



KOST RYGNING ALKOHOL MOTION

KRAM-undersøgelsen i tal og billeder



MINISTERIET
FOR SUNDHED
OG FOREBYGGELSE

TrygFonden

Rapporten er udarbejdet af
Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

KRAM-undersøgelsen i tal og billeder



KRAM-undersøgelsen i tal og billeder

Rapporten er udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Anne Illemann Christensen

Maria Severin

Teresa Holmberg

Louise Eriksen

Mette Toftager

Anna Zachariassen

Ola Ekholm

Janne Schurmann Tolstrup

Morten Grønbæk

Tine Curtis

KRAM-stemmer: Journalist Marianne Kaargaard

Copyright © Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og TrygFonden smba (TryghedsGruppen smba)
København, oktober 2009.

Gengivelse af uddrag, herunder figurer, tabeller, citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation, bedes sendt til
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og TrygFonden smba (TryghedsGruppen smba).

KRAM-logo: Bilgrav & Bilgrav

Layout og tryk: Kailow Graphic A/S

Opsætning: Hanne Mortensen

Rapporten kan erhverves ved henvendelse til:

TrygFonden smba (TryghedsGruppen smba)

Lyngby Hovedgade 4,

2800 Kgs. Lyngby

www.trygfonden.dk

Telefon: +45 45 26 08 00

ISBN: 978-87-992261-1-5

Elektronisk ISBN: 978-87-992261-2-2

Forord

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og TrygFonden har stået bag en af de største undersøgelser af danskernes kost-, ryge-, alkohol- og motionsvaner på initiativ af det daværende Nationale Råd for Folkesundhed.

Med denne rapport, som er udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed, offentliggøres de første resultater fra KRAM-undersøgelsen. Rapporten indeholder mange interessante og måske overraskende sammenhænge mellem sundhedsvaner og helbred i forskellige alders- og uddannelsesgrupper.

I løbet af 2007 og 2008 har tretten kommuner deltaget i KRAM-undersøgelsen, og data fra mange tusinde borgere er blevet indsamlet ved hjælp af spørgeskemaer og fysiske undersøgelser. Data som vil kunne bidrage til yderligere forskning i danskernes sundhedsvaner og livsstilssygdomme.

Alle deltagende kommuner har brugt kræfter på at involvere og motivere borgerne til at deltage aktivt i KRAM-undersøgelsen og i lokale sundhedsfremmende aktiviteter.

Der er således både kommunalt og nationalt kommet et øget fokus på folkesundheden i Danmark. Et fokus som er vigtigt at fastholde og udbygge, hvis regeringens målsætning om, at danskernes middellevetid skal stige med tre år over de næste 10 år skal nås.

At kende danskernes sundhedsvaner er en vigtig forudsætning for at kunne målrette de sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, som med strukturreformen i 2007 er blevet en kommunal opgave.

Det er derfor ministeriets og TrygFondens håb, at kommunerne med rapporten vil hente inspiration og anledning til at debattere de sundhedsmæssige valg og prioriteringer for de kommende års kommunale sundhedsindsats.

Der skal derfor være en stor tak til alle de kommuner, der har deltaget aktivt i KRAM-undersøgelsen og til de mange tusinde mennesker, som har udfyldt spørgeskemaer og velvilligt stillet sig til rådighed for et sundhedstjek ved KRAM bussen.

Oktober 2009

Jakob Axel Nielsen
Minister for sundhed og forebyggelse

Gurli Martinussen
Direktør, TrygFonden



Indholdsfortegnelse

Sammenfatning	7
Del 1. Beskrivelse af KRAM-undersøgelsen	15
Kapitel 1. Baggrund og formål	17
Kapitel 2. Om KRAM-undersøgelsen	21
Del 2. KRAM-profil	31
Kapitel 3. Kost	33
Kapitel 4. Rygning	45
Kapitel 5. Alkohol	51
Kapitel 6. Motion	59
Kapitel 7. Ophobning af KRAM-faktorer	65
Kapitel 8. Ønske om hjælp til at ændre sundhedsvaner	73
Kapitel 9. Selvvurderet helbred, trivsel og sociale relationer	85
Kapitel 10. Langvarig sygdom, kontakt til praktiserende læge og medicinbrug	103
Kapitel 11. Resultater fra helbredsundersøgelsen	113
Del 3. Særlige KRAM-resultater	127
Kapitel 12. Måltidsmønstre – hvad betyder det at springe morgenmaden over?	129
Kapitel 13. Hvem får tømmermænd, og har det betydning, hvornår og hvor ofte man drikker?	137
Kapitel 14. Motionsvaner – hvorfor, hvordan og hvor?	143
Kapitel 15. Hvilken betydning har overvægt for helbred, trivsel og sociale relationer?	153
Kapitel 16. Hvilken betydning har kondital for selvvurderet helbred og blodsukker?	165
Kapitel 17. Tidlig opsporing af knogleskørhed ved håndskanning?	171
Del 4. Kommunernes KRAM	177
Kapitel 18. De lokale aktiviteter	179
Kapitel 19. KRAM-stemmer	191
Kapitel 20. Målopfyldelse, erfaringer og kapacitetsopbygning	219
Bilag A. Forskerbeskyttelse	227
Bilag B. Spørgeskema- og helbredsundersøgelsen	229
Bilag C. Deltagelse og repræsentativitet	237
Litteraturliste	247

Sammenfatning

Del 1. Beskrivelse af KRAM-undersøgelsen

KRAM-undersøgelsen er en af de hidtil største samlede undersøgelser af danskernes sundhed. Undersøgelsen kaldes KRAM, fordi den handler om **K**ost, **R**ygning, **A**lkohol og **M**otion.

KRAM-undersøgelsen er initieret af Det Nationale Råd for Folkesundhed, udført af Statens Institut for Folkesundhed (SIF), Syddansk Universitet og finansieret af TrygFonden og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

KRAM-undersøgelsen foregik i 13 kommuner i løbet af 2007 og 2008 og bestod af en spørgeskemaundersøgelse og en helbredsundersøgelse. I alt 76.484 danskere besvarede spørgeskemaet, mens 18.065 gennemførte helbredsundersøgelsen. Endvidere igangsatte kommunerne, i den måned KRAM-undersøgelsen blev gennemført i deres kommune, en række aktiviteter og indsatser rettet mod KRAM-faktorerne.

I hver kommune blev alle voksne borgere inviteret til at deltage i en internetbaseret spørgeskemaundersøgelse om sundhedsvaner, helbred samt brug af og ønsker til sundhedsfremmende faciliteter i kommunen. I Sønderborg Kommune blev der dog anvendt et papirbaseret spørgeskema, som blev sendt ud til 20.000 tilfældigt udvalgte borgere.

I mindre kommuner (Ærø og Struer) blev alle borgere inviteret til at gennemgå en undersøgelse ved KRAM-bussen. I større kommuner blev mellem 15.000 og 20.000 tilfældigt udvalgte borgere inviteret til at deltage. Undersøgelsen

omfattede: Måling af blodtryk, puls, talje- og hoftemål, fedtprocent, højde, vægt, lungefunktion, knoglemineraltæthed, muskelstyrke, balance, konditionsniveau samt blodprøvetagning.

En af styrkerne ved undersøgelsen er et antalsmæssigt stort datamateriale. Resultaterne kan dog ikke betragtes som repræsentative for KRAM-kommunernes borgere, idet opgørelser af deltagerne i undersøgelsen set i forhold til borgerne i kommunen og i Danmark som helhed viser, at kvinderne er overrepræsenterede, mens særligt de yngste mænd er underrepræsenterede. Derudover ses en social skæv fordeling, idet der blandt svarpersoner og deltagere i KRAM-undersøgelsen er en større andel med en længerevarende uddannelse end i baggrundsbefolkningen.

I analyserne har det i nogen grad været muligt statistisk at tage højde for de køns-, alders- og uddannelsesmæssige forskelle mellem svarpersonerne og de øvrige borgere i kommunerne ved hjælp af vægte udregnet af Danmarks Statistik.

Forskellene mellem svarpersonerne og baggrundsbefolkningen har betydning for, hvilke analyser der meningsfuldt kan laves på baggrund af materialet. Resultaterne fra KRAM-undersøgelsen kan således ikke bruges til at beskrive de rå forekomster af for eksempel rygere eller storforbrugere af alkohol i Danmark eller på kommuneniveau; hertil er sundhedsprofiler baseret på en mindre stikprøve af befolkningen med en højere svarprocent bedre egnede. I analyserne, der præsenteres i nærværende rapport, er der lagt vægt på forskelle mellem grupper i befolkningen, hvilket mindsker betydningen af repræsentativitetsproblematikken. Ved at fokusere på forskelle

mellem grupper af borgere kan resultaterne bruges til målretning af det fremtidige sundhedsfremme- og forebyggelsesarbejde. Det gælder for eksempel analyser, der peger på hvilke grupper af borgere, der bør udvikles indsatser til, hvilke ønsker borgerne selv har, og hvordan man bedst henvender sig til borgerne for at gøre dem interesserede i indsatserne.

Del 2. KRAM-profil

Kost

Vurderet ud fra de indikatorer for kost, der er medtaget i denne rapport, har kvinder overordnet sundere kostvaner end mænd. Således er der en mindre andel blandt kvinder end mænd, der spiser for meget fedt og for meget mættet fedt, ikke spiser frugt dagligt og ikke spiser fisk til aftensmad mindst en gang om ugen.

Der er en større andel blandt de ældre i forhold til de yngre, som spiser mere fedt og mere mættet fedt end anbefalet. Modsat er andelen blandt unge, der spiser for meget tilsat sukker i forhold til anbefalingerne, større sammenlignet med de ældre. Andelen, der ikke spiser frugt dagligt, og som ikke spiser fisk til aftensmad mindst en gang om ugen, er desuden større blandt de yngste aldersgrupper sammenlignet med de ældste aldersgrupper.

Der er overordnet en større andel, der har sunde kostvaner, blandt svarpersoner med lang uddannelse sammenlignet med svarpersoner med kort uddannelse. Endelig er der en sammenhæng mellem kostvaner og selv vurderet helbred samt langvarig sygdom.

Rygning

Seks ud af ti begyndte at ryge, før de fyldte 18 år. Der er procentvis lige mange mænd og kvinder, der ryger dagligt og er storrygere. Andelen, der er storrygere, er størst i aldersgrupperne 25-44 år og 45-64 år for både mænd og kvinder. Der ses en sammenhæng mellem rygning og uddannelseslængde. Både andelen, der ryger dagligt, og andelen, der er storrygere, falder med stigende uddannelseslængde. Endelig ses en sammenhæng mellem rygning og selv vurderet helbred samt langvarig sygdom.

I KRAM-undersøgelsen er der endvidere spurgt til passiv rygning. En person er udsat for passiv rygning, hvis personen ved vejtrækningen indånder røg fra tobaksrygning. En ryger er derfor også passiv ryger, når vedkommende trækker vejret i røgen. I alt oplyser 7,4 % af svarpersonerne, at de opholder sig otte eller flere timer dagligt i et lokale, hvor der ryges – eventuelt af dem selv. Andelen, der er udsat for passiv rygning i otte eller flere timer dagligt, falder med stigende uddannelseslængde. Sammenhængen findes også, når der kontrolleres for rygning. Der ses desuden en sammenhæng mellem udsættelse for passiv rygning og selv vurderet helbred samt langvarig sygdom.

Alkohol

I alle aldersgrupper er der procentvis flere mænd end kvinder, der overskrider genstandsgrænsen i en typisk uge, og som har drukket mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed inden for den seneste måned. Unge overskrider oftere end ældre genstandsgrænsen og drikker oftere mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed. Det gælder især unge mænd.

Andelen, der henholdsvis overskrider genstandsgrænsen, og som har drukket mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed, er større blandt svarpersoner, der har 15 eller flere års uddannelse sammenlignet med de, der har mindre end 10 års uddannelse.

Der ses en sammenhæng mellem at overskride genstandsgrænsen og selv vurderet helbred, men ingen sammenhæng med langvarig sygdom. Omvendt ses en sammenhæng mellem at drikke mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed og langvarig sygdom, men igen sammenhæng med selv vurderet helbred.

Blandt svarpersoner, som var fulde første gang før de fyldte 12 år, er der en større andel, som overskrider genstandsgrænsen sammenlignet med dem, som var ældre end 12 år, da de var fulde første gang.

Motion

I alle aldersgrupper er der procentvis flere mænd end kvinder, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden. Der ses ingen forskel i andelen, der er stillesiddende i fritiden, blandt mænd og kvinder. Andelen, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet, falder markant med alderen. De 65+ årige er den aldersgruppe, hvor den største andel er stillesiddende.

Andelen, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden, stiger med stigende uddannelseslængde blandt både mænd og kvinder. Andelen, der er stillesiddende i fritiden, falder med stigende uddannelseslængde.

Endvidere ses der en sammenhæng mellem fysisk aktivitet i fritiden og selv vurderet helbred samt langvarig sygdom.

Ophobning af KRAM-faktorer

Der ses ofte en ophobning af risikofaktorer hos bestemte grupper i befolkningen. Svarpersoner, der ryger dagligt, spiser mere usundt end personer, der ikke ryger dagligt. Endvidere er der en større andel blandt svarpersoner, som ryger dagligt, der har et problematisk alkoholforbrug, sammenlignet med de, som ikke ryger dagligt. Endvidere har svarpersoner, der er fysisk aktive i fritiden, sundere kostvaner end svarpersoner, som er stillesiddende. Der er desuden en større andel, der ryger dagligt, blandt svarpersoner, som er stillesiddende, sammenlignet med de, der er fysisk aktive.

I den samlede KRAM-score er de fire KRAM-faktorer lagt sammen. En KRAM-score på fire er det dårligste resultat, da det betyder usunde vaner på alle fire KRAM-faktorer. Der er procentvis flere mænd end kvinder, der har en KRAM-score på tre eller fire, og andelen er størst i aldersgruppen 18-24 år. Endvidere er der en større andel blandt svarpersoner, der har mindre end 10 års uddannelse, som har en KRAM-score på tre eller fire, end blandt de, der har 15 eller flere års uddannelse. Der ses en sammenhæng mellem KRAM-scoren og selv vurderet helbred, langvarig sygdom, tro på egen indsats samt at være uønsket alene.

Ønske om hjælp til at ændre sundhedsvaner

Mere end hver anden svarperson, der er stillesiddende i fritiden, ønsker at være mere fysisk aktiv. Mere end hver tredje, der ryger dagligt og hver tredje, der spiser usundt, ønsker henholdsvis at

holde op med at ryge og spise sundere. Det er kun cirka en ud af seks med et problematisk alkoholforbrug, der ønsker at nedsætte sit forbrug.

Blandt svarpersoner, der har usunde vaner, ønsker kvinder oftere end mænd at ændre vaner. Dette gælder dog ikke i forhold til rygning, hvor der ikke er forskel på mænd og kvinder.

Andelen, der ønsker at ændre vaner, er på alle områder med undtagelse af alkohol, større blandt svarpersoner, der tror egen indsats har betydning for at bevare eller forbedre et godt helbred, sammenlignet med de, der ikke tror egen indsats har betydning.

Svarpersoner, der ønsker at ændre vaner, er blevet spurgt, hvilke former for hjælp de gerne vil have til at ændre vaner. Dem, der ikke allerede spiser sundt, og som gerne vil spise sundere, ønsker oftest hjælp i form af personlig kostvejledning og forslag til sunde madopskrifter. Rygere, der gerne vil stoppe med at ryge, ønsker oftest hjælp fra en alternativ behandler, rygestopkurser eller nikotinpræparater; over halvdelen af kvinderne svarer, at de ønsker hjælp fra alternativ behandler. Svarpersoner, der har et problematisk alkoholforbrug, og som gerne vil nedsætte deres forbrug, ønsker oftest hjælp og støtte fra familien. Blandt stillesiddende mener størstedelen, at kommunen ikke kan hjælpe dem til at blive mere fysisk aktive. Fire ud af ti 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 helbred; det gælder især svarpersoner med en kort uddannelse, hvor dette er et ønske fra mere end halvdelen.

Selv vurderet helbred, trivsel og sociale relationer

Der er procentvis lidt færre kvinder end mænd, der oplyser, at de har et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred. Endvidere er der en større andel kvinder end mænd, der ofte føler sig stressede i dagligdagen, og som sover dårligt eller uroligt næsten hver nat. Modsat er der en større andel mænd end kvinder, der sjældent eller aldrig træffer deres familie og kun nogle gange eller aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte.

Andelen, der vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt, falder med alderen. Derimod har ældre det tilsyneladende bedre end de yngre, når det gælder stress og følelsen af, at familie eller venner kræver for meget af dem.

Der ses en sammenhæng mellem uddannelseslængde og selv vurderet helbred, søvn samt sociale relationer. Det ses dog ingen sammenhæng mellem stress og uddannelseslængde.

Langvarig sygdom, kontakt til praktiserende læge og medicinbrug

Der er en større andel kvinder end mænd, der har en langvarig sygdom, der har haft kontakt til deres praktiserende læge inden for de sidste tre måneder, og som har taget håndkøbs- og receptpligtigt medicin inden for en 14-dages periode.

Der er procentvis flere ældre end unge, der har en langvarig sygdom, har haft kontakt til deres praktiserende læge, og som har taget receptpligtig medicin. Denne sammenhæng ses ikke for håndkøbsmedicin.

Andelen, der har en langvarig sygdom, der har haft kontakt til deres praktiserende læge og har brugt receptpligtig medicin, falder med stigende uddannelseslængde. Derimod ses der ingen forskel mellem uddannelsesgrupperne i andelen, der har brugt håndkøbsmedicin.

Resultater fra helbredsundersøgelsen

Ud fra resultaterne fra helbredsundersøgelsen, ser det ud til, at kvinder overordnet har et bedre fysisk helbred end mænd. Der er dog en større andel blandt kvinder end mænd, der har et lavt kondital, og som har et taljemål og taje-hofte-ratio, der overstiger grænseværdierne.

Som forventet har de yngre deltagere i KRAM-undersøgelsen et bedre fysisk helbred end de ældre. Andelen, der har et lavt kondital, falder dog med alderen blandt mænd. Der ses endvidere en sammenhæng mellem uddannelseslængde og fysisk helbred, idet deltagere med en lang uddannelse oftere har et bedre fysisk helbred end deltagere med en kort uddannelse.

Endvidere ses en tydelig sammenhæng mellem rygestatus og lungefunktionen. Således er andelen, der har en reduceret lungefunktion, større blandt deltagere, der ryger dagligt eller har røget tidligere sammenlignet med de, som oplyser, at de aldrig har røget. Endvidere har udsættelse for passiv rygning betydning for lungefunktionen.

Del 3. Særlige KRAM resultater

Rapportens del 3 indeholder resultater af analyser baseret på data fra spørgeskema og målinger og test, der i flere tilfælde er unikke for KRAM-undersøgelsen. De særlige resultater giver således et indblik i de mange muligheder, datamaterialet fra KRAM-undersøgelsen giver for at skabe ny viden til gavn for fremtidig sundhedsfremme og forebyggelse.

Måltidsmønstre

I uddybende analyser af forskelle i måltidsmønstre mellem befolkningsgrupper vises blandt andet, at procentvis flere unge end ældre springer morgenmaden over, og at det for både mænd og kvinder gælder, at jo længere uddannelse desto mindre er andelen, der ikke spiser morgenmad hver dag. Resultaterne bekræfter tidligere studiers fund af sammenhængen mellem ikke at spise morgenmad og overvægt og viser desuden, at det at spise morgenmad dagligt er forbundet med ikke blot at spise sundere resten af dagen, men også med at leve sundere, når der ses på rygning, alkohol og fysisk aktivitet i fritiden.

Tømmermænd

Et særskilt kapitel beskriver svarpersonernes tilbøjelighed til at opleve tømmermændssymptomer. Tømmermændssymptomer er medtaget i KRAM-undersøgelsen, for senere at kunne undersøge, om personer, der oplever tømmermænd, er mere følsomme overfor alkohols skadelige virkninger og dermed i større risiko for at udvikle alkoholrelaterede sygdomme. Generelt angiver kvinder oftere end mænd at have tømmermænd efter at have indtaget mere end fem genstande. Der ses ingen sammenhæng mellem, hvor ofte man drikker, og hvor tilbøjelig man er til at få

tømmermænd. Derimod oplever svarpersoner, som indtager alkohol i forbindelse med måltider, i mindre grad tømmermænd end svarpersoner, som drikker alkohol uden for måltiderne.

Motionsvaner

Der præsenteres desuden uddybende analyser af svarpersonernes motivation til at dyrke motion samt hvor de dyrker motion. Analyserne viser, at kvinder især dyrker motion for at være eller komme i form, for at tabe sig og for udseendets skyld, mens mænd gør det for at have det sjovt, koble af og være sammen med andre. Jo længere uddannelse desto større er andelen, der dyrker motion for at komme i form og koble af. Modsat falder andelen, der træner eller dyrker motion for at have det sjovt eller være sammen med andre, med stigende uddannelseslængde. Andelen, der dyrker motion i en forening, aftenskole eller kommunalt tilbud, stiger med alderen, mens andelen, der dyrker motion i motionscenter/fitnesscenter, danseinstitut og lignende, falder jo ældre man er. Mens de, der dyrker motion alene, oftest angiver, at de gør det for at komme i form, for at tabe sig, for at koble af eller for udseendets skyld, angiver svarpersoner, der dyrker foreningsbaseret motion oftest, at de dyrker motion for at have det sjovt, være sammen med andre, blive bedre til deres idræt og konkurrere med andre.

Overvægt

Analyser af helbred, trivsel og sociale relationer blandt overvægtige viser, at overvægtigere oftere er syge og har dårligere trivsel end normalvægtige. De overvægtige kvinder har det overordnet sværere end overvægtige mænd, hvilket kan tyde på, at overvægt påvirker kvinder mere end mænd. Yderligere synes de yngste overvægtige at være mere påvirket af deres overvægt end de ældre. Der er ingen tydelig sammenhæng mellem overvægt og sociale relationer. Således er

der ikke markant forskel i andelen, der sjældent træffer familie samt venner og bekendte, blandt overvægtige og normalvægtige.

Kondital

Der vises endvidere særlige resultater fra analyser, der kombinerer data fra spørgeskemaet om blandt andet selvrapporteret fysisk aktivitet og helbred med resultater af konditesten, der i KRAM-undersøgelsen for første gang er foretaget på så stort et antal mennesker. Analyserne viser, at jo højere selvrapporteret fysisk aktivitetsniveau, jo større er andelen med højt kondital. Blandt deltagere med et højt kondital vurderer en større andel deres helbred som virkelig godt eller godt, sammenlignet med de, der har et lavt kondital. Andelen med forhøjet blodsukker falder med stigende kondital blandt både overvægtige og normalvægtige. Det lader således til – med henblik på et optimalt blodsukkerniveau – at det er bedre at være overvægtig med god kondition end at være normalvægtig med dårlig kondition.

Håndskanning

I det sidste kapitel i del 3 præsenteres nogle af de første resultater fra en skanningsmetode, der muligvis kan benyttes til tidlig opsporing af osteoporose (knogleskørhed). I KRAM-undersøgelsen fik 4,3 % af deltagerne ved håndskanning konstateret lav mineraltæthed i fingrenes knogler, hvilket kan være et tegn på osteoporose; som forventet ses størstedelen blandt de ældste kvinder. Blandt kvinder i alderen 45+ år ses en klar sammenhæng mellem uddannelseslængde og knoglemineraltæthed – jo længere uddannelse desto mindre er andelen med lav knoglemineraltæthed. Der ses desuden en negativ sam-

menhæng mellem selv vurderet helbred og lav knoglemineraltæthed. Andelen med lav knoglemineraltæthed er større blandt kvinder med et familiemedlem, der har oplevet hoftebrud efter 50-års-alderen, kvinder der ryger dagligt eller er stillesiddende i fritiden.

Del 4. Kommunernes KRAM

Aftalen mellem SIF og kommunerne om gennemførelsen af KRAM-undersøgelsen indebar, at SIF havde ansvar for den videnskabelige dataindsamling, mens kommunerne skulle planlægge og gennemføre konkrete aktiviteter rettet mod KRAM-faktorerne, navnlig **Motion**, i den måned undersøgelsen blev gennemført i kommunen. Der var tale om en stor opgave, der forudsatte et velorganiseret samarbejde mellem kommunens forskellige afdelinger og sektorer, og som for mange var en stor udfordring i tiden lige efter kommunalreformen og den nye sundhedslov var trådt i kræft.

De lokale aktiviteter

For at løse opgaven nedsatte kommunerne en særlig projektgruppe, og planlægningsprocessen blev de fleste steder indledt med afholdelse af et stormøde, hvor relevante kommunale og kommune-eksterne aktører deltog, og hvor der blev snakket om ideer samt planlægning af aktiviteter. Flere kommuner valgte også undervejs i planlægningen at invitere til yderligere møder.

Kommunerne gennemførte alle mange og flere forskellige typer aktiviteter. En meget stor del af aktiviteterne handlede om **Motion**, hvilket var i overensstemmelse med KRAM-undersøgelsens mål. En del aktiviteter fokuserede på flere af KRAM-faktorerne på en gang, mens kun få havde fokus alene på enten kost, rygning eller alkohol.

De fleste aktiviteter henvendte sig til voksne borgere. Der blev også igangsat aktiviteter for børnene og de ældre, men kommunerne syntes at have sværere ved at finde på tiltag til de unge. De fleste aktiviteter blev gennemført i foreningsregi eller af kommunerne og deres institutioner, oftest i dagsinstitutioner og skoler eller på plejehjem. Både foreninger og kommuner gennemførte ofte event-prægede aktiviteter som motionsløb, markedsdage og lignende. Foreningerne tilbød desuden ofte borgerne at prøve allerede eksisterende motionstilbud gratis. Næsten alle kommuner arrangerede foredrag og kurser med fokus på KRAM-faktorerne.

KRAM-stemmer

Rapporten gengiver interviews med projektlederne i hver af de 13 deltagende kommuner. Projektlederne fortæller om, hvorfor kommunen ønskede at deltage i KRAM, om de udfordringer de stødte på undervejs, om hvad de har fået ud af at være med, og om hvad de har kunnet bruge i deres efterfølgende arbejde i kommunen.

Målopfyldeelse, erfaringer og kapacitetsopbygning

På baggrund af interviewene med projektlederne og en række interview med planlæggere af lokale aktiviteter, som SIF gennemførte i forbindelse med dokumentation af indsatsen, belyses i rapportens sidste kapitel kommunernes erfaringer med opfyldelse af deres del af aftalen om gennemførelsen af KRAM. Det konkluderes, at det i kommunerne i vid udstrækning er lykkedes at opfylde målet om at gennemføre så mange og så forskelligartede aktiviteter, at der var noget for alle grupper af borgere. I alle kommuner er der en eller flere aktiviteter, der er fortsat efter KRAM-måned, og i mange af kommunerne er det lykkedes også at fastholde et generelt fokus på fysisk aktivitet i tiden efter KRAM-undersøgelsens gennemførelse.

Det har været en særdeles udfordrende opgave for kommunerne at være med i KRAM. Mange fortæller dog, at løsningen af de opgaver, deltagelsen indebærer, samtidig har givet dem erfaringer, der vil bidrage til bedre løsning af de kommunale sundhedsopgaver fremover. Det drejer sig dels om konkrete erfaringer med planlægning, gennemførelse og marketing af aktiviteter, om brug af kompetencer og organisering af arbejdet internt i den enhed i kommunen, der arbejder med sundhedsfremme og forebyggelse,

om samarbejde på tværs af forvaltningsområder i kommunen og om netværksdannelse med kommune-eksterne parter. Dels om, at der for alvor er sat fokus på KRAM-faktorerne og sundhed og livsstil i kommunen, og at der er skabt synlighed og opmærksomhed blandt både borgere og politikere på de nye kommunale sundhedsopgaver. Der er således høstet erfaringer, der ikke blot har at gøre med kompetencer hos konkrete medarbejdere, men som har at gøre med opbygning af også organisatorisk kapacitet i kommunerne.

Del 1. Beskrivelse af KRAM-undersøgelsen

Kapitel 1. Baggrund og formål

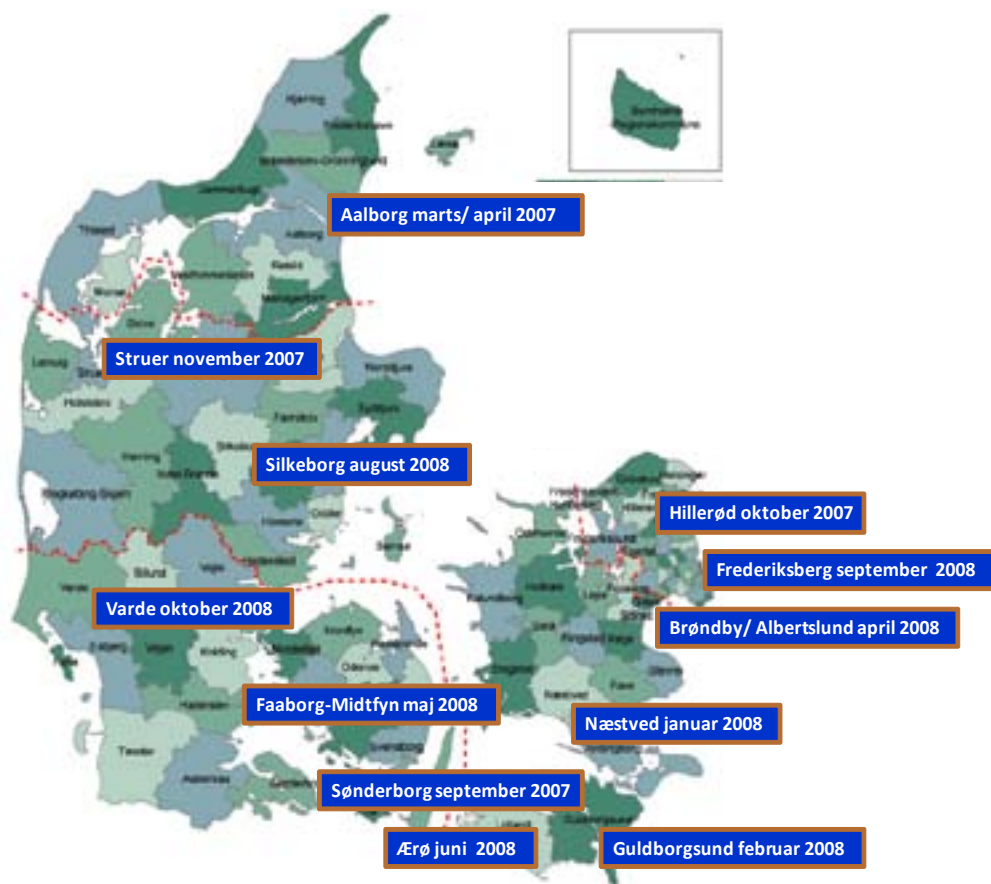
KRAM-undersøgelsen er en af de hidtil største undersøgelser af danskerne sundhed. Undersøgelsen kaldes KRAM, fordi den har fokus på **K**ost, **R**ygning, **A**lkohol og **M**otion. I løbet af 2007 og 2008 deltog 13 udvalgte kommuner i KRAM-undersøgelsen. I hver kommune blev alle voksne borgere inviteret til at deltage i en spørgeskemaundersøgelse, og et tilfældigt udsnit af borgerne blev endvidere inviteret til at deltage i en helbredsundersøgelse. Undersøgelsen forløb over en måned i hver kommune. I denne måned kunne borgerne besvare spørgeskemaet, og der kunne bestilles tid til helbredsundersøgelsen. Helbredsundersøgelsen foregik i KRAM-bussen og i lokaler, der blev stillet til rådighed af kommunerne, og gennemførelsen af alle målinger og test tog cirka 1½ time per deltager. Der var mellem 843 og 1.938 deltagere igennem helbredsundersøgelsen i hver kommune.



Samtidig med den videnskabelige del af undersøgelsen, gennemførte kommunerne i samarbejde med andre lokale aktører en lang række aktiviteter for borgerne med fokus på de fire KRAM-faktorer. Af figur 1.1 ses KRAM-bussens tur gennem Danmark.



Figur 1.1 Danmarks kort over de deltagende kommuner i KRAM-undersøgelsen



KRAM-undersøgelsen blev igangsat netop som mange danske kommuner var blevet sammenlagt med nabokommuner med den nye kommunalreform, og netop som kommunerne skulle i gang med løsningen af de nye sundhedsfremme- og forebyggelsesopgaver med den nye sundhedslov. Kommunerne havde således behov for at synliggøre over for borgerne og internt i den kommunale forvaltning, at der nu var et nyt ansvarsområde og ofte også nye organisatoriske enheder til at løfte opgaven. Det var derfor ambitionen, at KRAM-undersøgelsen skulle være

synlig i de deltagende kommuner og derved skabe opmærksomhed mod KRAM-faktorerne, sundhedsfremme- og forebyggelse samt de nye kommunale sundhedsopgaver.

Det er velkendt, at KRAM-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, hjertekarsygdom og kræft. Rygning kan føre til kræft, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og hjertekarsygdom. Alko-

holstorforbrug kan føre til en række kræftformer, slagtilfælde samt skrumpelever, mens fysisk inaktivitet kan føre til blandt andet hjertekarsygdom, type 2-diabetes og visse kræftformer. Af de kendte modificerbare livsstilsfaktorer er KRAM-faktorerne derfor særdeles vigtige.

Selvom KRAM-faktorerne betydning for helbredet hver for sig er veldokumenterede, er der for alle fire faktorer en række uafklarede spørgsmål. Vi savner viden om interaktionen mellem faktorerne samt viden om de helbredsmæssige betydninger af samspillet mellem genetik, KRAM-faktorerne, levevilkår og 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.

Formålene med KRAM-undersøgelsen var at:

- udbygge den eksisterende viden om KRAM-faktorerne i et sundhedsfremme- og forebyggelsesperspektiv
- øge befolkningens kendskab til KRAM-faktorerne betydning for sundhed og sygelighed
- oprette en forskningsdatabase, der kan benyttes til videre forskning til gavn for fremtidig sundhedsfremme og forebyggelse

Det Nationale Råd for Folkesundhed tog initiativ til KRAM-undersøgelsen, som blev finansieret af TrygFonden og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Statens Institut for Folkesundhed (SIF), Syddansk Universitet gennemførte undersøgelsen.

Formålet med nærværende rapport er at vise resultater af uddybende analyser af forskelle mellem grupper baseret på køn, alder og uddannelse blandt deltagere i KRAM-undersøgelsen, at vise sammenhænge mellem KRAM-faktorerne og nye variable med betydning for det fremtidige sundhedsfremmearbejde og at fortælle om de 13 kommuners erfaringer med at være en del af KRAM-undersøgelsen, herunder arbejdet med de mange lokale aktiviteter.



Læsevejledning

Rapporten består af fire dele opdelt med farver (grøn, rød, blå og orange). I den første del beskrives KRAM-undersøgelsens metode og data, herunder repræsentativitet.

Den anden del præsenterer resultater fra den samlede KRAM-undersøgelse i form af en "KRAM-profil". De første kapitler indeholder resultater fra spørgeskemaundersøgelsen vedrørende de fire KRAM-faktorer. Herefter følger et kapitel om sammenhænge mellem KRAM-faktorerne og et kapitel om borgernes ønsker om hjælp til at ændre sundhedsvaner. Efterfølgende kommer to kapitler vedrørende selvvaluerede helbred, trivsel og sociale relationer samt langvarig sygdom, kontakt til praktiserende læge og medicinbrug. Det sidste kapitel i del to indeholder resultater fra helbredsundersøgelsen.

Del tre består af seks kapitler med særlige analyser af datamaterialet fra KRAM-undersøgelsen. De seks kapitler handler om henholdsvis måltidsmønstre, tømmermænd, motionsvaner, overvægt, kondital og håndskanning for osteoporose. Kapitlerne viser resultater, der er unikke for KRAM-undersøgelsen



og er en smagsprøve på de mange muligheder datamaterialet fra KRAM-undersøgelsen giver for at skabe ny viden til gavn for fremtidig sundhedsfremme og forebyggelse.

Rapportens sidste del sætter fokus på kommunernes KRAM. Det første kapitel beskriver de mange aktiviteter, der foregår – og i nogle tilfælde stadig foregår – i kommunerne. Det næste kapitel består af en række interviews, hvor de enkelte kommuner fortæller om deres oplevelser med at være en del af KRAM-undersøgelsen, og det sidste kapitel indeholder tværgående betragtninger vedrørende kommunernes erfaringer med planlægning og gennemførelse af aktiviteterne.



Kapitel 2. Om KRAM-undersøgelsen



KRAM-undersøgelsens videnskabelige del omfattede en spørgeskemaundersøgelse og en helbredsundersøgelse. Dataindsamlingen startede i foråret 2007 i Aalborg Kommune, hvor det planlagte undersøgelsesdesign blev afprøvet. I samme periode udsendte Statens Institut for Folkesundhed (SIF), Syddansk Universitet invitationer om deltagelse i undersøgelsen til alle landets kommuner. I alt 44 kommuner søgte om at være med, og blandt disse blev 12 udvalgt ud fra kriterier om kommunens engagement i undersøgelsen og geografisk spredning. Efter evaluering af undersøgelsen i Aalborg Kommune blev der foretaget mindre justeringer i undersøgelsesdesignet, og de præcise forventninger til de kommende KRAM-kommuner blev udmeldt. Herefter gik det slag i slag med dataindsamlingen i hele landet; fra Sønderborg Kommune i september 2007 til Varde Kommune i oktober 2008.

Spørgeskemaundersøgelsen var internetbaseret, og alle kommunens borgere fra 18 år og opefter, der ikke var omfattet af forskerbeskyttelse (se bilag A),

blev inviteret til at besvare skemaet. Invitationsbrevene indeholdt et personligt brugernavn og adgangskode, der gav adgang til besvarelse af skemaet på KRAM-undersøgelsens hjemmeside. Borgere havde adgang til at besvare spørgeskemaet i den måned, hvor undersøgelsen blev gennemført i deres kommune. I Sønderborg Kommune var spørgeskemaundersøgelsen af tekniske årsager ikke internetbaseret, og der blev i stedet udsendt papirversioner af spørgeskemaet til 20.000 tilfældigt udvalgte borgere.



Spørgeskemaet indeholdt spørgsmål om KRAM-faktorerne, helbred, sygelighed samt en uddybende del med kostspørgsmål. Læs mere om indholdet i KRAM-spørgeskemaet i bilag B.

Et tilfældigt udtræk af borgerne modtog desuden en invitation til deltagelse i en helbredsundersøgelse. I invitationen var der en informationsfolder om undersøgelsen samt et personligt brugernavn og adgangskode, der skulle bruges til tidsbestilling via KRAM-hjemmesiden eller telefon. Helbredsundersøgelsen foregik dels i KRAM-bussen, som var en showbus indrettet specielt til formålet, dels i tilstødende lokaler, der blev stillet til rådighed af kommunerne. Undersøgelsen, der blev gennemført af særligt trænede medarbejdere fra SIF, bioanalytikere fra Rigshospitalet samt lokale medarbejdere, omfattede måling af blodtryk, puls, talje- og hoftemål, fedtprocent, højde og vægt samt måling af lungefunktion, knoglemineraltæthed, muskelstyrke, balance og konditionsniveau samt blodprøvetagning. Forud for helbredsundersøgelsen blev alle deltagere mundtligt informeret om undersøgelsen, og deltagerne underskrev en samtykkeerklæring. Alle deltagere gennemgik endvidere et screeningsinterview om sygdom og medicinforbrug med henblik på deltagelse i de enkelte målinger og test. Hele undersøgelsen varede cirka 1½ time for hver



deltager. Efter endt undersøgelse fik deltagerne udleveret en resultatfolder og gennemgået deres resultater. Deltagere med resultater uden for fastsatte anerkendte grænseværdier, eksempelvis forhøjet blodtryk eller nedsat lungefunktion, blev foreslået at tage kontakt til egen læge ved lejlighed. I tilfælde med svært forhøjet blodtryk blev deltagerens egen læge dog kontakttet straks.

Deltagere med blodværdier uden for normalområdet fik tilsendt et brev herom inden for 3 uger efter undersøgelsen. I gennemsnit gennemførte



80 borgere helbredsundersøgelsen per dag. For en detaljeret beskrivelse af de forskellige målinger og tests i helbredsundersøgelsen se bilag B.

Deltagere i helbredsundersøgelsen, der havde svært ved at anvende en computer, fik ved henvendelse i KRAM-bussen mulighed for at udfylde en papirversion af spørgeskemaet. Kommunerne hjalp også med at sikre borgernes muligheder for at besvare spørgeskemaet. Eksempelvis informerede kommunerne om, hvor der var adgang til computere, og hvor borgerne kunne få hjælp til at udfylde spørgeskemaet. Desuden udleverede kommunerne trykte skemaer – eksempelvis via hjemmepleje, i ældrecentre eller lignende.

Iindsamlingen af data gennemførtes i hver kommune inden for en projektperiode på en kalendermåned. Brøndby og Albertslund kommuner samarbejdede om gennemførelsen, og her foregik dataindsamlingen over to uger i hver kommune. I Ærø Kommune foregik undersøgelsen over tre uger på grund af de relativt få antal borgere i kommunen.

Resultaterne i denne rapport er baseret på besvarelser fra de i alt 76.484 personer, der deltog i spørgeskemaundersøgelsen, og på resultater af målinger og test fra de i alt 18.065 personer, der deltog i helbredsundersøgelsen ved KRAM-bussen. Læs mere om deltagelse og svarprocenter i bilag C.



Overvejelser om undersøgelsens metode og repræsentativitet

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 undersøgelser afhængig af dataindsamlingsmetoden. Mens data til KRAM-undersøgelsen er indsamlet ved et selvadministreret internetbaseret spørgeskema, er der i for eksempel de danske Sundheds- og Sygelighedsundersøgelser (SUSY-undersøgelserne) foretaget personlige interviews i svarpersonens hjem (Ekholm et al. 2006), mens regionale og kommunale sundhedsprofiler er baseret på postudsendte trykte skemaer. Selvadministrerede spørgeskemaer kan øge respondenternes villighed til at videregive følsomme oplysninger omkring sundhed sammenlignet med personligt eller telefonisk interview (Tourangeau & Yan 2007; Baum 2002; Parker & Dewey 2000). Det er sandsynligt, at undersøgelser baseret på personligt interview giver en højere svarprocent end papirbaserede undersøgelser, der til gengæld giver en højere svarprocent end internetbaserede undersøgelser (Mangunkusumo et al. 2005; Braithwaite et al. 2003). Udover forskelle i dataindsamlingsmetoder kan det have betydning, at alle voksne borgere i kommunerne har haft mulighed for at besvare spørgeskemaet i KRAM-undersøgelsen, mens andre undersøgelser oftest er baseret på en mindre stikprøve. Dette kan have betydning for deltagelsen, da borgerne ikke på samme måde føler sig særlig udvalgt og dermed mere forpligtiget til at besvare spørgeskemaet (Baum 2002).

En af styrkerne ved KRAM-undersøgelsen er et antalsmæssigt stort datamateriale. Til gengæld kan resultaterne ikke direkte generaliseres til at gælde for hele den voksne befolkning i KRAM-kommunerne eller i Danmark. Opgørelser af deltagere i KRAM-undersøgelsen set i forhold til

borgerne i kommunerne og i Danmark som helhed viser, at kvinderne er overrepræsenterede, mens særligt de yngste mænd er underrepræsenterede. Derudover ses en social skæv fordeling, idet der blandt svarpersoner og deltagere i KRAM-undersøgelsen er en større andel med en længerevarende uddannelse end i baggrundsbefolkningen (se bilag C). Det kan give en skævhed, fordi det er velkendt, at personer med længere uddannelser oftere har sundere vaner end personer med kortere uddannelse. Grunden til, at ikke alle inviterede deltog i KRAM-undersøgelsen kan eksempelvis skyldes, at de ikke ønskede at deltage, var bortrejst, syge eller lignende. Endvidere har det 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. 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 eller deltage i helbredsundersøgelsen. Endelig har det betydning for undersøgelsens repræsentativitet, at mange er forskerbeskyttede og derfor ikke kan inviteres (se bilag A).

Resultaterne fra KRAM-undersøgelsen kan således ikke bruges til at beskrive de rå forekomster af for eksempel rygere eller storforbrugere af alkohol i kommunerne. De samlede resultater fra Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen 2005 (SUSY-2005) anses som repræsentative for den danske befolkning. Når man sammenligner forekomsten af udvalgte usunde vaner i KRAM-undersøgelsen med forekomsten i SUSY-2005 ses, at der kun er relativt små forskelle i andelen af svarpersoner, der ikke spiser frugt dagligt, der drikker over Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse eller er stillesiddende i fritiden, mens der er en markant forskel i andelen af dagligrygere (tabel 2.1). Dette illustrerer, at rygerne er underrepræsenterede i KRAM-undersøgelsen, mens

Tabel 2.1 Andel med usunde KRAM-vaner i KRAM-undersøgelsen og i SUSY-2005. Procent

	Kost (andel, der ikke spiser frugt dagligt)	Rygning (andel, der ryger dagligt)	Alkohol (andel, der drikker over genstandsgrænsen)	Motion (andel, der er stille- siddende i fritiden)
KRAM-Undersøgelsen	55,1	15,1	10,3	16,3
SUSY-2005	49,6	29,6	14,3	12,9

det ser mere fornuftigt ud i forhold til forekomsten af de andre KRAM-faktorer. I de enkelte kapitler i denne rapport vil det fremgå, hvis der er stor forskel på de rå forekomster fundet i KRAM-undersøgelsen sammenlignet med tallene fra den nationalt repræsentative SUSY-2005.

I analyserne har det dog i nogen grad været muligt statistisk at tage højde for de køns-, alders- og uddannelsesmæssige forskelle mellem svarpopulationen og de øvrige borgere i kommunerne ved hjælp af vægte udregnet af Danmarks Statistik. Der er anvendt en metode, der indebærer, at alle analyser i rapporten er vægtet baseret på registeroplysninger om køn, alder, uddannelse, civilstand og indkomst for alle borgere i kommunen (Fangel, Linde & Thorsted 2007).

KRAM-undersøgelsen er en tværsnitsundersøgelse. Derfor er sammenhænge, der præsenteres i rapporten, ikke nødvendigvis et udtryk for, at den ene faktor har medført den anden, og

såfremt der faktisk eksisterer en kausal sammenhæng, vil det ikke kunne afgøres, hvilken vej sammenhængen går. Et eksempel er sammenhængen mellem overvægt og stress, hvor det ikke kan afgøres, om overvægt medfører øget stress, eller om øget stress medfører overvægt. Alle fund vedrørende forskelle mellem befolkningsgrupper eller sammenhænge mellem forskellige variable er som udgangspunkt blevet testet ved hjælp af en Chi²-test på signifikansniveau 0,01. Det betyder, at når der eksempelvis står, at andelen blandt mænd er større end andelen blandt kvinder, er forskellen mellem kønne testet og fundet statistisk signifikant.

Uddannelse er aldersafhængig, da det over de seneste årtier er blevet mere almindeligt at tage en længerevarende uddannelse, end det var tidligere. Aldersjusteringen i forhold til uddannelse er således væsentlig, fordi yngre hyppigere end ældre har længerevarende uddannelser. I rapporten vises derfor for udvalgte indikatorer en søjlefigur



opdelt for mænd og kvinder med aldersjusterede prævalenser for fire uddannelsesgrupper. Figurerne illustrerer således andelen med den givne indikator, såfremt aldersfordelingen i den pågældende gruppe var som i den voksne danske befolkning 1. januar 2008.

De 13 KRAM-kommuner har hver fået en rapport med anonymiserede resultater baseret på data fra egne borgere, der deltog i KRAM-undersøgelsen. Ambitionen for disse kommunale rapporter såvel som for nærværende rapport har været at præsentere analyser, der kan bruges til målretning af det fremtidige sundhedsfremme- og forebyggelsesarbejde. For eksempel analyser, der peger på hvilke grupper af borgere, der bør udvikles indsatser til, hvilke ønsker borgerne selv har, og hvordan man bedst henvender sig til borgerne for at gøre dem interesserede i indsatserne. Det særlige fokus på forskelle mellem grupper af borgere baseret på køn, alder og uddannelse indebærer analysemetoder, der mindsker betydningen af svarpersonernes fordeling i forhold til baggrundsbefolkningen.

Datamaterialets størrelse med i alt 76.484 svarpersoner i spørgeskemaundersøgelsen og 18.065 deltagere i helbredsundersøgelsen giver i forhold til undersøgelser baseret på mindre stikprøver en helt unik mulighed for at lave disse analyser på meget detaljerede grupper. Det gælder eksempelvis ønsker om hjælp til at blive mere fysisk aktiv blandt yngre, kortuddannede mænd, der ikke i forvejen er fysisk aktive, i forhold yngre, kortuddannede kvinder, der ikke i forvejen er fysisk aktive – eller i forhold til yngre mænd med lang uddannelse, der allerede er fysisk aktive.

KRAM-forskningsdatabase

Ved KRAM-undersøgelsens afslutning foreligger der et særdeles omfattende datamateriale med

selvrapporterede oplysninger om sundhedsvaner og med resultater fra målinger og test samt biologisk materiale fra en stor gruppe danskere. Alle data fra både spørgeskema- og helbredsundersøgelse er samlet i en database, der kan benyttes til videre forskning til gavn for fremtidig sundhedsfremme og forebyggelse.

Forskningsdatabasen indeholder spørgeskemabesvarelser fra de 76.484 svarpersoner. For personer, der har svaret på alle spørgsmål, omfatter databasen knap 1.100 spørgeskemabaserede variable. I databasen indgår desuden resultaterne fra de 18.065 personer, der har gennemført helbredsundersøgelsen; i alt cirka 130 variable per deltager. Der er foretaget kontrol og fejlretning af samtlige variable. Endvidere er der fra deltagere i helbredsundersøgelsen nedfrosset blod med henblik på senere analyser og DNA-oprensning. Forskningsdatabasen kan danne grundlag for forløbs- og tværsnitsundersøgelser. Svarpersonerne i spørgeskemaundersøgelsen og deltagere i helbredsundersøgelsen udgør desuden en samlet kohorte, der kan følges over tid i diverse registre og ved eventuel genopfølgning. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse ejer data, og forskere kan få adgang til databasen ved ansøgning. Henvendelse om procedurer og ansøgningsskema for dataudlevering kan rettes til Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, som står for håndtering af databasen og udlevering af data.

Tak fra KRAM-enheden

Fakta om helbredsundersøgelsen ved KRAM-bussen

- Helbredsundersøgelsen var åben i 1.374 timer og 45 minutter
- Der blev drukket 29.400 KRAM-vand á 0,5 liter
- Der blev udleveret 17.556 KRAM-t-shirts
- På den travleste dag var 128 deltagere igennem undersøgelsen
- På en typisk dag åbnede KRAM-bussen kl. 7:30 om morgenen, og den sidste medarbejder slukkede og lukkede kl. 18:30
- Der blev udfyldt over 18.000 samtykkeerklæringer, undersøgelseskort og resultatfoldere
- Der blev fyldt 103.356 blodprøveglasser
- Hver dag arbejdede 20-23 medarbejdere med dataindsamling ved KRAM-bussen
- Der blev pustet over 58.000 gange i lungefunktionsapparaterne
- 15.869 gennemførte en konditest; den længste konditest tog 23 min og 32 sek

KRAM-enheden på Statens Institut for Folkesundhed (SIF), Syddansk Universitet er den store gruppe medarbejdere, der på ugebasis skiftedes til at rejse rundt i landet og stå for dataindsamlingen. Ovenstående giver et indtryk af omfanget af KRAM-undersøgelsen. Til at løse den kæmpe opgave var der naturligvis mange andre mennesker end os fra SIF involveret. Vi vil gerne takke alle dem, der har bidraget til gennemførelsen af undersøgelsen – og til at gøre vores arbejde både bedre og sjovere.

Først og fremmest vil vi takke de mange personer, der deltog i KRAM-undersøgelsen. Både de 76.484, der tog sig tid til at udfylde spørgeskemaet, og de 18.065, der deltog i helbredsundersøgelsen – uden jer var undersøgelsen ikke blevet til noget! Til jer, der deltog i helbredsundersøgelsen, skal lyde en særlig tak for jeres smil og positive indstilling, som er den væsentligste årsag til, at vi husker tilbage på dataindsamlingen med glæde.



Dernæst vil vi gerne rette en stor tak til de 13 kommuner, der deltog i undersøgelsen. Vi er klar over, at det krævede et stort planlægningsarbejde, både før KRAM-bussen rykkede ind i kommunen, og mens det hele stod på. Undersøgelsen foregik i lokaler stillet til rådighed af kommunen: i sundhedscenter, rådhus, frivilligcenter, musikteater, biblioteksmødelokale, fritidscenter eller i medborgerhus. Nogle steder var der plads-beknæb, og her blev suppleret med atriumgård, skurvogne og pavilloner. Tak til medarbejdere og politikere i kommunerne, der velvilligt gik med til at vige pladsen til ære for blodtryksmålinger, hofte- og taljemålinger, blodprøvetagninger med mere.

Vi vil også gerne takke de praktiserende læger i kommunerne, der tog vel i mod borgere, der henvendte sig, fordi de havde fået målt ikke-normale værdier i helbredsundersøgelsen. For nogle deltageres vedkommende viste resultaterne sig heldigvis at være normale ved efterfølgende målinger hos egen læge. Andre kom i behandling for eksempelvis forhøjet blodtryk.



KRAM-bussen ankom til en ny kommune sent fredag aften, hvor et større udpakningsarbejde af diverse test- og undersøgelsesudstyr ventede, så alt kunne være klar til deltagerne mandag morgen. Heldigvis var det altid med hjælp fra kommunale medarbejdere og frivillige, der troppede op og gav en hånd med. Tak for de ekstra hænder. Også tak til de øvrige frivillige i kommunerne, der for eksempel sørgede for, at der var friskskåret frugt til deltagerne i helbredsundersøgelsen – og til os, når vi kunne snige os til det!

Også mange tak til vores sponsorer. I flere kommuner sponsorerede lokale erhvervsdrivende frugt og grønt, så deltagerne kunne få lidt sundt og godt mellem de mange målinger og test. TrygFonden sponsorerede t-shirts og vand til alle deltagerne. Vi vil også takke TrygFonden for førstehjælpsudstyr og hjertestartere og for at lære os at bruge det, så sikkerheden for deltagerne kunne være i top. Sidst men absolut ikke mindst vil vi gerne rette en stor tak til Cimber Air, der sponsorerede flybilletter til og fra Sønderborg, og Ærøfærgerne A/S, der sponsorerede færgeoverfarter til og fra Ærø.

Vi vil desuden sige ekstra tak til de kommuner, der bistod med overnatning til os. På vores tur gennem Danmark har vi overnattet i klublokaler, på vandrerhjem, hotel, pensionat og højskole og i wellnesscenter, frivilligcenter og sommerhus. Også tak til de kommuner, der bidrog med morgenmad, frokost med mere til KRAM-medarbejderne, eller som stillede motionsfaciliteter – træningshal, svømmehal eller fitnesslokaler – til rådighed, så vi selv kunne holde os i form i de perioder, vi var "ude" med KRAM-bussen.

