



- Profil

Albertslund Kommune

KRAM-enheden, Tine Curtis (red.)

Kolofon-side:

KRAM-profil. Albertslund 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 Albertslund Kommune, august 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 Albertslund Kommune. KRAM-profilen beskriver sammenhængen mellem de fire KRAM-faktorer – Kost, Rygning, Alkohol og Motion – samt helbred og trivsel fra henholdsvis KRAM-spørgeskemaet - og helbredsundersøgelsen i Albertslund Kommune i april 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 Albertslund Kommune lav, og KRAM-undersøgelsen kan derfor ikke bruges 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 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 Albertslund 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 Albertslund Kommune.

August 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 – SELVRAPPORTERET HELBRED OG SYGELIGHED	24
KAPITEL 4 – RESULTATER FRA HELBREDSUNDERSØGELSE.....	39
KAPITEL 5 – KOST.....	52
KAPITEL 6 – RYGNING	61
KAPITEL 7 – ALKOHOLFORBRUG.....	69
KAPITEL 8 – FYSISK AKTIVITET.....	78
KAPITEL 9 – TRIVSEL.....	87
KAPITEL 10 – KRAM-FAKTORERNE SAMLET	102
KAPITEL 11 – KONTAKT TIL SYGEHUSVÆSNET	108
REFERENCER	120

Sammenfatning

KRAM-profilen beskriver resultaterne for KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune, som fandt sted den 31. marts til den 29. april 2008. KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune blev gennemført i samarbejde med Brøndby Kommune, men i denne rapport benyttes overvejende data indsamlet i Albertslund Kommune. 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 Albertslund Kommune er baseret på tre typer data:

- Spørgeskemabesvarelser fra 2.711 voksne borgere
- Målinger og test fra 822 personer, som gennemgik helbredsundersøgelsen ved KRAM-bussen
- Oplysninger fra Landspatientregisteret og CPR-registeret om alle kommunens borgere

Resultater vedrørende helbred og sygelighed fra spørgeskemaundersøgelsen i Albertslund Kommune

Mere end to ud af tre svarpersoner i KRAM-undersøgelsen i Albertslund vurderer deres eget helbred som godt eller virkelig godt. Særligt de ældre vurderer deres helbred som godt eller virkelig godt. Andelen af svarpersoner i KRAM-undersøgelsen, der vurderer deres helbred som godt eller virkelig godt er mindre end andelen i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen i Region Hovedstaden (SUSY-Region Hovedstaden).

Flere end hver tredje svarperson i KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune, angiver at de har en langvarig sygdom, og andelen stiger med alderen. De sygdomme, der oftest er angivet, er allergi og slidgigt/leddegigt.

Over halvdelen af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Albertslund 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 mænd har oftere end yngre mænd haft kontakt med deres praktiserende læge, og der er flere af de yngste og ældste kvinder, der har haft kontakt til deres praktiserende læge sammenlignet med de øvrige aldersgrupper. Mere end hver tredje svarperson har taget håndkøbs- eller inden receptpligtig-medicin for en 14-dages periode. I alle aldersgrupper er der en større andel blandt kvinder end mænd, der har taget håndkøbsmedicin. Andelen, der har taget receptpligtig medicin, er den samme for mænd og kvinder, og stiger med stigende alder.

Hver ottende svarperson i KRAM-undersøgelsen i Albertslund 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 færre 18-24-årige mænd, der er overvægtige sammenlignet med de ældre aldersgrupper og kvinder.

Resultater fra helbredsundersøgelsen i Albertslund kommune

Blandt mænd er der en større andel end blandt kvinder, som er moderat overvægtige (BMI=25,0-29,9), mens andelen af svært overvægtige (BMI \geq 30) er den samme blandt mænd og kvinder. Hver tiende deltager i KRAM-helbredsundersøgelsen i Albertslund Kommune er svært overvægtige, hvilket er på samme niveau som den rapporterede andel i KRAM-spørgeskemaundersøgelsen i Albertslund Kommune. I 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 Albertslund Kommune, er andelen med forhøjet blodtryk større end blandt kvinderne. For de deltagende mænd gælder, at andelen med forhøjet blodtryk stiger med alderen. For kvinderne er andelen størst blandt de 45-64-årige.

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

¹ Kolesterol er et fedtstof, der er en vigtig byggesten i alle kroppens celler. Ved åreforkalkning ophobes der kolesterol i pulsårnernes væg, og forhøjet kolesteroltal i blodet øger risikoen for hjerte-karsygdom (blodpropper osv.) .

² Triglycerid er et fedtstof i blodet, der også øger risikoen for hjerte-karsygdom.

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

Andelen med en reduceret lungefunktion⁴ blandt deltagerne i helbredsundersøgelsen i Albertslund Kommune er lige stor blandt mænd og kvinder. Andelen stiger med alderen. Som forventet ses en sammenhæng mellem lungefunktion og rygning samt passiv rygning.

Andelen af de deltagende kvinder og mænd, som har et lavt kondital, er på nogenlunde samme niveau (ca. 50 %). Andelen, der vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt, er markant mindre blandt deltagere med et lavt kondital i forhold til deltagere med et middel eller højt kondital.

Resultater vedrørende KRAM-faktorer og trivsel fra spørgeskemaundersøgelsen i Albertslund Kommune.

Kost

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

Blandt både mænd og kvinder er andelen af svarpersoner, der spiser sundt, størst blandt dem, der er 45 år eller ældre. Endvidere er der en større andel med sunde kostvaner blandt svarpersoner med længere uddannelse sammenlignet med svarpersoner med kortere uddannelse.

Der ses tydelig sammenhæng mellem svarpersonernes kostvaner og deres selvvurderede 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 Albertslund Kommune, er markant mindre end andelen i SUSY-Region Hovedstaden. Forskellene skyldes formentlig både forskellige dataindsamlingsmetoder, en såkaldt KRAM-effekt og den relativt store andel af højtuddannede blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune.

⁴ 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 ikke er i stand til at puste så meget luft ud i det første sekund, og man har derfor nedsat lungefunktion.

Der er ingen forskel på andelen af mænd og kvinder, der ryger dagligt eller på andelen, der er storrygere. Andelen, der ryger dagligt, er størst blandt de 25-44-årige kvinder og mindst blandt de yngste mænd (18-24 år). Andelen af dagligrygere falder med stigende uddannelseslængde for både mænd og kvinder.

Den største andel af storrygere blandt svarpersonerne ses i aldersgruppen 25-44 år, hvilket gælder både mænd og kvinder, og den mindste andel findes blandt de 65+-årige. Blandt både mænd og kvinder ses en sammenhæng mellem andelen af storrygere og uddannelseslængde, således er andelen af storrygere mindre blandt dem med længst uddannelse sammenlignet med de øvrige uddannelsesgrupper.

Over halvdelen af rygerne i KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune begyndte at ryge, før de fyldte 18 år. Kvindelige svarpersoner var ældre end mandlige svarpersoner, da de begyndte at ryge, og svarpersoner med en kort uddannelse var yngre, da de begyndte at ryge sammenlignet med svarpersoner med en lang uddannelse.

Én ud af 12 svarpersoner dagligt været udsat for passiv rygning i otte timer eller mere. Andelen, der er udsat for passiv rygning i otte timer eller mere, falder med stigende uddannelseslængde.

Alkohol

Blandt svarpersoner i KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune oplyser hver tiende, at de drikker mere end Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser. Det er mindre end andelen i SUSY-Region Hovedstaden. Forskellen skyldes 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. 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.

Hver femte svarperson i KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune oplyser, at de har drukket mere end fem 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

En fjerdedel af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune oplyser, at de dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden. I alle aldersgrupper er der en større andel blandt mænd end blandt 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 uddannelse for både mænd og kvinder.

En større andel blandt kvinder end mænd ønsker at være mere fysisk aktive. Andelen, som ønsker at være mere fysisk aktiv er størst blandt de 18-44-årige, hvorefter den falder med alderen. Andelen stiger med stigende uddannelseslængde. Svarpersoner, der ikke dyrker hård eller moderat 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.

I alt mener omkring halvdelen af svarpersonerne, at kommunen kan gøre noget for at hjælpe borgerne til at blive mere fysisk aktive. Blandt dem, der mener, at kommunen kan hjælpe borgerne til at blive mere fysisk aktive, svarer flest, at kommunen kan hjælpe ved at: skabe flere tilbud om motion, der tager hensyn til dårlig kondition og helbredsproblemer, øge den økonomiske støtte til foreninger, og oplyse bedre om eksisterende tilbud. En større andel, af de fysisk inaktive sammenlignet med de fysisk aktive, mener, at kommunen kan hjælpe ved at skabe tilbud om motion, der tager hensyn til dårlig kondition og helbredsproblemer. Generelt gælder, at de fysisk aktive har en større tro på, at kommunen kan hjælpe dem til at blive mere fysisk aktive.

I KRAM-spørgeskemaet blev der spurgt om den vigtigste årsag til at være fysisk aktiv. To ud af tre svarpersoner fra Albertslund kommune svarer, at de er fysisk aktive for at være eller komme i form. Yderligere er kvinder især fysisk aktive for at tabe sig.

Størstedelen af svarpersonerne, som er fysisk aktive, dyrker selvorganiseret motion alene (50,3 %) eller er fysisk aktive i en forening (41,3 %). En større andel af mænd end kvinder er fysisk aktive i en forening, modsat er en større andel af kvinder fysisk aktive i et kommunalt tilbud eller aftenskole. Andelen, der dyrker selvorganiseret fysisk aktivitet alene,

falder med stigende alder og stiger med stigende uddannelse. Andelen, der er fysisk aktiv i et kommunalt tilbud, falder med stigende uddannelse.

Trivsel

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

Andelen, som får tilstrækkelig søvn – målt ved spørgsmålet om, hvorvidt man føler sig udhvilet – stiger med stigende alder. Tilstrækkelig søvn er relateret til et godt selvvurderet helbred. Ligeledes er der en sammenhæng mellem utilstrækkelig søvn og henholdsvis usund kost, rygning samt fysisk inaktivitet. God søvnkvalitet er endvidere forbundet med oftere godt eller virkelig godt selvvurderet helbred og fysisk aktivitet i fritiden.

Sociale relationer hænger sammen med selvvurderet helbred. Svarpersoner, som vurderer deres helbred som nogenlunde, dårligt eller meget dårligt, har typisk sjældent kontakt med familie eller venner og bekendte. Omvendt vurderer svarpersoner, som oplyser, at de har nogen at tale med ved problemer, eller når de har brug for støtte ofte, ofte deres eget helbred som godt eller virkelig godt. Svarpersoner, der oplever, at nogen i omgangskredsen kræver for meget af dem, vurderer oftere deres eget helbred som mindre godt. Der er en større andel kvinder end mænd, der føler, at der er nogen fra deres familie eller blandt venner, der kræver for meget af dem, og andelen er for begge køn størst blandt de yngste.

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 selvvurderet helbred samt langvarig sygdom.

KRAM-profilen for Albertslund 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

Albertslund Kommune har et samlet antal indlæggelser (per 1000 personår), som er højere end i Danmark generelt. Dette gælder for både mænd og kvinder. Beregningen af indlæggelsesraterne tager højde for aldersfordelingen i befolkningen.

Albertslund Kommune har samlet set et lavere antal ambulante sygehuskontakter sammenlignet med Danmark som helhed. For folkesygdommene: hjerte-karsygdomme, muskel- og skeletsygdomme, kronisk obstruktiv lungesygdom og kræft gælder det, at antallet af ambulante kontakter er på niveau med Danmark. Overordnet har ældre på 70 år eller derover i Albertslund Kommune 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 Albertslund Kommune ses ved, at der for alle overordnede resultater, hvor det er muligt, er vist en tabel, der sammenholder besvarelsener fra den selvadministrerede KRAM-undersøgelse med tal for Region Hovedstaden 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 Albertslund Kommune valgt at give 17.774 voksne borgere i kommunen mulighed for at besvare spørgeskemaet. Dette betyder, at KRAM-undersøgelsen i Albertslund 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 Albertslund 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 Albertslund Kommune. Endelig er der blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen en større andel med en lang og mellemlang videregående uddannelse end i befolkningen i Albertslund 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

Albertslund Kommune var den syvende kommune, der deltog i KRAM-undersøgelsen. KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune foregik fra den 31. marts til den 29. april 2008. Denne KRAM-profil beskriver resultater af alle indkomne spørgeskemabesvarelser og de gennemførte undersøgelser ved KRAM-bussen blandt borger i Albertslund Kommune 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 blandt andet kan føre til hjerte-karsygdomme, type 2-diabetes og visse cancerformer. Af de kendte modificerbare livsstilsfaktorer er KRAM-faktorerne således særdeles vigtige.

Selvom KRAM-faktorerne 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 Albertslund 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 Albertslund Kommune. I de følgende kapitler beskrives undersøgelsens resultater for Albertslund 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 Albertslund Kommune.

Kapitel 2 – Materiale og metode

Populationen

Resultaterne i denne KRAM-profil for Albertslund 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 register-baserede oplysninger fra alle borgere i Albertslund Kommune. KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune blev gennemført i samarbejde med Brøndby Kommune, men i denne rapport benyttes overvejende data indsamlet i Albertslund Kommune.

Svarpersoner i spørgeskemaundersøgelsen

Alle voksne på 18 år eller derover som var bosiddende i Albertslund Kommune per 28. december 2007, men ikke var forskningsbeskyttede, blev inviteret til at besvare det internet-baserede spørgeskema. I alt fik 17.774 personer, tilsendt en invitation. Spørgeskemaet blev helt eller delvist besvaret af i alt 2.711 personer, hvoraf 2.021 personer helt eller delvist besvarede det supplerende kostspørgeskema. Dette svarer til en samlet deltagelsesprocent på 15,3.

I tabel 2.1 er deltagelsen opgjort efter køn og alder. Det ses af tabellen, at deltagelsen er større blandt kvinder (17,6 %) end blandt mænd (12,8 %). Den største andel af deltagere findes blandt kvinder i aldersgruppen 45-64 år, mens en mindre andel af deltagere ses blandt de 80+-årige og blandt de unge mænd.

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

		Antal inviterede	Antal, der helt eller delvist har besvaret spørgeskemaet	Andel, der helt eller delvist har besvaret spørgeskemaet (%)
Total		17.774	2.711	15,3
Mænd	18-24 år	1.183	66	5,6
	25-44 år	2.901	258	8,9
	45-64 år	3.137	550	17,5
	65-79 år	1.385	245	17,7
	80+ år	159	5	3,1
	Alle mænd	8.765	1.124	12,8
Kvinder	18-24 år	945	88	9,3
	25-44 år	2.910	465	16,0
	45-64 år	3.384	798	23,6
	65-79 år	1.498	230	15,4
	80+ år	272	6	2,2
	Alle kvinder	9.009	1.587	17,6

I tabel 2.2 ses køns- og aldersfordelingen blandt svarpersonerne sammenholdt med alle borgere i Albertslund Kommune. Af tabellen ses, at der er en mindre andel af mænd blandt svarpersonerne end i befolkningen i Albertslund 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 Albertslund Kommune.

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

		Svarpersoner i KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune	Borgere i Albertslund Kommune
Mænd	18-24 år	2,4	6,7
	25-44 år	9,5	16,3
	45-64 år	20,3	17,7
	65-79 år	9,0	7,8
	80+ år	0,2	0,9
	Alle mænd	41,5	49,3
	Kvinder	18-24 år	3,3
25-44 år		17,2	16,4
45-64 år		29,4	19,0
65-79 år		8,5	8,4
80+ år		0,2	1,5
Alle kvinder		58,5	50,7

Svarpersonernes uddannelsesniveau i forhold til alle borgere i Albertslund 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 Albertslund Kommune er en større andel med videregående uddannelse (især lang videregående uddannelse) end i befolkningen i Albertslund Kommune som helhed. Tilsvarende ses en stærk underrepræsentation i KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune af personer med grundskoleuddannelse som højeste 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 Albertslund Kommune og i Albertslund Kommune i 2006. Procent

	KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune	Albertslund Kommune
Grundskole	9,9	27,1
Almen- eller erhvervsgymnasial uddannelse	4,9	7,0
Erhvervsuddannelse	25,4	33,6
Kort videregående uddannelse	8,2	4,8
Mellemlang videregående uddannelse/bachelor	33,0	16,9
Lang videregående uddannelse	15,8	5,8
Uoplyst	2,8	4,8
Total	100	100
Antal svarpersoner	2.071	14.873

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 Albertslund 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 Albertslund 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 8.000 også inviteret til at deltage i helbredsundersøgelsen ved KRAM-bussen. Af disse blev i alt 822 personer undersøgt. Deltagernes køns- og aldersfordeling i forhold til de inviterede og hele befolkningen i Albertslund 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 Albertslund Kommune.

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

		Inviterede til helbredsundersøgelsen i Albertslund Kommune	Deltagere i helbredsundersøgelsen i Albertslund Kommune	Borgere i Albertslund Kommune
Mænd	18-24 år	6,7	1,5	6,7
	25-44 år	16,5	8,8	16,3
	45-64 år	17,8	20,2	17,7
	65+ år	8,6	9,0	8,7
	Alle mænd	49,5	39,4	49,3
Kvinder	18-24 år	5,5	2,3	5,3
	25-44 år	16,3	16,7	16,4
	45-64 år	19,0	31,4	19,0
	65+ år	9,8	10,2	10,0
	Alle kvinder	50,5	60,6	50,7
Svarpersoner		8.000	822	17.774

Indsamling af data

Den internetbaserede spørgeskemaundersøgelse

I alt 17.774 borgere i Albertslund 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 fem uger i april 2008.

Spørgeskemaet til KRAM-undersøgelsen er konstrueret med udgangspunkt i spørgsmål fra de danske Sundheds- og sygelighedsundersøgelser (SUSY-undersøgelserne). SUSY-spørgsmålene er baseret på en traditionel epidemiologisk forståelsesmodel, som opererer med 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 standardspørgsmålene, 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 søvnmønster.

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. 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 velkomstationen, 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 hoftediameter 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 Albertslund Kommune. Alle fund vedrørende forskelle mellem befolkningsgrupper eller sammenhænge mellem forskellige variable er blevet testet ved hjælp af et χ^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 i Albertslund Kommune blev gennemført i samarbejde med Brøndby Kommune og datamaterialet for Albertslund Kommune er derfor mindre end i de øvrige KRAM-kommuner. For enkelte analyser har datamaterialet fra KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune ikke været tilstrækkeligt stort, og i disse tilfælde er data fra Brøndby Kommune blevet inddraget. Det er for alle analyser markeret specifikt i teksten, hvis datamaterialet er blevet slået sammen.

KRAM-undersøgelsen er et tværsnitsstudie, der beskriver sammenhænge mellem eksempelvis KRAM-faktorerne og helbred ud fra informationer, der er indsamlet samtidig. Sammenhængene, 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 selv vurderet helbred. Det kan således ikke afgøres, om øget stress giver et dårligere selv vurderet helbred, eller om dårligere selv vurderet helbred giver øget stress.

I denne KRAM-profil sammenholdes en række overordnede resultater fra undersøgelsen i april 2008 i Albertslund Kommune med resultaterne fra SUSY-2005 undersøgelsen for Region Hovedstaden (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 Hovedstaden er baseret på en stikprøve på 4.684 danske statsborgere på 16 år eller derover. Af disse blev der i alt opnået interview med 2.923 personer. Udover forskellene i dataindsamlingsmetoder er de to undersøgelser således forskellige, hvad angår aldersfordelingen i populationerne, og idet tal for KRAM-undersøgelsen baseres på Albertslund Kommune, mens tal fra SUSY-2005 gælder for hele Region Hovedstaden. Yderligere er der forskel på den uddannelsesmæssige fordeling, idet der er en større andel af svarpersoner med en lang uddannelse i KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune i forhold til i SUSY-Region Hovedstaden.

Tabel 2.6 Dataindsamlingsmetode og population i KRAM-undersøgelsen for Albertslund Kommune, SUSY-Region Hovedstaden og Albertslund Sundhedsprofil

	KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune	SUSY Region Hovedstaden
År	2008	2005
Dataindsamlingsmetode	Internetbaseret selvadministreret spørgeskema	Interviewbaseret spørgeskema
Population	Albertslund Kommune	Region Hovedstaden
Aldersgruppe	18 år eller derover	16 år eller derover
Antal svarpersoner	2.518	2.923

Det skal bemærkes, at der i KRAM-undersøgelsen i Albertslund 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 Albertslund 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 Albertslund Kommune og befolkningen i Albertslund 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 Albertslund Kommune.

Uddannelsesjusteringen er baseret på Danmarks Statistiks opgørelse over uddannelsesniveaut i Albertslund 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 Albertslund Kommune. De justerede andele er aldersstandardiseret i forhold til befolkningen i Albertslund Kommune per 28. december 2007. 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 selvvurderet helbred og dernæst oplysninger omkring sygelighed, brug af sundhedsvæsenet og medicinbrug. Sidst i kapitlet beskrives andelen, der oplyser, at de er svært overvægtige.

Selvvurderet 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 selvvurderet 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 71,1 % af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Albertslund 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 uddannelsesniveaet for alle borgere i Albertslund 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 Hovedstaden.

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

	KRAM-Albertslund	KRAM-Albertslund 25-64-årige	KRAM-Albertslund 25-64-årige ¹	SUSY-Region Hovedstaden
Procent	71,1	71,3	67,8	81,3*
Antal svarpersoner	2.686	2.051	2.012	2.923
¹ 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. Det ses, at andelen, der vurderer eget helbred som virkelig godt eller godt, er mindst i aldersgruppen 18-24 år sammenlignet med de andre aldersgrupper for både mænd og kvinder. For mænd er andelen størst for de 65+-årige, mens den for kvinder er størst for de 45-64-årige.

