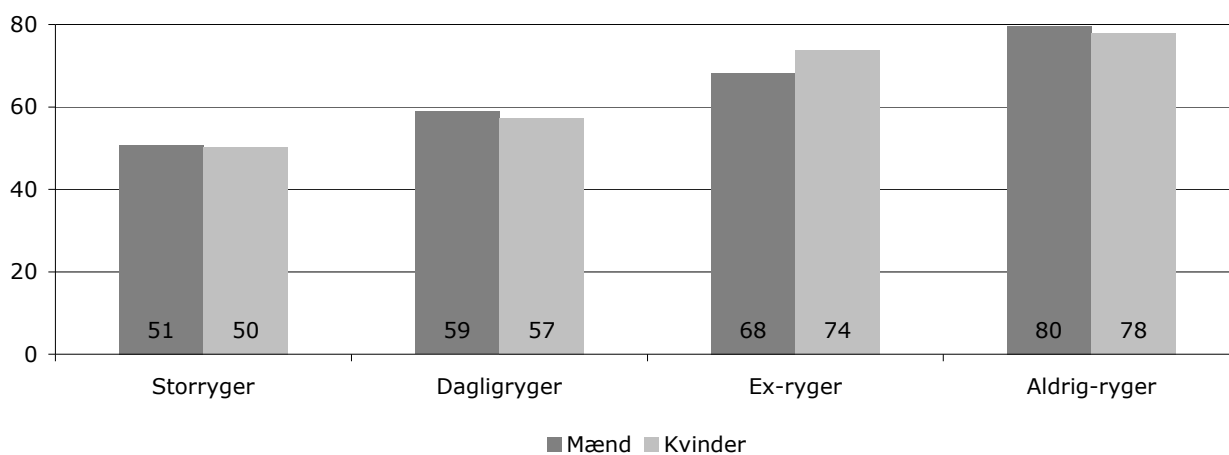
Blandt både mænd og kvinder falder andelen af storrygere med stigende uddannelseslængde. Andelen af storrygere blandt kvinder med mindre end 10 års uddannelse er markant større end blandt de øvrige grupper (figur 6.2).

Figur 6.2 Andel storrygere blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Andelen af svarpersoner i KRAM-undersøgelsen, der vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt, er mindst blandt storrygere og størst blandt aldrig-rygere, hvilket gælder for både mænd og kvinder (figur 6.4).

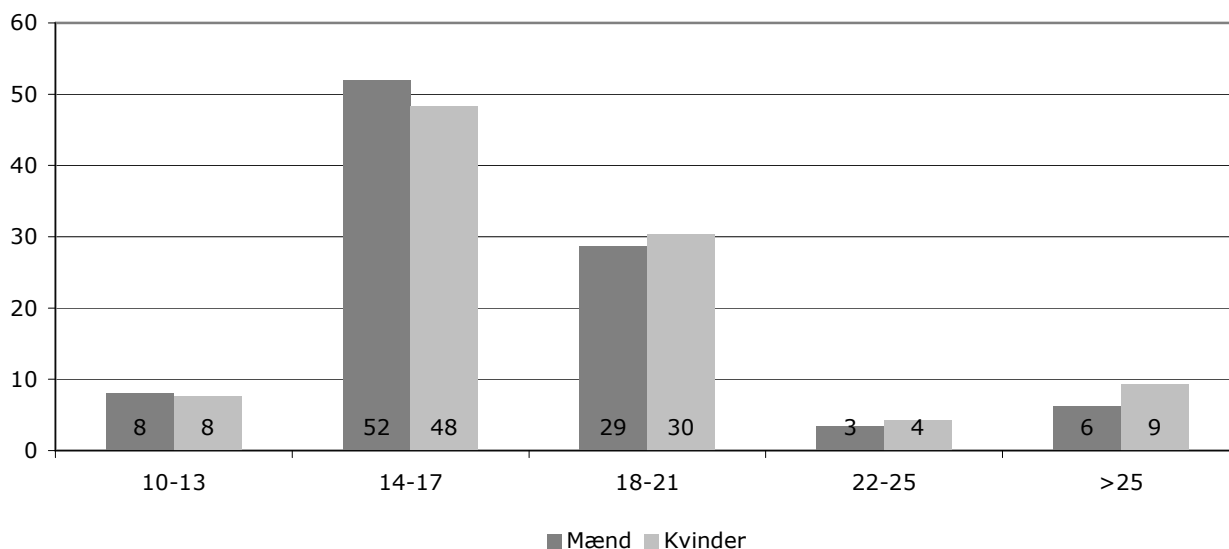
Figur 6.4 Andel blandt mænd og kvinder der vurderer deres helbred som godt eller virkelig godt i forhold til rygestatus. Procent



## Alder ved rygedebut

I nedenstående figur 6.5 ses det, at mere end halvdelen af rygerne i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune begyndte at ryge, før de fyldte 18 år. Blandt de mandlige rygere begyndte over halvdelen af ryge, da de var mellem 14-17 år. En større andel af kvinder end mænd begyndte at ryge, da de var ældre end 17 år.

Figur 6.5 Alder ved rygedebut blandt mænd og kvinder. Procent



Opdeles rygere i forhold til alder ved rygedebut og uddannelseslængde ses, at en større andel af svarpersoner med kort uddannelse (<10 år) (12,6 %) begyndte at ryge, da de var 10-13 år gamle sammenlignet med svarpersoner med en lang uddannelse (15+ år) (4,5 %) (data ikke vist).

## Metoder til at holde op med at ryge

Personer, der oplyste, at de tidligere havde røget, blev bedt om at svare på, hvordan de holdt op med at ryge. Der er ved dette spørgsmål mulighed for at angive flere metoder til rygestop for eksempel både hjælp fra læge eller andet sundhedspersonale og brug af nikotinpræparater. Andelene summerer derfor ikke til 100 %. Det fremgår af tabel 6.5, at størstedelen holdt op med at ryge uden nogen form for hjælp (71,4 %). Endvidere angiver 11,8 %, at de anvendte nikotinpræparater som metode til rygestop, mens andre metoder som deltagelse i rygestopkursus og hjælp fra sundhedspersonale eller alternative behandlere er anvendt i mindre grad. Det ses i tabellen, at andelen, der holdt op uden nogen form for hjælp, er større blandt mænd (77,0 %) end blandt kvinder (66,4 %), mens andelen, der brugte nikotinpræparater, er større blandt kvinder (14,6 %) end blandt mænd (8,6 %).

*Tabel 6.5 Metoder til at holde op med at ryge blandt mænd og kvinder. Procent*

	Mænd	Kvinder	I alt
Jeg holdt bare op	77,0	66,4	71,4
Brugte nikotintyggummi eller andre nikotinpræparater	8,6	14,6	11,8
Deltog i rygestopkursus	2,3	5,3	4,0
Søgte hjælp hos læge eller andet sundhedspersonale	1,3	2,8	2,1
Søgte hjælp fra alternative behandlere, f.eks. akupunktur, hypnose	2,6	2,6	2,6
Spiste/drak i stedet for at ryge	3,1	3,5	3,3
Søgte støtte fra familie og venner	3,7	4,1	3,9
Gjorde andet	8,1	7,7	7,9
Antal svarpersoner	968	1073	2041

Andelen, der bare er holdt op med at ryge, stiger med stigende alder, mens den største andel, der brugte nikotinpræparater, findes blandt de 25-44-årige. Andelen, der brugte nikotinpræparater som metode til rygestop, stiger med stigende uddannelseslængde (data ikke vist).

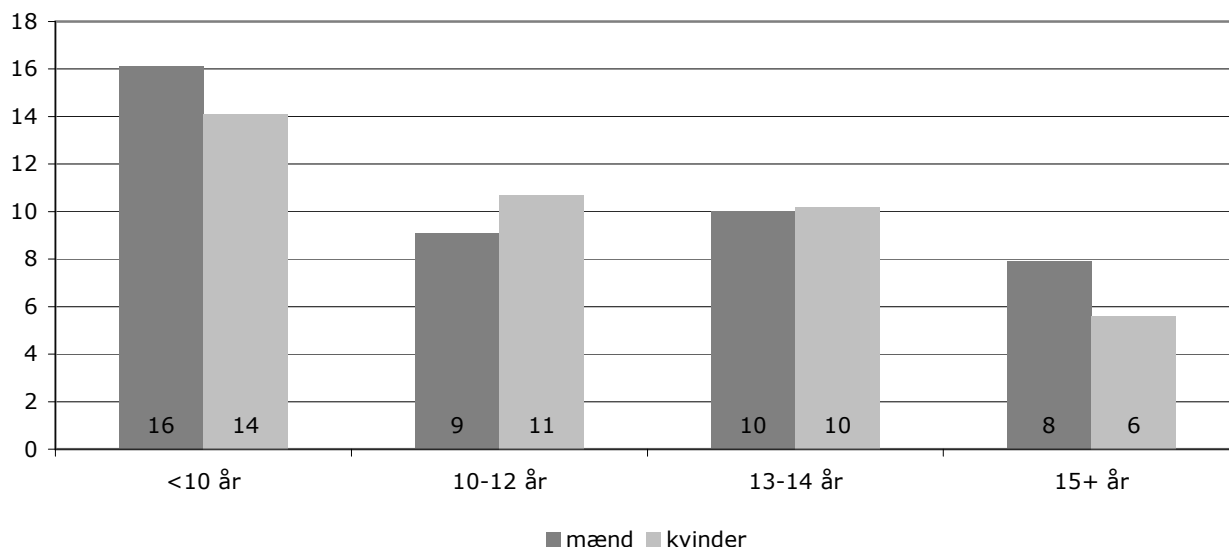
### **Passiv rygning**

Ved passiv rygning udsættes man for røgens skadelige virkninger, men dog i mindre grad end hvis man selv ryger. Personer, der er udsatte for tobaksrøg, er derfor i øget risiko for at udvikle sygdomme som lungekræft og hjerte-karsygdomme (Brink & Clemmensen, 2005).

Spørgsmålet, der anvendes til at fastsætte, i hvor høj grad svarpersonerne har været udsat for passiv rygning, lyder "Hvor mange timer opholder du dig dagligt i lokaler, hvor der ryges?". I alt 9,4 % af svarpersonerne, er dagligt udsat for passiv rygning i otte eller flere timer, hvoraf den største andel ses blandt den yngste aldersgruppe (18-24-årige) (data ikke vist).

Der er tydelig forskel mellem andelen, der er udsat for passiv rygning i otte eller flere timer dagligt ved opdeling efter antal års uddannelse, idet andelen bliver mindre med stigende uddannelseslængde (figur 6.6). Blandt kvinder med mindre end 10 års uddannelse er 14,1 % udsat for passiv rygning i otte timer eller mere dagligt, mens det kun er 5,6 % af dem med 15 års uddannelse eller mere. For mænd er det 16,1 % af dem med mindre end 10 års uddannelse og 7,9 % af dem med 15 års uddannelse eller mere, der er udsat for passiv rygning i minimum otte timer om dagen.

Figur 6.6 Andel blandt ikke-rygere, der opholder sig otte eller flere timer dagligt i lokaler, hvor der ryges opdelt på forskellige uddannelsesgrupper. Procent



Endvidere ses en tydelig sammenhæng mellem selv vurderet helbred og udsættelse for passiv rygning. Således er andelen, der har et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred, mindre blandt dem, der er udsat for passiv rygning i otte eller flere timer om dagen (56,6 %) sammenlignet med svarpersoner, der er udsat for passiv rygning mindre end otte timer om dagen (74,3 %) (data ikke vist).

Blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune har 65,7 % været udsat for passiv rygning i deres barndomshjem, inden de flyttede hjemmefra, 60,9 % har været udsat for passiv rygning på deres arbejdsplads, og 43,1 % har været udsat for passiv rygning i deres eget hjem som voksen. Der er en større andel af mænd, der har været udsat for passiv rygning på arbejdspladsen, mens en større andel af kvinder har været udsat for passiv rygning i eget hjem sammenlignet med mænd. Der ses ingen forskel på andelen af mænd og kvinder, der har været udsat for passiv rygning i deres barndomshjem (data ikke vist).

## Opsummering

Andelen, der ryger dagligt og andelen af storrygere blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune, er markant mindre end andelen i SUSY-Region Sjælland. Forskellene skyldes formentlig metode forskelle. I KRAM-undersøgelsen ses en lige stor andel, der ryger dagligt blandt mænd og kvinder. Andelen, der ryger dagligt er størst blandt de 25-44-årige og mindst blandt de 65+-årige for både mænd og kvinder. Inddeles rygere i forhold til uddannelseslængde, ses det, at andelen af dagligrygere falder med stigende uddannel-

seslængde for kvinder, mens andelen blandt mænd er størst blandt dem med længst uddannelse og mindst blandt dem med kortest uddannelse.

Der er en lige stor andel af mænd og kvinder i KRAM-undersøgelsen, der er storrygere. Den største andel af storrygere ses i aldersgruppen 25-44 år for både mænd og kvinder, mens den mindste andel ses blandt de 65+-årige. Andelen af storrygere falder med stigende uddannelseslængde for både mænd og kvinder.

Over halvdelen af rygerne i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune begyndte at ryge, før de fyldte 18 år. Svarpersoner med en kort uddannelse var yngre, da de begyndte at ryge sammenlignet med svarpersoner med en lang uddannelse.

Cirka hver tiende svarperson oplyser, at de dagligt er udsat for passiv rygning i otte timer eller mere, hvor af den største andel findes blandt de 18-24-årige. Andelen, der er udsat for passiv rygning i otte timer eller mere, falder med stigende uddannelseslængde.

## Kapitel 7 – Alkoholforbrug

Størstedelen af den danske befolkning drikker jævnligt alkohol. Personer med et forbrug over Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser har højere dødelighed og sygelighed end personer med moderat eller intet forbrug. Mindst 3.000 dødsfald om året i Danmark har alkohol som primær eller medvirkende årsag, hvilket svarer til 5 % af alle dødsfald (Juel et al., 2006). Denne overdødelighed kan især tilskrives sygdomme som slagtilfælde, skrumpelever, bugspytkirtelbetændelse og kræft i mundhule, svælg, spiserør, bryst og tyktarm blandt personer med et stort alkoholforbrug (Corrao et al., 2004).

For at forebygge alkoholrelaterede problemer i den danske befolkning, anbefaler Sundhedsstyrelsen en maksimumsgrænse på 21 genstande om ugen for mænd og 14 genstande om ugen for kvinder. Dette betegnes som Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser. Desuden fraråder Sundhedsstyrelsen, at man drikker mere end fem genstande ved samme lejlighed (for eksempel i løbet af en aften), da det er mere helbredsskadeligt at drikke en stor mængde alkohol på én gang end at sprede forbruget over flere dage. Hvis man på en dag eller aften drikker mere end fem genstande, kaldes det for binge-drinking. Endelig anbefales gravide helt at afstå fra at drikke alkohol.

Generelt er dødeligheden ikke højere blandt personer, som overholder genstandsgrænserne sammenlignet med personer, som slet ikke drikker alkohol. Derimod dør personer, som overskrider genstandsgrænsen, i gennemsnit 4-5 år for tidligt (Grønæk et al., 1997). Desuden har personer, som overskrider genstandsgrænserne samlet set 150.000 ekstra kontakter til praktiserende læge og 350.000 ekstra sygedage hvert år. Sundhedsvæsnets årlige nettoudgift på grund af alkohol på cirka 597 mio. kr. (Juel et al., 2006). Derudover medfører alkoholmisbrug og -afhængighed en række psykiske lidelser og sociale problemer som for eksempel problemer i forhold til familie og på arbejdspladsen, vold, kriminalitet og seksuelle overgreb.

I KRAM-undersøgelsen er svarpersonerne blandt andet blevet bedt om at angive, hvor meget øl, vin, hedvin og spiritus de drikker på hver af dagene i en typisk uge. Grunden til, at der spørges så detaljeret til forbruget er, at det er velkendt, at mængden af selvrapporeret indtag af alkohol bliver større jo mere detaljeret, der udspørges (Rehm, 1998). Da man antager, at der er en generel tendens til, at alkoholforbruget underrapporteres, anses den metode, som giver det største alkoholforbrug for at være den mest valide. Ved at sammenlægge svarene for indtagelse af øl, vin, hedvin og spiritus fås et samlet mål for det typiske alkoholforbrug per uge. I tabel 7.1 ses alkoholforbruget blandt deltagerne i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund

Kommune. Det ses, at den største andel drikker 1-7 genstande om ugen for både mænd og kvinder. Generelt drikker mænd mere alkohol end kvinder i alle aldersgrupper.

**Tabel 7.1 Ugentligt alkoholforbrug blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent**

Mænd	18-24 år	25-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
0 genstande	9,9	11,2	10,1	6,9	9,5
1-7 genstande	33,7	55,1	36,0	32,6	38,7
8-14 genstande	21,8	20,3	27,3	27,4	25,7
15-21 genstande	12,9	6,9	13,5	18,1	13,4
22-29 genstande*	9,9	4,5	6,1	8,2	6,5
30 eller flere genstande*	11,9	2,0	7,0	6,8	6,2
Antal svarpersoner	101	448	1183	607	2.339
Kvinder	18-24 år	25-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
0 genstande	27,5	24,9	15,8	15,5	18,7
1-7 genstande	47,3	63,8	54,9	51,7	56,3
8-14 genstande	17,0	9,2	20,4	21,2	17,5
15-21 genstande*	6,0	1,4	5,8	9,0	5,2
22-29 genstande*	0,6	0,3	1,5	1,1	1,1
30 eller flere genstande*	1,7	0,3	1,6	1,6	1,3
Antal svarpersoner	182	882	1.798	567	3.429
*Overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser					

Andelen af svarpersoner i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune, som overskrider genstandsgrænserne i løbet af en typisk uge, er 9,6 % (tabel 7.2) (selvadministreret inter-netspørgeskema). Dette er mindre end andelen for SUSY-Region Sjælland (14,9 %) (inter-viewbaseret spørgeskema). Svarpersoner angiver generelt et større alkoholforbrug ved inter-view end i et selvadministreret spørgeskema, så forskellen i de fundne andele dækker muligvis over, at der er anvendt forskellig dataindsamlingsmetode.