Foruden os fra KRAM-enheden var vi til dataindsamlingen hver uge 2-3 bioanalytikere fra Rigshospitalet, 1 lokal sygeplejerske samt 5-6 lokale medarbejdere. Vi vil gerne takke de mange dataindsamlere, både de faste og de lokale, for et fantastisk gåpåmod. For selvom det var et stort arbejde med lange dage og få pauser, betød jeres ihærdighed, at undersøgelsen forløb næsten problemfrit og med højt humør.

Vi har undervejs i arbejdet med dataindsamlingen til KRAM-undersøgelsen både knoklet og grinet. Det har til tider været hårdt, men vi har fået rigtig mange gode erfaringer og har mødt en hel masse mennesker rundt i hele Danmark.

Stort tak til alle

Venlig hilsen
KRAM-enheden ved SIF

Del 2. KRAM-profil

Kapitel 3. Kost

- Mænd spiser tilsyneladende mere usundt end kvinder
- De ældre spiser oftere mere fedt og mere mættet fedt end anbefalet sammenlignet med de unge
- De unge spiser oftere mere tilsat sukker og spiser ikke så ofte frugt dagligt samt fisk til aftensmad mindst en gang om ugen sammenlignet med de ældre
- Der er procentvis flere, der spiser usundt blandt svarpersoner, der har mindre end 10 års uddannelse, end svarpersoner, der har 15 eller flere års uddannelse
- De, der spiser sundt, har bedre selv vurderet helbred

Kosten spiller en betydelig rolle for udvikling af overvægt og en række livsstilssygdomme som type-2-diabetes, hjertekarsygdom, kræft samt muskel- og skeletlidelser (WHO 2003). Kostens negative indflydelse på befolkningens sundhed skyldes i dag især en uhensigtsmæssig sammensætning af kosten og et for stort energiindtag. Fire procent af alle dødsfald relateres til indtagelse af for meget mættet fedt, og en tilsvarende andel af dødsfald er relateret til for lidt frugt og grønt (Juel, Sørensen & Brønnum-Hansen 2006). En kost med et højt fedtindhold, specielt mættet fedt, øger risikoen for hjertekarsygdom, overvægt og type-2-diabetes (WHO 2003; Astrup et al. 2005), og der er holdepunkter for, at en stor indtagelse af tilsat sukker via især sukkersødede drikkevarer øger risikoen for overvægt (Mølgaard et al. 2003). En kost med et lavt indhold af grøntsager og frugt øger risikoen for blandt andet hjertekarsygdom og visse kræftformer (Hallund J et al. 2007; Ovesen et al. 2002; Skibsted et al. 2006). Indtagelse af fisk en til to gange om ugen reducerer ligeledes risikoen for hjertekarsygdom (Andersen et al. 2003).

Den energi, vi får fra maden, kommer fra kulhydrat, protein og fedt (og eventuelt alkohol). Hvor stor en del af madens samlede energiindhold, der kommer fra hver af de enkelte næringsstoffer, angives ved en energiprocent, E%. Energiprocenterne kan bruges til at vurdere, om kosten lever op til de anbefalinger, der gælder for en sund kostsammensætning. Anbefalingerne for energifordelingen er vist i tabel 3.1.

Tabel 3.1 Anbefalinger for energifordeling i kosten

Kulhydrater	50 – 60 E%
Tilsat sukker	Max. 10 E%
Protein	10 – 15 E%
Fedt	Max. 30 E%
Mættet fedt	Max. 10 E%

(Alexander et al. 2004)

En anden måde at definere en sund kost er ud fra kostrådene. 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 dage
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 årstiderne. Det individuelle kostindtag kan blandt andet bestemmes ved hjælp af 24 timers kostinterview, måling af fødevarefrekvensen over en given periode, kostregistrering og brug af biokemiske markører for kostindtagelse (for eksempel måling af nitrogenudskillelse i urinen til bestemmelse af proteinindtaget).

I KRAM-undersøgelsen er oplysninger om kostvaner indsamlet fra KRAM-spørgeskemaet samt et supplerende kostspørgeskema. KRAM-spørgeskemaet indeholder relativt få kostspørgsmål, mens det supplerende kostspørgeskema indeholder detaljerede spørgsmål om kost- og måltidsvaner. I begge skemaer er fødevarefrekvensmetoden anvendt. I det supplerende kostspørgeskema er der spurgt til fødevarerindtaget inden for det seneste år, og svarpersonerne er endvidere blevet bedt om at angive portionsstørrelser.

Ud fra svarene i det supplerende kostspørgeskema er blandt andet energifordelingen beregnet via programmet FoodCalc. I de følgende analyser er svarpersoner, der har et beregnet energiindtag på under 2400 kJ og over 24.000 kJ/dag ekskluderet, da disse rapporteringer ikke er realistiske. Resultater for energifordelingen er sammenlignet med resultater fra De nationale undersøgelser af danskernes kostvaner og fysiske aktivitet fra 2003-06, som er lavet af Fødevareinstituttet (Fagt et al. 2008)(tabel 3.2). Resultaterne fra KRAM-undersøgelsen stemmer overens med resultaterne fra De nationale undersøgelser af danskernes kostvaner og fysisk aktivitet i forhold til samlet energiindtag, kulhydrat E% og protein E%, mens tilsat sukker E% og fedt E% ligger en del lavere. Forskellene kan skyldes forskellige indsamlings- og databearbejdningsmetoder, men sandsynligvis også at KRAM-deltagerne – og særligt de, der har haft overskud til også at udfylde kost-spørgeskemaet – udgør en selekteret gruppe af den danske befolkning, som nok spiser sundere end den øvrige befolkning.

Ved sammenligning med resultaterne fra De nationale undersøgelser af danskernes kostvaner og fysiske aktivitet er Atwater's energifaktorer benyttet til beregning af energiindtag og energifordeling. I analyserne, hvor der sammenlignes med de nordiske anbefalinger for kostsammensætning (Alexander et al. 2004), anvendes i stedet de nye faktorer til beregning, der blev introduceret, da næringsanbefalingerne fra 2004 udkom. I disse analyser er alkohol desuden ikke medtaget, da anbefalingerne fra 2004 er uden alkohol (Alexander et al. 2004).

Tabel 3.2 Energiindtag og energifordeling i KRAM-undersøgelsen og i De nationale undersøgelser af danskernes kostvaner og fysiske aktivitet

	De nationale undersøgelser af danskernes kostvaner og fysiske aktivitet 2003-06 (Fagt et al. 2008)	KRAM-undersøgelsen 2007-08
Antal	n = 2.578	n = 46.429
Alder	15 - 75 år	18+ år
Energi (MJ)	9,1	9,3
Kulhydrat E% ¹	52	52
Tilsat sukker E% ¹	9	6
Protein E% ¹	15	17
Fedt E% ¹	35	32
Mættet fedt E% ¹ *		12

Til beregning af energiindtag og energifordeling er benyttet Atwater's energifaktorer

¹ % eksklusive alkohol

* Resultaterne for mættet fedt er ikke publiceret fra De nationale undersøgelser af danskernes kostvaner og fysisk aktivitet

I det følgende fokuseres på andelen af svarpersoner i KRAM-undersøgelsen, der har et fedtindtag på over 30 E%, et indtag af mættet fedt på over 10 E%, et indtag af tilsat sukker på over 10 E%, ikke spiser frugt dagligt og ikke spiser fisk til aftensmad ugentligt. Disse parametre er medtaget som indikatorer for en usund og ikke varieret kost.

Indtag af fedt

Der er procentvis flere mænd (67,1 %) end kvinder (56,7 %), der indtager mere end 30 E% fedt. Andelen, der indtager mere end 30 E% fedt, stiger med alderen blandt både mænd og kvinder (tabel 3.3).

Tabel 3.3 Andel, der har et fedtindtag på over 30 E%, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Forekomst (%)	Antal svarpersoner
Total		61,6	46.429
Mænd	18-24 år	62,2	868
	25-44 år	64,1	5.076
	45-64 år	69,0	8.490
	65+ år	71,3	3.431
	Mænd i alt	67,1	17.865
Kvinder	18-24 år	50,6	2.006
	25-44 år	55,5	9.763
	45-64 år	58,1	13.523
	65+ år	59,5	3.272
	Kvinder i alt	56,7	28.564

Andelen, der indtager mere end 30 E% fedt, falder med stigende uddannelseslængde blandt mænd. Blandt kvinderne adskiller de to laveste uddannelsesgrupper sig ikke, men der er et fald fra 10-12 års uddannelse til mere end 15 års uddannelse (figur 3.1).

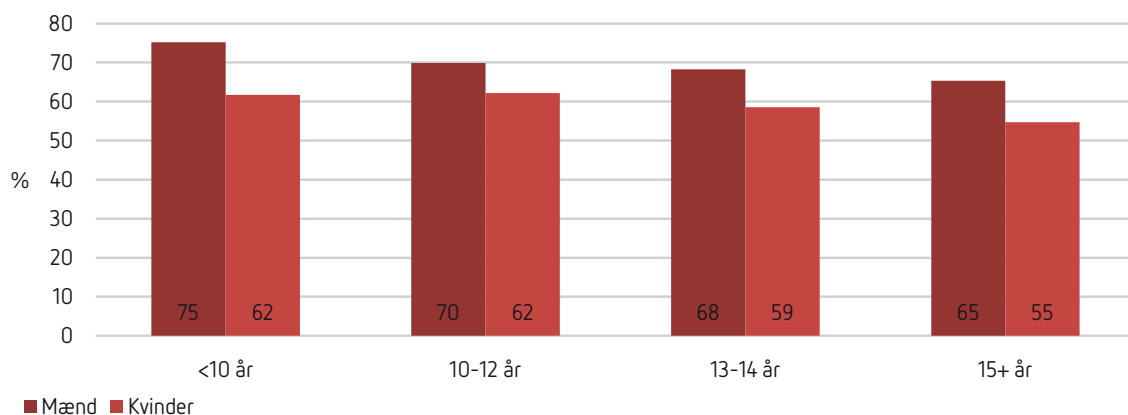
Der er ingen forskel i andelen, der indtager mere fedt end 30 E%, blandt erhvervsaktive (60,3 %) og ikke-erhvervsaktive (60,4 %) (data ikke vist).

Andelen, der i KRAM-undersøgelsen rapporterer, at de indtager mere fedt end 30 E%, er størst i Ærø Kommune og mindst i Aalborg Kommune (figur 3.2).

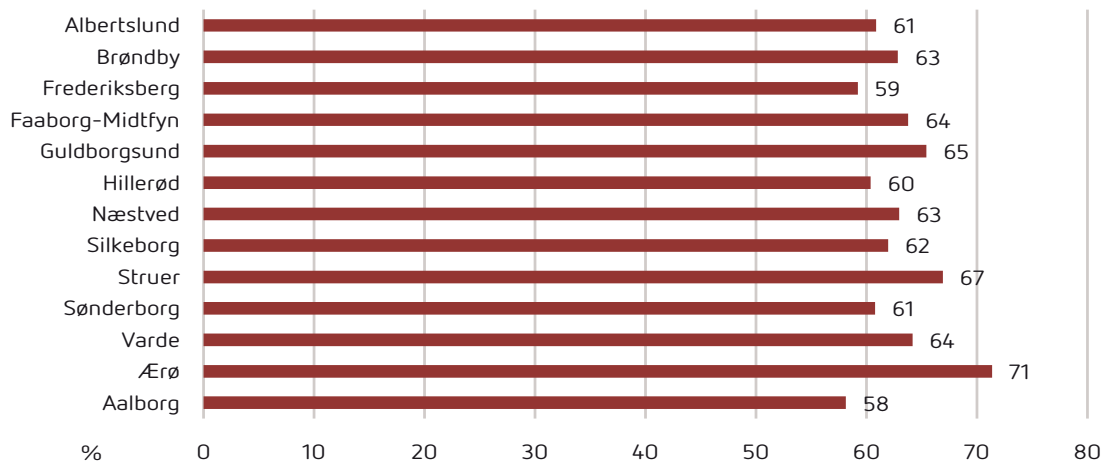
I KRAM-undersøgelsen er der en mindre andel, der rapporterer at have et godt eller virkelig godt selvvurderet helbred blandt svarpersoner, som har et indtag af fedt på over 30 E% (72,6 %) end blandt dem, som har et indtag af mættet fedt på under 30 E% (77,6 %) (data ikke vist).

Der ses også en svag sammenhæng mellem langvarig sygdom og andelen, der spiser mere end de anbefalede 30 E% fedt. Således er der en større andel, der rapporterer, at de har en langvarig sygdom, blandt dem, der har et indtag af fedt på over 30 E% (33,3 %), end blandt dem, der har et indtag af mættet fedt på under 30 E% (32,1 %) (data ikke vist).

Figur 3.1 Andel, der har et fedtindtag på over 30 E%, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Figur 3.2 Andel, der har et fedtindtag på over 30 E%, i de 13 KRAM-kommuner. Procent



Bemærk: Resultaterne gælder kun for de personer, der har deltaget i KRAM-undersøgelsen i de enkelte kommuner, og er ikke repræsentative for kommunens borgere som helhed

Indtag af mættet fedt

Ligesom for det totale fedtindtag er der procentvis flere mænd (84,2 %) end kvinder (74,0 %), der indtager mere end 10 E% mættet fedt. Andelen, der indtager mere end 10 E%, stiger ligeledes med alderen (tabel 3.4).

Sammenhængen mellem indtag af mættet fedt på over 10 E% og uddannelseslængde er den samme som for fedtindtaget. Andelen falder med stigende uddannelseslængde blandt mænd, mens den blandt kvinder falder fra 10-12 års uddannelse til mere end 15 års uddannelse (data ikke vist).

Der ses desuden en svag sammenhæng mellem erhvervsaktivitet og andelen, der indtager mere end 10 E% mættet fedt. Således er der blandt erhvervsaktive 78,3 %, som indtager over de anbefalede 10 E% mættet fedt, mens det er 76,8 % blandt ikke-erhvervsaktive (data ikke vist).

Tabel 3.4 Andel, der har et indtag af mættet fedt på over 10 E%, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Forekomst (%)	Antal svarpersoner
Total		78,8	46.429
Mænd	18-24 år	80,3	868
	25-44 år	82,5	5.076
	45-64 år	85,2	8.490
	65+ år	87,1	3.431
	Mænd i alt	84,2	17.865
Kvinder	18-24 år	69,0	2.006
	25-44 år	73,1	9.763
	45-64 år	74,7	13.523
	65+ år	77,5	3.272
	Kvinder i alt	74,0	28.564

Andelen, der i KRAM-undersøgelsen rapporterer, at de indtager mere end 10 E% mættet fedt, er størst i Struer og Ærø kommuner og mindst i Frederiksberg Kommune (figur 3.3).

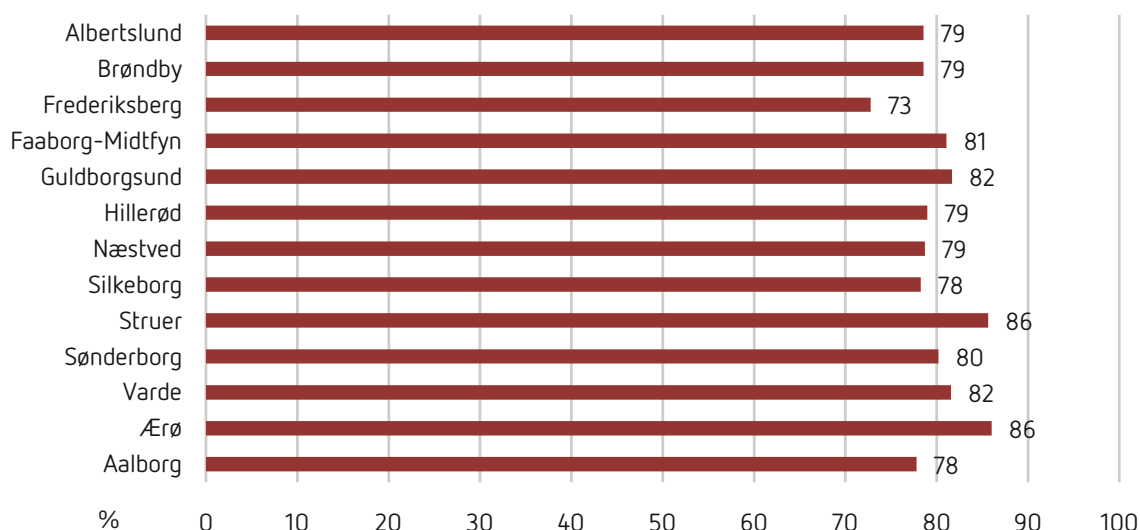
Der er en mindre andel, som har et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred, blandt de, der har et indtag af mættet fedt på over 10 E% (73,5 %) sammenlignet med de, der har et indtag af mættet fedt på under 10 E% (78,4 %) (data ikke vist). Der ses ingen sammenhæng mellem andelen, der spiser mere end de anbefalede 10 E% mættet fedt og langvarig sygdom (data ikke vist).

Indtag af tilsat sukker

Tilsat sukker betegnes ofte som "tomme kalorier", fordi tilsat sukker kun bidrager med energi, men ikke med næringsstoffer. Det anbefales, at tilsat sukker bidrager med højst 10% af energien for at opfylde anbefalingerne for kostfiber, vitaminer og mineraler, som det kan være svært at få tilstrækkeligt af med et højt sukkerindtag, samt for at mindske risikoen for huller i tænderne (Alexander et al. 2004; Mølgaard et al. 2003).

Indtaget af tilsat sukker adskiller sig på flere måder fra indtaget af fedt. Andelen, der indtager mere end 10 E% tilsat sukker, adskiller sig ikke blandt mænd (13,1 %) og kvinder (13,8 %).

Figur 3.3 Andel, der har et indtag af mættet fedt på over 10 E%, i de 13 KRAM-kommuner. Procent

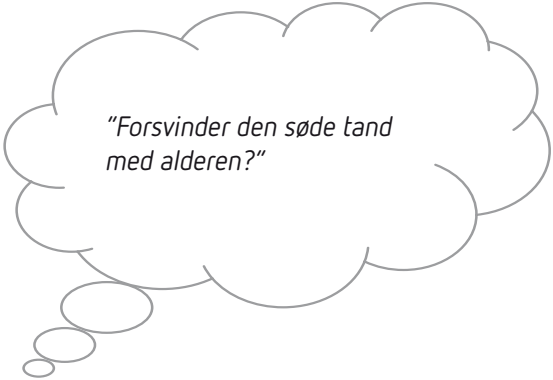


Bemærk: Resultaterne gælder kun for de personer, der har deltaget i KRAM-undersøgelsen i de enkelte kommuner, og er ikke repræsentative for kommunens borgere som helhed

Mens andelen, der indtager mere fedt og mættet fedt end anbefalet, er størst blandt de to ældste aldersgrupper, så er andelen, der indtager mere tilsat sukker end de anbefalede 10 E% størst blandt de to yngste aldersgrupper (tabel 3.5).

Tabel 3.5 Andel, der har et indtag af tilsat sukker på over 10 E%, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

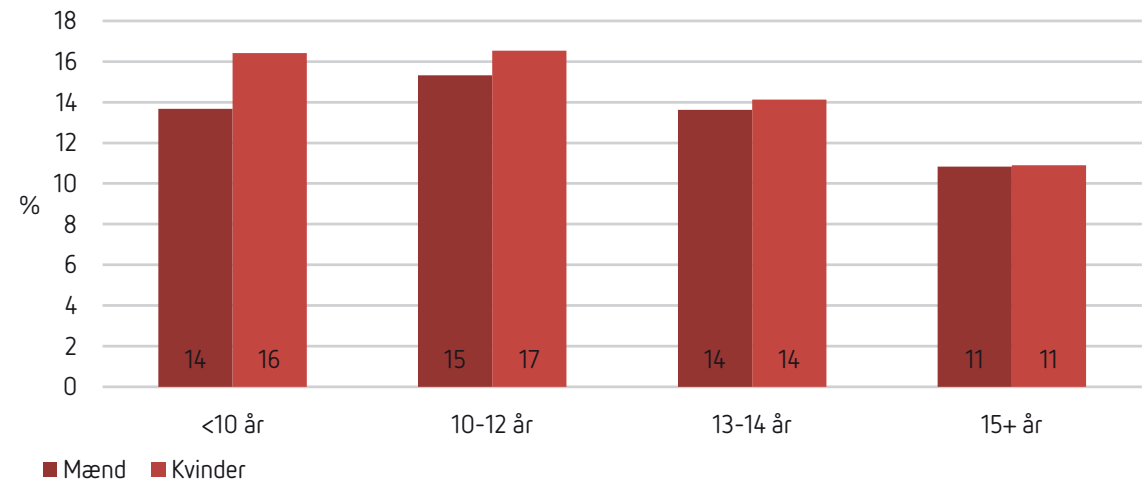
		Forekomst (%)	Antal svarpersoner
Total		13,5	46.429
Mænd	18-24 år	16,3	868
	25-44 år	17,8	5.076
	45-64 år	10,2	8.490
	65+ år	9,0	3.431
	Mænd i alt	13,1	17.865
Kvinder	18-24 år	17,8	2.006
	25-44 år	18,8	9.763
	45-64 år	10,2	13.523
	65+ år	10,3	3.272
	Kvinder i alt	13,8	28.564



Det fremgår af figur 3.4, at andelen, som indtager mere end de anbefalede 10 E% tilsat sukker, ikke er større blandt svarpersoner, der har under 10 års uddannelse end svarpersoner, der har 10 til 12 års uddannelse, men andelen falder med stigende uddannelseslængde fra 10 til 12 års uddannelse til 15 eller flere års uddannelse blandt både mænd og kvinder.

Der er ingen forskel i andelen, der indtager mere tilsat sukker end 10 E%, blandt erhvervsaktive (14,6 %) og ikke-erhvervsaktive (13,7 %) (data ikke vist).

Figur 3.4 Andel, der har et indtag af tilsat sukker på over 10 E%, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



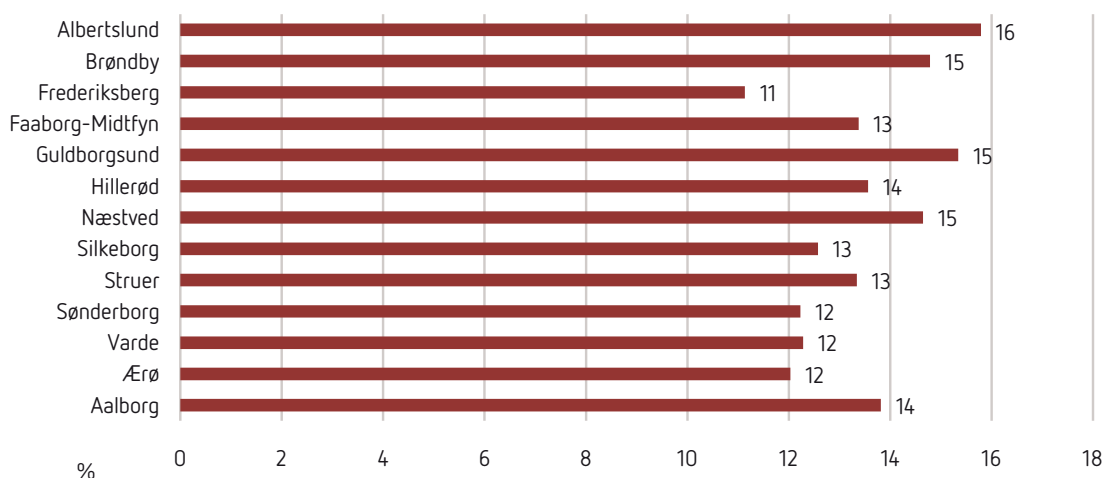
Andelen, der i KRAM-undersøgelsen rapporterer, at de har et indtag af tilsat sukker på mere end 10 E%, er størst i Albertslund Kommune og mindst i Frederiksberg Kommune (figur 3.5).

Andelen, der rapporterer at have et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred, er mindre blandt svarpersoner, der har et indtag af tilsat sukker på over 10 E% (67,6 %) sammenlignet med de, der har et indtag af tilsat sukker på under 10 E% (75,6 %) (data ikke vist). Der ses ingen sammenhæng mellem langvarig sygdom og andelen, der spiser mere end de anbefalede 10 E% tilsat sukker (data ikke vist).

Frugtindtag

Der er en væsentlig større andel blandt mænd (68,5 %) end kvinder (42,2 %) i KRAM-undersøgelsen, der ikke spiser frugt hver dag. Den største andel, der ikke spiser frugt dagligt, ses i aldersgruppen 18-24-år blandt både mænd og kvinder. Blandt både mænd og kvinder falder andelen med stigende alder til og med aldersgruppen 45-64 år, hvorefter andelen stiger lidt (tabel 3.6).

Figur 3.5 Andel, der har et indtag af tilsat sukker på over 10 E%, i de 13 KRAM-kommuner. Procent



Bemærk: Resultaterne gælder kun for de personer, der har deltaget i KRAM-undersøgelsen i de enkelte kommuner, og er ikke repræsentative for kommunens borgere som helhed

Tabel 3.6 Andel, der ikke spiser frugt dagligt, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

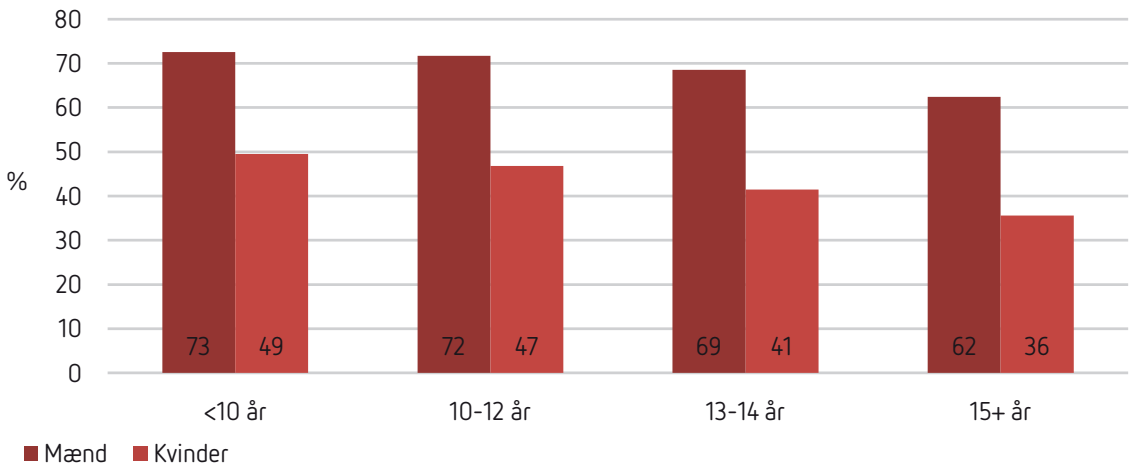
		Forekomst (%)	Antal svarpersoner
Total		55,1	75.957
Mænd	18-24 år	77,5	2.088
	25-44 år	70,4	8.654
	45-64 år	64,6	13.730
	65+ år	67,1	6.419
	Mænd i alt	68,5	30.891
Kvinder	18-24 år	51,4	3.613
	25-44 år	45,5	14.874
	45-64 år	36,9	20.221
	65+ år	42,4	6.358
	Kvinder i alt	42,2	45.066

Der ses en sammenhæng mellem andelen, der ikke spiser frugt dagligt, og uddannelseslængde. Blandt mænd og kvinder falder andelen, der ikke spiser frugt dagligt med stigende uddannelseslængde (figur 3.6).

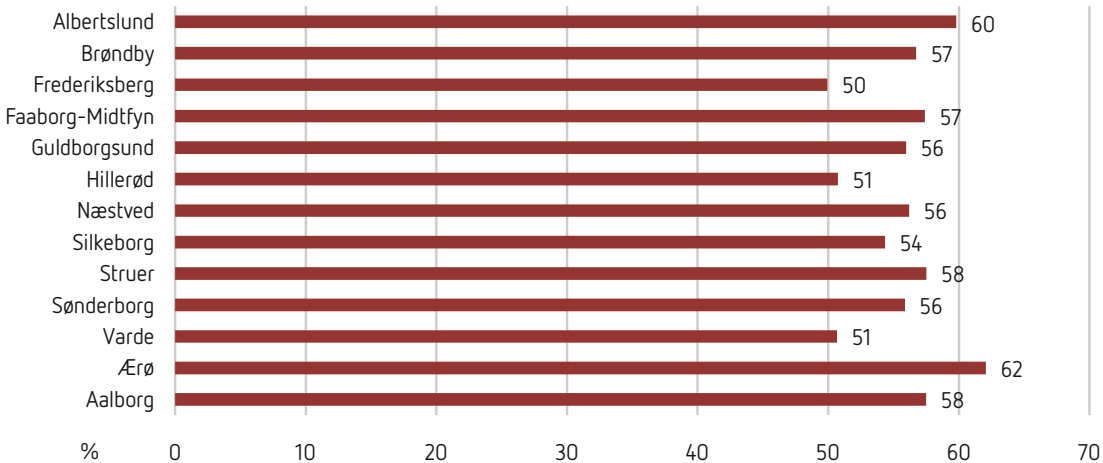
Der ses desuden en sammenhæng mellem erhvervsaktivitet og det ikke at spise frugt dagligt. Således er der blandt erhvervsaktive 53,0 %, som ikke spiser frugt hver dag, mens det er 57,8 % blandt ikke-erhvervsaktive (data ikke vist).

I figur 3.7 ses andelen i de 13 KRAM-kommuner, som ikke spiser frugt dagligt. Det ses, at andelen er mindst i Frederiksberg, Hillerød og Varde kommuner og størst i Ærø Kommune.

Figur 3.6 Andel, der ikke spiser frugt dagligt, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Figur 3.7 Andel, der ikke spiser frugt dagligt, i de 13 KRAM-kommuner. Procent



Bemærk: Resultaterne gælder kun for de personer, der har deltaget i KRAM-undersøgelsen i de enkelte kommuner, og er ikke repræsentative for kommunens borgere som helhed

Andelen, der rapporterer at have et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred, er mindre blandt svarpersoner, der ikke spiser frugt dagligt (69,3 %) sammenlignet med de, der spiser frugt dagligt (78,4 %) (data ikke vist). Der er ingen sammenhæng mellem frugtindtag og langvarig sygdom (data ikke vist).

Fiskeindtag

I KRAM-undersøgelsen 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.

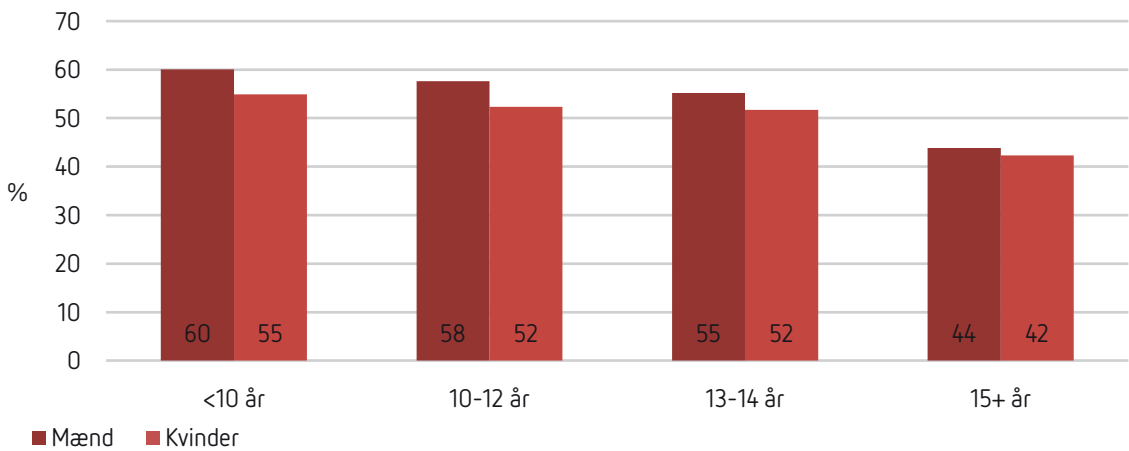
Der er procentvis lidt flere mænd (53,3 %) end kvinder (50,0 %), der ikke spiser fisk til aftensmad mindst en gang om ugen. Der ses ligeledes en forskel mellem de forskellige aldersgrupper.

Tabel 3.7 Andel, der ikke spiser fisk til aftensmad mindst en gang om ugen, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Forekomst (%)	Antal svarpersoner
Total		51,6	75.936
Mænd	18-24 år	65,3	2.086
	25-44 år	60,2	8.656
	45-64 år	51,7	13.722
	65+ år	37,1	6.415
	Mænd i alt	53,3	30.879
Kvinder	18-24 år	63,1	3.612
	25-44 år	59,6	14.868
	45-64 år	47,3	20.224
	65+ år	32,1	6.353
	Kvinder i alt	50,0	45.057

For både mænd og kvinder gælder det, at andelen, der ikke spiser fisk til aftensmad mindst en gang om ugen, falder med stigende alder (tabel 3.7).

Figur 3.8 Andel, der ikke spiser fisk til aftensmad mindst en gang om ugen, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent

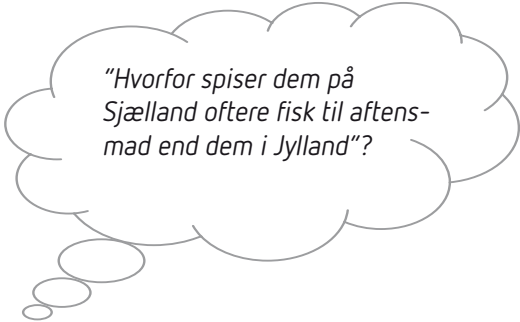


Andelen, som ikke spiser fisk til aftensmad, falder overordnet med stigende uddannelseslængde blandt mænd og kvinder (figur 3.8).

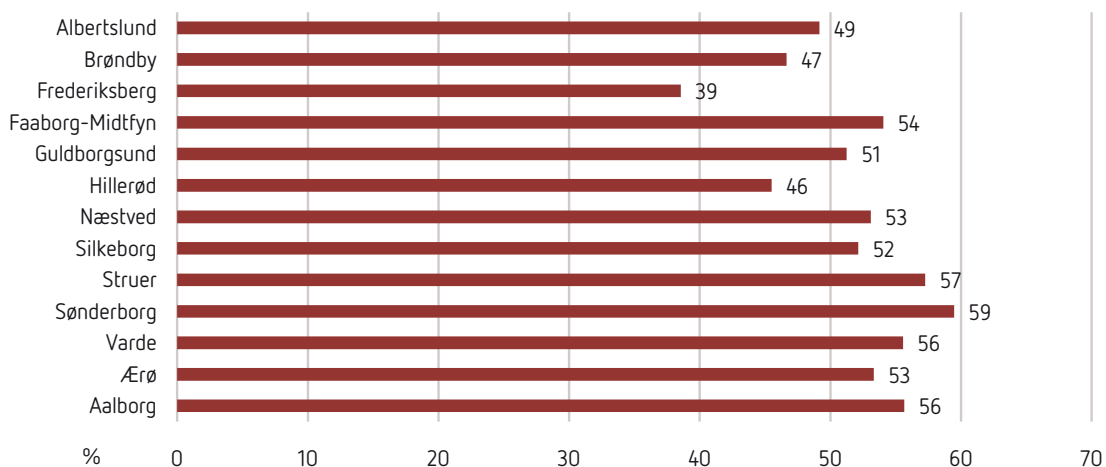
Der ses en sammenhæng mellem erhvervsaktivitet og andelen, der ikke spiser fisk til aftensmad mindst en gang om ugen. Således er der blandt erhvervsaktive 56,3 %, der ikke spiser fisk til aftensmad ugentligt, mens det er 54,4 % blandt ikke-erhvervsaktive (data ikke vist).

Af figur 3.9 ses andelen i de 13 KRAM-kommuner, der har svaret, at de ikke spiser fisk til aftensmad mindst en gang om ugen. Det ses, at andelen er mindst i Frederiksberg Kommune sammenlignet med i de øvrige KRAM-kommuner. Det tyder på ud fra figur 3.9, at der overordnet oftere spises fisk til aftensmad på Sjælland (Frederiksberg 39 %, Hillerød 46 %, Brøndby 47 %, Albertslund 49 % og Næstved 53 %) i forhold til Jylland (Sønderborg 59 %, Struer 57 %, Varde 56 %, Aalborg 56 % og Silkeborg 52 %).

Andelen, der rapporterer at have et godt eller virkelig godt selvvurderet helbred, er mindre blandt de, som ikke spiser fisk til aftensmad mindst en gang om ugen (71,6%), sammenlignet med de, der spiser fisk til aftensmad en gang om ugen (75,3 %) (data ikke vist).



Figur 3.9 Andel, der ikke spiser fisk til aftensmad mindst en gang om ugen, i de 13 KRAM-kommuner. Procent



Bemærk: Resultaterne gælder kun for de personer, der har deltaget i KRAM-undersøgelsen i de enkelte kommuner, og er ikke repræsentative for kommunens borgere som helhed

Kapitel 4. Rygning

- Jo længere uddannelse, desto mindre er andelen, der ryger dagligt og andelen, der er storrygere
- Seks ud af ti rygere begyndte at ryge, før de fyldte 18 år
- Andelen, der er udsat for passiv rygning i otte eller flere timer dagligt, falder med stigende uddannelseslængde
- Der ses en sammenhæng mellem passiv rygning og selv vurderet helbred samt langvarig sygdom

Rygning er den af de kendte modificerbare risikofaktorer, der har størst betydning for dødeligheden i Danmark. 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 hjertekarsygdom og en række andre kræftsygdomme – som for eksempel kræft i spiserør, mund, svælg, urinblære, bugspytkirtel, nyre, mavesæk og livmoderhals. Risikoen for at få en rygerrelateret sygdom øges med rygemængde, graden af inhalering samt antal år, man har røget. Rygning er en medvirkende faktor til knapt 14.000 dødsfald om året, og beregninger har vist, at rygere lever 7-10 år kortere end aldrig-rygere. Sundhedsvæsenets årlige nettoomkostninger relateret til rygning er estimeret til at være 3,4 mia. kr. (Juel, Sørensen & Brønnum-Hansen 2006).

Dagligrygere

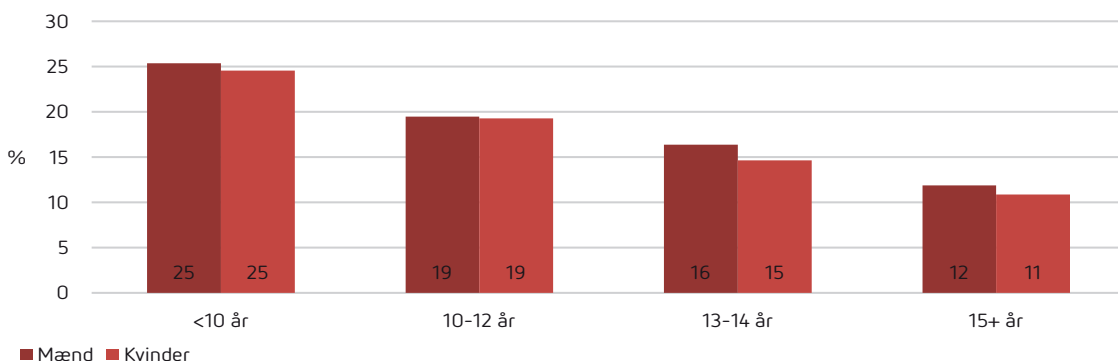
Det fremgår af tabel 4.1, at 15,1 % af svarpersonerne ryger dagligt. Dette er en mindre andel end i SUSY-2005 (29,6 %). Det fremgår desuden, at andelen, der ryger dagligt, er næsten den samme blandt mænd (15,6 %) og kvinder (14,5 %). Der ses ingen tydelig sammenhæng mellem alder og andelen, der ryger dagligt.

Tabel 4.1 Andel, der ryger dagligt, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Forekomst (%)	Antal svarpersoner
Total		15,1	75.974
Mænd	18-24 år	14,2	2.082
	25-44 år	15,5	8.647
	45-64 år	17,6	13.735
	65+ år	13,0	6.434
	Mænd i alt	15,6	30.898
Kvinder	18-24 år	12,8	3.614
	25-44 år	16,3	14.868
	45-64 år	15,9	20.239
	65+ år	9,8	6.355
	Kvinder i alt	14,5	45.076

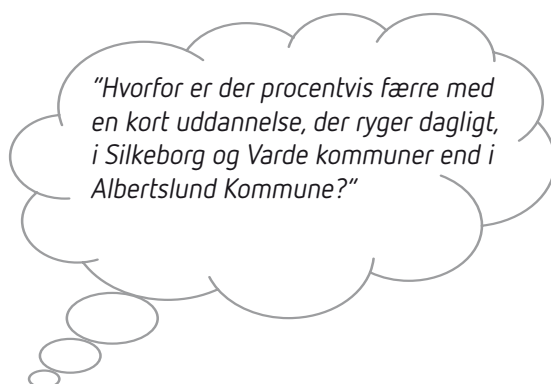
Andelen, der ryger dagligt, blandt mænd og kvinder i forskellige uddannelsesgrupper fremgår af figur 4.1. Af figuren ses, at andelen, der ryger dagligt, falder med stigende uddannelseslængde blandt både mænd og kvinder – fra omkring hver fjerde blandt svarpersoner, der har mindre end 10 års uddannelse, til omkring hver tiende blandt svarpersoner, der har 15 eller flere års uddannelse. Der er især en relativ stor andel, der ryger dagligt, blandt 25-44-årige mænd (33,9 %) og kvinder (37,6 %), der har mindre end 10 års uddannelse (data ikke vist).

Figur 4.1 Andel, der ryger dagligt, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent

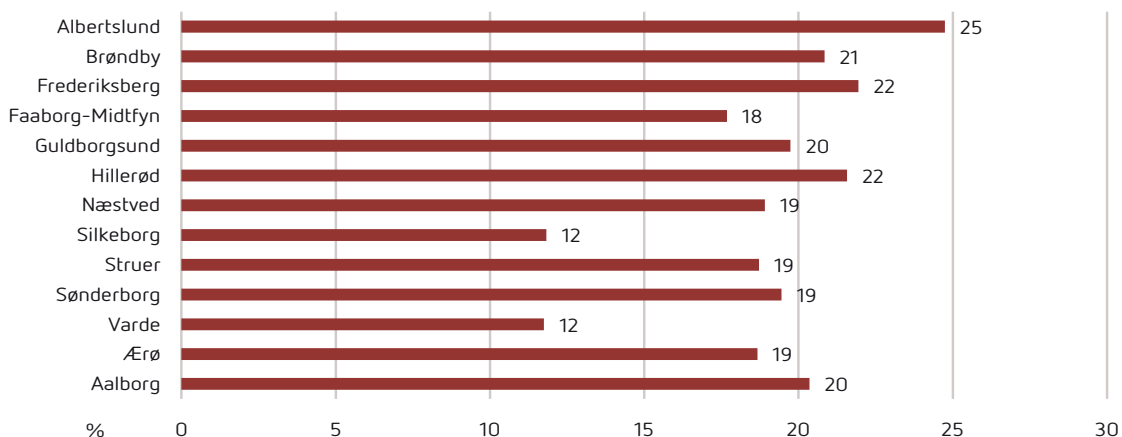


Der ses ingen forskel i andelen, der ryger dagligt, blandt erhvervsaktive (15,2 %) og ikke-erhvervsaktive (16,5 %) (data ikke vist).

Figur 4.2 viser andelen, der ryger dagligt, blandt svarpersoner med mindre end 10 års uddannelse, i de 13 KRAM-kommuner. Det ses, at blandt svarpersoner, der har mindre end 10 års uddannelse, er andelen, der ryger dagligt, størst i Albertslund Kommune og mindst i Silkeborg og Varde kommuner.



Figur 4.2 Andel, der ryger dagligt, blandt svarpersoner, der har mindre end 10 års uddannelse, i de 13 KRAM-kommuner. Procent



Bemærk: Resultaterne gælder kun for de personer, der har deltaget i KRAM-undersøgelsen i de enkelte kommuner, og er ikke repræsentative for kommunens borgere som helhed

Der er en mindre andel, der vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt, blandt svarpersoner, der ryger dagligt (58,6 %), end blandt de, der ikke ryger dagligt (76,0 %) (data ikke vist).

Endvidere er der en større andel, der har en langvarig sygdom, blandt svarpersoner, der ryger dagligt (37,2 %), end blandt svarpersoner, der ikke ryger dagligt (31,5 %) (data er ikke vist).

Storrygere

I KRAM-undersøgelsen er der endvidere spurgt til, hvor meget man ryger. I alt angiver 7,9 % af rygerne, at de ryger 15 eller flere cigaretter om dagen (tabel 4.2). Disse betegnes i det følgende som storrygere. Ligesom ved daglig rygning er der en mindre andel, der er storrygere, i KRAM-undersøgelsen end i SUSY-2005 (16,6 %).

Af tabel 4.2 ses desuden, at der ligesom ved dagligrygerne, ikke er forskel på andelen, der er storrygere, blandt mænd (8,6 %) og kvinder (7,3 %).

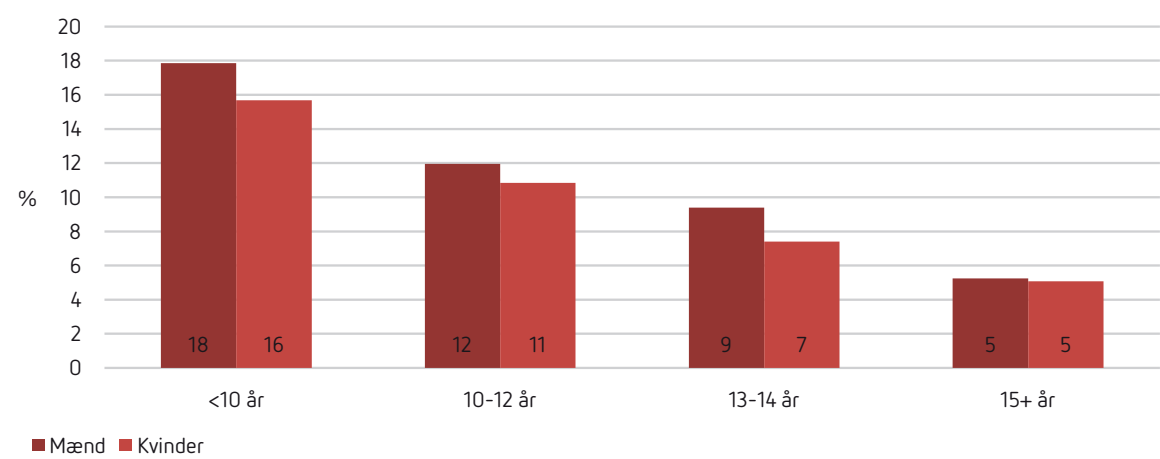
Tabel 4.2 Andel, der er storrygere, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Forekomst (%)	Antal svarpersoner
Total		7,9	74.982
Mænd	18-24 år	6,9	2.078
	25-44 år	10,2	8.607
	45-64 år	10,1	13.269
	65+ år	3,7	6.088
	Mænd i alt	8,6	30.042
Kvinder	18-24 år	5,4	3.613
	25-44 år	8,9	14.859
	45-64 år	8,4	20.162
	65+ år	3,4	6.306
	Kvinder i alt	7,3	44.940

Både blandt mænd og kvinder er der procentvis flere, der er storrygere, i aldersgrupperne 25-44 år og 45-64 år end i den yngste og den ældste aldersgruppe.

Andelen, der er storrygere, falder med stigende uddannelseslængde blandt både mænd og kvinder (figur 4.3). Endvidere er der en relativ stor andel, der er storrygere, blandt 25-44-årig mænd (27,3 %) og kvinder (27,0 %), der har

Figur 4.3 Andel, der er storrygere, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



mindre end 10 års uddannelse (data ikke vist). Der er altså markante sociale forskelle i befolkningens rygemønster, hvilket også genfindes i andre undersøgelser (Giskes et al. 2005; Huisman et al. 2005).

Der ses ingen forskel i forekomsten af storrygere blandt erhvervsaktive (8,5 %) og ikke-erhvervsaktive (9,1 %) (data ikke vist).

Andelen, der er storrygere, blandt svarpersoner, der har mindre end 10 års uddannelse, er størst i Brøndby, Frederiksberg og Ærø kommuner (figur 4.4).

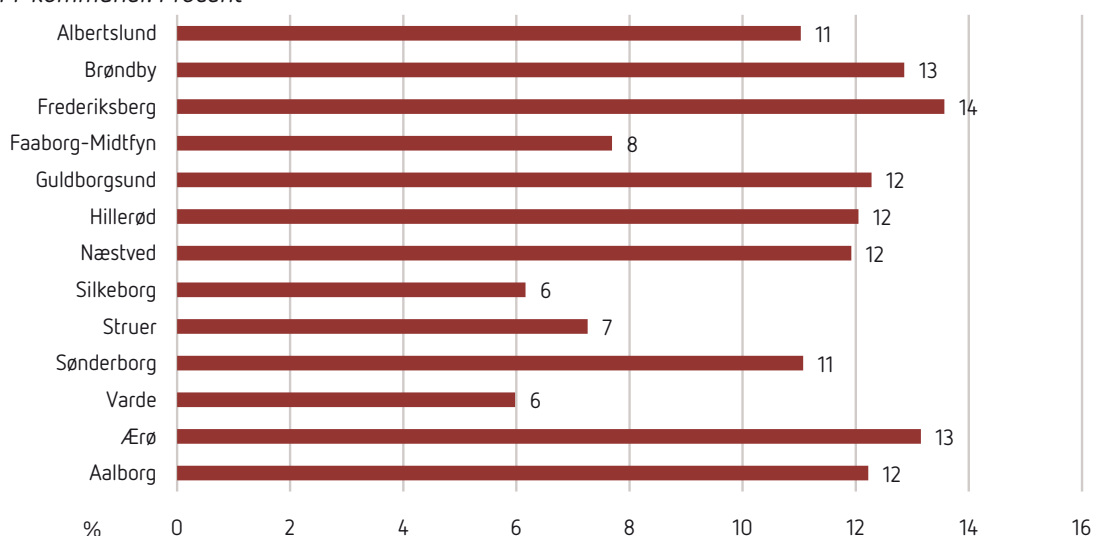
Der ses en sammenhæng mellem selv vurderet helbred og andelen, der er storrygere. Således er der 75,3 %, der vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt blandt svarpersoner, som ikke er storrygere, mens det er 51,4 % blandt svarpersoner, som er storrygere (data ikke vist).

Endvidere ses en sammenhæng mellem andelen, der er storrygere og langvarig sygdom. Blandt storrygere er der 40,1 %, der har en langvarig sygdom, mens det kun er 31,7 % blandt de, der ikke er storrygere. I sær er der en relativ stor andel, der har en langvarig sygdom, blandt kvinder, der er storrygere (44,9 %) (data ikke vist).

Alder ved rygedebut

Det er tidligere vist, at de fleste rygere begynder at ryge i teenageårene. I begyndelsen er der ofte tale om lejlighedsvis rygning, men denne mere eksperimenterende form ændrer sig gradvist til daglig, vanedannende rygning. Rygningen har i startfasen høj symbolværdi, idet den får de unge til at føle sig voksne, modne, smarte med videre. Rygningen opleves som identitets- og imageskabende. (Statens Institut for Folkesundhed 2005; Holstein et al. 1990).

Figur 4.4 Andel, der er storrygere, blandt svarpersoner, der har mindre end 10 års uddannelse, i de 13 KRAM-kommuner. Procent



Bemærk: Resultaterne gælder kun for de personer, der har deltaget i KRAM-undersøgelsen i de enkelte kommuner, og er ikke repræsentative for kommunens borgere som helhed

I KRAM-undersøgelsen er der spurgt til, hvor gamle svarpersonerne var, da de begyndte at ryge. Figur 4.5 viser alderen ved rygedebut blandt mænd og kvinder. Det ses, at omkring seks ud af ti begyndte at ryge, før de fyldte 18 år. Det ses desuden, at mænd starter med at ryge lidt tidligere end kvinder. Endvidere startede svarpersoner med en kort uddannelse tidligere med at ryge end de med en lang uddannelse. Således begyndte 65,8 % af svarpersonerne med mindre end 10 års uddannelse at ryge, inden de fyldte 18 år, mens det er 51,2 % af svarpersonerne med 15 eller flere års uddannelse (data ikke vist). Det skal dog bemærkes, at – især ældre – svarpersoner kan have husket forkert, da de blev bedt om at huske mange år tilbage i tiden.

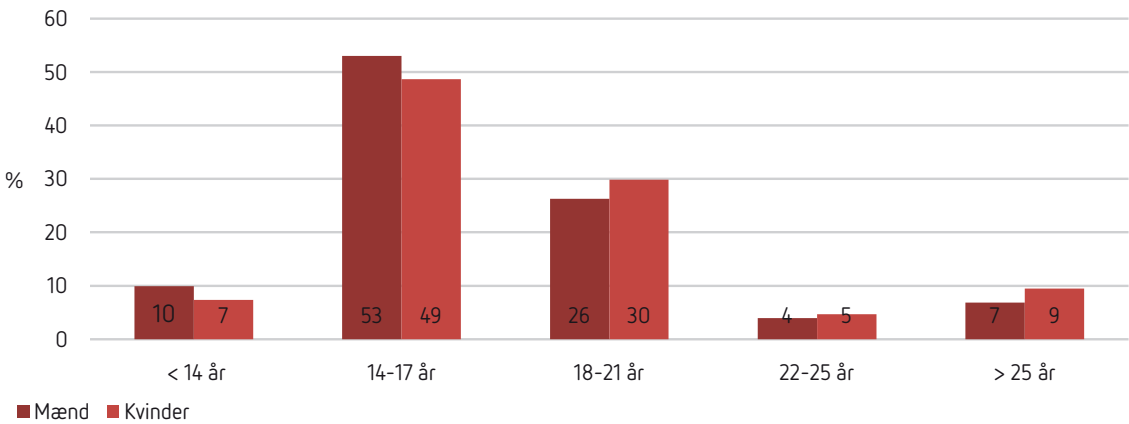
Passiv rygning

Passiv rygning forekommer, når en person ved vejtrækningen indånder røgen fra tobaksrygning. En ryger er således også passiv ryger, når

personen trækker vejret i røgen. Passiv rygning medfører ofte gener som for eksempel irritation af øjne og slimhinder i halsen, hoste, hovedpine samt lugtgener. Ydermere medfører passiv rygning øget risiko for kroniske sygdomme som lungekræft, hjertekarsygdom samt luftvejslidelser (Clemmensen et al. 2005).

Spørgsmålet, der anvendes til at belyse, i hvor høj grad svarpersonerne er udsat for passiv rygning, lyder: "Hvor mange timer opholder du dig dagligt i lokaler, hvor der ryges?". I det følgende fokuseres på andelen, der er udsat for passiv rygning i otte eller flere timer dagligt. I alt oplyser 7,4 % af svarpersonerne, at de opholder sig otte eller flere timer dagligt i et lokale, hvor der ryges – eventuelt af dem selv (data ikke vist). Blandt svarpersoner, der aldrig har røget, er det kun 2,1 %, der er udsat for passiv rygning i otte eller flere timer dagligt. Overordnet er andelen, der er udsat for passiv rygning i otte eller flere timer dagligt, den samme blandt mænd (7,2 %) og kvinder (7,7 %). Blandt de 25-44-årige er der en relativ lille andel, (5,7 %), der er udsat for passiv rygning i otte el-

Figur 4.5 Andel, der var henholdsvis under 14 år, 14-17 år, 18-21 år, 22-25 år og over 25 år ved rygedebut, blandt mænd og kvinder, der ryger eller tidligere har røget. Procent



ler flere timer dagligt, end i de øvrige aldersgrupper (data ikke vist).