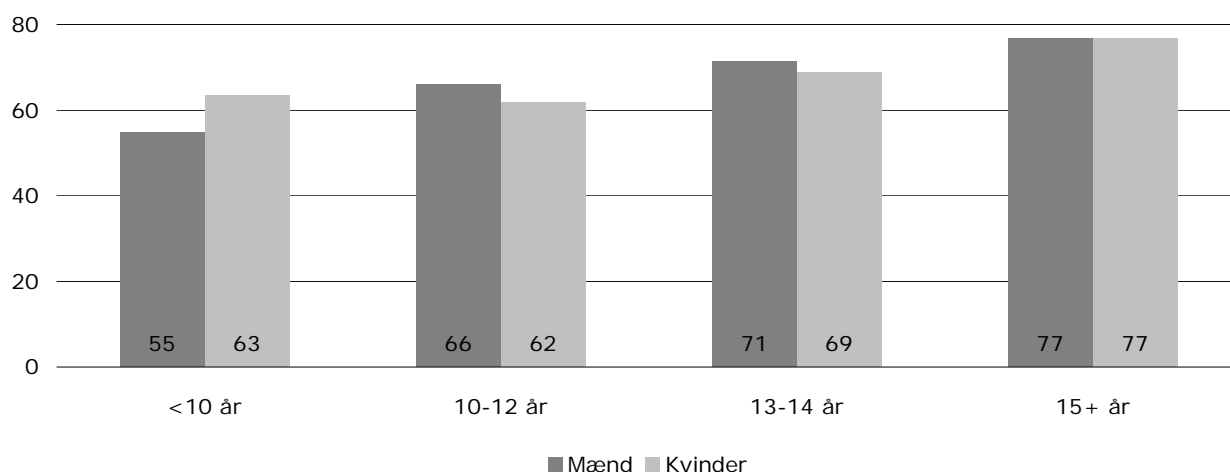
Tabel 3.2 Andel der vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Procent	Antal svarpersoner
Total		71,1	2.683
Mænd	18-24 år	66,7	66
	25-44 år	71,0	255
	45-64 år	70,5	546
	65+ år	76,2	248
	Alle mænd	71,7	1.115
Kvinder	18-24 år	62,8	86
	25-44 år	69,7	459
	45-64 år	72,8	791
	65+ år	68,9	235
	Alle kvinder	70,8	1.571

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. For mænd stiger

andelen, der har et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred, med stigende uddannelseslængde. For kvinder, er der en større andel, der har et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred blandt dem, der har en uddannelse på over 15 år sammenlignet med kvinder med under 12 års uddannelse.

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 blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune (36,4 %) er mindre end andelen i SUSY-Region Hovedstaden (39,8 %).

Tabel 3.3 Andel en med langvarig sygdom. Procent

	KRAM-Albertslund	KRAM-Albertslund 25-64-årige	KRAM-Albertslund 25-64-årige ¹	SUSY- Region Ho- vedstaden
Procent	36,4	35,7	37,7	39,8*
Antal svarpersoner	2.598	1.996	1.995	2.923
¹ Uddannelsesjusteret. 25-64 år				

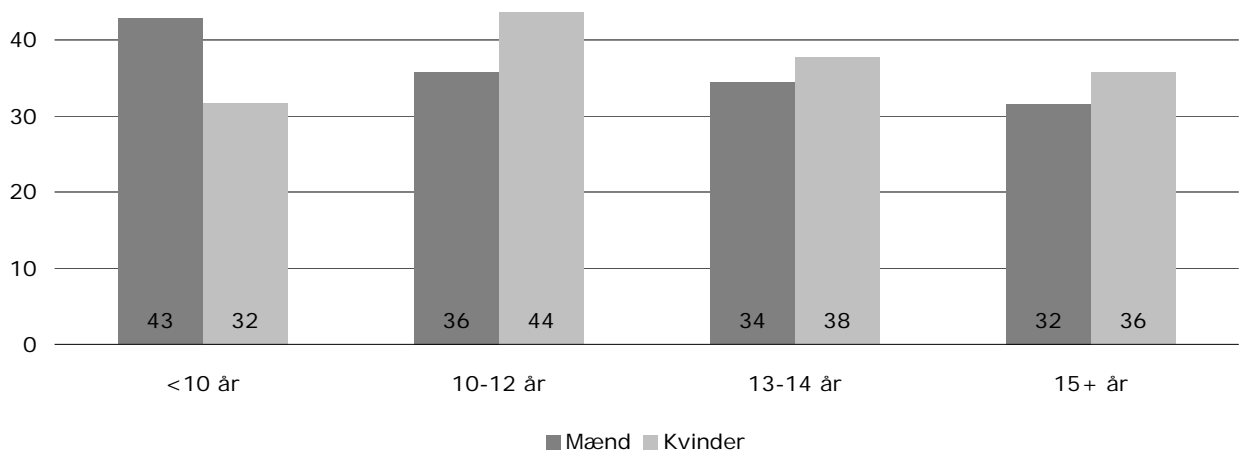
Tabel 3.4 viser, at der er en klar sammenhæng mellem alder og langvarig sygdom. Både blandt mænd og kvinder, dog med undtagelse af de 25-44-årige kvinder, stiger andelen med en langvarig sygdom, med stigende alder.

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

		Procent	Antal svarpersoner
Total		36,4	2.598
Mænd	18-24 år	17,0	59
	25-44 år	26,4	246
	45-64 år	37,6	535
	65+ år	38,5	239
	Alle mænd	34,1	1.079
Kvinder	18-24 år	34,2	79
	25-44 år	30,5	449
	45-64 år	40,3	766
	65+ år	46,2	225
	Alle kvinder	38,0	1.519

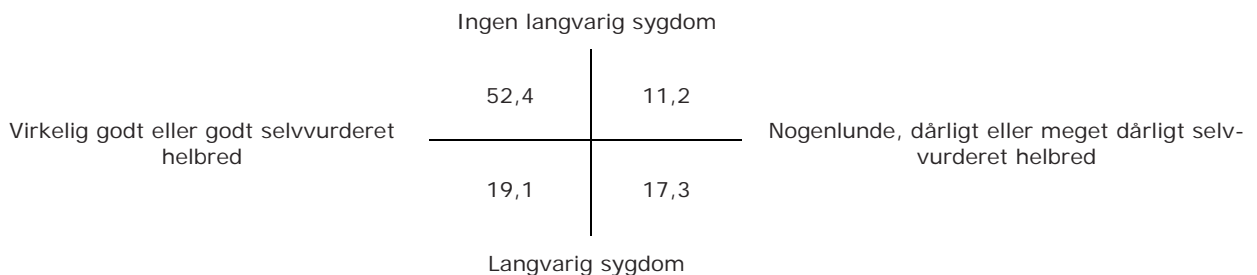
I figur 3.2 ses sammenhængen mellem uddannelseslængde og andelen med en langvarig sygdom. Det fremgår, at for mænd falder andelen med en langvarig sygdom med stigende uddannelsesniveau. For kvinder ses den største andel blandt dem med 10-12 års uddannelse.

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 52,4 % af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Albertslund 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 19,1 %, der vurderer eget helbred som virkelig godt eller godt og samtidig har en langvarig sygdom, og 11,2 % 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 Albertslund Kommune. Den største andel angiver, at de lider af allergi (23,7 %). Det er på niveau med andelen i SUSY-Region Hovedstaden (24,5 %). Den næst hyppigste sygdom er slidgigt/leddegigt – 19,5 % af svarpersonerne i KRAM-

undersøgelsen i Albertslund kommune angiver at de lider af slidgigt/leddegigt. Det er en større andel end i SUSY-Region Hovedstaden (16,9 %).

Tabel 3.5 Andel med forskellige sygdomme. Procent

		KRAM-Albertslund	KRAM-Albertslund 25-64-årige	KRAM-Albertslund 25-64-årige ¹	SUSY-Region Hovedstaden
Allergi	Procent	23,7	24,9	22,3	24,5
	Antal svarpersoner	2.585	1.988	1.987	2.923
Slidgigt/ leddegigt	Procent	19,5	16,9	18,7	16,9*
	Antal svarpersoner	2.582	1.986	1.985	2.923
Diabetes	Procent	3,9	3,3	3,7	4,0
	Antal svarpersoner	2.598	1.995	1.994	2.923
Kronisk angst	Procent	3,0	3,0	3,8	3,2
	Antal svarpersoner	2.579	1.984	1.983	2.923
Osteoporose	Procent	2,1	1,4	1,5	2,1
	Antal svarpersoner	2.580	1.985	1.984	2.923
¹ Uddannelsesjusteret. 25-64-årige					
*p<0,01					

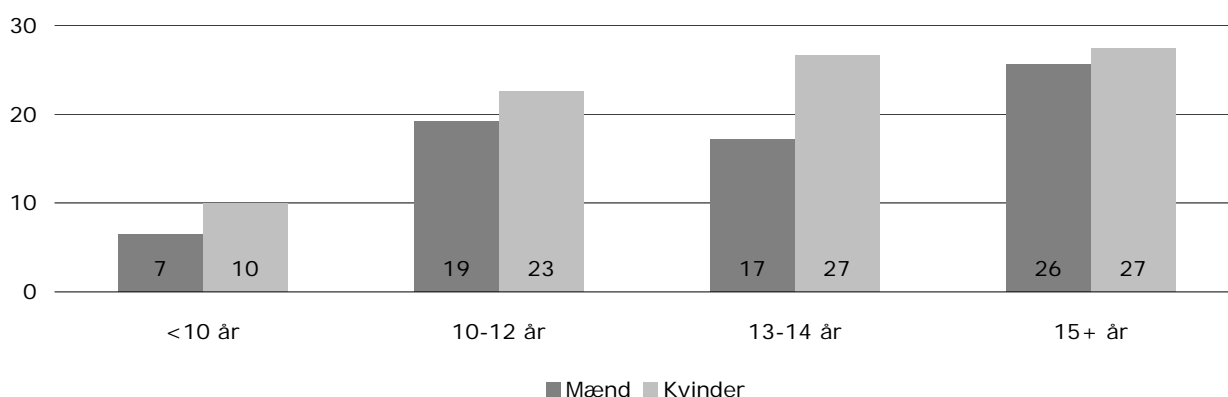
Af tabel 3.6 fremgår det, at andelen, der angiver, at de lider af allergiske sygdomme, er større blandt kvinder end mænd. Overordnet falder andelen med stigende alder blandt både mænd og kvinder. Endvidere er andelen, der har slidgigt/leddegigt større blandt kvinder end mænd, og andelen stiger med stigende 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, og at andelen er størst blandt de 18-24-årige sammenlignet med de andre aldersgrupper. 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		23,7	19,5	3,9	3,0	2,1
Mænd	18-24 år	31,0	0,0	0,0	3,5	0,0
	25-44 år	25,7	4,5	0,8	1,2	0,0
	45-64 år	20,7	17,3	7,9	1,7	0,9
	65+ år	14,4	26,1	9,6	1,3	1,7
	Alle mænd	21,0	15,3	6,2	1,6	0,8
	Antal svarpersoner	1.071	1.069	1.077	1.071	1.069
Kvinder	18-24 år	30,4	1,3	0,0	6,3	0,0
	25-44 år	28,5	6,0	1,1	5,1	0,2
	45-64 år	25,5	27,0	2,1	3,3	2,8
	65+ år	18,7	47,1	5,7	2,7	10,7
	Alle kvinder	25,6	22,4	2,2	3,9	3,0
	Antal svarpersoner	1.514	1.513	1.521	1.508	1.511

Figur 3.4 viser andelen, der har allergi blandt mænd og kvinder i forskellige uddannelsesgrupper. Det ses, at andelen, der har allergi, er mindre blandt svarpersoner med under 10 års uddannelse sammenlignet med de øvrige uddannelsesgrupper.

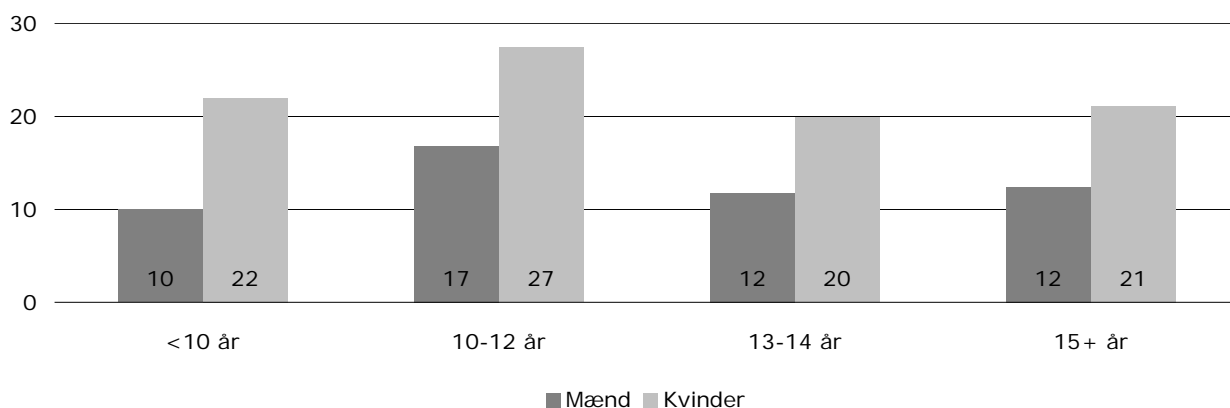
Figur 3.4 Andel med allergi blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



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 andelen med slidgigt/leddegigt er størst blandt svarpersoner med 10-12 års uddannelse.

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 Albertslund 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 Albertslund Kommune, der oplyser, at de inden for de seneste tre måneder har haft kontakt til deres praktiserende læge. I alt oplyser 51,4 % 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 Hovedstaden, hvor 40,5 % har haft kontakt til deres praktiserende læge inden for en tre måneders periode.

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

	KRAM-Albertslund	KRAM-Albertslund 25-64-årige	KRAM-Albertslund 25-64-årige ¹	SUSY-Region Hovedstaden
Procent	51,4	49,6	50,6	40,5*
Antal svarpersoner	2.592	1.991	1.990	2923
¹ Uddannelsesjusteret. 25-64 år				
*p<0,01				

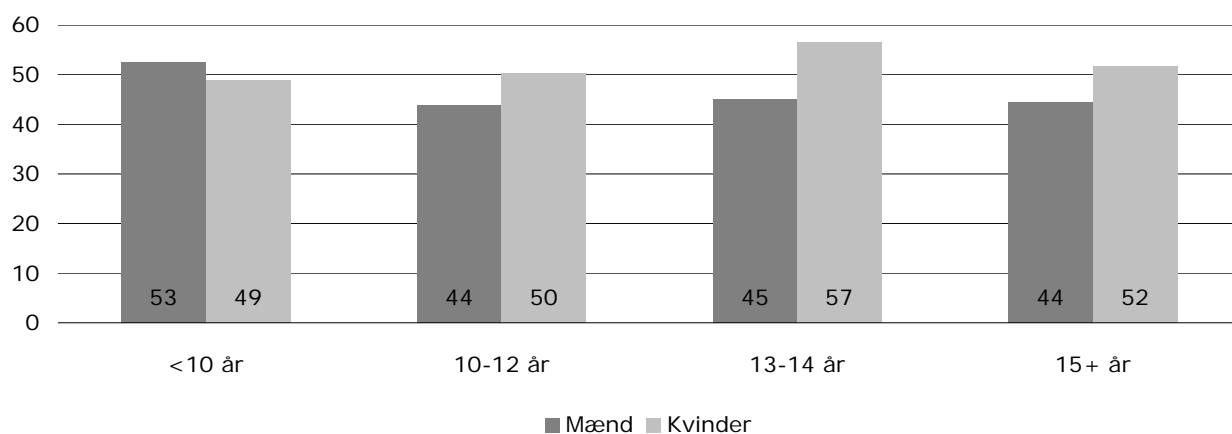
En større andel kvinder (53,8 %) end mænd (47,9 %) har haft kontakt til praktiserende læge inden for de seneste tre måneder. Mænd i aldersgruppen 65+ år har oftere haft kontakt til praktiserende læge sammenlignet med de andre aldersgrupper. Sammenlignet med de øvrige aldersgrupper har en større andel af de yngste og ældste kvinder har haft kontakt til praktiserende læge inden for en tre måneders periode (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		51,4	2.592
Mænd	18-24 år	25,9	58
	25-44 år	33,1	245
	45-64 år	49,6	534
	65+ år	64,7	238
	Alle mænd	47,9	1.075
Kvinder	18-24 år	57,7	78
	25-44 år	50,2	448
	45-64 år	54,5	764
	65+ år	57,3	227
	Alle kvinder	53,8	1.517

Det fremgår af figur 3.6, at blandt mænd er der en større andel med under 10 års uddannelse, der har haft kontakt til praktiserende læge inden for de seneste tre måneder sammenlignet med de øvrige uddannelsesgrupper. Blandt kvinder er andelen størst for dem med 13-14 års uddannelse.

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 mere end hver tredje svarperson i KRAM-undersøgelsen i løbet af de sidste 14 dage har brugt en eller anden form for håndkøbsmedicin. Dette er på niveau med andelen i SUSY-Region Hovedstaden. Blandt svarpersoner i KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune har 42,8 % taget receptpligtig medicin inden for en 14-dages periode, hvilket også er på niveau med andelen i SUSY-Region Hovedstaden.

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

		KRAM-Albertslund	KRAM-Albertslund 25-64-årige	KRAM-Albertslund 25-64-årige ¹	SUSY-Region Hovedstaden
Håndkøbsmedicin	Procent	35,6	36,5	37,0	35,6
	Antal svarpersoner	2.711	2.071	2.013	2.923
Receptmedicin	Procent	42,8	39,6	41,9	41,7
	Antal svarpersoner	2.711	2.071	2.013	2.923
¹ Uddannelsesjusteret. 25-64-årige					

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 45-64 år, mens den for kvinder er størst blandt de 25-44-årige. Andelen, der har taget receptpligtig medicin, stiger overordnet

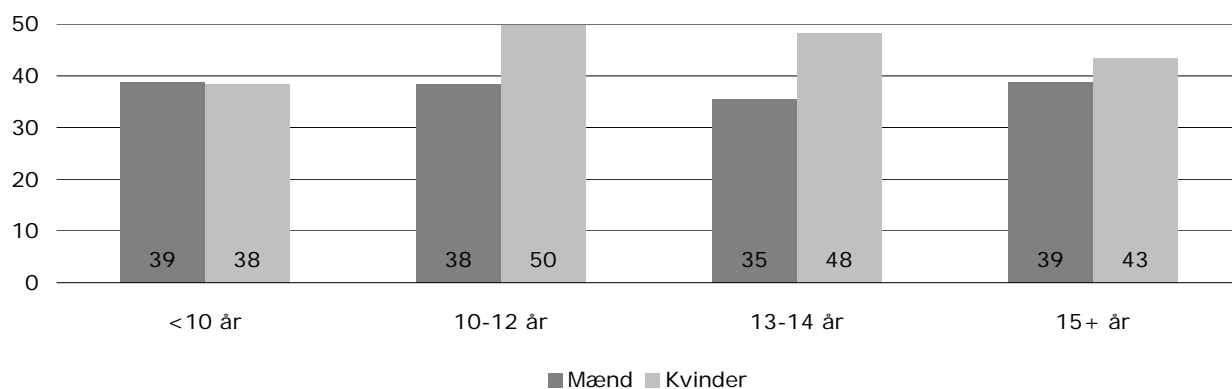
med stigende alder for begge køn. Således har over 60 % af alle mænd og kvinder i aldersgruppen 65+ år taget receptpligtig medicin inden for en 14-dages periode.

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		35,6	2.711	42,8	2.711
Mænd	18-24 år	28,8	66	12,1	66
	25-44 år	26,4	258	14,7	258
	45-64 år	30,7	550	46,2	550
	65+ år	26,4	250	65,6	250
	Alle mænd	28,7	1.124	41,3	1.124
Kvinder	18-24 år	38,6	88	26,1	88
	25-44 år	44,5	465	33,3	465
	45-64 år	39,1	798	46,1	798
	65+ år	38,1	236	63,6	236
	Alle kvinder	40,5	1.587	43,9	1.587

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. Blandt kvinder er der dog en mindre andel blandt dem med under 10 års uddannelse, der har taget receptpligtig medicin sammenlignet med de øvrige 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.

$$BMI = \frac{\text{vægt}(kg)}{\text{højde}(m)^2}$$

<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 selvrapporing 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 fejlnæring, 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 verden 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 selvrapporerede 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 12,4 % af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune oplyser en højde og vægt, der kategoriserer dem som svært overvægtige. Dette er en større andel end i SUSY-Region Hovedstaden (9,6 %), men en mindre andel end i Sundhedsprofil, Region Hovedstaden (16,0 %).

Tabel 3.11 Andel med svær overvægt. Procent

	KRAM-Albertslund	KRAM-Albertslund 25-64-årige	KRAM-Albertslund 25-64-årige ¹	SUSY-Region Hovedstaden	Sundhedsprofil Region Hovedstaden
Procent	12,4	13,8	15,7	9,6*	16,0*
Antal svarpersoner	2.596	1.998	1.997	2.907	3.600
¹ Uddannelsesjusteret. 25-64 år					
*p<0,01					

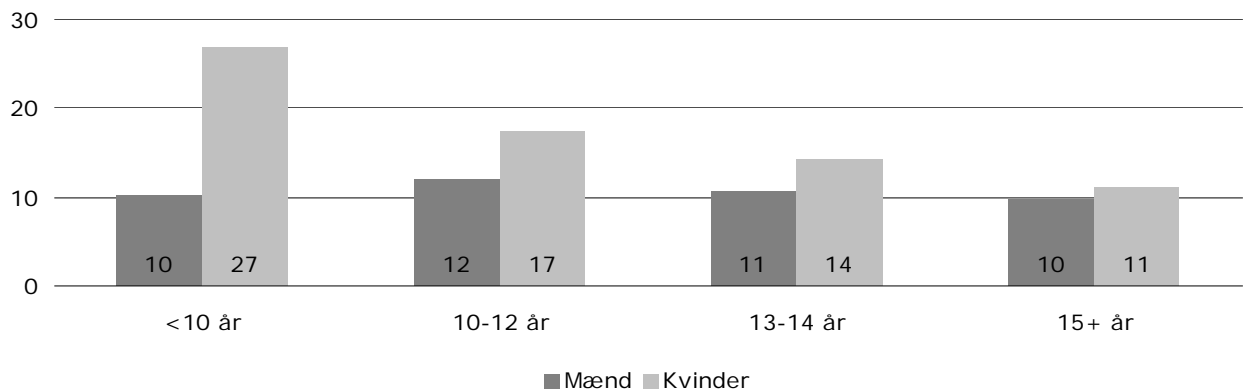
Tabel 3.12 viser andelen, der er svært overvægtig blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Det fremgår, at andelen, der er svært overvægtige, er mindre blandt mænd end kvinder. Andelen er for mænd mindst i aldersgruppen 18-24 år, mens den for kvinder er mindst blandt de 65+-årige.