**Tabel 7.2 Andel, der overskrider genstandsgrænsen i en typisk uge. Procent**

	KRAM-Guldborgsund	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige <sup>1</sup>	SUSY-Region Sjælland
Procent	9,6	8,4	8,3	14,9*
Antal svarpersoner	5.768	4.311	4.219	2.818
<sup>1</sup> Uddannelsesjusteret. 25-64 år				
*p<0,01				

I alle aldersgrupper, er der en markant større andel blandt mænd end kvinder, som overskrider genstandsgrænserne. Blandt mænd ses der en markant mindre andel, som overskrider genstandsgrænsen blandt de 25-44-årige sammenlignet med ældre og yngre mænd (tabel 7.3). Ligeledes ses, at de 25-44-årige kvinder drikker betydeligt mindre end de andre alders-

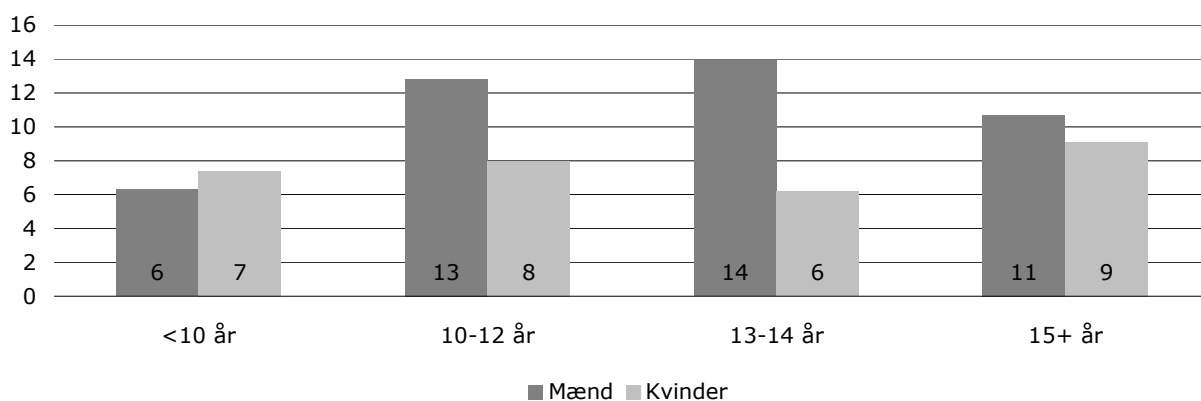
grupper, hvilket formentlig skyldes, at der er mange småbørnsforældre i denne aldersgruppe. Den største andel, som overskrider sundhedsstyrelsens genstandsgrænser, ses for kvinder blandt de 65+-årige, og for mænd blandt de 18-24-årige.

*Tabel 7.3 Andel, der overskrider genstandsgrænsen i en typisk uge blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent*

		Procent	Antal svarpersoner
Total		9,6	5.768
Mænd	18-24 år	21,8	101
	25-44 år	6,5	448
	45-64 år	13,1	1.183
	65+ år	15,0	607
	Alle mænd	12,7	2.339
Kvinder	18-24 år	8,2	182
	25-44 år	2,0	882
	45-64 år	8,9	1.798
	65+ år	11,6	567
	Alle kvinder	7,6	3.429

I KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune er andelen blandt mænd, der overskrider genstandsgrænsen, mindst blandt svarpersoner med mindre end 10 års uddannelse i forhold til personer med længere uddannelse (figur 7.1). For kvinder ses ikke samme tendens, da der ikke er væsentlig forskel mellem grupperne.

*Figur 7.1 Andel der overskrider genstandsgrænsen i en typisk uge blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent*



Tabel 7.4 viser, hvordan svarpersoner i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune, der drikker over Sundhedsstyrelsen genstandgrænser, vurderer deres eget helbred. I alt 8,6 % vurderer deres eget helbred som virkelig godt eller godt, mens en større andel (12,4 %) vurderer det som nogenlunde, dårligt eller meget dårligt.

*Tabel 7.4 Andel, der overskrider genstandsgrænsen i en typisk uge i forhold til selv vurderet helbred. Procent*

		Procent	Antal svarpersoner
Virkelig godt eller godt selv vurderet helbred	Ja	8,6	4.179
	Nej	12,4	1.582

Svarpersonerne er desuden blevet bedt om at angive, hvor gamle de var, da de første gang drak så meget alkohol, at de blev fulde. I KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune var 2,2 % mellem 8 og 12 år, da de første gang var fulde, 32,8 % var 13-15 år og 65,0 % var 16 år eller ældre (data ikke vist).

Det ses, at der blandt svarpersoner, som var 8-12 år gamle, da de første gang var fulde, er en større andel, der har overskredet genstandsgrænserne i løbet af en typisk uge end blandt svarpersoner, som var 13-15 år eller 16+ år, da de var fulde første gang (tabel 7.5).

*Tabel 7.5 Sammenhængen mellem første gang, man var fuld, og overskridelse af genstandsgrænserne i løbet af en typisk uge. Procent*

	Procent	Antal svarpersoner
8-12 år	16,0	94
13-15 år	12,0	1.415
16+ år	9,1	2.800
Total	10,1	4.309

Andelen af svarpersoner i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune, som har drukket mindst fem genstande ved en enkelt lejlighed (binge-drinking) inden for den seneste måned er 17,3 % (tabel 7.6). Dette er en væsentlig mindre andel end for SUSY-Region Sjælland (44,2 %). Forskellen skyldes sandsynligvis, at der er anvendt forskellig dataindsamlingsmetode samt en såkaldt KRAM-effekt, der kan have bevirket at svarpersonerne underrapporterer deres alkoholforbrug eller slet ikke medvirker i KRAM-undersøgelsen, hvis de har et stort alkoholforbrug.

*Tabel 7.6 Andel, der har drukket mindst fem genstande ved en enkelt lejlighed inden for den seneste måned.*

	KRAM-Guldborgsund	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige <sup>1</sup>	SUSY-Region Sjælland
Procent	17,3	17,5	17,3	44,2*
Antal svarpersoner	5.444	4.064	3.994	2.818
<sup>1</sup> Uddannelsesjusteret. 25-64 år				
*p<0,01				

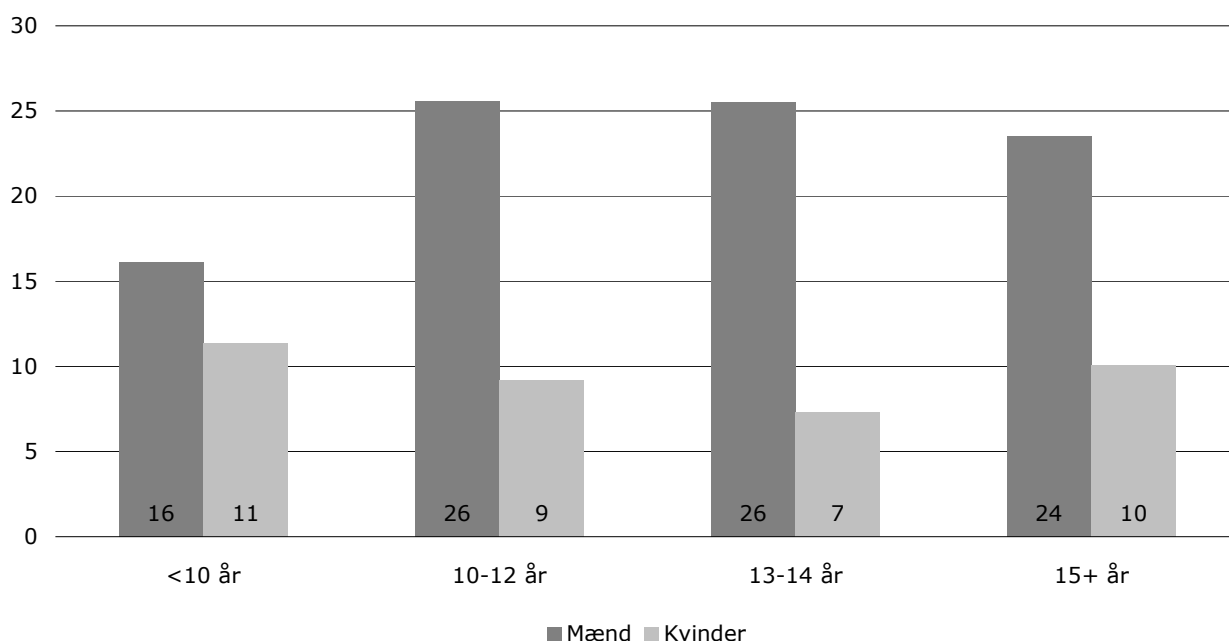
Det fremgår af tabel 7.7, at 27,1 % af alle mænd og 10,5 % af alle kvinder har haft mindst én binge-episode inden for den seneste måned. Andelen falder med stigende alder (med undtagelse af aldersgruppen 45-64 år), og i alle aldersgrupper er andelen større blandt mænd end kvinder.

*Tabel 7.7 Andel, der har binge-drukket inden for den seneste måned blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent*

		Procent	Antal svarpersoner
Total		17,3	5.444
Mænd	18-24 år	68,0	100
	25-44 år	23,8	433
	45-64 år	31,1	1.124
	65+ år	14,9	586
	Alle mænd	27,1	2.243
Kvinder	18-24 år	32,6	172
	25-44 år	9,6	816
	45-64 år	10,6	1.691
	65+ år	4,4	522
	Alle kvinder	10,5	3.201

Blandt mænd er der en mindre andel, som binge-drikker mere end én gang om måneden blandt svarpersoner med mindre end 10 års uddannelse sammenlignet med de resterende uddannelsesgrupper (figur 7.2). For kvinder ses ikke samme sammenhæng.

Figur 7.2 Andel, der har binge-drukket inden for den seneste måned blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Blandt svarpersoner, der var 8-12 år gamle, da de første gang var fulde, er der en større andel, der har haft mindst en bingeepisode end blandt svarpersoner, som var 13-15 år eller 16+ år, da de var fulde første gang (tabel 7.8). Ligeledes er der blandt svarpersoner med sen alkoholdebut (16+år) en større andel som slet ikke har nogen binge episode indenfor det seneste år.

Tabel 7.8 Sammenhæng mellem første gang, man var fuld og binge-drinking. Procent

Alder, da man første gang var fuld	Hyppighed af binge-episoder				Antal svarpersoner
	Ingen	Mindre end én gang om måneden	Cirka 1-3 gange om måneden	En eller flere gange om ugen	
8-12 år	18,6	52,3	14,0	15,1	86
13-15 år	14,6	58,1	18,0	9,4	1.358
16+ år	32,0	52,5	11,5	4,0	2.695
Total	26,0	54,4	13,7	6,0	4.139

Som noget helt nyt i undersøgelser om danskernes alkoholvaner er deltagerne i KRAM-undersøgelsen blevet spurgt om deres tilbøjelighed til at opleve tømmermændssymptomer. I tabel 7.9 ses andelen, som har angivet, at de en gang i mellem, altid eller næsten altid oplever

det pågældende tømmermændssymptom (tørst, hovedpine, kvalme, svimmelhed, mavepine, hjertebanken og opkastning) efter at have drukket mere end fem genstande. Tabellen viser desuden andelen med tømmermændssymptomer i forhold til, hvor ofte de har angivet at binge-drikke. Det ses, at der ikke er den store forskel på, hvor ofte man binge-drikker, og hvor ofte man er tilbøjelig til at få tømmermænd. Det vil altså sige, at det at være tilbøjelig til at opleve tømmermændssymptomer tilsyneladende ikke virker afskrækkende på at binge-drikke. Det mest almindelige tømmermændssymptomer (tørst) opleves dog hyppigere som følge af binge-drinking blandt personer, der binge-drikker hyppigere end én gang om måneden. Modsat opleves hovedpine og kvalme hyppigere som følge af binge-drinking blandt personer, som binge-drikker sjældnere end en gang om måneden.

*Tabel 7.9 Andel, der en gang imellem, næsten altid eller altid får tømmermændssymptomer efter at have drukket mere end fem genstande ved samme lejlighed. Procent*

	Binge-drikker mere end én gang om måneden	Binge-drikker sjældnere end én gang om måneden	I alt	Antal svarpersoner
Tørst*	64,8	59,0	60,5	2.224
Hovedpine*	34,3	44,3	41,8	1.535
Kvalme*	19,9	23,6	22,7	828
Svimmelhed	13,1	14,1	13,8	504
Mavepine	15,0	13,9	14,2	518
Hjertebanken*	15,8	11,0	12,2	445
Opkastning	11,4	12,0	11,8	431
*p<0,05				

Kvinder angiver generelt flere tømmermændssymptomer end mænd (data ikke vist). For eksempel angiver 47,9 % af kvinderne at få hovedpine en gang imellem, næsten altid eller altid efter at have drukket mere end fem genstande, mens dette kun gør sig gældende for 35,3 % af mændene. Der ses ligeledes en aldersforskel i oplevelsen af tømmermændssymptomer, idet andelen, som oplever hovedpine som følge af at have drukket mere end fem genstande på en gang, falder med alderen (med undtagelse af de 18-24-årige). Blandt de 25-44-årige oplever 60,0 % at få hovedpine, mens dette kun gælder for 18,6 % blandt de 65+-årige. Desuden synes der at være en uddannelsesmæssig forskel, idet 45,7 % af svarpersoner med mere end 15 års uddannelse får hovedpine en gang imellem, næsten altid eller altid efter at have drukket mere end fem genstande, mens dette kun er tilfældet for 35,0 % af dem med mindre end 10 års uddannelse (data ikke vist).

## Opsummering

Blandt svarpersoner i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune oplyser hver tiende, at de drikker mere end Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser. Det er mindre end andelen fundet i SUSY-Region Sjælland. Som det også gjaldt for forskellen i andelen af rygere, skyldes forskellen i andelen, der drikker for meget alkohol, formentlig forskelle i dataindsamlingsmetoder. En større andel blandt mænd end kvinder overskrider genstandsgrænserne i løbet af en typisk uge, og drikker mere end fem genstande ved samme lejlighed (binge-drinking). Den største andel, der overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser, ses blandt de 65+-årige kvinder og de 18-24-årige mænd. Resultaterne viser endvidere, at der blandt mænd er en mindre andel blandt svarpersoner med en kort uddannelse, der overskrider genstandsgrænsen end blandt mænd med en lang uddannelse. For kvinder ses ikke samme tendens.

I alt 17,3 % af svarpersoner i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune oplyser, at de har drukket mere end 5 genstande ved en enkelt lejlighed inden for den seneste måned (binge-drinking). Tidlig alkoholdebut er relateret til en hyppigere overskridelse af genstandsgrænsen og til binge-drinking. De mest almindelige tømmermændssymptomer i forbindelse med binge-drinking er tørst, hovedpine og kvalme. Hovedpine som følge af binge-drikning opleves hyppigere af kvinder og af personer med længere uddannelse.

## Kapitel 8 – Fysisk aktivitet

Ved fysisk aktivitet forstås ethvert muskelarbejde, der øger energiomsætningen (Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, 2003). På trods af at den fysiske aktivitet i fritiden synes at være steget i løbet af de sidste generationer, tyder meget på, at det samlede fysiske aktivitetsniveau er reduceret. Dels er andelen med fysisk anstrengende arbejde reduceret, og mange har i dag et stillesiddende arbejde. Dels er vi blevet mere inaktive, når vi transporterer os, idet vi i højere grad benytter bilen, hvilket sandsynligvis mindsker tiden, hvor vi cykler og går. Vi er blevet mere inaktive i hjemmet, da husholdningen er blevet lettere grundet udbredelsen af diverse maskiner, og desuden bruger vi mere tid foran computeren og fjernsynet (Richelsen et al., 2003). Denne udvikling påvirker vores sundhed og sygelighed, idet fysisk aktivitet har mange positive effekter på både det fysiske og psykiske helbred (Bauman, 2004).

Det er ingen klar konsensus om, hvordan fysisk aktivitet bør måles i spørgeskemaundersøgelser. Nogle undersøgelser anvender tid brugt på fysisk aktivitet som mål, mens andre undersøgelser tager højde for intensitet. Uafhængigt af målemetode viser undersøgelser, at fysisk aktivitet mindsker risikoen for forhøjet blodtryk, hjerte- karsygdomme, diabetes og knogleskørhed (Pedersen & Saltin, 2006). Endvidere medvirker fysisk aktivitet til, at immunforsvaret forbedres, ligesom det mentale og sociale velbefindende øges (Bauman, 2004; Sundhedsstyrelsen, 2003).