Der ses en sammenhæng mellem andelen, der er udsat for passiv rygning i otte eller flere timer dagligt, og uddannelseslængde (figur 4.6). Således falder andelen, der er udsat for passiv rygning i otte eller flere timer dagligt, med stigende uddannelseslængde blandt både mænd og kvinder. Sammenhængen mellem passiv rygning og uddannelseslængde ses også, når der kontrolleres for egen rygning (data ikke vist).

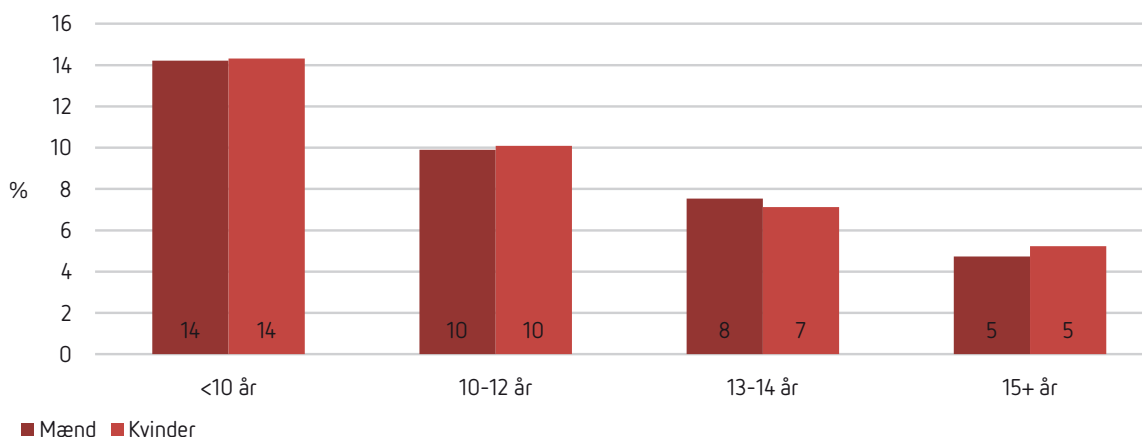
Endvidere ses en tydelig sammenhæng mellem selv vurderet helbred og udsættelse for passiv rygning. Således er andelen, der vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt, mindre blandt svarpersoner, der er udsat for passiv rygning i otte

eller flere timer dagligt (54,1 %), end blandt svarpersoner, der er udsat for passiv rygning i mindre end én time dagligt (76,4 %) (data ikke vist).

Der ses også en sammenhæng mellem passiv rygning og langvarig sygdom. Blandt svarpersoner, der er udsat for passiv rygning i otte eller flere timer dagligt, oplyser 44,6 %, at de har en langvarig sygdom, mens det er 31,1 % blandt svarpersoner, der er udsat for passiv rygning i mindre end én time dagligt (data ikke vist).

Sammenhængen mellem passiv rygning og henholdsvis selv vurderet helbred og langvarig sygdom ses også, når der kontrolleres for egen rygning (data ikke vist).

Figur 4.6 Andel, der opholder sig mindst otte timer dagligt i lokaler, hvor der ryges – eventuelt af dem selv, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Kapitel 5. Alkohol

- Mænd overskrider oftere genstandsgrænsen end kvinder
- Unge overskrider oftere genstandsgrænsen end ældre
- Der er procentvis flere, der overskrider genstandsgrænsen, blandt svarpersoner, der har 15 eller flere års uddannelse sammenlignet med de, der har mindre end 10 års uddannelse
- Alderen, hvor man var fuld første gang, er faldet markant gennem tiden
- Tidlig alkohooldebut er relateret til hyppigere overskridelse af genstandsgrænsen

Et højt alkoholforbrug har alvorlige konsekvenser for krop såvel som psyke. Personer med et stort alkoholforbrug 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, Sørensen & Brønnum-Hansen 2006). Denne overdødelighed kan især tilskrives sygdomme som slagtilfælde, skrumpelever, bugspytkirtelbetændelse samt kræft i mundhule, svælg, spiserør, bryst og tyktarm (Corrao et al. 2004). Derudover medfører alkoholmisbrug og -afhængighed en række psykiske lidelser og problemer som for eksempel vold, kriminalitet, seksuelle overgreb samt problemer i forhold til familien og arbejdspladsen. Alkohol er dog også et nydelsesmiddel, som de fleste danskere har et fornuftigt forhold til. Endvidere har et moderat alkoholforbrug også positive helbredseffekter, da midaldrende og ældre personer med et moderat alkoholforbrug, sammenlignet med afholdende har en 20-30 % lavere risiko for at dø af iskæmisk hjertesygdom (Fagrell et al. 1999). Betydningen af alkohol som risikofaktor for sygelighed og dødelighed er således i nogen grad kompliceret af, at der også er kendte positive fysiske såvel som psykiske og sociale virkninger af et let til moderat alkohol-

forbrug. Det står dog fast, at det er de skadelige virkninger af alkohol, der er et af de største folkesundhedsmæssige problemer, i det danske samfund (Grønbæk 2004).

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 sammenlignet med personer, der ikke overskrider genstandsgrænsen. Desuden har personer, som overskrider genstandsgrænsen, samlet set 150.000 ekstra kontakter til praktiserende læge og 350.000 ekstra sygedage hvert år sammenlignet med personer, der ikke overskrider genstandsgrænsen. Sundhedsvæsenet har en årlig nettoudgift på grund af alkohol på cirka 597 mio. kr. (Juel, Sørensen & Brønnum-Hansen 2006).

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 anbefalede genstandsgrænse. 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 ud 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 lade være med at drikke alkohol.

Alkoholforbrug i en typisk uge

I KRAM-undersøgelsen er svarpersonerne 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 det antages, 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 alkoholforbrug i en typisk uge.

Tabel 5.1 viser alkoholforbruget blandt mænd og kvinder i KRAM-undersøgelsen. Det ses, at den største andel blandt både mænd og kvinder drikker 1-7 genstande om ugen. Mænd drikker generelt mere end kvinder. I aldersgruppen 18-24 år, er der en større andel, som har et stort alkoholforbrug, end i de øvrige aldersgrupper. Dette gælder særligt blandt mænd.

Tabel 5.1 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	11,4	12,5	9,9	9,6	10,8
1-7 genstande	23,8	48,2	36,5	33,8	38,3
8-14 genstande	22,2	23,0	27,7	27,7	25,5
15-21 genstande	16,9	9,6	13,3	14,8	12,8
22-29 genstande*	12,5	3,7	6,4	8,2	6,6
30 eller flere genstande*	13,2	3,1	6,3	6,1	6,0
Antal svarpersoner	2.065	8.597	13.689	6.397	30.748

Kvinder	18-24 år	25-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
0 genstande	17,6	23,5	16,6	20,1	19,4
1-7 genstande	41,3	60,0	52,3	48,5	52,6
8-14 genstande	26,4	13,2	22,2	21,3	19,8
15-21 genstande*	10,0	2,4	6,0	7,0	5,6
22-29 genstande*	3,2	0,6	1,9	2,1	1,7
30 eller flere genstande*	1,5	0,3	1,1	1,0	0,9
Antal svarpersoner	3.597	14.814	20.172	6.322	44.905

*Overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse for ugentligt forbrug

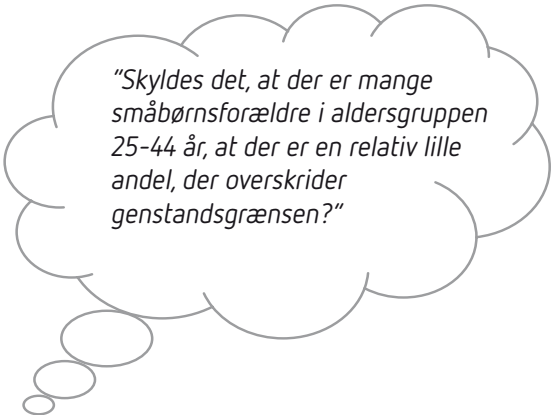
I KRAM-undersøgelsen overskrider 10,3 % af svarpersonerne Sundhedsstyrelsen genstandsgrænse i løbet af en typisk uge (tabel 5.2). Dette er en mindre andel end i SUSY-2005 (14,3 %).

Tabel 5.2 Andel, der overskrider Sundhedsstyrelsen genstandsgrænse i en typisk uge, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Forekomst (%)	Antal svarpersoner
Total		10,3	75.673
Mænd	18-24 år	25,8	2.065
	25-44 år	6,8	8.602
	45-64 år	12,7	13.691
	65+ år	14,2	6.397
	Mænd i alt	12,6	30.755
Kvinder	18-24 år	14,7	3.600
	25-44 år	3,3	14.820
	45-64 år	9,0	20.175
	65+ år	10,1	6.323
	Kvinder i alt	8,2	44.918

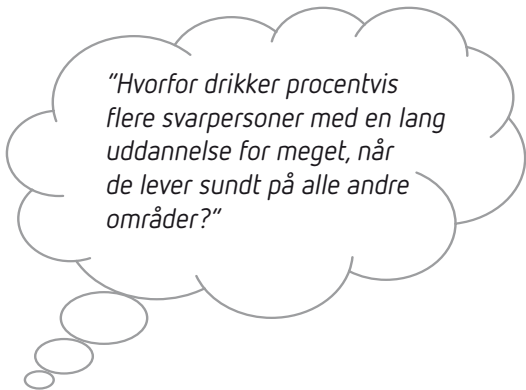
Det fremgår endvidere af tabel 5.2, at der i KRAM-undersøgelsen er procentvis flere mænd (12,6 %) end kvinder (8,2 %), som overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse i løbet af en uge. Blandt både mænd og kvinder er der en større andel, som overskrider genstandsgrænsen, blandt de 18-24-årige end i de øvrige aldersgrupper – især er andelen stor blandt de yngste mænd (25,8 %). Andelen, som overskrider genstandsgrænsen, er mindst i aldersgruppen 25-44 år for både mænd (6,8 %) og kvinder (3,3 %).

Figur 5.1 viser andelen blandt mænd og kvinder i KRAM-undersøgelsen, der overskrider Sundhedsstyrelsen genstandsgrænse i en typisk uge i forskellige uddannelsesgrupper. Det ses, at andelen er mindre blandt svarpersoner, der har mindre end 10 års uddannelse, end blandt svarpersoner, der har 15 eller flere års uddannelse. Dette adskiller sig fra den tendens, der ses ved Kost, Ryg-

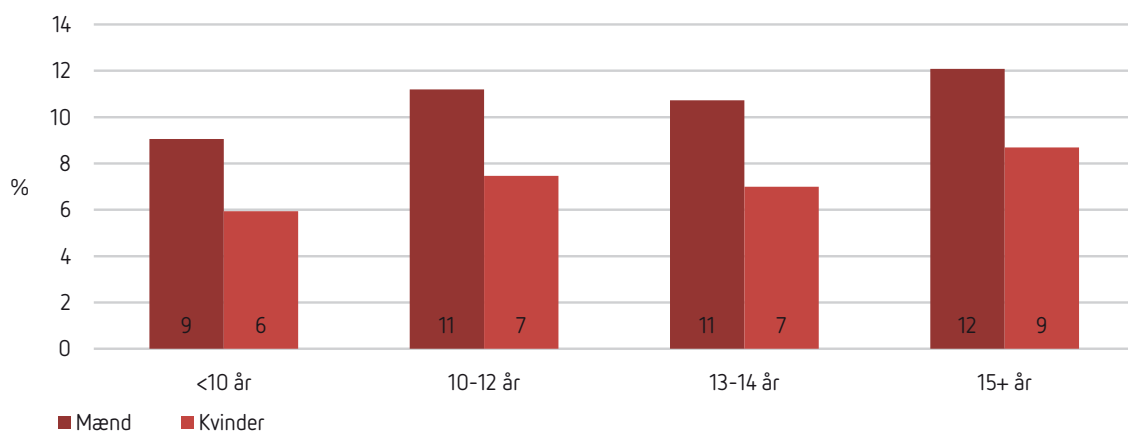


ning og Motion, hvor andelen, der har usunde vaner, er størst blandt svarpersoner med mindre end 10 års uddannelse.

Der er en større andel blandt ikke-erhvervsaktive (13,6 %) end blandt erhvervsaktive (8,2 %), der overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse. Sammenhængen er særlig udtalt blandt mænd. Således overskrider 18,8 % af de ikke-erhvervsaktive mænd genstandsgrænsen, mens dette kun gælder for 9,9 % af de erhvervsaktive mænd (data ikke vist).



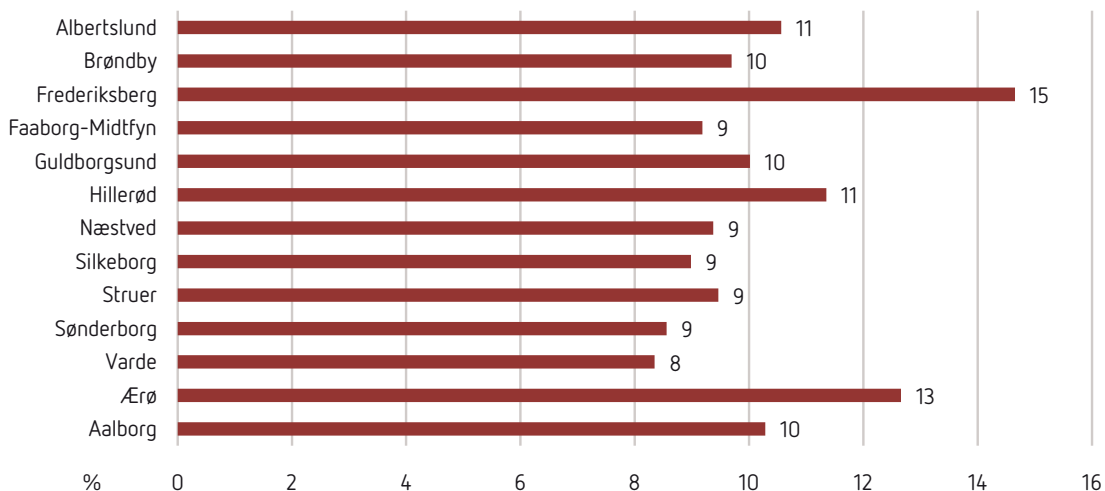
Figur 5.1 Andel, der overskrider Sundhedsstyrelsen genstandsgrense i en typisk uge, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Andelen, der overskrider Sundhedsstyrelsen genstandsgrense i en typisk uge, er størst i Frederiksberg Kommune (figur 5.2).

Blandt svarpersoner, der ikke overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrense i en typisk uge, er der procentvis flere (74,0 %), der har et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred, end blandt de, der overskrider genstandsgrensen (68,7 %) (data ikke vist).

Figur 5.2 Andel, der overskrider Sundhedsstyrelsen genstandsgrense i en typisk uge, i de 13 KRAM-kommuner. Procent



Bemærk: Resultaterne gælder kun for de personer, der har deltaget i KRAM-undersøgelsen i de enkelte kommuner, og er ikke repræsentative for kommunens borgere som helhed

Der ses ingen sammenhæng mellem overskridelse af genstandsgrænsen og langvarig sygdom (data ikke vist).

Binge-episoder

Det fremgår af tabel 5.3, at 26,6 % af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen har drukket mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed (binge-episode) inden for den seneste måned.

Tabel 5.3 Andel, der har drukket mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed inden for den seneste måned, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

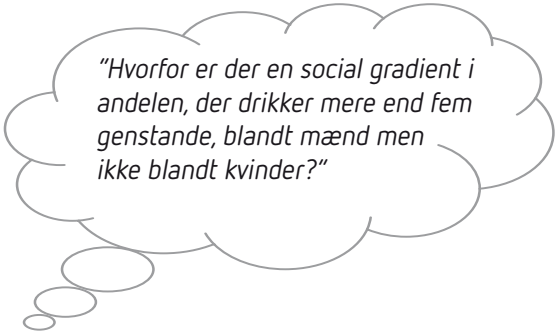
		Forekomst (%)	Antal svarpersoner
Total		26,6	71.850
Mænd	18-24 år	73,4	1.983
	25-44 år	37,8	8.305
	45-64 år	33,1	13.157
	65+ år	17,9	6.131
	Mænd i alt	36,6	29.576
Kvinder	18-24 år	49,0	3.442
	25-44 år	16,0	13.950
	45-64 år	12,4	19.153
	65+ år	5,7	5.729
	Kvinder i alt	16,7	42.274

I tabel 5.3 ses desuden, at der i alle aldersgrupper er en større andel blandt mænd end kvinder, der har drukket mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed inden for den seneste måned. Andelen, som har drukket mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed inden for den seneste måned, falder med alderen. Der er især

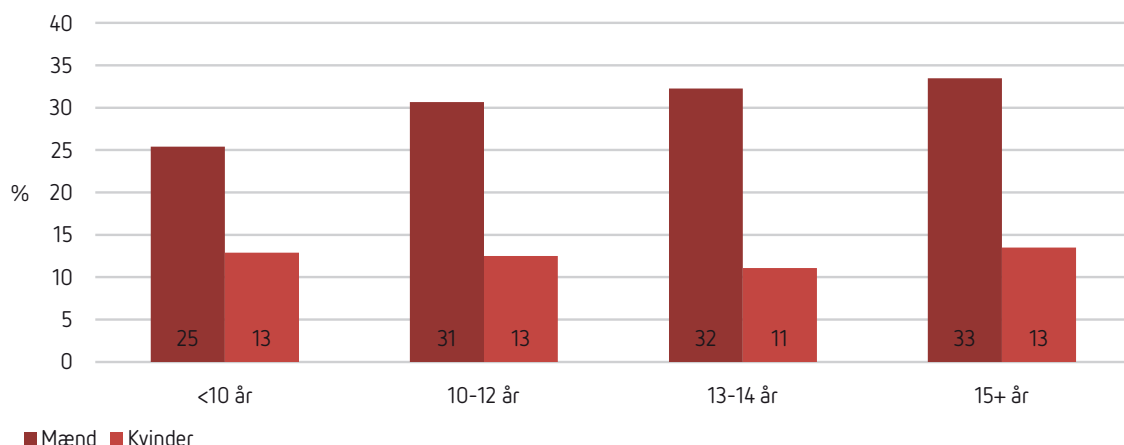
en stor andel blandt de yngste mænd, som har drukket mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed inden for den seneste måned.

I figur 5.3 ses andelen, der har drukket mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed inden for den seneste måned, i forskellige uddannelsesgrupper. Blandt mænd stiger andelen, der har drukket mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed, med stigende uddannelseslængde. Således har 25,4 % blandt mænd med mindre end 10 års uddannelse, drukket mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed, mens det er 33,5 % blandt mænd med 15 eller flere års uddannelse. Blandt kvinder ses ingen forskel mellem de forskellige uddannelsesgrupper.

Der er en større andel blandt ikke-erhvervsaktive (36,0 %) end blandt erhvervsaktive (27,2 %), der har drukket mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed inden for den seneste måned. Dette ses for både mænd og kvinder. Sammenhængen er, ligesom ved overskridelse af genstandsgrænsen, særlig tydelig blandt mænd. Således har 51,2 % af de ikke-erhvervsaktive mænd drukket mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed, mens dette kun gælder for 37,9 % af de erhvervsaktive mænd (data ikke vist).



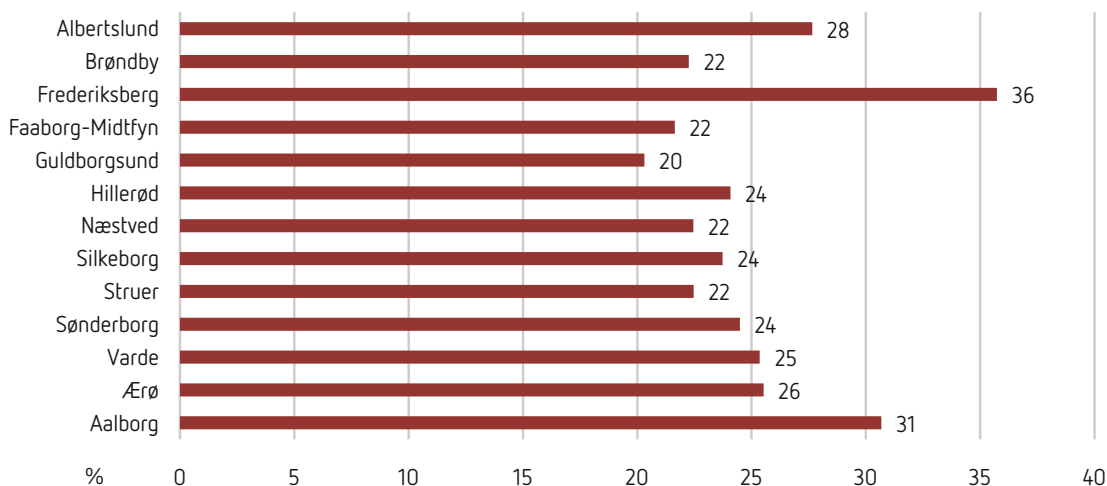
Figur 5.3 Andel, der har drukket mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed inden for den seneste måned (25 år eller derover), blandt mænd og kvinder i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Figur 5.4 viser andelen, der har drukket mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed inden for

den seneste måned i de 13 KRAM-kommuner. Det ses, at andelen er størst i Frederiksberg Kommune.

Figur 5.4 Andel, der har drukket mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed inden for den seneste måned, i de 13 KRAM-kommuner. Procent



Bemærk: Resultaterne gælder kun for de personer, der har deltaget i KRAM-undersøgelsen i de enkelte kommuner, og er ikke repræsentative for kommunens borgere som helhed

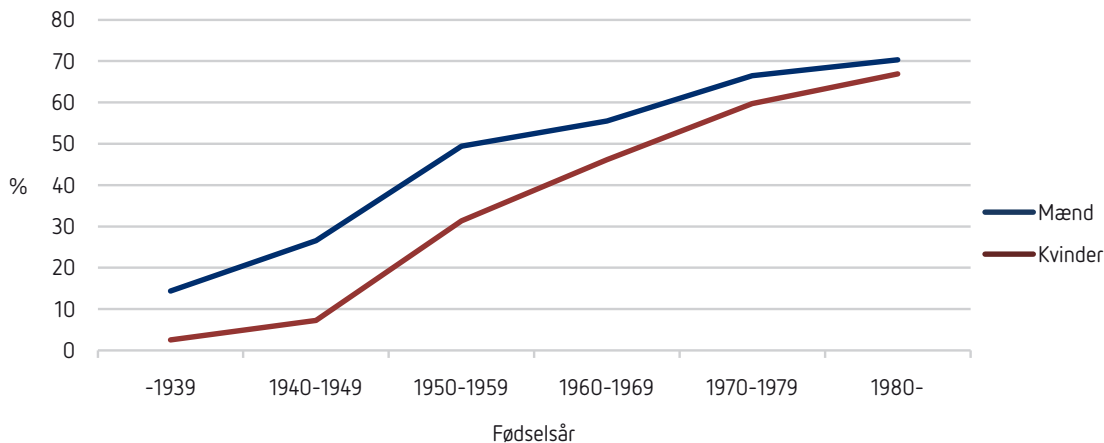
Der ses ingen sammenhæng mellem andelen, der har drukket mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed, og selv vurderet helbred. Derimod ses en sammenhæng mellem binge-drinking og langvarig sygdom. Blandt svarpersoner, der har drukket mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed inden for den seneste måned, er der 33,7 %, der har en langvarig sygdom, mens det er 25,6 % blandt de, der ikke har drukket mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed.

Alder ved alkoholdebut

Svarpersonerne er blevet bedt om at angive, hvor gamle de var første gang, de drak så meget alkohol, at de blev fulde. I KRAM-undersøgelsen var 1,1 % af svarpersonerne under 12 år gamle, 8,8 % var 12-13 år, 35,1 % var 14-15 år og 55,1 % var 16 år eller ældre, da de første gang var fulde. (data ikke vist).

Alderen ved alkoholdebut har ændret sig væsentlig gennem tiden. Figur 5.5 viser andelen, der var under 16 år, første gang de drak så meget alkohol, at de blev fulde, opdelt på fødselsår. Det ses, at blandt mænd, der er født i 1939 eller tidligere, er det 14,3 %, der var fulde første gang inden de fyldte 16 år, mens det er 70,3 % blandt svarpersoner, der er født i 1980 eller senere. Andelen, der var under 16 år, første gang de var fulde, er således steget markant gennem årene. Det skal dog bemærkes, at – især ældre – svarpersoner kan have husket forkert, da de blev bedt om at huske mange år tilbage i tiden. Det kan desuden være, at svarpersonerne bevidst har svaret, at de var ældre, end de var, da alkoholforbrug tidligere var og stadig er et følsomt område.

Figur 5.5. Andel, der var under 16 år, første gang de drak så meget alkohol, at de blev fulde, opdelt på fødselsår. Procent

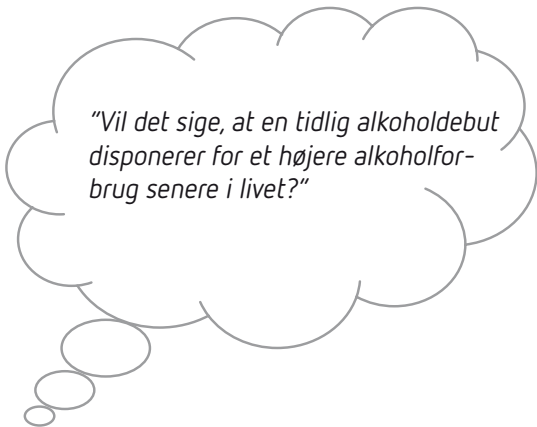


Der ses en sammenhæng mellem alderen første gang, man var fuld, og overskridelse af genstandsgrænsen i løbet af en typisk uge (tabel 5.4). Blandt de, som var fulde første gang inden de fyldte 12 år, er det 22,0 %, der overskrider genstandsgrænsen i en typisk uge, mens det er 9,7 % blandt de, der var 16 år eller ældre, første gang de var fulde.

Tabel 5.4 Andel, der overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse i løbet af en typisk uge, opdelt på alder første gang, man var fuld. Procent

	Mænd	Kvinder	I alt	Antal svarpersoner
<12 år	23,7	17,1	22,0	486
12-13 år	21,1	13,1	17,8	4.454
14-15 år	13,7	9,1	11,8	19.760
16+ år	11,3	8,1	9,7	33.890
Total	13,3	8,9	11,3	58.590

Ligeledes ses en sammenhæng mellem alderen første gang, man var fuld, og hvor ofte man har drukket mere end fem genstande inden for det seneste år (tabel 5.5). Blandt svarpersoner, der



var under 12 år gamle første gang, de var fulde, er der en større andel, der har drukket mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed mindst én gang inden for den seneste måned, end blandt svarpersoner, der var ældre første gang, de var fulde. Ligeledes er der blandt svarpersoner med sen alkoholdebut (16+ år) en større andel, der ikke har drukket mere end fem genstande ved samme lejlighed inden for det seneste år, end blandt svarpersoner, der var yngre, da de var fulde første gang.

Tabel 5.5 Hvor ofte man har drukket mere end fem genstande inden for de seneste år opdelt på alder første gang, man var fuld. Procent

Alder, da man var fuld første gang	Ingen	Mindre end én gang om måneden	Cirka 1-3 gange om måneden	En eller flere gange om ugen	Antal svarpersoner
<12 år	12,8	42,6	21,9	22,7	458
12-13 år	9,3	42,3	27,3	21,1	4.309
14-15 år	11,5	48,9	26,6	13,1	19.241
16+ år	27,2	51,9	15,1	5,8	32.745
Total	19,9	49,9	20,3	9,9	56.753

Kapitel 6. Motion

- Der er procentvis flere mænd end kvinder, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden
- Andelen, der er stillesiddende i fritiden, er lige stor blandt mænd og kvinder
- Der er procentvis flere i den ældste aldersgruppe, der er stillesiddende i fritiden, sammenlignet med de yngre aldersgrupper
- Jo længere uddannelse, desto mindre er andelen, der er stillesiddende i fritiden
- Fysisk aktivitet i fritiden er relateret til et godt selv vurderet helbred og en lavere forekomst af langvarig sygdom

Ved motion eller fysisk aktivitet forstås ethvert muskelarbejde, der øger energiomsætningen. Fysisk aktivitet har mange positive effekter på både det fysiske og psykiske helbred. Eksempelvis mindsker fysisk aktivitet risikoen for forhøjet blodtryk, hjertekarsygdom, diabetes og knogleskørhed. Endvidere medvirker fysisk aktivitet til, at immunforsvaret forbedres, ligesom det mentale og sociale velbefindende øges (Pedersen 2006; Bauman 2004).

Sundhedsstyrelsen anbefalede tidligere fysisk aktivitet i fire timer om ugen eller derover for at opnå en sundhedsfremmende effekt, men valgte i 1999 at tilslutte sig nye internationale retningslinier. De nye retningslinier anbefaler fysisk aktivitet på minimum moderat niveau i mindst 30 minutter om dagen alle ugens dage. Ved moderat fysisk aktivitet forstås, at man føler sig lettere forpustet, men ikke mere end, at man stadig kan føre en samtale. De 30 minutters fysisk aktivitet kan deles op i mindre portioner. Der er således 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 måling af, hvor mange personer, der lever op til anbefalingen om 30 minutters fysisk aktivitet dagligt (Jørgensen & Rosenlund 2005).

Tidligere undersøgelser har vist, at andelen, der er fysisk aktive i fritiden, er steget i løbet af de sidste årtier (Fagt et al. 2004; Ekholm et al. 2006). Meget tyder dog på, at det samlede fysiske aktivitetsniveau i befolkningen generelt 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. Endvidere er vi blevet mere inaktive i hjemmet, da husholdningen er blevet lettere grundet udbredelsen af diverse maskiner, og så bruger vi mere tid foran computeren og fjernsynet (Matthiessen et al. 2001; DuRant 1994; Richelsen et al. 2003). Denne udvikling påvirker vores sundhed.

I dette kapitel belyses fysisk aktivitet i fritiden. 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.

Fysisk aktivitet i fritiden

I KRAM-undersøgelsen er fysisk aktivitet i fritiden belyst ved spørgsmålet: "Hvis vi ser på det sidste år, hvad vil du så sige passer bedst som beskrivelse på din fysiske aktivitet i fritiden?" med svarkategorierne:

- Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen (konkurrenceidræt)
- Dyrker motionsidræt eller tungt havearbejde mindst fire timer pr. uge (motionsidræt

- Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst fire timer pr. uge (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde) (lettere motion)
- Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse (stillesiddende).

Dette spørgsmål har vist sig at være robust og prædiktivt for mortalitet (Andersen et al. 2000).

Det ses af tabel 6.1, at mænd og kvinders fysiske aktivitetsniveau er forskelligt. Der er en væsentlig større andel blandt mænd end kvinder, der dyrker konkurrence- og motionsidræt, og en større andel blandt kvinder end mænd, der dyrker lettere motion. Andelen, der er stillesiddende i fritiden, er overordnet ens for mænd og kvinder.

Tabel 6.1 Fysisk aktivitet i fritiden blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

Mænd	18-24 år	25-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
Konkurrenceidræt	24,4	9,5	3,6	1,4	7,6
Motionsidræt	31,5	34,9	27,7	20,3	29,1
Lettere motion	26,2	40,3	53,2	58,3	46,7
Stillesiddende	17,9	15,4	15,5	20,1	16,6
Antal svarpersoner	1.947	8.334	13.324	6.121	29.726

Kvinder	18-24 år	25-44 år	45-64 år	65+ år	I alt
Konkurrenceidræt	11,0	3,3	1,2	0,4	2,8
Motionsidræt	26,5	22,8	17,1	12,3	19,1
Lettere motion	48,9	58,8	66,9	65,9	62,1
Stillesiddende	13,6	15,1	14,8	21,4	16,0
Antal svarpersoner	3.457	14.479	19.683	6.034	43.653

Tabel 6.2 viser andelen, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden – det vil sige, at de dyrker konkurrenceidræt eller motionsidræt. I alt angiver 29,1 % af svarpersonerne, at de dyrker hård eller moderat fysik aktivitet. Dette er en større andel end i SUSY-2005 (26,5 %).

Tabel 6.2 Andel, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

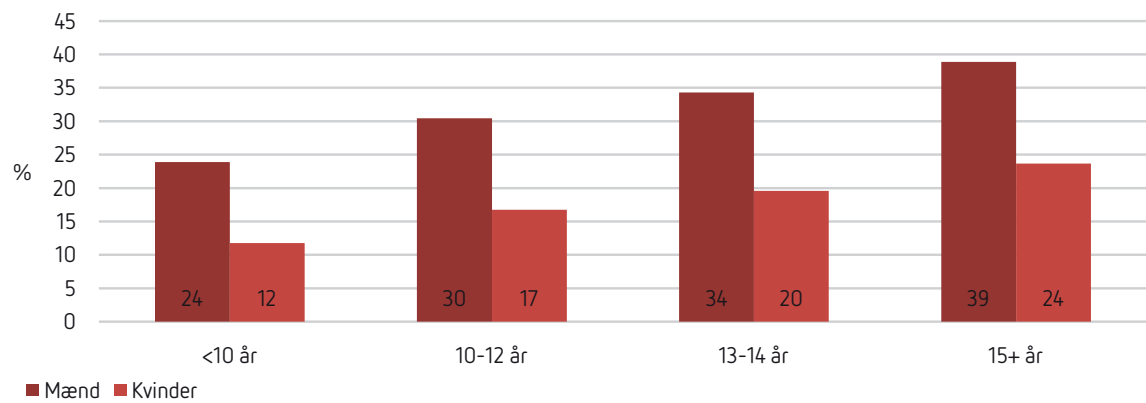
		Forekomst (%)	Antal svarpersoner
Total		29,1	73.379
Mænd	18-24 år	56,0	1.947
	25-44 år	44,3	8.334
	45-64 år	31,3	13.324
	65+ år	21,6	6.121
	Mænd i alt	36,7	29.726
Kvinder	18-24 år	37,5	3.457
	25-44 år	26,1	14.479
	45-64 år	18,3	19.683
	65+ år	12,7	6.034
	Kvinder i alt	21,9	43.653

I alle aldersgrupper er der procentvis flere mænd (36,7 %) end kvinder (21,9 %), der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet. Andelen falder med alderen blandt både mænd og kvinder (tabel 6.2).

Sammenhængen mellem uddannelseslængde og andelen, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet, ses i figur 6.1. Det fremgår, at andelen stiger med stigende uddannelseslængde blandt både mænd og kvinder.

Der er procentvis flere erhvervsaktive (32,0 %) end ikke-erhvervsaktive (30,6 %), der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet (data ikke vist).

Figur 6.1 Andel, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



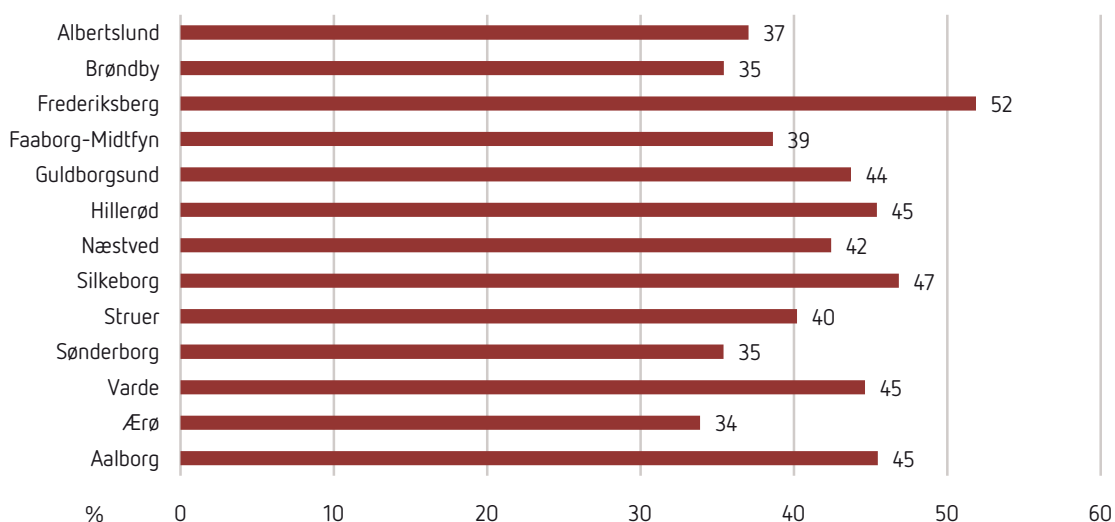
Figur 6.2 viser andelen, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden, blandt mænd i aldersgruppen 25-44 år i de 13 KRAM-kommuner. Det fremgår, at andelen er størst i Frederiksberg Kommune.

Der ses en sammenhæng mellem selv vurderet helbred og andelen, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden. Således er der procentvis flere (89,0 %), der har et virkelig godt

eller godt selv vurderet helbred, blandt svarpersoner, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet, sammenlignet med dem, der ikke dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet (67,8 %).

Endvidere er der en større andel, som har en langvarig sygdom, blandt svarpersoner, som ikke dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet (25,6 %) sammenlignet med dem, som dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet (20,2 %) (data ikke vist).

Figur 6.2 Andel, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden, blandt mænd i aldersgruppen 25-44 år i de 13 KRAM-kommuner. Procent



Bemærk: Resultaterne gælder kun for de personer, der har deltaget i KRAM-undersøgelsen i de enkelte kommuner, og er ikke repræsentative for kommunens borgere som helhed

Det fremgår af tabel 6.3, at 16,3 % angiver, at de er stillesiddende i fritiden. Dette er en større andel end i SUSY-2005 (12,9 %).

Det fremgår ligeledes af tabel 6.3, at der i KRAM-undersøgelsen ikke er forskel på andelen, der er stillesiddende, blandt mænd (16,6 %) og kvinder (16,0 %). Andelen, som er stillesiddende, er størst i aldersgruppen 65+ år for både mænd og kvinder.

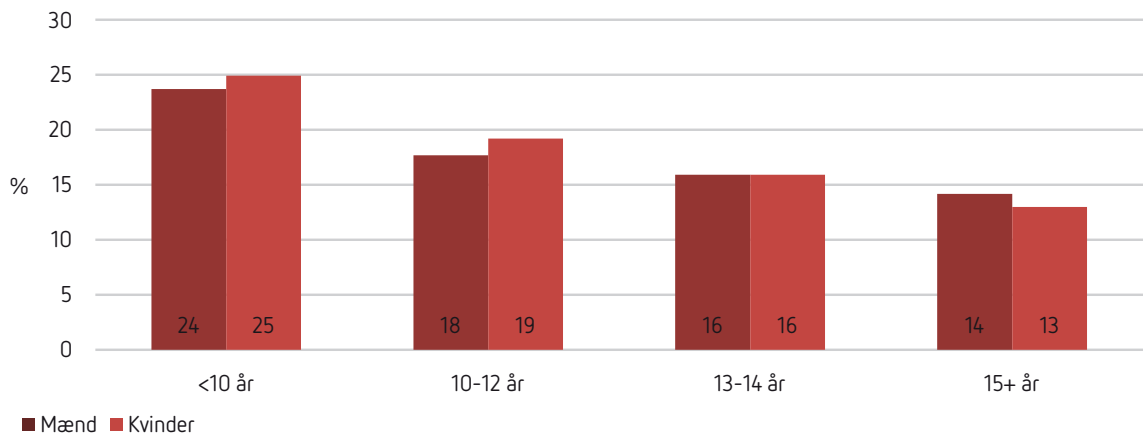
Figur 6.3 viser sammenhængen mellem uddannelseslængde og andelen, der er stillesiddende i fritiden. Både blandt mænd og kvinder falder andelen, der er stillesiddende i fritiden, med stigende uddannelseslængde.

Der er procentvis flere, der er stillesiddende i fritiden, blandt ikke-erhvervsaktive (18,1 %) end erhvervsaktive (14,0 %) (data ikke vist).

Tabel 6.3 Andel, der er stillesiddende i fritiden, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Forekomst (%)	Antal svarpersoner
Total		16,3	73.379
Mænd	18-24 år	17,9	1.947
	25-44 år	15,4	8.334
	45-64 år	15,5	13.324
	65+ år	20,1	6.121
	Mænd i alt	16,6	29.726
Kvinder	18-24 år	13,6	3.457
	25-44 år	15,1	14.479
	45-64 år	14,8	19.683
	65+ år	21,4	6.034
	Kvinder i alt	16,0	43.653

Figur 6.3 Andel, der har stillesiddende fritidsaktivitet, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



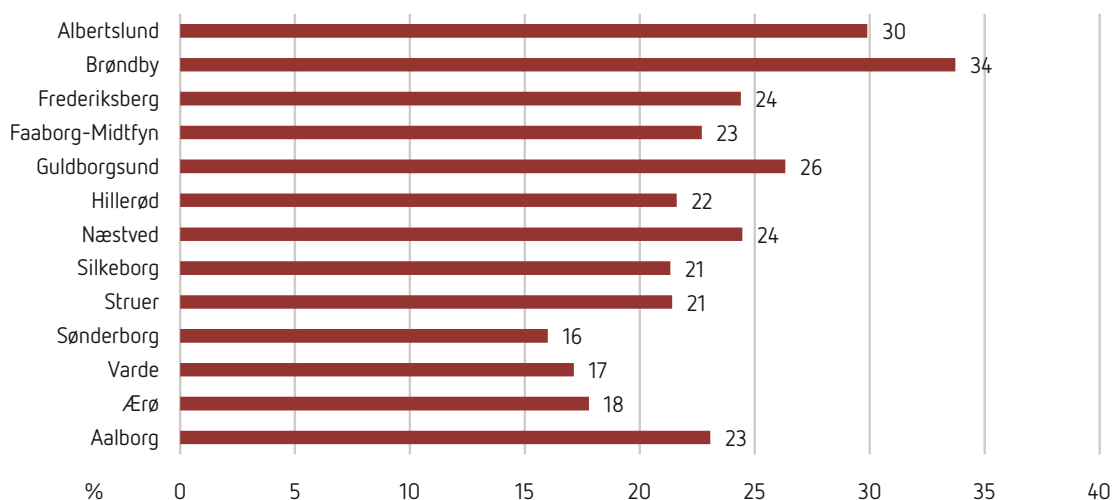
Figur 6.4 viser andelen, der er stillesiddende i fritiden, blandt svarpersoner, der har mindre end 10 års uddannelse, i de 13 KRAM-kommuner. Det ses, at andelen er størst i Brøndby og Albertslund kommuner og mindst i Sønderborg, Ærø og Varde kommuner.

Der er procentvis flere, der har virkelig godt eller godt selv vurderet helbred, blandt svarpersoner, der er fysisk aktive i fritiden (78,1 %), end de, der er stillesiddende i fritiden (50,3 %).

Endvidere er der procentvis flere, der har en langvarig sygdom, blandt svarpersoner, der er stillesiddende i fritiden (43,2 %), sammenlignet med de, som er fysisk aktive i fritiden (30,2 %) (data ikke vist).

"Hvorfor er personer med en kort uddannelse oftere stillesiddende i Brøndby og Albertslund kommuner end i Sønderborg, Ærø og Varde kommuner?"

Figur 6.4 Andel, der er stillesiddende i fritiden, blandt svarpersoner, der har mindre end 10 års uddannelse, i de 13 KRAM-kommuner. Procent



Bemærk: Resultaterne gælder kun for de personer, der har deltaget i KRAM-undersøgelsen i de enkelte kommuner, og er ikke repræsentative for kommunens borgere som helhed

Kapitel 7. Ophobning af KRAM-faktorer

- Dagligrygere spiser generelt mere usundt og har oftere et problematisk alkoholforbrug end svarpersoner, der ikke ryger dagligt
- Fysisk aktive har generelt sundere kostvaner end stillesiddende
- Procentvis flere mænd end kvinder har 3 eller 4 risikofaktorer (usunde KRAM-vaner)
- Andelen, der har 3 eller 4 risikofaktorer, er størst i aldersgruppen 18-24 år
- Jo længere uddannelse, desto færre risikofaktorer
- Jo flere risikofaktorer, desto mindre er andelen, der har et godt selv vurderet helbred, eller der tror, egen indsats har betydning for helbredet
- Jo flere risikofaktorer, desto større er andelen, der har en langvarig sygdom.

KRAM-faktorerne Kost, Rygning, Alkohol og Motion har hver for sig, og i samspil, stor betydning for folkesundheden. Eksempelvis kan det nævnes, at et stort forbrug af alkohol kan medføre en række kræftformer samt skrumpelever, og fysisk inaktivitet kan medføre hjertesygdom og type 2 diabetes. Derudover er der som nævnt et samspil mellem risikofaktorerne, hvilket betyder, at ophobning af risikofaktorer giver en markant øget risiko for eksempelvis hjertekarsygdom og cancer samt en øget dødelighed end risikofaktorerne hver for sig (van Dam 2008; Khaw 2008).

Der ses ofte en ophobning af risikofaktorer hos bestemte befolkningsgrupper. Det vil sige, at har man en usund livsstil på ét område, så er der også stor sandsynlighed for, at man har det på andre områder (Iversen et al. 2002; Fødevareredirektoratet 2003). Risikofaktorerne hænger således ikke blot sammen med forhold som alder, køn og uddannelse, men er også koblet til hinanden.

Årsagssammenhænge til sygdomme er komplekse, og ofte vil der være flere faktorer til stede for at udløse en sygdom eller andre helbredsrelaterede problemer. Når man vurderer de helbredsmæssige konsekvenser af Kost, Rygning, Alkohol og Motion er det derfor vigtigt ikke kun at betragte dem hver for sig, men også at se på ophobning af risikofaktorer hos bestemte befolkningsgrupper. Eksempelvis har en tidligere dansk undersøgelse vist, at personer, der er storrygere, drikker meget alkohol og er stillesiddende, har næsten syv gange større risiko for at dø end personer, der ikke ryger, drikker moderate mængder af alkohol og er fysisk aktive (Juel 1998).

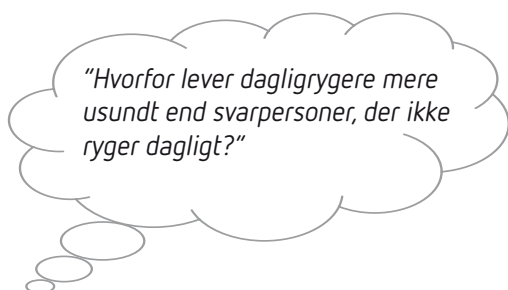
I det følgende vil relevante sammenhænge mellem KRAM-faktorerne blive præsenteret. Derefter beskrives ophobning af KRAM-faktorer i forskellige køns-, alders- og uddannelsesgrupper. Til sidst ses der på sammenhængen mellem antallet af risikofaktorer og helbred samt sygelighed.

Sammenhæng mellem KRAM-faktorerne

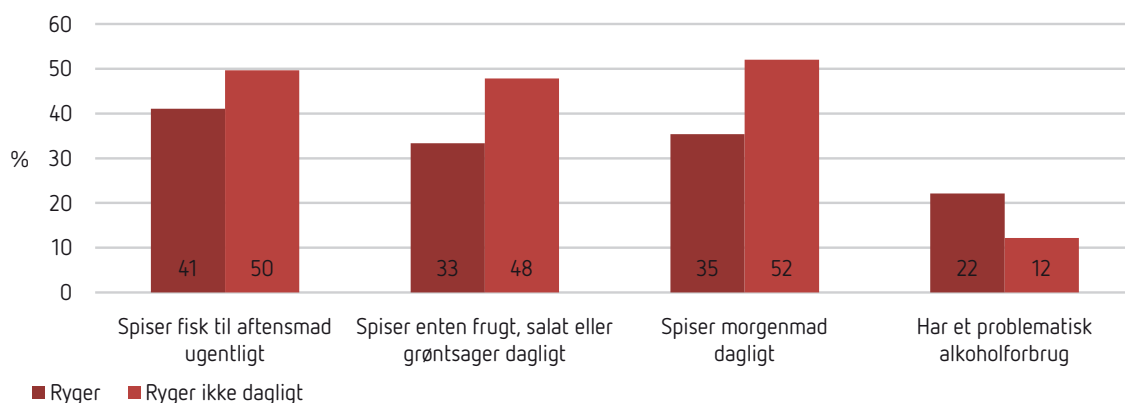
Af figur 7.1 fremgår det, at svarpersoner, der ikke ryger dagligt, har sundere kostvaner end svarpersoner, der ryger dagligt. Således er der en større andel blandt svarpersoner, der ikke ryger dagligt end dagligrygere, der ugentligt spiser fisk til aftensmad, der dagligt spiser enten frugt, salat eller grøntsager, og som dagligt spiser morgenmad. Desuden ses en sammenhæng mellem alkoholforbrug og rygning, idet en større andel blandt dagligrygere har et problematisk alkoholforbrug, end blandt svarpersoner, der ikke ryger dagligt. Et problematisk alkoholforbrug er her defineret som personer, der overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse i en typisk uge (14 gen-

stande for kvinder og 21 for mænd) eller drikker mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed mindst én gang om ugen. Sammenhængene gælder for alle aldersgrupper.

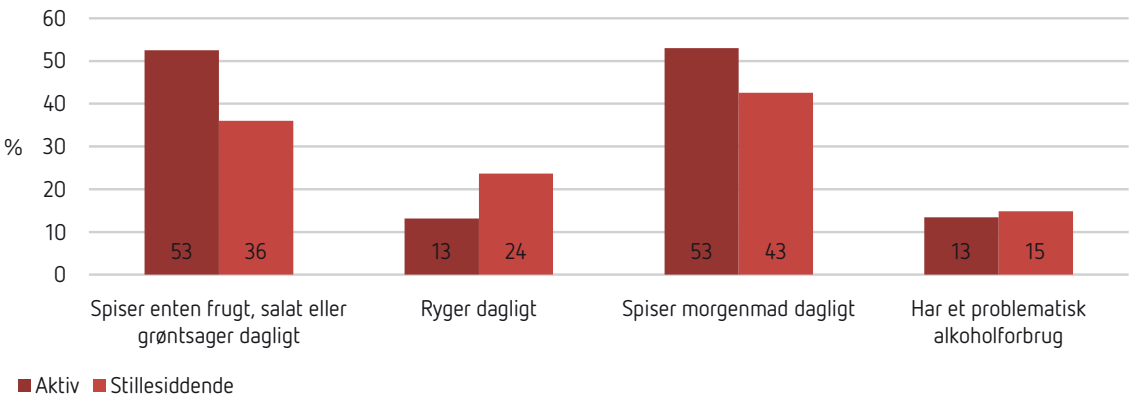
Det samme mønster ses i forhold til fysisk aktivitet i fritiden. Det fremgår af figur 7.2, at svarpersoner, der er fysisk aktive i fritiden generelt, har sundere kostvaner end svarpersoner, der er stillesiddende i fritiden. Således er der en større andel, der dagligt spiser enten frugt, salat eller grøntsager og dagligt spiser morgenmad, blandt svarpersoner, der er fysisk aktive i fritiden, end blandt svarpersoner, der er stillesiddende i fritiden. Endvidere er der en mindre andel, der ryger dagligt, blandt svarpersoner, der er fysisk aktive, end blandt svarpersoner, der er stillesiddende. Til gengæld er der ikke tydelig forskel i andelen, der har et problematisk alkoholforbrug, blandt svarpersoner, der er fysisk aktive i fritiden, og svarpersoner, der er stillesiddende i fritiden. Sammenhængene gælder for alle aldersgrupper.



Figur 7.1 Andel, der spiser fisk ugentlig, dagligt spiser enten frugt, salat eller grøntsager, dagligt spiser morgenmad samt har et problematisk alkoholforbrug, blandt svarpersoner, der ryger dagligt eller ikke ryger dagligt. Procent



Figur 7.2 Andel, der dagligt spiser enten frugt, salat eller grøntsager, dagligt spiser morgenmad, ryger dagligt samt har et problematisk alkoholforbrug, blandt svarpersoner, der er fysisk aktive i fritiden eller stillesiddende i fritiden. Procent



KRAM-faktorerne fordelt på køn, alder og uddannelse

Der er forskel på mænd og kvinders sundhedsvaner. Eksempelvis er der procentvis flere mænd end kvinder, der ikke spiser frugt dagligt (kapitel 3, tabel 3.6). Samtidig er der en større andel blandt mænd end kvinder, der overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse (kapitel 5, tabel 5.2). Ligesom der er forskel på mænd og kvinders sundhedsvaner, så er der forskel mellem aldersgrupperne. Eksempelvis falder andelen, der ikke spiser fisk til aftensmad mindst én gang om ugen, med alderen for både mænd og kvinder (kapitel 3, tabel 3.7).

Der ses desuden en sammenhæng mellem uddannelseslængde og KRAM-faktorerne. Således falder andelen, der er stillesiddende i fritiden, med stigende uddannelseslængde (kapitel 6, figur 6.3). Endvidere er der en større andel blandt svarpersoner, der har mindre end 10 års uddannelse, der ikke spiser frugt dagligt og ikke spiser fisk til aftensmad mindst én gang om ugen, end svarpersoner, der har 15 eller flere års uddannelse (kapitel 3, figur 3.6 og 3.8). Endelig falder

andelen, der ryger dagligt, med stigende uddannelseslængde (kapitel 4, figur 4.1).

KRAM-score: Ophobning af risikofaktorer

I det følgende beskrives et mål for ophobning af risikofaktorer – en KRAM-score. KRAM-scoren er beregnet ved at summere antallet af svarpersonens risikofaktorer i forhold til Kost, Rygning, Alkohol og Motion. Til beregning af KRAM-scoren er følgende risikofaktorer valgt:

- Spiser hverken frugt, salat eller grøntsager dagligt
- Ryger dagligt
- Har et problematisk alkoholforbrug – defineret ved, at man overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse i en typisk uge (14 genstande for kvinder og 21 for mænd) eller drikker mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed mindst én gang om ugen.
- Er stillesiddende i fritiden

Det er ikke et udtryk for, at andre risikofaktorer ikke er væsentlige, men blot et udtryk for en af-

grænsning i de følgende analyser. Der er derfor tale om et simpelt mål, og billedet er ofte mere komplekst. KRAM-scoren kan dog bruges til at illustrere ophobningen af risikofaktorer.

For hver risikofaktor gives værdien én, og en KRAM-score på fire betyder således, at svarpersonen hverken spiser frugt, salat eller grøntsager dagligt, at svarpersonen ryger dagligt, at svarpersonen har et problematisk alkoholforbrug, og at svarpersonen er stillesiddende i fritiden. Omvendt betyder en KRAM-score på nul, at svarpersonen enten spiser frugt, salat eller grøntsager dagligt, ikke ryger dagligt, ikke har et problematisk alkoholforbrug og ikke er stillesiddende i fritiden. Hver af de fire risikofaktorer er relateret til en større risiko for udvikling af sygdom. Jo flere risikofaktorer, jo højere KRAM-score, og jo større vil risikoen være for at udvikle livsstilssygdomme.

Tabel 7.1 viser ophobning af risikofaktorer blandt mænd og kvinder. Det fremgår, at størstedelen blandt mænd og kvinder har ingen eller én risikofaktor. Der er generelt en større ophobning af risikofaktorer blandt mænd end kvinder. Blandt mænd er det således 7,7 %, der har tre eller fire risikofaktorer, mens det kun er 4,1 % blandt kvinder.