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

		Procent	Antal svarpersoner
Total		12,4	2.596
Mænd	18-24 år	3,3	61
	25-44 år	8,5	247
	45-64 år	13,2	539
	65+ år	10,1	238
	Alle mænd	10,9	1.085
Kvinder	18-24 år	8,9	79
	25-44 år	17,6	449
	45-64 år	13,8	763
	65+ år	6,4	220
	Alle kvinder	13,6	1.511

I figur 3.8 ses andelen af svært overvægtige i forskellige uddannelsesgrupper. For mænd er der ikke nogen systematiske forskelle mellem uddannelsesgrupperne. For kvinder med under 10 års uddannelse er der dog en markant større andel af svært overvægtige sammenlignet med de øvrige uddannelsesgrupper.

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 (74,8 %) end blandt svarpersoner, der er svært overvægtige (48,6 %). Der ses også en sammenhæng mellem langvarig sygdom og svær overvægt. Således er der blandt svært overvægtige 49,1 %, der oplyser, at de har en langvarig sygdom, mens 34,4 % 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 8,1 % af de svært overvægtige svarpersoner diabetes, mens dette gælder for 3,3 % 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 55,1 % af de svært overvægtige har taget receptpligtig medicin, mens dette kun gælder for 42,8 % af de ikke svært overvægtige. Denne tendens ses også ved brug af håndkøbsmedicin, hvor 44,9 % af de svært overvægtige har taget håndkøbsmedicin inden for en 14-dages periode, mens det kun er 35,8 % af de ikke svært overvægtige. Tilsvarende har 60,6 % af de svært overvægtige været ved praktiserende læge inden for en periode på tre måneder, mens det kun gælder for 50,0 % af de ikke svært overvægtige.

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	48,6	74,8
Langvarig sygdom	49,1	34,4
Diabetes	8,1	3,3
Har taget receptmedicin sidste 14 dage	55,1	42,8
Har taget håndkøbsmedicin sidste 14 dage	44,9	35,8
Har været ved praktiserende læge sidste 3 måneder	60,6	50,0

Opsummering

Mere end to ud af tre svarpersoner i KRAM-undersøgelsen i Albertslund vurderer deres eget helbred som godt eller virkelig godt. Særligt de ældre vurderer deres helbred som godt eller virkelig godt. Andelen af svarpersoner i KRAM-undersøgelsen, der vurderer deres helbred som godt eller virkelig godt er mindre end andelen i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen i Region Hovedstaden (SUSY-Region Hovedstaden).

Flere end hver tredje svarperson i KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune, angiver at de har en langvarig sygdom, og andelen stiger med alderen. De sygdomme, der oftest er angivet, er allergi og slidgigt/leddegigt.

Over halvdelen af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Albertslund 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 mænd har oftere end yngre mænd haft kontakt med deres praktiserende læge, og der er flere af de yngste og ældste kvinder, der har haft kontakt til deres praktiserende læge sammenlignet med de øvrige aldersgrupper. Mere end hver tredje svarperson har taget håndkøbs- eller inden receptpligtig-medicin for en 14-dages periode. I alle aldersgrupper er der en større andel blandt kvinder end mænd, der har taget håndkøbsmedicin. Andelen, der har taget receptpligtig medicin, er den samme for mænd og kvinder, og stiger med stigende alder.

Hver ottende svarperson i KRAM-undersøgelsen i Albertslund 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 færre 18-24-årige mænd, der er overvægtige sammenlignet med de ældre aldersgrupper og kvinder.

Kapitel 4 – Resultater fra helbredsundersøgelsen

I dette kapitel præsenteres resultaterne fra helbredsundersøgelsen ved KRAM-bussen i Albertslund Kommune. Resultaterne fra helbredsundersøgelsen har den fordel i forhold til resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen, at de er målt objektivt. I Albertslund Kommune gennemførte 822 personer (324 mænd og 498 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 og selv vurderet helbred).

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 fra helbredsundersøgelsen 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, talje- 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 Albertslund Kommune er der en større andel af mænd (44,8 %) end kvinder (32,3 %), der er moderat overvægtige (BMI 25-29,9). Modsat er der ikke væsentlig forskel på andelen af svært overvægtige (BMI > 30) blandt mænd (12,0 %) og kvinder (11,7 %). Andelen af moderat overvægtige stiger med alderen for både mænd og kvinder. For mændene er andelen af svært overvægtige størst i aldersgruppen 45-64 år, mens den for kvinderne er størst i aldersgruppen 18-44 år.

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		2,1	48,9	37,2	11,8	822
Mænd	18-44 år	3,6	50,0	40,5	5,6	84
	45-64 år	0,0	38,6	44,0	17,5	166
	65+ år	0,0	41,9	51,4	6,8	74
	Alle mænd	0,9	42,3	44,8	12,0	324
Kvinder	18-44 år	4,5	54,5	24,4	16,7	156
	45-64 år	2,7	53,9	32,6	10,9	258
	65+ år	0,0	48,8	46,4	4,8	84
	Alle kvinder	2,8	53,2	32,3	11,7	498

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. Resultaterne fra helbredsundersøgelsen i Albertslund Kommune viser, at 72,4 % 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 47,8 %. For begge køn er andelen med en fedtprocent over grænseværdien stigende med stigende alder (tabel 4.2).

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

		<10 %	10-20 %	>20 %	Antal deltagere
Mænd	18-44 år	3,6	47,6	48,8	84
	45-64 år	0,6	19,3	80,1	166
	65+ år	0,5	18,1	81,9	72
	Alle mænd	1,2	26,4	72,4	322
		<20 %	20-35 %	> 35 %	Antal deltagere
Kvinder	18-44 år	2,6	58,7	38,7	155
	45-64 år	0,8	50,0	49,2	258
	65+ år	0,0	39,8	60,2	83
	Alle kvinder	1,2	51,0	47,8	496

Taljemål

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 Albertslund Kommune, hvis taljemål overstiger de ovennævnte værdier, er 55,6 % for mænd, mens den er 65,3 % for kvinder. Andelen blandt mænd, der overstiger 94 cm, er lavest for den yngste aldersgruppe, mens der ikke er væsentlig forskel mellem aldersgrupperne 45-64 år og 65+ år. Blandt kvinderne stiger andelen med et taljemål større end 80 cm med alderen.

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	35,7	84
	45-64 år	63,2	166
	65+ år	60,8	74
	Alle mænd	55,6	324
Kvinder	18-44 år	54,5	156
	45-64 år	68,6	258
	65+ år	75,0	84
	Alle kvinder	65,3	498

Talje-hofte-ratio

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 (68,9 %) end mænd (21,6 %) overstiger de kønsspecifikke grænseværdier. For både mænd og kvinder stiger andelen, som overstiger grænseværdien for talje-hofte-ratio med alderen.

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	7,1	84
	45-64 år	25,9	166
	65+ år	28,4	74
	Alle mænd	21,6	324
Kvinder	18-44 år	55,8	156
	45-64 år	73,3	258
	65+ år	79,8	84
	Alle kvinder	68,9	498

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 Albertslund Kommune blev blodtrykket målt en gang efter deltagerne havde siddet og sluppet af i fem minutter.

Forhøjet blodtryk øger risikoen for iskæmisk hjertesygdom og apopleksi (Lawes et al., 2004). WHO har fastsat 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 69,7 % af deltagerne i helbredsundersøgelsen i Albertslund Kommune har et normalt blodtryk, mens 25,6% har et moderat forhøjet og 4,7 % 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 overordnet med alderen. Andelen af kvinderne med alvorligt forhøjet blodtryk er dog størst for aldersgruppen 45-64 år.

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		69,7	25,6	4,7	822
Mænd	18-44 år	67,9	28,6	3,6	84
	45-64 år	58,4	33,7	7,8	166
	65+ år	50,0	41,9	8,1	74
	Alle mænd	59,0	34,3	6,8	324
Kvinder	18-44 år	91,7	6,4	1,9	156
	45-64 år	71,7	23,6	4,7	258
	65+ år	64,3	33,3	2,4	84
	Alle kvinder	76,7	19,9	3,4	498

Blodprofil

Deltagerne i helbredsundersøgelsen fik 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. Kolesterolallet stiger generelt i befolkningen med alderen, og kvinder har frem til menopausen oftest et lavere kolesterolindhold 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 der er en tendens til, at en større andel af kvinder (25,8 %) end mænd (22,4 %) har et kolesteroltal, der overstiger 6 mmol/l. For begge køn er andelen med et kolesteroltal, der overstiger grænseværdien, markant lavest for de 18-44-årige. Andelen, der overstiger 6 mmol/l, stiger med alderen for kvinderne, mens andelen er størst blandt mænd i aldersgruppen 45-64 år.

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

		Procent	Antal deltagere
Total		24,5	773
Mænd	18-44 år	14,5	76
	45-64 år	27,2	162
	65+ år	19,7	66
	Alle mænd	22,4	304
Kvinder	18-44 år	8,8	148
	45-64 år	31,1	246
	65+ år	41,3	75
	Alle kvinder	25,8	469

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 Albertslund Kommune. I modsætning til kolesteroltallet er andelen med triglyceridværdier over normalområdet større blandt mænd (27,6 %) end kvinder (14,3 %). For kvinderne er andelen med triglyceridværdier over normalområdet mindst blandt den yngste aldersgruppe og højest blandt deltagerne i aldersgruppen 45-64 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		19,5	773
Mænd	18-44 år	32,9	76
	45-64 år	30,9	162
	65+ år	13,6	66
	Alle mænd	27,6	304
Kvinder	18-44 år	9,5	148
	45-64 år	17,1	246
	65+ år	14,7	75
	Alle kvinder	14,3	469

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, er blandt mænd størst i aldersgruppen 45-64 år og blandt kvinder i aldersgruppen 65+ år.

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

		Procent	Antal deltagere
Total		1,1	773
Mænd	18-44 år	0,0	76
	45-64 år	1,9	162
	65+ år	0,0	66
	Alle mænd	1,0	304
Kvinder	18-44 år	0,7	148
	45-64 år	0,8	246
	65+ år	2,7	75
	Alle kvinder	1,1	469

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 ved reversibel luftvejsobstruktion. Symptomerne er som ved KOL: åndenød samt pibende eller hvæsende vejrtrækning. Astma er ofte associeret med allergi, men kan forekomme uden allergi.

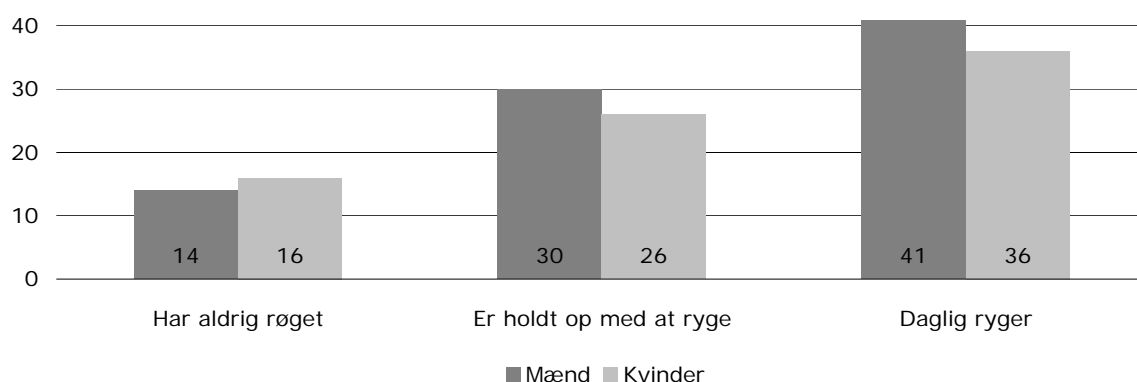
Luftvejsobstruktion forekommer, hvis lungefunktionen, der beregnes som FEV_1/FVC , er $<0,70$ (Løkke et al. 2004; Global Strategy for the Diagnosis, 2006). Deltagere i KRAM-undersøgelsen med en lungefunktion $<0,70$, eller hvis enten FEV_1 eller FVC blev målt til $< 80 \%$, henvises til deres praktiserende læge. Andelen af deltagere i helbredsundersøgelsen i Albertslund Kommune, hvis lungefunktion er reduceret ($FEV_1/FVC < 0,70$) er 25,0 %. Andelen med reduceret lungefunktion er på cirka samme niveau blandt mænd og kvinder, og andelen stiger med stigende alder for begge køn. Det er dog værd at bemærke, at der for kvinderne sker et forholdsvis stort spring fra 25,3 % blandt de 45-64-årige til 45,2 % blandt de 65+-årige (tabel 4.10).

Tabel 4.10 Andel med en reduceret lungefunktion (FEV₁/FVC på under 0,70) blandt mænd og kvinder. Procent

		Procent	Antal deltagere
Total		25,0	820
Mænd	18-44 år	9,5	84
	45-64 år	30,1	166
	65+ år	37,0	73
	Alle mænd	26,3	323
Kvinder	18-44 år	10,9	156
	45-64 år	25,3	257
	65+ år	45,2	84
	Alle kvinder	24,1	497

Som allerede beskrevet er rygning den største risikofaktor for udvikling af KOL, og mindst 25 % af alle rygere får en reduceret lungefunktion med tiden. I nedenstående analyser af sammenhængen mellem rygning, passiv rygning og lungefunktion er data fra både Albertslund og Brøndby inkluderet, da antallet af deltagere i Albertslund alene er for lille til at gennemføre disse analyser. 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 sammenlignet med dem, som oplyser, at de aldrig har røget. Andelen med en reduceret lungefunktion er ligeledes større blandt dem, som oplyser, at de ryger dagligt sammenlignet med gruppen af eksrygere.

Figur 4.1 Andel med en reduceret lungefunktion (FEV₁/FVC under 0,70) blandt mænd og kvinder i forhold til rygestatus. Procent

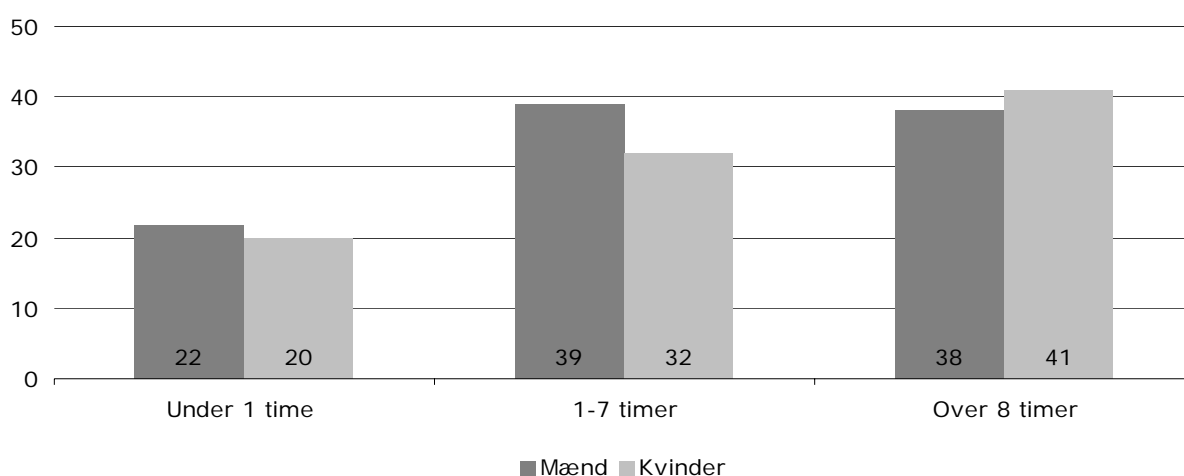


Data fra både Albertslund og Brøndby Kommune er inkluderet i analyserne

Som det beskrives i kapitel 6, udsættes folk ved passiv rygning også for røgens skadelige virkninger. Derfor må det forventes, at passiv rygning påvirker lungefunktionen målt i

KRAM-helbredsundersøgelsen. Som det ses af figur 4.2, er andelen med en reduceret lungefunktion mindst blandt deltagere, der er udsat for passiv rygning i under en time om dagen i forhold til deltagere, som er udsat for passiv rygning i mere end en time om dagen. Blandt kvinder er andelen, med en reduceret lungefunktion, ligeledes større blandt dem som er udsat for passiv rygning i over 8 timer om dagen sammenlignet med dem, som er udsat for passiv rygning mellem 1 og 7 timer 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



Data fra både Albertslund og Brøndby Kommune er inkluderet i analyserne

Kondital

Undersøgelser har vist, at personer med et højt kondital har en lavere risiko for at udvikle hjerte-karsygdomme, 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 cirka 2 l/min 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 vægt, 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 deltagerens kondital.

Tabel 4.11 Grænseværdier for lavt, middel og højt kondital for forskellige aldersgrupper

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 48,2 % af mændene og 50,5 % af kvinderne, der deltog i helbredsundersøgelsen i Albertslund 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. Blandt kvinder er andelen med et lavt kondital størst i den ældste aldersgruppe og mindst i aldersgruppen 45-64 år.

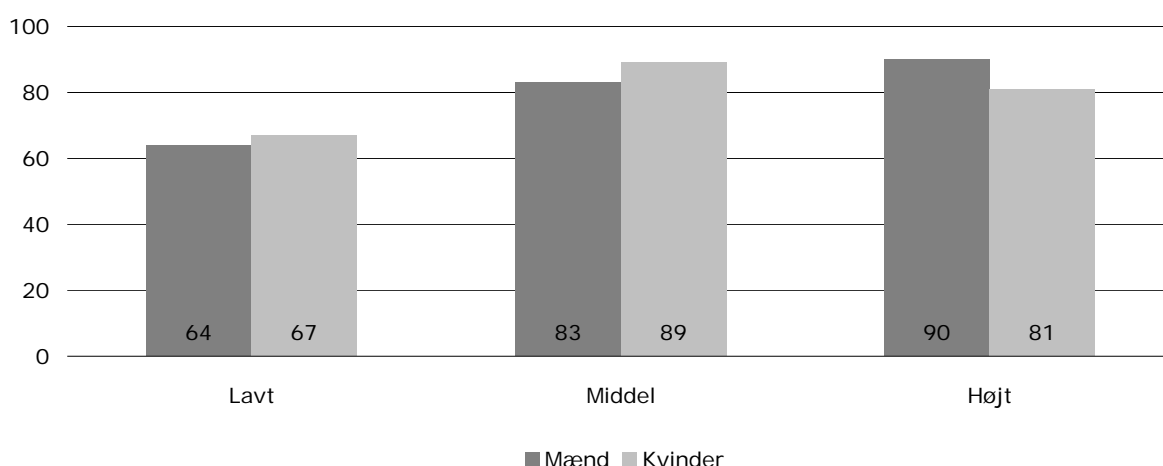
Tabel 4.12 Andel med et lavt, middel og højt kondital blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Lavt	Middel	Højt	Antal deltagere
Total		49,6	37,3	13,2	698
Mænd	18-44 år	55,8	36,4	7,8	77
	45-64 år	48,6	35,6	15,8	146
	65+ år	35,9	45,3	18,9	53
	Alle mænd	48,2	37,7	14,1	276
Kvinder	18-44 år	51,4	39,4	9,0	144
	45-64 år	46,6	37,6	15,8	221
	65+ år	63,2	28,1	8,8	57
	Alle kvinder	50,5	37,0	12,6	422

Andelen med lavt kondital er større blandt deltagere med under 10 års uddannelse (60,5%) i forhold til deltagere med over 15 års uddannelse (42,0%) (data ikke vist).

Sammenlignes kondital med selvvrurderet helbred, ses det for både mænd og kvinder, at en mindre andel, blandt dem med lavt kondital, har et virkelig godt eller godt selvvrurderet helbred. Blandt mændene stiger andelen med et virkelig godt eller godt selvvrurderet helbred med et stigende kondital (figur 4.3).

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



Opsummering

Blandt mænd er der en større andel end blandt kvinder, som er moderat overvægtige (BMI=25,0-29,9), mens andelen af svært overvægtige (BMI \geq 30) er den samme blandt mænd og kvinder. Hver tiende deltager i KRAM-helbredsundersøgelsen i Albertslund Kommune er svært overvægtige, hvilket er på samme niveau som den rapporterede andel i KRAM-spørgeskemaundersøgelsen i Albertslund Kommune. I 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 Albertslund Kommune, er andelen med forhøjet blodtryk større end blandt kvinderne. For de deltagende mænd gælder, at andelen med forhøjet blodtryk stiger med alderen. For kvinderne er andelen størst blandt de 45-64-årige.

Resultater fra blodprøverne ved KRAM-helbredsundersøgelsen i Albertslund Kommune viser en tendens til, 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 Albertslund Kommune er lige stor blandt mænd og kvinder. Andelen stiger med alderen. Som forventet ses en sammenhæng mellem lungefunktion og rygning samt passiv rygning.

Andelen af de deltagende kvinder og mænd, som har et lavt kondital, er på nogenlunde samme niveau (ca. 50 %). Andelen, der vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt, er markant mindre blandt deltagere med et lavt kondital i forhold til deltagere med et middel eller 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 Albertslund Kommune.