Tidligere anbefalede Sundhedsstyrelsen fysisk aktivitet i fire timer om ugen eller derover for at opnå en sundhedsfremmende effekt, men valgte i 1999 at tilslutte sig nye internationale retningslinier. De nye retningslinier anbefaler fysisk aktivitet på minimum moderat niveau i mindst 30 minutter om dagen alle ugens dage. Ved moderat fysisk aktivitet forstås, at man føler sig lettere forpustet, men ikke mere end at man stadig kan føre en samtale. De 30 minutters fysisk aktivitet kan deles op i mindre portioner. Således vil der være en sundhedsgavnlig effekt af ti minutters moderat fysisk aktivitet tre gange om dagen. Det er altså den samlede mængde, der er væsentlig, og de 30 minutters fysiske aktivitet kan indgå som en naturlig del af hverdagen, som ved for eksempel cykling, gang, havearbejde eller rengøring. Sundhedsstyrelsen anbefaler ydermere, at alle voksne mindst to gange om ugen er fysisk aktive ved høj intensitet af 20-30 minutters varighed for at fremme og vedligeholde kondition, muskelstyrke, bevægelighed og knoglesundhed. Der er endnu ikke udviklet en valideret metode til monitorering af, hvor mange personer, der lever op til anbefalingen om 30 minutters fysisk aktivitet dagligt (Sundhedsstyrelsen, 2003; Jørgensen & Rosenlund, 2005).

I dette kapitel belyses fysisk aktivitet i fritiden blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen. Der tages således ikke højde for fysisk aktivitet i forbindelse med transport og arbejde. Fysisk aktivitet i fritiden belyses i forhold til køn, alder og uddannelse. Det undersøges også, hvad svarpersonerne mener, at Guldborgsund Kommune kan gøre for at øge borgernes fysiske aktivitetsniveau. Endelig belyses årsager til fysisk aktivitet og steder, hvor svarpersonerne foretrækker at være fysisk aktive.

## Fysisk aktivitet i fritiden

I KRAM-undersøgelsen er fysisk aktivitet i fritiden belyst ved spørgsmålet: "Hvis vi ser på det sidste år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse på din fysiske aktivitet i fritiden?". Tabel 8.1 viser andelen af svarpersoner i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden. Hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden er defineret som hård træning og regelmæssig konkurrenceidræt flere gange om ugen eller motionsidræt, tungt havearbejde eller lignende mindst fire timer om ugen.

I alt 25,8 % angiver, at de dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden. Det svarer omtrent til andelen fundet i SUSY-Region Sjælland, hvor 23,9 % angiver at være fysisk aktive. Justering for uddannelse blandt de 25-64-årige i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune ændrer ikke nævneværdigt på andelen, der er fysisk aktive (tabel 8.1).

<i>Tabel 8.1 Andel der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden. Procent</i>				
	KRAM-Guldborgsund	KRAM Guldborgsund 25-64-årige	KRAM Guldborgsund 25-64-årige <sup>1</sup>	SUSY-Region Sjælland
Procent	25,8	26,2	24,2	23,9
Antal svarpersoner	5.634	4.233	4.212	2.818
<sup>1</sup> Uddannelsesjusteret. 25-64 år				
*p<0,01				

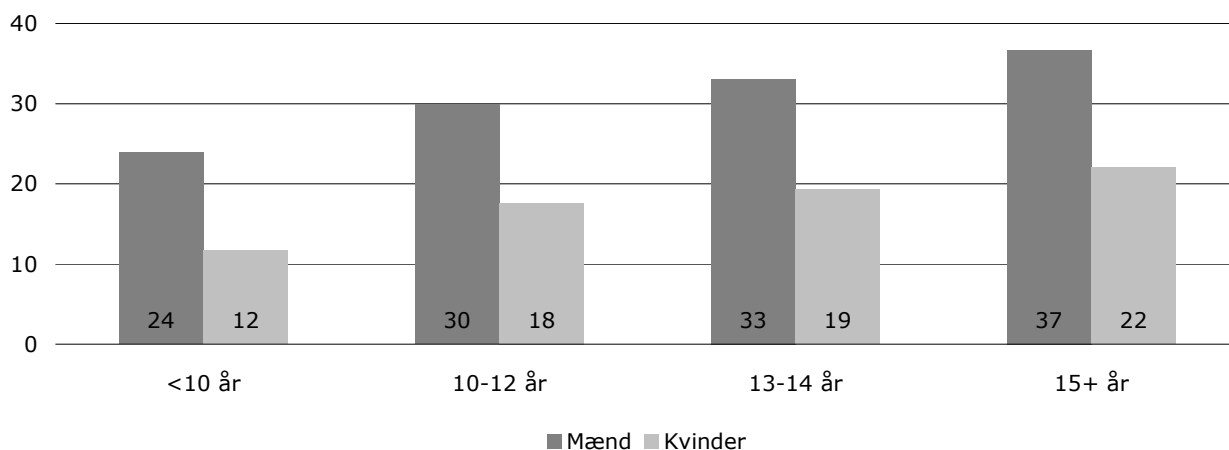
Det fremgår af tabel 8.2, at der i alle aldersgrupper er en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden. Andelen falder med stigende alder både for mænd og kvinder. Blandt de 18-24-årige mænd er 60,0 % fysisk aktive. Den tilsvarende andel for kvinder er 41,8 %.

**Tabel 8.2 Andel der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden. Procent**

		Procent	Antal svarpersoner
Total		25,8	5.634
Mænd	18-24 år	60,0	95
	25-44 år	44,6	437
	45-64 år	30,0	1.162
	65+ år	24,0	567
	Alle mænd	32,5	2.281
Kvinder	18-24 år	41,8	177
	25-44 år	23,8	870
	45-64 år	20,4	1.764
	65+ år	13,3	542
	Alle kvinder	21,2	3.353

Af figur 8.1 ses sammenhængen mellem uddannelseslængde og andelen, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden. For både mænd og kvinder gælder, at andelen, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden, stiger med stigende uddannelse.

**Figur 8.1 Andel der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent**



Tabel 8.3 viser, at der blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune er en større andel (30,9 %) blandt personer med et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden end blandt dem, der ikke har et godt eller et virkelig godt selv vurderet helbred (12,3 %). Endvidere er der en mindre andel

(18,6 %) med langvarig sygdom, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden end blandt personer uden langvarig sygdom (29,7 %).

**Tabel 8.3 Andel der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden i forhold til udvalgte helbredsindikatorer. Procent**

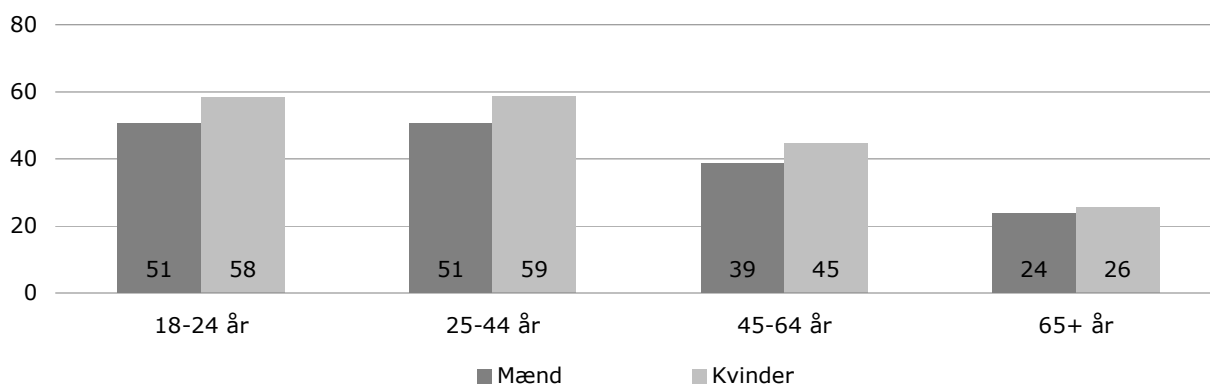
		Procent	Antal svarpersoner
Virkelig godt eller godt selv vurderet helbred*	Ja	30,9	4.094
	Nej	12,3	1.533
Langvarig sygdom*	Ja	18,6	1.924
	Nej	29,7	3.635

\*p<0,05

### Ændring af fysisk aktivitetsniveau

I KRAM-undersøgelsen er der spurgt til, om svarpersonerne ønsker at være mere fysisk aktive, end de allerede er. Blandt svarpersonerne i Guldborgsund Kommune er der for alle aldersgrupper en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der ønsker at være mere fysisk aktive. Den største andel, der ønsker at være mere fysisk aktiv ses blandt de 18-24-årige og 25-44-årige. Herefter falder andelen, der ønsker at være mere fysisk aktiv, med stigende alder for begge køn (figur 8.2).

**Figur 8.2 Andel der ønsker at være mere fysisk aktiv blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent**



Der ses en sammenhæng mellem uddannelseslængde og andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive, således at jo længere uddannelse, jo større ønske om at være mere fysisk aktiv. Således ønsker kun 33,6 % af svarpersonerne med mindre end 10 års uddannelse at være mere fysisk aktive, mens 46,9 % af svarpersonerne med mere end 15 års uddannelse ønsker

at være mere fysisk aktive. Denne sammenhæng findes ligeledes ved kønsopdelte analyser (data ikke vist).

Som forventet er der en større andel blandt svarpersoner, der ikke er fysisk aktive i fritiden (46,3 %), der ønsker at være mere fysisk aktive end blandt de svarpersoner, der er fysisk aktive i fritiden (31,6 %). Der er en større andel, der ønsker at være mere fysisk aktiv blandt fysisk inaktive kvinder (49,4 %) sammenlignet med mænd (41,1 %), der ikke er fysisk aktive i fritiden (data ikke vist). Andelen med en fysisk inaktiv fritid, der ønsker at være fysisk aktive, stiger med stigende uddannelseslængde. Blandt svarpersoner med mindre end 10 års uddannelse, der ikke er fysisk aktive i fritiden, er der således 35,1 %, der ønsker at være mere fysisk aktive, mens det gælder for 52,8 % af dem, som har mere end 15 års uddannelse (data ikke vist). En større andel ønsker at være mere fysisk aktiv blandt svarpersoner med et nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selv vurderet helbred (54,6 %) end blandt svarpersoner med et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred (38,0 %) (data ikke vist).

### **Hvad kan kommunen gøre?**

I KRAM-undersøgelsen er der spurgt til, hvad svarpersonerne mener, kommunen kan gøre for at hjælpe dem til at blive mere fysisk aktive (flere svar er muligt). I alt 66,4 % mener, at kommunen kan hjælpe dem til at blive mere fysisk aktive på den ene eller anden måde. Den største andel mener, at kommunen kan hjælpe dem til at blive mere fysisk aktive ved at skabe flere tilbud om motion, der tager hensyn til dårlig kondition og helbredsproblemer (26,5 %) og ved at anlægge flere cykelstier (25,0 %). Kun få (9,5 %) tror på, at forbedring af den offentlige transport til idrætsfaciliteter og naturområder vil medføre mere fysisk aktivitet (tabel 8.4).

*Tabel 8.4 Andel der mener, at kommunen på forskellige måder kan hjælpe dem til at være mere fysisk aktive blandt mænd og kvinder. Procent*

	Mænd	Kvinder	I alt
Jeg tror ikke, kommunen kan hjælpe mig til at blive mere fysisk aktiv	33,7	33,6	33,6
Skabe flere tilbud om motion, der tager hensyn til dårlig kondition og helbredsproblemer*	23,6	28,4	26,5
Anlægge flere cykelstier	24,3	25,4	25,0
Øge den økonomiske støtte til kommunens foreninger	22,6	24,4	23,7
Skabe flere motionsvenlige naturtilbud, eks. motionsstier, lysløjper, ture med naturvejleder, forhindringsbaner mv.	22,3	22,8	22,6
Oplyse bedre om de muligheder, der i dag findes til borgerne i kommunen	18,4	19,1	18,8
Sørge for aktiviteter for både børn og voksne samme sted*	13,1	18,0	16,0
Øge antallet af idrætslokaler, haller eller motionscentre*	13,0	10,5	11,5
Skabe flere motions-events, eks. rulleskøjteløb, familielege-dage, fredags-dans under åben himmel eller andet*	7,7	13,6	11,2
Forbedre eksisterende motions- og idrætsfaciliteter (eks. indretning af lokaler, omklædningsfaciliteter eller bedre parkeringsforhold)*	11,9	10,1	10,8
Forbedre den offentlige transport til idrætsfaciliteter og naturområder	9,0	9,9	9,5
Antal svarpersoner	2.278	3.350	5.628
*p<0,05			

Det fremgår endvidere, at der er forskel på, hvad mænd og kvinder mener, kommunen kan gøre for at hjælpe dem til at blive mere fysisk aktive. Mænd foreslår oftere end kvinder, at flere eller forbedrede motions- og idrætsfaciliteter ville gøre en forskel, mens kvinder oftere ønsker flere tilbud om motion, der tager hensyn til dårlig kondition og helbredsproblemer, aktiviteter for hele familien samt flere motionsevents (tabel 8.4). Troen på at kommunen kan hjælpe borgerne til at være mere fysisk aktive, falder generelt med alderen. Således mener 27,7 % af de 18-24-årige, at kommunen ikke kan hjælpe, mens det gælder for 35,2 % af de 40-64-årige og 33,0 % af de 65+-årige. Andelen, der mener, at kommunen kan hjælpe ved at forbedre eksisterende idrætsfaciliteter, øge den økonomiske støtte til foreninger og skabe flere motions-events falder generelt med stigende alder (data ikke vist). De 25-44-årige efterlyser i højere grad end de andre aldersgrupper aktiviteter for hele familien (36,7 %) (data ikke vist).

Andelen af svarpersoner der mener, at kommunen kan hjælpe dem til at være mere fysisk aktive ved at forbedre eksisterende faciliteter, sørge for aktiviteter for hele familien på samme sted, skabe flere motionsevents og flere motionsvenlige tilbud, stiger med stigende uddannelseslængde (data ikke vist). Modsat gælder det, at andelen, der mener, at kommunen kan hjælpe dem til at være mere fysisk aktive ved at skabe flere tilbud om motion, der tager hensyn til dårlig kondition og helbredsproblemer, falder med stigende uddannelseslængde. Blandt dem med mindre end 10 års uddannelse mener 32,6 %, at flere tilbud om motion, der tager

hensyn til dårlig kondition og helbredsproblemer vil hjælpe dem, mens det kun er 21,1 % blandt dem med mere end 15 års uddannelse. En større andel af de ikke erhvervsaktive sammenlignet med de erhvervsaktive mener, at kommunen kan hjælpe dem til at være mere fysisk aktive ved at oplyse bedre om muligheder for fysisk aktivitet, skabe flere tilbud om motion, der tager hensyn til dårlig kondition og helbredsproblemer samt forbedre den offentlige transport til idrætsfaciliteter og naturområder. Modsat mener en større andel af de erhvervsaktive, at kommunen kan hjælpe ved at sørge for aktiviteter for hele familien på samme sted, skabe flere motions-events og flere motionsvenlige naturtilbud (data ikke vist).

Ud fra et folkesundhedsmæssigt perspektiv er det særlig interessant at undersøge, hvorledes dem som ikke er fysisk aktive, kan blive mere aktive. I KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune ses, at de fysisk aktive har en større tro på, at kommunen kan hjælpe dem til mere fysisk aktivitet sammenlignet med de inaktive (data ikke vist). Det at kommunen kan hjælpe ved at skabe flere tilbud om motion, der tager hensyn til dårlig kondition og helbredsproblemer er der imidlertid en stor andel af de fysisk inaktive, som mener.

### **Årsager til at være fysisk aktiv**

I KRAM-undersøgelsen er der spurgt til, hvad de to vigtigste årsager er til, at den enkelte træner eller dyrker idræt. Det fremgår af tabel 8.5, at langt den største andel træner eller dyrker idræt for at være/komme i form (51,3 %). Endvidere er der en stor andel, der træner eller dyrker idræt for at tabe sig, for at være sammen med andre og for at have det sjovt. En større andel af kvinder end mænd træner eller dyrker idræt for at være/komme i form, tabe sig og for udseendets skyld. Der er en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der træner eller dyrker idræt for at være sammen med andre og for at konkurrere med andre (tabel 8.5).

*Tabel 8.5 De vigtigste årsager til, at den enkelte træner eller dyrker idræt blandt mænd og kvinder. Procent*

	Mænd	Kvinder	I alt
For at være i form/komme i form*	46,2	54,7	51,3
For at tabe mig*	17,3	21,3	19,7
For at være sammen med andre*	19,7	16,6	17,9
For at have det sjovt	18,1	16,8	17,4
For at koble af	14,4	15,8	15,2
Andet*	8,3	12,1	10,6
For udseendets skyld*	5,0	8,5	7,1
For at blive bedre til min idræt	2,9	2,9	2,9
For at konkurrere med andre*	3,6	1,2	2,2
Antal svarpersoner	2.280	3.352	5.632
*p<0,05			

Der er forskel på de vigtigste årsager til at træne eller dyrke idræt mellem aldersgrupperne. En stor del af de unge træner eller dyrker idræt for udseendets skyld, for at koble af, for at blive bedre til deres idræt og for at konkurrere med andre, mens de ældre i højere grad gør det for at være/komme i form og for at være sammen med andre (data ikke vist).

Andelen af svarpersoner, der træner eller dyrker idræt for udseendets skyld, for at være/komme i form og for at koble af, stiger med stigende uddannelseslængde. Modsat falder andelen, der er fysisk aktive for at være sammen med andre og for at konkurrere med stigende uddannelseslængde (data ikke vist).

### **Sted for fysisk aktivitet**

Tabel 8.6 viser, hvor svarpersonerne dyrker idræt, motion eller anden form for fysisk aktivitet (flere svar er muligt). Størstedelen af både mænd og kvinder angiver, at de dyrker fysisk aktivitet alene, som de selv organiserer (35,4 %), eller at de gør det i en forening (32,1 %). En større andel blandt kvinder end mænd er fysisk aktive i et motionscenter, danseinstitut eller lignende, i et kommunalt tilbud eller i en aftenskole. Modsat er en større andel blandt mænd end kvinder fysisk aktive i en forening (tabel 8.6).