Tabel 7.1 Antal risikofaktorer opdelt på mænd og kvinder. Procent

Antal risikofaktorer	Mænd	Kvinder	I alt
Ingen	25,7	46,1	36,2
1	43,7	35,3	39,4
2	22,8	14,6	18,6
3	6,6	3,7	5,1
4	1,1	0,4	0,8
Antal svarpersoner	29.712	43.598	73.310

Antal risikofaktorer opdelt på alder fremgår af tabel 7.2. Det ses, at andelen, der har tre eller fire risikofaktorer, er størst i aldersgruppen 18-24 år.

Tabel 7.2 Antal risikofaktorer opdelt på alder. Procent

Antal risikofaktorer	18-24 år	25-44 år	45-64 år	65+ år
Ingen	27,5	36,2	39,5	34,6
1	38,0	40,7	37,7	41,6
2	25,7	17,6	17,0	19,2
3	7,7	4,8	5,0	4,0
4	1,1	0,7	0,8	0,5
Antal svarpersoner	5.404	22.802	32.982	12.122

I tabel 7.3 ses sammenhængen mellem KRAM-scoren og uddannelseslængde. Det fremgår, at andelen, der ikke har nogen risikofaktorer, stiger med stigende uddannelseslængde. Således stiger andelen, der ikke har nogen risikofaktorer, fra 30,6 %, blandt svarpersoner, der har mindre end 10 års uddannelse, til 40,2 %, blandt svarpersoner, der har 15 eller flere års uddannelse. Andelen, der har tre eller fire risikofaktorer, er mindst blandt svarpersoner, der har 15 eller flere års uddannelse (4,7 %).

Tabel 7.3 Antal risikofaktorer opdelt på uddannelsesgrupper (25 år eller derover). Køns- og aldersjusteret procent

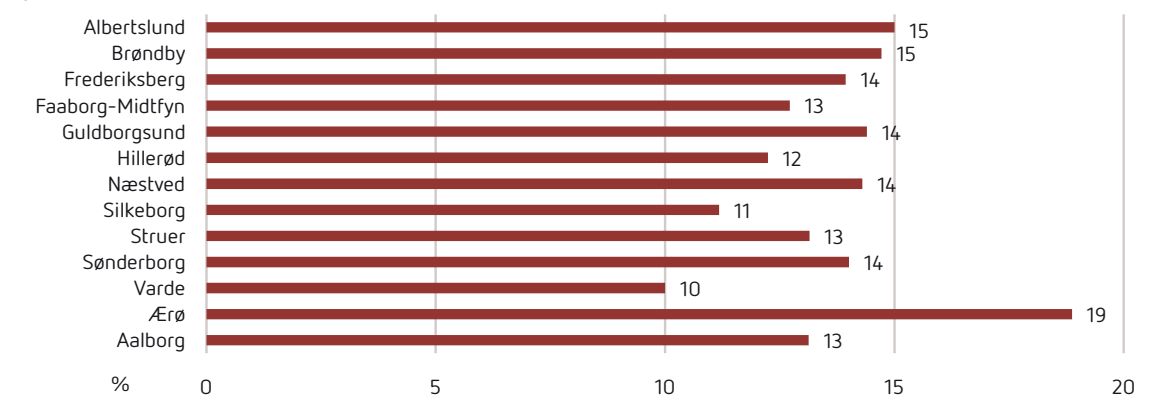
Antal risikofaktorer	<10 år	10-12 år	13-14 år	15+ år
Ingen	30,6	32,0	35,5	40,2
1	41,4	41,3	40,3	38,9
2	20,7	20,8	19,2	16,2
3	6,0	5,0	4,5	4,2
4	1,2	0,8	0,6	0,5
Antal svarpersoner	6.388	15.301	16.995	31.840

Ses der på KRAM-faktorerne enkeltvis, er den mest udprægede risikofaktor, at man hverken spiser frugt, salat eller grøntsager dagligt (50,2 %). Dernæst kommer, at man er stillesiddende i fritiden (16,3 %), at man ryger dagligt (15,1 %) og endelig, at man har et problematisk alkoholforbrug (13,5 %) (data ikke vist).

Figur 7.3 viser andelen, der har tre eller fire risikofaktorer, i de 13 KRAM-kommuner. Overordnet er andelen, der har tre eller fire risikofaktorer, størst i Ærø Kommune. Dette gælder i alle aldersgrupper med undtagelse af den ældste, hvor andelen er størst i Frederiksberg, Brøndby og Albertslund kommuner (data ikke vist).

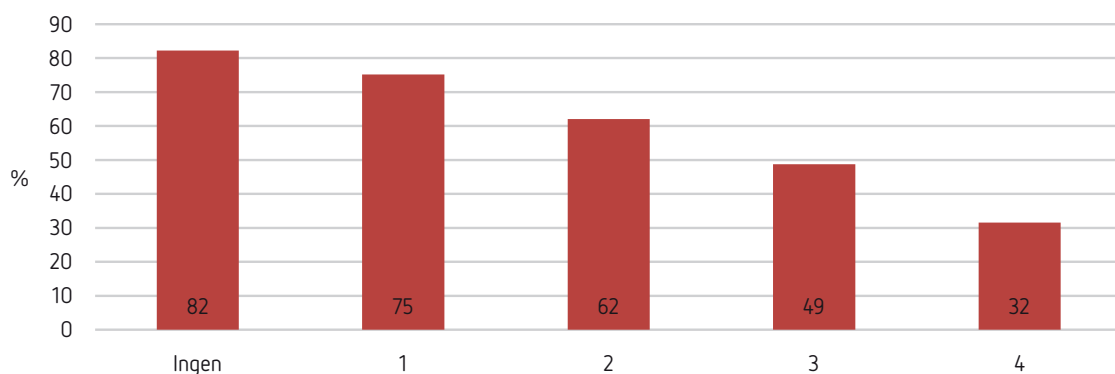
Der er en sammenhæng mellem antallet af risikofaktorer og selv vurderet helbred – jo flere usunde vaner, desto mindre er andelen, der har et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred (figur 7.4). Således er der 82,2 %, der har et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred, blandt svarpersoner, der ikke har nogen risikofaktorer, mens det kun er 31,6 % blandt svarpersoner, der har fire risikofaktorer.

Figur 7.3 Andel, der har tre eller fire risikofaktorer, i de 13 KRAM-kommuner. Procent



Bemærk: Resultaterne gælder kun for de personer, der har deltaget i KRAM-undersøgelsen i de enkelte kommuner, og er ikke repræsentative for kommunens borgere som helhed

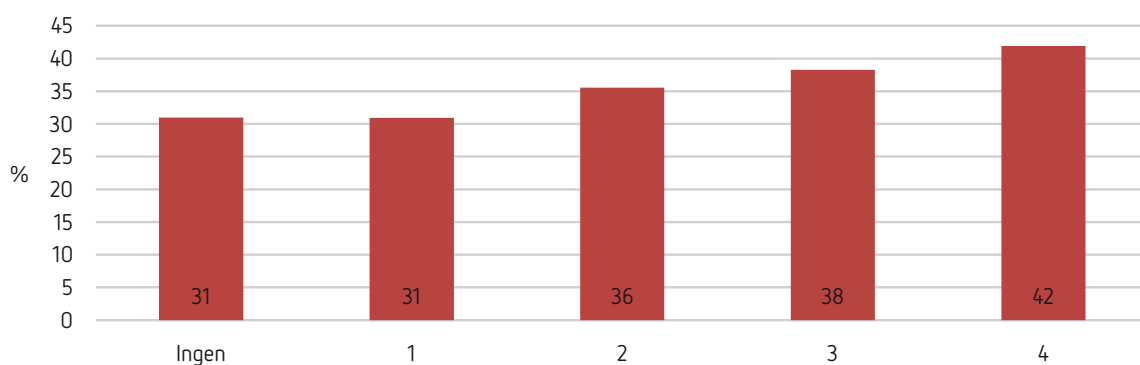
Figur 7.4 Andel, der har et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred, i forhold til antal risikofaktorer. Procent



Andelen, der har en langvarig sygdom, stiger fra 31,0 % blandt svarpersoner, der ikke har nogen risikofaktorer, til 41,9 % blandt svarpersoner, der har fire risikofaktorer (figur 7.5).

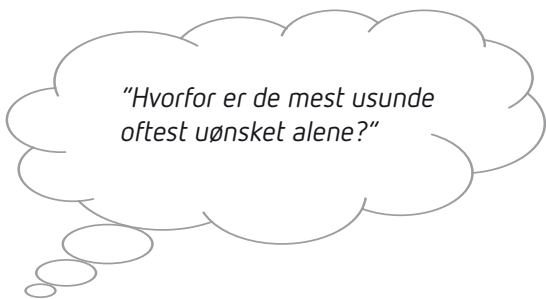
Troen på, at egen indsats har en betydning for helbred og sundhed, er en vigtig forudsætning for, at sundhedsformidlere, sundhedspædagoger og andre kan motivere befolkningen til selv at ændre på deres sundhedsadfærd.

Figur 7.5 Andel, der har en langvarig sygdom, i forhold til antal risikofaktorer. Procent

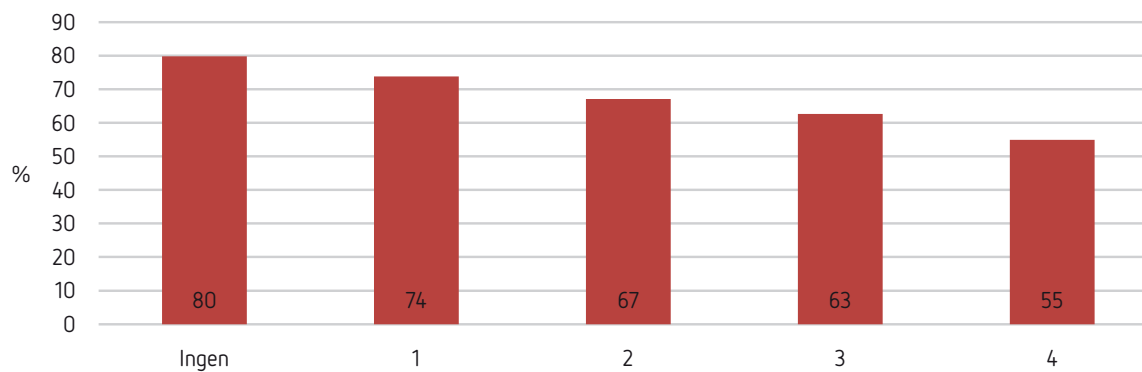


I KRAM-undersøgelsen er der derfor spurgt til, om man tror, at man selv kan gøre noget for at bevare et godt helbred. Figur 7.6 viser andelen, der tror, at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare et godt helbred, i forhold til antallet af risikofaktorer. Det fremgår, at blandt svarpersoner, der ikke har nogen risikofaktorer, er der 79,8 %, der mener, at egen indsats er særdeles vigtig. Til sammenligning er det kun 55,0 % blandt svarpersoner, der har fire risikofaktorer.

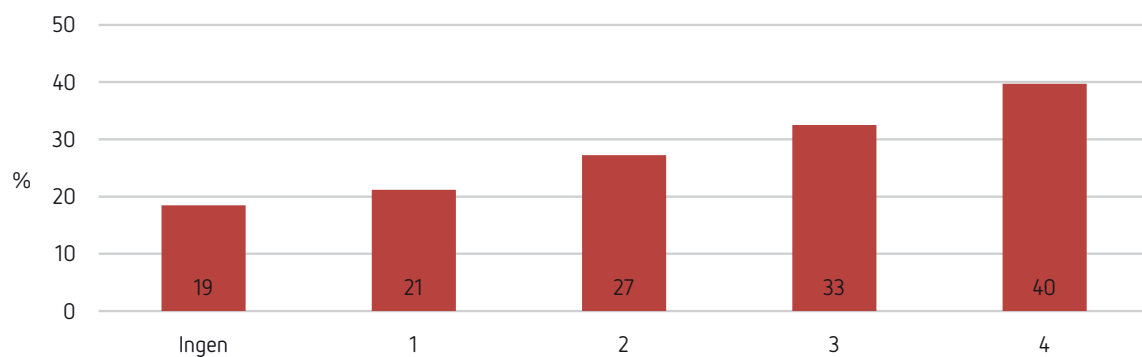
Endelig ses der en sammenhæng mellem antal risikofaktorer og andelen, der ofte eller en gang imellem er alene, selvom de har mest lyst til at være sammen med andre (figur 7.7). I alt angiver 18,5 % af de svarpersoner, der ikke har nogen risikofaktorer, at de ofte eller engang imellem er uønsket alene, mens det er 39,7 % blandt svarpersoner, der har fire risikofaktorer.



Figur 7.6 Andel, der tror, at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare et godt helbred, i forhold til antallet af risikofaktorer. Procent



Figur 7.7 Andel, der ofte eller engang imellem er alene, selvom de har mest lyst til at være sammen med andre, i forhold til antal risikofaktorer. Procent



Kapitel 8. Ønske om hjælp til at ændre sundhedsvaner

- Blandt svarpersoner, der har usunde sundhedsvaner, ønsker kvinder oftere end mænd at ændre sundhedsvaner. Dette gælder dog ikke i forhold til rygning, hvor der ikke er forskel på mænd og kvinder
- Andelen, der ønsker at ændre sundhedsvaner, er større blandt svarpersoner, der tror egen indsats har betydning for at bevare eller forbedre et godt helbred, end blandt svarpersoner, der ikke tror, at egen indsats har betydning. Dette gælder dog ikke i forhold til alkohol, hvor der ikke er forskel på andelen
- Svarpersoner, der ikke spiser sundt, og som ønsker at spise sundere, ønsker oftest hjælp i form af personlig kostvejledning og forslag til sunde madopskrifter
- Rygere, der gerne vil stoppe med at ryge, ønsker hjælp i form af alternative behandlere og rygestopkurser
- Svarpersoner, der har et problematisk alkoholforbrug, og som gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug, ønsker hjælp og støtte fra familie. Fire ud af ti ønsker dog ingen af de nævnte former for hjælp til at nedsætte deres alkoholforbrug
- Størstedelen af svarpersonerne, der er stillesiddende i fritiden, mener, at kommunen ikke kan hjælpe dem til at blive mere fysisk aktive. Fire ud af ti 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 helbred

KRAM-faktorenes betydning for en lang række helbredsproblemer, sygdomme og for tidlig død, er veldokumenteret (Juel, Sørensen & Brønnum-Hansen 2006). Til gengæld er vores viden om muligheder for at ændrer sundhedsvaner blandt personer med usunde vaner meget begrænset. En faktor af betydning for denne potentielle ændring er personens forandringsparathed. Forandringsparathed udtrykker en persons tro på og holdning til at ændre sundhedsvaner samt tro på, at det er muligt at gennemføre en sådan ændring (Backer 1995).

En række faktorer skal være opfyldt, for at en person er i stand til at ændre sundhedsvaner. Først og fremmest skal personen betragte den ændrede adfærd som noget ønskeligt – et gode for ham eller hende, og personen skal derudover have en positiv forventning om, at adfærdsæ-

dringen kan lykkes. Disse faktorer hænger tæt sammen med nødvendigheden af, at personen oplever kontrol over egen tilværelse og er i stand til at forfølge sine mål, også selvom processen eventuelt er ubehagelig. Desuden skal personen naturligvis have den viden og de kundskaber, der er nødvendige for at gennemføre adfærdsændringen, ligesom det omgivende fysiske og sociale miljø skal understøtte adfærdsændringen. Det er derfor vigtigt ud fra et forebyggelsesperspektiv at kende befolkningens holdning til og ønske om at spise sundere, holde op med at ryge, nedsætte deres alkoholforbrug og være mere fysisk aktive.

I dette kapitel beskrives andelen, der ønsker at ændre sundhedsvaner i forhold til kost, rygning, alkoholforbrug og fysisk aktivitet, samt hvilke sociodemografiske og livsstilsmæssige faktorer,

der er associeret med dette. Endvidere beskrives, hvilke former for hjælp svarpersonerne ønsker til at ændre vaner.

I analyserne er personer, der ikke spiser sundt defineret som personer, der hverken spiser frugt, salat eller grøntsager dagligt. Rygere er defineret som personer, der angiver at ryge dagligt. Personer, der har et problematisk alkoholforbrug, er defineret som personer, der overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse i en typisk uge (14 genstande for kvinder og 21 for mænd) eller drikker mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed mindst én gang om ugen. Endelig er personer, der er stillesiddende i fritiden, defineret ved, at de læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse i fritiden.

I KRAM-undersøgelsen er forandringsparathed belyst ved spørgsmålene:

“Ønsker du at spise sundere?”

“Vil du gerne holde op med at ryge?”

“Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?”

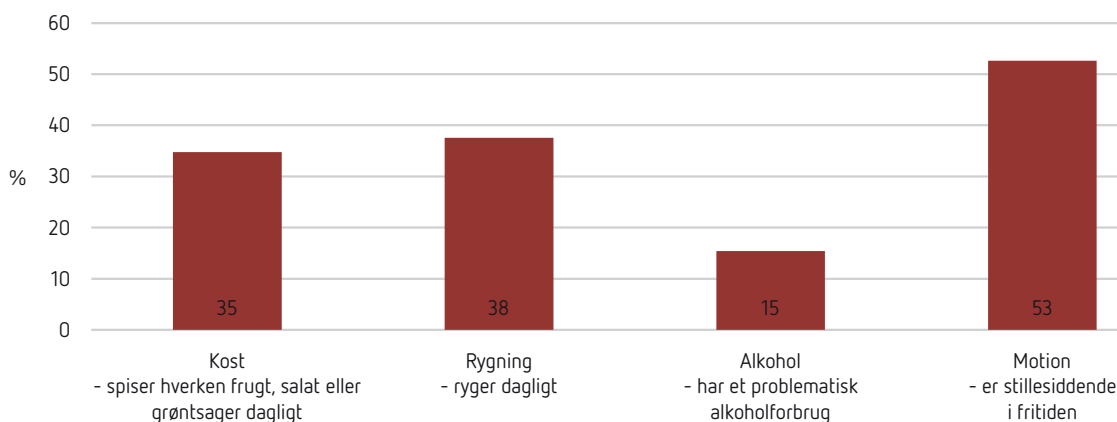
“Ønsker du at være mere fysisk aktiv?”

Svarpersonerne havde følgende svarmuligheder: “Ja”, “Ja, måske” og “Nej”. Svarpersoner, der har svaret “Ja”, er defineret som forandringsparate, mens svarpersoner, der har svaret “Ja, måske” og “Nej”, er defineret som ikke-forandringsparate.

Det fremgår af figur 8.1, at der er stor forskel på, hvor forandringsparate svarpersonerne er i forhold til de fire KRAM-faktorer. Eksempelvis ønsker mere end hver anden svarperson, der er stillesiddende i fritiden, at være mere fysisk aktiv. Derimod er det lidt mindre end hver sjette svarperson, der har et problematisk alkoholforbrug, der ønsker at nedsætte sit forbrug.

I det følgende gives en beskrivelse af de svarpersoner, der ønsker at ændre sundhedsvaner, blandt svarpersoner, der henholdsvis ikke spiser sundt, ryger dagligt, har et problematisk alkoholforbrug og er stillesiddende i fritiden.

Figur 8.1 Andel, der ønsker at ændre sundhedsvaner, blandt svarpersoner, der hverken spiser frugt, salat eller grøntsager dagligt, der ryger dagligt, der har et problematisk alkoholforbrug eller er stillesiddende i fritiden. Procent



Kost

Blandt svarpersoner, der ikke allerede spiser sundt, det vil sige svarpersoner, der hverken spiser frugt, salat eller grøntsager dagligt, er der en større andel blandt kvinder (43,4 %) end mænd (29,5 %), der ønsker at spise sundere. Andelen, der ønsker at spise sundere, falder med stigende alder – således er der 45,7 %, der ønsker at spise sundere blandt de 18-24 årige, mens det kun er 16,7 % blandt de 65+ årige. Der er en mindre andel blandt gifte (29,4 %), der ønsker at spise sundere end blandt samlevende (41,0 %), enlige (separerede, fraskilte) (36,7 %) og ugifte (44,3 %) (data ikke vist).

I forhold til uddannelse er der en større andel, der ønsker at spise sundere blandt svarpersoner, der har 13-14 års uddannelse end i de øvrige uddannelsesgrupper. Endvidere er der en større andel, der ønsker at spise sundere blandt svarpersoner, der er svært overvægtige (Body Mass Index ≥ 30) (51,2 %) og svarpersoner, der er stillessiddende i fritiden (40,1 %) sammenlignet med dem, der henholdsvis ikke er svært overvægtige (32,7 %), og dem, der er fysisk aktive i fritiden (33,7 %). Endelig er der en større andel (38,3 %), der ønsker at spise sundere blandt svarpersoner, der tror, at egen indsats er vigtig for at bevare

et godt helbred, end blandt svarpersoner, der ikke tror, at egen indsats har betydning (26,3 %) (data ikke vist).

Svarpersoner, der ikke allerede spiser sundt, men som angiver, at de ønsker at spise sundere, er blevet spurgt om, hvilke former for hjælp de ønsker til at spise sundere. I tabel 8.1 ses andelen, der ønsker forskellige former for hjælp til at spise sundere. Det fremgår, at størstedelen blandt mænd og kvinder ønsker personlig kostvejledning og forslag til sunde madopskrifter. En større andel blandt kvinder end mænd ønsker personlig kostvejledning, og en større andel blandt mænd end kvinder ønsker tilbud om sund mad på arbejdspladsen. Der ikke er forskel på andelen blandt mænd og kvinder i de øvrige svarkategorier.

Der er forskel på, hvilke former for hjælp svarpersonerne i forskellige aldersgrupper ønsker. Eksempelvis er der en større andel i aldersgruppen 25-44 år end i de øvrige aldersgrupper, der ønsker personlig kostvejledning. Andelen, der ønsker forslag til sunde madopskrifter, tilbud om madlavningskurser, hjælp og støtte fra familien og tilbud om mad på arbejdspladsen, falder med alderen. Andelen, der ikke ønsker hjælp, stiger med alderen (data ikke vist).

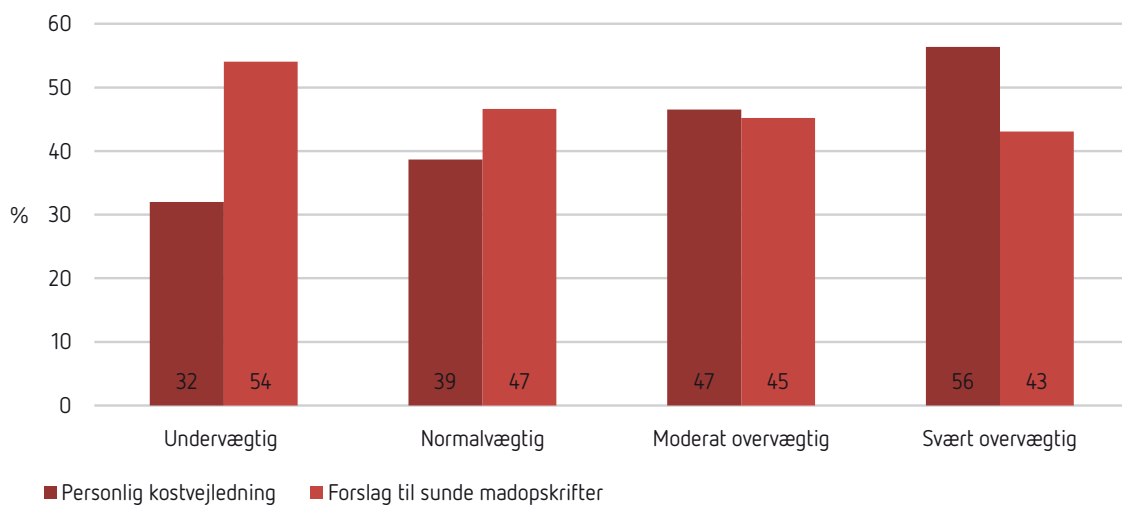
Tabel 8.1 Andel, der ønsker forskellige former for hjælp til at spise sundere, blandt svarpersoner, der ikke spiser sundt, og som gerne vil spise sundere. Procent

	Mænd	Kvinder	I alt
Forslag til sunde madopskrifter	44,5	45,8	45,1
Personlig kostvejledning	38,5	49,6	43,7
Tilbud om sund mad på arbejdspladsen (eks. frokost)	32,8	26,1	29,6
Hjælp og støtte fra familien	18,6	16,6	17,6
Tilbud om madlavningskurser	16,3	15,9	16,1
Ønsker ikke hjælp	15,2	11,8	13,6
Antal svarpersoner	1.743	2.321	4.064

Der ses en sammenhæng mellem uddannelseslængde, og hvilke former for hjælp svarpersoner ønsker. Således er der en større andel blandt svarpersoner med 13-14 års uddannelse, der ønsker personlig kostvejledning, end i de øvrige uddannelsesgrupper. Desuden er der en større andel blandt svarpersoner med 10-12 års og 13-14 års uddannelse, der ønsker forslag til sunde madopskrifter, end i de øvrige uddannelsesgrupper. Endvidere stiger andelen, der ønsker tilbud om sund mad på arbejdspladsen, med stigende uddannelseslængde – fra 9,1 % blandt svarpersoner, der har mindre end 10 års uddannelse, til 36,8 % blandt svarpersoner, der har 15 eller flere års uddannelse. For de resterende typer af hjælp ses ingen sammenhæng med uddannelseslængde (data ikke vist).

Det fremgår af figur 8.2, at andelen, der ønsker tilbud om personlig kostvejledning, stiger med stigende BMI. Det samme gælder for andelen, der ønsker tilbud om madlavningskurser, og andelen, der ønsker hjælp og støtte fra familien (data ikke vist). Af figur 8.2 ses endvidere, at andelen, der ønsker forslag til sunde madopskrifter, falder med stigende BMI. Det samme gælder andelen, der ikke ønsker hjælp – fra 19,6 % blandt de undervægtige til 9,8 % blandt de svært overvægtige (data ikke vist). Der ses ingen sammenhæng mellem BMI og andelen, der ønsker tilbud om sund mad på arbejdspladsen (data ikke vist).

Figur 8.2 Andel, der ønsker forskellige former for hjælp til at spise sundere, blandt svarpersoner, der ikke spiser sundt, og som gerne vil spise sundere, i forskellige BMI-grupper. Procent



Rygning

Der er ikke forskel på andelen, der ønsker at holde op med at ryge, blandt mænd (35,9 %) og kvinder (39,3 %). Andelen, der ønsker at holde op med at ryge, er størst i aldersgruppen 25-44 år (46,3 %) og mindst i aldersgruppen 65+ år (21,1 %). Der ses ingen sammenhæng mellem ønske om rygestop og samlivsstatus og mellem ønske om rygestop og uddannelseslængde. Blandt rygere, der har et problematisk alkoholforbrug, er der en mindre andel (33,6 %), der ønsker at holde op med at ryge, end blandt rygere, der ikke har et problematisk alkoholforbrug (38,5 %). Der ses ingen sammenhæng mellem ønske om rygestop og svær overvægt, fysisk aktivitet i fritiden og sund kost. Endelig er der en større andel (40,6 %), der ønsker at holde op med at ryge, blandt svarpersoner, der tror, at egen indsats er vigtig for at bevare et godt helbred, end blandt svarpersoner, der ikke tror, at egen indsats har betydning (31,0 %) (data ikke vist).

I KRAM-undersøgelsen er der spurgt til, hvilke former for hjælp svarpersonerne ønsker til at holde op med at ryge. Blandt svarpersoner, som

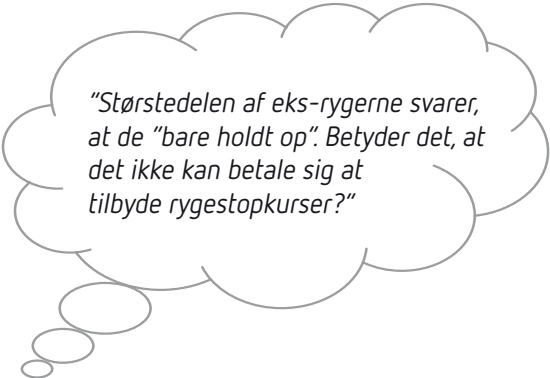
ryger dagligt, og som gerne vil holde op med at ryge, ønsker omkring hver anden hjælp fra alternative behandlere, og næsten fire ud af ti ønsker hjælp i form af rygestopkurser (tabel 8.2). Derudover ønsker mere end hver tredje hjælp i form af nikotinpræparater. I alt ønsker 13,6 % ikke hjælp til rygestop. Det fremgår desuden, at en større andel blandt kvinder end mænd ønsker hjælp fra alternative behandlere. Derimod er der en større andel blandt mænd end kvinder, der ønsker hjælp i form af rygestopkurser, eller som ikke ønsker hjælp.

I aldersgruppen 25-44 år er der en større andel, der ønsker hjælp i form af nikotinpræparater (42,0 %), rygestopkurser (43,8 %) samt ønsker hjælp og støtte fra den praktiserende læge (24,4 %), end i de øvrige aldersgrupper. Andelen, der ønsker hjælp fra alternative behandlere, er størst i aldersgrupperne 25-44 år og 45-64 år. Andelen, der ønsker hjælp og støtte fra familien, mulighed for at gøre det sammen med andre, der også vil holde op med at ryge, eller ikke ønsker hjælp, falder med alderen (data ikke vist).

Tabel 8.2 Andel, der ønsker forskellige former for hjælp til at holde op med at ryge, blandt rygere, der gerne vil stoppe med at ryge. Procent

	Mænd	Kvinder	I alt
Hjælp fra alternative behandler f.eks. akupunktur, hypnose (evt. gratis)	40,2	56,1	48,3
Rygestopkurser (evt. gratis)	40,2	36,6	38,3
Nikotintygggegummi eller andre nikotinpræparater (evt. gratis)	36,4	35,5	35,9
Mulighed for at gøre det sammen med andre, der også vil holde op med at ryge	26,6	27,1	26,9
Hjælp fra den praktiserende læge	20,9	19,7	20,3
Hjælp og støtte fra familien	20,0	18,2	19,1
Ønsker ikke hjælp	17,2	10,2	13,6
Antal svarpersoner	508	776	1.284

Andelen, der ønsker hjælp i form af nikotinpræparater og rygestopkurser, stiger med stigende uddannelseslængde. Endvidere er der en større andel, der ønsker mulighed for at gøre det sammen med andre, der også vil holde op med at ryge, blandt svarpersoner med 10 eller flere års uddannelse end blandt svarpersoner med mindre end 10 års uddannelse. Andelen, der ønsker hjælp fra den praktiserende læge og alternativ behandling, er større blandt svarpersoner, der har 13-14 års uddannelse, end i de øvrige uddannelsesgrupper. Der ses ingen forskel i andelen, der ønsker hjælp og støtte fra familien, eller ikke ønsker hjælp, i de forskellige uddannelsesgrupper (data ikke vist).



Der er en større andel blandt storrygere, det vil sige personer, der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen, der ønsker forskellige former for hjælp, end blandt svarpersoner, der ryger mindre end 15 cigaretter dagligt (data ikke vist).

Personer, der oplyser, at de tidligere har røget, blev bedt om at svare på, hvordan de holdt op med at ryge (flere svar var mulige). Det fremgår af tabel 8.3, at størstedelen holdt op med at ryge uden nogen form for hjælp (75,8 %). I alt angiver 13,2 %, at de anvendte nikotinpræparater til rygestop, mens andre metoder som deltagelse i rygestopkursus og hjælp fra sundhedspersonale eller alternative behandlere blev anvendt i mindre grad. Det ses i tabellen, at andelen, der holdt op uden nogen form for hjælp, er større blandt mænd (79,1 %) end kvinder (72,1 %). I forhold til de øvrige metoder ses ingen forskel på mænd og kvinder.

Andelen, der er holdt op med at ryge uden nogen form for hjælp, er størst i aldersgrupperne 18-24 år (83,9 %) og 65+ år (81,4 %). Andelen, der benyttede nikotinpræparater, deltog i rygestopkurser eller søgte hjælp fra alternative behandlere, er størst i aldersgrupperne 25-44 år og 45-64 år.

Tabel 8.3 Andel, der benyttede forskellige metoder til at holde op med at ryge, blandt svarpersoner, der tidligere har røget. Procent

	Mænd	Kvinder	I alt
Jeg holdt bare op	79,1	72,1	75,8
Brugte nikotintyggegummi eller andre nikotinpræparater	12,1	14,5	13,2
Gjorde andet	9,5	11,1	10,3
Søgte hjælp fra alternative behandlere, f.eks. akupunktur, hypnose	3,0	5,2	4,0
Søgte støtte fra familie og venner	3,5	4,3	3,9
Spiste/drak i stedet for at ryge	3,1	4,2	3,6
Deltog i rygestopkursus	2,9	4,2	3,5
Søgte hjælp hos læge eller andet sundhedspersonale	1,7	2,1	1,9
Antal svarpersoner	11.064	13.334	24.398

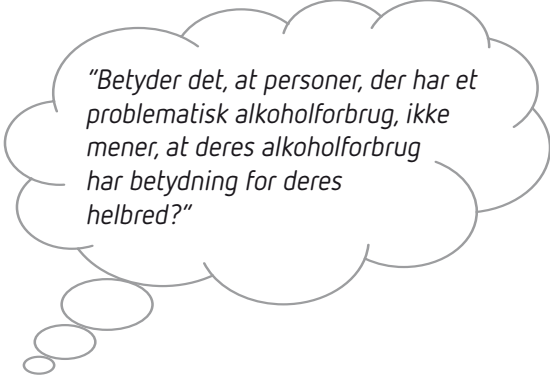
Andelen, der spiste/drak i stedet for at ryge, søgte hjælp og støtte fra venner og familie eller gjorde noget andet, falder med alderen. Der ses ingen forskel mellem aldersgrupperne i forhold til andelen, der søgte hjælp hos læge eller andet sundhedspersonale (data ikke vist).

Der er forskel på, hvilke former for hjælp svarpersonerne i forskellige uddannelsesgrupper benyttede til rygestop. Andelen, der benyttede nikotinpræparater, stiger overordnet med stigende uddannelseslængde – fra 9,5 % blandt svarpersoner med mindre end 10 års uddannelse til 15,5 % blandt dem med 15 eller flere års uddannelse. Der ses ingen forskel mellem uddannelsesgrupperne i forhold til de øvrige metoder til rygestop (data ikke vist).

Alkohol

Et problematisk alkoholforbrug er defineret ved at overskride Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse i en typisk uge (14 genstande for kvinder og 21 for mænd) eller drikke mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed mindst én gang om ugen. Blandt svarpersoner, der har et problematisk alkoholforbrug, er der ikke forskel på andelen, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, blandt mænd (14,6 %) og kvinder (16,5 %). Andelen, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, er mindst i aldersgruppen 18-24 år (5,1 %) og størst i aldersgrupperne 25-44 år (21,1 %) og 45-64 år (21,7 %). Der er en større andel, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, blandt enlige (separerede, fraskilte) (30,1 %) end i de øvrige samlivsgrupper. Der ses ingen sammenhæng mellem uddannelseslængde og andelen, der ønsker at nedsætte sit alkoholforbrug. Endvidere ses der ingen sammenhæng mellem ønske om at nedsætte alkoholforbrug og svær overvægt, daglig rygning, fysisk aktivitet i fritiden og sund kost. Endelig er der ikke forskel på ande-

len, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, blandt svarpersoner, der tror, at egen indsats er vigtig for at bevare et godt helbred (16,1 %), og blandt svarpersoner, der ikke tror, at egen indsats har betydning (14,5 %) (data ikke vist). Dette adskiller sig fra de andre KRAM-faktorer, hvor der er en større andel, der ønsker at ændre adfærd, blandt svarpersoner, der tror, at egen indsats er vigtig for at bevare et godt helbred, end blandt svarpersoner, der ikke tror, at egen indsats har betydning.



”Betyder det, at personer, der har et problematisk alkoholforbrug, ikke mener, at deres alkoholforbrug har betydning for deres helbred?”

I KRAM-undersøgelsen blev der spurgt til, hvilke former for hjælp svarpersonerne ønsker til at nedsætte deres alkoholforbrug (flere svar var mulige). Blandt svarpersoner, som har et problematisk alkoholforbrug, og som gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug, ønsker næsten halvdelen ingen hjælp (tabel 8.4). Omkring hver femte ønsker hjælp og støtte fra familie og mulighed for at gøre det sammen med andre, der også vil nedsætte deres alkoholforbrug. En relativ mindre andel svarer, at de ønsker kontakt til et alkoholbehandlingscenter (9,5 %) eller hjælp fra den praktiserende læge (14,8 %). Af tabel 8.4 fremgår desuden, at der er en større andel blandt kvinder end mænd, som ønsker at gøre det sammen med andre, mens der er en større andel blandt mænd end kvinder, som ønsker kontakt til et alkoholbehandlingscenter. Endvidere er der en større andel blandt mænd end kvinder, der ikke ønsker hjælp.

Tabel 8.4. Andel, der ønsker forskellige former for hjælp til at nedsætte deres alkoholforbrug, blandt svarpersoner, der har et problematisk alkoholforbrug, og som gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug. Procent

	Mænd	Kvinder	I alt
Mulighed for at gøre det sammen med andre, der også vil nedsætte deres alkoholforbrug	21,6	24,6	22,9
Hjælp og støtte fra familien	20,7	22,4	21,5
Hjælp fra den praktiserende læge	15,1	14,5	14,8
Kontakt til alkoholbehandlingscenter	11,6	6,9	9,5
Ønsker ikke hjælp	43,0	39,2	41,3
Antal svarpersoner	213	267	480

I aldersgruppen 18-24 år er der en større andel, der ønsker at gøre det sammen med andre, der også vil nedsætte deres alkoholforbrug, end i de øvrige aldersgrupper. I aldersgrupperne 25-44 år, 45-64 år og 65+ år er der en større andel, der ønsker hjælp i form af alkoholbehandlingscentre, hjælp og støtte fra familien samt hjælp fra den praktiserende læge, end i aldersgruppen 18-24 år. Andelen, der ikke ønsker hjælp, stiger med alderen (data ikke vist).

Fysisk aktivitet

Blandt svarpersoner, der hovedsageligt er stillesiddende i fritiden, er der procentvis flere kvinder (55,5 %) end mænd (49,8 %), der ønsker at være mere fysisk aktive. Andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive, falder overordnet med alderen. Endvidere stiger andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive, med stigende uddannelseslængde – fra 34,1 % blandt svarpersoner med mindre end 10 års uddannelse, til 62,7 % blandt svarpersoner med 15 eller flere års uddannelse. I forhold til samlivsstatus er der en mindre andel, der ønsker at være mere fysisk aktive, blandt ugifte og enlige (enker/enkemænd) end i de øvrige samlivsgrupper. Blandt svarpersoner, der er svært overvægtige, og blandt svarpersoner,

der har et problematisk alkoholforbrug, er der en større andel, der ønsker at være mere fysisk aktive, end blandt de, der henholdsvis ikke er svært overvægtige eller de, der ikke har et problematisk alkoholforbrug. Blandt svarpersoner, der ryger dagligt, er der en mindre andel (49,2 %), der ønsker at være mere fysisk aktive, end blandt svarpersoner, der ikke ryger dagligt (53,7 %). Endvidere er der en større andel (60,3 %), som ønsker at være mere fysisk aktive, blandt svarpersoner, som tror, at egen indsats er vigtig for at bevare et godt helbred, end blandt de, der ikke tror, at egen indsats har betydning (39,2 %) (data ikke vist).

I KRAM-undersøgelsen blev der spurgt til, hvad svarpersonerne mener, at kommunen kan gøre for at hjælpe dem til at blive mere fysisk aktive (flere svar var mulige). I tabel 8.5 ses, hvad svarpersoner, der er stillesiddende i fritiden, og som ønsker at være mere fysisk aktive, mener, at kommunen kan gøre. Det fremgår, at mere end fire ud af ti ikke mener, at kommunen kan hjælpe dem til at blive mere fysisk aktive. I alt mener 39,8 %, 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 helbred. Endvidere mener en forholdsvis stor andel, at kommunen kan hjælpe ved at oplyse bedre om de muligheder, der allerede findes

til borgerne i kommunen (30,2 %). Det fremgår endvidere, at der på nogle punkter er forskel på, hvad mænd og kvinder mener, at kommunen kan gøre for at hjælpe dem til at blive mere fysisk aktive. En større andel blandt mænd end kvinder mener, at kommunen kan hjælpe ved at lave flere motionsvenlige naturtilbud, øge antallet af idrætslokaler, haller eller motionscentre samt ved at forbedre eksisterende motions- og idrætsfaciliteter. Endvidere er der en større andel blandt mænd end kvinder, der mener, at kommunen ikke kan hjælpe. Derimod mener en større andel blandt kvinder end mænd, at kommunen kan hjælpe ved at sørge for aktiviteter for både børn og voksne samme sted, ved at lave flere tilbud om motion, der tager hensyn til dårlig kondition og helbredsproblemer, samt ved at lave flere motions-events (tabel 8.5).

Der ses ligeledes forskelle mellem de forskellige aldersgrupper. Andelen, der mener, at kommunen kan hjælpe ved at oplyse bedre om eksisterende muligheder, øge antallet af idrætslokaler, haller eller motionscentre, forbedre eksisterende motions- og idrætsfaciliteter, øge den økonomiske støtte, skabe flere motions-events og naturtilbud, falder med alderen. Modsat stiger andelen med alderen, der mener, at kommunen ikke kan hjælpe. Der er procentvis flere i de to ældste aldersgrupper end i de to yngste, der mener, at kommunen kan hjælpe ved at anlægge flere cykelstier og ved at skabe flere tilbud om motion, der tager hensyn til dårlig kondition og helbredsproblemer. Endvidere er der procentvis flere i aldersgruppen 25-44 år end i de øvrige aldersgrupper, der mener, at kommunen kan hjælpe ved at sørge for aktiviteter for både børn og voksne samme sted. Andelen, der mener, at kom-

Tabel 8.5 Andel, der mener, at kommunen på forskellige måder kan hjælpe dem til at være mere fysisk aktive, blandt svarpersoner, der er stillesiddende i fritiden, og som ønsker at være mere fysisk aktive. Procent

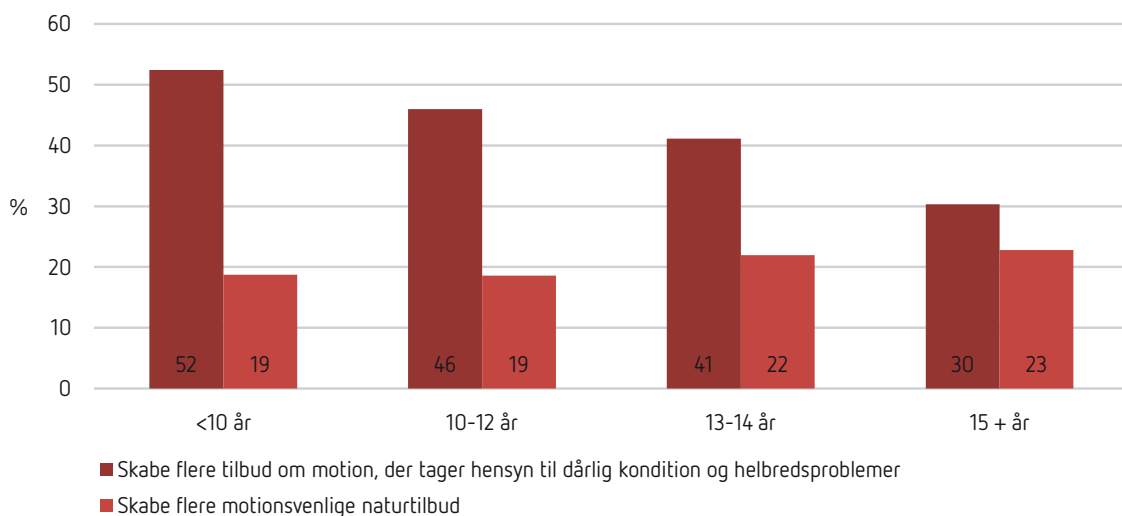
	Mænd	Kvinder	I alt
Lave flere tilbud om motion, der tager hensyn til dårlig kondition og helbredsproblemer	34,8	44,3	39,8
Oplyse bedre om de muligheder, der i dag findes til borgerne i kommunen	31,1	29,4	30,2
Øge den økonomiske støtte til kommunens foreninger	21,5	22,4	22,0
Lave flere motionsvenlige naturtilbud, eks. motionsstier, lysløjper, ture med naturvejleder, forhindringsbaner mv.	23,8	18,6	21,0
Anlægge flere cykelstier	18,6	17,0	17,8
Sørge for aktiviteter for både børn og voksne samme sted	15,0	19,1	17,2
Øge antallet af idrætslokaler, haller eller motionscentre	19,0	13,5	16,1
Forbedre eksisterende motions- og idrætsfaciliteter (eks. indretning af lokaler, omklædningsfaciliteter eller bedre parkeringsforhold)	16,8	10,8	13,6
Lave flere motions-events, eks. rulleskøjteløb, familielege-dage, fredags-dans under åben himmel eller andet	11,9	14,1	13,1
Forbedre den offentlige transport til idrætsfaciliteter og naturområder	10,7	10,4	10,5
Jeg tror <i>ikke</i> , kommunen kan hjælpe mig til at blive mere fysisk aktiv	45,8	42,5	44,1
Antal svarpersoner	2.248	3.666	5.914

munen kan hjælpe ved at forbedre den offentlige transport, er størst i den yngste og i den ældste aldersgruppe (data ikke vist).

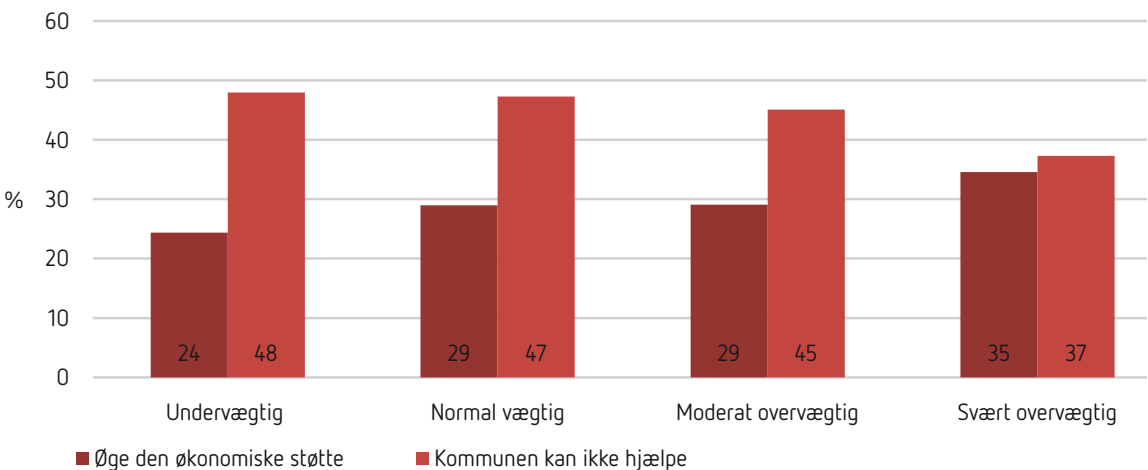
Andelen, der mener, at kommunen kan hjælpe ved at skabe flere tilbud, som tager hensyn til dårlig kondition og helbredsproblemer, falder med stigende uddannelseslængde (figur 8.3). Det samme gælder andelen, der mener, at kommunen kan hjælpe ved at øge den økonomiske støtte samt ved at forbedre den offentlige transport (data ikke vist). Modsat stiger andelen, der mener, at kommunen kan hjælpe ved at skabe flere motionsvenlige naturtilbud, med stigende uddannelseslængde (figur 8.3). Andelen, der mener, at kommunen kan hjælpe ved at øge antallet

af idrætslokaler, haller eller motionscentre, ved at forbedre eksisterende motions- og idrætsfaciliteter, ved at skabe flere motions-events og ved at sørge for aktiviteter for både børn og voksne samme sted, er mindre blandt svarpersoner, der har mindre end 10 års uddannelse end i de øvrige uddannelsesgrupper. Derimod er der en større andel blandt svarpersoner, der har 15 eller flere års uddannelse, der mener, at kommunen ikke kan hjælpe, end i de øvrige uddannelsesgrupper. Der er ikke uddannelsesmæssige forskelle i andelen, der mener, at kommunen kan hjælpe ved at oplyse bedre om de muligheder, der findes i kommunen og ved at anlægge flere cykelstier (data ikke vist).

Figur 8.3 Andel, der mener, at kommunen på forskellige måder kan hjælpe dem til at være mere fysisk aktive, blandt svarpersoner, der er stillesiddende i fritiden, og som gerne vil være mere fysisk aktive, i forskellige uddannelsesgrupper. Procent



Figur 8.4 Andel, der mener, at kommunen på forskellige måder kan hjælpe dem til at være mere fysisk aktive, blandt svarpersoner, der er stillesiddende i fritiden, og som gerne vil være mere fysisk aktive, i forskellige BMI-grupper. Procent



Det fremgår af figur 8.4, at blandt stillesiddende, der gerne vil være mere fysisk aktive, stiger andelen, der mener, at kommunen kan hjælpe ved at oplyse bedre om de muligheder, der findes i kommunen, med stigende BMI. Det samme gælder andelen, som mener, at kommunen kan hjælpe ved at øge den økonomiske støtte til kommunens foreninger, ved at forbedre eksisterende motions- og idrætsfaciliteter, ved skabe flere muligheder, der tager hensyn til dårlig kondition og helbredsproblemer og ved at forbedre

den offentlige transport (data ikke vist). Derimod falder andelen, der mener, at kommunen ikke kan hjælpe, med stigende BMI (figur 8.4). Der ses ingen sammenhæng mellem BMI og andelen, der mener, at kommunen kan hjælpe ved at øge antallet af idrætslokaler, haller eller motionscentre, anlægge flere cykelstier, sørge for aktiviteter for både børn og voksne samme sted, lave flere motionsvenlige naturtilbud eller at skabe flere motions-events (data ikke vist).

Kapitel 9. Selvvurderet helbred, trivsel og sociale relationer

- Andelen, der vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt, falder med alderen og stiger med stigende uddannelseslængde for både mænd og kvinder
- Der er procentvis flere kvinder end mænd, der ofte føler sig stressede. Forekomsten er lavest blandt mænd og kvinder i aldersgruppen 65+ år
- Der ses en sammenhæng mellem stress i dagligdagen og selvvurderet helbred samt langvarig sygdom
- Andelen, der som regel får søvn nok til at føle sig udhvilet, stiger med alderen
- Der ses en sammenhæng mellem tilstrækkelig søvn og selvvurderet helbred samt langvarig sygdom
- Procentvis flere kvinder end mænd sover dårligt eller uroligt hver nat eller næsten hver nat
- Jo længere uddannelse, desto mindre er andelen, der sover dårligt eller uroligt
- Andelen, der sjældent eller aldrig træffer venner og bekendte, er størst i aldersgruppen 45-64 år for både mænd og kvinder
- Andelen, der aldrig eller kun nogle gange har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte, er større blandt mænd end kvinder
- Jo længere uddannelse, desto mindre er andelen, der aldrig eller kun nogle gange har nogen at tale med
- Andelen, som føler, at der altid er nogen fra deres familie eller blandt deres venner, der kræver for meget af dem i hverdagen, er mindst i den ældste aldersgruppe (65+ år) for både mænd og kvinder
- Der er en relativ stor andel blandt kvinder med mindre end 10 års uddannelse, der altid føler, at der er nogen fra deres familie eller blandt deres venner, der kræver for meget af dem i hverdagen
- Der ses en sammenhæng mellem sociale relationer og selvvurderet helbred samt langvarig sygdom

Dette kapitel omhandler svarpersonernes selv-rapporterede oplevelse af helbred, trivsel og sociale relationer. Helbred er belyst ud fra et spørgsmål om, hvordan svarpersonen vurderer sin egen helbredstilstand. Ved trivsel forstås tilfredshed med livet og en generel følelse af velbefindende. Trivsel måles ofte som en kombination af fysisk, psykisk og socialt velbefindende. Der er derfor ofte nogle, som har dårlig trivsel til trods for, at de er raske i medicinsk forstand (Fayers 2001). Trivsel kan måles på mange måder, og i KRAM-undersøgelsen er trivsel belyst ud fra spørgsmål om oplevelsen af stress i dagligdagen

og søvnmønster. Sociale relationer beskrives ud fra spørgsmål om kontakt til familie og venner, muligheden for at få hjælp og støtte, samt følelsen af, at nogen fra familie eller blandt venner kræver for meget af en i hverdagen

Selvvurderet helbred

En persons vurdering af eget helbred har vist sig at være 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 opfølgningsperiode (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 et helt livsforløb, kendskab 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 1997).

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

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

Det fremgår af tabel 9.1, at 73,3 % af svarpersonerne vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt. Dette er en mindre andel end i SUSY-2005 (79,4 %). Tabel 9.1 viser endvidere, at andelen, der vurderer eget helbred som virkelig godt eller godt, er lidt større blandt mænd (74,2 %) end kvinder (72,5 %). Forekomsten falder med alderen for både mænd og kvinder.

Tabel 9.1 Andel, der vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

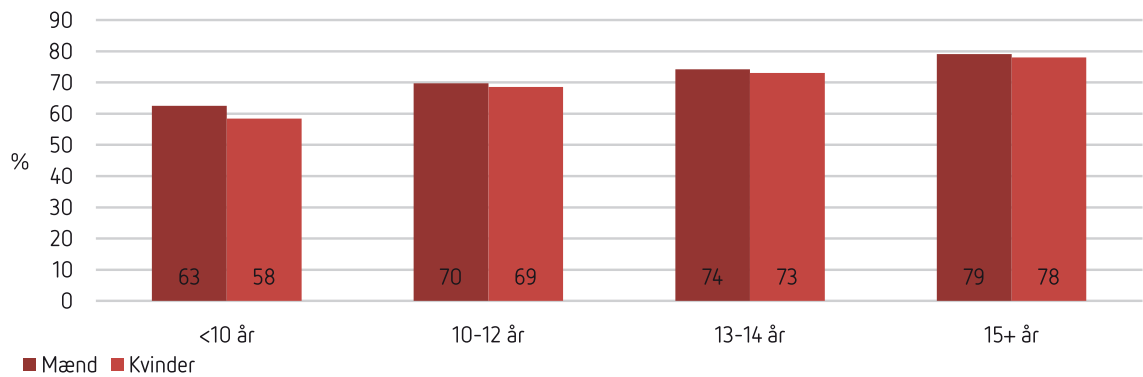
		Forekomst (%)	Antal svarpersoner
Total		73,3	76.252
Mænd	18-24 år	77,8	2.105
	25-44 år	76,9	8.691
	45-64 år	72,2	13.769
	65+ år	70,9	6.459
	Mænd i alt	74,2	31.024
Kvinder	18-24 år	76,6	3.625
	25-44 år	75,3	14.914
	45-64 år	71,6	20.288
	65+ år	67,5	6.401
	Kvinder i alt	72,5	45.228

Figur 9.1 viser sammenhængen mellem uddannelseslængde og selv vurderet helbred. Både blandt mænd og kvinder stiger andelen, der har et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred, med stigende uddannelseslængde – fra omtrent seks ud af ti blandt svarpersoner, der har mindre end 10 års uddannelse, til næsten otte ud af ti blandt de, der har 15 eller flere års uddannelse.