En sund kost forebygger udvikling af fedme og en række livsstilssygdomme som type-2-diabetes, hjerte-karsygdomme, kræft samt muskel- og skeletlidelser (herunder knogle-skørhed). Kostens negative indflydelse på befolkningens sundhed skyldes især en uhen-sigtsmæssig 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		48,6	55,4	18,1
Mænd	18-24 år	18,5	49,2	16,9
	25-44 år	30,3	39,8	11,4
	45-64 år	38,4	57,8	21,5
	65+ år	31,7	65,4	15,5
	Alle mænd	33,9	54,9	17,6
Kvinder	18-24 år	38,1	32,1	14,3
	25-44 år	54,4	43,7	11,3
	45-64 år	65,7	60,5	21,9
	65+ år	53,0	71,8	21,4
	Alle kvinder	59,0	55,7	18,3
Antal svarpersoner		2.675	2.675	2.677

Frugtindtag

Af tabel 5.2 fremgår det, at 48,6 % af de personer, der har besvaret KRAM-spørgeskemaet, spiser frugt dagligt eller flere gange om dagen. Dette er svarer til andelen i SUSY-region Hovedstaden.

Tabel 5.2 Andel, der dagligt eller flere gange om dagen spiser frugt

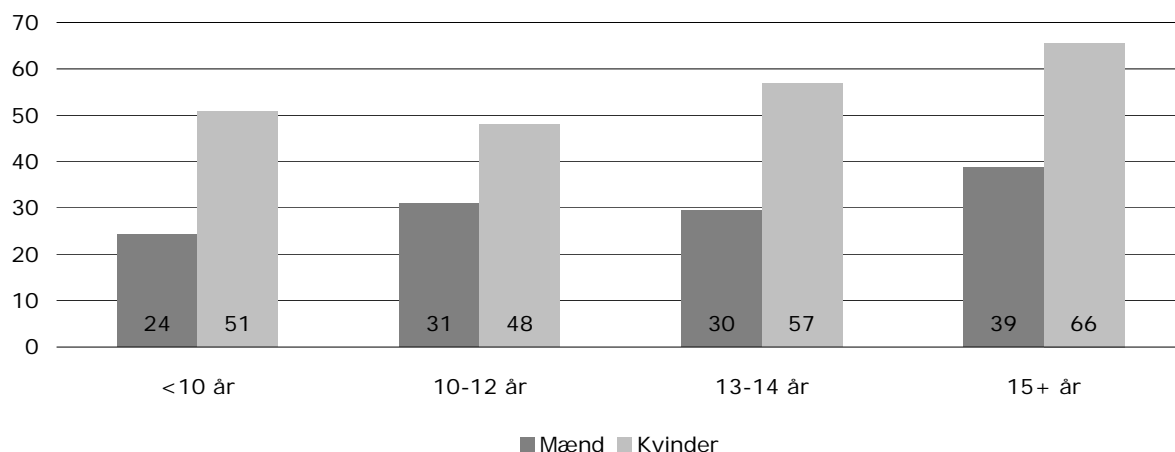
	KRAM-Albertslund	KRAM-Albertslund 25-64-årige	KRAM-Albertslund 25-64-årige ¹	SUSY-Region Hovedstaden
Procent	48,6	51,5	46,5	50,4
Antal svarpersoner	2.675	2.046	2.010	2.923

¹Uddannelsesjusteret. 25-64 år

Der er en væsentlig større andel af kvinder (59,0 %) end mænd (33,9 %), der spiser frugt hver dag. Andelen, der dagligt spiser frugt, er størst blandt de 45-64-årige for både mænd og kvinder (se tabel 5.1).

Der ses en sammenhæng mellem dagligt indtag af frugt og uddannelseslængde, således er andelen, der dagligt spiser frugt, større blandt dem med 15+ års uddannelse sammenlignet med de øvrige uddannelsesgrupper (figur 5.1). Dette gælder for både mænd og kvinder.

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



Der er en større andel, der spiser frugt blandt svarpersoner, der rapporterer at have et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred (52,4 %) sammenlignet med de personer, der rapporterer at have et nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selv vurderet helbred (39,2 %) (data ikke vist).

Fiskeindtag

I KRAM-undersøgelsen i Albertslund 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 55,4 % af svarpersonerne, der har besvaret KRAM-spørgeskemaet, spiser fisk til aftensmad mindst en gang om ugen. Dette er flere end andelen, der er rapporteret i SUSY-Region Hovedstaden.

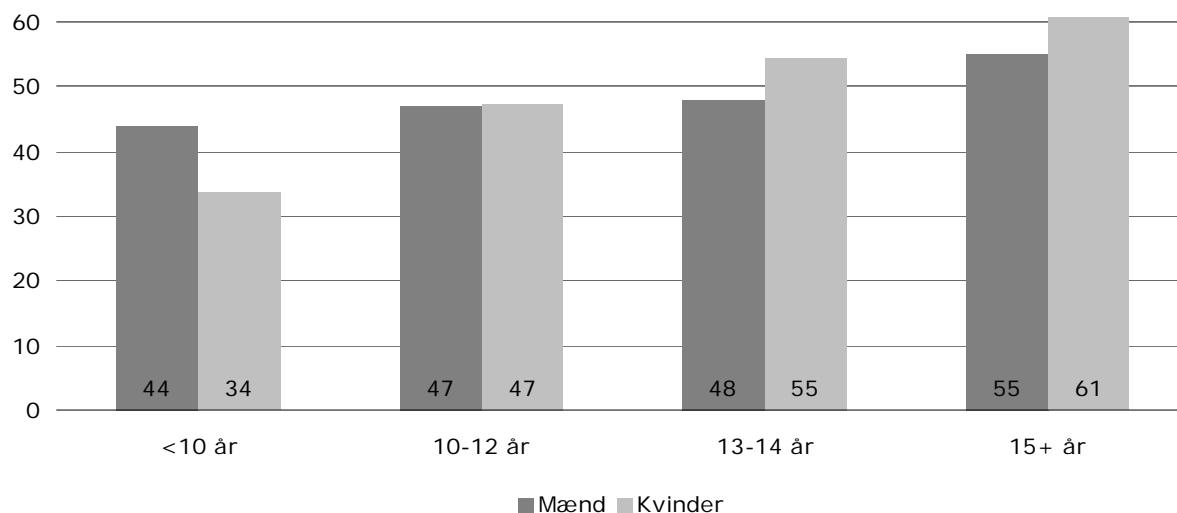
Tabel 5.3 Andel der spiser fisk til aftensmad mindst en gang om ugen

	KRAM-Albertslund	KRAM-Albertslund 25-64-årige	KRAM-Albertslund 25-64-årige ¹	SUSY-Region Hovedstaden
Procent	55,4	53,4	50,6	44,4*
Antal svarpersoner	2.675	2.046	2.010	2.923
¹ Uddannelsesjusteret. 25-64 år				
*p<0,01				

Andelen af svarpersonerne i Albertslund Kommune, der spiser fisk til aftensmad mindst en gang om ugen adskiller sig ikke blandt mænd og kvinder. Derimod ses en sammenhæng mellem andelen, der spiser fisk til aftensmad og alder. Det gælder 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).

Blandt kvinder ses en tydelig sammenhæng mellem indtag af fisk til aftensmad og uddannelseslængde, således stiger andelen, der spiser fisk til aftensmad mindst en gang om ugen med stigende uddannelseslængde. Blandt mænd er denne sammenhæng mindre tydelig, men der ses stadig en større andel, der spiser fisk til aftensmad hver dag blandt dem med 15 års uddannelse eller mere sammenlignet med dem med under 10 års uddannelse (figur 5.2).

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 selvvurderet helbred, er der en større andel, der spiser fisk til aftensmad mindst en gang om ugen (58,3 %) sammenlignet med dem, der rapporterer at have et nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selvvurderet helbred (48,4 %) (data ikke vist). Denne sammenhæng gælder både mænd og kvinder.

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 18,0 % af svarpersonerne i Albertslund Kommune aldrig spiser fedtstof på brødet, hvilket svarer til andelen, der er rapporteret i SUSY-Region Hovedstaden.

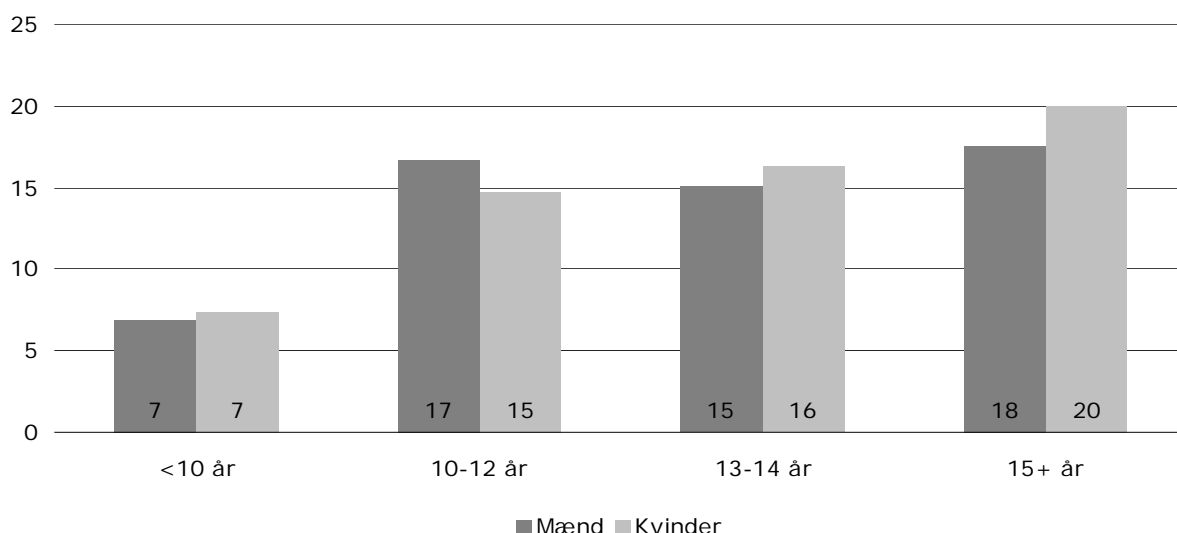
Blandt svarpersoner i KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune, ses ingen forskel på andelen af kvinder (18,3 %) og mænd (17,6 %), der aldrig spiser fedtstof på brødet. Den mindste andel af svarpersoner, der aldrig spiser fedtstof på brødet, findes blandt de 25-44-årige mænd og kvinder (tabel 5.1).

Tabel 5.4 Andel, der aldrig spiser fedtstof på brødet

	KRAM-Albertslund	KRAM-Albertslund 25-64-årige	KRAM-Albertslund 25-64-årige ¹	SUSY-Region Hovedstaden
Procent	18,0	18,1	15,2	18,2
Antal svarpersoner	2.677	2.048	2.012	2.923
¹ Uddannelsesjusteret. 25-64 år				

Det fremgår af figur 5.3, at der er en sammenhæng mellem andelen, der aldrig spiser fedtstof på brødet og uddannelseslængde blandt mænd og kvinder. Således er der en større andel, der aldrig spiser fedtstof på brødet blandt dem med over 15 års uddannelse sammenlignet med dem med under 10 års uddannelse.

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



Når mængden af data gøres større ved at inddrage data fra KRAM-undersøgelsen i Brøndby Kommune, ses en sammenhæng mellem selvvalgt helbred og aldrig at spise fedtstof på brødet. Blandt svarpersoner, der har et godt eller virkelig godt selvvalgt helbred, er der en større andel, der aldrig spiser fedtstof på brødet (18,4 %) sammenlignet med svarpersoner, der har et nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selvvalgt helbred (14,5 %). Dette gælder både mænd og kvinder (data ikke vist).

Måltidsmønstre

Over de seneste årtier er andelen, der spiser morgenmad dagligt, faldet (Fødevarerdirektoratet, 1999). Et sundt og mættende morgenmåltid menes at nedsætte risikoen for at spise usundt i løbet af dagen (Fødevarerstyrelsen, 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 har vi spurgt til måltidsmønstre, herunder hvor ofte svarpersonerne spiser henholdsvis morgenmad, frokost og aftensmad. I alt spiser 83,9 % af svarpersonerne dagligt morgenmad, 78,4 % spiser dagligt frokost, og 90,1 % spiser dagligt aftensmad (data ikke vist).

Blandt svarpersoner i Albertslund Kommune er der en større andel af kvinder (85,8 %) end mænd (81,1 %), der spiser morgenmad hver dag. Blandt både mænd og kvinder gælder det, at andelen stiger med stigende alder (tabel 5.5). Således er der 92,3 % af de 65+-årige kvinder, der spiser morgenmad hver dag, mens der kun er 50,0 % af 18-24-årige mænd, der spiser morgenmad hver dag.

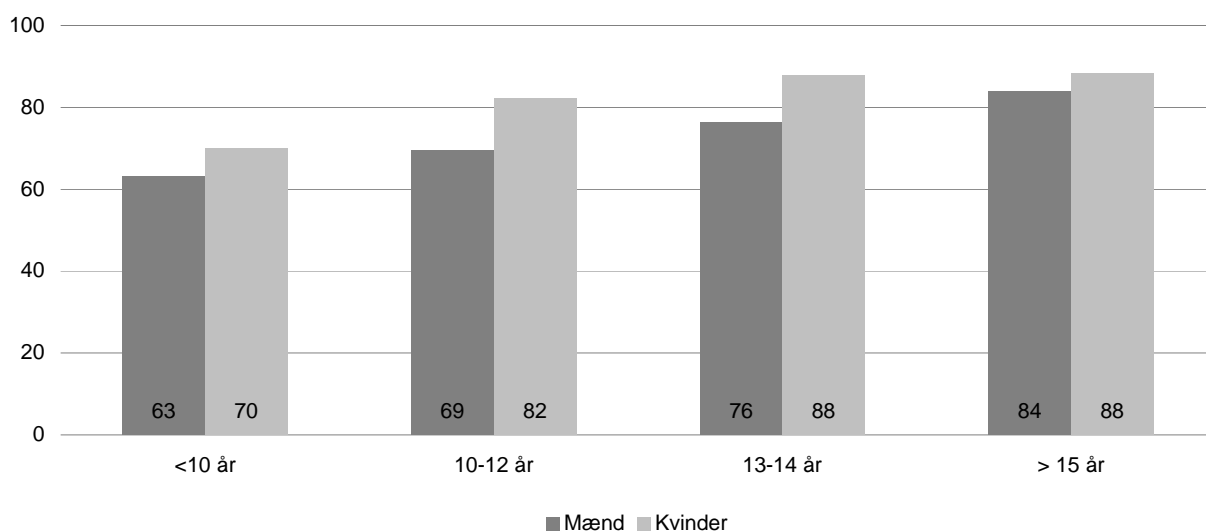
Tabel 5.5 Andel, der dagligt spiser morgenmad blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Procent	Antal svarpersoner
Total		83,9	2.021
Mænd	18-24 år	50,0	20
	25-44 år	68,2	179
	45-64 år	85,6	431
	65+ år	90,4	177
	Alle mænd	81,1	827
Kvinder	18-24 år	64,3	56
	25-44 år	82,4	370
	45-64 år	88,0	600
	65+ år	92,3	168
	Alle kvinder	85,8	1.194

Data i figur 5.4 bygger på svarpersoner fra både Albertslund og Brøndby Kommune, da antallet fra Albertslund Kommune alene ikke er tilstrækkeligt stort til denne analyse. Der ses en sammenhæng mellem uddannelseslængde og andelen, der spiser morgenmad hver dag.

Således stiger andelen, der spiser morgenmad hver dag med stigende uddannelseslængde blandt både mænd og kvinder.

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



Data fra både Brøndby og Albertslund Kommune er inkluderet i analyserne

Der ses en større andel, der spiser morgenmad hver dag blandt svarpersoner med et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred (86,6 %) sammenlignet med svarpersoner, der rapporterer at have et nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selv vurderet helbred (77,0 %) (data ikke vist).

Sammenhænge i kostvaner og måltidmønstre

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

Den største andel, der dagligt spiser frugt findes blandt de 45-64-årige, mens den største andel, der ugentligt spiser fisk til aftensmad findes blandt de 65+-årige. Blandt mænd er der en større andel, der aldrig spiser fedtstof på brødet blandt de 45-64-årige, men den største andel blandt kvinder ses blandt de 45-65+-årige. På baggrund af disse tre kostindikatorer ses, at de sundeste kostvaner overordnet findes blandt de 45-64+-årige blandt både mænd og kvinder (tabel 5.1).

Blandt svarpersonerne i Albertslund Kommune ses, at de sunde kostvaner akkumuleres. Der er en større andel, der spiser frugt dagligt blandt dem, der spiser morgenmad hver dag (54,1 %) sammenlignet med dem, der ikke spiser morgenmad hver dag (28,2 %) (data ikke vist). Ligeledes er der en større andel, der aldrig spiser fedtstof på brødet, blandt dem, der spiser morgenmad hver dag (21,4 %) sammenlignet med dem, der ikke spiser morgenmad hver dag (9,8 %) (data ikke vist). Desuden er der en større andel, der aldrig spiser fedtstof på brødet blandt de svarpersoner, der dagligt spiser frugt (23,3 %) end blandt de svarpersoner, der ikke dagligt spiser frugt (13,0 %) (data ikke vist).

Opsummering

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

Blandt både mænd og kvinder er andelen af svarpersoner, der spiser sundt, størst blandt dem, der er 45 år eller ældre. Endvidere er der en større andel med sunde kostvaner blandt svarpersoner med længere uddannelse sammenlignet med svarpersoner med kortere uddannelse.

Der ses tydelig sammenhæng mellem svarpersonernes kostvaner og deres selv vurderede 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 og en række andre kræftsygdomme – som for eksempel kræft i spiserør og i mund og svælg. Risikoen for at få en ryggerelateret 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 Albertslund Kommune og i SUSY-Region Hovedstaden. Andelen blandt svarpersoner i KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune, der ryger dagligt, er 14,4 % (tabel 6.1). Det er en markant mindre andel i forhold til andelen i SUSY-Region Hovedstaden. Denne forskel hænger sandsynligvis sammen med forskelle i de anvendte metoder. I SUSY-undersøgelsen er 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.

Tabel 6.1 Andel, der ryger dagligt. Procent

	KRAM-Albertslund	KRAM-Albertslund 25-64-årige	KRAM-Albertslund 25-64-årige ¹	SUSY-Region Hovedstaden
Procent	14,4	15,0	19,7	28,4*
Antal svarpersoner	2.677	2.048	2.013	2.923
¹ Uddannelsesjusteret. 25-64 år				
*p<0,01				

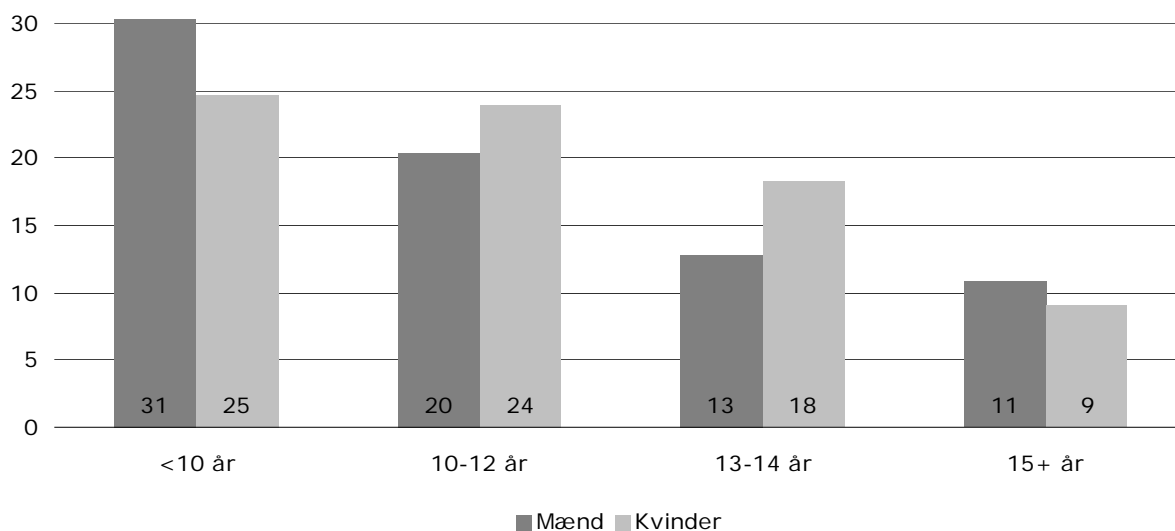
Det fremgår af tabel 6.2, at andelen, der ryger dagligt, er stort set ens for mænd (13,4 %) og kvinder (15,1 %). Andelen, der ryger dagligt, er størst blandt de 25-44-årige kvinder og mindst blandt de yngste mænd (18-24 år).

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

		Procent	Antal svarpersoner
Total		14,4	2.677
Mænd	18-24 år	9,2	65
	25-44 år	15,0	254
	45-64 år	13,6	546
	65+ år	12,6	246
	Alle mænd	13,4	1.111
Kvinder	18-24 år	14,3	84
	25-44 år	16,1	460
	45-64 år	15,5	788
	65+ år	12,4	234
	Alle kvinder	15,1	1.566

Inddeles rygere i forhold til antal års uddannelse, ses det, at andelen, der ryger dagligt, falder med stigende uddannelseslængde blandt både mænd og kvinder. Den største andel af rygere ses blandt mænd 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 Albertslund Kommune sammenlignet med SUSY-Region Hovedstaden. 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 Albertslund Kommune (7,8 %) markant mindre end i SUSY-Region Hovedstaden (16,4 %) (tabel 6.3).