**Tabel 8.6 Hvor dyrker den enkelte idræt, motion eller anden form for fysisk aktivitet blandt mænd og kvinder. Procent**

	Mænd	Kvinder	I alt
Selvorganiseret (på egen hånd) - alene	34,8	35,7	35,4
I en forening (idrætsforening eller anden forening)*	33,8	31,0	32,1
I et motionscenter/fitnesscenter, danseinstitut og lign.*	16,8	25,9	22,2
Selvorganiseret (på egen hånd) – sammen med andre*	17,8	20,3	19,2
Andet sted*	4,9	6,9	6,1
I et kommunalt tilbud*	3,4	5,1	4,4
I en aftenskole*	0,8	6,2	4,0
På din arbejdsplads eller uddannelsesinstitution	3,9	3,5	3,7
<b>Antal svarpersoner</b>	<b>2.276</b>	<b>3.353</b>	<b>5.629</b>
*p<0,05			

Andelen, der dyrker selvorganiseret fysisk aktivitet alene, i et motionscenter/fitnesscenter, danseinstitut og lignende eller på arbejdspladsen eller en uddannelsesinstitution, falder med stigende alder. Til gengæld stiger andelen, der er fysisk aktive i en aftenskole eller et kommunalt tilbud med stigende alder (data ikke vist). Andelen der er fysisk aktive i en forening er størst i aldersgrupperne 18-24 år og 65+ år. Andelen, der dyrker selvorganiseret fysisk aktivitet alene, er størst i aldersgrupperne 25-44 år og 45-64 år (data ikke vist).

Der ses en sammenhæng mellem uddannelseslængde og sted for fysisk aktivitet. Andelen, der dyrker selvorganiseret fysisk aktivitet alene eller sammen med andre, i en forening, i et motionscenter/fitnesscenter, danseinstitut og lignende samt på en arbejdsplads eller uddannelsesinstitution, stiger med stigende uddannelseslængde. Andelen der er fysisk aktive i et kommunalt tilbud falder med stigende uddannelse og er mest udbredt blandt personer uden for erhverv (data ikke vist).

## Opsummering

Hver fjerde svarperson i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune oplyser, at de dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden. I alle aldersgrupper er der en større andel blandt mænd end kvinder, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden, og andelen falder med stigende alder for både mænd og kvinder. Andelen, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden stiger med stigende uddannelsesniveau for begge køn. Der er en større andel med et virkelig godt selvvurderet helbred, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden end blandt dem, der ikke har et godt eller virkelig godt selvvurderet helbred.

En større andel kvinder end mænd svarer, at de ønsker at være mere fysisk aktive. Særligt de 18-44-årige ønsker at være mere aktive. Svarpersoner, der ikke dyrker moderat/hård fysisk aktivitet i fritiden, ønsker oftere at være mere fysisk aktive end svarpersoner, der allerede er fysisk aktive i fritiden. Andelen med en fysisk inaktiv fritid, der ønsker at være mere aktiv, stiger med stigende uddannelse.

Omkring 2/3 af svarpersonerne mener, at kommunen på en eller anden måde kan hjælpe borgerne til at blive mere fysisk aktive. Der er især mange unge, der mener, at kommunen kan hjælpe. De fleste svarer, at kommunen kan hjælpe dem ved at: skabe flere tilbud om motion, der tager hensyn til dårlig kondition og helbredsproblemer; skabe flere motionsvenlige naturtilbud og anlægge flere cykelstier. De fysisk aktive synes at have en større tro på, at kommunen kan hjælpe dem til mere fysisk aktivitet sammenlignet med de inaktive. Der er imidlertid en stor andel af de fysisk inaktive, som mener, at kommunen kan hjælpe ved at skabe flere tilbud, der tager hensyn til dårlig kondition og helbredsproblemer.

Den vigtigste årsag til at være fysisk aktiv er for at være i form eller komme i bedre form. Det mener omkring halvdelen af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune. Sammenlignet med mænd er kvinder især fysisk aktive for at være/komme i form, for at tabe sig og for udseendets skyld. Derimod er en større andel af mænd end kvinder fysisk aktive for at være sammen med andre og for at konkurrere med andre.

Størstedelen af dem, som er fysisk aktive, dyrker selvorganiseret idræt alene eller er fysisk aktive i en forening. En større andel af kvinder end mænd er fysisk aktive i et motionscenter, danseinstitut eller lignende, på egen hånd - sammen med andre, i et kommunalt tilbud eller i en aftenskole. Andelen der er fysisk aktive i et kommunalt tilbud falder med stigende uddannelse og er mest udbredt blandt personer uden for erhverv.

## Kapitel 9 – Trivsel

Ved trivsel forstås tilfredshed med livet og en generel følelse af velbefindende. Livskvalitet og trivsel måles ofte som en kombination af fysisk, psykisk og socialt velbefindende. Der er derfor ofte nogle, som har problemer med helbred og trivsel til trods for, at de er raske i medicinsk forstand (Fayers & Machin, 2001). Trivsel kan måles på mange måder, og i KRAM-undersøgelsen belyses borgernes psykiske funktion og velbefindende gennem spørgsmål om oplevelsen af stress i dagligdagen samt søvnmønster, mens socialt velbefindende beskrives ud fra spørgsmål om sociale relationer til familie og venner, muligheden for at få hjælp og støtte, såfremt man har brug for det, samt følelsen af, at nogen fra familie eller blandt venner kræver for meget af én i hverdagen.

### Stress

Stress er en tilstand, der påvirker personer både fysisk og psykisk. I daglig tale siger personer ofte, at de er stresset, når de har travlt, og tingene vokser dem over hovedet. De reagerer med irritabilitet, søvnløshed, træthed, manglende koncentrationsevne med mere. Det er den subjektive oplevelsesmæssige dimension af stressbegrebet. Der er også en mere objektiv dimension, idet stress kan ytre sig rent fysiologisk ved, at der produceres stresshormoner, og således gør kroppen parat til en øget indsats. Stress forårsages af en belastning, som er vanskelig at håndtere. Graden af stress og eventuelle helbredsmæssige følgevirkninger afhænger blandt andet af belastningens styrke og varighed og af den enkeltes ressourcer. Længerevarende eller meget stærke belastninger kan medføre stressbetinget sygdom for eksempel hjertekarsygdom og depression (Nielsen et al., 2004). Allerede eksisterende sygdom kan desuden forværres af stress. I KRAM-undersøgelsen fokuseres der på den oplevelsesmæssige dimension af stress.

Tabel 9.1 viser andelen, der ofte føler sig stresset i dagligdagen. Blandt svarpersoner i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune angiver 8,1 %, at de ofte føler sig stresset i dagligdagen. Dette er på niveau med andelen i SUSY-Region Sjælland.

Tabel 9.1 Andel der føler sig stresset i dagligdagen. Procent

	KRAM-Guldborgsund	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige <sup>1</sup>	SUSY-Region Sjælland
Procent	8,1	9,9	8,9	9,1
Antal svarpersoner	5.486	4.146	4.146	2.818
<sup>1</sup> Uddannelsesjusteret 25-64 år				

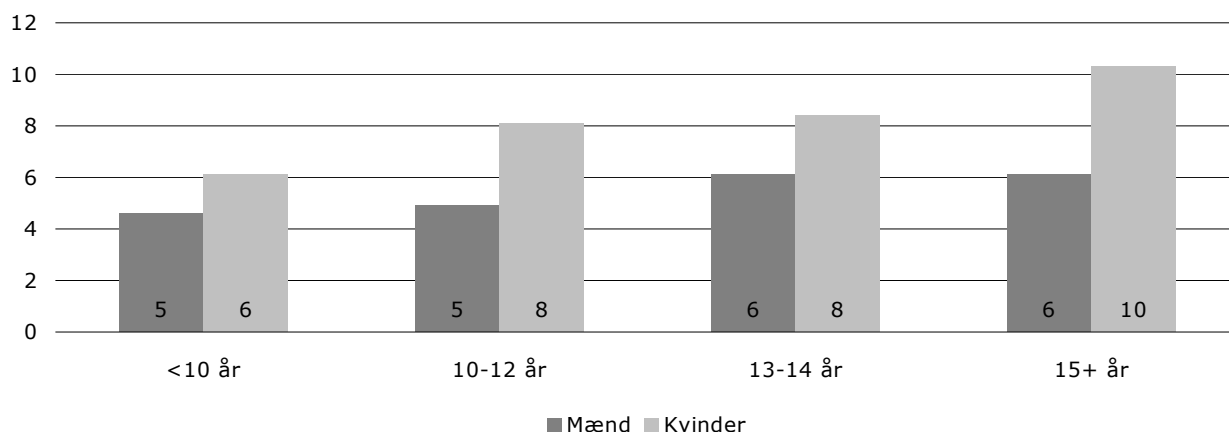
Der er i alle aldersgrupperne en større andel blandt kvinder end mænd, der ofte er stresset i dagligdagen (Tabel 9.2). Andelen, der ofte er stresset i dagligdagen, er størst i aldersgruppen 45-64 år for mænd og aldersgruppen 25-44 år for kvinder i. Derimod er der færrest, der ofte er stresset i hverdagen, i aldersgruppen 65+år.

*Tabel 9.2 Andel der ofte føler sig stresset i dagligdagen blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent*

		Procent	Antal svarpersoner
Total		8,1	5.486
Mænd	18-24 år	6,5	93
	25-44 år	7,3	425
	45-64 år	8,0	1.134
	65+ år	0,4	562
	Alle mænd	5,9	2.214
Kvinder	18-24 år	11,1	172
	25-44 år	14,0	860
	45-64 år	9,7	1.727
	65+ år	2,0	513
	Alle kvinder	8,7	3.272

I figur 9.1 ses, at der blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune er en uddannelsesmæssig forskel i oplevelsen af stress i dagligdagen. Overordnet stiger andelen, der ofte er stresset i dagligdagen med stigende uddannelseslængde – dog mere tydeligt for kvinder end mænd.

*Figur 9.1 Andel der ofte føler sig stresset i dagligdagen blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent*



Tabel 9.3 viser, at der i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune er en sammenhæng mellem selvvurderet helbred og oplevelsen af stress i dagligdagen. Blandt svarpersoner med et godt eller virkelig godt selvvurderet helbred er der en færre, der ofte føler sig stresset i dagligdagen sammenlignet med svarpersoner med et nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selvvurderet helbred.

*Tabel 9.3 Andel som ofte føler sig stresset i dagligdagen i forhold til selvvurderet helbred. Procent*

		Føler sig ofte stresset	Antal svarpersoner
Virkelig godt eller godt selvvurderet helbred*	Ja	5,3	4.203
	Nej	14,0	1.595
*p<0,05			

I KRAM-undersøgelsen er stressniveauet endvidere belyst ved brug af en stressskala kaldet "Perceived Stress Scale" (PSS) eller "oplevet stressskala". PSS indeholder spørgsmål, der omhandler borgerens følelser og tanker inden for de sidste 14 dage. Derved belyses i hvilken grad, svarpersonerne vurderer situationer i deres liv som stressende. Der er i alt ti spørgsmål, og ud for hvert spørgsmål er svarpersonerne blevet bedt om med et kryds at angive, hvor ofte han/hun følte eller tænkte på den pågældende måde. (For eksempel "Hvor ofte er du blevet bragt ud af fatning over noget, der skete uventet?"). Ud fra svarpersonernes svar på de ti spørgsmål beregnes en score, der går fra 0 til 40, hvor en høj score indikerer mere oplevet stress. Gruppen med et højt stressniveau er defineret som de 20 % af borgerne, som oplevede det højeste niveau af stress (PSS>15 for mænd og PSS>17 for kvinder).

Spørgsmålet om hvor ofte man føler sig stresset i dagligdagen, indeholder blot et element af stress, mens stress-scoren indeholder en række elementer såsom mestring, travlhed, kontrol over tilværelsen med videre. Den gennemsnitlige stress-score for er højere for kvinder (12,3) end for mænd (10,6). Det vil sige, at kvinder har et højere stressniveau end mænd. Det er i overensstemmelse med resultatet for stress i dagligdagen, hvor kvinder i højere grad end mænd oplever stress.

Det fremgår af tabel 9.4, at der både blandt mænd og kvinder i den yngste aldersgrupper er en stor andel, der har en høj stress-score. Endvidere ses der en forskel i andelen, der har en høj stress-score blandt svarpersoner, som har en lang uddannelse sammenlignet med personer med en kortere uddannelse – jo længere uddannelse jo mindre er andelen, der har en høj stress-score. Der ses desuden en større andel, der har en høj stress-score blandt svarpersoner, som ikke er erhvervsaktive end blandt svarpersoner, der er erhvervsaktive.

I tabel 9.4 ses desuden en sammenhæng mellem høj stress-score og KRAM-faktorerne. Der er en større andel, der har en høj stress-score blandt svarpersoner, som ikke spiser frugt dagligt, ryger dagligt, eller ikke er fysisk aktive i fritiden end blandt svarpersoner, der spiser frugt dagligt, ikke ryger dagligt, eller dyrker moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden. Endvidere er der en større andel blandt de mænd, der overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser, som har en høj stress-score sammenlignet med mænd, der drikker under genstandsgrænserne.

*Tabel 9.4 Andel der har en høj stress-score. Procent*

		Høj stress-score (Perceived Stress Scale PSS)	
		Mænd	Kvinder
Alder	18-24 år	*34,4	*34,9
	25-44 år	18,4	20,8
	45-64 år	19,5	16,0
	65+år	13,9	13,1
Uddannelse	< 10 år	*25,5	*22,4
	10-12 år	21,1	22,1
	13-14 år	17,5	18,2
	15+ år	13,9	13,4
Erhvervsstatus <sup>1</sup>	Erhvervsaktiv	*17,0	*15,6
	Ikke erhvervsaktiv	29,9	27,0
Spiser frugt dagligt	Ja	*15,5	*14,5
	Nej	20,1	23,2
Ryger dagligt	Ja	*24,5	*26,2
	Nej	17,3	16,2
Alkohol forbrug	Har overskredet genstandsgrænsen	*22,9	21,5
	Har ikke overskredet genstandsgrænsen	17,7	17,6
Fysisk aktivitet i fritiden	Ja	*14,1	*14,2
	Nej	20,5	18,8
<sup>1</sup> 18-64-årige			
*p<0,05			

De sammenhænge, som observeres mellem stress-scoren og KRAM-faktorerne, kan dog ikke genfindes, når målet "ofte stresset i dagligdagen" anvendes. Ved anvendelsen af dette mål ses kun en sammenhæng blandt kvinder mellem stress og rygning (data ikke vist).

## Søvn

Søvn har afgørende betydning for kroppens genopbygning, og mangel på søvn kan både påvirke immunforsvaret og kognitive funktioner som hukommelse og indlæring. Søvn længde og dybde reguleres af et samspil mellem søvnbehov, døgnrytmen og vaner eller adfærdsfaktorer. Hvor meget søvn, man har brug for, er individuelt og varierer desuden med alderen. Små børn har brug for meget søvn, mens behovet falder, jo ældre man bliver. Generelt siger man, at man får tilstrækkelig søvn, hvis man føler sig udhvilet om dagen. Søvnkvaliteten kan beskrives som den subjektive opfattelse af at være udhvilet og have sovet godt. En nat med dårlig søvn kan påvirke humør, koncentration og ydeevne (Gerlach, 2003).

Blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune er der 69,8 %, der som regel får søvn nok til at føle sig udhvilet. Dette er svarende til andelen i SUSY-Region Sjælland (Tabel 9.5).

*Tabel 9.5 Andel der som regel får nok søvn til at føle sig udhvilet. Procent*

	KRAM-Guldborgsund	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige <sup>1</sup>	SUSY-Region Sjælland
Procent	69,8	67,3	67,1	71,0
Antal svarpersoner	5.566	4.186	4.186	1.029
<sup>1</sup> Uddannelsesjusteret. 25-64 år				

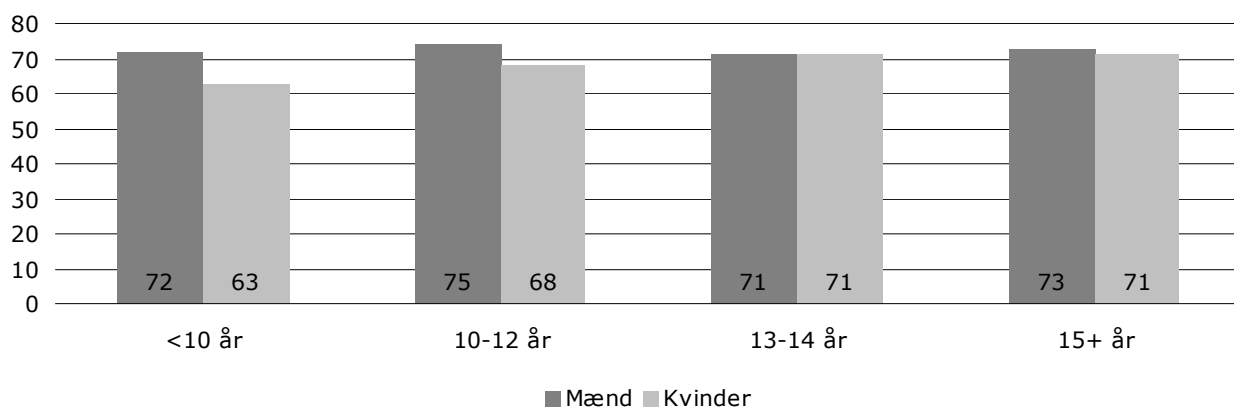
I tabel 9.6 ses, at andelen af svarpersoner, der som regel får søvn nok til at føle sig udhvilet, stiger med alderen for både mænd og kvinder. Kun cirka 47 % af de 18-24-årige får søvn nok til at føle sig udhvilet, men det er over 80 % af de 65+årige.