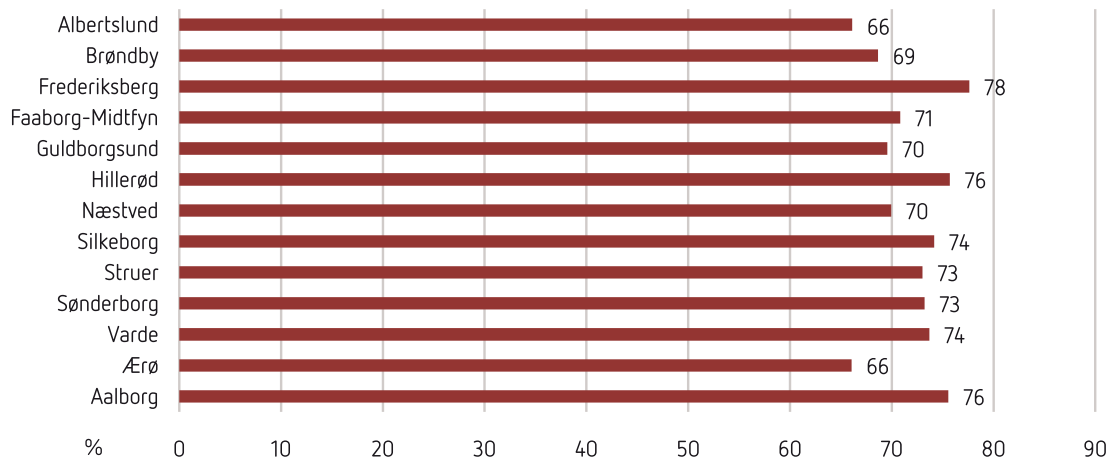
Der ses en sammenhæng mellem erhvervsaktivitet og selv vurderet helbred. Således er der procentvis flere erhvervsaktive (78,7 %) end ikke-erhvervsaktive (65,3 %), der har et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred (data ikke vist).

Overordnet er andelen, der vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt, størst i Frederiksberg Kommune og mindst i Ærø og Albertslund kommuner (figur 9.2). Som tidligere beskrevet falder andelen, der vurderer eget helbred som virkelig godt eller godt, med alderen, og stiger med stigende uddannelseslængde. Det kan være en mulig forklaring på, at der er forskel mellem de 13 KRAM-kommuner, da kommunerne har forskellig alders- og uddannelses sammensætning (se bilag C).

Figur 9.1 Andel, der vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent

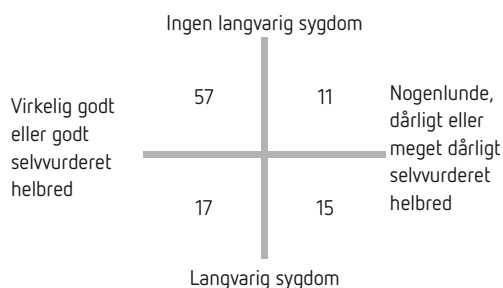


Figur 9.2 Andel, der vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt, i de 13 KRAM-kommuner. Procent



Bemærk: Resultaterne gælder kun for de personer, der har deltaget i KRAM-undersøgelsen i de enkelte kommuner, og er ikke repræsentative for kommunens borgere som helhed

Figur 9.3 Sammenhængen mellem selv vurderet helbred og langvarig sygdom. Procent



Figur 9.3 viser sammenhængen mellem selv vurderet helbred og langvarig sygdom. I alt vurderer 57 % af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen deres eget helbred som virkelig godt eller godt samtidig med, at de ikke har nogen langvarig sygdom. Figuren viser tillige, at 15 % vurderer, at de har et nogenlunde eller dårligt helbred og samtidig har langvarig sygdom. Det fremgår således af figuren, at det at leve med en langvarig sygdom ikke nødvendigvis betyder, at en person vurderer sit helbred som dårligt og omvendt. Således er der i alt 17 %, der vurderer eget helbred som virkelig godt eller godt og samtidig har langvarig sygdom, og 11 %, der ikke har nogen langvarig sygdom og samtidig vurderer eget helbred som nogenlunde, dårligt eller meget dårligt.

Stress

Stress er en tilstand, der påvirker personer både fysisk og psykisk. I daglig tale siger personer ofte, at de er stressede, når de har travlt, og tingene vokser dem over hovedet. De reagerer med iritabilitet, 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, som således gør

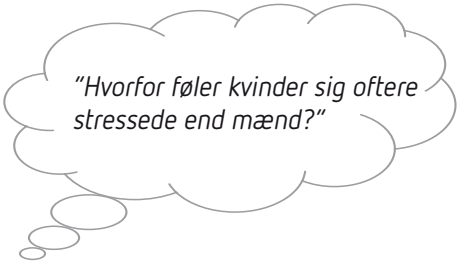
kroppen parat til en øget indsats. Stress forårsages af en belastning, som er vanskelig at håndtere. Graden af stress og eventuelle helbredsmæssige følgevirkninger afhænger blandt andet af belastningens styrke og varighed og af den enkeltes ressourcer. Længerevarende eller meget stærke belastninger kan medføre stressbetinget sygdom som for eksempel hjertekarsygdom og depression. Allerede eksisterende sygdom kan desuden forværres af stress (Nielsen et al. 2004). I KRAM-undersøgelsen fokuseres der på den oplevelsesmæssige dimension af stress.

Tabel 9.2 viser andelen, der ofte føler sig stressede i dagligdagen. Blandt svarpersoner i KRAM-undersøgelsen angiver 7,9 %, at de ofte føler sig stressede i dagligdagen. Dette er på niveau med andelen i SUSY-2005 (8,7 %).

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

		Forekomst (%)	Antal svarpersoner
Total		7,9	71.749
Mænd	18-24 år	5,8	1.843
	25-44 år	8,7	8.132
	45-64 år	7,3	13.083
	65+ år	1,2	5.964
	Mænd i alt	6,5	29.022
Kvinder	18-24 år	10,9	3.334
	25-44 år	13,3	14.237
	45-64 år	9,3	19.318
	65+ år	1,8	5.838
	Kvinder i alt	9,3	42.727

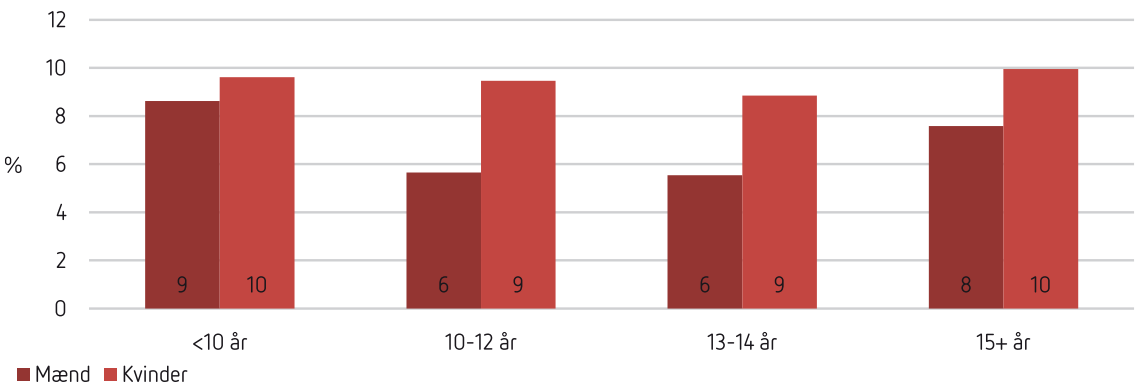
I KRAM-undersøgelsen er der i alle aldersgrupper en større andel blandt kvinder (9,3 %) end mænd (6,5 %), der ofte føler sig stressede i dagligdagen (tabel 9.2). Specielt er der stor forskel i andelen blandt mænd og kvinder i den yngste aldersgruppe. Andelen, der ofte føler sig stressede, er mindst i aldersgruppen 65+ år for både mænd og kvinder.



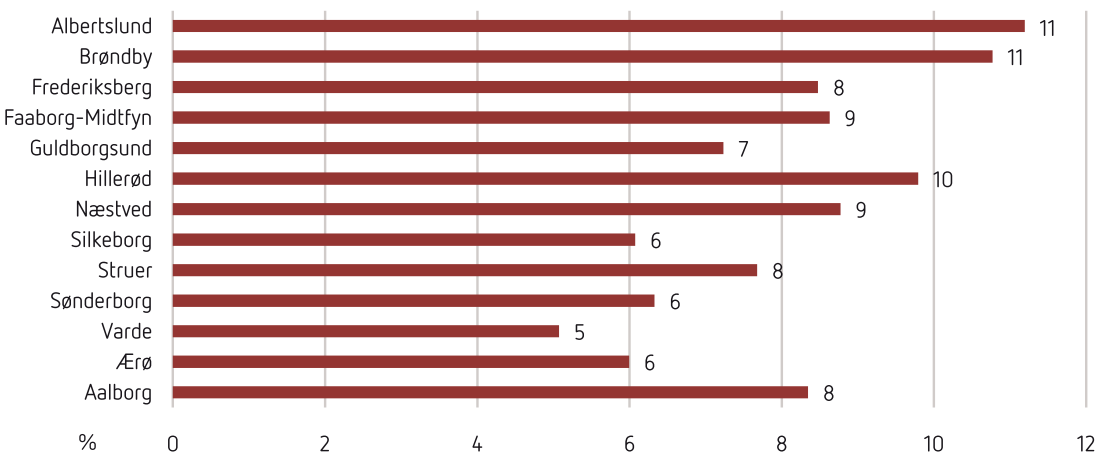
I figur 9.4 ses, at der blandt mænd, der har mindre end 10 års uddannelse eller 15 eller flere års uddannelse, er en lidt større andel, der ofte føler sig stressede, end i de to øvrige uddannelsesgrupper. Blandt kvinder ses ingen uddannelsesmæssige forskelle i oplevelsen af stress.

Der ses ingen forskel i forekomsten af stress blandt erhvervsaktive (9,5 %) og ikke-erhvervsaktive (9,2 %) (data ikke vist).

Figur 9.4 Andel, der ofte føler sig stressede i dagligdagen, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Figur 9.5 Andel, der ofte føler sig stressede i dagligdagen, i de 13 KRAM-kommuner. Procent



Bemærk: Resultaterne gælder kun for de personer, der har deltaget i KRAM-undersøgelsen i de enkelte kommuner, og er ikke repræsentative for kommunens borgere som helhed

Figur 9.5 viser andelen, der ofte føler sig stressede i dagligdagen, i de 13 KRAM-kommuner. Det ses, at forekomsten er højest i Brøndby og Albertslund kommuner og lavest i Varde Kommune.

Der ses en sammenhæng mellem selv vurderet helbred og oplevelsen af stress i dagligdagen. Blandt svarpersoner, der ofte er stressede i dagligdagen, angiver 52,8 %, at de har et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred, mens det er 75,8 % blandt de, der ikke er stressede i dagligdagen (data ikke vist).

Endvidere ses en sammenhæng mellem langvarig sygdom og oplevelsen af stress i dagligdagen. Blandt svarpersoner, der ofte er stressede i dagligdagen, oplyser 40,1 %, at de har en langvarig sygdom, mens det er 31,5 % blandt de, der ikke er stressede i dagligdagen (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, døgnrytme 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 siges, 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).

Det fremgår af tabel 9.3, at 68,2 % af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen angiver, at de som regel får søvn nok til at føle sig udhvilet. Dette er en lidt mindre andel end i SUSY-2005 (70,9 %).

Tabel 9.3 Andel, der som regel får nok søvn til at føle sig udhvilet, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

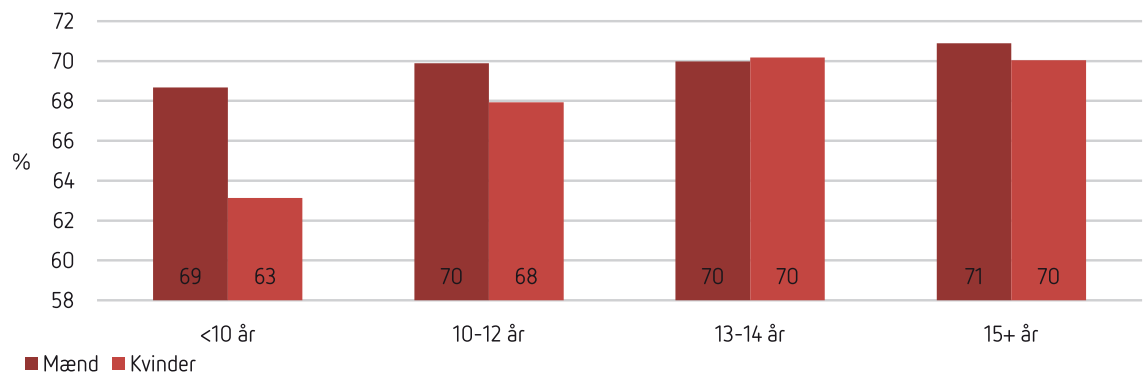
		Forekomst (%)	Antal svarpersoner
Total		68,2	72.446
Mænd	18-24 år	48,5	1.833
	25-44 år	58,8	8.126
	45-64 år	72,3	13.224
	65+ år	86,9	6.140
	Mænd i alt	67,9	29.323
Kvinder	18-24 år	58,8	3.323
	25-44 år	60,7	14.213
	45-64 år	71,7	19.484
	65+ år	80,2	6.103
	Kvinder i alt	68,5	43.123

Af tabel 9.3 ses endvidere, at andelen, der som regel får søvn nok til at føle sig udhvilet, stiger med alderen for både mænd og kvinder.

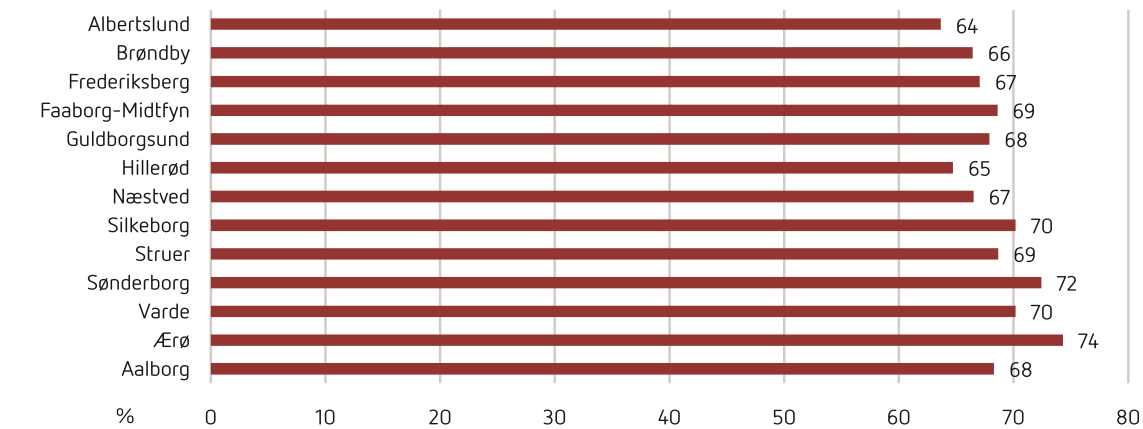
Det fremgår af figur 9.6, at der blandt mænd ikke er sammenhæng mellem uddannelseslængde og andelen, der som regel får søvn nok til at føle sig udhvilet. Blandt kvinder er andelen, der som regel får nok søvn til at føle sig udhvilet, større blandt svarpersoner med mere end 10 års uddannelse sammenholdt med de, der har mindre end 10 års uddannelse.

Der ses desuden en sammenhæng mellem erhvervsaktivitet og andelen, der som regel får nok søvn til at føle sig udhvilet. Således er der blandt erhvervsaktive 70,5 %, der som regel får nok søvn til at føle sig udhvilet, mens det er 67,6 % blandt ikke-erhvervsaktive (data ikke vist).

Figur 9.6 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



Figur 9.7 Andel, der som regel får nok søvn til at føle sig udhvilet, i de 13 KRAM-kommuner. Procent



Bemærk: Resultaterne gælder kun for de personer, der har deltaget i KRAM-undersøgelsen i de enkelte kommuner, og er ikke repræsentative for kommunens borgere som helhed

Figur 9.7 viser andelen, der som regel får nok søvn til at føle sig udhvilet, i de 13 KRAM-kommuner. Det ses, at andelen overordnet er størst i Ærø Kommune. I de to yngste aldersgrupper er andelen dog størst i Sønderborg Kommune og i den ældste aldersgruppe er andelen størst i Struer Kommune (data ikke vist).

Der ses en sammenhæng mellem selvvurderet helbred og andelen, der som regel får nok søvn til at føle sig udhvilet. Procentvis flere af de, der

som regel for søvn nok (79,0 %), vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt, sammenlignet med de, der ikke får søvn nok til at føle sig udhvilet (62,2 %) (data ikke vist).

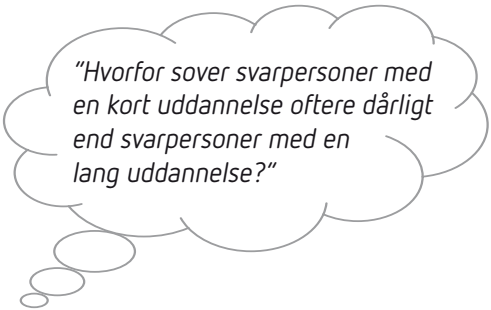
Blandt svarpersoner, der som regel får søvn nok til at føle sig udhvilet, er der procentvis færre (30,8 %), der har en langvarig sygdom, end blandt svarpersoner, der ikke får søvn nok til at føle sig udhvilet (35,8 %) (data ikke vist).

I KRAM-undersøgelsen er der desuden spurgt til, hvor ofte man sover dårligt eller uroligt. I alt oplyser 7,6 % af svarpersonerne, at de sover dårligt eller uroligt hver nat eller næsten hver nat (tabel 9.4).

Tabel 9.4 Andel, der sover dårligt eller uroligt hver nat eller næsten hver nat, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Forekomst (%)	Antal svarpersoner
Total		7,6	72.285
Mænd	18-24 år	1,8	1.827
	25-44 år	4,8	8.119
	45-64 år	7,3	13.201
	65+ år	7,8	6.113
	Mænd i alt	6,0	29.260
Kvinder	18-24 år	3,7	3.316
	25-44 år	8,2	14.199
	45-64 år	11,3	19.445
	65+ år	9,1	6.065
	Kvinder i alt	9,1	43.025

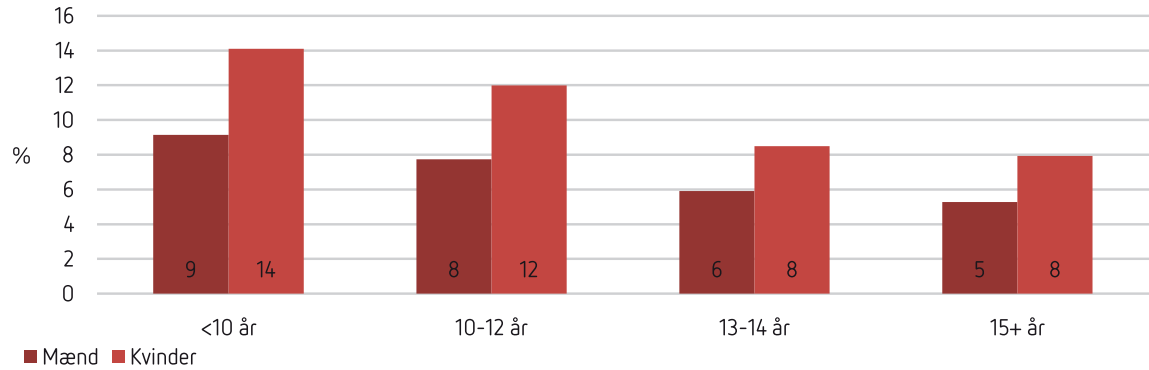
Det ses desuden af tabel 9.4, at der procentvis er flere kvinder (9,1 %) end mænd (6,0 %), der sover dårligt eller uroligt. For mænd stiger forekomsten med alderen, mens den for kvinder er højest i aldersgruppen 45-64 år.



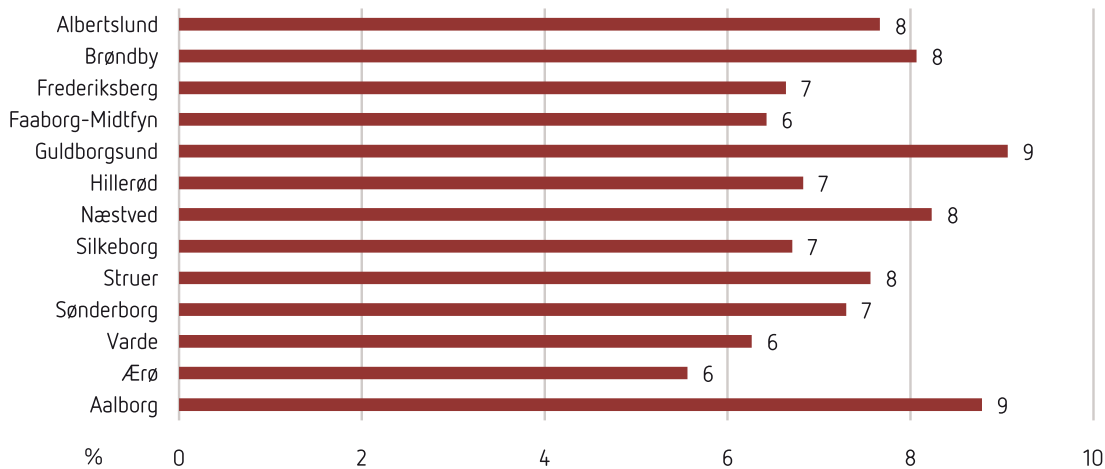
I figur 9.8 ses andelen, der sover dårligt eller uroligt hver nat eller næsten hver nat, blandt mænd og kvinder i forhold til uddannelseslængde. Det fremgår, at andelen overordnet falder med stigende uddannelseslængde. I alle uddannelsesgrupper er andelen større blandt kvinder end mænd.

Der ses en sammenhæng mellem erhvervsaktivitet og andelen, der sover dårligt eller uroligt. Således er der blandt ikke-erhvervsaktive procentvis flere (70,5 %), der sover dårligt eller uroligt hver nat eller næsten hver nat, end blandt erhvervsaktive (56,3 %) (data ikke vist).

Figur 9.8 Andel, der sover dårligt eller uroligt hver nat eller næsten hver nat, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Figur 9.9 Andel, der sover dårligt eller uroligt hver nat eller næsten hver nat, i de 13 KRAM-kommuner. Procent



Bemærk: Resultaterne gælder kun for de personer, der har deltaget i KRAM-undersøgelsen i de enkelte kommuner, og er ikke repræsentative for kommunens borgere som helhed

Det ses af figur 9.9, at der ikke er den store forskel på andelen, der sover dårligt eller uroligt hver nat eller næsten hver nat, i de 13 KRAM-kommuner.

Der er procentvist færre (53,5 %), der har et virkelig godt eller godt selvvurderet helbred, blandt svarpersoner, der sover dårligt eller uroligt, sammenholdt med svarpersoner, der ikke sover dårligt eller uroligt (76,1 %) (data ikke vist).

Der ses endvidere en sammenhæng mellem langvarig sygdom og andelen, der sover dårligt eller uroligt. Blandt svarpersoner, der sover dårligt eller uroligt oplyser 55,7 %, at de har en langvarig sygdom, mens det er 30,5 % blandt de, der ikke sover dårligt eller uroligt (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. Personer med stærke sociale relationer bliver i mindre grad syge, og hvis de bliver syge, kommer de sig hurtigere efter deres sygdom. Dertil kommer, at personer med stærke sociale relationer har mindre risiko for at dø tidligt end personer med svage sociale relationer (Iversen et al. 2002). En undersøgelse viser, at 1.000-1.500 dødsfald årligt er relateret til svage sociale relationer i Danmark, hvilket svarer til cirka 2 % af alle dødsfald. Mænd med svage sociale relationer dør i gennemsnit tre år for tidligt, mens kvinder med svage sociale relationer i gennemsnit dør to år for tidligt. Endvidere kan personer med svage sociale relationer forvente færre gode leveår end personer med stærke sociale relationer

(Juel, Sørensen & Brønnum-Hansen 2006). Gode leveår forstås her som levetiden uden langvarig belastende sygdom. Personer med svage sociale relationer er her defineret som personer, der sjældent eller aldrig træffer familie eller personer, som ikke regner med at kunne få hjælp af andre i tilfælde af sygdom.

De sociale relationer kan beskrives ved henholdsvis et strukturelt og et funktionelt aspekt. 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 (Iversen et al. 2002).

Det strukturelle aspekt af sociale relationer

Omfanget af sociale relationer er belyst ved at spørge svarpersonerne om, hvor ofte de træffer henholdsvis familie samt venner og bekendte. I tabel 9.5 og 9.6 ses andelen, der henholdsvis sjældent eller aldrig træffer familie, og andelen,

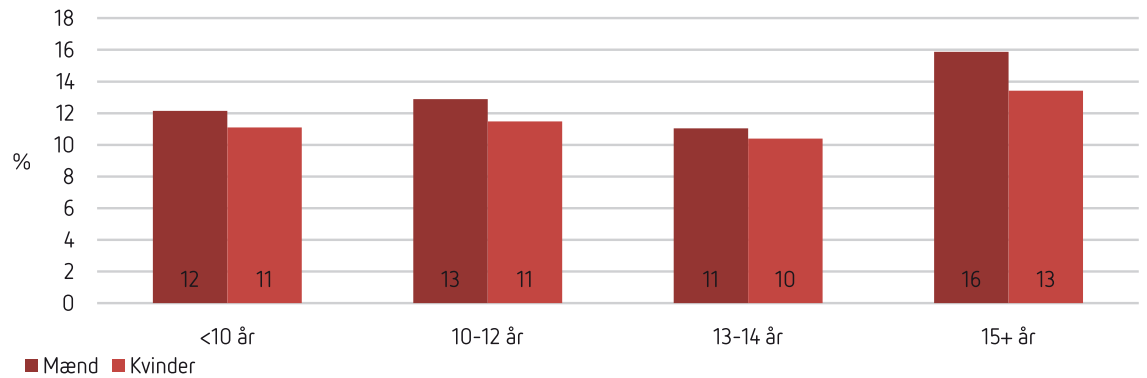
der sjældent eller aldrig træffer venner og bekendte. Sjældent eller aldrig er her defineret som mindre end én gang om måneden. Det fremgår af tabel 9.5, at 12,4 % af svarpersonerne angiver, at de sjældent eller aldrig træffer familie.

Tabel 9.5 Andel, der sjældent eller aldrig træffer familie, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Forekomst (%)	Antal svarpersoner
Total		12,4	72.189
Mænd	18-24 år	11,5	1.824
	25-44 år	12,8	8.110
	45-64 år	15,0	13.187
	65+ år	12,0	6.080
	Mænd i alt	13,3	29.201
Kvinder	18-24 år	10,7	3.311
	25-44 år	11,5	14.180
	45-64 år	11,8	19.451
	65+ år	11,2	6.046
	Kvinder i alt	11,4	42.988

Andelen, der sjældent eller aldrig træffer familie, er større blandt mænd (13,3 %) end kvinder (11,4 %). Blandt mænd er andelen, der sjældent eller aldrig træffer familie, størst i aldersgruppen

Figur 9.10 Andel, der sjældent eller aldrig træffer familie, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



45-64 år, mens der ikke ses forskel på andelen i de forskellige aldersgrupper blandt kvinder.

Figur 9.10 viser andelen, der sjældent eller aldrig træffer familie, i de forskellige uddannelsesgrupper. Det fremgår, at blandt de mænd og kvinder, der har 15 eller flere års uddannelse, er der procentvis flere, der sjældent eller aldrig træffer familie, end i de øvrige uddannelsesgrupper.

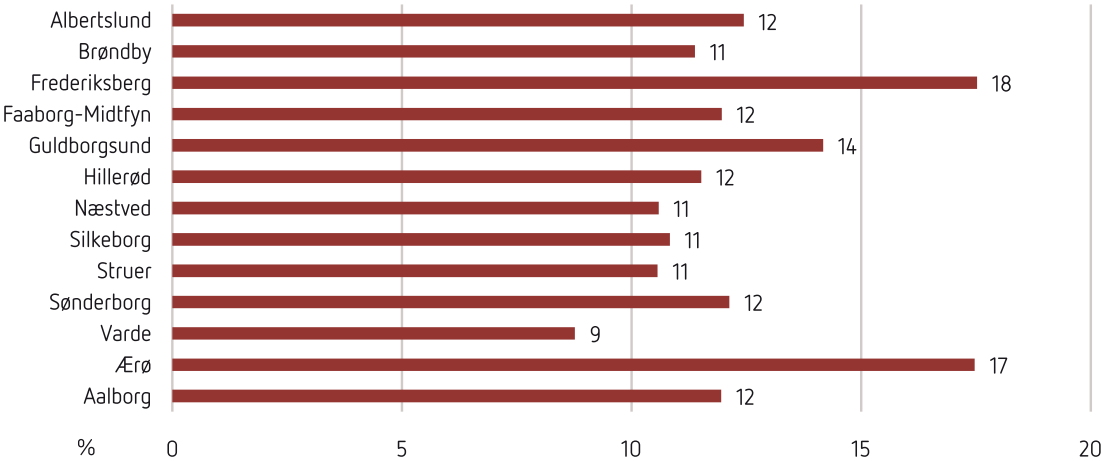
Der er en større andel, der sjældent eller aldrig træffer familie, blandt ikke-erhvervsaktive (14,4 %) end erhvervsaktive (11,7 %) (data ikke vist).

Figur 9.11 viser andelen, der sjældent eller aldrig træffer familie, i de 13 KRAM-kommuner. Det ses, at andelen er størst i Frederiksberg og Ærø kommuner.

Blandt svarpersoner, der sjældent eller aldrig træffer familie, er der procentvis færre (69,0 %), der har et virkelig godt eller godt selvvurderet helbred, sammenholdt med svarpersoner, der træffer deres familie mindst én gang om måneden (74,3 %) (data ikke vist).

Endvidere er der procentvis flere, der har en langvarig sygdom, blandt svarpersoner, der sjældent eller aldrig træffer familie (35,5 %), end blandt svarpersoner, der træffer deres familie mindst én gang om måneden (31,9 %) (data ikke vist).

Figur 9.11 Andel, der sjældent eller aldrig træffer familie, i de 13 KRAM-kommuner. Procent



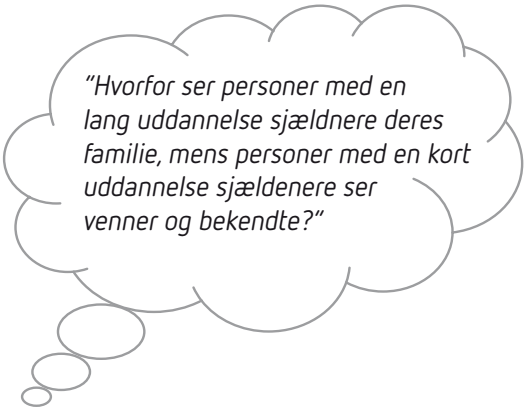
Bemærk: Resultaterne gælder kun for de personer, der har deltaget i KRAM-undersøgelsen i de enkelte kommuner, og er ikke repræsentative for kommunens borgere som helhed

Af tabel 9.6 fremgår det, at 8,2 % af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen sjældent eller aldrig træffer venner og bekendte. Der ses ingen forskel i andelen blandt mænd (8,1 %) og kvinder (8,4 %). Andelen, der sjældent eller aldrig træffer venner og bekendte, er størst i aldersgruppen 45-64 år for både mænd og kvinder.

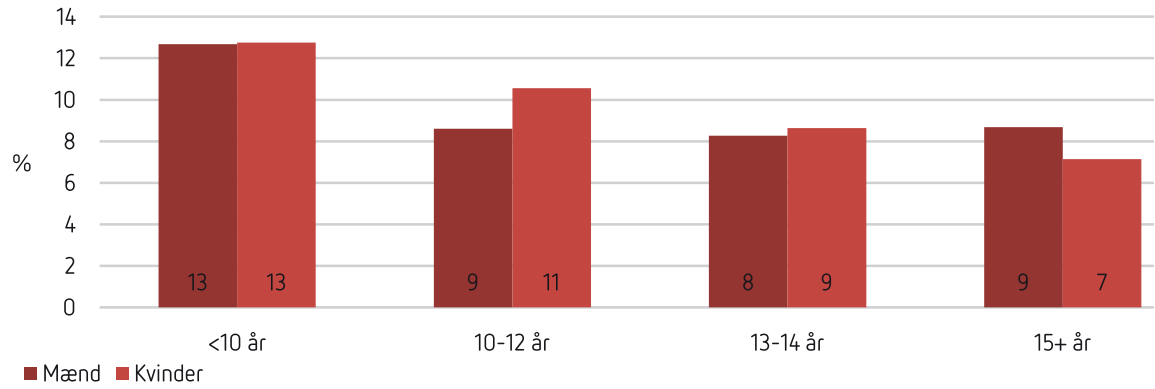
Tabel 9.6 Andel, der sjældent eller aldrig træffer venner og bekendte, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Forekomst (%)	Antal svarpersoner
Total		8,2	71.807
Mænd	18-24 år	1,8	1.821
	25-44 år	6,9	8.091
	45-64 år	10,7	13.137
	65+ år	8,9	6.033
	Mænd i alt	8,1	29.082
Kvinder	18-24 år	2,9	3.303
	25-44 år	7,4	14.144
	45-64 år	11,0	19.322
	65+ år	7,7	5.956
	Kvinder i alt	8,4	42.725

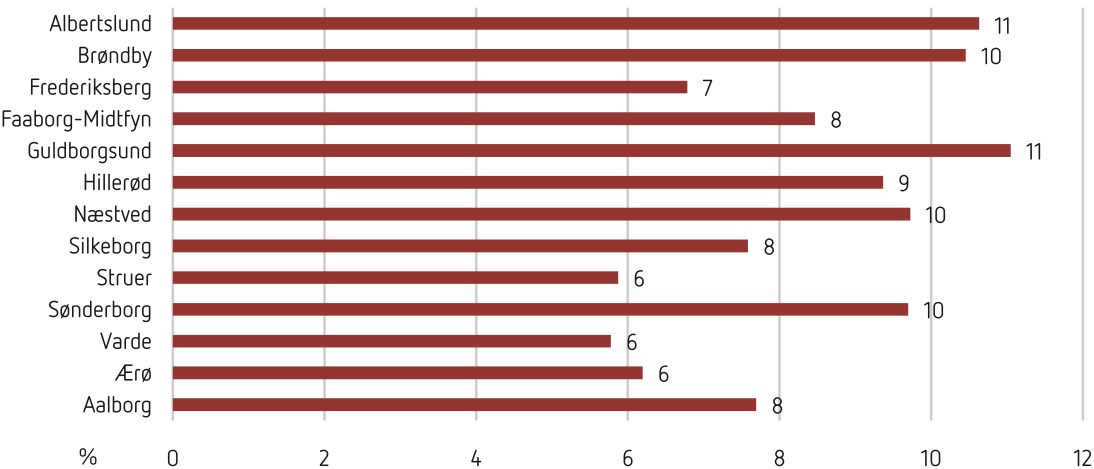
Figur 9.12 viser sammenhængen mellem uddannelseslængde og andelen, der sjældent eller aldrig træffer venner og bekendte. Blandt mænd er andelen, der sjældent eller aldrig træffer venner og bekendte, større blandt svarpersoner, der har mindre end 10 års uddannelse, end i de øvrige uddannelsesgrupper. Blandt kvinder falder andelen, der sjældent eller aldrig træffer venner og bekendte, med stigende uddannelseslængde. Således er det 12,7 % blandt kvinder med mindre end 10 års uddannelse, der sjældent eller aldrig træffer venner og bekendte, mens det er 7,1 % blandt kvinder med 15 eller flere års uddannelse.



Figur 9.12 Andel, der sjældent eller aldrig træffer venner og bekendte, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Figur 9.13 Andel, der sjældent eller aldrig træffer familie, i de 13 KRAM-kommuner. Procent



Bemærk: Resultaterne gælder kun for de personer, der har deltaget i KRAM-undersøgelsen i de enkelte kommuner, og er ikke repræsentative for kommunens borgere som helhed

Der ses ingen forskel på andelen, der sjældent eller aldrig træffer venner og bekendte, blandt erhvervsaktive (8,7 %) og ikke-erhvervsaktive (7,3 %) (data ikke vist).

Andelen, der sjældent eller aldrig træffer venner og bekendte, er overordnet størst i Albertslund, og Guldborgsund kommuner og mindst i Struer, Varde og Ærø kommuner (figur 9.13).

Der ses en sammenhæng mellem selvvurderet helbred og andelen, der sjældent eller aldrig træffer venner og bekendte. Således er der 62,7 %, der har et virkelig godt eller godt selvvurderet helbred, blandt svarpersoner, der sjældent eller aldrig træffer venner og bekendte, mens det er 74,7 % blandt svarpersoner, der træffer venner og bekendte mindst én gang om måneden (data ikke vist).

Endvidere er der en større andel, som angiver, at de har en langvarig sygdom, blandt svarpersoner, der sjældent eller aldrig træffer venner og

bekendte (39,2 %), sammenholdt med personer, der træffer venner og bekendte mindst én gang om måneden (31,7 %) (data ikke vist).

Spørgsmålene vedrørende, hvor ofte svarpersonen har kontakt til familie og venner, viser ikke nødvendigvis, hvor megen social kontakt svarpersonen 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 sociale relationer 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 af sociale relationer

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 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 9.7 viser, at 11,0 % af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte. Tabel 9.7 viser endvidere, at der er procentvis flere mænd (12,3 %) end kvinder (9,7 %), der aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte. Overordnet stiger andelen med alderen. Dette gælder dog ikke for mænd i aldersgruppen 65+ år.

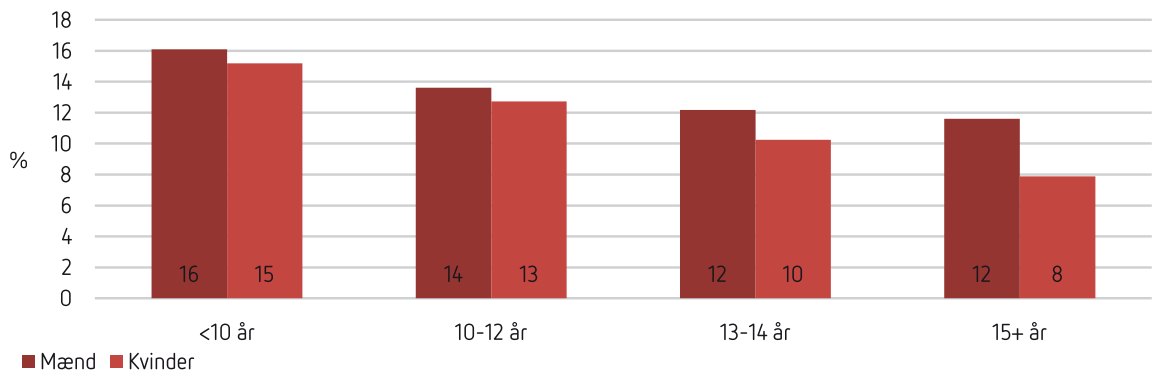
Tabel 9.7 Andel, der aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Forekomst (%)	Antal svarpersoner
Total		11,0	72.248
Mænd	18-24 år	9,9	1.827
	25-44 år	12,0	8.104
	45-64 år	14,0	13.191
	65+ år	11,0	6.102
	Mænd i alt	12,3	29.224
Kvinder	18-24 år	6,6	3.312
	25-44 år	8,5	14.175
	45-64 år	10,8	19.463
	65+ år	11,2	6.074
	Kvinder i alt	9,7	43.024

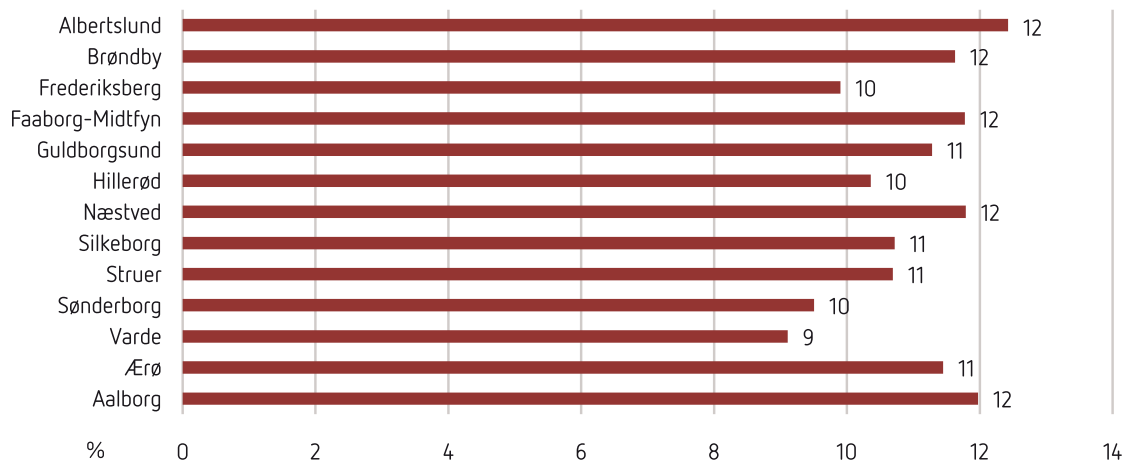
Det fremgår af figur 9.14, at andelen, der aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte, falder med stigende uddannelseslængde for både mænd og kvinder.

Der er procentvis færre, der aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte, blandt erhvervsaktive (10,3 %) end ikke-erhvervsaktive (12,3 %).

Figur 9.14 Andel, der aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Figur 9.15 Andel, der aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte, i de 13 KRAM-kommuner. Procent



Bemærk: Resultaterne gælder kun for de personer, der har deltaget i KRAM-undersøgelsen i de enkelte kommuner, og er ikke repræsentative for kommunens borgere som helhed

Andelen, der aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte, er mindst i Varde Kommune (figur 9.15). Overordnet er der dog ikke stor forskel mellem de 13 KRAM-kommuner.

Blandt svarpersoner, der aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte, vurderer 57,9 %, at de har et virkelig godt eller godt selvvurderet helbred. Til sammenligning gælder det 75,6 % blandt de, der altid eller nogle gange har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte (data ikke vist).

Endvidere er der 39,4 %, der har en langvarig sygdom, blandt svarpersoner, der aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte, mens det kun er 31,6 % blandt de, der altid eller nogle gange har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte (data ikke vist).

Udover de oven for 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 (Kamper-Jørgensen & Almind, 2009). 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 eller på anden måde skade hinanden. Et eksempel kan være situationer, hvor de sociale relationer bliver 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, 2009).

I alt føler 4,7 % af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen, at der altid er nogen fra deres familie eller blandt deres venner, der kræver for meget af dem i hverdagen (tabel 9.8).

Blandt mænd falder andelen, som føler, at der altid er nogen fra deres familie eller blandt deres venner, der kræver for meget af dem, med alderen. Blandt kvinder er andelen størst i aldersgruppen 25-44 år.

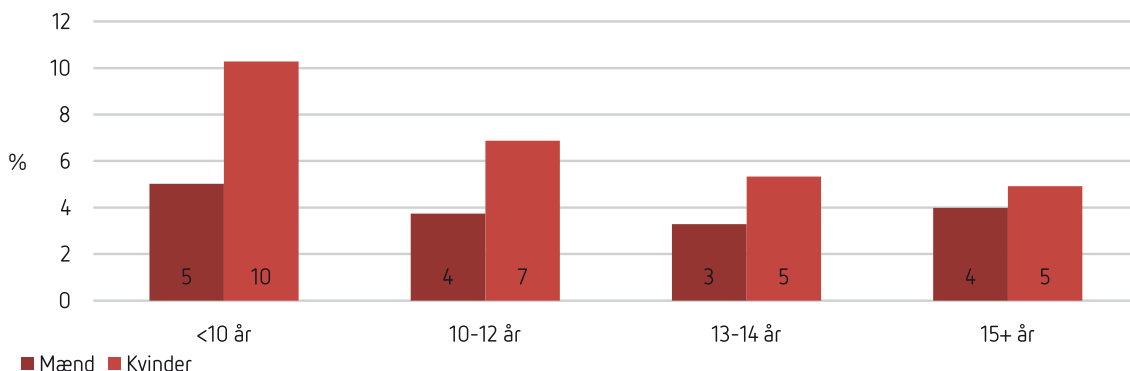
I figur 9.16 ses andelen, som føler, at der altid er nogen fra deres familie eller blandt deres venner, der kræver for meget af dem i forskellige uddannelsesgrupper. Der ses ingen forskel på andelen i de forskellige uddannelsesgrupper blandt mænd. Blandt kvinder falder andelen med stigende uddannelseslængde. Der er således en relativ stor andel blandt kvinder med mindre end 10 års uddannelse, som føler, at der altid er nogen fra deres omgangskreds, der kræver for meget af dem i hverdagen.

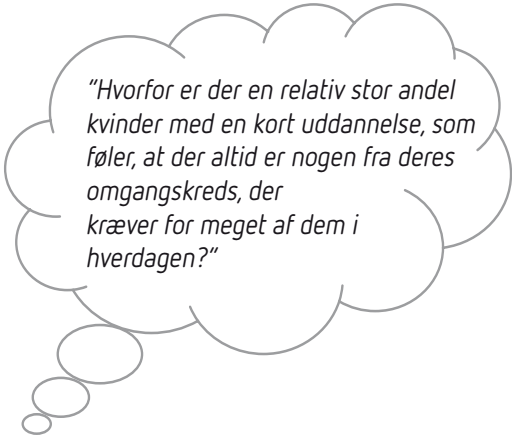
Tabel 9.8 Andel, som føler, at der altid er nogen fra deres familie eller blandt deres venner der kræver for meget af dem i hverdagen, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Forekomst (%)	Antal svarpersoner
Total		4,7	72.220
Mænd	18-24 år	5,4	1.823
	25-44 år	4,7	8.106
	45-64 år	3,8	13.198
	65+ år	2,2	6.098
	Mænd i alt	4,0	29.225
Kvinder	18-24 år	5,2	3.310
	25-44 år	6,8	14.175
	45-64 år	5,5	19.439
	65+ år	3,2	6.071
	Kvinder i alt	5,4	42.995

Der ses ingen sammenhæng mellem erhvervsaktivitet og andelen, som føler, at der altid er nogen fra deres familie eller blandt deres venner, der kræver for meget af dem i hverdagen (data ikke vist).

Figur 9.16 Andel, som føler, at der altid er nogen fra deres familie eller blandt deres venner der kræver for meget af dem i hverdagen, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



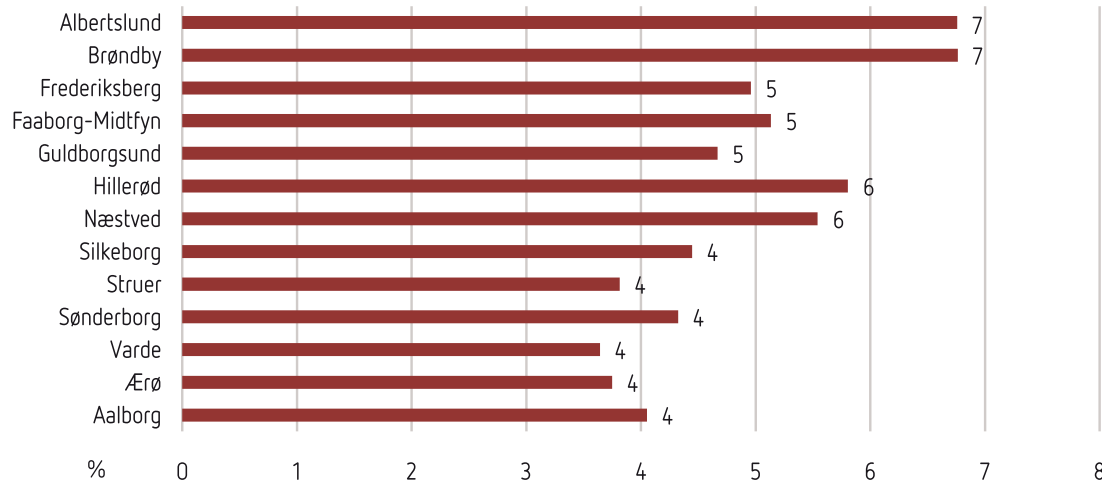


Det ses af figur 9.17, at andelen, som føler, at der altid er nogen fra deres familie eller blandt deres venner, der kræver for meget af dem, er større i Albertslund og Brøndby kommuner sammenlignet med de øvrige kommuner.

Der er procentvis færre (57,7 %), der vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt, blandt svarpersoner, som føler, at der altid er nogen fra deres omgangskreds der kræver for meget af dem, sammenholdt med personer, som ikke føler, at der altid er nogen fra deres omgangskreds der kræver for meget af dem (74,4 %) (data ikke vist).

Endvidere ses en sammenhæng med langvarig sygdom. Blandt svarpersoner, som føler, at der altid er nogen fra deres omgangskreds, der kræver for meget af dem, oplyser 40,2 %, at de har en langvarig sygdom. Til sammenligning gælder det for 32,0 % af de, som ikke føler, at der altid er nogen fra deres omgangskreds, der kræver for meget af dem (data ikke vist).

Figur 9.17 Andel, der altid føler, at nogen fra deres familie eller blandt deres venner kræver for meget af dem i hverdagen, i de 13 KRAM-kommuner. Procent



Bemærk: Resultaterne gælder kun for de personer, der har deltaget i KRAM-undersøgelsen i de enkelte kommuner, og er ikke repræsentative for kommunens borgere som helhed

Kapitel 10. Langvarig sygdom, kontakt til praktiserende læge og medicinbrug

- Andelen, der har en langvarig sygdom, er større blandt kvinder end mænd
- Forekomsten af langvarig sygdom stiger med alderen og falder med stigende uddannelseslængde
- Der er procentvis flere kvinder end mænd, der har haft kontakt med deres praktiserende læge inden for de seneste tre måneder
- Andelen, der har haft kontakt til deres praktiserende læge, er større blandt ældre end yngre
- Jo længere uddannelse, desto mindre er andelen, der har haft kontakt til deres praktiserende læge
- I alle aldersgrupper er andelen, der har taget håndkøbsmedicin og receptpligtig medicin, større blandt kvinder end mænd
- Andelen, der har taget receptpligtigt medicin, stiger med alderen og falder med stigende uddannelseslængde

I KRAM-undersøgelsen belyses sygelighed ved at spørge til, hvorvidt svarpersonen har en langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af en skade eller anden langvarig lidelse. Langvarig sygdom er defineret som sygdom af seks måneders varighed eller længere og svarer til det lægelige begreb kronisk sygdom.

Med den stigende levealder fylder langvarig sygdom mere 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 langvarig sygdom eller lidelse fremgår af tabel 10.1. Det ses, at blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen, oplyser 32,4 % at de har en langvarig sygdom. Dette er mindre end i SUSY-2005 (39,8 %).

Tabel 10.1 Andel, der har en langvarig sygdom, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Forekomst (%)	Antal svarpersoner
Total		32,4	72.708
Mænd	18-24 år	15,7	1.883
	25-44 år	23,2	8.197
	45-64 år	34,0	13.261
	65+ år	42,7	6.124
	Mænd i alt	30,0	29.465
Kvinder	18-24 år	21,2	3.371
	25-44 år	26,8	14.301
	45-64 år	38,6	19.525
	65+ år	47,6	6.046
	Kvinder i alt	34,7	43.243

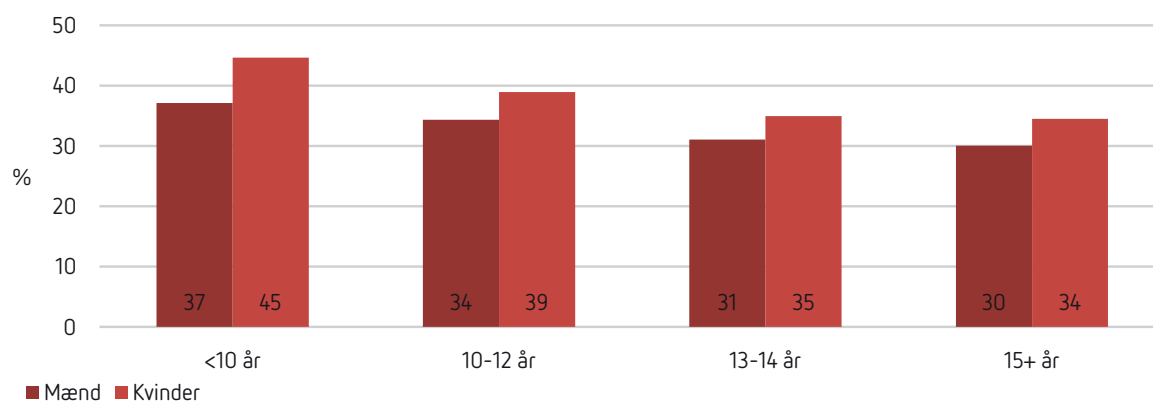
I alle aldersgrupper er der procentvis flere kvinder end mænd, der har en langvarig sygdom (tabel 10.1). Det ses endvidere, at der i KRAM-undersøgelsen er en klar sammenhæng mellem alder og andelen, der har en langvarig sygdom. Både blandt mænd og kvinder stiger andelen

med alderen. I aldersgruppen 65+ år har mere end fire ud af ti mænd og næsten hver anden kvinde en langvarig sygdom.

I figur 10.1 ses andelen, der har en langvarig sygdom, blandt mænd og kvinder i forhold til uddannelseslængde. Det fremgår, at andelen falder med stigende uddannelseslængde. I alle uddannelsesgrupper er andelen, der har en langvarig sygdom, større blandt kvinder end mænd.

"Personer med en kort uddannelse har oftere langvarig sygdom – og har oftere mere usunde vaner. Mon ikke det er fordi, de har mindre gode muligheder for at leve sundt?"

Figur 10.1 Andel, der har en langvarig sygdom, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent

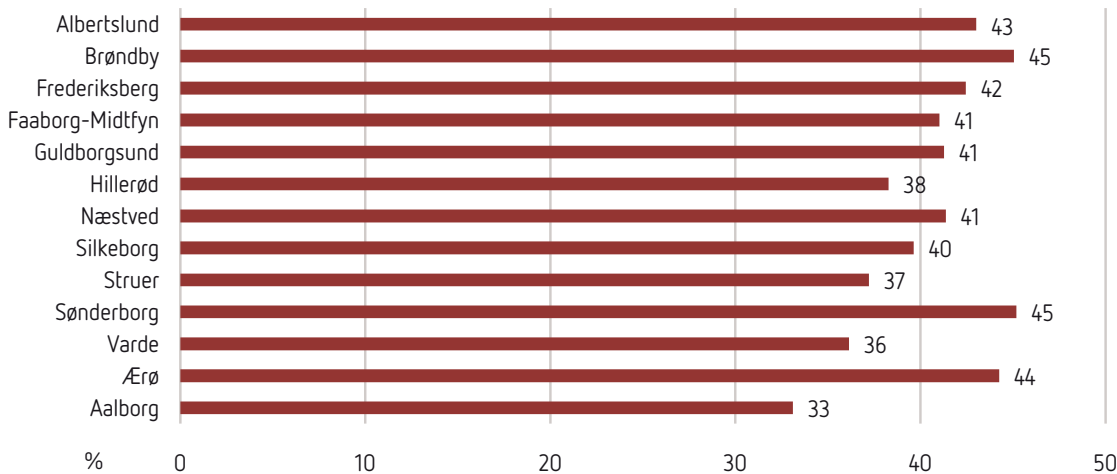


Ikke overraskende er der blandt ikke-erhvervsaktive procentvis flere (39,3 %), der har en langvarig sygdom, end blandt erhvervsaktive (24,9 %) (data ikke vist).