Tabel 6.3 Andel af storrygere. Procent

	KRAM-Albertslund	KRAM-Albertslund 25-64-årige	KRAM-Albertslund 25-64-årige ¹	SUSY-Region Hovedstaden
Procent	7,8	8,7	11,9	16,4*
Antal svarpersoner	2.654	2.036	2.001	2.923
¹ Uddannelsesjusteret. 25-64 år				
*p<0,01				

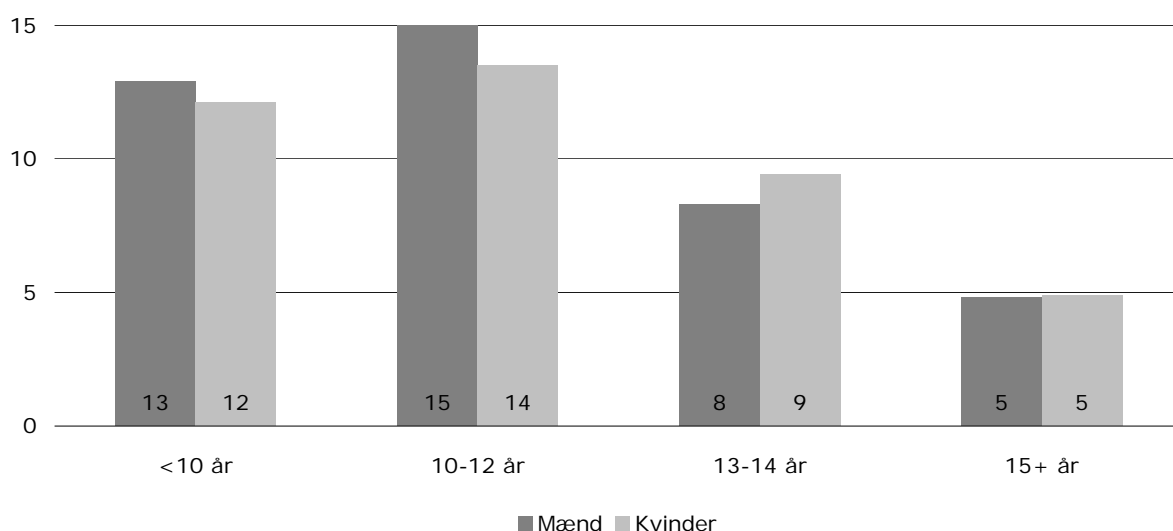
Af tabel 6.4 fremgår det, at der blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune er stort set lige mange mænd (7,3 %) og kvinder (8,2 %), der er storrygere. Den største andel af storrygere findes i aldersgruppen 25-44 år og den mindste andel findes blandt de 65+-årige, hvilket gælder både mænd og kvinder.

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

		Procent	Antal svarpersoner
Total		7,8	2.654
Mænd	18-24 år	7,8	65
	25-44 år	9,9	252
	45-64 år	8,0	538
	65+ år	3,0	236
	Alle mænd	7,3	1.091
Kvinder	18-24 år	8,3	84
	25-44 år	9,1	460
	45-64 år	8,5	786
	65+ år	5,2	233
	Alle kvinder	8,2	1.563

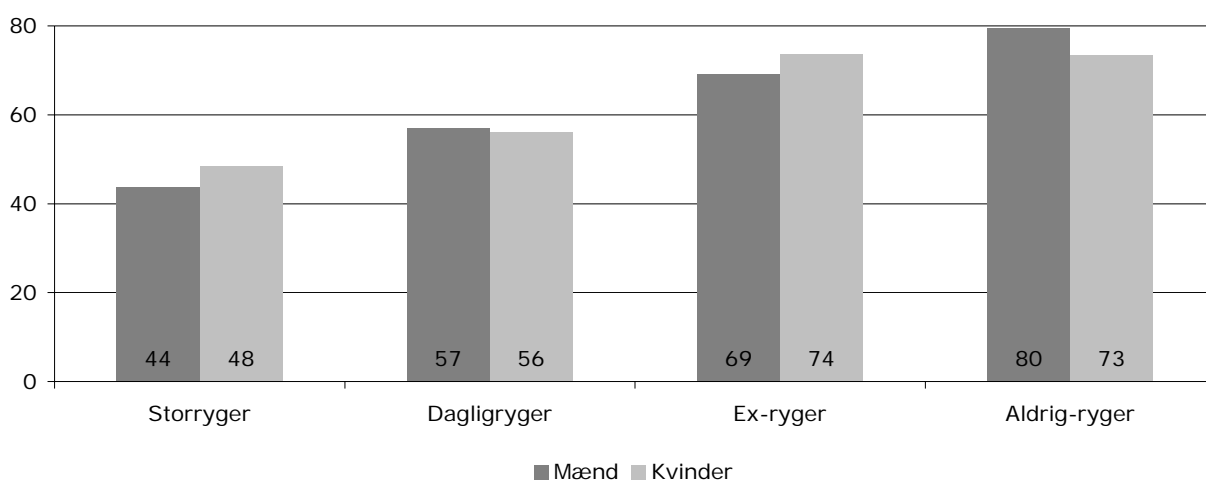
Blandt både mænd og kvinder ses en sammenhæng mellem andelen af storrygere og uddannelseslængde. Således er andelen af storrygere mindre blandt dem med 15 års uddannelse eller mere sammenlignet med de øvrige uddannelsesgrupper (figur 6.2).

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



Opdeles svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune i storrygere, dagligrygere, ex-rygere og aldrig-rygere ses det, at andelen, der vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt, er mindst blandt storrygere for både mænd og kvinder (figur 6.3).

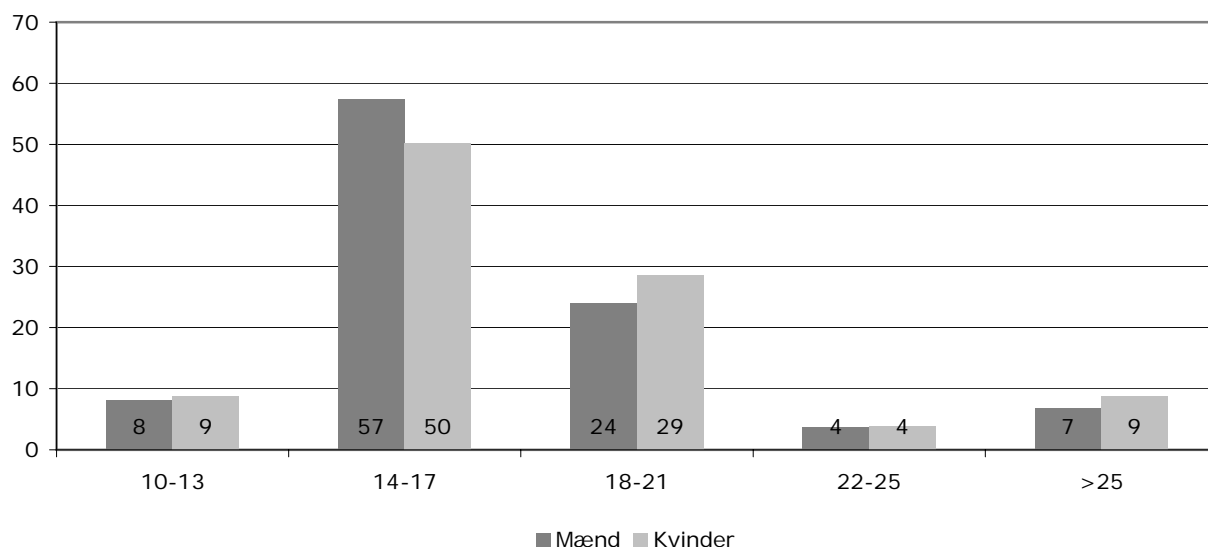
Figur 6.3 Andel blandt mænd og kvinder der vurderer deres helbred som godt eller virkelig godt i forhold til rygestatus. Procent



Alder ved rygedebut

I nedenstående figur 6.4 ses det, at mere end halvdelen af rygerne i KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune begyndte at ryge, før de fyldte 18 år. Blandt de mandlige rygere begyndte over halvdelen at 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 6.4 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) begyndte at ryge, da de var 10-13 år gamle (10,2 %) sammenlignet med svarpersoner med 15 års uddannelse eller mere (5,1 %) (data ikke vist).

Metoder til at holde op med at ryge

Personer, der oplyser, at de tidligere har 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 hjælp fra læge eller andet sundhedspersonale og brug af nikotinpræparater, og andelen summerer derfor ikke til 100 %. Det fremgår af tabel 6.5, at størstedelen holdt op med at ryge uden nogen form for hjælp (67,4 %). Endvidere angiver 15,1 %, 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 (73,0 %) end blandt kvinder (62,5 %), mens andelen, der brugte nikotinpræparater, er større blandt kvinder (17,7 %) end blandt mænd (12,1 %).

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

	Mænd	Kvinder	I alt
Jeg holdt bare op	73,0	62,5	67,4
Brugte nikotintygggegummi eller andre nikotinpræparater	12,1	17,7	15,1
Deltog i rygestopkursus	4,3	5,3	4,8
Søgte hjælp hos læge eller andet sundhedspersonale	1,1	0,6	0,8
Søgte hjælp fra alternative behandlere, f.eks. akupunktur, hypnose	1,1	4,0	2,6
Spiste/drak i stedet for at ryge	2,8	5,7	4,3
Søgte støtte fra familie og venner	2,6	5,3	4,0
Gjorde andet	8,4	8,7	8,6
Antal svarpersoner	463	530	993

Andelen, der holdt op med at ryge uden nogen form for hjælp, stiger med stigende alder, mens den største andel, der brugte nikotinpræparater og deltog i rygestopkurser, findes blandt de 25-44-årige. Andelen, der brugte nikotinpræparater som metode til rygestop, stiger med stigende uddannelseslængde (data ikke vist).

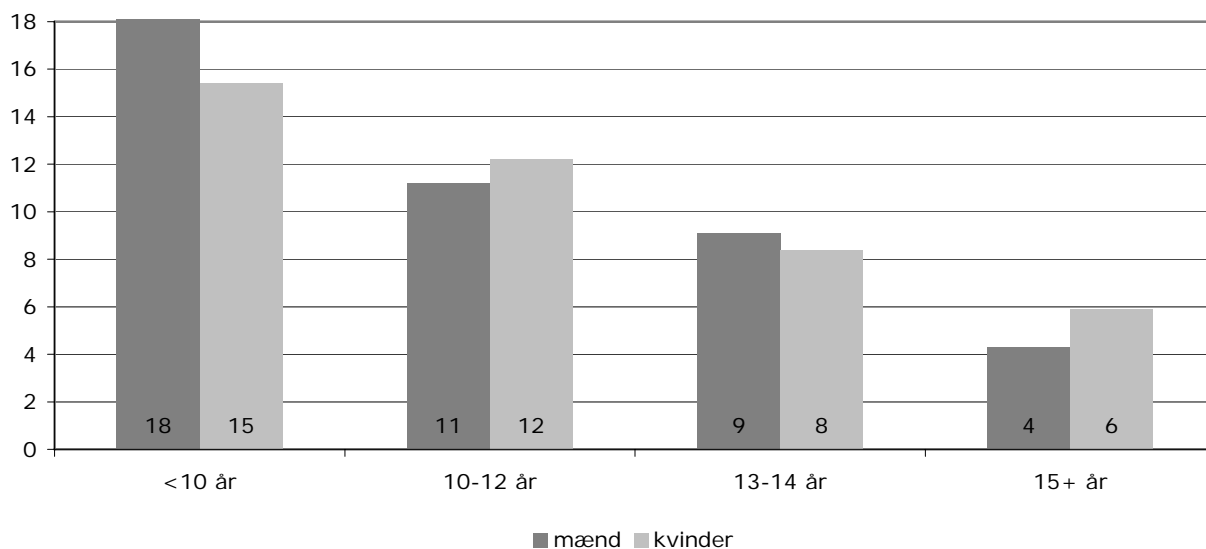
Passiv rygning

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 8,3 % af svarpersonerne, er dagligt udsat for passiv rygning i otte eller flere timer, hvoraf den største andel ses blandt den ældste aldersgruppe (65+-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 falder med stigende uddannelseslængde (figur 6.5). Blandt kvinder med mindre end 10 års uddannelse er 15,4 % udsat for passiv rygning i otte timer eller mere dagligt sammenlignet med 5,9 % af dem med 15+ års uddannelse. For mænd gælder det for 18,1 % af dem med mindre end 10 års uddannelse, mens 4,3 % af dem med 15+ års uddannelse er udsat for passiv rygning i minimum otte timer om dagen.

Figur 6.5 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 (52,9 %) sammenlignet med svarpersoner, der er udsat for passiv rygning mindre end otte timer om dagen (72,8 %) (data ikke vist). Denne sammenhæng gælder både for mænd og kvinder.

Blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune har 69,1 % været udsat for passiv rygning i deres barndomshjem, inden de flyttede hjemmefra, 62,1 % har været udsat for passiv rygning på deres arbejdsplads, og 44,2 % har været udsat for passiv rygning i deres eget hjem som voksen. Der er en større andel af kvinder, der har været udsat for passiv rygning i eget hjem sammenlignet med mænd. Desuden ses en større andel af svarpersoner med under 10 års uddannelse, der har været udsat for passiv rygning i eget hjem (59,3 %) sammenlignet med svarpersoner med 15 års uddannelse eller mere (40,4 %) (data ikke vist).

Opsummering

Andelen, der ryger dagligt og andelen af storrygere blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune, er markant mindre end andelen i SUSY-Region Hovedstaden. Forskellene skyldes formentlig både forskellige dataindsamlingsmetoder, en såkaldt KRAM-effekt og den relativt store andel af højtuddannede blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune.

Der er ingen forskel på andelen af mænd og kvinder, der ryger dagligt eller på andelen, der er storrygere. Andelen, der ryger dagligt, er størst blandt de 25-44-årige kvinder og mindst blandt de yngste mænd (18-24 år). Andelen af dagligrygere falder med stigende uddannelseslængde for både mænd og kvinder.

Den største andel af storrygere blandt svarpersonerne ses i aldersgruppen 25-44 år, hvilket gælder både mænd og kvinder, og den mindste andel findes blandt de 65+-årige. Blandt både mænd og kvinder ses en sammenhæng mellem andelen af storrygere og uddannelseslængde, således er andelen af storrygere mindre blandt dem med længst uddannelse sammenlignet med de øvrige uddannelsesgrupper.

Over halvdelen af rygerne i KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune begyndte at ryge, før de fyldte 18 år. Kvindelige svarpersoner var ældre end mandlige svarpersoner, da de begyndte at ryge, og svarpersoner med en kort uddannelse var yngre, da de begyndte at ryge sammenlignet med svarpersoner med en lang uddannelse.

Én ud af 12 svarpersoner dagligt været udsat for passiv rygning i otte timer eller mere. 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 har en årlig 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 familien og 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 selvrapporteret 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 al-

koholforbrug per uge. I tabel 7.1 ses alkoholforbruget blandt deltagerne i KRAM-undersøgelsen i Albertslund 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	29,6	21,7	10,3	2,5	12,3
1-7 genstande	25,0	47,4	33,3	25,0	34,2
8-14 genstande	12,5	17,8	27,3	28,7	24,6
15-21 genstande	12,5	7,1	13,4	19,3	13,2
22-29 genstande*	15,6	3,2	7,9	13,1	8,4
30 eller flere genstande*	4,7	2,8	7,9	11,5	7,3
Antal svarpersoner	64	253	546	244	1.107
Kvinder	18-24 år	25-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
0 genstande	26,2	34,2	14,9	14,2	21,1
1-7 genstande	44,1	52,7	49,9	40,5	49,0
8-14 genstande	20,2	10,7	25,8	31,5	21,9
15-21 genstande*	5,6	2,2	6,5	7,8	5,4
22-29 genstande*	2,4	0,2	1,8	5,2	1,9
30 eller flere genstande*	1,2	0,0	1,2	0,9	0,8
Antal svarpersoner	84	459	784	232	1.559
*Overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser					

Andelen af svarpersoner i KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune, som overskrider genstandsgrænserne i løbet af en typisk uge, er 11,2 % (tabel 7.2) (selvadministreret internetspørgeskema). Dette er mindre end andelen for SUSY-Region Hovedstaden (16,1 %) (interviewbaseret spørgeskema). Svarpersoner angiver generelt et større alkoholforbrug ved interview 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-Albertslund	KRAM-Albertslund 25-64-årige	KRAM-Albertslund 25-64-årige ¹	SUSY-Region Hovedstaden
Procent	11,2	9,1	9,2	16,1*
Antal svarpersoner	2.666	2.042	2.010	2.923
¹ Uddannelsesjusteret. 25-64 år				
*p<0,01				

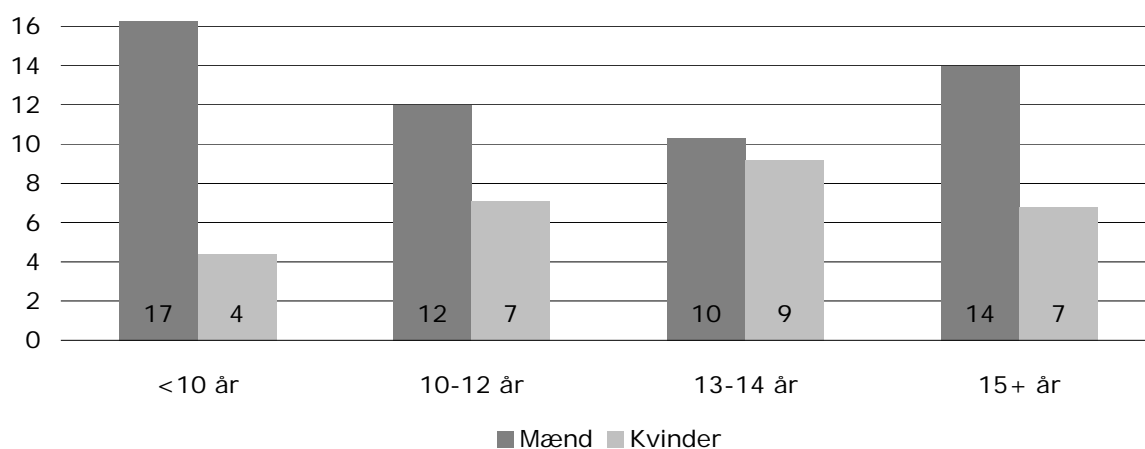
I alle aldersgrupper, er der en markant større andel blandt mænd end kvinder, som overskrider genstandsgrænserne. Blandt mænd ses der en markant mindre andel, som overskrider genstandsgrænsen blandt de 25-44-årige sammenlignet med ældre og yngre mænd (tabel 7.3). Ligeledes ses, at de 25-44-årige kvinder drikker betydeligt mindre end de andre aldersgrupper. Det skyldes formentlig, at der er mange småbørnsforældre i denne aldersgruppe. Den største andel, som overskrider sundhedsstyrelsens genstandsgrænser, ses for både mænd og kvinder blandt de 65+-årige.

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

		Procent	Antal svarpersoner
Total		11,2	2.666
Mænd	18-24 år	20,3	64
	25-44 år	5,9	253
	45-64 år	15,8	546
	65+ år	24,6	244
	Alle mænd	15,7	1.107
Kvinder	18-24 år	9,5	84
	25-44 år	2,4	459
	45-64 år	9,4	784
	65+ år	13,8	232
	Alle kvinder	8,1	1.559

I KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune er andelen blandt mænd, der overskrider genstandsgrænsen, mindst blandt svarpersoner med mindre end 13-14 års uddannelse i forhold til personer med længere eller kortere uddannelse (figur 7.1). For kvinder ses den modsatte tendens, idet den største andel findes blandt svarpersoner med 13-14 års uddannelse.

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 Albertslund Kommune, der drikker over Sundhedsstyrelsen genstandgrænser, vurderer deres eget helbred. Der ses ingen sammenhæng mellem selv vurderet helbred og overskridelse af sundhedsstyrelsens genstandsgrænser.

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	11,2	1.897
	Nej	11,5	767

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 Albertslund Kommune var 2,7 % mellem 8 og 12 år, da de var fulde første gang, 40,2 % var 13-15 år og 57,1 % var 16 år eller ældre (data ikke vist).

Det ses, at der blandt svarpersoner, som var 8-12 år gamle, da de var fulde første gang, 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	14,0	57
13-15 år	11,1	837
16+ år	12,0	1.189
Total	11,7	2.083

Andelen af svarpersoner i KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune, som har drukket mindst fem genstande ved en enkelt lejlighed (binge-drinking) inden for den seneste måned er 21,5 % (tabel 7.6). Dette er en væsentlig mindre andel end for SUSY-Region Hovedstaden (50,2 %). Forskellen skyldes sandsynligvis, at der er anvendt forskellig dataindsamlingsmetode samt en såkaldt KRAM-effekt, der kan have bevirket at svarpersonerne underreporterer 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-Albertslund	KRAM-Albertslund 25-64-årige	KRAM-Albertslund 25-64-årige ¹	SUSY-Region Hovedstaden
Procent	21,5	20,2	22,1	52,0*
Antal svarpersoner	2.473	1.891	1.865	2.923
¹ Uddannelsesjusteret. 25-64 år				
*p<0,01				

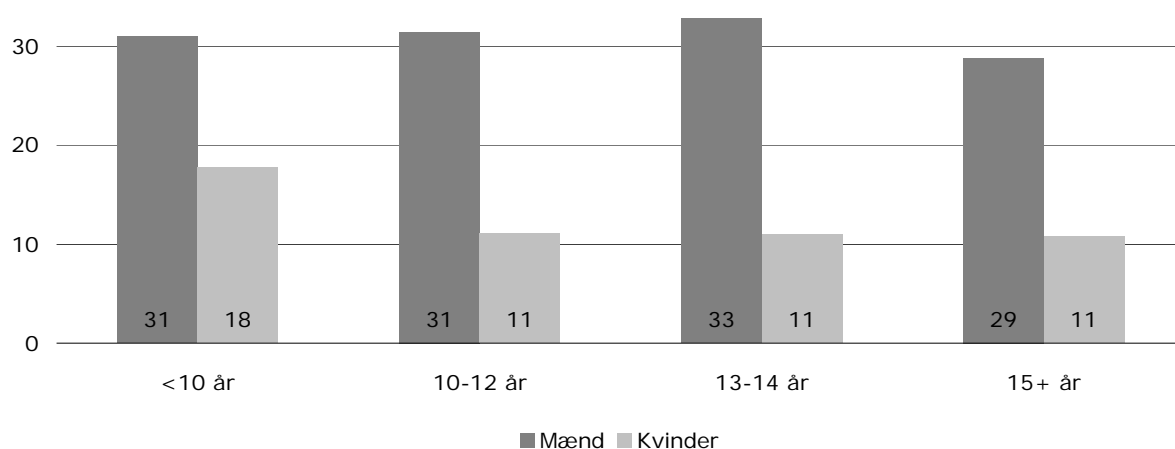
Det fremgår af tabel 7.7, at 33,5 % af alle mænd og 12,8 % af alle kvinder har drukket mindst fem genstande ved en enkelt lejlighed inden for den seneste måned. Andelen falder med stigende alder (med undtagelse af aldersgruppen 45-64 år), og i alle aldersgrupper er andelen større blandt mænd end kvinder.