*Tabel 9.6 Andel der som regel får nok søvn til at føle sig udhvilet. Procent*

		Procent	Antal svarpersoner
Total		69,8	67,3
Mænd	18-24 år	47,8	92
	25-44 år	63,2	432
	45-64 år	70,4	1.151
	65+ år	87,2	580
	Alle mænd	72,4	2.255
Kvinder	18-24 år	47,2	176
	25-44 år	58,4	858
	45-64 år	70,7	1.745
	65+ år	82,0	532
	Alle kvinder	68,1	3.311

På figur 9.2 ses der, at der ingen systematisk sammenhæng er mellem uddannelseslængde og søvnmængde.

Figur 9.2 Andel der som regel får nok søvn til at føle sig udhvilet blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Der er sammenhæng mellem selv vurderet helbred og søvnmængde. Der er således en større andel blandt svarpersoner med et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred, der som regel får søvn nok til at føle sig udhvilet (74,5 %) end blandt svarpersoner, der har et nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selv vurderet helbred (57,1 %) (data ikke vist).

I tabel 9.7 ses, at der blandt svarpersoner i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune er en større andel, der som regel føler sig udhvilet blandt svarpersoner, der spiser frugt dagligt end blandt dem, der ikke spiser frugt dagligt. Desuden er der en større andel, der som regel føler sig udhvilet blandt dem, der ikke ryger dagligt sammenlignet med daglig rygere. Tilsvarende ses der en sammenhæng mellem søvnmængde og fysisk aktivitet i fritiden, da der en større andel blandt personer, som er fysisk aktive i fritiden, der som regel får nok søvn til at føle sig udhvilet sammenlignet med dem, der ikke er fysisk aktive.

*Tabel 9.7 Andel der som regel får søvn nok til at føle sig udhvilet i forhold til KRAM-faktorerne og stress. Procent*

		Procent	Antal svarpersoner
Spiser frugt dagligt*	Ja	72,2	2.818
	Nej	67,3	2.743
Ryger dagligt*	Ja	61,4	891
	Nej	71,4	4.672
Alkohol forbrug	Har overskredet genstandsgrænsen	71,1	533
	Har ikke overskredet genstandsgrænsen	69,6	5.027
Fysisk aktivitet i fritiden*	Ja	72,8	1.431
	Nej	68,9	4.113
* p<0,05			

I KRAM-undersøgelsen er der desuden spurgt til, hvor ofte borgerne sover dårligt eller uroligt. Blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund kommune sover 8,3 % af svarpersonerne dårligt eller uroligt hver nat eller næsten hver nat – flere blandt kvinder (9,1 %) end blandt mænd (7,0 %) (data ikke vist). Andelen, der sover dårligt eller uroligt, stiger med stigende alder frem til aldersgruppen 65+ år. Det vil sige, at andelen er mindst blandt de 18-24-årige (5,2 %) og størst blandt de 45-64-årige (9,4 %) (data ikke vist). Andelen, der sover dårligt eller uroligt, falder med stigende uddannelseslængde. Der er 12,2 %, der sover dårligt eller uroligt, blandt svarpersoner med mindre end 10 års uddannelse, mens det kun er 6,2 % af svarpersonerne med mere end 15 års uddannelse (data ikke vist). Ligeledes er der en større andel blandt de ikke erhvervsaktive (12,5 %), som sover dårligt eller uroligt hver nat sammenlignet med de erhvervsaktive (7,1 %) (data ikke vist).

Der er en større andel, der sover dårligt eller uroligt hver nat eller næsten hver nat blandt svarpersoner, der har et nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selv vurderet helbred (18,0 %) end blandt dem, der har et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred (4,6 %) (data ikke vist). Endelig er der en større andel, der sover dårligt eller uroligt hver nat eller næsten hver nat blandt svarpersoner, der ikke er fysisk aktive i fritiden (9,2 %) eller ikke dagligt spiser frugt (9,2 %) sammenlignet med dem, der henholdsvis er fysisk aktive i fritiden (5,6 %) eller som spiser frugt dagligt (7,3 %) (data ikke vist).

## Sociale relationer

Tilknytning til andre mennesker – de sociale relationer – har fået en central placering inden for folkesundhedsvidenskaben. Sociale relationer er relateret til helbred, idet de udgør en støttefunktion, og er forum for udveksling af viden og kundskaber (Berkman & Kawachi, 2000).

Undersøgelser har vist, at personer med stærke sociale relationer i mindre grad bliver syge, og hvis de bliver syge, kommer de sig hurtigere efter deres sygdom. Dertil har personer med stærke sociale relationer mindre risiko for at dø tidligt end personer med svage sociale relationer (Iversen et al., 2002). Undersøgelser viser, at 1000-1500 dødsfald årligt er relateret til svage sociale relationer i Danmark, hvilket svarer til cirka 2 % af alle dødsfald. Mænd med svage sociale relationer dør i gennemsnit tre år for tidligt, mens kvinder med svage sociale relationer i gennemsnit dør to år for tidligt. Endvidere kan personer med svage sociale relationer forvente færre gode leveår<sup>5</sup> end personer med stærke sociale relationer. Personer med svage sociale relationer er her defineret som personer, der sjældent eller aldrig træffer familie eller personer, og som ikke regner med at få hjælp af andre i tilfælde af sygdom (Juel et al., 2006).

De sociale relationer kan beskrives ved henholdsvis et strukturelt og et funktionelt aspekt (Iversen et al., 2002). Det strukturelle aspekt dækker over, hvor mange og hvilke personer den enkelte har kontakt med – det vil sige den kvantitative del af de sociale relationer. Det funktionelle aspekt udgør den form for støtte, en person modtager fra sit netværk, eller de problemer og bekymringer netværket giver – det vil sige den kvalitative del af de sociale relationer.

### Det strukturelle aspekt

Omfanget af de sociale relationer er belyst ved at spørge svarpersonen om, hvor ofte de træffer henholdsvis familie samt venner og bekendte.

Tabel 9.8 viser, at andelen, der sjældent træffer familie blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune, er højere end andelen i SUSY-Region Sjælland. Derimod er andelen, der sjældent træffer venner eller bekendte, i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune på niveau med SUSY-Region Sjælland (tabel 9.9).

---

<sup>5</sup> Gode leveår forstås her som levetiden justeret for om helbredet er mere eller mindre perfekt.

<i>Tabel 9.8 Andel der sjældent eller aldrig træffer familie. Procent</i>				
	KRAM-Guldborgsund	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige <sup>1</sup>	SUSY-Region Sjælland
Procent	13,2	12,9	12,6	9,9*
Antal svarpersoner	5.548	4.178	4.178	2.818
<sup>1</sup> Uddannelsesjusteret. 25-64 år				
*p<0,01				

<i>Tabel 9.9 Andel der sjældent eller aldrig træffer venner og bekendte. Procent</i>				
	KRAM-Guldborgsund	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige <sup>1</sup>	SUSY-Region Sjælland
Procent	10,9	12,0	13,1	9,3
Antal svarpersoner	5.528	4.165	4.165	2.818
<sup>1</sup> Uddannelsesjusteret. 25-64 år				

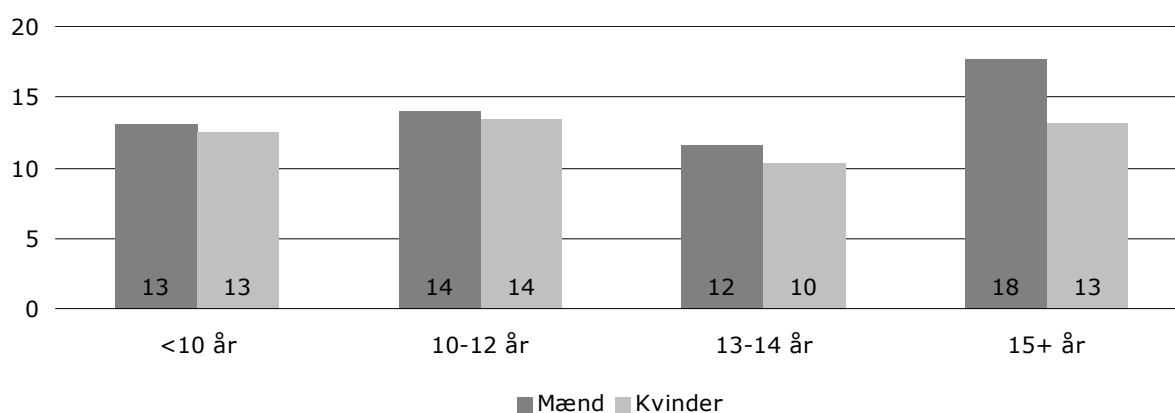
Af tabel 9.10 fremgår det, at 13,2 % af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune træffer deres familie sjældnere end en gang om måneden, mens 10,9 % træffer deres venner og bekendte sjældnere end en gang om måneden. Der er en mindre andel blandt kvinder og mænd i aldersgruppen 25-44 år, der træffer familie sjældnere end en gang om måneden sammenlignet med de resterende aldersgrupper. Andelen, som sjældnere end en gang om måneden træffer familie, er størst i aldersgruppen 45-64 år for mænd og i aldersgruppen 65+ for kvinder. Der er endvidere en mindre andel blandt de 18-24-årige, der angiver, at de sjældnere end en gang om måneden træffer venner og bekendte sammenlignet med de resterende aldersgrupper. Andelen, som sjældnere end en gang om måneden træffer venner og bekendte, er størst i aldersgruppen 45-64 år for både mænd og kvinder.

**Tabel 9.10 Andel der sjældent eller aldrig træffer henholdsvis familie og venner og bekendte blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent**

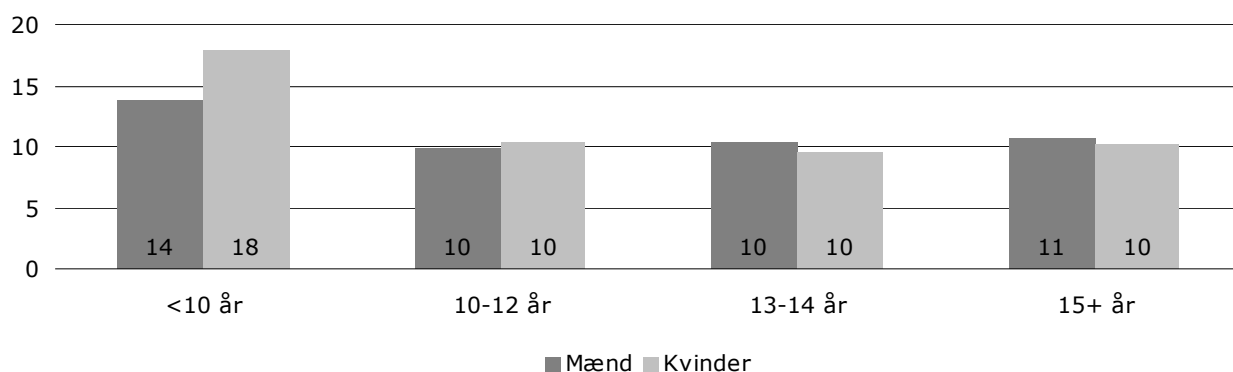
		Familie		Venner og bekendte	
		Procent	Antal svarpersoner	Procent	Antal svarpersoner
Total		13,2	5.548	10,9	5.528
Mænd	18-24 år	13,0	92	1,1	92
	25-44 år	12,1	431	7,4	430
	45-64 år	16,4	1.151	12,2	1.146
	65+ år	14,1	575	10,0	271
	Alle mænd	14,9	2.249	10,8	2.239
Kvinder	18-24 år	12,0	175	5,2	174
	25-44 år	10,4	856	8,9	854
	45-64 år	12,0	1.740	13,8	1.735
	65+ år	15,5	528	7,6	526
	Alle kvinder	12,1	3.299	11,1	3.289

Figur 9.3 og 9.4 belyser omfanget af sociale relationer blandt svarpersoner med forskellig uddannelseslængde. Overordnet er der ingen systematiske forskelle i andelen, som sjældent eller aldrig træffer familie mellem uddannelsesgrupperne for hverken mænd eller kvinder. Blandt mænd med mere en 15 års uddannelse er der dog forholdsvis mange, der sjældent eller aldrig træffer familie. Blandt svarpersoner med kort uddannelse (<10 år) er der en større andel, som sjældent eller aldrig træffer venner eller bekendte sammenlignet med svarpersoner med længere uddannelser. Det skal dog bemærkes, at der er tale om få svarpersoner i den laveste uddannelsesgruppe, hvilket kan påvirke resultatet.

**Figur 9.3 Andel der sjældent eller aldrig træffer familie blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent**



Figur 9.4 Andel der sjældent eller aldrig træffer venner og bekendte blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Analyserne af KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune viser sammenhæng mellem omfanget af sociale relationer og selv vurderet helbred. Andelen, der træffer familie sjældnere end en gang om måneden, er mindre blandt svarpersoner, som har et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred (11,6 %) sammenlignet med dem, der har et nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selv vurderet helbred (17,7 %) (data ikke vist). Ligeledes ses der, at andelen, der træffer venner og bekendte sjældnere end en gang om måneden, er mindre blandt svarpersoner, som har et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred (9,6 %) sammenlignet med dem, der har et nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selv vurderet helbred (14,7 %) (data ikke vist).

Tabel 9.11 viser at, der er en sammenhæng mellem flere af KRAM-faktorerne og sjælden kontakt til familie. En større andel af de svarpersoner, der ryger, der drikker over genstandsgrænserne eller som er fysisk inaktive i fritiden, træffer sjældent familie sammenlignet med svarpersoner, som ikke ryger, ikke drikker over genstandsgrænserne eller som er fysisk aktive i fritiden. Tilsvarende ses en sammenhæng mellem fysisk inaktivitet og sjælden kontakt til venner og bekendte. En større andel af de svarpersoner, der er fysisk inaktive i fritiden, træffer sjældent venner og bekendte sammenlignet med fysisk aktive svarpersoner.

*Tabel 9.11 Andel som sjældent eller aldrig træffer henholdsvis familie og venner og bekendte i forhold til KRAM-faktorerne og stress. Procent*

		Familie		Venner og bekendte	
		Procent	Antal svarpersoner	Procent	Antal svarpersoner
Spiser frugt dagligt	Ja	12,5	2.812	10,2	2.801
	Nej	14,0	2.732	11,8	2.723
Ryger dagligt	Ja	*15,8	890	12,3	886
	Nej	12,7	4.655	10,7	4.639
Alkohol forbrug	Har overskredet genstandsgrænsen	*18,5	531	9,8	531
	Har ikke overskredet genstandsgrænsen	12,7	5.011	11,1	4.991
Fysisk aktivitet i fritiden	Ja	*10,1	1.431	*7,3	1.426
	Nej	14,3	4.096	12,2	4.082
*p<0,05					

De to tidligere omtalte spørgsmål er rettet mod, hvor ofte svarpersonerne har kontakt til familie og venner, og svarerne viser ikke nødvendigvis, hvor megen social kontakt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune reelt har. Selvom en svarperson har angivet, at vedkommende ikke har nævneværdig social kontakt til sin familie, kan den enkelte have megen social kontakt til venner og bekendte, ligesom det modsatte kan være tilfældet. Endvidere kan en svarperson have mange sociale relationer på arbejdspladsen, og kan derigennem få dækket sit sociale behov. Derudover angiver ovenstående variable ikke, hvorvidt behovet for socialt samvær med andre opleves som dækket, og det er meget individuelt, hvor stort et behov for social kontakt den enkelte har .

### **Det funktionelle aspekt**

Sociale relationer kan fungere som støtte i trængte eller pressede situationer, og derved kan sociale relationer beskytte mod de skadelige virkninger af for eksempel stress (Iversen et al., 2002). I KRAM-undersøgelsen er dette blandt andet belyst ved at spørge svarpersonerne om, de har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte. Desuden er der spurgt til, hvorvidt svarpersonerne føler, at der er nogen i deres familie eller blandt deres venner, der kræver for meget af dem i deres hverdag, hvilket kan være et udtryk for de problemer og bekymringer, netværket kan give.

Tabel 9.12 viser, at 63,8 % af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune altid har nogen at tale med i tilfælde af problemer eller behov for støtte. Dette er en betydelig mindre andel end i SUSY-Region Sjælland (84,8 %), hvilket muligvis kan skyldes forskelle i dataindsamlingsmetoden. Situationen opleves forskelligt i et personligt interview og et selvudfyldt spørgeskema, hvilket givetvis indvirker på besvarelsen af sådanne personlige spørgeskemaer.