Figur 10.2 viser andelen, der har en langvarig sygdom blandt svarpersoner i alderen 45+ år, i de 13 KRAM-kommuner. Det ses, at andelen er størst i Brøndby, Sønderborg og Ærø kommuner, og mindst i Aalborg Kommune.

"Er det godt nok, at det "kun" er hver tredje i aldersgruppen 45+ år, der har en langvarig sygdom blandt svarpersonerne i Aalborg Kommune?"

Figur 10.2 Andel, der har en langvarig sygdom, blandt svarpersoner i alderen 45 år eller derover år i de 13 KRAM-kommuner. Procent



Bemærk: Resultaterne gælder kun for de personer, der har deltaget i KRAM-undersøgelsen i de enkelte kommuner, og er ikke repræsentative for kommunens borgere som helhed

Brug af sundhedsvæsenet

Mennesker reagerer forskelligt på sygdom 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.

Kontakt til praktiserende læge 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 viser tilsvarende en stigning i andelen, der har været i kontakt med en praktiserende læge inden for 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 10.2 viser andelen af svarpersoner i KRAM-undersøgelsen, der oplyser, at de inden for de seneste tre måneder har haft kontakt til deres praktiserende læge. I alt oplyser omkring halvdelen af svarpersonerne, at de har haft kontakt til deres praktiserende læge inden for de seneste tre måneder. Dette er en større andel end i SUSY-2005 (40,9 %).

Tabel 10.2 Andel, der har haft kontakt til deres praktiserende læge inden for de seneste tre måneder, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

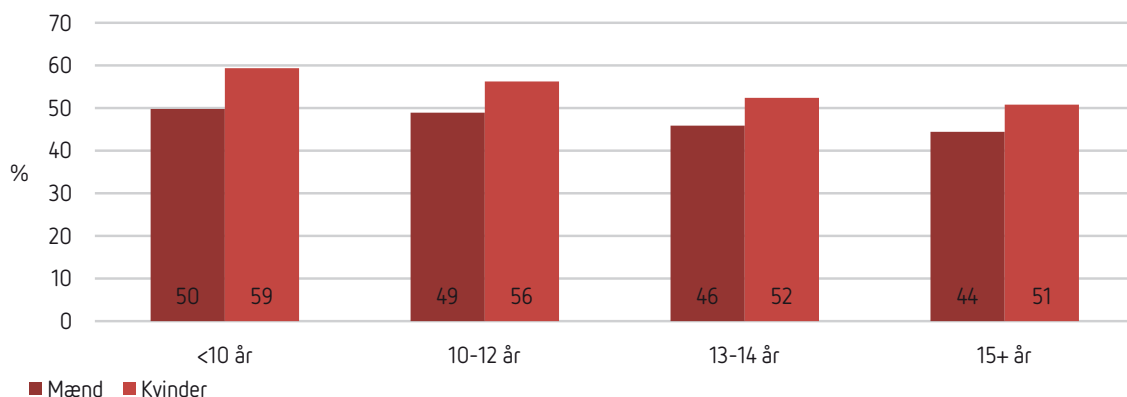
		Forekomst (%)	Antal svarpersoner
Total		49,3	72.016
Mænd	18-24 år	35,1	1.826
	25-44 år	36,0	8.094
	45-64 år	47,1	13.155
	65+ år	63,6	6.081
	Mænd i alt	45,2	29.156
Kvinder	18-24 år	49,3	3.298
	25-44 år	48,1	14.150
	45-64 år	53,2	19.384
	65+ år	63,5	6.028
	Kvinder i alt	53,1	42.860

I KRAM-undersøgelsen er der procentvis flere kvinder (53,1 %) end mænd (45,2 %), der har haft kontakt til deres praktiserende læge. Både blandt mænd og kvinder stiger andelen, der har haft kontakt til deres praktiserende læge, med alderen (tabel 10.2).

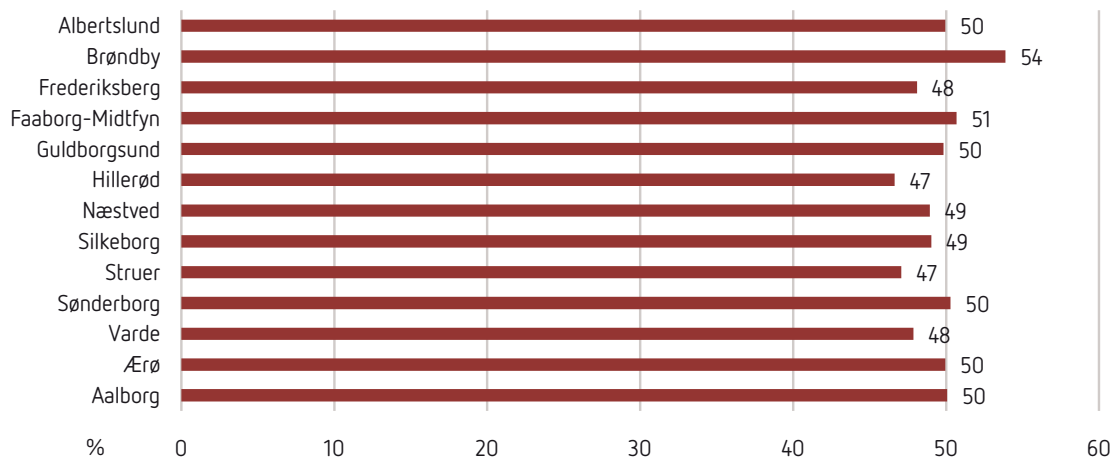
Det fremgår af figur 10.3, at andelen, der har haft kontakt til deres praktiserende læge, falder med stigende uddannelseslængde. I alle uddannelsesgrupper er andelen større blandt kvinder end mænd.

Der ses en sammenhæng mellem erhvervsaktivitet og andelen, der har haft kontakt til deres praktiserende læge. Således er der blandt erhvervsaktive en mindre andel (42,9 %), der har haft kontakt til deres praktiserende læge, sammenholdt med ikke-erhvervsaktive (52,7 %) (data ikke vist).

Figur 10.3 Andel, der har haft kontakt til deres praktiserende læge inden for de seneste tre måneder, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Figur 10.4 Andel, der har haft kontakt til deres praktiserende læge inden for de seneste tre måneder, i de 13 KRAM-kommuner. Procent



Bemærk: Resultaterne gælder kun for de personer, der har deltaget i KRAM-undersøgelsen i de enkelte kommuner, og er ikke repræsentative for kommunens borgere som helhed

Andelen, der har haft kontakt til deres praktiserende læge, er størst i Brøndby Kommune (figur 10.4).

Ikke overraskende ses en sammenhæng mellem selv vurderet helbred og andelen, der har haft kontakt til deres praktiserende læge. Således er der 64,6 %, der har et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred, blandt svarpersoner, der har haft kontakt til deres praktiserende læge. Til sammenligning er andelen 82,4 % blandt svarpersoner, der ikke har haft kontakt til deres praktiserende læge (data ikke vist).

Endvidere er der blandt svarpersoner, der har haft kontakt til deres praktiserende læge, en større andel (43,6 %), der har en langvarig sygdom, sammenholdt med de, der ikke har haft kontakt til deres praktiserende læge (21,4 %) (data ikke vist).

Brug af håndkøbs- og receptmedicin

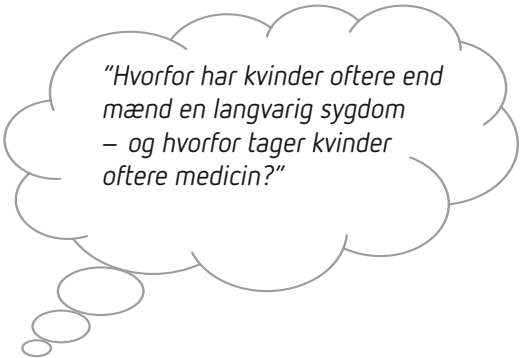
I tabel 10.3 ses, at næsten hver tredje svarperson har taget håndkøbsmedicin inden for de seneste 14 dage.

I alle aldersgrupper er der en større andel blandt kvinder end mænd, der har taget håndkøbsmedicin inden for de seneste 14 dage (tabel 10.3). Blandt mænd er andelen, der har taget håndkøbsmedicin, mindst i aldersgruppen 18-24 år og blandt kvinder er andelen mindst i aldersgruppen 18-24 år og 65+ år.

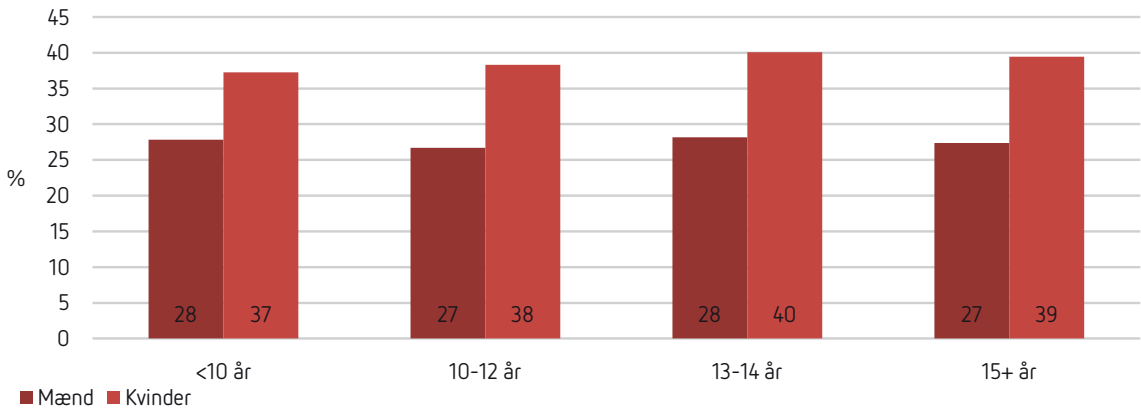
Tabel 10.3 Andel, der inden for de seneste 14 dage har taget håndkøbsmedicin, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Forekomst (%)	Antal svarpersoner
Total		31,3	76.484
Mænd	18-24 år	19,3	2.118
	25-44 år	25,9	8.713
	45-64 år	26,8	13.801
	65+ år	25,2	6.488
	Mænd i alt	25,3	31.120
Kvinder	18-24 år	35,2	3.635
	25-44 år	39,0	14.942
	45-64 år	37,5	20.351
	65+ år	34,0	6.436
	Kvinder i alt	37,0	45.364

Der er heller ikke forskel på andelen, der har taget håndkøbsmedicin inden for de seneste 14 dage, blandt erhvervsaktive (33,0 %) og ikke-erhvervsaktive (33,4 %) (data ikke vist).



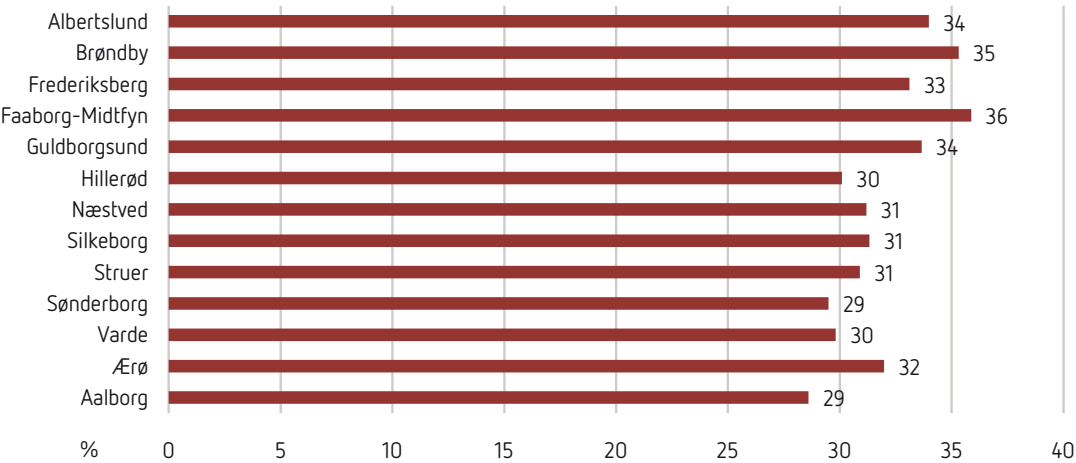
Figur 10.5 Andel, der inden for de seneste 14 dage har taget håndkøbsmedicin, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Det fremgår af figur 10.5, at der overordnet ikke er forskel på andelen, der har taget håndkøbsmedicin, i de forskellige uddannelsesgrupper.

Figur 10.6 viser andelen, der har taget håndkøbsmedicin inden for de seneste 14 dage, i de 13 KRAM-kommuner. Det ses, at andelen er størst i Brøndby og Faaborg-Midtfyn kommuner.

Figur 10.6 Andel, der inden for de seneste 14 dage har taget håndkøbsmedicin, i de 13 KRAM-kommuner. Procent



Bemærk: Resultaterne gælder kun for de personer, der har deltaget i KRAM-undersøgelsen i de enkelte kommuner, og er ikke repræsentative for kommunens borgere som helhed

Der ses en sammenhæng mellem selv vurderet helbred og andelen, der har taget håndkøbsmedicin inden for de seneste 14 dage. Blandt svarpersoner, der har taget håndkøbsmedicin, angiver 67,8 %, at de har et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred, mens det gælder for 75,9 % blandt svarpersoner, der ikke har taget håndkøbsmedicin. Endvidere er der blandt svarpersoner, der har taget håndkøbsmedicin, en større andel (37,8 %), der har en langvarig sygdom, sammenholdt med de, der ikke har taget håndkøbsmedicin (29,7 %) (data ikke vist).

I KRAM-undersøgelsen er der desuden spurgt til, om man har taget forskellige former for receptpligtig medicin inden for de seneste 14 dage. Det fremgår af tabel 10.4, at i alt har 37,4 % af svarpersonerne taget receptpligtig medicin inden for de seneste 14 dage. Dette er en mindre andel end i SUSY-2005 (43,2 %).

Tabel 10.4 Andel, der inden for de seneste 14 dage har taget receptpligtig medicin, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Forekomst (%)	Antal svarpersoner
Total		37,4	76.484
Mænd	18-24 år	13,2	2.118
	25-44 år	19,2	8.713
	45-64 år	39,9	13.801
	65+ år	62,2	6.488
	Mænd i alt	34,1	31.120
Kvinder	18-24 år	24,7	3.635
	25-44 år	26,8	14.942
	45-64 år	45,2	20.351
	65+ år	63,1	6.436
	Kvinder i alt	40,6	45.364

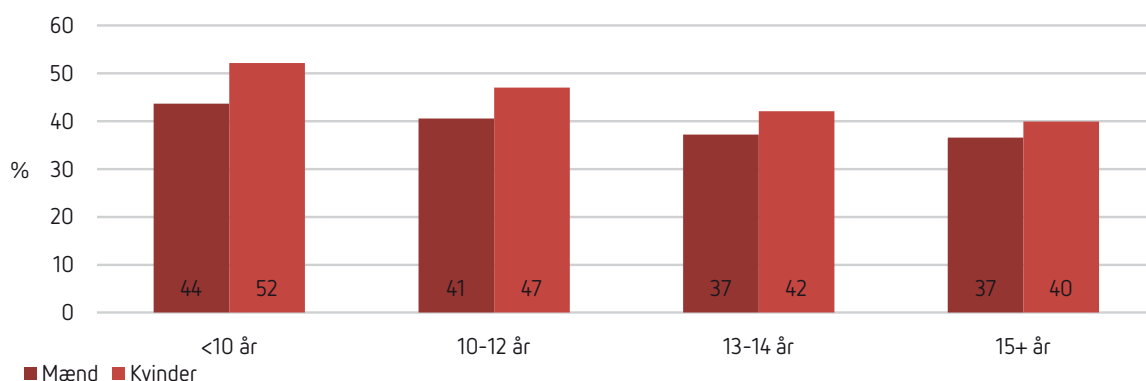
I alle aldersgrupper er der procentvis flere kvinder end mænd, der har taget receptpligtig medicin (tabel 10.4). Det ses desuden, at andelen, der har taget receptpligtig medicin, stiger med alderen for både mænd og kvinder. Mere end seks ud af ti mænd og kvinder i aldersgruppen 65+ år har taget receptpligtig medicin.

Andelen, der har taget receptpligtig medicin, i forskellige uddannelsesgrupper fremgår af figur 10.7. I alle uddannelsesgrupper er andelen, der har taget receptpligtig medicin, større blandt

kvinder end mænd. For både mænd og kvinder falder andelen, der har taget receptpligtig medicin, med stigende uddannelseslængde. Dette er forskelligt fra håndkøbsmedicin, hvor der overordnet ikke var forskel på andelen i de forskellige uddannelsesgrupper.

Blandt erhvervsaktive er der procentvis færre (29,2 %), der har taget receptpligtig medicin, sammenholdt med ikke-erhvervsaktive (41,4 %) (data ikke vist).

Figur 10.7 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



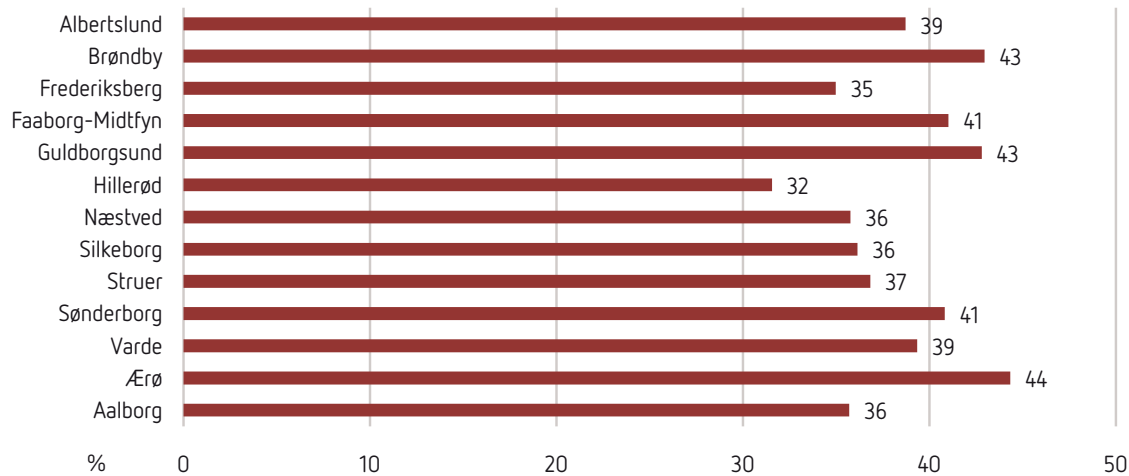
Figur 10.8 viser andelen, der har taget receptpligtig medicin inden for de seneste 14 dage, i de 13 KRAM-kommuner. Det ses, at andelen er størst i Ærø, Brøndby og Guldborgsund kommuner og mindst i Hillerød Kommune.

Der ses en sammenhæng mellem selv vurderet helbred og andelen, der har taget receptpligtig medicin. Således er der 59,8 % der har et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred, blandt

svarpersoner, der har taget receptpligtig medicin, mens det er 81,5 % blandt de, der ikke har taget receptpligtig medicin (data ikke vist).

Endvidere er der, som forventet, en større andel, der har en langvarig sygdom, blandt svarpersoner, der har taget receptpligtig medicin (53,9 %), sammenholdt med svarpersoner, der ikke har taget receptpligtig medicin (18,5 %) (data ikke vist).

Figur 10.8 Andel, der har taget receptpligtig medicin inden for de seneste 14 dage, i de 13 KRAM-kommuner. Procent



Bemærk: Resultaterne gælder kun for de personer, der har deltaget i KRAM-undersøgelsen i de enkelte kommuner, og er ikke repræsentative for kommunens borgere som helhed

Kapitel 11. Resultater fra helbredsundersøgelsen

- I alt 36,0 % af deltagerne i KRAM-undersøgelsen er moderat overvægtige – 11,6 % er svært overvægtige
- Omkring hver anden deltager har en fedtprocent over grænseværdien
- Cirka tre ud af 10 deltagere har forhøjet blodtryk
- Omkring hver femte deltager har en reduceret lungefunktion
- Hver anden deltager har et lavt kondital
- Kvinder har tilsyneladende et bedre fysisk helbred end mænd
- Som forventet, har de unge et bedre fysisk helbred end de ældre
- Jo længere uddannelse, desto bedre fysisk helbred
- Der er en tydelig sammenhæng mellem de forskellige helbredsmål og selv vurderet helbred

I dette kapitel præsenteres resultaterne fra helbredsundersøgelsen ved KRAM-bussen. I alt gennemførte 18.065 deltagere (7.360 mænd og 10.705 kvinder) helbredsundersøgelsen. Fordelen ved resultaterne fra helbredsundersøgelsen sammenlignet med resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen er, at de er målt objektivt og er derfor ikke påvirket af problemstillingen omkring selvrapportering. Til gengæld indgår der ikke lige så mange personer som i analyserne for spørgeskemaundersøgelsen. I dette kapitel ses på antropometriske mål, blodtryk, kolesterol, triglycerid, blodsukker, lungefunktion og kondital blandt mænd og kvinder i forskellige alders- og uddannelsesgrupper. Hvorledes, de forskellige målinger i helbredsundersøgelsen blev gennemført, kan ses i bilag B.

Overvægt

Overvægt er en stærk risikofaktor for forringet livskvalitet på kort sigt og type 2-diabetes, hjertekarsygdom og visse kræftformer på lang sigt (Lawrence & Kopelman 2004). Målene fra helbredsundersøgelsen giver mulighed for at foretage en nuanceret vurdering af overvægt ved også at inddrage fedtprocent og fedtets fordeling på kroppen udover Body Mass Index (BMI).

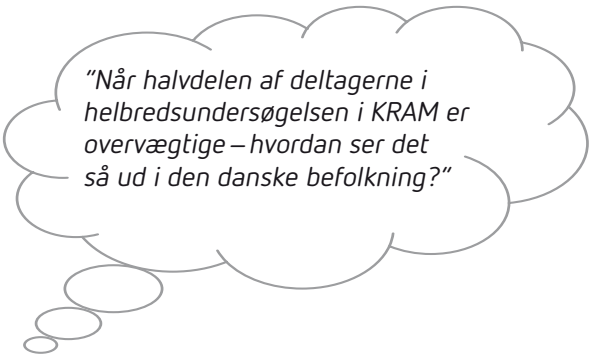
BMI

BMI anvendes ofte som mål for undervægt og overvægt. BMI er udtryk for vægten i forhold til højden, og beregnes som kropsvægten divideret med kvadratet på højden målt i meter, kg/m^2 .

Tabel 11.1 BMI-klassificering af undervægt, normalvægt, moderat overvægt og svær overvægt

Undervægt	BMI < 18,5
Normalvægt	18,5 ≤ BMI < 25
Moderat overvægt	25 ≤ BMI < 30
Svær overvægt	30 ≤ BMI

(WHO 2000)



Fordelingen af BMI for mænd og kvinder i de forskellige aldersgrupper fremgår af tabel 11.2. Blandt deltagerne i helbredsundersøgelsen er der en større andel blandt mænd (43,4 %) end kvinder (28,8 %), som er moderat overvægtige. Andelen af svært overvægtige adskiller sig derimod ikke markant blandt mænd (12,0 %) og kvinder (11,3 %). Andelen af moderat overvægtige stiger med alderen for begge køn. Lige-

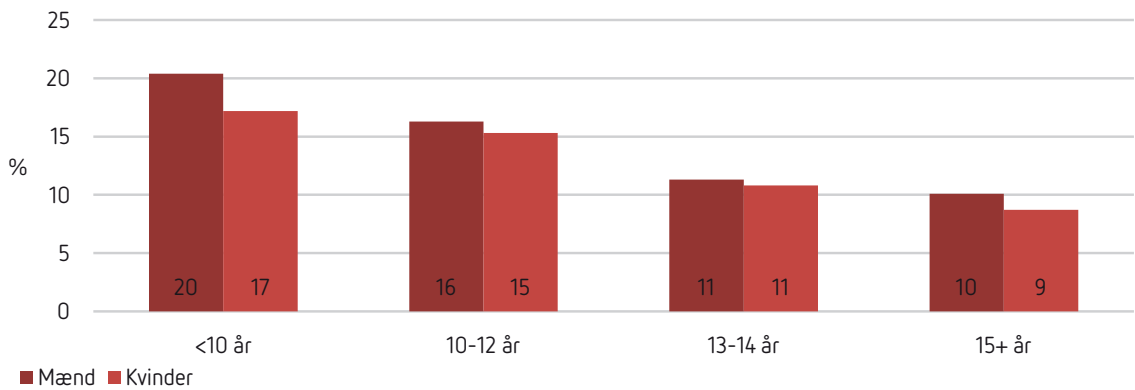
ledes stiger andelen, der er svært overvægtige med alderen blandt kvinder. Blandt mænd stiger andelen, som er svært overvægtige, til og med aldersgruppen 45-64 år og falder lidt for den ældste aldersgruppe.

Andelen med undervægt er større blandt kvinder end blandt mænd, og andelen falder overordnet med alderen (tabel 11.2).

Tabel 11.2 Andel, der er undervægtige, normalvægtige, moderat overvægtige og svært overvægtige, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Undervægt BMI < 18,5	Normalvægt 18,5 ≤ BMI < 25	Moderat overvægt 25 ≤ BMI < 30	Svær overvægt BMI ≥ 30	Antal deltagere
Total		1,8	50,7	36,0	11,6	18.046
Mænd	18-24 år	4,3	74,1	18,2	3,4	192
	25-44 år	0,6	49,9	39,8	9,7	1.789
	45-64 år	0,2	36,7	47,8	15,4	3.551
	65+ år	0,1	34,0	52,2	13,7	1.817
	Alle mænd	0,7	43,9	43,4	12,0	7.349
Kvinder	18-24 år	9,0	69,8	17,6	3,6	314
	25-44 år	3,4	64,1	23,0	9,5	2.972
	45-64 år	1,5	53,5	32,0	13,1	5.424
	65+ år	1,8	48,4	36,3	13,6	1.987
	Alle kvinder	2,8	57,1	28,8	11,3	10.697

Figur 11.1 Andel, der er svært overvægtige (BMI ≥ 30), blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Som det fremgår af figur 11.1, falder andelen med svær overvægt med stigende uddannelseslængde blandt begge køn.

Fedtprocent

BMI tager ikke højde for fordelingen af fedt og muskelmasse. Nogle vil derfor blive klassificeret som overvægtige, selvom de har en lav fedtprocent på grund af en stor muskelmasse, og andre vil blive klassificeret som normalvægtige på trods af, at de har en høj fedtprocent. De sidstnævnte er dem, som ofte benævnes de ”tyndfede” (De Lorenzo et al. 2006). Fedtprocenten er et godt supplement til BMI med henblik på klassificering af overvægt. Fedtprocenten 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 endnu ikke klare grænser for normalområdet for fedtprocenten, men den overordnede tommelfingerregel er, at den bør være

10-20 % for mænd og 20-35 % for kvinder. For ældre må fedtprocenten dog gerne være lidt højere. Grænseværdierne i tabel 11.3 er benyttet i analyserne nedenfor.

Tabel 11.3 Normalområdet for fedtprocenten i forskellige aldersgrupper blandt mænd og kvinder

	18-39 år	40-59 år	60+ år
Mænd	8-20 %	11-22 %	13-25 %
Kvinder	21-33 %	23-34 %	24-36 %

Gallagher et al. 2000

Resultaterne fra helbredsundersøgelsen viser, at der er procentvis flere mænd (50,8 %) end kvinder (46,4 %), som har en fedtprocent, der overstiger grænseværdien for den pågældende aldersgruppe. Blandt kvinder stiger andelen, der har en fedtprocent over grænseværdien, med stigende alder. Blandt mænd er andelen markant lavest for den yngste aldersgruppe og størst for aldersgruppen 45-64 år og 65+ år (tabel 11.4).

Tabel 11.4 Andel, der har en fedtprocent under, inden for og over normalområdet, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

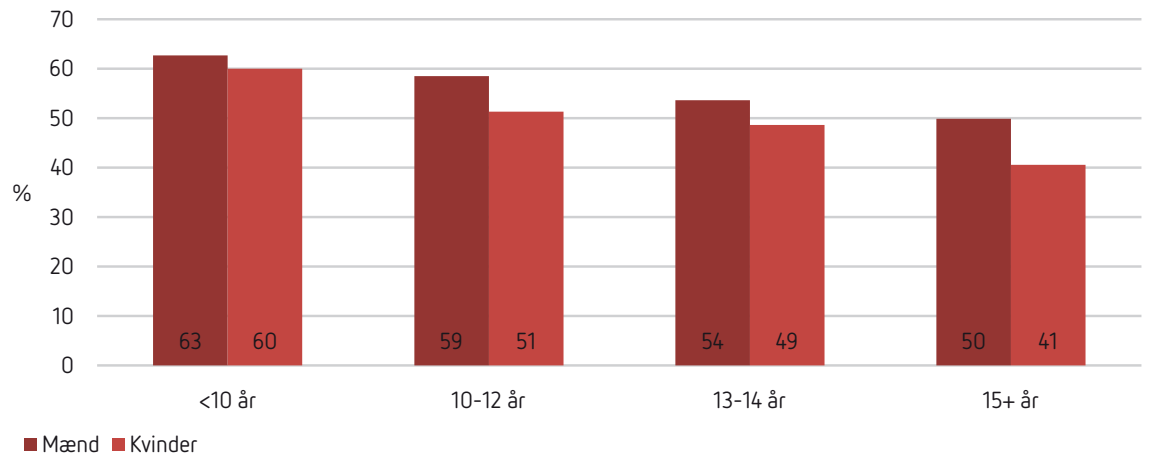
		Under normalområdet	Inden for normalområdet	Over normalområdet	Antal deltagere
Mænd	18-24 år	5,0	75,3	19,7	192
	25-44 år	1,8	48,5	49,8	1.786
	45-64 år	1,3	41,9	56,8	3.528
	65+ år	1,5	43,5	55,0	1.781
	Alle mænd	1,8	47,4	50,8	7.287
Kvinder	18-24 år	8,3	64,6	27,1	311
	25-44 år	5,2	53,7	41,1	2.884
	45-64 år	4,5	44,3	51,2	5.401
	65+ år	3,4	43,5	53,1	1.935
	Alle kvinder	4,8	48,8	46,4	10.531

Ligesom for svær overvægt ud fra BMI ses det af figur 11.2, at andelen, som har en fedtprocent over normalområdet, falder med stigende uddannelseslængde blandt både mænd og kvinder.

Der er for nylig kommet fokus på de “tyndfede”, der som beskrevet, er de personer, der ud fra

BMI er normalvægtige, men alligevel har en høj fedtprocent (De Lorenzo et al. 2006). I KRAM-undersøgelsen var andelen af “tyndfede” 14,2 % blandt de normalvægtige mænd og 15,0 % blandt de normalvægtige kvinder (data ikke vist).

Figur 11.2 Andel, der har en fedtprocent over normalområdet, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Taljemål

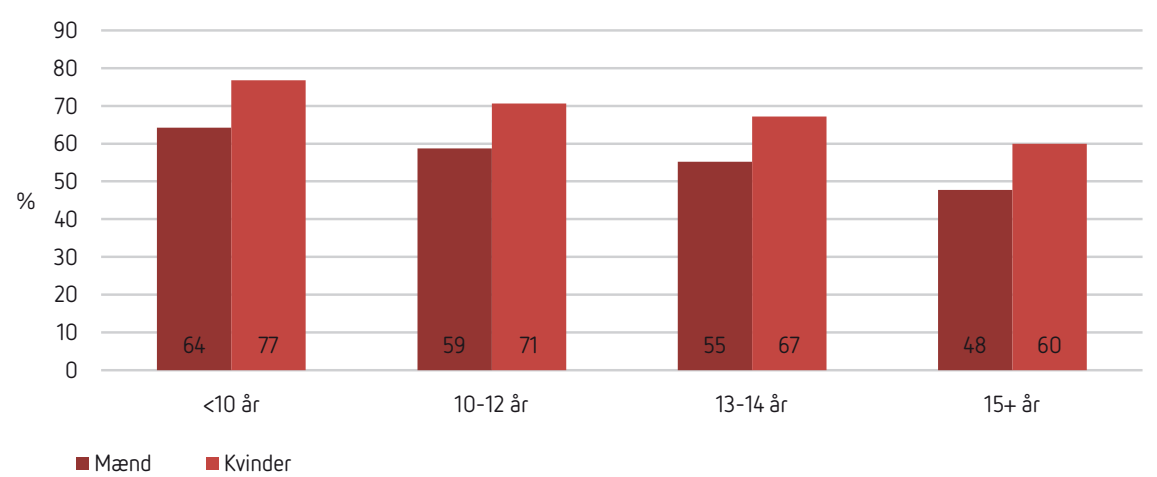
Det er ikke lige meget, hvor fedtet sidder på kroppen. Taljemål og talje-hofte-ratio giver information om, hvordan fedtet er fordelt på kroppen. Fedt, der sidder på maven, kaldet det abdominale fedt, er forbundet med større risiko for sygdomme end fedt, der sidder på hofterne og lårene (Richelsen 1991). Det anbefales ofte, at taljemålet ikke overstiger 94 cm for mænd og 80 cm for kvinder (Lean, Han & Morrison 1995). Der findes ingen alders- eller højdekorregerede grænser for disse kønsspecifikke taljemål. I tabel 11.5 ses, at andelen af deltagere i helbredsundersøgelsen, hvis taljemål overstiger de ovennævnte værdier, er mindre blandt mænd (50,7 %) end kvinder (63,8 %). Andelen, der overstiger de kønsspecifikke grænseværdier, stiger med alderen for begge køn.

Tabel 11.5 Andel blandt mænd med et taljemål over 94 cm og andel blandt kvinder med et taljemål over 80 cm i forskellige aldersgrupper. Procent

		Procent	Antal deltagere
Mænd	18-24 år	10,2	192
	25-44 år	38,6	1.791
	45-64 år	60,8	3.552
	65+ år	70,3	1.818
	Alle mænd	50,7	7.353
Kvinder	18-24 år	32,2	313
	25-44 år	54,1	2.954
	45-64 år	71,9	5.421
	65+ år	76,1	1.988
	Alle kvinder	63,8	10.676

Blandt både mænd og kvinder falder andelen, hvis taljeomkreds overstiger grænseværdierne, med stigende uddannelseslængde (Figur 11.3).

Figur 11.3 Andel blandt mænd med et taljemål over 94 cm og andel blandt kvinder med et taljemål over 80 cm (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Talje-hofte-ratio

Talje-hofte-ratioen udtrykker forholdet mellem talje- og hoftemålet. Den mest anvendte grænseværdi for talje-hofte-ratioen er for mænd $\leq 1,0$ og for kvinder $\leq 0,8$ (Björntorp 1985). Der findes ligeledes ingen alders- eller højdekorrigerede grænser for talje-hofte-ratioen.

I tabel 11.6 ses, at en langt større andel kvinder (71,4 %) end mænd (21,1 %) overstiger de køns-specifikke grænseværdier. Andelen, som overstiger grænseværdien for talje-hofte-ratio, stiger med alderen for begge køn.

Tabel 11.6 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 i forskellige aldersgrupper. Procent

		Procent	Antal deltagere
Mænd	18-24 år	1,8	192
	25-44 år	9,9	1.791
	45-64 år	27,4	3.552
	65+ år	37,1	1.818
	Alle mænd	21,1	7.353
Kvinder	18-24 år	43,9	313
	25-44 år	62,0	2.954
	45-64 år	78,3	5.420
	65+ år	83,7	1.988
	Alle kvinder	71,4	10.675

Selvom andelen, der er moderat overvægtige, og som har en fedtprocent, der overstiger grænseværdierne, er større blandt mænd end kvinder, så er der flere kvinder, som overskrider de køns-specifikke grænser for taljemålet og talje-hofte-ratioen. Det betyder, at kvinderne oftere har en mere uhensigtsmæssig fordeling af fedtet på kroppen end mændene.

Blodtryk

Forhøjet blodtryk øger risikoen for iskæmisk hjertesygdom og blodprop i hjernen (Lawes et al. 2004). World Health Organization (WHO) har fastsat grænsen for behandlingskrævende forhøjet blodtryk til at være 140/90 mmHg (WHO 1999). Resultater for blodtryksmålingerne er medtaget i forhold til grænserne vist i tabel 11.7.

Tabel 11.7 Grænseværdier for normalt, moderat

	Systolisk blodtryk	Diastolisk blodtryk
Normalt	< 140	< 90
Moderat forhøjet	140-160	90-100
Alvorligt forhøjet	>160	>100

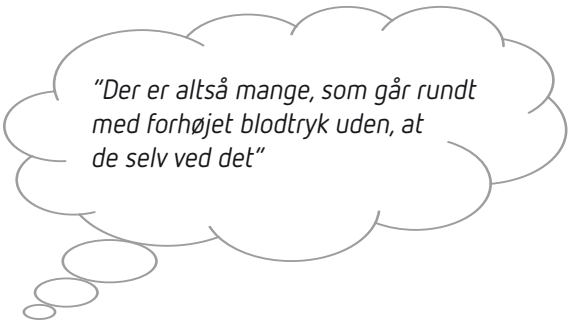
(WHO 1999)

I alt 70,9 % af deltagerne i helbredsundersøgelsen har fået målt et normalt blodtryk, mens 22,7 % et moderat forhøjet og 6,4 % et alvorligt forhøjet blodtryk (tabel 11.8).

Deltagerne udfyldte som beskrevet, inden de kom til helbredsundersøgelsen, et spørgeskema, hvor de blandt andet blev spurgt til deres blodtryk. Blandt de deltagere, som til helbredsundersøgelsen fik målt et for højt blodtryk, var det over halvdelen (61,9 %), som i spørgeskemaet rapporterede, at de aldrig har haft forhøjet blodtryk (data ikke vist). Der er således mange i KRAM-undersøgelsen, der ikke tidligere havde fået målt et forhøjet blodtryk, og som derfor blev foreslået at tage kontakt til egen læge.

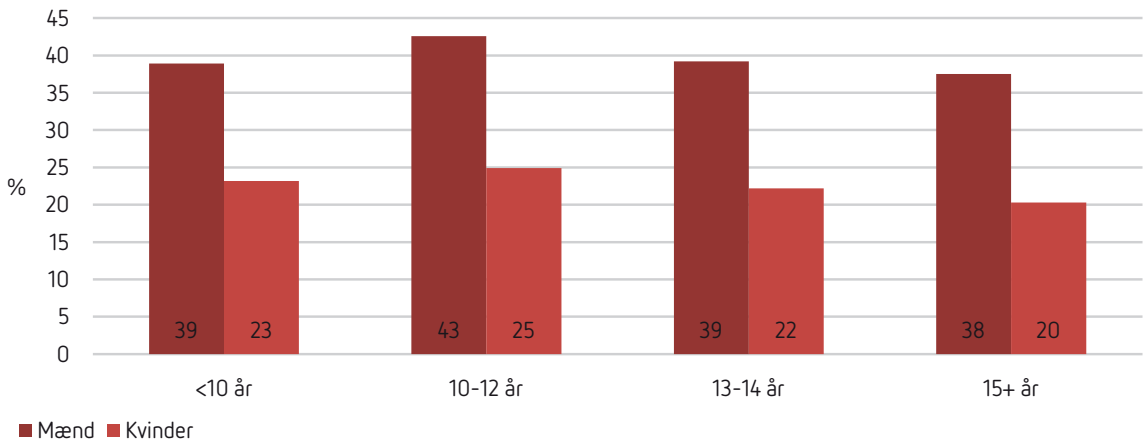
Tabel 11.8 Andel, der har normalt, moderat forhøjet og alvorligt forhøjet blodtryk, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Normalt	Moderat forhøjet	Alvorligt forhøjet	Antal deltagere
Total		70,9	22,7	6,4	18.056
Mænd	18-24 år	81,9	18,1	0,0	192
	25-44 år	72,2	24,1	3,7	1.790
	45-64 år	56,0	33,4	10,6	3.553
	65+ år	50,9	33,9	15,2	1.820
	Alle mænd	62,8	29,0	8,3	7.355
Kvinder	18-24 år	95,1	3,5	1,4	315
	25-44 år	90,7	7,7	1,6	2.971
	45-64 år	73,8	20,4	5,9	5.426
	65+ år	63,1	28,4	8,5	1.989
	Alle kvinder	78,7	16,6	4,7	10.701



I tabel 11.8 ses endvidere, at der procentvis er flere mænd end kvinder med moderat og alvorligt forhøjet blodtryk. Andelen med moderat og alvorligt forhøjet blodtryk stiger med alderen blandt begge køn.

Figur 11.4 Andel, der har forhøjet blodtryk (≥140/90), blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Ud fra figur 11.4 fremgår det, at der ikke er en sammenhæng mellem forhøjet blodtryk og uddannelseslængde blandt hverken mænd eller kvinder.

Blodprofil

Deltagerne i helbredsundersøgelsen fik taget en blodprøve (ikke fastende), som blev analyseret for blandt andet indholdet af kolesterol, triglycerid og langtidsblodsukker (HgbA1c).

Triglycerid og kolesterol

Fedtstofferne i blodet kan overordnet deles op i triglycerid og kolesterol. Forhøjede værdier af kolesterol og triglycerid i blodet øger risikoen for åreforkalkning og dermed blodpropper (WHO 2002).

Triglycerider er vigtige som energikilde og tjener som opmagasinering af energi. Triglycerid-niveauet i blodet påvirkes primært af typen og mængden af fedt i kosten, men også af typen og mængden af kulhydrater (Grundy & Denke 1990; Liu et al. 2001). Desuden har fysisk aktivitet samt genetisk disposition nogen betydning (Aadahl, Kjær & Jørgensen 2007). Grænseværdien for triglycerid i KRAM-undersøgelsen er under 2,2 mmol/l. Tabel 11.9 viser andelen blandt

Tabel 11.9 Andel, der har forhøjet triglycerid (≥ 2,2 mmol/l), blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Procent	Antal deltagere
Total		17,7	17.701
Mænd	18-24 år	13,7	189
	25-44 år	25,0	1.749
	45-64 år	28,4	3.493
	65+ år	18,5	1.784
	Alle mænd	23,9	7.215
Kvinder	18-24 år	5,9	300
	25-44 år	8,1	2.903
	45-64 år	14,3	5.327
	65+ år	14,8	1.956
	Alle kvinder	11,8	10.486

deltagerne, som har forhøjede værdier af triglycerid. Andelen, der har triglyceridværdier over grænseværdien, er dobbelt så stor blandt mænd (23,9 %) i forhold til blandt kvinder (11,8 %). Blandt mænd er andelen med triglyceridværdier over grænseværdien mindst i aldersgruppen 18-24 år (13,7 %), og stiger med alderen op til 45-64 år (28,4 %), hvorefter andelen falder til 18,5 % i aldersgruppen 65+ år. Blandt kvinder stiger andelen med stigende alder, men adskiller sig ikke betydeligt mellem de to ældste aldersgrupper.

Blandt kvinder falder andelen med forhøjet triglycerid med stigende uddannelseslængde, mens der for mænd ikke ses en tydelig sammenhæng (Figur 11.5).

Kolesterol er en vigtig bestanddel i menneskets cellemembraner og indgår i dannelsen af kroppens hormoner, galdesyre og vitaminer (D-vitamin). Kolesterol deles op i det gavnlige HDL-kolesterol og det dårlige LDL-kolesterol. Funktionen af det gavnlige HDL-kolesterol er at fjerne kolesterol fra kroppens celler og transportere det videre til leveren, hvorfra det kan udskilles. Funktionen af det skadelige LDL-kolesterol er overordnet at forsyne cellerne med kolesterol. Kolesterolet stiger generelt med alderen. Kosten har stor indflydelse på kolesterole i blodet, og derudover spiller generne en rolle (Grundy & Denke 1990; WHO 2002).

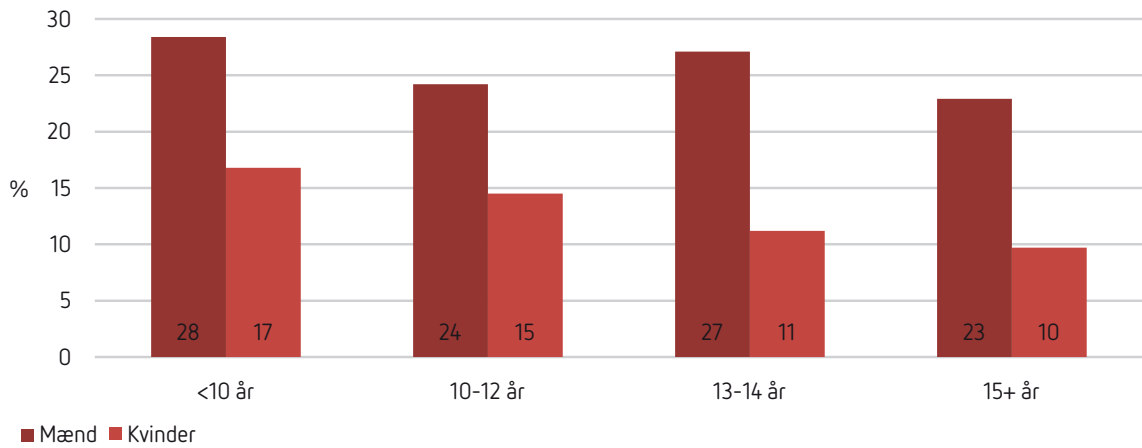
Grænseværdien i KRAM-undersøgelsen for det samlede kolesterolniveau er 6 mmol/l. Tabel 11.10 viser, at andelen som har et kolesteroltal, der er

6 mmol/l eller derover, er lidt større blandt kvinder (24,0 %) end mænd (19,1 %). Andelen med forhøjet kolesterol er langt mindre i de to yngste aldersgrupper i forhold til de to ældste aldersgrupper.

Tabel 11.10 Andel, der har et forhøjet kolesterol ($\geq 6,0$ mmol/l), blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Procent	Antal deltagere
Total		21,6	17.701
Mænd	18-24 år	1,5	189
	25-44 år	12,9	1.749
	45-64 år	26,8	3.493
	65+ år	23,5	1.784
	Alle mænd	19,1	7.215
Kvinder	18-24 år	5,6	300
	25-44 år	7,2	2.903
	45-64 år	32,0	5.327
	65+ år	41,4	1.956
	Alle kvinder	24,0	10.486

Figur 11.5 Andel, der har forhøjet triglycerid ($\geq 2,2$ mmol/l), blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Andelen, der har forhøjet kolesterol, falder overordnet med stigende uddannelseslængde (data ikke vist).

Blodsukker

Måling af blodsukker blev gennemført ved analyse af HgbA1c (sukkerhæmoglobin), der viser niveauet for blodsukkeret de seneste to til fire måneder. Niveauet er et udtryk for, hvor stor en andel af hæmoglobinet i de røde blodlegemer, der er glykeret (har fået en sukkergruppe på). Forhøjet blodsukker er meget belastende for kroppen og er et tegn på, at insulinfølsomheden er reduceret, og at man som følge af dette er i risiko for at udvikle eller have type-2-diabetes. Grænseværdien for blodsukkeret er 6,4 %. Andelen med værdier over normalområdet er opgjort i tabel 11.11. I alt 1,5 % af deltagerne i helbredsundersøgelsen har et HgbA1c-niveau, der overstiger normalområdet. Blandt deltagerne med forhøjede HgbA1c-værdier har 64,0 % (169 ud af 266 deltagere) fået konstateret sukkersyge af en læge (data ikke vist). Andelen, der har forhøjet HgbA1c, er større blandt mænd (1,8 %) end kvinder (1,3 %). Blandt både mænd og kvinder er andelen mindst i de to yngste aldersgrupper og størst i aldersgruppen 65+ år.

Andelen, hvis langtidsblodsukker er forhøjet, er større blandt de med under 10 års uddannelse sammenlignet med grupperne med længere uddannelse (data ikke vist).

Tabel 11.11 Andel, der har et forhøjet HgbA1c-niveau (> 6,4 %), blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Procent	Antal deltagere
Total		1,5	17.701
Mænd	18-24 år	0,6	189
	25-44 år	0,4	1.749
	45-64 år	2,0	3.493
	65+ år	4,6	1.784
	Alle mænd	1,8	7.215
Kvinder	18-24 år	0,4	300
	25-44 år	0,3	2.903
	45-64 år	1,4	5.327
	65+ år	2,7	1.956
	Alle kvinder	1,3	10.486

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 (FEV₁). Undersøgelsen bruges til at vurdere, om folk har kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) eller astma.

KOL er en udbredt folkesygdom og er på verdensplan en af de hyppigste dødsårsager (Juel, Sørensen & Brønnum-Hansen 2006; Løkke et al. 2006). Det er en uhelbredelig sygdom, hvor lungevævet langsomt nedbrydes, hvilket skaber vejr-

trækningsbesvær. KOL medfører, at det er svært at puste luft ud af lungerne (FEV₁ er reduceret). Symptomerne udvikler sig snigende, og mange vænner sig til dem, hvorfor den første lægekontakt og diagnose oftest først finder sted ved fremskreden sygdom, når lungefunktionen er betydeligt nedsat (Løkke et al. 2007). 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. 2007).

Astma er en kronisk inflammatorisk sygdom i luftvejene karakteriseret af reversibel luftvejsobstruktion. Astma er ofte associeret med allergi, men kan forekomme uden (Kjøller et al. 2007).

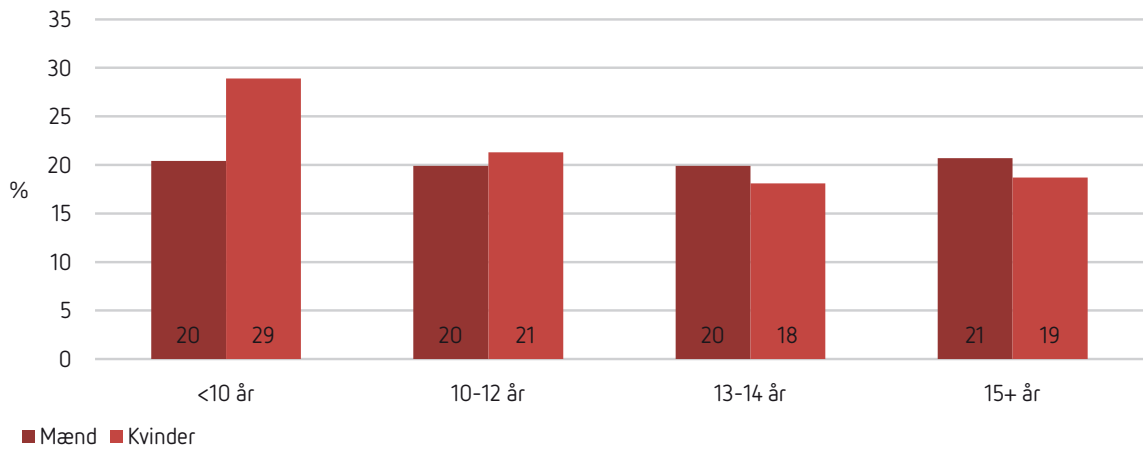
Luftvejsobstruktion forekommer, hvis lungefunktionen, der beregnes som FEV₁/FVC, er under 0,70 (Løkke et al. 2007). Deltagere i KRAM-undersøgelsen med en lungefunktion under 0,70, eller hvis enten FEV₁ eller FVC blev målt til under 80 %, blev anbefalet at informere egen prakti-

serende læge om dette ved næste besøg. I alt har 19,3 % af deltagerne, der har været igennem helbredsundersøgelsen, en reduceret lungefunktion (FEV₁/FVC < 0,70). Andelen adskiller sig ikke blandt mænd (19,5 %) og kvinder (19,1 %), og andelen stiger som forventet med alderen for begge køn (tabel 11.12).

Tabel 11.12 Andel, der har en reduceret lungefunktion (FEV₁/FVC < 0,70), blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Procent	Antal deltagere
Total		19,3	16.581
Mænd	18-24 år	4,9	158
	25-44 år	8,5	1.656
	45-64 år	21,6	3.288
	65+ år	40,5	1.645
	Alle mænd	19,5	6.747
Kvinder	18-24 år	1,8	269
	25-44 år	7,6	2.732
	45-64 år	21,5	5.037
	65+ år	38,9	1.796
	Alle kvinder	19,1	9.834

Figur 11.6 Andel, der har en reduceret lungefunktion (FEV₁/FVC < 0,70), blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Blandt mænd adskiller andelen med en reduceret lungefunktion sig ikke mellem de forskellige uddannelsesgrupper. Blandt kvinder er andelen markant større i gruppen med under 10 års uddannelse sammenlignet med grupperne med længere uddannelse (Figur 11.6).

Lungefunktion og rygning

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 analyserne nedenfor i forhold til rygestatus og passiv rygning er deltagere med astma og kronisk bronkitis ekskluderet. Som forventet ses ud fra figur 11.7, at andelen med en reduceret lungefunktion er langt større blandt deltagere, der har oplyst, at de ryger dagligt eller har røget tidligere sammenlignet med dem, som oplyser, at de aldrig har røget. Andelen, hvis lungefunktion er reduceret, er ligeledes større blandt dem, som oplyser, at de ryger dagligt sammenlignet med gruppen af eksrygere.

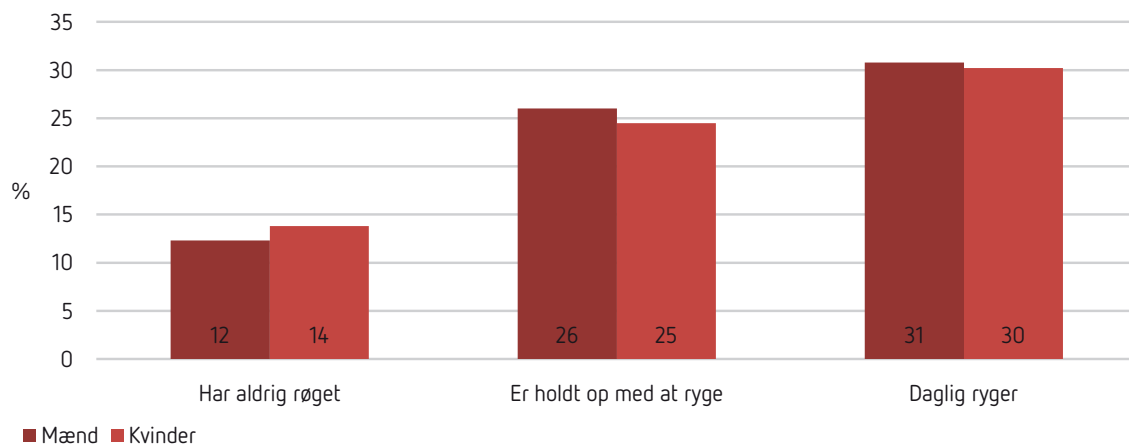
Lungefunktion og passiv rygning

Ved passiv rygning udsættes folk også for røgens skadelige virkninger. Derfor må det forventes, at passiv rygning påvirker lungefunktionen. Når der justeres for rygestatus, køn og alder findes en negativ sammenhæng mellem passiv rygning over otte timer per dag og lungefunktionen ($p < 0,02$) (data ikke vist). Det ses desuden en negativ sammenhæng mellem udsættelse for passiv rygning i eget voksenhjem og lungefunktionen ($p < 0,02$) (data ikke vist).