Tabel 7.7 Andel, der har drukket mindst fem genstande ved en enkelt lejlighed inden for den seneste måned blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Procent	Antal svarpersoner
Total		21,5	2.473
Mænd	18-24 år	69,6	56
	25-44 år	33,0	230
	45-64 år	33,5	513
	65+ år	25,3	241
	Alle mænd	33,5	1.040
Kvinder	18-24 år	40,5	74
	25-44 år	11,6	407
	45-64 år	11,7	741
	65+ år	9,0	211
	Alle kvinder	12,8	1.433

I figur 7.2 har datamaterialet fra KRAM-undersøgelsen i Albertslund ikke været tilstrækkeligt stort, og derfor er data fra KRAM-undersøgelsen i Brøndby kommune inddraget. I Figuren ses andelen, der binge-drikker mere end en gang om måneden fordelt på uddannelsesgrupper. Blandt kvinder er andelen, som binge-drikker mere end én gang om måneden større blandt svarpersoner med mindre end 10 års uddannelse sammenlignet med de øvrige uddannelsesgrupper. For mænd ses ikke samme sammenhæng.

Figur 7.2 Andel, der har drukket mindst fem genstande ved en enkelt lejlighed inden for den seneste måned blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Data fra både Brøndby og Albertslund Kommune er inkluderet i analyserne

Blandt svarpersoner, der var 8-12 år gamle, da de var fulde første gang, er der en større andel, der binge-drikker en eller flere gange om ugen 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 binge-drukket 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	5,7	50,9	24,5	18,9	53
13-15 år	15,2	56,1	18,4	10,4	810
16+ år	29,8	51,5	12,0	6,7	1.140
Total	23,3	53,3	14,9	8,5	2.003

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 eller 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. Hovedpine og kvalme, som er hyppige tømmermændssymptomer, opleves hyppigere som følge af binge-drinking blandt personer, som binge-drikker sjældnere end en gang om måneden. Modsat opleves hjertebanken hyppigere som følge af binge-drinking blandt personer, der binge-drikker hyppigere end én 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	69,9	65,7	66,9	1200
Hovedpine*	40,6	48,1	45,9	822
Kvalme*	22,1	28,2	26,4	741
Svimmelhed	16,8	17,4	17,2	307
Mavepine	12,3	14,1	13,6	242
Hjertebanken*	14,6	11,2	12,2	217
Opkastning	9,3	14,8	13,1	234
*p<0,05				

Kvinder angiver generelt flere tømmermændssymptomer end mænd (data ikke vist). For eksempel angiver 53,6 % 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 37,6 % 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 62,0 % at få hovedpine, mens dette kun gælder for 23,7 % blandt de 65+-årige. Desuden synes der at være en uddannelsesmæssig forskel, idet 46,5 % 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 30,8 % af dem med mindre end 10 års uddannelse (data ikke vist).

Opsummering

Blandt svarpersoner i KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune oplyser hver tiende, at de drikker mere end Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser. Det er mindre end andelen i SUSY-Region Hovedstaden. Forskellen skyldes 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. 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.

Hver femte svarperson i KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune oplyser, at de har drukket mere end fem 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 fysisk aktivitet i fritiden synes at være steget i løbet af de sidste generationer, tyder meget på, at det samlede fysiske aktivitetsniveau i befolkningen 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).

Der 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, samt at 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 daglige 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 i Albertslund Kommune. 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 Albertslund Kommune kan gøre for at øge borgernes fysiske aktivitetsniveau. Endelig belyses årsager til motivation for 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 Albertslund 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 25,4 % angiver, at de dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden. Det er en mindre andel end fundet i SUSY-Region Hovedstaden, hvor 28,5 % angiver at være fysisk aktive. Foretages der en yderligere justering for uddannelse blandt de 25-64-årige i KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune ses det, at kun 22,8 % er fysisk aktive (tabel 8.1).

Tabel 8.1 Andel der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden. Procent

	KRAM- Albertslund	KRAM- Albertslund 25-64-årige	KRAM- Albertslund 25-64-årige ¹	SUSY- Region Hovedstaden*
Procent	25,4	24,8	22,8	28,5
Antal svarpersoner	2.623	2.013	2.007	2.923
¹ Uddannelsesjusteret. 25-64 år				
*p<0,01				

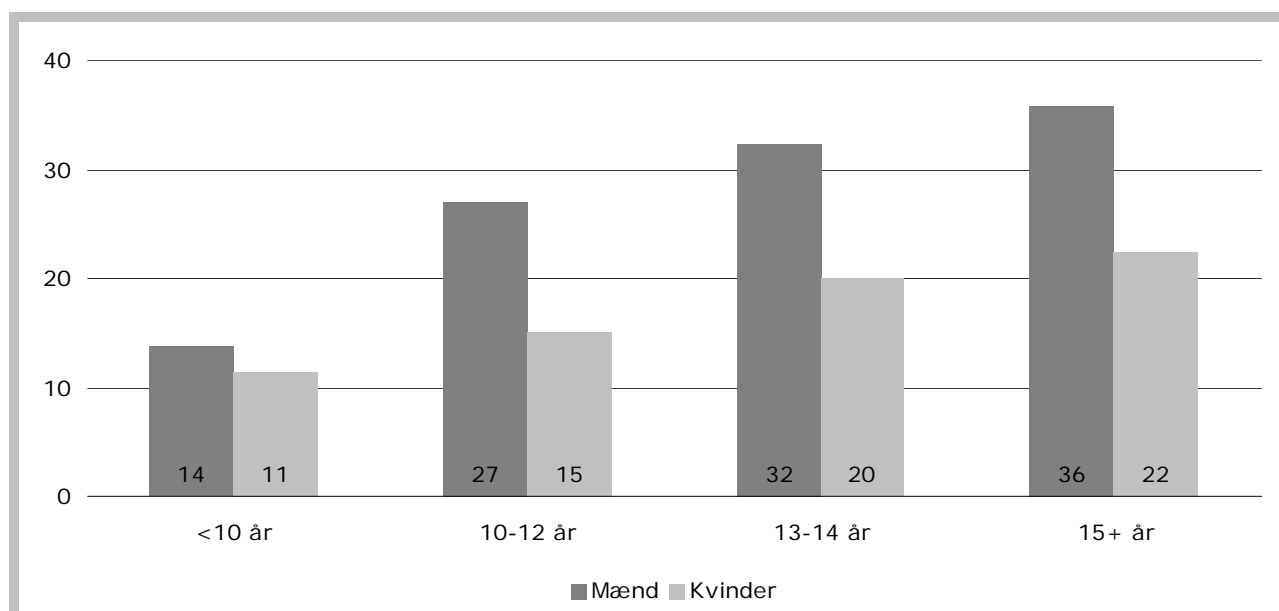
Det fremgår af tabel 8.2, at der i alle aldersgrupper er en større andel blandt mænd end kvinder, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden. Andelen falder med stigende alder både for mænd og kvinder. Blandt de 25-44-årige mænd er 39,4 % fysisk aktive. Den tilsvarende andel for kvinder er 23,3 %.

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

		Procent	Antal svarpersoner
Total		25,4	2.623
Mænd	18-24 år	50,0	62
	25-44 år	39,4	251
	45-64 år	28,0	539
	65+ år	25,7	241
	Alle mænd	31,4	1.093
Kvinder	18-24 år	43,2	81
	25-44 år	23,3	451
	45-64 år	18,8	772
	65+ år	16,4	226
	Alle kvinder	21,1	1.530

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 Albertslund Kommune er en større andel (31,3 %) 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 (10,6 %). Endvidere er der en mindre andel (21,9 %) med langvarig sygdom, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden end blandt personer uden langvarig sygdom (27,4 %).

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

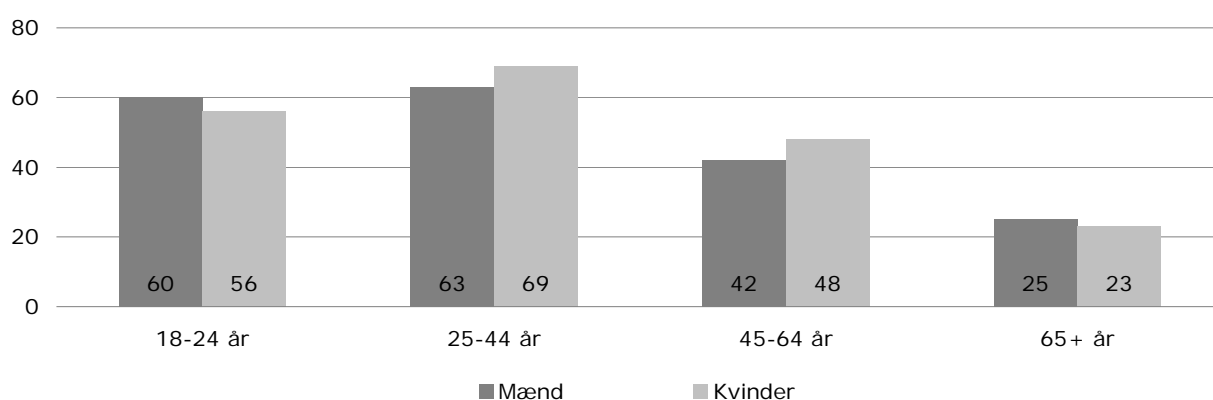
		Procent	Antal svarpersoner
Virkelig godt eller godt selv vurderet helbred*	Ja	31,3	1.869
	Nej	10,6	753
Langvarig sygdom*	Ja	21,9	941
	Nej	27,4	1.649

*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. Overordnet set ønsker en større andel af kvinder end mænd at være mere fysisk aktiv (50,6 % vs. 44,0 %) (data ikke vist). 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 aktiv, således at jo længere uddannelse, jo større ønske om at være mere fysisk aktiv. Således ønsker kun 35,5 % af svarpersonerne med mindre end 10 års uddannelse at

være mere fysisk aktive, mens det gælder for 51,0 % af dem med mere end 15 års uddannelse. 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 (52,6 %), der ønsker at være mere fysisk aktive end blandt svarpersoner, der er fysisk aktive i fritiden (34,0 %). Andelen med en fysisk inaktiv fritid, der ønsker at være fysisk aktiv, stiger med stigende uddannelseslængde. Blandt svarpersoner med mindre end 10 års uddannelse, der ikke er fysisk aktive i fritiden, er der således 36,9 %, der ønsker at være mere fysisk aktive, mens det gælder for 57,9 % af dem, som har mere end 15 års uddannelse (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 svarmuligheder). I alt 50,8 % mener, at kommunen *ikke* kan hjælpe dem til at blive mere fysisk aktive. 27,3 % 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 og 23,8 % mener at økonomisk støtte til foreninger vil hjælpe. Kun få (6,8 %) mener, at flere cykelstier vil hjælpe (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 <i>ikke</i> , kommunen kan hjælpe mig til at blive mere fysisk aktiv	52,5	49,6	50,8
Skabe flere tilbud om motion, der tager hensyn til dårlig kondition og helbredsproblemer	25,6	28,5	27,3
Øge den økonomiske støtte til kommunens foreninger	21,8	25,1	23,8
Oplyse bedre om de muligheder, der i dag findes til borgerne i kommunen	20,3	19,5	19,8
Øge antallet af idrætslokaler, haller eller motionscentre*	21,9	18,1	19,6
Forbedre eksisterende motions- og idrætsfaciliteter (eks. indretning af lokaler, omklædningsfaciliteter eller bedre parkeringsforhold)	18,7	17,8	18,2
Skabe flere motionsvenlige naturtilbud, eks. motionsstier, lysløjper, ture med naturvejleder, forhindringsbaner mv.	18,3	18,0	18,1
Sørge for aktiviteter for både børn og voksne samme sted*	14,1	19,1	17,1
Skabe flere motions-events, eks. rulleskøjteløb, familielege-dage, fredags-dans under åben himmel eller andet*	9,4	13,0	11,5
Forbedre den offentlige transport til idrætsfaciliteter og naturområder	8,3	8,1	8,2
Anlægge flere cykelstier*	9,4	5,0	6,8
Antal svarpersoner	887	1.302	2.189
*p<0,05			

Det fremgår endvidere, at der på nogle punkter er forskel på, hvad mænd og kvinder mener, kommunen kan gøre for at hjælpe dem til at blive mere fysisk aktive. Kvinder foreslår oftere end mænd aktiviteter for hele familien på samme sted og flere motionsevents. Mænd foreslår oftere flere idrætsfaciliteter og cykelstier (tabel 8.4).

Andelen, der mener, at kommunen kan hjælpe ved at oplyse bedre om eksisterende muligheder eller skabe flere naturtilbud falder, med stigende alder. De 25-44 årige efterlyser, i højere grad end de andre aldersgrupper, aktiviteter for hele familien på samme sted og flere motions-events. De unge (18-24 år) og de ældre (65+ år) efterspørger i højere grad end de andre aldersgrupper forbedret offentlig transport til idrætsfaciliteter (data ikke vist).

Andelen, der mener, at kommunen kan hjælpe ved at øge antallet af og forbedre idrætsfaciliteter samt skabe flere motionsvenlige naturtilbud, stiger med stigende uddannelse. Andelen, der mener at flere tilbud om motion, der tager hensyn til dårlig kondition og helbredsproblemer, vil hjælpe, falder med stigende uddannelseslængde. Blandt dem, med mindre end 10 års uddannelse, mener 41,5 %, at det vil hjælpe dem, mens det gælder for 22,0 % blandt dem med mere end 15 års uddannelse (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 Alberts-

lund Kommune findes, at en større andel af de fysisk inaktive, sammenlignet med dem med en fysisk aktiv fritid, mener, at kommunen kan hjælpe dem til at blive aktive ved at skabe flere tilbud om motion, der tager hensyn til dårlig kondition og helbredsproblemer (29,4 vs. 19,7 %). En større andel af de fysisk inaktive, sammenlignet med de aktive, tror *ikke*, at kommunen kan hjælpe dem til at blive mere aktive (52,0 vs. 46,1 %) (data ikke vist).

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 (76,7 %). Endvidere er der en stor andel, der træner eller dyrker idræt for at tabe sig, for at være sammen med andre eller for at have det sjovt. En større andel af kvinder end mænd træner eller dyrker idræt for at være eller komme i form, for at tabe sig eller af andre årsager. En større andel blandt mænd end kvinder træner eller dyrker idræt for at være sammen med andre, have det sjovt, blive bedre til idræt eller 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/komme i form*	73,6	78,8	76,7
For at tabe mig*	24,2	30,4	27,9
For at være sammen med andre*	26,2	21,0	23,1
For at have det sjovt*	25,7	18,1	21,2
For at koble af	19,7	17,9	18,6
Andet*	11,8	17,0	14,9
For udseendets skyld	10,1	12,7	11,7
For at blive bedre til min idræt*	6,1	3,7	4,7
For at konkurrere med andre*	4,5	1,7	2,8
Antal svarpersoner	760	1.130	1.890
*p<0,05			

Der er forskel på de vigtigste årsager til at træne eller dyrke idræt mellem aldersgrupperne. Andelen, der træner eller dyrker idræt for at tabe sig, for udseendets skyld, for at koble af og for at blive bedre til deres idræt falder med stigende alder. Modsat stiger andelen, der er fysisk aktiv for at være eller komme i form og for at være sammen med andre, med stigende alder (data ikke vist).

Andelen af svarpersoner, der træner eller dyrker idræt for at være eller komme i form eller for at koble af, stiger med stigende uddannelseslængde. Modsat falder andelen, der er fy-

sisk aktive for at have det sjovt eller være sammen med andre 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 svarmuligheder). Størstedelen af både mænd og kvinder angiver, at de dyrker fysisk aktivitet alene, som de selv organiserer (50,3 %), eller at de gør det i en forening (41,3 %). En større andel blandt kvinder end mænd er fysisk aktiv i et kommunalt tilbud eller i en aftenskole. Modsat er en større andel blandt mænd end kvinder fysisk aktiv 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	52,0	49,1	50,3
I en forening (idrætsforening eller anden forening)*	44,7	39,0	41,3
I et motionscenter/fitnesscenter, danseinstitut og lign.	29,1	33,1	31,5
Selvorganiseret (på egen hånd) – sammen med andre	31,7	31,3	31,5
På din arbejdsplads eller uddannelsesinstitution	9,0	8,3	8,6
I et kommunalt tilbud*	5,4	9,0	7,8
Andet sted	5,0	6,7	6,0
I en aftenskole*	1,3	7,4	4,0
Antal svarpersoner	760	1.129	1.889
*p<0,05			

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

Andelen, der dyrker selvorganiseret fysisk aktivitet alene, stiger med stigende uddannelseslængde. Andelen, der er fysisk aktiv i et kommunalt tilbud, falder med stigende uddannelse (data ikke vist).

Opsummering

En fjerdedel af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune oplyser, at de dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden. I alle aldersgrupper er der en større andel blandt mænd end blandt 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 uddannelse for både mænd og kvinder.

En større andel blandt kvinder end mænd ønsker at være mere fysisk aktive. Andelen, som ønsker at være mere fysisk aktiv er størst blandt de 18-44-årige, hvorefter den falder med alderen. Andelen stiger med stigende uddannelseslængde. Svarpersoner, der ikke dyrker hård eller moderat 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.

I alt mener omkring halvdelen af svarpersonerne, at kommunen kan gøre noget for at hjælpe borgerne til at blive mere fysisk aktive. Blandt dem, der mener, at kommunen kan hjælpe borgerne til at blive mere fysisk aktive, svarer flest, at kommunen kan hjælpe ved at: skabe flere tilbud om motion, der tager hensyn til dårlig kondition og helbredsproblemer, øge den økonomiske støtte til foreninger, og oplyse bedre om eksisterende tilbud. En større andel, af de fysisk inaktive sammenlignet med de fysisk aktive, mener, at kommunen kan hjælpe ved at skabe tilbud om motion, der tager hensyn til dårlig kondition og helbredsproblemer. Generelt gælder, at de fysisk aktive har en større tro på, at kommunen kan hjælpe dem til at blive mere fysisk aktive.

I KRAM-spørgeskemaet blev der spurgt om den vigtigste årsag til at være fysisk aktiv. To ud af tre svarpersoner fra Albertslund kommune svarer, at de er fysisk aktive for at være eller komme i form. Yderligere er kvinder især fysisk aktive for at tabe sig.

Størstedelen af svarpersonerne, som er fysisk aktive, dyrker selvorganiseret motion alene (50,3 %) eller er fysisk aktive i en forening (41,3 %). En større andel af mænd end kvinder er fysisk aktive i en forening, modsat er en større andel af kvinder fysisk aktive i et kommunalt tilbud eller aftenskole. Andelen, der dyrker selvorganiseret fysisk aktivitet alene, falder med stigende alder og stiger med stigende uddannelse. Andelen, der er fysisk aktiv i et kommunalt tilbud, falder med stigende uddannelse.

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 en 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 følger virkninger afhænger blandt andet af belastningens styrke og varighed og af den enkeltes ressourcer. Længerevarende eller meget stærke belastninger kan medføre stressbetinget sygdom for eksempel hjerte-karsygdom 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 Albertslund Kommune angiver 10,8 %, at de ofte føler sig stresset i dagligdagen. Dette er på niveau med andelen i SUSY-Region Hovedstaden.

Tabel 9.1 Andel der føler sig stresset i dagligdagen. Procent

	KRAM-Albertslund	KRAM-Albertslund 25-64-årige	KRAM-Albertslund 25-64-årige ¹	SUSY-Region Hovedstaden
Procent	10,8	12,7	12,6	10,3
Antal svarpersoner	2.580	1.988	1.988	2.923
¹ Uddannelsesjusteret 25-64 år				

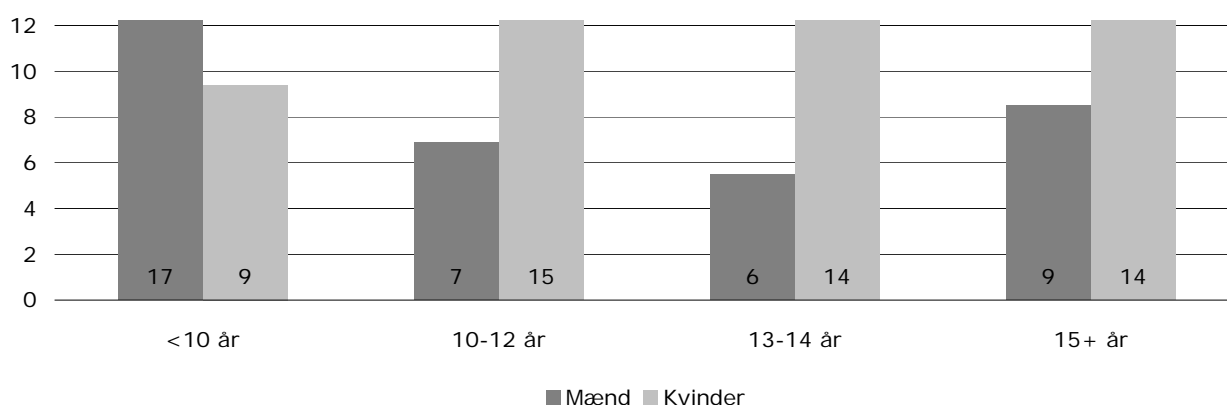
Der er i alle aldersgrupper en større andel blandt kvinder end mænd, der ofte er stresset i dagligdagen (Tabel 9.2). Andelen, der ofte er stresset i dagligdagen, er størst i aldersgruppen 25-44 år for både mænd og kvinder. Derimod er der færrest, der ofte er stresset i hverdagen, i aldersgruppen 65+år.