*Tabel 9.12 Andel der altid har nogen at tale med, hvis problemer eller brug for støtte. Procent*

	KRAM-Guldborgsund	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige	KRAM-Guldborgsund 25-64-årige <sup>1</sup>	SUSY-Region Sjælland
Procent	63,8	62,5	61,2	84,8*
Antal svarpersoner	5.549	4.176	4.176	2.818
<sup>1</sup> Uddannelsesjusteret. 25-64 år				
*p<0,01				

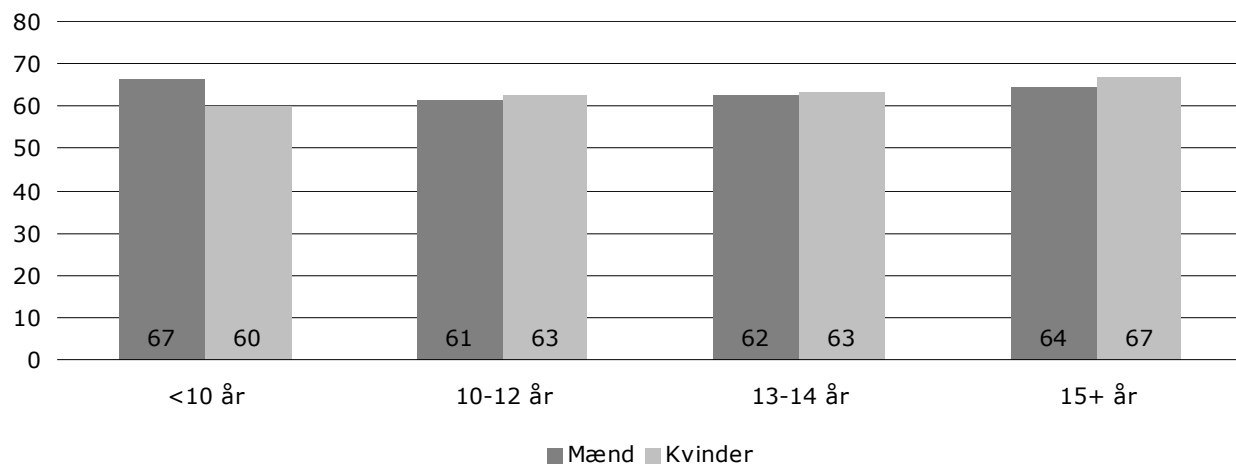
Tabel 9.13 viser, at andelen, der altid har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte, er størst i den yngste aldersgruppe for både mænd og kvinder. For begge køn er andelen, der altid har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte, mindst blandt de 45-64-årige.

*Tabel 9.13 Andel der altid har nogen at tale med, hvis problemer eller brug for støtte blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent*

		Procent	Antal svarpersoner
Total		63,8	5.549
Mænd	18-24 år	69,6	92
	25-44 år	63,3	431
	45-64 år	59,5	1.148
	65+ år	68,8	577
	Alle mænd	63,0	2.248
Kvinder	18-24 år	71,4	175
	25-44 år	68,0	856
	45-64 år	61,6	1.741
	65+ år	65,2	529
	Alle kvinder	64,4	3.301

Det fremgår af figur 9.5, at der hverken for mænd eller kvinder er nogen systematisk forskel i andelen, som har nogen at tale med ved problemer eller brug for støtte, mellem grupper med forskellig uddannelse.

Figur 9.5 Andel der altid har nogen at tale med, hvis problemer eller brug for støtte blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Der er en større andel, som altid har nogen at tale med i tilfælde af problemer blandt svarpersonerne med et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred (69,9 %) end blandt svarpersoner, som har et nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selv vurderet helbred (55,5 %) (data ikke vist).

Udover de ovenfor nævnte positive aspekter ved sociale relationer foreligger der imidlertid en lang række forskningsresultater, som viser, at sociale relationer også kan være en barriere for udvikling og forbedring af sundhedsadfærd og helbred. Eksempelvis kan det være svært at forbedre kostvaner, hvis ens familie eller andre, man spiser sammen med, ikke ønsker ændringer i kosten. Ligeledes kan det være svært at blive mere fysisk aktiv, hvis dem man gerne vil bruge tid sammen med hellere vil se tv eller anden form for stillesiddende aktivitet.

Sociale relationer kan desuden være en barriere i den forstand, at mennesker kan give hinanden bekymringer, udnytte og på anden måde skade hinanden. Et eksempel kan være situationer, hvor de sociale relationer bliver til en belastning for eksempel i forbindelse med sygdom hos en ægtefælle eller nære slægtninge. Mobning og uvenskab i familien eller lignende er andre eksempler på, hvordan sociale relationer kan have en negativ effekt på helbredet. Igenem de senere år har flere undersøgelser sat fokus på disse aspekter af sociale relationer (Kamper-Jørgensen & Almind, 2005).

I alt 31,8 % af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund kommune angiver, at der er nogen fra deres familie eller blandt venner, der kræver for meget af dem i hverdagen – angivet ved om der nogle gange, for det meste eller altid er nogen der kræver for meget af en i hverdagen. Herunder er der en større andel af kvinder (36,8 %) end mænd (24,3 %), som

føler, at nogen fra familie eller venner kræver for meget af dem (data ikke vist). Desuden falder andelen, som føler, at nogen fra familie og venner kræver for meget af dem, med stigende alder. Det er kun 16,7 % af de 65+-årige, der føler, at nogen fra familie og venner kræver for meget af dem, mens det er 41,0 % af de 18-24-årige (41,0 %) (data ikke vist).

Andelen af svarpersoner, der føler, at nogen fra familie eller venner kræver for meget af dem i hverdagen, er større blandt svarpersoner, som har et nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selvvurderet helbred (38,2 %) end blandt svarpersoner med et godt eller virkelig godt selvvurderet helbred (29,4 %) (data ikke vist).

## **Opsummering**

Der er en større andel kvinder end mænd, som ofte føler sig stresset i dagligdagen. Den største andel ses i aldersgruppen 45-64 år for mænd, og i aldersgruppen 25-44 år for kvinder. Der er en sammenhæng mellem oplevelsen af stress i dagligdagen og selvvurderet helbred. Endvidere er et højt stress-niveau relateret til usund kost, rygning og fysisk inaktivitet for begge køn samt højt alkoholforbrug for mænd.

Andelen, som får tilstrækkelig søvn – målt ved spørgsmålet om, hvorvidt man føler sig udhvilet – stiger med stigende alder. Det gælder også for andelen, der har god søvnkvalitet – målt ved, hvorvidt man ofte sover dårligt eller uroligt. Tilstrækkelig søvn er endvidere relateret til et godt selvvurderet helbred. Ligeledes er der en sammenhæng mellem utilstrækkelig søvn og rygning, manglende indtag af daglig frugt, fysisk inaktivitet samt stress i dagligdagen. God søvnkvalitet er ligeledes forbundet med oftere godt eller virkelig godt selvvurderet helbred, daglig indtag af frugt og fysisk aktivitet i fritiden.

Sociale relationer hænger sammen med selvvurderet helbred. Personer som vurderer deres eget helbred som nogenlunde, dårligt eller meget dårligt har typisk sjældent kontakt med familie eller venner og bekendte. Omvendt har personer, som har nogen at tale med om problemer, eller når der er brug for støtte ofte en opfattelse af eget helbred som godt eller virkelig godt. Der er en mindre andel, som sjældent træffer familie blandt de 25-44-årige sammenlignet med andre aldersgrupper. Blandt de 18-24-årige er der færrest, som sjældent træffer venner og bekendte. Endelig ses der en sammenhæng mellem, at nogen i omgangskredsen kræver for meget af en og selvvurderet helbred samt stress. Der er en større andel kvinder end mænd, der føler, at der er nogen i deres familie eller vennekreds, som kræver for meget af dem, og andelen er for begge køn størst blandt de 18-24-årige.

## **Kapitel 10 – KRAM-faktorerne samlet**

Hver af KRAM-faktorerne Kost, Rygning, Alkohol og Motion har stor betydning for folkesundheden. Endvidere gælder det, at har man en usund livsstil på ét område, er der også stor sandsynlighed for, at man har det på andre områder (Iversen, 2002; Fødevaredirektoratet, 2003). Indtaget af frugt og grønt er for eksempel mindre blandt storrygere end blandt de, der aldrig har røget. KRAM-faktorerne hænger således ikke blot sammen med forhold som alder, køn og uddannelse, men er også koblet til hinanden.

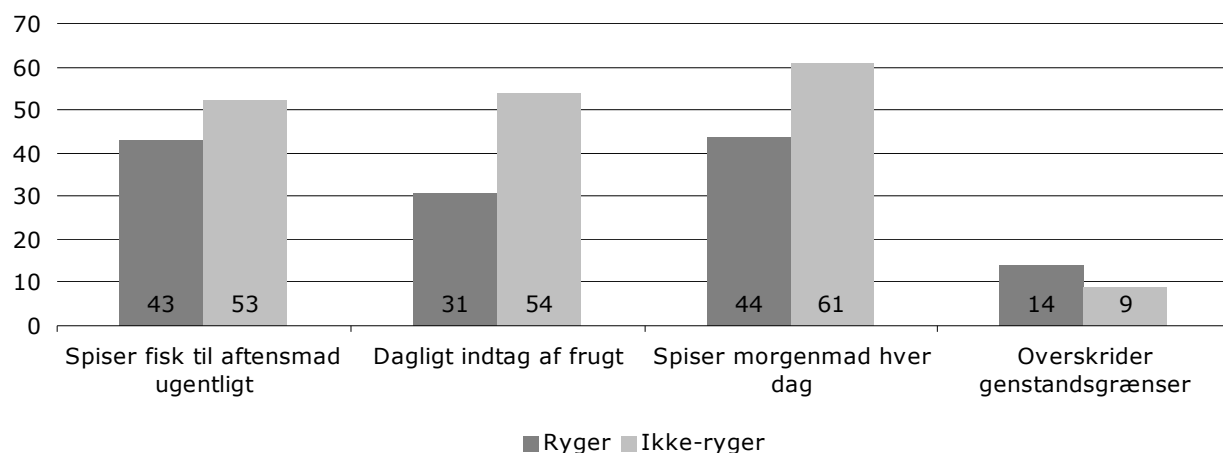
Årsagssammenhængen til sygdomme er komplekse, og ofte vil der være flere faktorer til stede for at udløse en sygdom eller andre helbredsrelaterede problemer. I vurderingen af de helbredsrelevante konsekvenser af KRAM-faktorerne er det vigtigt at se på summen af KRAM-faktorerne og ikke kun betragte dem hver for sig. En tidligere dansk undersøgelse af faktorer med betydning for dødelighed har vist, at personer, der er storrygere, drikker meget alkohol og ikke er fysisk aktive, har næsten syv gange større risiko for at dø end personer, der ikke ryger, der drikker moderate mængder af alkohol, og som er fysisk aktive (Juel, 1998).

I det følgende vil relevante sammenhænge mellem KRAM-faktorerne fundet i KRAM-undersøgelsen i Guldborgsund Kommune blive præsenteret, hvorefter der ses på et samlet mål for usunde KRAM-vaner i forskellige køns-, alders- og uddannelsesgrupper. Til sidst ses på sammenhængen mellem summen af usunde KRAM-vaner og henholdsvis helbred og sygelighed.

### **Sammenhæng mellem KRAM-faktorerne**

Af figur 10.1 fremgår det, at rygere i Guldborgsund Kommune har mindre sunde kostvaner sammenlignet med ikke-rygere. Således er der en større andel blandt ikke-rygere end blandt rygere, der ugentligt spiser fisk til aftensmad, dagligt spiser frugt og dagligt spiser morgenmad. Desuden ses sammenhæng mellem alkohol og rygning, idet der er en større andel blandt rygere sammenlignet med ikke-rygere, der overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser.

Figur 10.1 Andel, som ryger dagligt i forhold til indtag af fisk, frugt og morgenmad. Procent



Det fremgår af tabel 10.1, at der blandt svarpersoner, som dagligt spiser frugt, er en større andel, der er fysisk aktive i fritiden, end blandt svarpersoner, der ikke spiser frugt dagligt. Endvidere er der en mindre andel, der er fysisk aktive i fritiden, blandt rygere end blandt ikke rygere. Der ses dog ingen forskel på andelen, der er fysisk aktive i fritiden, blandt svarpersoner der henholdsvis overskrider og ikke overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser.

Tabel 10.1 Andel der er fysisk aktive i forhold til KRAM-faktorer. Procent

		Andel der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet	Antal svarpersoner
Indtag af frugt*	Dagligt	27,1	2.844
	Sjældnere	24,4	2.785
Ryger dagligt*	Ja	18,5	908
	Nej	27,2	4.723
Overskrider genstandsgrænsen	Ja	23,1	538
	Nej	26,1	5.090
* p<0,05			

### KRAM-faktorerne fordelt på køn, alder og uddannelse

Der ses forskelle mellem mænd og kvinder inden for flere af KRAM-faktorerne. Eksempelvis er der en større andel blandt kvinder end mænd, der spiser frugt dagligt. Samtidig er der en større andel blandt mænd end kvinder, der overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser for ugentligt alkoholforbrug. Modsat er der en større andel blandt mænd end kvinder, der er fysisk

aktive i fritiden (data ikke vist). Ligesom der er forskel mellem mænd og kvinder i forhold til KRAM-faktorerne, så er der forskel mellem aldersgrupperne. Der er overordnet en større andel blandt de to ældste aldersgrupper (45+ år), som dagligt spiser frugt samt spiser fisk til aftensmad ugentligt. Andelen, der er fysisk aktiv i fritiden, er størst i den yngste aldersgruppe (18-24 år) (data ikke vist).

Der ses desuden en sammenhæng mellem uddannelseslængde og KRAM-faktorerne. Således stiger andelen, der er fysisk aktive i fritiden, med stigende uddannelseslængde. Endvidere er der en større andel blandt svarpersoner med en lang uddannelse, der dagligt spiser frugt og ugentlig spiser fisk til aftensmad end blandt svarpersoner med en kort uddannelse. Andelen, der ryger dagligt, falder desuden med stigende uddannelseslængde (data ikke vist).

### **KRAM-score: Summen af usunde KRAM-vaner**

I det følgende beskrives et mål for summen af usunde KRAM-vaner – en KRAM-score – fordelt på køn, alder og uddannelseslængde. KRAM-scoren er beregnet ved at summere svarpersonernes usunde KRAM-vaner: Spiser sjældent frugt, ryger dagligt, drikker over genstandsgrænserne og har et lavt niveau af fysisk aktivitet i fritiden. Hvis en svarperson både spiser frugt dagligt, ikke ryger, ikke drikker for meget alkohol og er fysisk aktiv, er KRAM-scoren nul. For hver usund KRAM-vane gives værdien 1, og en KRAM-score på 4 betyder således, at svarpersonen både spiser for lidt frugt og grønt, ryger dagligt, drikker for meget alkohol og er fysisk inaktiv i fritiden. Hver af de usunde KRAM-vaner er relateret til en større risiko for udvikling af sygdom. Jo flere usunde KRAM-vaner jo højere KRAM-score, og jo større vil risikoen være for at udvikle livsstilssygdomme.

Tabel 10.2 viser summen af usunde KRAM-vaner opdelt på mænd og kvinder. Det ses, at en større andel blandt mænd end kvinder har to eller flere usunde KRAM-vaner.

KRAM-score	Mænd	Kvinder	I alt
0	11,0	12,7	12,0
1	33,5	46,3	41,1
2	40,3	29,4	33,8
3 til 4	15,3	11,6	13,1
Antal svarpersoner	2278	3342	5620

Antallet af KRAM-vaner opdelt på aldersgrupper fremgår af tabel 10.3. Det ses, at andelen, der ikke har nogen usunde KRAM-vaner, falder med stigende alder.

*Tabel 10.3 KRAM-score i forskellige aldersgrupper. Procent*

KRAM-score	18-24 år	25-44 år	45-64 år	65+ år
0	17,3	13,6	12,4	7,6
1	32,1	40,1	41,7	43,0
2	38,8	34,1	31,7	38,0
3 til 4	11,8	12,2	14,2	11,5
Antal svarpersoner	271	1307	2922	1120

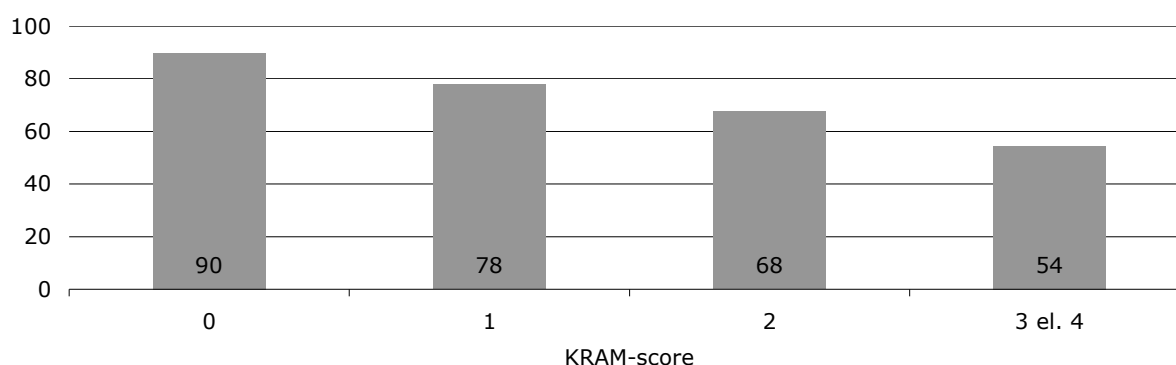
I tabel 10.4 ses sammenhængen mellem KRAM-score og uddannelseslængde. Det fremgår, at andelen, der ikke har nogen usunde KRAM-vaner, stiger med stigende uddannelseslængde. Således stiger andelen, der ikke har nogen usunde KRAM-vaner, fra 8,6 % blandt svarpersoner med en kort uddannelse til 14,8 % blandt svarpersoner med en lang uddannelse. Andelen, der har 3 til 4 usunde KRAM-vaner, er mindst blandt svarpersoner med en lang uddannelse.