Kondital

Undersøgelser har vist, at personer med et højt kondital har en lavere risiko for at udvikle hjertekarsygdom (Blair et al. 1989; Thompson et al. 2003), type 2-diabetes (Wei et al. 1999) og forskellige kræftformer (Lee & Blair 2002; Kampert et al. 1996) sammenlignet med personer med et lavt kondital.

Figur 11.7 Andel, der har en reduceret lungefunktion (FEV1/FVC under 0,70), blandt mænd og kvinder i forhold til rygestatus. Procent



Konditallene i KRAM-undersøgelsen er estimeret ud fra enten en maksimaltest, hvor deltagerne kørte til total udmattelse, eller ud fra en submaksimal test, hvor deltagerne kørte i 5 minutter ved forholdsvis lav belastning.

Tabel 11.13 angiver værdier for henholdsvis lavt, middel og højt kondital for forskellige aldersgrupper.

I tabel 11.14 ses, at der procentvis er lidt færre mænd (48,1 %) end kvinder (51,0 %), der har et lavt kondital. Andelen, der har et lavt kondital, stiger med alderen blandt kvinder, mens andelen falder med alderen blandt mænd.

Jo længere uddannelse, desto mindre er andelen med lavt kondital (figur 11.8). Således er andelen, der har et lavt kondital i gruppen med under 10 års uddannelse henholdsvis 58,9 % for mænd og 64,2 % for kvinder, mens den for gruppen med 15 eller flere års uddannelse er 39,5 % og 45,5 %.

Tabel 11.13 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

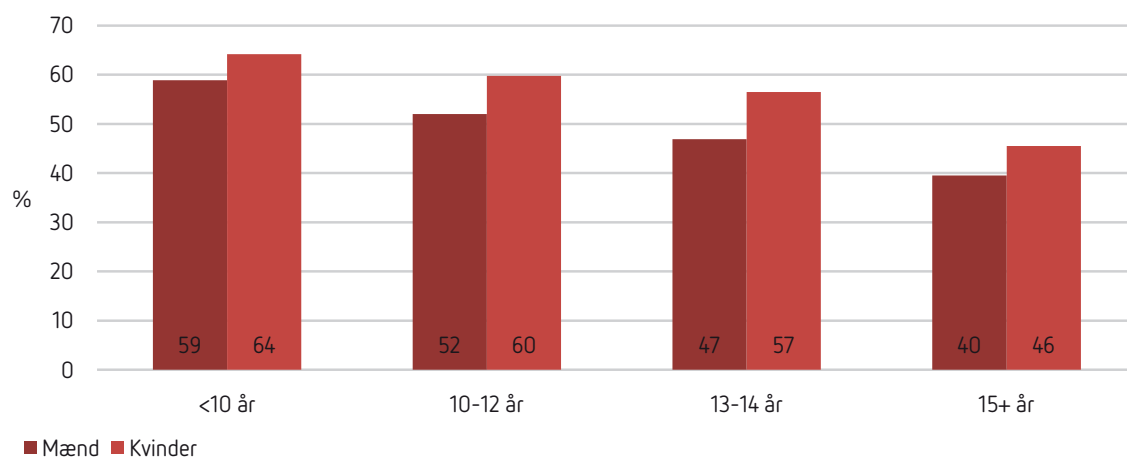
www.motion-online.dk

Flere analyser med kondital kan ses i kapitel 16.

Tabel 11.14 Andel, der har et lavt, middel og højt kondital, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Lavt	Middel	Højt	Antal deltagere
Total		49,6	35,0	15,5	15.869
Mænd	18-24 år	59,2	31,2	9,7	192
	25-44 år	52,8	31,5	15,7	1.764
	45-64 år	42,9	36,4	20,7	3.221
	65+ år	41,8	42,1	16,1	1.276
	Alle mænd	48,1	34,9	17,0	6.453
Kvinder	18-24 år	32,6	49,1	18,3	307
	25-44 år	46,9	38,6	14,6	2.879
	45-64 år	53,5	32,6	13,8	4.895
	65+ år	64,5	24,9	10,6	1.335
	Alle kvinder	51,0	35,0	14,0	9.416

Figur 11.8 Andel, der har et lavt kondital, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Del 3. Særlige KRAM-resultater

Kapitel 12. Måltidsmønstre – hvad betyder det at springe morgenmaden over?

Fødevarestyrelsen anbefaler, at man spiser tre hovedmåltider samt to til tre mellemmåltider dagligt, da kroppen har bedst af en jævn tilførsel af energi (Fødevarestyrelsen 2006). Det er jo vigtigt, at mellemmåltiderne er sunde med et begrænset fedt- og sukkerindhold, så de ikke fører til energioverskud (Fødevarestyrelsen 2002). Resultaterne fra tidligere studier er ikke konsistente, og det vurderes, at der er brug for mere forskning på området. Nogle undersøgelser finder en positiv sundhedseffekt ved at spise hyppige måltider på for eksempel vægttab for overvægtige og kolesteroltal (Bellisle, McDevitt & Pentice 1997; Mattson 2005; Mikkelsen et al. 2002). En større nordisk undersøgelse fra 2001 finder, at der i Danmark gennemsnitligt spises 3,94 måltider på hverdage. Disse måltider følger de traditionelle måltidsmønstre med et hovedmåltid til morgen, middag og aften (Kjærnes et al. 2001). Det er i overensstemmelse med resultaterne i en ny rapport fra Fødevareinstituttet, der konkluderer, at der kun er sket beskedne ændringer i de traditionelle danske måltidsmønstre over en periode på næsten 10 år (Groth et al. 2009).

I kostspørgeskemaet i KRAM-undersøgelsen blev der spurgt til måltidsmønstre, herunder hvor ofte svarpersonerne spiser henholdsvis morgenmad, frokost, aftensmad samt mellemmåltider formiddag, eftermiddag og aften. Et mellemmåltid karakteriseres som et måltid, hvor der spises frugt, snacks eller lignende. Drikkevarer alene betragtes ikke som et mellemmåltid. I alt 81,6 % af svarpersonerne spiser dagligt morgenmad, 79,0 % spiser dagligt frokost og 90,8 % spiser dagligt aftensmad. Meget tyder derfor på, at svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen også føl-

ger de traditionelle danske måltidsmønstre, hvilket også ses ved, at hele 70,7 % har svaret, at de spiser alle tre hovedmåltider hver dag. Kvinderne er, sammenlignet med mændene, mere traditionelle i forhold til deres måltidsmønstre, og det er især de ældste (65+ år) mænd og kvinder, der spiser de tre hovedmåltider. Cirka halvdelen af de yngste (18-24 år) mænd spiser dagligt de tre måltider, mens det er ni ud af ti af de 65+-årige kvinder (data ikke vist).

Andelen, der spiser de tre mellemmåltider dagligt, er derimod noget mindre. I alt spiser 34,4 % dagligt et eller flere mellemmåltider om formiddagen, 39,0 % om eftermiddagen og 24,4 % om aftenen (data ikke vist).

I henhold til Fødevarestyrelsens anbefalinger har 29,3 % af svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen

Tabel 12.1 Andel, der spiser tre hovedmåltider samt to eller flere mellemmåltider dagligt, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Forekomst (%)	Antal svarpersoner
Total		29,3	46.180
Mænd	18-24 år	15,3	901
	25-44 år	14,3	5.146
	45-64 år	21,4	8.405
	65+ år	28,7	3.275
	Mænd i alt	19,6	17.727
Kvinder	18-24 år	30,1	2.066
	25-44 år	31,3	9.959
	45-64 år	42,7	13.272
	65+ år	44,9	3.156
	Kvinder i alt	37,9	28.453

svaret, at de dagligt spiser tre hovedmåltider samt to eller flere mellemmåltider. Procentvis færre mænd (19,6 %) end kvinder (37,9 %) spiser efter anbefalingerne, hvilket gælder for alle aldersgrupper. Det er især de ældste kvinder (65+ år), der spiser alle hovedmåltider og to eller flere mellemmåltider dagligt (tabel 12.1).

Figur 12.1 viser, hvordan andelen, der spiser de tre hovedmåltider samt to eller flere mellemmåltider, fordeles sig i forhold til uddannelseslængde. For kvinder ses der ingen ikke forskel, men for mænd tyder det på, at jo længere uddannelse, desto mindre er andelen, der spiser alle måltiderne. Dette er modsat af, hvad man ville forvente, da svarpersoner, der har 15 eller flere års uddannelse, ofte har sundere vaner end svarpersoner, der har mindre end 10 års uddannelse. En forklaring kan være, at der ikke er spurgt til, hvad disse måltider består af.

Svarpersoner, der spiser alle måltider, mener oftere, at de har et godt helbred i forhold til svarpersoner, der ikke spiser alle måltider. I alt 76,4 % af de personer, der spiser tre hovedmåltider

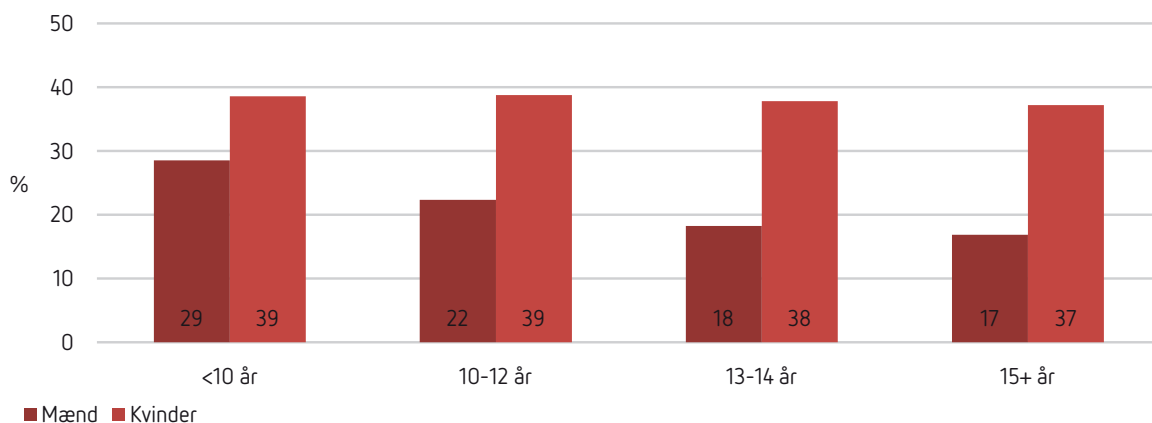
samt to eller flere mellemmåltider dagligt, vurderer deres helbred som godt eller virkelig godt. Til sammenligning er det 73,5 % af dem, som spiser færre måltider dagligt. Denne sammenhæng er mest udpræget blandt de 18-24-årige samt de 25-44-årige og ses ikke blandt de 65+-årige (data ikke vist).

I det følgende vil fokus ligge på morgenmadsindtag og problematikken omkring at springe morgenmaden over.

Morgenmad

Over de seneste årtier er der blevet færre og færre, der spiser morgenmad dagligt (Groth et al. 1999). Et sundt og mættende morgenmåltid menes at nedsætte risikoen for at spise usundt i løbet af dagen (Fødevarestyrelsen 2007). Der er desuden fundet en sammenhæng mellem at springe morgenmåltidet over og risiko for overvægt (Groth et al. 2009).

Figur 12.1 Andel, der spiser tre hovedmåltider samt to eller flere mellemmåltider dagligt, blandt mænd og kvinder i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



I KRAM-undersøgelsen er der procentvis flere mænd (22,2 %) end kvinder (15,0 %), der ikke spiser morgenmad hver dag. For både mænd og kvinder gælder det, at det er de yngste (18-24 år), der oftest dropper morgenmaden, da andelen falder med alderen (tabel 12.2). Det er kun 5,5 % af de 65+-årige kvinder, der ikke spiser morgenmad hver dag, hvorimod det er 37,8 % af 18-24-årige mænd.

I figur 12.2 ses sammenhængen mellem uddannelseslængde og morgenmadsindtag. For både mænd og kvinder gælder det, at jo længere uddannelse, desto mindre er andelen, der ikke spiser morgenmad hver dag.

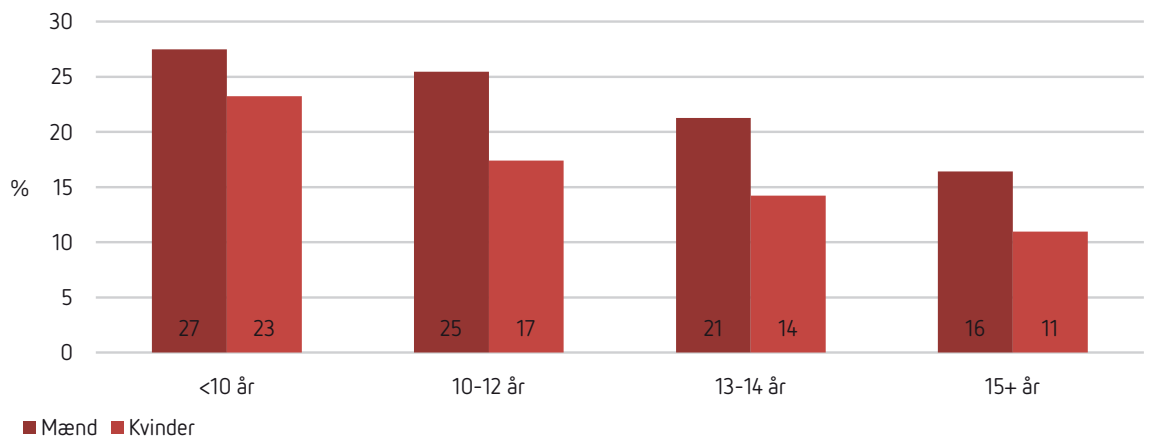
I KRAM-undersøgelsen er der en større andel blandt svarpersoner, der dagligt spiser morgenmad (76,3 %), som har et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred i forhold til dem, der ikke spiser morgenmad dagligt (65,2 %). Forskellen findes i alle aldersgrupper, men er størst for

de yngste mænd og kvinder. I alt 82,3 % af de 18-24-årige, der spiser morgenmad dagligt, vurderer deres helbred som godt eller virkelig godt, mens det er 67,4 % af dem, der ikke spiser morgenmad dagligt (data ikke vist).

Tabel 12.2 Andel, der ikke spiser morgenmad dagligt, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

		Forekomst (%)	Antal svarpersoner
Total		18,4	47.790
Mænd	18-24 år	37,8	935
	25-44 år	30,2	5.297
	45-64 år	17,6	8.714
	65+ år	8,0	3.458
	Mænd i alt	22,2	18.404
Kvinder	18-24 år	25,9	2.141
	25-44 år	20,5	10.153
	45-64 år	11,4	13.777
	65+ år	5,5	3.315
	Kvinder i alt	15,0	29.386

Figur 12.2 Andel, der ikke spiser morgenmad dagligt, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Morgenmad og overvægt

Både tværsnitstudier og opfølgningsundersøgelser finder en sammenhæng mellem at springe morgenmaden over og overvægt (Van der Heijden et al. 2007; Márin-Guerrero et al. 2008, Ma et al. 2003), hvilket også ses i KRAM-undersøgelsen. En markant større andel af de svært overvægtige spiser ikke morgenmad hver dag sammenlignet med normalvægtige og moderat overvægtige (figur 12.3). Det gælder dog ikke for de ældste (65+ år) mænd og kvinder (data ikke vist).

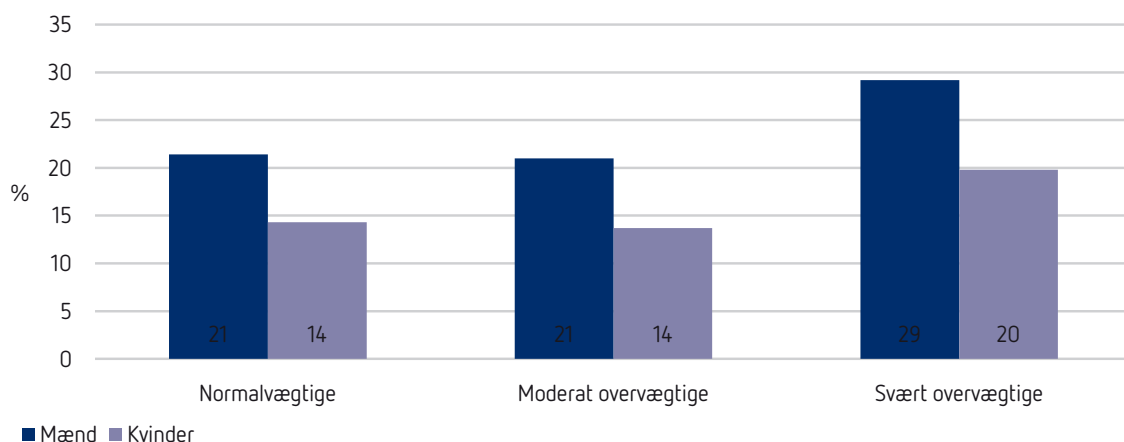
Det er ikke muligt at sige, om det at droppe morgenmaden fører til overvægt, eller om de overvægtige springer morgenmaden over – måske i håb om at tabe sig.

Morgenmad og kost

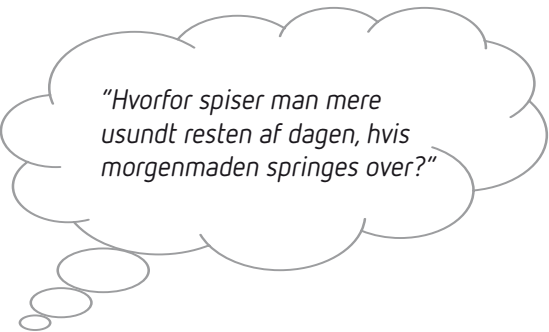
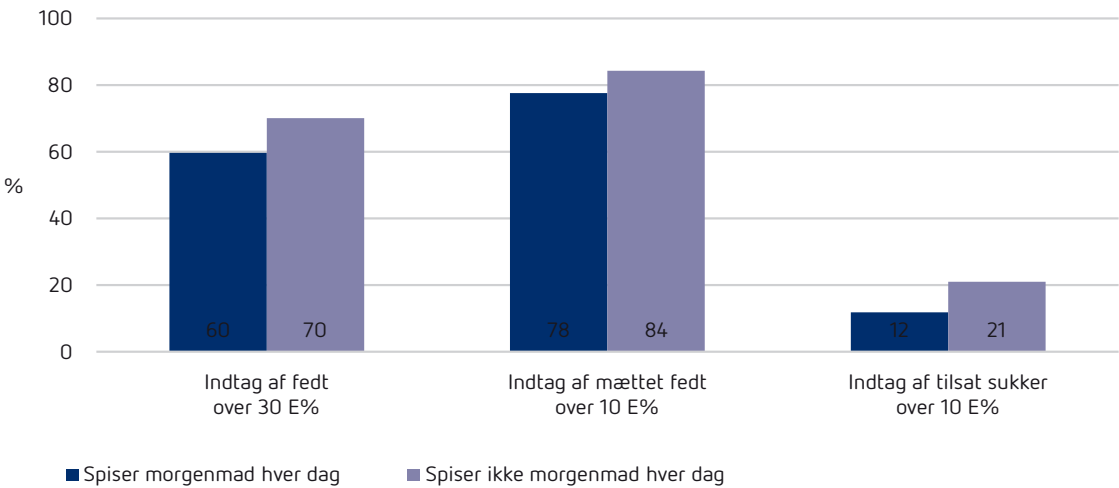
Som skrevet tidligere, menes et sundt og mættende morgenmåltid at nedsætte risikoen for at spise usundt i løbet af resten af dagen. I KRAM-

undersøgelsen er der ligeledes en sammenhæng mellem at spise morgenmad og spise efter den anbefalede kostsammensætning. Det fremgår af figur 12.4, at de, der ikke spiser morgenmad dagligt, spiser mere fedt og mere sukker end de, der husker morgenmåltidet. Andelen, der har et fedtindtag på over 30 E%, er større blandt svarpersoner, der ikke spiser morgenmad hver dag (70,1 %) sammenlignet med dem, der spiser morgenmad hver dag (59,7 %). Der er også en større andel, der har et indtag af mættet fedt på mere end 10 E%, blandt dem, der ikke spiser morgenmad hver dag (84,3 %) end blandt svarpersoner, der spiser morgenmad hver dag (77,6 %). Yderligere er der en større andel, der har et indtag af tilsat sukker på over 10 E%, blandt dem, der ikke spiser morgenmad hver dag (21,0 %) sammenlignet med dem, der spiser morgenmad hver dag (11,8 %).

Figur 12.3 Andel, der ikke spiser morgenmad dagligt, blandt mænd og kvinder, der er normalvægtige, moderat overvægtige og svært overvægtige. Procent

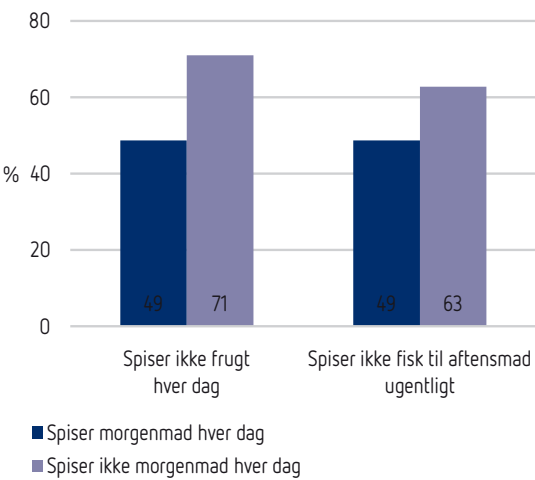


Figur 12.4 Andelen, der har et indtag på over 30 E% fedt, 10 E% mættet fedt og 10 E% tilsat sukker, blandt dem, der spiser og ikke spiser morgenmad hver dag. Procent



Når der ses på indtag af frugt og fisk, ses det ligeledes, at svarpersoner, der spiser morgenmad dagligt, generelt har sundere kostvaner i forhold til dem, der ikke spiser morgenmad. Figur 12.5 viser, at størstedelen af de, der ikke spiser morgenmad dagligt, heller ikke spiser frugt hver dag (71,0 %). Til sammenligning er det kun halvdelen af de, der spiser morgenmad hver dag, der ikke spiser frugt dagligt. De svarpersoner, der husker morgenmaden, er også bedre til at spise fisk til aftensmad. I alt 62,8 % af de, der ikke spiser morgenmad hver dag, spiser ikke fisk til aftensmad mindst en gang om ugen, hvorimod det er 48,7 % af dem, der husker det daglige morgenmåltid.

Figur 12.5 Andelen, der ikke spiser frugt hver dag og ikke spiser fisk til aftensmad ugentligt, blandt dem, der spiser og ikke spiser morgenmad hver dag. Procent

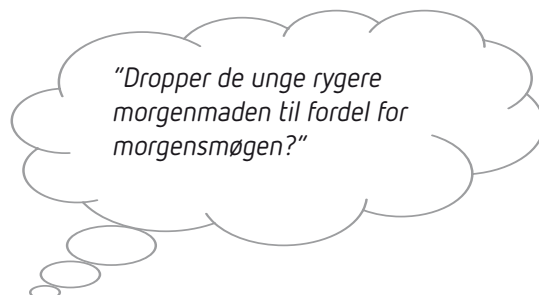


Morgenmad og rygning

En række undersøgelser finder en sammenhæng mellem at springe morgenmaden over og en mere usund levestil i form af rygning og stort alkoholforbrug med mere (Keski-Rahkonen et al. 2003; Nishiyama et al. 2009).

I KRAM-undersøgelsen ses også en sammenhæng mellem rygning og morgenmadsindtag. Procentvis flere af daglig-rygerne spiser ikke morgenmad hver dag sammenlignet med både de svarpersoner, der ryger lejlighedsvist, eks-rygere og aldrig-rygere. Det gælder både for mænd og kvinder (figur 12.6).

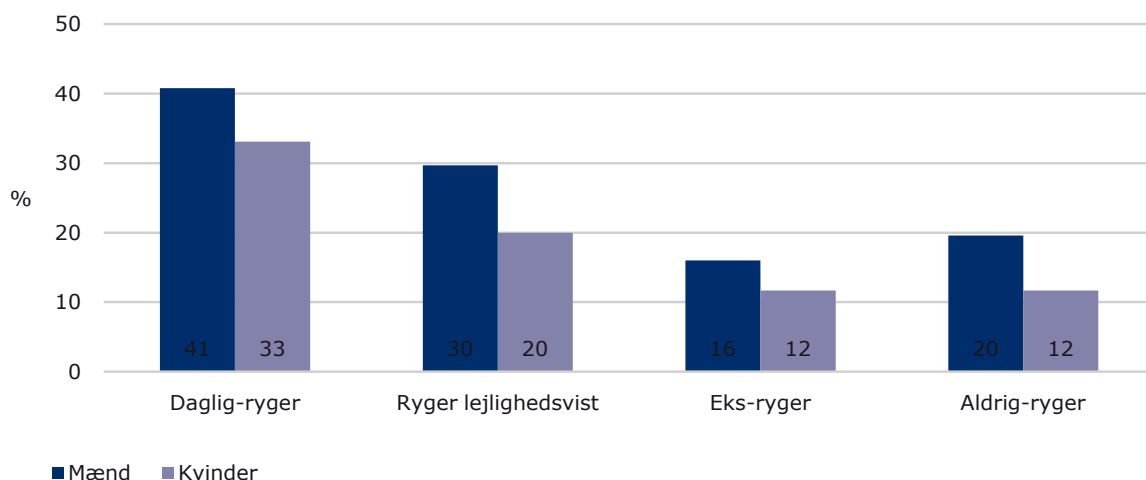
Ses der på de fire aldersgrupper, er det typisk de unge rygere, der springer morgenmaden over. Over halvdelen af de 18-24-årige, der ryger dagligt, spiser ikke morgenmad hver dag, mens det kun er 12,4 % blandt dagligrygerne i aldersgruppen 65+ år. Værst ser det ud for de yngre mænd, da hele 65,6 % af de 18-24-årige og 57,0 % af de 25-44-årige daglig-rygere ikke spiser morgenmad hver dag (data ikke vist).



Morgenmad og alkohol

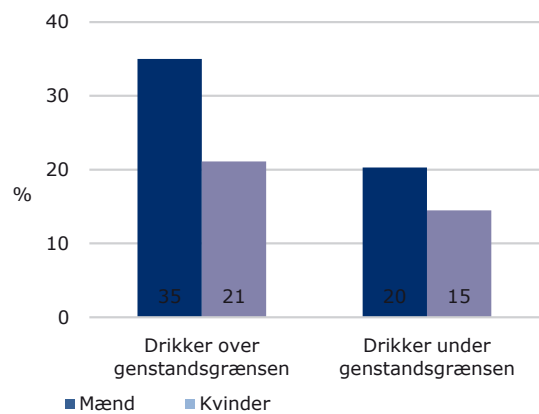
Der tegner sig det samme mønster, når man ser på indtag af morgenmad og storforbrug af alkohol, som det gjorde for morgenmad og rygning. Af figur 12.7 ses, at en større andel blandt de, der drikker over Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse, ikke spiser morgenmad dagligt sammenlignet med de, der ikke drikker for meget. Her er det også særligt de yngre storforbrugere af alkohol, der dropper morgenmaden – flere end 50 % af de mandlige og flere end 35 % af de kvindelige 18-24-årige og 25-44-årige storforbrugere af alkohol spiser ikke morgenmad dagligt. Til sammenligning er det henholdsvis 12,3 % af de 65+-årige mandlige og

Figur 12.6 Andel, der ikke spiser morgenmad dagligt, blandt mænd og kvinder, der er daglig-rygere, der ryger lejlighedsvist, eks-rygere og aldrig-rygere. Procent



6,0 % af de kvindelige storforbrugere af alkohol, der ikke spiser morgenmad dagligt (data ikke vist).

Figur 12.7 Andel, der ikke spiser morgenmad dagligt, blandt mænd og kvinder, der drikker over eller under genstandsgrænsen. Procent

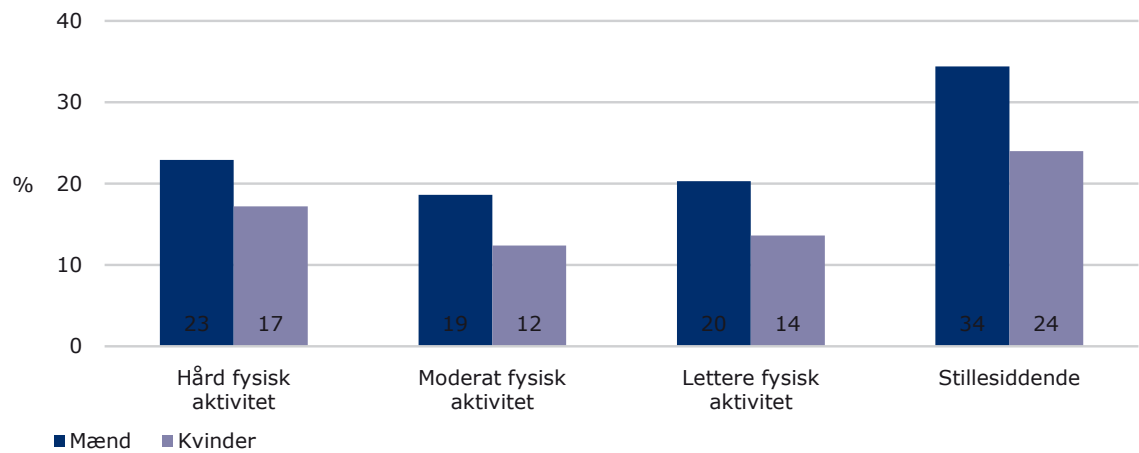


Morgenmad og fysisk aktivitet

For både mænd og kvinder er der en sammenhæng mellem fysisk aktivitetsniveau i fritiden og morgenmadsindtag. Procentvis flere af svarpersonerne med en stillesiddende fritid, spiser ikke morgenmad dagligt sammenlignet med dem, der har en mere aktiv livsstil i fritiden (figur 12.8). Igen er forskellen størst blandt de yngste. I alt 50,7 % af de 18-24-årige og 41,6 % af de 25-44-årige med en stillesiddende fritid spiser ikke morgenmad dagligt. Til sammenligning er det cirka 25 % af de 18-24-årige og cirka 20 % af de 25-44-årige med en mere aktiv fritid, der ikke spiser morgenmad hver dag (data ikke vist).

Ses der på figur 12.8, er det ligeledes interessant, at en større andel af de, der dyrker hård fysisk aktivitet i fritiden, springer morgenmaden over, i forhold til de, der dyrker moderat eller let fysisk aktivitet i fritiden. Det gælder både for mænd og kvinder.

Figur 12.8 Andel, der ikke spiser morgenmad dagligt, blandt mænd og kvinder, der dyrker hård, moderat, let fysisk aktivitet eller er stillesiddende i fritiden. Procent



Opsummering

Svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen spiser efter det traditionelle danske måltidsmønster, der består af et hovedmåltid morgen, middag og aften. Det ser ud til, at kvinder har et sundere måltidsmønster end mænd, idet der er procentvis flere kvinder end mænd, der følger anbefalingerne om at spise tre hovedmåltider og to eller flere mellemmåltider. Der er desuden en mindre andel blandt kvinder end mænd, som ikke spiser morgenmad hver dag.

Det ser endvidere ud til, at måltidsmønsteret ændrer sig med alderen. Der er en større andel blandt de ældre end unge, som dagligt spiser tre hovedmåltider og to eller flere mellemmåltider, mens der procentvis er flere unge end ældre, som springer morgenmaden over.

For både mænd og kvinder gælder, at jo længere uddannelse, desto mindre er andelen, der ikke spiser morgenmad hver dag.

Resultaterne fra KRAM-undersøgelsen bekræfter tidligere studiers forevisning af, at der er en sammenhæng mellem at spise morgenmad og overvægt. Sammenhængen kan skyldes, at morgenmaden har betydning for, hvad man spiser resten af dagen. I KRAM-undersøgelsen ses en sammenhæng mellem ikke at spise morgenmad og ikke at følge anbefalingerne i forhold til indtag af fedt, mættet fedt og tilsat sukker. Yderligere ses, at procentvis flere af de, der dropper morgenmaden, ikke spiser frugt dagligt og ikke spiser fisk til aftensmad mindst en gang om ugen.

Ud fra resultaterne i KRAM-undersøgelsen synes det at spise morgenmad dagligt generelt at være en del af en sund livsstil. Indtag af morgenmad er forbundet med at spise sundere resten af dagen, men der er også en sammenhæng med rygning, alkohol og fysisk aktivitet i fritiden. Således er der en større andel blandt svarpersoner, der ryger dagligt, som overskrider genstandsgrænsen og er stillesiddende i fritiden, som ikke spiser morgenmad hver dag, sammenlignet med svarpersoner, der henholdsvis ikke ryger dagligt, ikke overskrider genstandsgrænsen og er fysisk aktive i fritiden.

Kapitel 13. Hvem får tømmermænd, og har det betydning, hvornår og hvor ofte man drikker?

Som noget helt nyt i undersøgelser om danskeres alkoholvaner er deltagerne i KRAM-undersøgelsen blevet spurgt om deres tilbøjelighed til at opleve tømmermændssymptomer. Tømmermænd er den samlede betegnelse for de forskellige ubehagelige symptomer, som kan indtræde dagen efter, at alkohol har været indtaget i større mængder. De enkelte symptomer er eksempelvis hoved- og mavepine, diaré, svimmelhed og kvalme. Tømmermænd kan bestå af et enkelt eller en blanding af flere symptomer og kan forekomme i alle sværhedsgrader – fra mildt ubehag til stærkt ildebefindende. Det er i høj grad individuelt, hvor meget alkohol man kan tåle, før man får tømmermænd.

Hvorfor får man tømmermænd?

Tømmermænd skyldes alkohols mange virkninger i kroppen, som hver især er forbundet med de forskellige tømmermændssymptomer. Først og fremmest er alkohol vanddrivende, fordi alkohol hæmmer udskillelsen af antidiuretisk hormon (Linkola 1978). Dette hormon stimulerer genoptagelsen af vand i nyrerne, så når koncentrationen af antidiuretisk hormon på grund af alkoholindtagelse er nedsat, vil resultatet være en øget urinudskillelse og dermed dehydrering. Symptomer fra dehydrering inkluderer tørst, mæthed, tørre slimhinder, svimmelhed og hovedpine. Alkohol irriterer også mavesækken og øger produktionen af mavesyre og galde. Disse virkninger kan føre til mavepine og kvalme.

Under nedbrydningen af alkohol dannes der acetaldehyd, som er et giftigt stof, og som kan medføre hjertebanken, kvalme og hovedpine (Bogin 1987). Desuden indeholder de fleste alkoholiske drikke andre stoffer end selve alkoholen, som kroppen skal nedbryde og skille sig af med. Eksempler herpå er fuselolier og små mængder af andre typer af alkoholer (for eksempel metanol, måske bedre kendt som træsprit), som dannes under gæringsprocessen. Kroppen kan reagere på disse stoffer med hovedpine, kvalme og opkastninger, som ved enhver anden forgiftning (Pawan 1973). Det siges, at klar spiritus, som for eksempel vodka, giver færre tømmermænd end mørk spiritus, som for eksempel whiskey (Damrau 1960).

Alkohol forringer også søvnkvaliteten, hvilket er medvirkende til, at man kan være træt og mat (Wiese 2000). Umiddelbart virker alkohol beroligende og afslappende, og det kan være lettere at falde i søvn, når man har drukket alkohol. Imidlertid er alkoholinduceret søvn ofte af kortere varighed og af ringere kvalitet, end når man ikke har drukket. Alkohol forstyrrer den normale søvnrytme, og den tid, som tilbringes i REM-søvn (drømmesøvn), er kortere end normalt. Desuden afslapper alkohol musklerne i kæbe og svælg, hvormed tendens til snorken og risiko for søvnapnø tiltager drastisk, hvilket også har betydning for søvnkvaliteten.

Rygning eller ophold i tilrøggede lokaler kan forværre tømmermændssymptomerne på grund af, at man får kulbrinter og andre giftige stoffer ind med cigaretrøgen. Desuden viser eksperimentelle

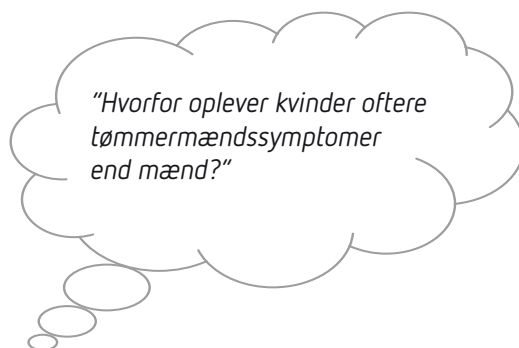
forsøg, at man er tilbøjelig til at indtage større mængder af alkohol, hvis man samtidig ryger, på grund af et fysiologisk samspil mellem alkohol og nikotin.

Tømmermænd i KRAM-undersøgelsen

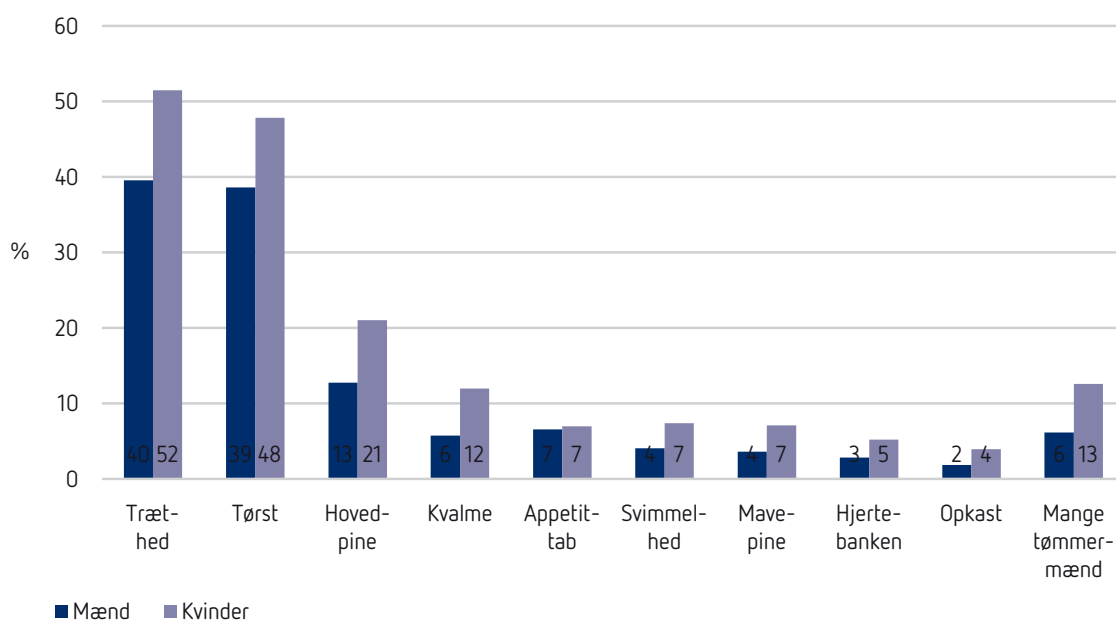
I KRAM-spørgeskemaet er deltagerne blevet stillet følgende spørgsmål angående tømmermænd: "Hvor ofte oplever du følgende tømmermændssymptomer efter, at du ved en enkelt lejlighed har drukket mere end fem genstande?" De forskellige tømmermændssymptomer var tørst, træthed, hovedpine, svimmelhed, ingen appetit, mavepine, kvalme, hjertebanken og opkastning i kategorierne "aldrig", "næsten aldrig", "en gang imellem", "næsten altid", og "altid". Svarpersoner, der har "mange tømmermænd", er her defineret som svarpersoner, der angiver, at de næsten

altid eller altid oplever mindst fire forskellige symptomer dagen efter at have drukket mere end fem genstande. Svarpersoner, som angiver, at de ikke har drukket mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed på noget tidspunkt i det forgange år, anses ikke for at være i risiko for at få tømmermænd og er derfor ekskluderet fra de følgende analyser.

Generelt var forekomsten af enkelte tømmer-



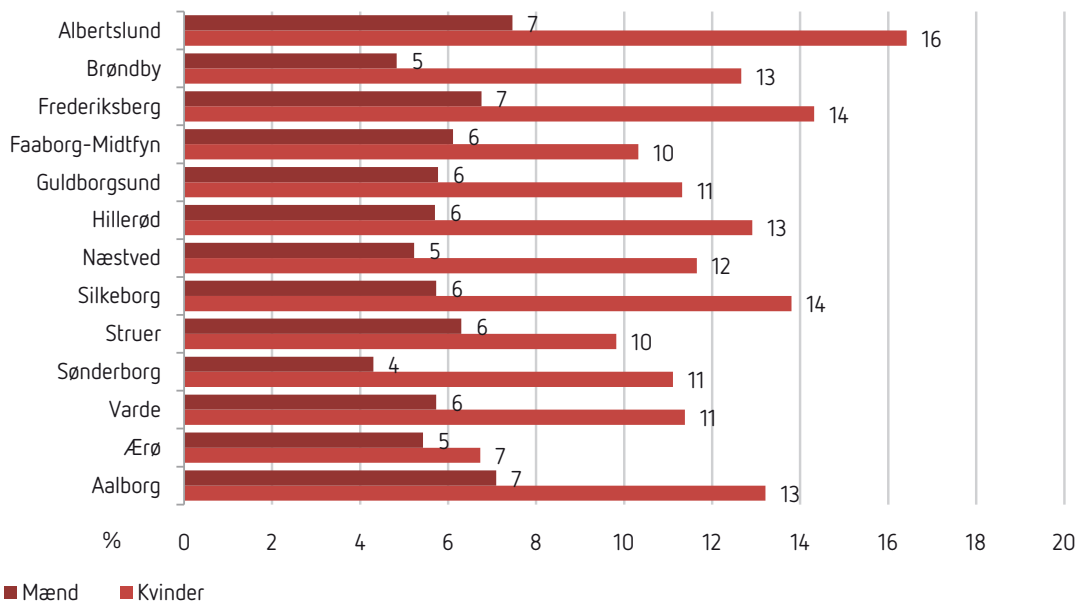
Figur 13.1 Andel, som angiver næsten altid eller altid at opleve forskellige tømmermændssymptomer dagen efter at have indtaget mere end fem genstande. Procent



mændssymptomer (tørst, træthed, hovedpine, svimmelhed, ingen appetit, mavepine, kvalme, hjertebanken og opkastning) og af mange tømmermændssymptomer højere blandt kvinder end mænd (figur 13.1). I alt oplyser 12,6 % blandt kvinder og 6,1 % blandt mænd at have mange tømmermænd efter at have indtaget mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed.

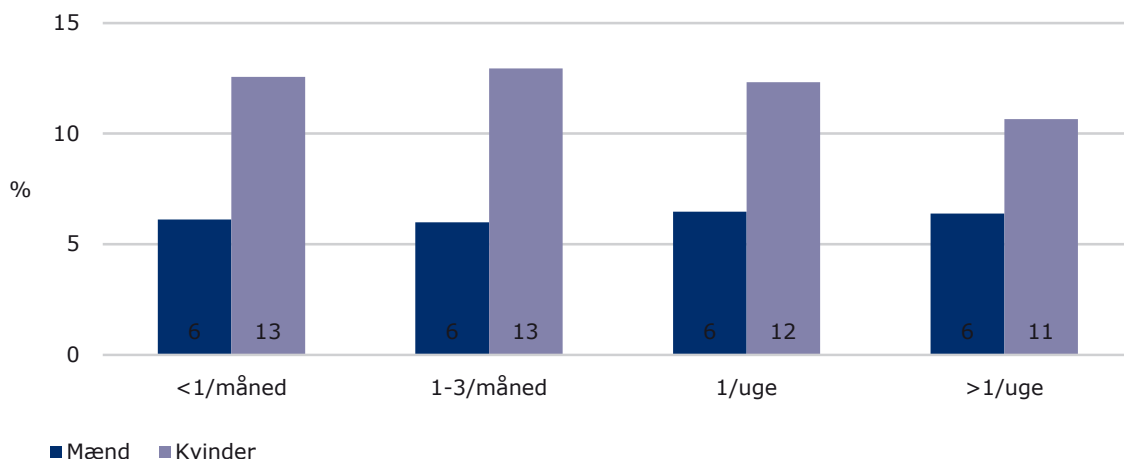
Der synes ikke at være den store forskel i forekomsten af mange tømmermændssymptomer blandt mænd i de 13 KRAM-kommuner. Blandt kvinder er forekomsten højest i Albertslund Kommune (16,4 %) og lavest i Ærø Kommune (6,7 %) (figur 13.2).

Figur 13.2 Andel, som angiver næsten altid eller altid at have mange tømmermændssymptomer dagen efter at have indtaget mere end fem genstande, blandt mænd og kvinder, i de 13 KRAM-kommuner. Procent



Bemærk: Resultaterne gælder kun for de personer, der har deltaget i KRAM-undersøgelsen i de enkelte kommuner, og er ikke repræsentative for kommunens borgere som helhed

Figur 13.3 Andel, som angiver at have mange tømmermænd, opdelt på hvor ofte de indtager mere end fem genstande. Procent

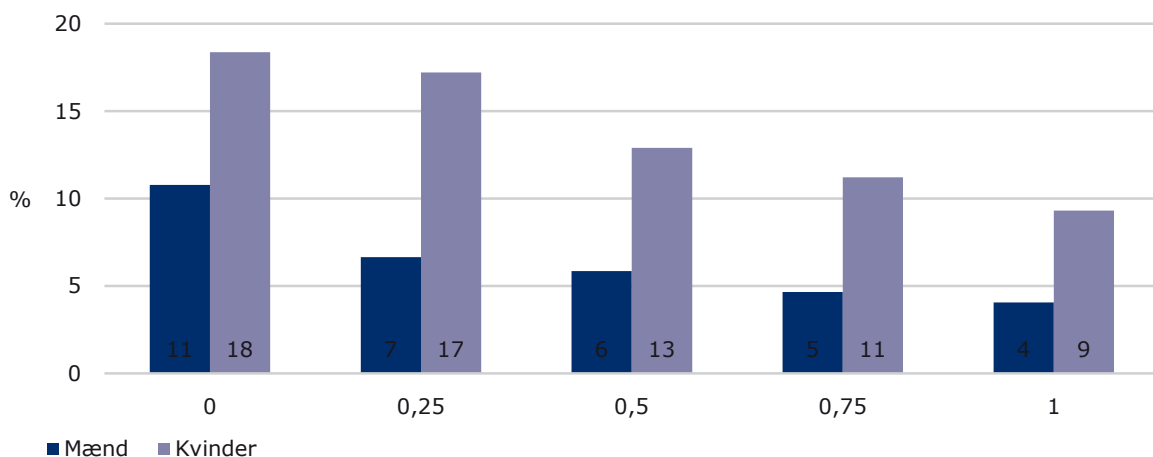


Figur 13.3 viser andelen, der har mange tømmermændssymptomer, i forhold til, hvor ofte de har angivet at drikke mere end fem genstande. Det ses, at der ikke er den store forskel på, hvor ofte man drikker mere end fem genstande, og hvor tilbøjelig man er til at få tømmermænd. Tilsyneladende virker det at have tømmermænd altså ikke afskrækkende i forhold til at drikke alkohol.

Det er dog også muligt, at der er en selektion, således at de, der får mange tømmermænd, afholder sig fra at drikke mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed flere gange om ugen.

Figur 13.4 viser andelen, der har mange tømmermændssymptomer, i forhold til andelen af alkohol, der indtages i forbindelse med måltider.

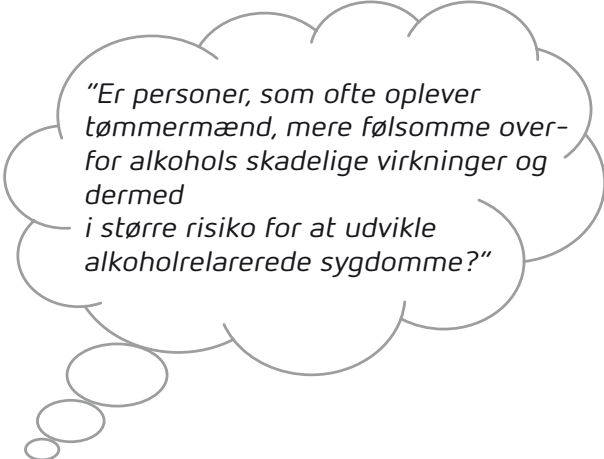
Figur 13.4 Andel, som angiver at have mange tømmermændssymptomer, opdelt på, hvor stor del af alkoholindtaget, der indtages i forbindelse med måltider. Procent



Det ses, at jo større andel af det totale alkoholforbrug, der indtages med mad, jo mindre er andelen, der har mange tømmermændssymptomer blandt både mænd og kvinder.

Hvorfor interessere sig for tømmermænd i forskningsmæssig sammenhæng?

Størstedelen af den danske befolkning drikker jævnligt alkohol, og det gennemsnitlige alkoholforbrug er højt. Formodentligt er forekomsten af tømmermænd derfor høj i Danmark – især i weekenderne. Grunden, til at vi i KRAM-undersøgelsen har medtaget spørgsmål om tømmermændssymptomer, er imidlertid en anden. Vi ved, at det er forskelligt fra person til person, hvor skadelig alkohol er for helbredet, eller sagt med andre ord, hvor følsom man er overfor alkohol. Denne følsomhed er både genetisk og miljømæssigt betinget, men man ved meget lidt om, hvordan den kan måles. Tanken bag at undersøge tømmermændssymptomer er, at disse symptomer muligvis er et udtryk for denne følsomhed. Det vil sige, at personer, som oplever stærke tømmermænd, måske er mere følsomme overfor alkohols skadelige virkninger og dermed i større risiko for at udvikle alkoholrelaterede sygdomme på længere sigt.



“Er personer, som ofte oplever tømmermænd, mere følsomme overfor alkohols skadelige virkninger og dermed i større risiko for at udvikle alkoholrelaterede sygdomme?”

Opsummering

Svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen er blevet spurgt om, hvor ofte de oplever forskellige tømmermændssymptomer dagen efter, de har drukket mere end fem genstande.

Generelt angav kvinderne oftere end mænd at have tømmermænd efter at have indtaget mere end fem genstande. Der ses ingen sammenhæng mellem, hvor ofte man drikker, og hvor tilbøjelig man er til at få tømmermænd. Svarpersoner, som ofte drak alkohol, havde således samme tilbøjelighed til at få tømmermænd efter at have drukket mere end fem genstande, som personer, der drak mere sjældent. Derimod oplevede svarpersoner, som indtog alkohol i forbindelse med måltider, i mindre grad tømmermænd end svarpersoner, som drak alkohol uden for måltiderne.

Kapitel 14. Motionsvaner – hvorfor, hvordan og hvor?

Motion er kendt for sine mange sundhedsfremmende effekter (nærmere beskrevet i kapitel 6), og der har i de enkelte KRAM-kommuner været særlig fokus på M’et i KRAM i forbindelse med de mange aktiviteter og indsatser, der blev igangsat. Viden om borgernes motiver for at dyrke motion samt deres bevægelsesvaner er relevant i planlægningen af det kommunale sundhedsfremmende arbejde, i forhold til at målrette indsatser til fremme af fysisk aktivitet. Dette kapitel sætter fokus på hvorfor, hvordan og hvor svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen dyrker motion.

Motiver for at dyrke motion

I KRAM-undersøgelsen er svarpersonerne blevet spurgt om, hvad de to vigtigste årsager er til, at de træner eller dyrker idræt. Det fremgår af tabel 14.1, at størstedelen blandt både mænd og kvinder træner eller dyrker idræt for at være/komme i form (72,4 %). Endvidere er der en stor andel, der træner eller dyrker idræt for at tabe sig (26,3 %), have det sjovt (22,1 %), koble af

(21,8 %) eller for at være sammen med andre (21,6 %).

Der er forskel på mænd og kvinders motiver for at være fysisk aktive. Således er der en større andel kvinder end mænd, der træner eller dyrker idræt for at være/komme i form, for at tabe sig, for udseendets skyld eller af andre årsager. En større andel blandt mænd end kvinder træner eller dyrker idræt for at have det sjovt, koble af, være sammen med andre, blive bedre til idræt eller for at konkurrere med andre (tabel 14.1).

Der er endvidere forskel på, hvad de vigtigste motiver er for at træne eller dyrke idræt i de forskellige aldersgrupper. Andelen, der træner eller dyrker idræt for udseendets skyld, for at blive bedre til idræt eller for at konkurrere med andre, falder med alderen. Modsat stiger andelen, der er fysisk aktiv for at være/komme i form eller være sammen med andre, med alderen. En væsentlig mindre andel i aldersgruppen 65+ år dyrker motion for at tabe sig sammenlignet med de øvrige

Tabel 14.1 Motiver for fysisk aktivitet blandt mænd og kvinder. Procent

	Mænd	Kvinder	I alt
For at være/komme i form	69,8	74,7	72,4
For at tabe mig	22,3	29,8	26,3
For at have det sjovt	25,9	18,7	22,1
For at koble af	24,0	19,9	21,8
For at være sammen med andre	23,0	20,3	21,6
For udseendets skyld	11,3	14,4	12,9
Andet	10,0	15,0	12,6
For at blive bedre til min idræt	5,6	3,4	4,5
For at konkurrere med andre	5,6	1,4	3,4
Antal svarpersoner	21.611	34.227	55.838

aldersgrupper. Andelen, der dyrker motion for at have det sjovt er størst i aldersgrupperne 18-24 år og 65+ år, mens andelen, der dyrker motion for at koble af, er størst blandt de 25-44-årige (data ikke vist).

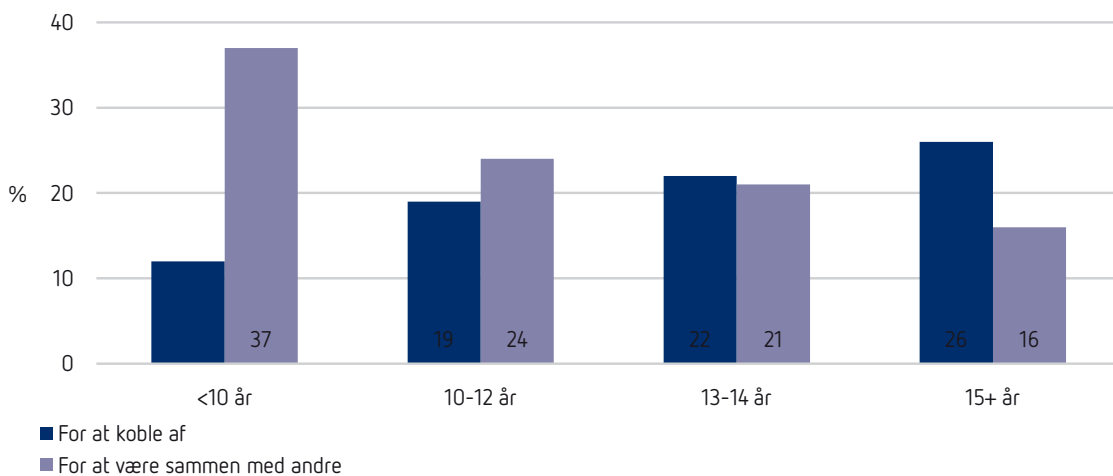
Der er markante forskelle på årsagen til, at man dyrker motion i de forskellige uddannelsesgrupper. Af figur 14.1 ses, at andelen, der træner eller dyrker idræt for at være sammen med andre, falder med stigende uddannelseslængde, mens andelen, der træner eller dyrker idræt for at koble af, stiger med stigende uddannelseslængde. Således ses det, at blandt personer med 15 eller flere års uddannelse, svarer 26,1 %, at de er fysisk aktive for at koble af, mens det kun gælder for 12,1 % blandt personer med mindre end 10 års uddannelse. Omvendt svarer 36,9 % af de med mindre end 10 års uddannelse, at de dyrker motion for at være sammen med andre, mens det kun gælder for 15,7 % blandt de, som har 15 eller flere års uddannelse.