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

		Procent	Antal svarpersoner
Total		10,8	2.580
Mænd	18-24 år	6,7	60
	25-44 år	10,2	245
	45-64 år	7,3	534
	65+ år	1,7	236
	Alle mænd	6,7	1.075
Kvinder	18-24 år	15,8	76
	25-44 år	18,7	449
	45-64 år	13,8	760
	65+ år	2,3	220
	Alle kvinder	13,7	1.505

I figur 9.1 ses, at der blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune er en uddannelsesmæssig forskel i oplevelsen af stress i dagligdagen. For mænd er der en større andel med under 10 år uddannelse, der ofte er stresset i dagligdagen sammenlignet med de andre uddannelsesgrupper. For kvinder derimod ses den mindste andel, der ofte er stresset, blandt dem med under 10 års uddannelse.

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 Albertslund 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 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	7,7	1.911
	Nej	16,8	775
*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, og belyser 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 er højere for kvinder (12,4) end for mænd (10,5), 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.

I tabel 9.4 har datamaterialet fra KRAM-undersøgelsen i Albertslund ikke været tilstrækkeligt stort, og derfor er data fra KRAM-undersøgelsen i Brøndby kommune inddraget. 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 flere af KRAM-faktorerne. Der er en større andel, der har en høj stress-score blandt svarpersoner, som ikke spiser frugt dagligt, eller ikke er fysisk aktive i fritiden end blandt svarpersoner, der spiser frugt dagligt, eller dyrker moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden. Endvidere er der en større andel blandt kvinder, der ryger dagligt, som har en høj stress-score sammenlignet med kvinder, der ikke ryger dagligt.

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

		Høj stress-score (Perceived Stress Scale PSS)	
		Mænd	Kvinder
Alder	18-24 år	*25,8	*39,1
	25-44 år	22,3	24,7
	45-64 år	16,8	17,0
	65+år	15,2	11,0
Uddannelse	< 10 år	*26,3	*23,1
	10-12 år	18,5	23,0
	13-14 år	18,9	20,8
	15+ år	15,8	15,5
Erhvervsstatus ¹	Erhvervsaktiv	*17,0	*17,2
	Ikke erhvervsaktiv	25,7	31,7
Spiser frugt dagligt	Ja	*14,7	*16,8
	Nej	19,7	22,6
Ryger dagligt	Ja	20,0	*25,5
	Nej	17,6	18,0
Alkohol forbrug	Har overskredet genstandsgrænsen	14,8	18,9
	Har ikke overskredet genstandsgrænsen	18,5	19,2
Fysisk aktivitet i fritiden	Ja	*13,0	*13,1
	Nej	20,0	20,8
¹ 18-64-årige			
*p<0,05			

Data fra både Brøndby og Albertslund Kommune er inkluderet i analyserne

De sammenhænge som observeres mellem stress-scoren og KRAM-faktorerne kan dog ikke genfindes, når målet "ofte stresset i dagligdagen" anvendes på det samlede datamateriale

fra Albertslund og Brøndby kommune. Ved anvendelsen af dette mål ses kun en sammenhæng blandt kvinder mellem stress og fysisk aktivitet samt stress og daglig indtag af frugt (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. Søvnlængde 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 Albertslund Kommune er der 69,7 %, der som regel får søvn nok til at føle sig udhvilet. Dette er svarende til andelen i SUSY-Region Hovedstaden (Tabel 9.5).

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

	KRAM-Albertslund	KRAM-Albertslund 25-64-årige	KRAM-Albertslund 25-64-årige ¹	SUSY-Region Hovedstaden
Procent	69,7	68,1	66,7	67,8
Antal svarpersoner	2.593	1.992	1.991	1.214
¹ Uddannelsesjusteret. 25-64 år				

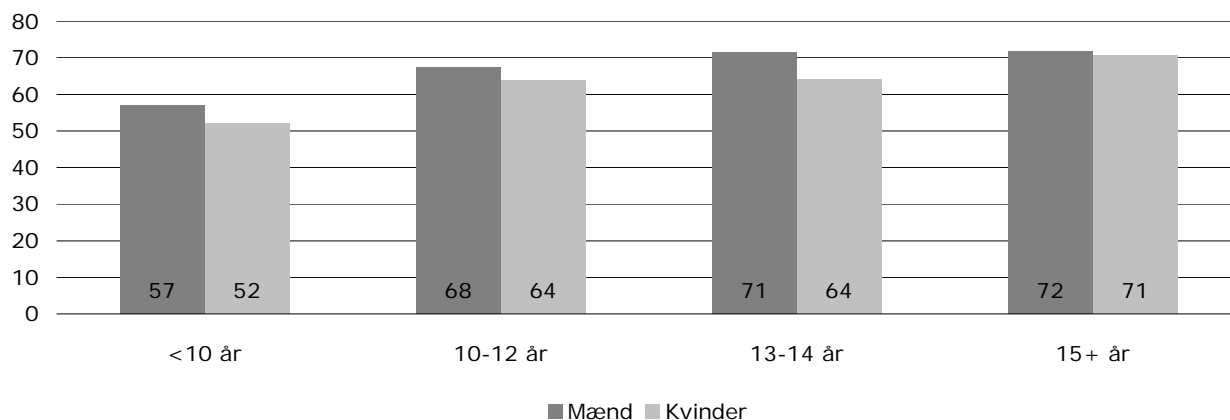
I tabel 9.6 ses, at andelen af svarpersoner, der som regel får søvn nok til at føle sig udhvilet, stiger med alderen for både mænd og kvinder. Kun 37,9 % af de 18-24-årige mænd og 50,0 % af de 18-24-årige kvinder får som regel søvn nok, mens det gælder for over 80 % af mænd og kvinder over 65 år.

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

		Procent	Antal svarpersoner
Total		69,7	2.593
Mænd	18-24 år	37,9	58
	25-44 år	58,4	245
	45-64 år	74,7	534
	65+ år	86,6	238
	Alle mænd	71,6	1.075
Kvinder	18-24 år	50,0	78
	25-44 år	56,3	448
	45-64 år	73,6	765
	65+ år	80,6	227
	Alle kvinder	68,3	1.518

På figur 9.2 ses sammenhængen mellem uddannelseslængde og søvnmængde. For begge køn stiger andelen, der får søvn nok til at føle sig udhvilet, overordnet med stigende alder.

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 (75,7 %) end blandt svarpersoner, der har et nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selv vurderet helbred (54,6 %) (data ikke vist).

I tabel 9.7 ses, at der blandt svarpersoner i KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune er 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 i udhvi-

let sammenlignet med dem, der ikke er fysisk aktive. Tilsvarende ses en sammenhæng mellem søvnmængde og henholdsvis daglig indtag af frugt samt rygning. Svarpersoner, der spiser frugt dagligt eller ikke ryger, får oftere søvn nok til at føle sig udhvilet sammenlignet med svarpersoner, der ikke spiser frugt dagligt eller ryger.

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	73,3	1.261
	Nej	66,4	1.329
Ryger dagligt*	Ja	65,0	368
	Nej	70,5	2.225
Alkohol forbrug	Har overskredet genstandsgrænsen	74,5	290
	Har ikke overskredet genstandsgrænsen	69,1	2.299
Fysisk aktivitet i fritiden*	Ja	73,1	657
	Nej	68,6	1.928
* p<0,05			

I KRAM-undersøgelsen er der desuden spurgt til, hvor ofte borgerne sover dårligt eller uroligt. Blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Albertslund kommune sover 7,4 % af svarpersonerne dårligt eller uroligt hver nat eller næsten hver nat – flere blandt kvinder (8,6 %) end blandt mænd (6,3 %) (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 (13,5 %) end blandt dem, der har et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred (5,3 %) (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 (9,0 %) sammenlignet med dem, der er fysisk aktive i fritiden (3,5 %) (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 leveår⁵ end personer med stærke sociale relationer (Juel et al., 2006). 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.

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 svarpersonerne 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 Albertslund Kommune, er på niveau med andelen i SUSY-Region Hovedstaden. Andelen, der sjældent træffer venner og bekendte, er dog mindre end andelen i SUSY-Region Hovedstaden (tabel 9.9).

Tabel 9.8 Andel der sjældent eller aldrig træffer familie. Procent

	KRAM- Albertslund	KRAM- Albertslund 25-64-årige	KRAM- Albertslund 25-64-årige ¹	SUSY-Region Hoved- staden
Procent	10,6	11,3	12,5	12,4
Antal svarpersoner	2.590	1.990	1.989	2.923
¹ Uddannelsesjusteret. 25-64 år				

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

Tabel 9.9 Andel der sjældent eller aldrig træffer venner og bekendte. Procent

	KRAM-Albertslund	KRAM-Albertslund 25-64-årige	KRAM-Albertslund 25-64-årige ¹	SUSY-Region Hovedstaden
Procent	10,7	11,3	12,7	6,9*
Antal svarpersoner	2.587	1.989	1988	2.923
¹ Uddannelsesjusteret. 25-64 år				
* p<0,05				

Af tabel 9.10 fremgår det, at 10,6 % af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Albertslund Kommune træffer deres familie sjældnere end en gang om måneden, mens 10,7 % træffer deres venner og bekendte sjældnere end en gang om måneden. Der er en større andel blandt mænd i aldersgruppen 25-44 år og kvinder i aldersgruppen 18-24 år, der træffer familie sjældnere end en gang om måneden sammenlignet med de resterende aldersgrupper. Der er 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.

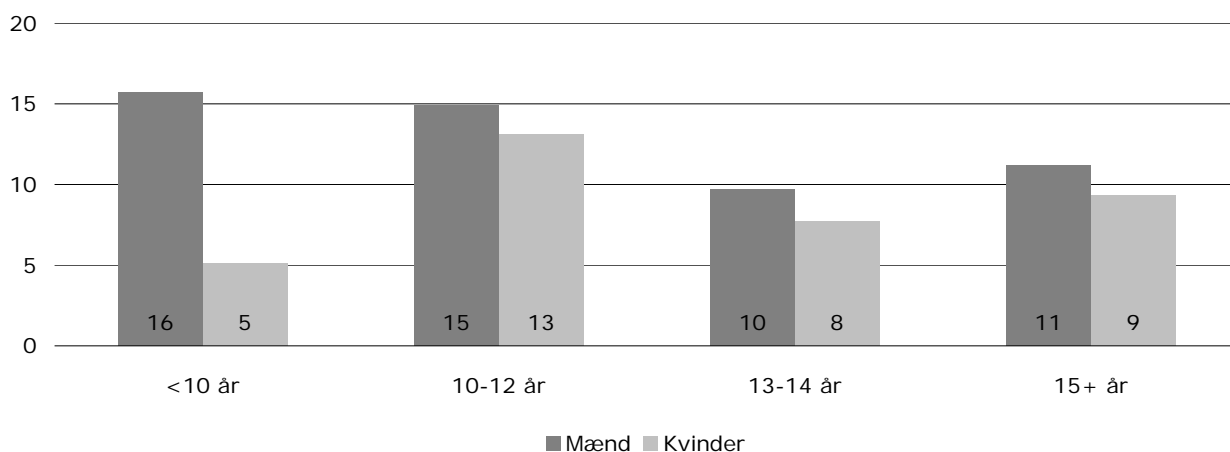
Tabel 9.10 Andel der sjældent eller aldrig træffer henholdsvis familie og venner og bekendte blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Familie		Venner og bekendte	
		Procent	Antal svarpersoner	Procent	Antal svarpersoner
Total		10,6	2.590	10,7	2.587
Mænd	18-24 år	8,6	58	6,9	58
	25-44 år	14,3	245	8,2	245
	45-64 år	11,3	532	12,0	532
	65+ år	6,8	237	11,0	236
	Alle mænd	10,8	1.072	10,6	1.071
Kvinder	18-24 år	21,8	78	2,6	78
	25-44 år	11,6	448	9,2	448
	45-64 år	10,2	765	13,0	764
	65+ år	4,9	227	9,3	226
	Alle kvinder	10,4	1.518	10,8	1.516

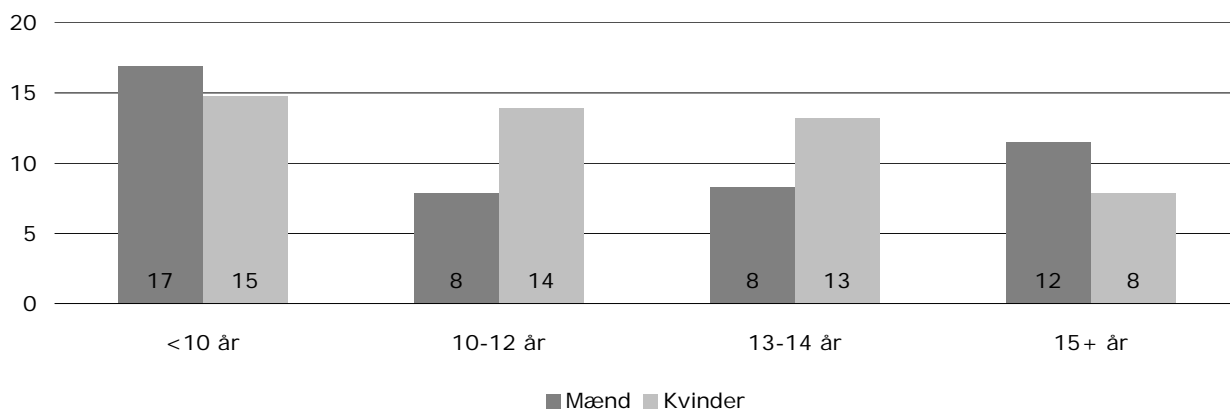
Figur 9.3 og 9.4 belyser omfanget af sociale relationer blandt svarpersoner med forskellig uddannelseslængde. Der er ingen systematiske forskelle i andelen, som sjældent eller aldrig træffer familie mellem uddannelsesgrupperne for hverken mænd eller kvinder. Blandt

mænd 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. For kvinder falder andelen, der sjældent eller aldrig træffer venner og bekendte, med stigende uddannelse.

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 Albertslund Kommune viser sammenhæng mellem omfanget af sociale relationer og selvvurderet helbred. Andelen, der træffer familie sjældnere end en gang om måneden, er mindre blandt svarpersoner, som har et godt eller virkelig godt selvvurderet helbred (9,6 %) sammenlignet med dem, der har et nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selvvurderet helbred (13,0 %) (data ikke vist). Tilsvarende ses, 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 (8,9 %) sammenlignet med dem, der har et nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selv vurderet helbred (15,4 %) (data ikke vist).

Tabel 9.11 viser at, en større andel af de svarpersoner, der ryger dagligt, sjældent træffer familie sammenlignet med ikke rygere. Desuden ses der er en sammenhæng mellem fysisk inaktivitet og sjældent 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	9,8	1.261	9,6	1.258
	Nej	11,4	1.326	11,8	1.326
Ryger dagligt	Ja	*13,9	367	13,3	368
	Nej	10,0	2.223	10,3	2.219
Alkohol forbrug	Har overskredet genstandsgrænsen	10,0	289	8,3	289
	Har ikke overskredet genstandsgrænsen	10,7	2.297	11,0	2.294
Fysisk aktivitet i fritiden	Ja	9,8	655	*4,3	654
	Nej	10,6	1.927	12,9	1.925
*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 Albertslund 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 62,7 % af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Albertslund 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 Hovedstaden (87,0 %), 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-Albertslund	KRAM-Albertslund 25-64-årige	KRAM-Albertslund 25-64-årige ¹	SUSY-Region Hovedstaden
Procent	62,7	62,4	61,4	87,0*
Antal svarpersoner	2.590	1.990	1.989	2.923
¹ Uddannelsesjusteret. 25-64 år				
*p<0,01				

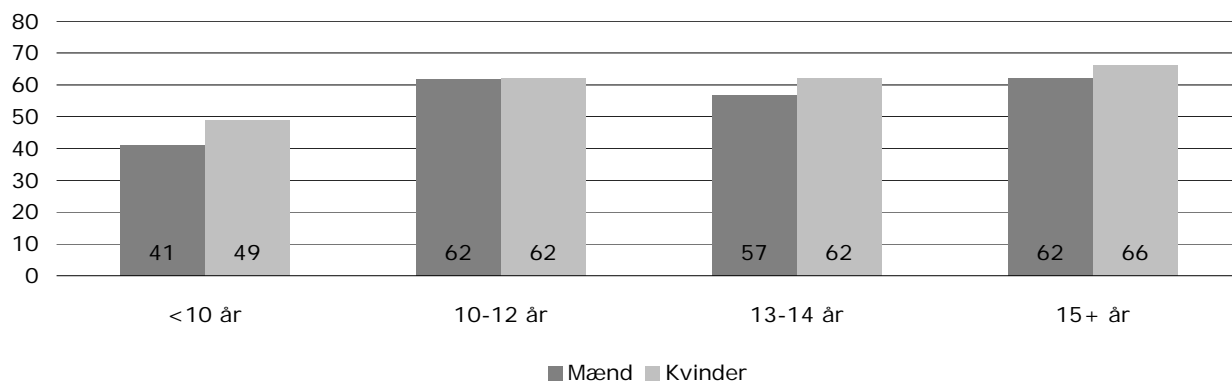
Tabel 9.13 viser, at andelen, der altid har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte, er større blandt kvinder end mænd. Ses der på de forskellige aldersgrupper, er der ikke udprægede forskelle. For mænd er andelen, der altid har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte, dog mindre blandt de 25-44-årige sammenlignet med de andre aldersgrupper.

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

		Procent	Antal svarpersoner
Total		62,7	2.590
Mænd	18-24 år	62,1	58
	25-44 år	57,1	245
	45-64 år	60,9	532
	65+ år	64,6	237
	Alle mænd	60,9	1.072
Kvinder	18-24 år	62,8	78
	25-44 år	65,9	448
	45-64 år	63,1	765
	65+ år	63,9	227
	Alle kvinder	64,0	1.518

Det fremgår af figur 9.5, at der er en mindre andel blandt svarpersoner med <10 års uddannelse, der altid har nogen at tale med ved problemer eller brug for støtte sammenlignet med de øvrige uddannelsesgrupper. Det gælder for både mænd og kvinder.

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 (66,8 %) end blandt svarpersoner, som har et nogenlunde, dårligt eller meget dårligt selv vurderet helbred (52,6 %) (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. Igennem de senere år har flere undersøgelser sat fokus på disse aspekter af sociale relationer (Kamper-Jørgensen & Almind, 2005).

I alt 35,0 % af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i Albertslund kommune angiver, at der er nogen fra deres familie eller blandt venner, der kræver for meget af dem i hverdagen – angivet ved om der nogen gange, for det meste eller altid er nogen der kræver for meget af en i hverdagen. Herunder er der en større andel af kvinder (39,3 %) end mænd (28,9 %), 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 25,4 % af de 65+-årige, der føler, at nogen fra familie og venner kræver for meget af dem, mens det er 42,6 % af de 18-44-årige (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 (40,2 %) end blandt svarpersoner med et godt eller virkelig godt selvvurderet helbred (32,9 %) (data ikke vist).

Opsummering

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

Andelen, som får tilstrækkelig søvn – målt ved spørgsmålet om, hvorvidt man føler sig udhvilet – stiger med stigende alder. Tilstrækkelig søvn er relateret til et godt selv vurderet helbred. Ligeledes er der en sammenhæng mellem utilstrækkelig søvn og henholdsvis usund kost, rygning samt fysisk inaktivitet. God søvnkvalitet er endvidere forbundet med oftere godt eller virkelig godt selv vurderet helbred og fysisk aktivitet i fritiden.

Sociale relationer hænger sammen med selv vurderet helbred. Svarpersoner, som vurderer deres helbred som nogenlunde, dårligt eller meget dårligt, har typisk sjældent kontakt med familie eller venner og bekendte. Omvendt vurderer svarpersoner, som oplyser, at de har nogen at tale med ved problemer, eller når de har brug for støtte ofte, ofte deres eget helbred som godt eller virkelig godt. Svarpersoner, der oplever, at nogen i omgangskredsen kræver for meget af dem, vurderer oftere deres eget helbred som mindre godt. Der er en større andel kvinder end mænd, der føler, at der er nogen fra deres familie eller blandt venner, der kræver for meget af dem, og andelen er for begge køn størst blandt de yngste.

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, så 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.