*Tabel 10.4 KRAM-score i forskellige uddannelsesgrupper. Procent*

KRAM-score	<10 år	10-12 år	13-14 år	15+ år
0	8,6	10,5	11,5	14,8
1	40,2	37,0	39,2	45,6
2	36,9	37,4	35,5	28,9
3 til 4	14,2	15,1	13,9	10,8
Antal svarpersoner	674	1426	1459	1958

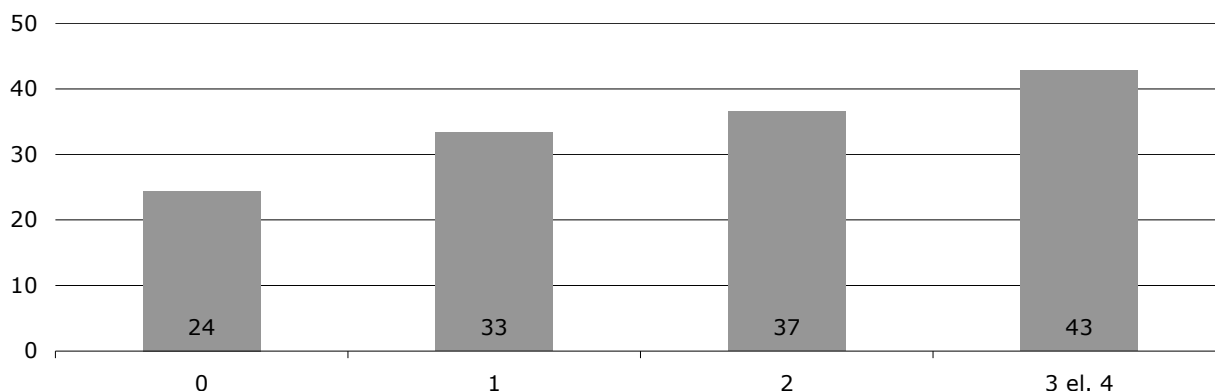
Der er sammenhæng mellem KRAM-scoren og selv vurderet helbred. Andelen, der har et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred, falder med stigende KRAM-score (figur 10.2). Således er der 89,9 %, der har et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred blandt svarpersoner, der ikke har nogen usunde KRAM-vaner, mens det kun er 54,4 % blandt svarpersoner der har 3-4 usunde KRAM-vaner.

*Figur 10.2 Andel, der har et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred i forhold til KRAM-score. Procent*



Den samme tendens ses i forhold til langvarig sygdom (figur 10.3). Det fremgår, at andelen med en langvarig sygdom, stiger med stigende KRAM-score. Blandt svarpersoner med en KRAM-score på nul er der 24,4 %, med en langvarig sygdom, mens det er 42,8 % blandt svarpersoner, som har en KRAM-score på 3 til 4.

*Figur 10.3 Andel, der har en langvarig sygdom i forhold til KRAM-score. Procent*



## Opsummering

I den samlede KRAM-score er de fire KRAM-faktorer lagt sammen. En KRAM-score på nul er det optimale, da det betyder, at svarpersonen ingen dårlige vaner har – hverken med hensyn til kost, rygning, alkohol eller motion. En KRAM-score på fire er det dårligste resultat, da det betyder dårlige vaner på alle fire KRAM-faktorer. Der er sammenhæng mellem en høj KRAM-score og dårligt selv vurderet helbred samt langvarig sygdom.

KRAM-profilen for Guldborgsund kommune viser, at en større andel blandt mænd end kvinder har to eller flere usunde KRAM-vaner. Generelt har de unge færrest usunde KRAM-vaner, og svarpersoner med kort uddannelse har flere usunde vaner end svarpersoner med en lang uddannelse.

Analyserne i KRAM-profilen viser, at KRAM-faktorerne kost, rygning, alkohol og motion ofte spiller sammen. Det fremgår, at rygere spiser mere usundt end ikke-rygere og rygerne overskrider også oftere Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser. Kvinder spiser sundere end mænd, og der er en større andel blandt mænd end kvinder, som har et højt alkoholforbrug. Til gengæld er der en større andel blandt mænd end kvinder, der er fysisk aktive i fritiden.

## Kapital 11 – kontakt til sygehusvæsenet

I følgende kapitel belyses sygeligheden blandt Guldborgsunds borgere ved hjælp af registerdata fra Landspatientregisteret (LPR). LPR rummer oplysninger om borgernes kontaktmønster til sygehusvæsenet på kommune-, regions- og landsniveau – herunder både omfanget af kontakter og årsagen til undersøgelse og/eller behandling (Laursen et al., 2007). Det gælder dog ikke for kontakter til privathospitaler. Med udgangspunkt i data fra LPR gives således et billede af det samlede kontaktmønster og kontakter forbundet med en række udvalgte behandlingskrævende sygdomme i Guldborgsund Kommune opdelt på henholdsvis heldøgnsindlæggelser og ambulante kontakter (besøg og ydelser). Opgørelserne fra Guldborgsund Kommune sammenlignes med data fra hele landet.

Sygdommene, der beskrives i dette kapital, er udvalgt med udgangspunkt i de otte folkesygdomme, som indgår i regeringens sundhedsprogram "Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10".

De otte folkesygdomme er:

- Aldersdiabetes
- Forebyggelige kræftsygdomme
- Hjerte-karsygdom
- Knogleskørhed (osteoporose)
- Muskel- og skeletlidelser
- Overfølsomhedssygdomme (astma og allergiske sygdomme)
- Psykiske lidelser
- Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)

Imidlertid findes der på nuværende tidspunkt ikke gode registeropgørelser over forekomsten af aldersdiabetes, knogleskørhed og overfølsomhedssygdomme. Det skyldes, at sygdommene ikke nødvendigvis fører til hospitalsindlæggelser, hvorfor LPR ikke kan give fyldestgørende oplysninger herom. Desuden indeholder Sygesikringsregisteret, der registrerer kontakter til blandt andet almen praksis, ikke specifikke diagnoser forbundet med konsultationerne (Laursen et al., 2007). Derfor rapporteres ikke specifikt om disse sygdomme i dette kapitel. Endvidere er der ikke medtaget data om psykiske lidelser, da opgørelserne fra Landspatientregisteret kun indeholder oplysninger om kontakter til det somatiske sygehusvæsen og ikke det psykiatriske.

For at sikre stabilitet af tallene benyttes alle indlæggelser og afsluttede ambulante kontakter i årene 2001-2005. Grupperingen af sygdomme er sket på baggrund af aktionsdiagnosen, som er den primære diagnose, der ligger til grund for kontakten. Eventuelle bidiagnoser er ikke inddraget.

I dette afsnit beregnes raten for en given sygdom (sygdomsraten), hvilket vil sige, at hver kontaktttype opgøres i antal kontakter per 1.000 personer per år (kontakter per 1.000 personår). Raten fortæller, hvor mange indlæggelser eller ambulante kontakter 1.000 personer har haft i et år. Ved brug af rater tages der højde for, at en person godt kan have mere end en indlæggelse for samme sygdom, og målet udtrykker på den måde en belastning af sygehuse-  
ne.

I de følgende tabeller angives rå rater for henholdsvis Guldborgsund Kommune og Danmark som helhed. Endvidere rapporteres standardiserede rater for Guldborgsund Kommune i forhold til alderssammensætningen i Danmark, det vil sige raterne for Guldborgsund Kommune sat i forhold til den aldersfordeling, der gør sig gældende i Danmark.

### **Kontakter til hospitaler i Guldborgsund Kommune og i Danmark**

I tabel 11.1 vises den samlede indlæggelsesrate for Guldborgsund Kommune og for hele landet. Raten repræsenterer antallet af indlæggelser per 1.000 personer per år med en given sygdom (mindst en sygdom). Gennemsnitligt var der cirka 11.773 indlæggelser per år i Guldborgsund Kommune (data ikke vist). Det ses, at der i Guldborgsund Kommune i årene 2001-2005 var 230,7 indlæggelser per 1000 personår. I Danmark er den tilsvarende rate på 226,9 indlæggelser per 1000 personår. Når der tages højde for, at alderssammensætningen i Guldborgsund Kommune ikke er den samme som i Danmark, ses det, at den køns- og aldersstandardiserede rate er lidt lavere (213,9) end raten for hele landet. For mænd er den aldersstandardiserede rate (210,5) lidt højere end indlæggelsesraten for mænd i Danmark (202,1). Det modsatte billede gælder for kvinder, hvor den aldersstandardiserede rate (221,9) er lavere end indlæggelsesraten i Danmark (250,7). Blandt mænd stiger indlæggelsesraten med stigende alder. For kvinder falder indlæggelsesraten fra 210,4 indlæggelser per 1000 personår blandt de 18-29-årige til 146,1 indlæggelser per 1000 personår blandt de 40-49-årige, hvorefter den stiger med stigende alder for de ældre aldersgrupper.

*Tabel 11.1 Samlede heldøgnsindlæggelsesrater for Guldborgsund Kommune og hele landet 2001-2005 blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper.*

		Indlæggelsesrate per 1000 personår i Danmark	Indlæggelsesrate per 1000 personår i Guldborgsund Kommune	Standardiseret rate per 1000 personår i Guldborgsund Kommune
	Total	226,9	230,7	213,9
Mænd	18-29 år	76,4	84,9	
	30-39 år	90,9	107,3	
	40-49 år	126,0	131,6	
	50-59 år	195,9	197,9	
	60-69 år	325,0	309,0	
	70-79 år	548,7	495,0	
	80+ år	760,8	658,6	
	Total	202,1	223,4	210,5
Kvinder	18-29 år	212,7	210,4	
	30-39 år	233,1	203,7	
	40-49 år	146,8	146,1	
	50-59 år	178,1	156,4	
	60-69 år	262,5	250,4	
	70-79 år	424,9	378,0	
	80+ år	596,0	499,5	
	Total	250,7	237,7	221,9

Tilsvarende ses i tabel 11.2, at der i alt i Guldborgsund Kommune har været 531,9 ambulante kontakter per 1000 personer per år, hvilket er på niveau med andelen i Danmark. De største rater for ambulante kontakter ses både blandt mænd og kvinder i aldersgruppen 70-79 år. Antallet af kontakter er markant højere blandt kvinder end blandt mænd i de yngre aldersgrupper, hvorimod raten er højere blandt mænd end kvinder i de ældste aldersgrupper fra 70 år og opefter. For både mænd og kvinder ses det, at raten for ambulante kontakter stiger med stigende alder, dog kun indtil 80 års alderen hvor raten falder igen.

**Tabel 11.2 Ambulante kontaktrater for Guldborgsund Kommune og hele landet 2001-2005 blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper.**

		Ambulant kontaktrate per 1000 personår i Danmark	Ambulant kontaktrate per 1000 personår i Guldborgsund Kommune	Standardiseret kontaktrate per 1000 personår i Guldborgsund Kommune
	Total	519,3	531,9	504,2
Mænd	18-29 år	232,5	242,3	
	30-39 år	274,0	288,4	
	40-49 år	353,9	354,6	
	50-59 år	478,8	478,5	
	60-69 år	670,9	664,0	
	70-79 år	925,9	894,8	
	80+ år	908,2	817,7	
	Total	440,7	476,8	451,7
Kvinder	18-29 år	447,7	440,2	
	30-39 år	540,8	513,5	
	40-49 år	497,4	496,6	
	50-59 år	610,3	569,2	
	60-69 år	713,6	479,4	
	70-79 år	857,4	810,2	
	80+ år	764,9	679,0	
	Total	594,7	585,0	561,3

## Hjerte-karsygdom

Hjerte-karsygdom er en samlet betegnelse for lidelser i hjertet og/eller kar, herunder både sygdomme i hjerte og hjerne. Antallet af indlæggelser som følge af hjerte-karsygdom har inden for de sidste 20 år været stigende og udgør på nuværende tidspunkt en af de største sygdomsgrupper inden for sygehusvæsenet (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002).

Ved indlæggelser for hjerte-karsygdom ses, at raten stiger markant med alderen for både mænd og kvinder – for kvinder stiger den fra 4,5 blandt de 18-29-årige til 97,4 for de 80+ årige, mens den for mænd stiger fra 1,6 blandt de 18-29-årige til 162,4 for de 80+ årige. Der er ingen nævneværdige forskelle mellem Guldborgsund Kommune og Danmark, dog er den rå indlæggelsesrate for både mænd og kvinder højere end raten i Danmark. Kvinder har dog en lidt lavere indlæggelsesrate i Guldborgsund Kommune (23,9) sammenlignet med Danmark (27,6), når der tages højde for alder.

*Tabel 11.3 Heldøgnsindlæggelsesrater for hjerte-karsygdomme, Guldborgsund Kommune og hele landet 2001-2005 blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper.*

		Indlæggelsesrate per 1000 personår i Danmark	Indlæggelsesrate per 1000 personår i Guldborgsund Kommune	Standardiseret rate per 1000 personår i Guldborgsund Kommune
	Total	33,0	37,2	31,3
Mænd	18-29 år	2,2	1,6	
	30-39 år	5,8	9,2	
	40-49 år	17,0	15,2	
	50-59 år	42,1	42,9	
	60-69 år	80,2	76,3	
	70-79 år	134,9	113,8	
	80+ år	164,7	162,4	
	Total	38,7	44,3	40,1
Kvinder	18-29 år	2,2	4,5	
	30-39 år	5,2	4,0	
	40-49 år	10,9	11,9	
	50-59 år	19,9	18,5	
	60-69 år	41,6	41,6	
	70-79 år	81,9	77,9	
	80+ år	119,1	97,4	
	Total	27,6	30,4	23,9

For ambulante kontakter (tabel 11.4) ses en stigning i raten med stigende alder og et fald i den ældste aldersgruppe for både mænd og kvinder. Der er ingen nævneværdige forskelle mellem Guldborgsund Kommune og Danmark. Tabellen viser, at mænd har flere ambulante kontakter end kvinder.

**Tabel 11.4 Ambulante kontaktrater for hjerte-karsygdomme, Guldborgsund Kommune og hele landet 2001-2005 blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper.**

		Ambulant kontaktrate per 1000 personår i Danmark	Ambulant kontaktrate per 1000 personår i Guldborgsund Kommune	Standardiseret kontaktrate per 1000 personår i Guldborgsund Kommune
	Total	27,2	34,9	30,3
Mænd	18-29 år	3,0	3,2	
	30-39 år	7,2	9,2	
	40-49 år	17,3	19,4	
	50-59 år	37,7	47,4	
	60-69 år	63,5	78,1	
	70-79 år	89,6	90,8	
	80+ år	70,7	74,2	
	Total	29,5	39,9	35,7
Kvinder	18-29 år	4,3	3,7	
	30-39 år	12,1	10,7	
	40-49 år	18,4	21,5	
	50-59 år	27,4	32,0	
	60-69 år	41,9	49,7	
	70-79 år	58,9	64,7	
	80+ år	47,9	35,6	
	Total	25,0	30,0	25,9

## Kræft

Hvert år får cirka 30.000 danskere konstateret kræft, og cirka 15.000 danskere dør hvert år af kræftsygdom (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002). Den hyppigste kræftform blandt mænd er hudkræft (ikke-melanom), mens det for kvindernes vedkommende er brystkræft. En række kræftformer er relateret til den enkeltes livsstil, hvorfor ændring i levevaner ville kunne nedsætte risikoen for at udvikle kræft. Af kendte risikofaktorer kan fremhæves rygning, overvægt, fysisk inaktivitet, stort alkoholforbrug og soldyrkning. Derimod kan indtagelse af frugt og grønt virke beskyttende for udvikling af kræft (Kræftens Bekæmpelse, 2007).

For kræft ses, at der i Guldborgsund Kommune i perioden 2001-2005 var 26,7 indlæggelser per 1.000 personår (tabel 11.5). Dette tal er på niveau med raten for hele landet. For både mænd (75,2) og kvinder (54,3) ses den højeste indlæggelsesrate blandt de 70-79 årige. Indlæggelsesraten er markant højere for mænd i aldersgrupperne 70+ år sammenlignet med kvinder. Dette gælder i Guldborgsund Kommune såvel som i Danmark.

*Tabel 11.5 Heldøgnsindlæggelsesrater for kræft, Guldborgsund Kommune og hele landet 2001-2005 blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper.*

		Indlæggelsesrate per 1000 personår i Danmark	Indlæggelsesrate per 1000 personår i Guldborgsund Kommune	Standardiseret rate per 1000 personår i Guldborgsund Kommune
	Total	23,3	26,7	23,0
Mænd	18-29 år	2,8	2,3	
	30-39 år	4,1	1,5	
	40-49 år	8,3	7,3	
	50-59 år	23,1	25,3	
	60-69 år	49,1	51,6	
	70-79 år	77,3	75,2	
	80+ år	74,7	74,7	
	Total	21,8	26,2	23,3
Kvinder	18-29 år	3,3	3,7	
	30-39 år	8,3	10,2	
	40-49 år	20,0	22,3	
	50-59 år	33,0	24,4	
	60-69 år	47,0	47,0	
	70-79 år	53,3	54,3	
	80+ år	36,5	38,7	
	Total	24,7	27,3	23,6

For ambulante kontakter (tabel 11.6) ses for Guldborgsund Kommune en rate på 23,9 per 1.000 personår, hvilket er på niveau med raten i Danmark (22,5). For både mænd og kvinder stiger den ambulante kontaktrate med stigende alder frem til 80 år.

*Tabel 11.6 Ambulante kontaktrater for kræft, Guldborgsund Kommune og hele landet 2001-2005 blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper.*

		Ambulant kontaktrate per 1000 personår i Danmark	Ambulant kontaktrate per 1000 personår i Guldborgsund Kommune	Standardiseret kontaktrate per 1000 personår i Guldborgsund Kommune
	Total	22,5	23,9	21,2
Mænd	18-29 år	3,5	4,1	
	30-39 år	5,4	4,6	
	40-49 år	9,3	10,0	
	50-59 år	21,3	21,2	
	60-69 år	43,2	38,1	
	70-79 år	66,6	56,2	
	80+ år	61,8	45,2	
	Total	20,1	21,2	19,1
Kvinder	18-29 år	6,8	6,3	
	30-39 år	12,2	13,5	
	40-49 år	23,8	26,9	
	50-59 år	32,7	29,4	
	60-69 år	41,3	38,4	
	70-79 år	45,1	43,9	
	80+ år	31,1	27,8	
	Total	24,8	26,4	23,9

### **Kronisk obstruktiv lungesygdom**

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) er en sygdom i luftvejene, hvor der ses en permanent nedsættelse af lungefunktionen. KOL kaldes ofte rygerlunger, idet sygdommen i langt de fleste tilfælde skyldes tobaksrygning. Forekomsten af KOL er stigende, og det skønnes, at cirka 200.000 danskere lider af KOL. KOL udgør den fjerdehyppigste dødsårsag i Danmark (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002).

I tabel 11.7 ses en indlæggelsesrate for KOL i Guldborgsund Kommune på 5,8 per 1000 personår, hvilket er på niveau med indlæggelsesraten for hele landet (4,8). I Guldborgsund Kommune er indlæggelsesraten højest blandt de 70-79-årige – både for mænd (29,8) og kvinder (19,0).

**Tabel 11.7 Heldøgnsindlæggelsesrater for kronisk obstruktiv lungesygdom, Guldborgsund Kommune og hele landet 2001-2005 blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper.**

		Indlæggelsesrate per 1000 personår i Danmark	Indlæggelsesrate per 1000 personår i Guldborgsund Kommune	Standardiseret rate per 1000 personår i Guldborgsund Kommune
	Total	4,8	5,8	4,7
Mænd	18-39 år <sup>1</sup>	0,1	0,3	
	40-49 år	0,7	0,6	
	50-59 år	2,5	3,4	
	60-69 år	8,7	9,1	
	70-79 år	24,1	29,8	
	80+ år	25,3	17,8	
	Total	4,5	6,1	5,4
Kvinder	18-39 år <sup>1</sup>	0,1	0,2	
	40-49 år	0,8	1,3	
	50-59 år	3,4	2,8	
	60-69 år	10,8	10,1	
	70-79 år	22,0	19,0	
	80+ år	14,4	10,5	
	Total	5,1	5,4	4,2

1) Der er ingen tilfælde af KOL i den yngste aldersgruppe. Af statistiske årsager er den slået sammen med aldersgruppen 30-39 år.

Af tabel 11.8 ses en ambulant kontaktrate på 3,2 per 1000 personår i Guldborgsund Kommune, hvilket er på niveau med raten i Danmark (2,5). For både mænd og kvinder i Guldborgsund Kommune ses den højeste kontaktrate blandt de 70-79-årige; 13,2 og 8,1 for henholdsvis mænd og kvinder.

Tabel 11.8 Ambulante kontaktrater for kronisk obstruktiv lungesygdom, Guldborgsund Kommune og hele landet 2001-2005 blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper.

		Ambulant kontaktrate per 1000 personår i Danmark	Ambulant kontaktrate per 1000 personår i Guldborgsund Kommune	Standardiseret kontaktrate per 1000 personår i Guldborgsund Kommune
	Total	2,5	3,2	2,6
Mænd	18-39 år	0,2	0,1	
	40-49 år	0,8	0,9	
	50-59 år	2,2	2,4	
	60-69 år	5,4	6,0	
	70-79 år	11,1	13,2	
	80+ år	7,9	4,8	
	Total	2,4	3,2	2,7
Kvinder	18-39 år	0,1	0,4	
	40-49 år	0,9	1,0	
	50-59 år	2,6	3,7	
	60-69 år	6,1	6,6	
	70-79 år	9,7	8,1	
	80+ år	4,5	2,6	
	Total	2,6	3,2	2,6

1) Der er ingen tilfælde af KOL i den yngste aldersgruppe. Af statistiske årsager er den slået sammen med aldersgruppen 30-39 år.

## Muskel- og skelet sygdomme

Muskel- og skelet sygdomme omfatter sygdomme og gener i led, sener, knogler og muskler. Denne sygdomsgruppe dækker over et bredt spektrum af symptomer og symptomkomplekser – herunder slid- og leddegigt, ondt i ryggen, fibromyalgi, knogleskørhed og diskusprolaps. Cirka 662.000 voksne danskere lider af langvarige muskel- og skelet sygdomme (Ekholm et al., 2006). Ensidigt gentaget arbejde og tunge løft samt ulykker kan være årsager til muskel- og skelet sygdomme, men for en meget stor del af patienternes vedkommende er det ikke muligt at finde en årsag til lidelsen. En vigtig forebyggende indsats over for muskel- og skelet sygdomme er at øge fysisk aktivitet.

For muskel-skelet sygdomme ses for borgere i Guldborgsund Kommune en rate på 12,9 indlæggelser per 1.000 personår, hvilket er på samme niveau som hele landet (13,1). Blandt mænd ses den højeste rate blandt de 80+årige (20,1), mens den højeste rate blandt kvinder ses blandt de 70-79 årige (26,5).

*Tabel 11.9 Heldøgnsindlæggelsesrater for muskel- og skelet sygdomme, Guldborgsund Kommune og hele landet 2001-2005 blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper.*

		Indlæggelsesrate per 1000 personår i Danmark	Indlæggelsesrate per 1000 personår i Guldborgsund Kommune	Standardiseret rate per 1000 personår i Guldborgsund Kommune
	Total	13,1	12,9	11,9
Mænd	18-29 år	4,7	6,5	
	30-39 år	7,7	8,0	
	40-49 år	10,3	8,7	
	50-59 år	13,4	13,0	
	60-69 år	18,7	17,5	
	70-79 år	24,7	19,7	
	80+ år	22,3	20,1	
	Total	11,9	12,2	11,6
Kvinder	18-29 år	5,3	4,6	
	30-39 år	7,6	8,9	
	40-49 år	10,4	8,9	
	50-59 år	14,9	13,5	
	60-69 år	22,1	18,9	
	70-79 år	31,8	26,5	
	80+ år	28,2	18,3	
	Total	14,4	13,6	12,1

For ambulante kontakter som følge af muskel- og skeletsygdomme ses i tabel 11.10, at der i Guldborgsund Kommune i perioden 2001-2005 var 44,2 ambulante kontakter per 1.000 personår, hvilket er betydeligt højere end indlæggelsesraten. For ambulante kontakter som følge af muskel- og skeletsygdomme ses for mænd, at raten stiger med stigende alder op til de 70-79-årige. Tilsvarende stiger raten blandt kvinderne med stigende alder op til de 70-79-årige. Ambulante kontaktrater er højere blandt kvinder end mænd.

*Tabel 11.10 Ambulante kontaktrater for muskel- og skelet sygdomme, Guldborgsund Kommune og hele landet 2001-2005 blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper.*

		Ambulant kontaktrate per 1000 personår i Danmark	Ambulant kontaktrate per 1000 personår i Guldborgsund Kommune	Standardiseret kontaktrate per 1000 personår i Guldborgsund Kommune
	Total	46,9	44,2	42,3
Mænd	18-29 år	25,6	26,1	
	30-39 år	34,6	30,3	
	40-49 år	44,3	36,6	
	50-59 år	51,5	45,9	
	60-69 år	55,0	49,2	
	70-79 år	56,0	53,0	
	80+ år	37,7	30,8	
	Total	42,1	39,2	37,7
Kvinder	18-29 år	27,5	27,0	
	30-39 år	35,4	38,3	
	40-49 år	50,6	44,1	
	50-59 år	67,7	60,6	
	60-69 år	72,2	64,9	
	70-79 år	77,1	65,7	
	80+ år	45,8	35,2	
	Total	51,4	49,0	46,7

## Opsummering

Guldborgsund Kommune har et samlet antal indlæggelser (per 1000 personår), som svarer til det øvrige Danmark. Blandt mænd er indlæggelsesraten dog på et højere niveau, mens raten for kvinder er lavere end indlæggelsesraten på landsplan. Beregningen af indlæggelsesraterne tager højde for aldersfordelingen i befolkningen.

Guldborgsund Kommune har samlet set et tilsvarende antal ambulante sygehuskontakter sammenlignet med Danmark som helhed. Dette mønster gælder ligeledes for folkesygdomme: hjertekarsygdomme, muskel- og skeletsygdomme, kroniske obstruktiv lungesygdom og kræft. Overordnet har ældre på 70 år eller derover flest kontakter til sygehusvæsenet, både hvad angår heldøgnsindlæggelser og ambulante kontakter. Dette gør sig ligeledes gældende for de enkelte folkesygdomme inkluderet i denne profil, idet de største rater ses blandt ældre på 70 år eller derover.

## Referencer

- Andersen JK et al. 2003, *Helhedssyn på fisk og fiskevarer*. Fødevaredirektoratet. 1. udgave, 1. oplag, København.
- Astrup A et al. 2005, *Kostrådene 2005*. Ernæringsrådet og Danmarks Fødevareforskning.
- Bauman AE 2004, "Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000 – 2003". *J Sci Med Sport*, 2004;7(1 suppl):6-19.
- Björntorp P 1985, "Regional patterns of fat distribution". *Ann Intern Med*, 1985;103(6): 994-5.
- Brink AL & Clemmensen IH 2005, "Internationale konklusioner om helbredseffekter ved passiv rygning". I: Clemmensen IH et al. (eds.), *Passiv rygning*. Hvidbog. Netværket "Nej til passiv rygning, København.
- Corrao G et al. 2004, "A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases". *Prev Med*, 2004;38(5):613-9.
- Danmarks Statistik 2008, *Danmarks Statistikbank*. Lokaliseret marts 2008 på: [www.statistikbanken.dk](http://www.statistikbanken.dk)
- Fødevaredirektoratet 1999, *Danskernes kostvaner 1995 – Mad og Måltider*.
- Fødevaredirektoratet 2003, *Danskernes kostvaner. Måltidvaner, holdninger, sociale forskelle og sammenhæng med anden livsstil*. 1. udgave.
- Ekholm O et al. 2006. *Sundheds- og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987*. Statens Institut for Folkesundhed, København.
- Fayers PM & Machin D 2001, *Quality of life – Assessment, Analysis and Interpretation*. Wiley, New York.
- Fødevarestyrelsen 2007. Lokaliseret februar 2008 på: <http://www.altomkost.dk/Services/Nyhedsrum/Nyheder/2005/huskmorgenmaden.htm>
- Gerlach J 2003, *Søvn : om betydningen af en god nattesøvn og om søvnmekanismer, søvnproblemer og søvnbehandling*. Psykiatrifonden, København.
- Global Strategy for the Diagnosis 2006 "Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)" Lokaliseret november 2007 på: <http://www.goldcopd.org/nov 2007>.
- Grønbæk MN et al. 1997, "Genstandsgrænser". *Ugeskrift for Læger* 1997;159:5939-45.
- Idler EL & Benyamini Y 1997, "Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies". *Journal of Health and Social Behaviour*, 1997;38:21-37.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002, *Sund hele livet. De nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010*. København.
- Iversen L et al. (Eds) 2002, *Medicinsk sociologi- samfund, sundhed og sygdom*. Munksgaard, København.

Juel K 2001, "Betydning af tobak", *Ugeskriftet* 2001;163.

Juel K, Sørensen J & Brønnum-Hansen H 2006. *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*. Statens Institut for Folkesundhed, København.

Jørgensen ME & Rosenlund M 2005, *National monitorering af den officielle anbefaling om fysisk aktivitet – Et metodestudie*. Statens Institut for Folkesundhed, København.

Kamper-Jørgensen F & Almind G (Eds.) 2005, *Forebyggende sundhedsarbejde*. Munksgaard, København.

Kristensen TS et al. 1998, *Selvvurderet helbred og arbejdsmiljø - Er selvvurderet helbred et frugtbart og nyttigt begreb i arbejdsmiljøforskning og forebyggelse?* Arbejdsmiljøfondet, København.

Kristensen TS 2002, "Stress og psykosomatiske sygdomme". I: Iversen L et al. (eds.) *Medicinsk sociologi*. Munksgaard, København.

Kræftens Bekæmpelse 2007. Lokaliseret februar 2007 på:

[http://www.cancer.dk/CmsRoot/Templates/Standard/Article.aspx?NRMODE=Published&NRORIGIN=LURL=%2fAlt%2bom%2bkraeft%2ffakta%2bom%2bkraeft%2fforebyg%2bkraeft%2f&NRNODEGUID=%7b9991CC91-857F-46FE-AAE4-903F9E9C8FE3%7d&NRCACHEHINT=NoModifyGuest#hvad\\_kan\\_du\\_selv\\_goere](http://www.cancer.dk/CmsRoot/Templates/Standard/Article.aspx?NRMODE=Published&NRORIGIN=LURL=%2fAlt%2bom%2bkraeft%2ffakta%2bom%2bkraeft%2fforebyg%2bkraeft%2f&NRNODEGUID=%7b9991CC91-857F-46FE-AAE4-903F9E9C8FE3%7d&NRCACHEHINT=NoModifyGuest#hvad_kan_du_selv_goere)

Laursen et al. 2007, *Sundhedsregistre og befolkningsundersøgelser i Danmark – til brug ved planlægning af borgerrettet forebyggelse*. Sundhedsstyrelsen, København.

Lawes CMM et al. 2004, "High blood pressure". I: Ezzatti M et al. (Eds.), *Comperative Quantification of Health Risks*. World Health Organization, Geneva.

Lean MEJ, Han TS & Morrison CE 1995, "Waist circumference as a measure for indicating need for weight management". *BMJ*, 1995;311:158-61.

Løkke A et al. 2006, "Udvikling af kronisk obstruktiv lungesygdom – 25-års-opfølgingsstudie af baggrundsbefolkning – sekundærpublikation". *Ugeskrift for Læger*, 2006;168(50):4422-4.

Løkke A et al. 2004, "Forekomst af kronisk obstruktiv lungesygdom". *Ugeskrift for Læger*, 2007;169(46): 3956-60.

Nielsen NR et al. 2004, "Stress bandt erhvervsaktive danskere". *Ugeskrift for læger*, 2004;166(46):4155-60.

Ovesen L et al. 2002, *Frugt, grønt og helbred. Opdatering af vidensgrundlaget*. 1 udgave. Fødevaredirektoratet.

Pedersen BK & Saltin B 2006, "Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease". *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 2006;16(suppl. 1):3-63.

Rehm J 1998, "Measuring quantity, frequency and volume of drinking". *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 1998;22:4-14.

Skibsted et al. 2006, *Antioxidanter og helbred*. Motions og ernæringsrådet.

Spencer EA et al. 2002, "Validity of self-reported height and weight in 4808 EPIC-Oxford Participants". *Public Health Nutrition*, 2002;5(4):561-5.

Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse 2003, *Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling*. Sundhedsstyrelsen, København.

Richelsen 1991, "Health risks of obesity. Significance of the regional distribution of adipose tissue". *Ugeskrift for Læger*, 1991;25;153(13):908-13.

Timlin MT & Pereira MA 2007, "Breakfast Frequency and Quality in the Etiology of Adult Obesity and Chronic Diseases". *Nutr Rev*, 2007;65(6 Pt 1):268-81.

Villanueva EV 2001, "The validity of self-reported weight in US adults: a population based cross-sectional study". *BMC Public Health*, 2001:1-11.

World Health Organization 1999, "International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. Guidelines Subcommittee". *J Hypertens*, 1999;17: 151-83.

World Health Organization 2000, *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation*. (No. 894), Geneva.

## **Bagsiden**

KRAM-undersøgelsen er en af de hidtil største samlede undersøgelser af danskernes sundhed. Undersøgelsen kaldes KRAM, fordi den handler om Kost, Rygning, Alkohol og Motion. I løbet af 2007 og 2008 deltager 13 udvalgte kommuner i Danmark i KRAM-undersøgelsen som består dels af et spørgeskema og dels af en helbredsundersøgelse ved KRAM-bussen, som befinder sig en måned i hver kommune.

Guldborgsund Kommune er en af de 13 udvalgte kommuner i KRAM-undersøgelsen, og KRAM-profilen her viser resultatet af undersøgelsen, som fandt sted i februar 2008. Alle borgere fra 18 år og opefter blev inviteret til at deltage i en internetbaseret spørgeskemaundersøgelse om livsstil, sundhed og sygelighed, og 1.603 borgere gennemgik en helbredsundersøgelse ved KRAM-bussen. Samtidig med den videnskabelige del af undersøgelsen, gennemførte kommunen i samarbejde med andre lokale aktører en lang række aktiviteter for borgerne.

Kost, Rygning, Alkohol og Motion (KRAM-faktorerne) er medvirkende årsager til en stor del af alvorlig sygdom og tidlig død i Danmark. Danskernes middellevetid er en af de laveste i Europa. Vi spiser for meget og forkert, ryger, drikker for meget og bevæger os for lidt. Der er forsket meget i KRAM-faktorenes konsekvenser for helbredet, men der er stadig meget, vi ikke ved. Det gælder blandt andet sammenhænge mellem KRAM-faktorer og helbred, herunder specifikke kostfaktorer, passiv rygning, hyppighed og mængde af alkoholforbrug samt kondition og forskellige motionstypers betydning for sundhed og sygelighed. Vi mangler også viden om, hvad der skal til for at få os til at ændre vaner, eksempelvis motionstilbud i lokalområdet og den enkeltes motivation for at øge sit aktivitetsniveau. Endelig mangler vi viden om hvilke indsatser og forebyggende aktiviteter, som er effektive. Formålet med KRAM-undersøgelsen er således at udbygge vores viden om KRAM-faktorerne i et forebyggelse og sundhedsfremmende perspektiv.