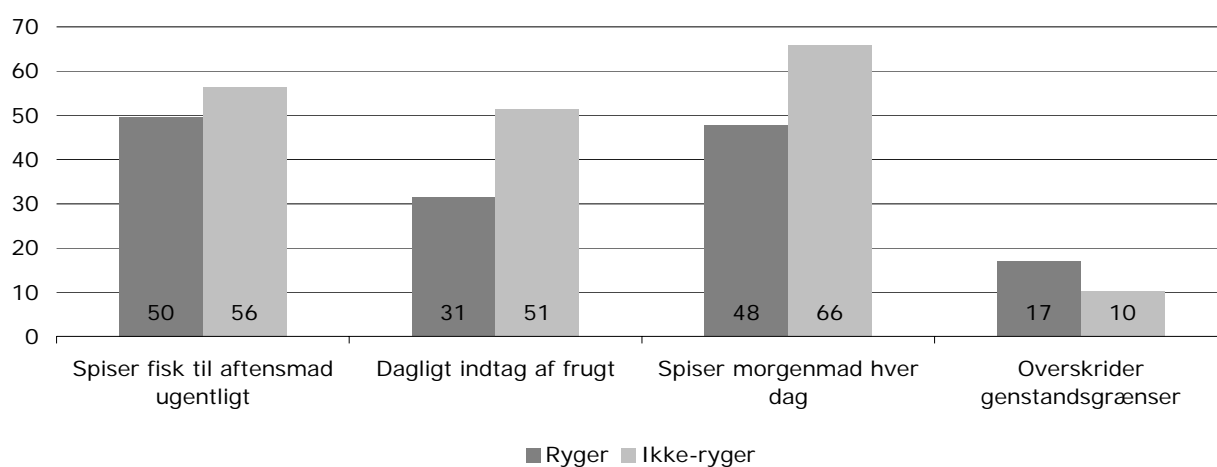
Årsagssammenhængen til sygdomme er komplekse, og ofte vil der være flere faktorer til stede for at udløse en sygdom eller andre helbredsrelaterede problemer. I vurderingen af de helbredsrelaterede konsekvenser af KRAM-faktorerne er det vigtigt at se på summen af KRAM-faktorerne og ikke kun betragte dem 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 Albertslund 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 Albertslund 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	28,3	1.273
	Sjældnere	22,6	1.347
Ryger dagligt*	Ja	15,4	376
	Nej	27,0	2.247
Overskrider genstandsgrænsen	Ja	28,5	291
	Nej	24,9	2.327
*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. Overordnet er der en større andel i aldersgruppen 45-64 år, som dagligt spiser frugt, og en større andel i aldersgruppen 65+ år, der spiser fisk til aftensmad ugentligt, sammenlignet med de resterende aldersgrupper. 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.

Tabel 10.2 KRAM-score blandt mænd og kvinder. Procent

KRAM-score	Mænd	Kvinder	I alt
0	11,6	11,7	11,6
1	31,4	45,2	39,4
2	41,5	32,7	36,3
3 til 4	15,6	10,5	12,6
Antal svarpersoner	1.090	1.525	2.615

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	16,2	15,1	11,0	6,7
1	32,4	37,4	42,7	35,6
2	40,1	36,2	34,2	41,2
3 til 4	11,3	11,3	12,1	16,5
Antal svarpersoner	142	701	1.306	466

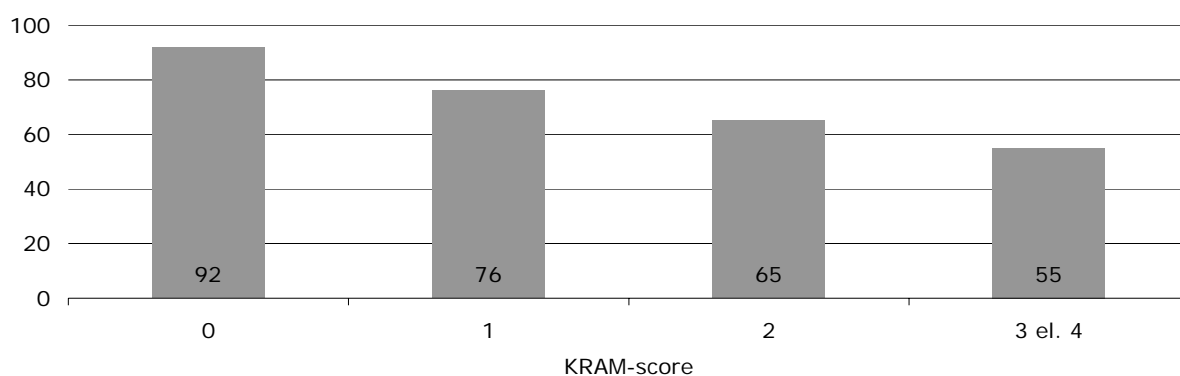
I tabel 10.4 ses sammenhængen mellem KRAM-score og uddannelseslængde. Det fremgår, at andelen, der ikke har nogen usunde KRAM-vaner, stiger med stigende uddannelseslængde. Således stiger andelen, der ikke har nogen usunde KRAM-vaner, fra 4,8 % blandt svarpersoner med en kort uddannelse til 13,6 % blandt svarpersoner med en lang uddannelse. Andelen, der har 3 til 4 usunde KRAM-vaner, er således mindst blandt svarpersoner med en lang uddannelse (9,3 %).

Tabel 10.4 KRAM-score i forskellige uddannelsesgrupper. Procent

KRAM-score	<10 år	10-12 år	13-14 år	15+ år
0	4,8	10,2	10,8	13,6
1	34,6	32,3	37,4	44,7
2	41,0	40,3	39,0	32,4
3 til 4	19,7	17,2	12,8	9,3
Antal svarpersoner	188	576	572	1.255

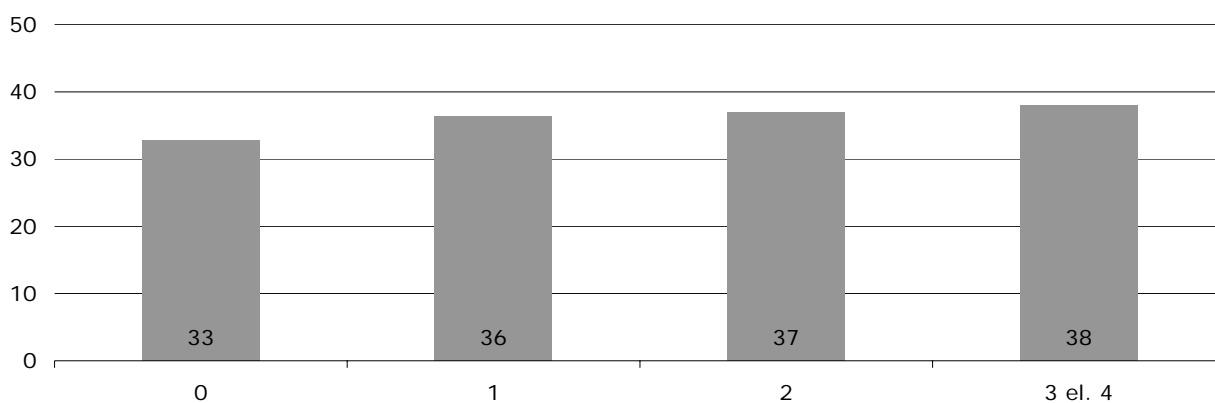
Der er sammenhæng mellem KRAM-scoren og selv vurderet helbred. Andelen, der har et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred, falder med stigende KRAM-score (figur 10.2). Således er der 91,8 %, der har et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred blandt svarpersoner, der ikke har nogen usunde KRAM-vaner, mens det kun er 55,2 % 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 32,8 %, med en langvarig sygdom, mens det er 38,0 % 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 selvvurderet helbred samt langvarig sygdom.

KRAM-profilen for Albertslund 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.

Kapitel 11 – kontakt til sygehusvæsenet

I følgende kapitel belyses sygeligheden blandt Albertslunds 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 Albertslund Kommune opdelt på henholdsvis heldøgnsindlæggelser og ambulante kontakter (besøg og ydelser). Opgørelserne fra Albertslund Kommune sammenlignes med data fra hele landet.

Sygdommene, der beskrives i dette kapitel, 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 bi-diagnoser er ikke inddraget.

I dette afsnit beregnes raten for en given sygdom (sygdomsraten), hvilket vil sige, at hver kontaktype 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 sygehusene.

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

Kontakter til hospitaler i Albertslund Kommune og i Danmark

I tabel 11.1 vises den samlede indlæggelsesrate for Albertslund 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 4.519 indlæggelser per år i Albertslund Kommune (data ikke vist). Det ses, at der i Albertslund Kommune i årene 2001-2005 var 211,4 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 Albertslund Kommune ikke er helt den samme som i Danmark, ses det ligeledes, at den køns- og aldersstandardiserede rate er højere (245,2) end raten for hele landet. For både mænd og kvinder er den aldersstandardiserede rate højere end for Danmark; mændenes standardiserede rate er 235,7, mens raten for danske mænd er 202,1. For kvinder er den standardiserede rate 260,4 og den tilsvarende rate for Danmark er 250,7. Blandt mænd stiger indlæggelsesraten med stigende alder. For kvinder falder indlæggelsesraten fra 228,6 indlæggelser per 1000 personår blandt de 18-29-årige til 156,2 indlæggelser per 1000 personår blandt de 40-49-årige, hvorefter den igen stiger med stigende alder for de ældre aldersgrupper.

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

		Indlæggelsesrate per 1000 personår i Danmark	Indlæggelsesrate per 1000 personår i Albertslund Kommune	Standardiseret rate per 1000 personår i Albertslund Kommune
	Total	226,9	211,4	245,2
Mænd	18-29 år	76,4	69,7	
	30-39 år	90,9	98,6	
	40-49 år	126,0	148,4	
	50-59 år	195,9	195,8	
	60-69 år	325,0	338,6	
	70-79 år	548,7	613,9	
	80+ år	760,8	916,4	
	Total	202,1	185,2	235,7
Kvinder	18-29 år	212,7	228,6	
	30-39 år	233,1	220,4	
	40-49 år	146,8	156,2	
	50-59 år	178,1	197,9	
	60-69 år	262,5	281,9	
	70-79 år	424,9	468,9	
	80+ år	596,0	711,0	
	Total	250,7	237,2	260,4

Tilsvarende ses i tabel 11.2, at der i alt i Albertslund Kommune har været 445,9 ambulante kontakter per 1000 personer per år, hvilket er en mindre rate end i Danmark, også selv om der tages højde for køns- og alderssammensætningen. De største rater for ambulante kontakter ses blandt mænd i aldersgruppen 80+ år og blandt 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.

Tabel 11.2 Ambulante kontaktrater for Albertslund 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 Albertslund Kommune	Standardiseret kontaktrate per 1000 personår i Albertslund Kommune
	Total	519,7	445,9	472,8
Mænd	18-29 år	232,7	186,3	
	30-39 år	274,2	237,7	
	40-49 år	354,1	320,1	
	50-59 år	479,1	401,2	
	60-69 år	671,3	592,1	
	70-79 år	926,4	835,5	
	80+ år	908,7	914,6	
	Total	441,0	354,8	402,5
Kvinder	18-29 år	448,0	437,2	
	30-39 år	541,1	500,8	
	40-49 år	497,7	469,0	
	50-59 år	610,7	564,0	
	60-69 år	714,1	672,2	
	70-79 år	857,9	779,5	
	80+ år	765,2	686,1	
	Total	595,1	535,6	549,3

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 2,3 blandt de 18-29-årige til 146,1 for de 80+-årige, mens den for mænd stiger fra 1,7 blandt de 18-29-årige til 194,1 for de 80+-årige. Raten er for mænd lidt højere i Albertslund Kommune, mens raten for kvinder er på samme niveau som i Danmark.

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

		Indlæggelsesrate per 1000 personår i Danmark	Indlæggelsesrate per 1000 personår i Albertslund Kommune	Standardiseret rate per 1000 personår i Albertslund Kommune
	Total	33,0	27,8	36,3
Mænd	18-29 år	2,2	1,7	
	30-39 år	5,8	5,9	
	40-49 år	17,0	20,6	
	50-59 år	42,1	46,0	
	60-69 år	80,2	80,1	
	70-79 år	134,9	150,7	
	80+ år	164,7	194,1	
	Total	38,7	34,1	46,3
Kvinder	18-29 år	2,2	2,3	
	30-39 år	5,2	4,0	
	40-49 år	10,9	10,8	
	50-59 år	19,9	23,8	
	60-69 år	41,6	47,0	
	70-79 år	81,9	81,3	
	80+ år	119,1	146,1	
	Total	27,6	21,5	27,8

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. Tabellen viser, at mænd har flere ambulante kontakter end kvinder.

Tabel 11.4 Ambulante kontaktrater for hjerte-karsygdomme, Albertslund 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 Albertslund Kommune	Standardiseret kontaktrate per 1000 personår i Albertslund Kommune
	Total	27,2	18,2	21,5
Mænd	18-29 år	3,0	1,7	
	30-39 år	7,2	3,9	
	40-49 år	17,3	11,6	
	50-59 år	37,7	27,0	
	60-69 år	63,5	53,6	
	70-79 år	89,6	91,9	
	80+ år	70,7	66,5	
	Total	29,5	20,8	26,0
Kvinder	18-29 år	4,3	2,4	
	30-39 år	12,1	5,0	
	40-49 år	18,4	10,3	
	50-59 år	27,4	20,1	
	60-69 år	41,9	35,9	
	70-79 år	58,9	49,4	
	80+ år	47,9	46,2	
	Total	25,0	15,7	17,9

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 Albertslund Kommune i perioden 2001-2005 var 16,6 indlæggelser per 1.000 personår (tabel 11.5). Dette tal er mindre end raten for hele landet (23,3 indlæggelser per 1.000 personår). For mænd ses den højeste indlæggelsesrate blandt de 80+-årige (68,3), hvor raten er højest for kvinder blandt de 70-79-årige (46,6).

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

		Indlæggelsesrate per 1000 personår i Danmark	Indlæggelsesrate per 1000 personår i Albertslund Kommune	Standardiseret rate per 1000 personår i Albertslund Kommune
	Total	23,3	16,6	19,0
Mænd	18-29 år	2,8	0,3	
	30-39 år	4,1	1,7	
	40-49 år	8,3	6,9	
	50-59 år	23,1	14,6	
	60-69 år	49,1	48,8	
	70-79 år	77,3	62,1	
	80+ år	74,7	68,3	
	Total	21,8	14,7	19,2
Kvinder	18-29 år	3,3	2,3	
	30-39 år	8,3	11,5	
	40-49 år	20,0	15,1	
	50-59 år	33,0	25,9	
	60-69 år	47,0	36,0	
	70-79 år	53,3	46,6	
	80+ år	36,5	25,9	
	Total	24,7	18,5	19,8

For ambulante kontakter (tabel 11.6) ses for Albertslund Kommune en rate på 19,2 per 1.000 personår, hvilket er på niveau med Danmark. For både mænd og kvinder stiger den ambulante kontaktrate med stigende alder, blandt kvinder falder raten dog blandt de 80+-årige.

Tabel 11.6 Ambulante kontaktrater for kræft, Albertslund 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 Albertslund Kommune	Standardiseret kontaktrate per 1000 personår i Albertslund Kommune
	Total	22,5	19,2	21,8
Mænd	18-29 år	3,5	1,3	
	30-39 år	5,4	2,5	
	40-49 år	9,3	7,5	
	50-59 år	21,3	16,2	
	60-69 år	43,2	53,8	
	70-79 år	66,6	60,3	
	80+ år	61,8	97,0	
	Total	20,1	16,3	21,9
Kvinder	18-29 år	6,8	6,3	
	30-39 år	12,2	12,9	
	40-49 år	23,8	21,3	
	50-59 år	32,7	30,9	
	60-69 år	41,3	37,5	
	70-79 år	45,1	48,4	
	80+ år	31,1	26,8	
	Total	24,8	22,1	23,2

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 Albertslund Kommune på 5,4 per 1000 personår, hvilket er på niveau med indlæggelsesraten for hele landet (4,8). I Albertslund Kommune er indlæggelsesraten højest blandt de 70-79-årige for både kvinder (38,7) og mænd (38,6).

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

		Indlæggelsesrate per 1000 personår i Danmark	Indlæggelsesrate per 1000 personår i Albertslund Kommune	Standardiseret rate per 1000 personår i Albertslund Kommune
	Total	4,8	5,4	7,6
Mænd	18-39 år ¹	0,1	0,5	
	40-49 år	0,7	0,3	
	50-59 år	2,5	3,4	
	60-69 år	8,7	13,3	
	70-79 år	24,1	38,6	
	80+ år	25,3	37,7	
	Total	4,5	5,0	7,7
Kvinder	18-39 år ¹	0,1	0,0	
	40-49 år	0,8	0,8	
	50-59 år	3,4	5,1	
	60-69 år	10,8	15,6	
	70-79 år	22,0	38,7	
	80+ år	14,4	26,8	
	Total	5,1	5,8	7,7

1) Der er ingen tilfælde af KOL i de yngste aldersgrupper. Af statistiske årsager er de slået sammen med aldersgruppen 40-49 år.

Af tabel 11.8 ses en ambulans kontaktrate på 4,7 per 1000 personår i Albertslund Kommune, hvilket er større end raten i Danmark (2,5). For både mænd og kvinder i Albertslund Kommune ses den højeste kontaktrate blandt de 70-79-årige; 25,7 og 19,3 for henholdsvis mænd og kvinder.

Tabel 11.8 Ambulante kontaktrater for kronisk obstruktiv lungesygdom, Albertslund 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 Albertslund Kommune	Standardiseret kontaktrate per 1000 personår i Albertslund Kommune
	Total	2,5	4,7	5,6
Mænd	18-39 år	0,2	0,6	
	40-49 år	0,8	1,9	
	50-59 år	2,2	5,7	
	60-69 år	5,4	11,7	
	70-79 år	11,1	25,7	
	80+ år	7,9	16,2	
	Total	2,4	4,7	6,1
Kvinder	18-39 år	0,1	0,4	
	40-49 år	0,9	2,3	
	50-59 år	2,6	5,2	
	60-69 år	6,1	13,8	
	70-79 år	9,7	19,3	
	80+ år	4,5	8,3	
	Total	2,6	4,7	5,3

1) Der er ingen tilfælde af KOL i de yngste aldersgrupper. Af statistiske årsager er de slået sammen med aldersgruppen 40-49 år.

Muskel- og skeletsygdomme

Muskel- og skeletsygdomme 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 skeletsygdomme (Ekholm et al., 2006). Ensidigt gentaget arbejde og tunge løft samt ulykker kan være årsager til muskel- og skeletsygdomme, 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 skeletsygdomme er at øge fysisk aktivitet.

For muskel-skelet sygdomme ses for borgere i Albertslund Kommune en rate på 13,9 indlæggelser per 1.000 personår, hvilket er på samme niveau som hele landet (13,1). For mænd ses den højeste rate blandt de 80+-årige (44,9), for kvinder ses den højeste rate blandt 70-79-årige (37,3).

Tabel 11.9 Heldøgnsindlæggelsesrater for muskel- og skeletsygdomme, Albertslund Kommune og hele landet 2001-2005 blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper.

		Indlæggelsesrate per 1000 personår i Danmark	Indlæggelsesrate per 1000 personår i Albertslund Kommune	Standardiseret rate per 1000 personår i Albertslund Kommune
	Total	13,1	13,9	15,8
Mænd	18-29 år	4,7	4,6	
	30-39 år	7,7	9,9	
	40-49 år	10,3	15,7	
	50-59 år	13,4	12,9	
	60-69 år	18,7	16,7	
	70-79 år	24,7	26,8	
	80+ år	22,3	44,9	
	Total	11,9	12,3	14,6
Kvinder	18-29 år	5,3	6,7	
	30-39 år	7,6	9,9	
	40-49 år	10,4	12,4	
	50-59 år	14,9	19,7	
	60-69 år	22,1	23,4	
	70-79 år	31,8	37,3	
	80+ år	28,2	37,0	
	Total	14,4	15,4	16,9

For ambulante kontakter som følge af muskel- og skeletsygdomme ses i tabel 11.10, at der i Albertslund Kommune i perioden 2001-2005 var 35,3 ambulante kontakter per 1.000 personår, hvilket er betydeligt højere end indlæggelsesraten. For ambulante kontakter som følge af muskel- og skeletsygdomme ses for både mænd og kvinder, at raten stiger med stigende alder op til de 70-79-årige. Ambulante kontaktrater er højere blandt kvinder end mænd i alle aldersgrupper med undtagelse af den ældste aldersgruppe.

Tabel 11.10 Ambulante kontaktrater for muskel- og skeletsygdomme, Albertslund 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 Albertslund Kommune	Standardiseret kontaktrate per 1000 personår i Albertslund Kommune
	Total	46,9	35,3	36,4
Mænd	18-29 år	25,6	16,3	
	30-39 år	34,6	25,0	
	40-49 år	44,3	38,0	
	50-59 år	51,5	41,1	
	60-69 år	55,0	36,2	
	70-79 år	56,0	43,4	
	80+ år	37,7	35,9	
	Total	42,1	30,7	32,1
Kvinder	18-29 år	27,5	20,5	
	30-39 år	35,4	33,8	
	40-49 år	50,6	44,5	
	50-59 år	67,7	47,5	
	60-69 år	72,2	53,8	
	70-79 år	77,1	62,7	
	80+ år	45,8	30,5	
	Total	51,4	39,8	40,5

Opsummering

Albertslund Kommune har et samlet antal indlæggelser (per 1000 personår), som er højere end i Danmark generelt. Dette gælder for både mænd og kvinder. Beregningen af indlæggelsesraterne tager højde for aldersfordelingen i befolkningen.

Albertslund Kommune har samlet set et lavere antal ambulante sygehuskontakter sammenlignet med Danmark som helhed. For folkesygdommene: hjerte-karsygdomme, muskel- og skeletsygdomme, kronisk obstruktiv lungesygdom og kræft gælder, at antallet af ambulante kontakter er på niveau med Danmark. 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

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, *Sundt 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, *Selvvrurderet helbred og arbejdsmiljø - Er selvvrurderet 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&NRORIGINA-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. Fødevarerdirektoratet.

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.

Albertslund Kommune er sammen med Brøndby Kommune en af de 13 udvalgte kommuner i KRAM-undersøgelsen, og KRAM-profilen her viser resultatet af undersøgelsen, som fandt sted i april 2008. Alle borgere fra 18 år og opefter blev inviteret til at deltage i en internet-baseret spørgeskemaundersøgelse om livsstil, sundhed og sygelighed, og 822 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-faktorernes 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 forebyggende og sundhedsfremmende perspektiv.