Endvidere findes, at andelen, der træner eller dyrker idræt for at have det sjovt, falder med stigende uddannelseslængde, og modsat stiger andelen, der træner eller dyrker idræt for at være/komme i form, med stigende uddannelseslængde. Desuden er der procentvist færre blandt dem med en lang uddannelse (15+ år), der træner for at tabe sig sammenlignet med de øvrige uddannelsesgrupper (data ikke vist).

Der ses også kommunale forskelle i motiver for at være fysisk aktiv. Eksempelvis dyrker 78,4 % i Frederiksberg Kommune motion for at være/komme i form og 19,0 % gør det for udseendets skyld, mens det i Ærø Kommune kun er henholdsvis 67,1 % og 8,6 %. I Varde Kommune

"Hvorfor er der kommunale forskelle på, hvorfor man dyrker motion?"

Figur 14.1 Andelen, der træner eller dyrker idræt for at koble af eller for at være sammen med andre, i forskellige uddannelsesgrupper. Procent



dyrker 27,0 % motion for at have det sjovt, mens det kun gælder for 17,8 % i Aalborg Kommune. I Hillerød Kommune dyrker svarpersonerne oftere end i de andre KRAM-kommuner motion for at koble af, mens svarpersonerne i Varde Kommune oftere dyrker motion for at være sammen med andre (data ikke vist).

Hvor og hvordan dyrkes motion?

Svarpersonerne blev i KRAM-spørgeskemaet bedt om, at angive hvordan deres motion eller anden form for fysisk aktivitet er organiseret. Størstedelen blandt mænd og kvinder angiver, at de dyrker selvorganiseret fysisk aktivitet alene (57,1 %) (tabel 14.2). Endvidere er der en forholdsvis stor andel, der dyrker motion i en forening (41,2 %), selvorganiseret sammen med andre (31,5 %) og i et motionscenter/fitnesscenter, danseinstitut og lignende (29,2 %). En større andel mænd end kvinder dyrker motion i

en forening samt på arbejdsplads eller uddannelsesinstitution. Til gengæld er der procentvis flere kvinder end mænd, der er fysisk aktive i et motionscenter/fitnesscenter, danseinstitut og lignende, i et kommunalt tilbud eller i en aftenskole.

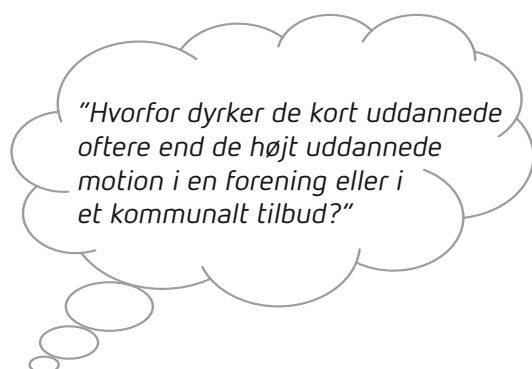
Alderen har betydning for, hvordan svarpersonerne organiserer deres fysiske aktivitet. Andelen, der dyrker selvorganiseret motion både alene og sammen med andre, er mindst blandt de 65+-årige. Den selvorganiserede motionsform, som dyrkes alene, er tilgængelig særlig populær blandt de 25-44-årige. I alt 66,0 % af de 25-44-årige har svaret, at de dyrker denne form for motion. Andelen, der dyrker motion i motionscenter/fitnesscenter, danseinstitut og lignende samt på arbejdsplads eller uddannelsesinstitution, falder med alderen. De ældste dyrker derimod oftere motion i en forening, aftenskole eller kommunalt tilbud (data ikke vist).

Tabel 14.2 Organisering af motion blandt mænd og kvinder. Procent

	Mænd	Kvinder	I alt
Selvorganiseret (på egen hånd) – alene	58,0	56,5	57,1
I en forening (idrætsforening eller anden forening)	45,4	38,6	41,2
Selvorganiseret (på egen hånd) – sammen med andre	31,9	31,2	31,5
I et motionscenter/fitnesscenter, danseinstitut og lign.	24,2	32,3	29,2
På din arbejdsplads eller uddannelsesinstitution	8,0	6,0	6,8
Andet sted	6,0	7,0	6,6
I et kommunalt tilbud	3,3	5,5	4,7
I en aftenskole	1,1	6,4	4,3
Antal svarpersoner	21.582	34.212	55.794

I figur 14.2 ses, at andelen, der dyrker selvorganiseret fysisk aktivitet alene, stiger med stigende uddannelseslængde. Modsat falder andelen, der dyrker motion i en forening, med stigende uddannelseslængde (figur 14.2).

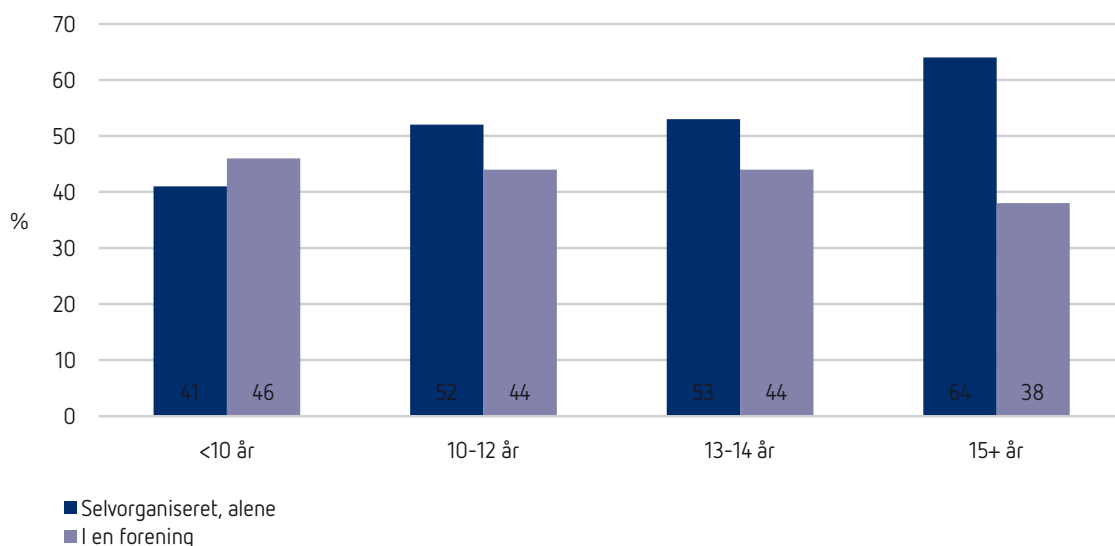
Andelen, der dyrker selvorganiseret fysisk aktivitet sammen med andre, i motionscenter/fitnesscenter, danseinstitut og lignende eller på arbejdsplads eller uddannelsesinstitution, stiger ligeledes med stigende uddannelseslængde, mens andelen, der dyrker motion i et kommunalt tilbud, falder med stigende uddannelseslængde (data ikke vist).



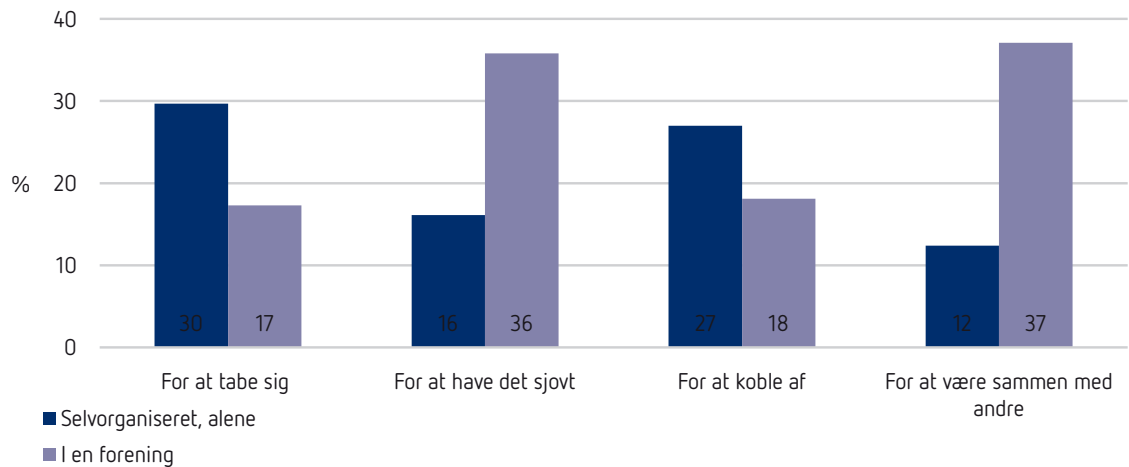
Der ses også en sammenhæng mellem motiver for at dyrke motion og organiseringsform. Eksempelvis ses det, at den selvorganiserede motionsform, som dyrkes alene, er procentvis større blandt svarpersoner, der dyrker motion for at tabe sig og for at koble af. Blandt personer, der dyrker foreningsbaseret motion, er der en større andel, der dyrker motion for at have det sjovt og være sammen med andre, end personer, der dyrker motion selvorganiseret alene (figur 14.3).

Andelen, der dyrker motion i en forening er størst i Varde, Ærø og Faaborg-Midtfyn kommuner, mens den er mindst i Frederiksberg Kommune. Derimod er andelen, der dyrker motion i et motionscenter/fitnesscenter, danseinstitut og lignende, størst i Frederiksberg Kommune (figur 14.4). Der er procentvis flere, der dyrker selvorganiseret motion alene eller sammen med andre, i Aalborg, Silkeborg og Frederiksberg kommuner, mens der er procentvis færre, som i disse kommuner vælger foreningsidræt end i de

Figur 14.2 Andelen, der dyrker selvorganiseret fysisk aktivitet alene eller dyrker motion i en forening, i forskellige uddannelsesgrupper. Procent



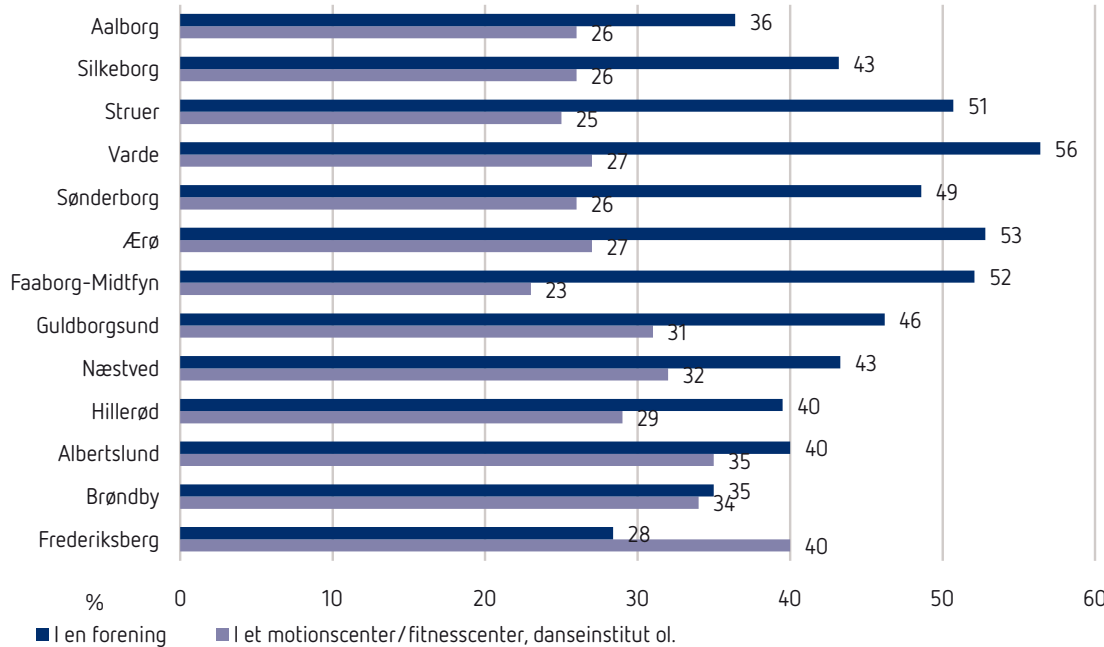
Figur 14.3 Motiver for at dyrke motion opdelt på organisering af motion. Procent



øvrige KRAM-kommuner. I Hillerød Kommune er der en relativ stor andel, der dyrker motion på arbejdspladser /uddannelsesinstitutioner, idet

10,0 % af svarpersonerne dyrker motion her, mens det eksempelvis kun gælder for 2,9 % af svarpersonerne i Ærø Kommune (data ikke vist).

Figur 14.4 Andelen, der dyrker motion i et motionscenter/fitnesscenter, danseinstitut og lignende eller i en forening (idrætsforening eller anden forening), i de 13 KRAM-kommuner. Procent



Bemærk: Resultaterne gælder kun for de personer, der har deltaget i KRAM-undersøgelsen i de enkelte kommuner, og er ikke repræsentative for kommunens borgere som helhed

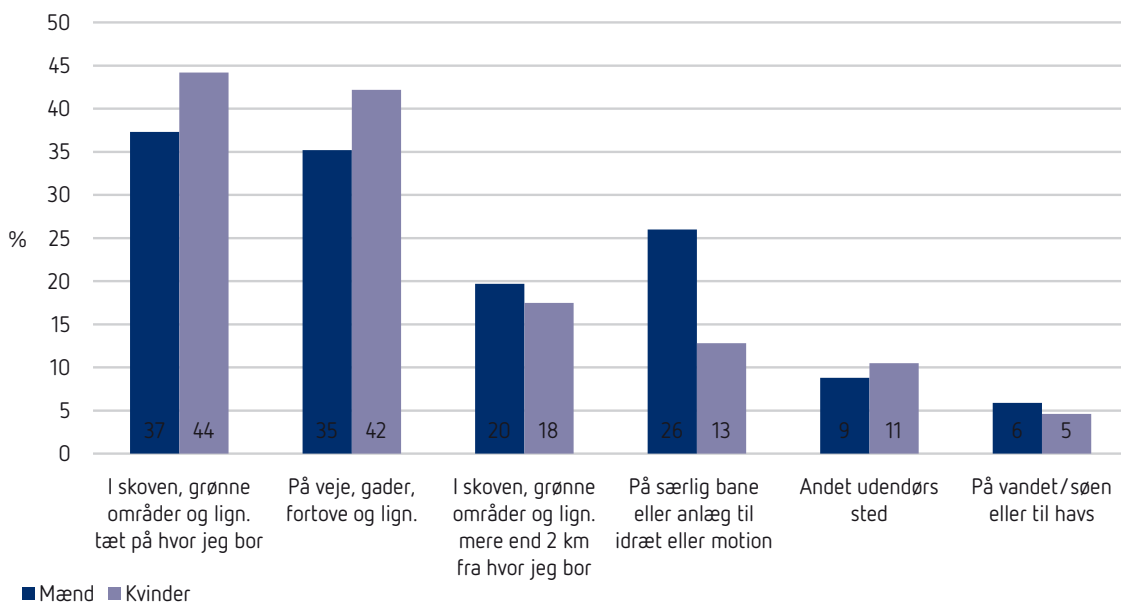
Udendørs eller indendørs?

Svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen er blevet bedt om at angive mere præcist, hvilke steder udendørs- og indendørs, de dyrker motion. Den største andel dyrker motion i skoven, i grønne områder og lignende tæt på bopælen. Mere end fire ud af ti svarer, at de ofte benytter denne type områder. Gader, veje, fortove og lignende tæt på bopælen er også populært. Dobbelt så mange mænd som kvinder, har angivet, at de dyrker motion på en særlig bane eller anlæg til idræt eller motion. Derimod er der procentvis flere kvinder end mænd, der dyrker motion i skoven, grønne områder og lignende tæt på bopælen samt på veje, gader, fortove og lignende (figur 14.5).

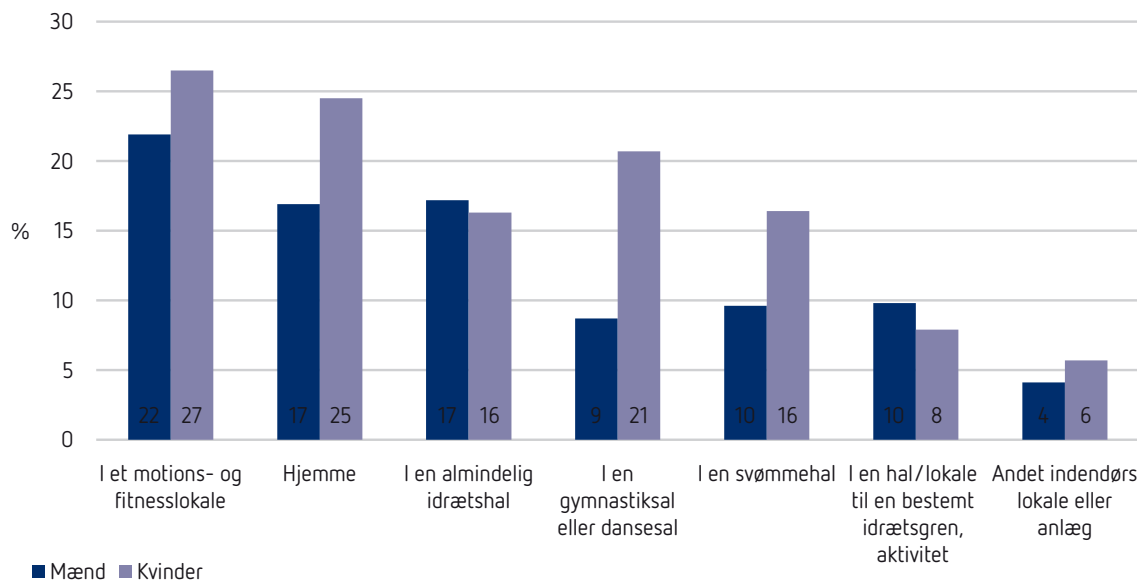
De mest populære indendørs steder til motion er motions- eller fitnesslokale (24,3 %) og hjemmet (20,8 %). Procentvis flere kvinder end mænd dyrker motion i et motions- eller fitnesslokale, i hjemmet, i en gymnastik- eller dansesal eller i en svømmehal (figur 14.6).

Sammenholdes tabellerne for uden- og indendørs motion (figur 14.5 og figur 14.6) ses det, at de udendørs bolignære omgivelser, herunder grønne områder, i langt højere grad end de indendørs områder benyttes til motion.

Figur 14.5 Andel, der ofte dyrker motion udendørs, blandt mænd og kvinder. Procent



Figur 14.6 Andel, der ofte dyrker motion indendørs, blandt mænd og kvinder. Procent

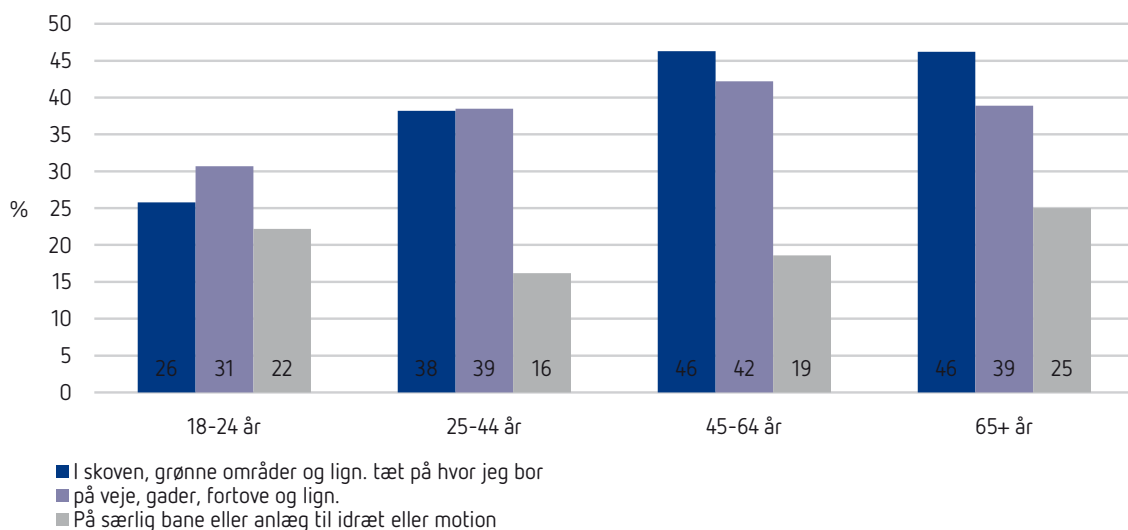


"Hvorfor er det mere populært at dyrke motion i skoven og grønne områder tæt på boligen end at dyrke motion i et fitnesscenter eller idrætshal?"

Andelen, der dyrker udendørs motion, stiger generelt med alderen. Der er en relativ stor andel blandt de 45-64-årige, der dyrker motion i skoven og grønne områder tæt på bopælen samt på veje, gader, fortove og lignende. Endvidere er andelen, der dyrker udendørs motion på en særlig bane eller anlæg til idræt eller motion, større blandt den yngste aldersgruppe (18-24-årige) og den ældste aldersgruppe (65+-årige) sammenlignet med de øvrige aldersgrupper (figur 14.7).

Der ses ingen forskelle mellem brug af forskellige typer af udendørsområder til motion afhængigt af uddannelsesniveau (data ikke vist).

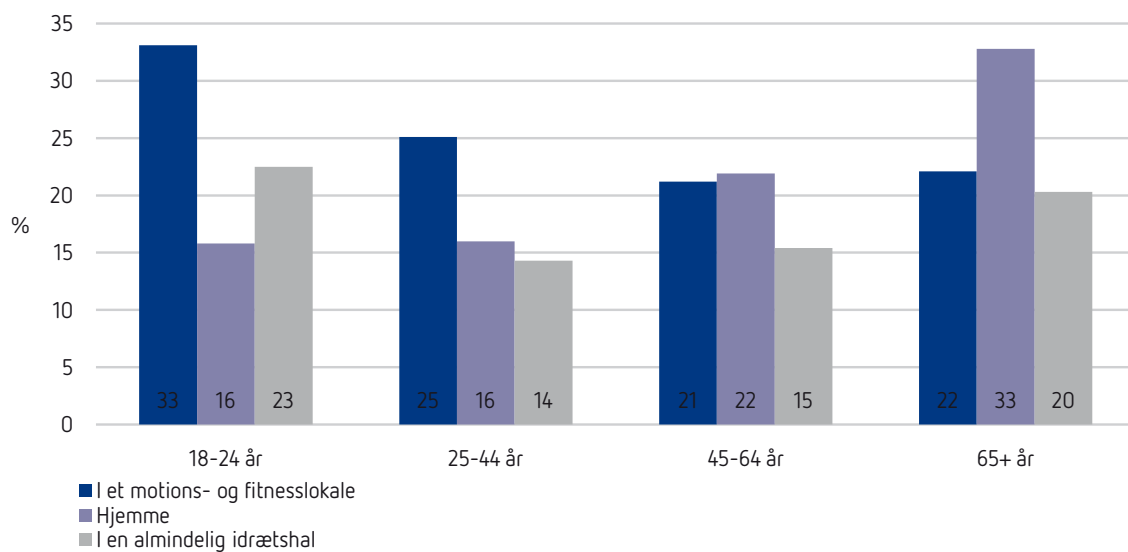
Figur 14.7 Udendørs steder, der ofte benyttes til motion, i forskellige aldersgrupper. Procent



I figur 14.8 ses sammenhængen mellem indendørs steder til motion og alder. Andelen, der dyrker motion i et motions- eller fitnesslokale falder overordnet med alderen, mens andelen, der

dyrker motion i hjemmet, overordnet stiger med alderen. Andelen, der dyrker motion i en almindelig idrætshal, er størst blandt de yngste (18-24 år) og de ældste (65+ år) (figur 14.8).

Figur 14.8 Indendørs steder, der ofte benyttes til motion, i forskellige aldersgrupper. Procent



Generelt findes en tendens til, at andelen, der ofte dyrker indendørs motion, falder med stigende uddannelseslængde. Dog gælder det, at andelen, der dyrker motion i et motions- eller fitnesslokale, stiger med stigende uddannelseslængde (data ikke vist).

I Silkeborg Kommune er der procentvis flere, der bruger naturen – både tæt på og mere end to kilometer fra bopælen – sammenlignet med de andre KRAM-kommuner. Andelen, der ofte dyrker motion på veje, gader, fortove og lignende er mest udbredt i Aalborg, Sønderborg og Frederiksberg kommuner. I Varde Kommune er der en relativ stor andel, der dyrker motion på en særlig bane eller idrætsanlæg. Andelen, der dyrker motion på vandet er størst i Ærø Kommune (data ikke vist).

Andelen, der dyrker motion i almindelige idrætshaller er størst i Varde og Struer kommuner, hvilket er modsat Frederiksberg Kommune, hvor mindre end hver tiende svarer, at de ofte benytter idrætshaller. Her er til gengæld en relativ stor andel, der benytter motions- og fitnesslokaler (data ikke vist).

Opsummering

De vigtigste årsager til at træne eller dyrke motion blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen er at være eller komme i form, at tabe sig og at have det sjovt. Kvinder dyrker især motion for at være eller komme i form, for at tabe sig og for udseendets skyld, mens mænd gør det for at have det sjovt, koble af, og være sammen med andre.

Der er inden for de forskellige uddannelsesgrupper forskel på, hvorfor svarpersonerne træner eller dyrker motion. Jo længere uddannelse desto større er andelen, der dyrker motion for at være eller komme i form og koble af. Modsat falder andelen, der træner eller dyrker motion for at have det sjovt eller være sammen med andre, med stigende uddannelseslængde.

Den selvorganiserede motionsform er den mest populære, efterfulgt af foreningsmotion. Andelen, der dyrker motion i en forening, aftenskole eller kommunalt tilbud, stiger med alderen, mens andelen, der dyrker motion i motionscenter / fitnesscenter, danseinstitut og lignende samt på arbejdsplads eller uddannelsesinstitution, falder med alderen.

Den selvorganiserede motionsform, som dyrkes alene er procentvis størst blandt personer, der dyrker motion for at komme eller være i form, for at tabe sig, for at koble af og for udseendets skyld. Svarpersoner, der dyrker foreningsbaseret motion angiver oftest, at de dyrker motion for at have det sjovt, være sammen med andre, blive bedre til deres idræt og konkurrere med andre.

De udendørs bolignære områder, som skov, grønne områder, gader, fortove og lignende er generelt mere anvendt til motion sammenlignet med indendørs motionsfaciliteter. Kvinder dyrker oftere end mænd motion i et motions- eller fitnesslokale, i hjemmet, i en almindelig idrætshal eller i en svømmehal. Derimod er der dobbelt så mange mænd som kvinder, der dyrker motion på en særlig bane eller anlæg til idræt eller motion. Andelen, der dyrker udendørs motion, stiger generelt med alderen, mens andelen, der dyrker motion i et motions- eller fitnesslokale, falder med alderen.

Kapitel 15. Hvilken betydning har overvægt for helbred, trivsel og sociale relationer?

Forekomsten af overvægt er stigende og har store helbredsmæssige og økonomiske konsekvenser både for det enkelte individ og for samfundet. Overvægt udgør et alvorligt sundhedsproblem på grund af den øgede risiko for især hjertekarsygdom og type-2-diabetes (Lawrence & Kopelman 2004). Desuden ledsages overvægt ofte af psykosociale problemer (Adolfsson 2004). I dette kapitel fokuseres på konsekvenserne af at være moderat og svært overvægtig i forhold til helbred, trivsel og sociale relationer.

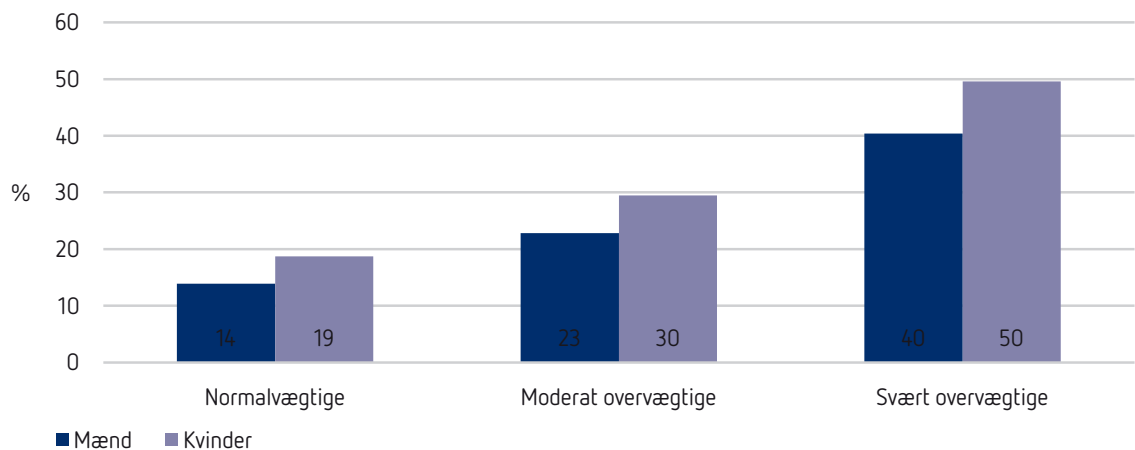
De selvrapporterede data er brugt i analyserne om overvægt frem for de objektive målte data fra helbredsundersøgelsen. Herved er flere personer med i analyserne, hvilket giver mulighed for at gå mere i dybden og lave analyser på mindre grupper. Der er desuden en god overensstemmelse mellem de selvrapporterede og de objektivt målte resultater for Body Mass Index (BMI) (korrelationskoefficient på 0,93; $p < 0,01$).

Svarpersonerne er ud fra BMI inddelt i normalvægtige ($18,5 \text{ kg/m}^2 \leq \text{BMI} < 25 \text{ kg/m}^2$), moderat overvægtige ($25 \text{ kg/m}^2 \leq \text{BMI} < 30 \text{ kg/m}^2$) og svært overvægtige ($\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$). I analyserne er kvinder, der er gravide, og kvinder, som har født inden for det seneste halve år ekskluderet, da deres vægt ofte afviger fra deres normale vægt. Desuden er de undervægtige ($\text{BMI} < 18,5 \text{ kg/m}^2$) taget ud af analyserne.

Overvægt i familien

Overvægt og svær overvægt kan overordnet tilskrives en ubalance mellem energiindtaget og energiforbruget (Astrup, Rössner & Sørensen 2006; Matthiessen, Andersen, Ovesen 2001). Der er kommet meget fokus på betydningen af genetik i forhold til overvægt, hvilket nogle forskere mener spiller en større rolle end tidligere antaget (Sørensen, 2001).

Figur 15.1 Andel, hvis mor, far eller helsøskende er eller har været kraftig overvægtige, blandt mænd og kvinder, der er normalvægtige, moderat overvægtige og svært overvægtige. Procent



Overvægtige svarpersoner i KRAM-undersøgelsen rapporterer oftere, at deres forældre eller helse-skende er eller har været kraftigt overvægtige. Således er andelen, der rapporterer, at der er kraftig overvægt i deres familie, 13,9 % blandt de normalvægtige mænd og 18,7 % blandt de normalvægtige kvinder, mens andelen er henholdsvis 40,4 % og 49,6 % blandt de svært overvægtige mænd og kvinder (figur 15.1).

Selv vurderet helbred blandt normalvægtige, moderat overvægtige og svært overvægtige

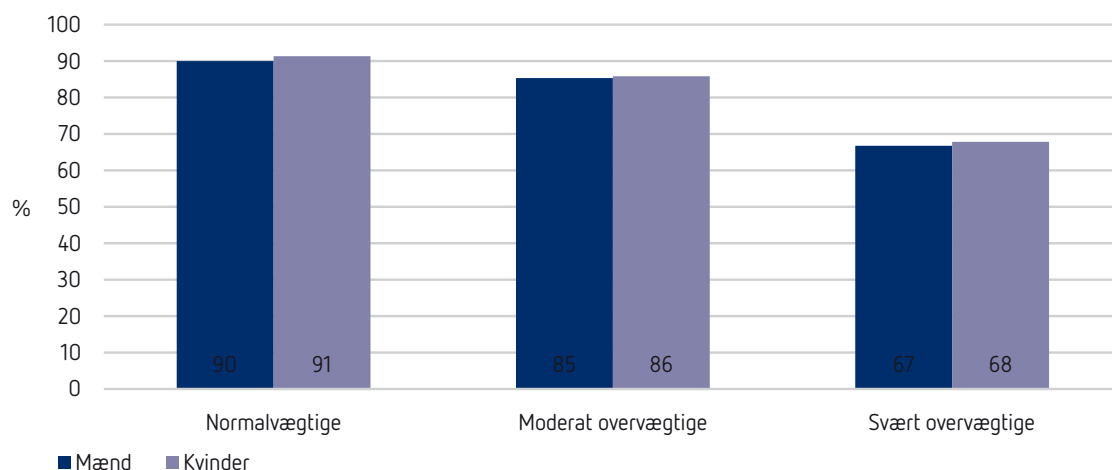
Som beskrevet i kapitel 10 er der en stærk sammenhæng mellem, hvordan en person vurderer sit eget helbred og dødelighed/sygelighed. Flere studier viser, at overvægtige har et dårligere selv vurderet helbred end normalvægtige (Adolfsson 2004; Simonsen et al. 2008).

Som det fremgår af figur 15.2, falder andelen således også i KRAM-undersøgelsen, der har et

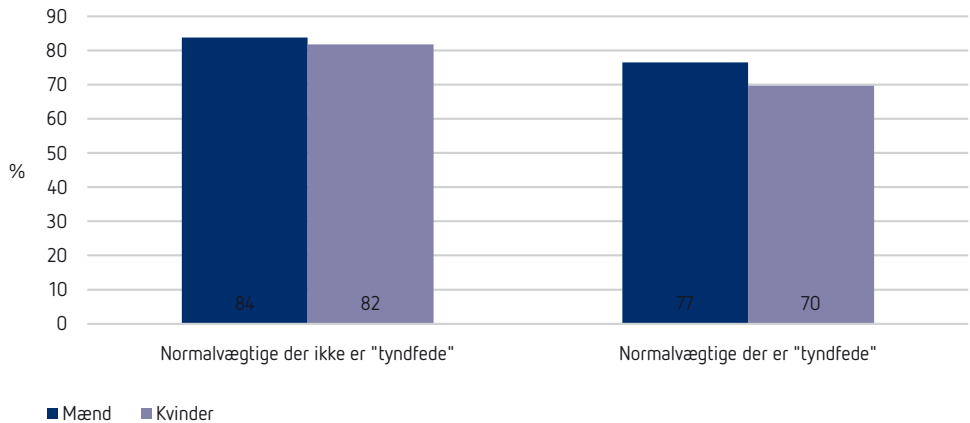
godt eller virkelig godt selv vurderet helbred, med stigende overvægt blandt både kvinder og mænd. Denne sammenhæng findes for alle aldersgrupper, men sammenhængen er meget stærkere i de yngste aldersgrupper sammenlignet med de ældste. Blandt de 65+-årige er andelen, som har et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred, 94,2 % blandt de normalvægtige og 83,2 % blandt de svært overvægtige, mens andelen blandt den yngste aldersgruppe er 86,1 % og 57,0 % blandt henholdsvis de normalvægtige og svært overvægtige (data ikke vist).

Personer, der er normalvægtige, men har en for høj fedtprocent benævnes i dag som værende "tyndfede" (De Lorenzo et al. 2006). Andelen, der har et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred, er mindre blandt de "tyndfede" sammenlignet med de normalvægtige med en normal fedtprocent. Således er andelen 76,5 % og 69,7 % blandt "tyndfede" mænd og kvinder og 83,8 % og 81,8 % blandt normalvægtige mænd og kvinder (figur 15.3). Det betyder, at det at have en forhøjet fedtprocent har betydning for ens

Figur 15.2 Andel, der har et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred, blandt mænd og kvinder, der er normalvægtige, moderat overvægtige og svært overvægtige. Procent



Figur 15.3 Andel, der har et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred, blandt mænd og kvinder, der er normalvægtige med en fedtprocent over og under grænseværdien. Procent

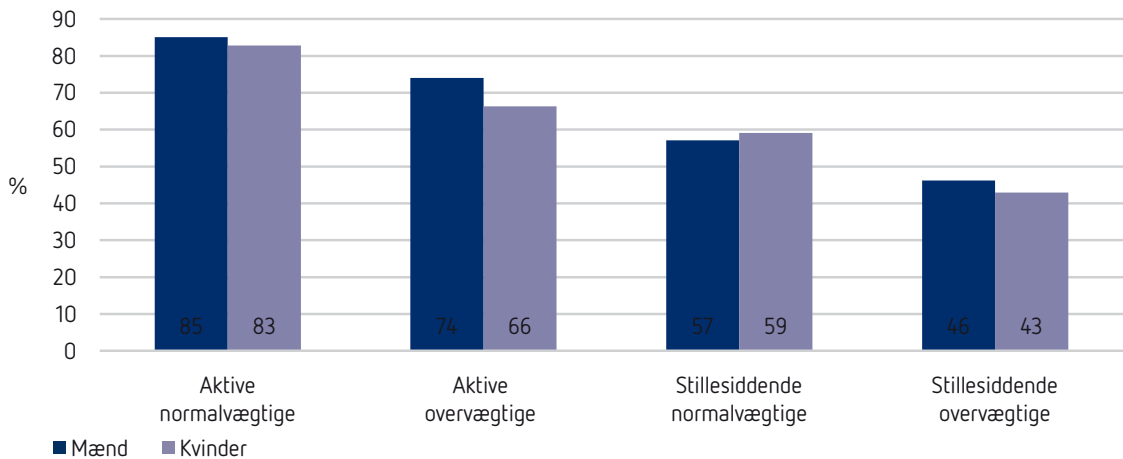


egen opfattelse af sit helbred, selvom man stadig er normalvægtig.

Resultaterne fra KRAM-undersøgelsen understøtter desuden, at det er bedre at være "fed og fit" end "tynd og tam" (Pedersen 2003), når der ses på selv vurderet helbred og fysisk aktivitet i fritiden. Andelen, der har et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred, er størst blandt de

normalvægtige, som er fysisk aktive i fritiden. Det bemærkelsesværdige er, at procentvis flere overvægtige, som er fysisk aktive i fritiden, har et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred end blandt de normalvægtige, som er stillesiddende i fritiden. Mindst er andelen, der har et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred, blandt de overvægtige, der er stillesiddende i fritiden (figur 15.4).

Figur 15.4 Andel, der har et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred, blandt mænd og kvinder, der er aktive normalvægtige, aktive overvægtige, stillesiddende normalvægtige og stillesiddende overvægtige. Procent



Sygelighed blandt normalvægtige, moderat overvægtige og svært overvægtige

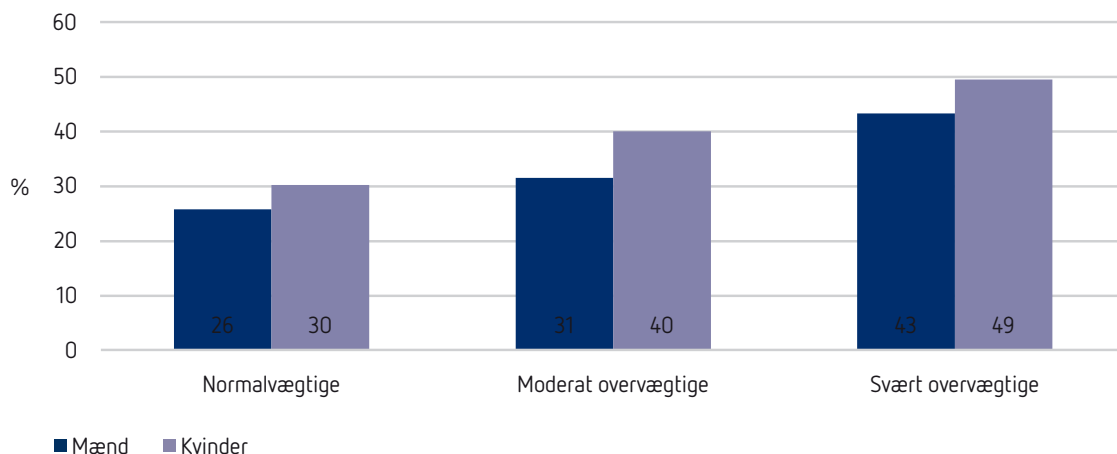
De følgende resultater viser forekomsten af langvarig sygdom, medicinforbrug, kontakt til egen læge samt smerter blandt normalvægtige, moderat overvægtige og svært overvægtige i KRAM-undersøgelsen. Sygelighed blandt alle svarpersoner i KRAM-undersøgelsen er beskrevet samt defineret i kapitel 10.

Der ses en markant sammenhæng mellem langvarig sygdom og overvægt. Andelen, der har langvarig sygdom, stiger med stigende overvægt. Således er der blandt svært overvægtige mænd og kvinder henholdsvis 43,2 % og 49,4 %, der

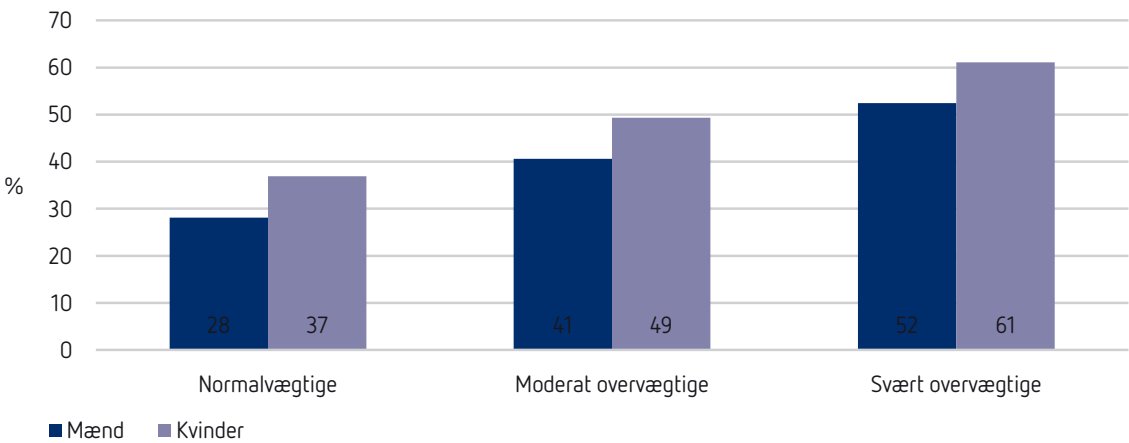
oplyser, at de har en langvarig sygdom, mens andelen blandt de normalvægtige mænd og kvinder er henholdsvis 25,7 % og 30,1 % (figur 15.5).

Der er også en tydelig sammenhæng mellem overvægt og brug af receptpligtig medicin inden for de seneste 14 dage. Andelen, som har taget receptpligtig medicin, stiger med stigende overvægt. Blandt de svært overvægtige mænd og kvinder har henholdsvis 52,4 % og 61,1 % taget receptpligtig medicin, mens dette kun gælder for henholdsvis 28,1 % og 36,9 % af de normalvægtige mænd og kvinder (figur 15.6). Sammenhængen bliver mere udtalt med alderen, da overvægt har en negativ effekt på helbredet og med tiden fører til brug af medicin (data ikke vist).

Figur 15.5 Andel, der har langvarig sygdom, blandt mænd og kvinder, der er normalvægtige, moderat overvægtige og svært overvægtige. Procent



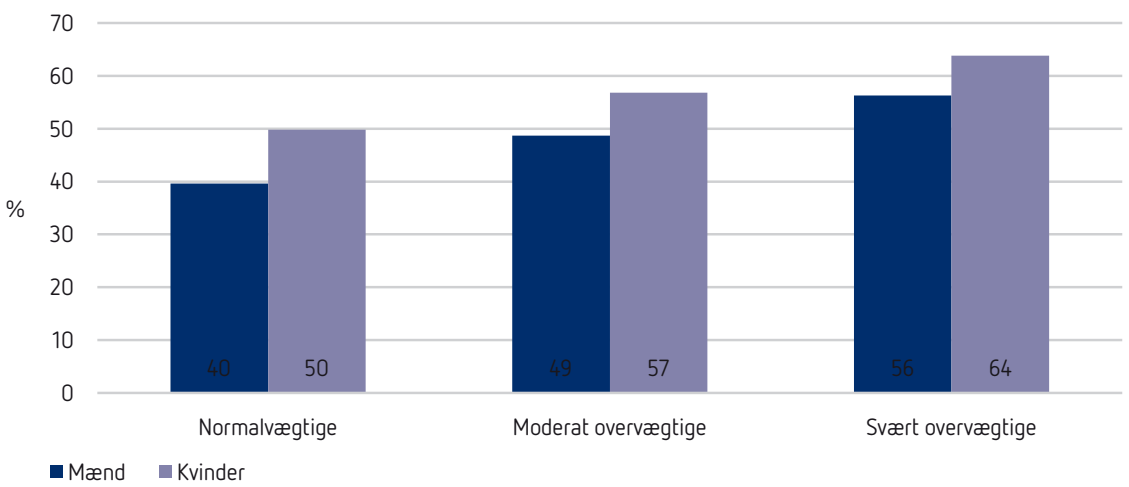
Figur 15.6 Andel, der har taget receptpligtig medicin inden for de seneste 14 dage, blandt mænd og kvinder, der er normalvægtige, moderat overvægtige og svært overvægtige. Procent



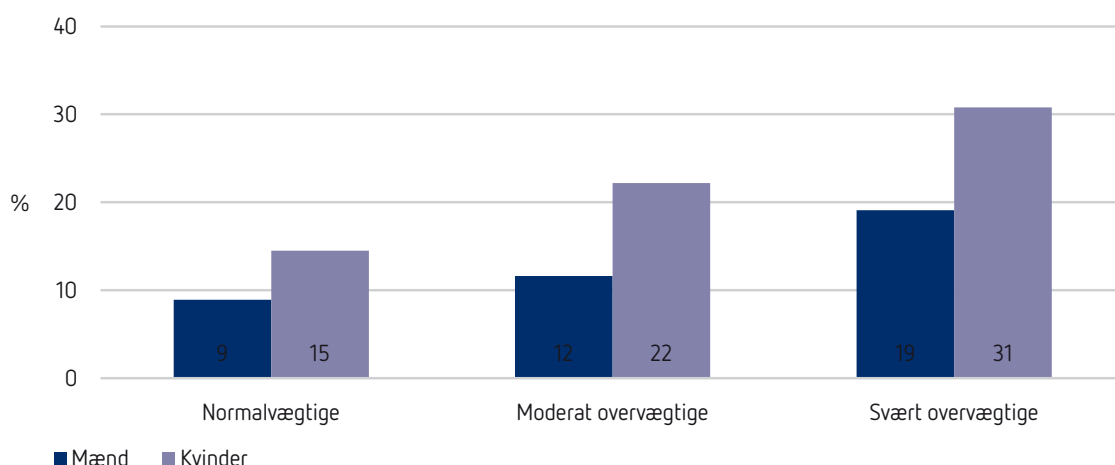
Tilsvarende stiger andelen, som har været i kontakt med deres praktiserende læge inden for de seneste tre måneder, med stigende overvægt. Således har henholdsvis 56,3 % og 63,8 % af de svært overvægtige mænd og kvinder været i kontakt med deres praktiserende læge inden

for en periode på tre måneder, mens det kun gælder for henholdsvis 39,6 % og 49,8 % af de normalvægtige mænd og kvinder (figur 15.7). Der ses ikke en forskel mellem aldersgrupperne (data ikke vist).

Figur 15.7 Andel, der har været i kontakt med praktiserende læge inden for de seneste tre måneder, blandt mænd og kvinder, der er normalvægtige, moderat overvægtige og svært overvægtige. Procent



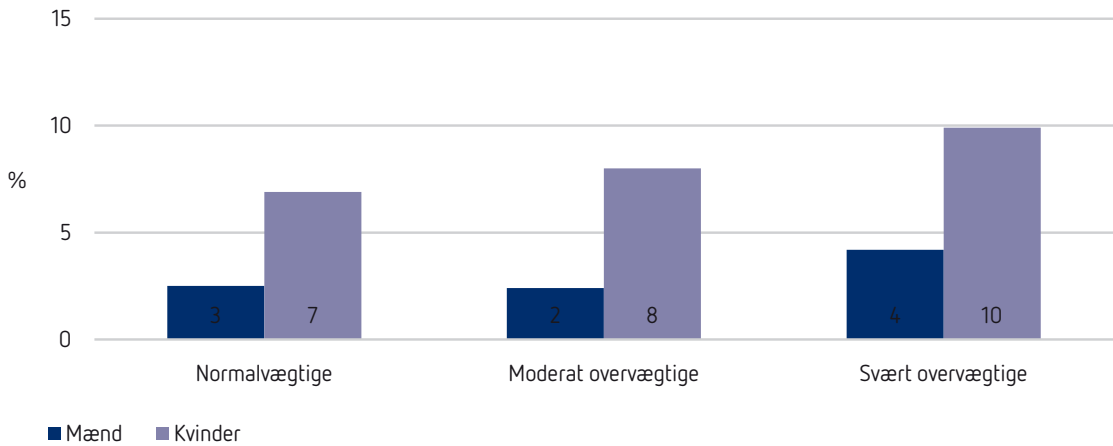
Figur 15.8 Andel, der har været meget generet af smerter i led og / eller muskler inden for de seneste 14 dage, blandt mænd og kvinder, der er normalvægtige, moderat overvægtige og svært overvægtige. Procent



Overvægt belaster og øger risikoen for smerter i led og muskler og er den vigtigste risikofaktor for slidgigt (Helweg-Larsen et al. 2009). I KRAM-undersøgelsen er der spurgt til, om svarpersonerne været generet af smerter i led og/eller muskler inden for de seneste 14 dage. Blandt de moderat og svært overvægtige er der en højere forekomst af smerter i led og/eller muskler. For mændene er andelen, der har været generet af smerter 8,9 % blandt de normalvægtige og 19,1 % blandt de svært overvægtige, mens andelen for kvinderne er 14,5 % blandt de normalvægtige og 30,8 % blandt de svært overvægtige (figur 15.8). Som forventet bliver sammenhængen mere udtalt med alderen, da overvægt belaster led og muskler og øger risikoen for smerter med tiden (data ikke vist).

I KRAM-undersøgelsen findes også en sammenhæng mellem hovedpine og overvægt. Sammenhængen er stærkest blandt kvinder, hvor 6,9 % af de normalvægtige og 9,9 % af de svært overvægtige har været generet af hovedpine. For mænd er der ikke forskel i andelen, der har været generet af hovedpine, blandt de normalvægtige (2,5 %) og moderat overvægtige (2,4 %), men andelen er større blandt de svært overvægtige (4,2 %) (figur 15.9). Sammenhængen mellem hovedpine og overvægt ses kun blandt de yngste aldersgrupper (data ikke vist).

Figur 15.9 Andel, der har været meget generet af hovedpine inden for de seneste 14 dage, blandt mænd og kvinder, der er normalvægtige, moderat overvægtige og svært overvægtige. Procent



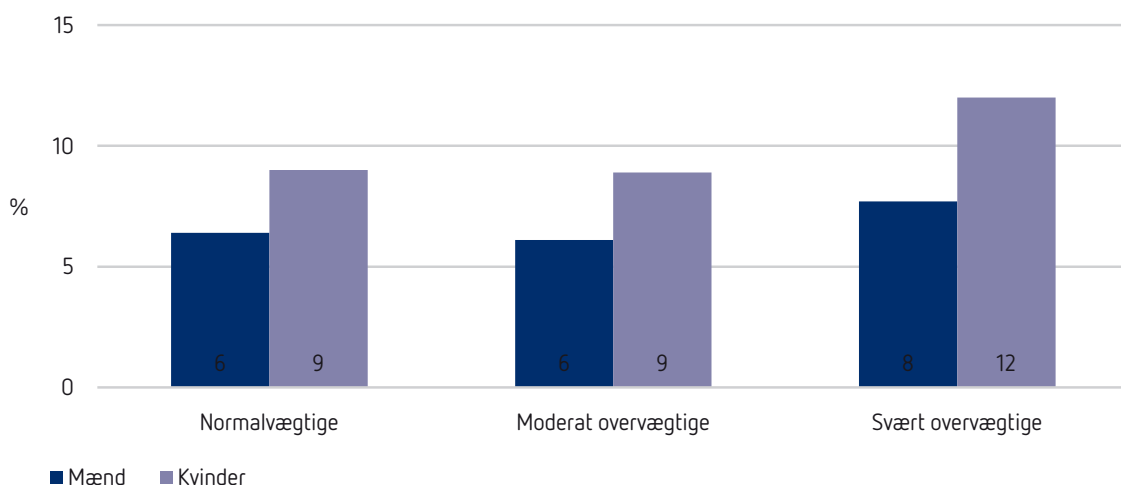
Trivsel blandt normalvægtige, moderat overvægtige og svært overvægtige

De følgende resultater viser sammenhænge mellem overvægt og trivsel i form af stress, søvn, træthed og depression. Ligesom i resten af rapporten kan resultaterne ikke sige noget om årsagssammenhængen. Dårlig trivsel kan føre til overspisning (trøstespisning) og dermed i det lange løb til overvægt. På den anden side kan en konsekvens af overvægt være dårlig trivsel. De psykologiske og sociale konsekvenser af overvægt kan ikke ses uafhængigt af den herskende stigmatisering af overvægtige i samfundet. Der er en tendens til, at samfundet diskriminerer og har en kritisk attitude over for overvægtige, hvilket er knyttet til at opfattelsen af, at ansvaret for overvægt ligger hos den enkelte (Madsen, Grønbæk & Olsen 2006). Derfor kan det være, at overvægt ikke fører til dårlig trivsel i sig selv, men at omgivelsernes syn på overvægt gør, at overvægtige har en dårligere trivsel.

Det er fundet, at overvægt påvirker mænd og kvinders trivsel forskelligt, således at kvinder er mere påvirket end mænd (Adolfsson 2004). Det fremgår således også af de efterfølgende analyser omhandlende trivsel, at forskellen mellem normalvægtige og svært overvægtige kvinder ofte er større end forskellen mellem de normalvægtige og svært overvægtige mænd.

Blandt både mænd og kvinder er andelen, der ofte føler sig stresset, lidt større blandt de svært overvægtige end blandt normalvægtige og moderat overvægtige. Forskellen er mest markant blandt kvinder, hvor andelen, der ofte føler sig stresset, er 12,0 % blandt de svært overvægtige, mens den blandt de normalvægtige er 9,0 % og blandt de moderat overvægtige 8,9 % (figur 15.10). Forskellen findes for alle aldersgrupper men er mest udbredt i den yngste aldersgruppe (data ikke vist).

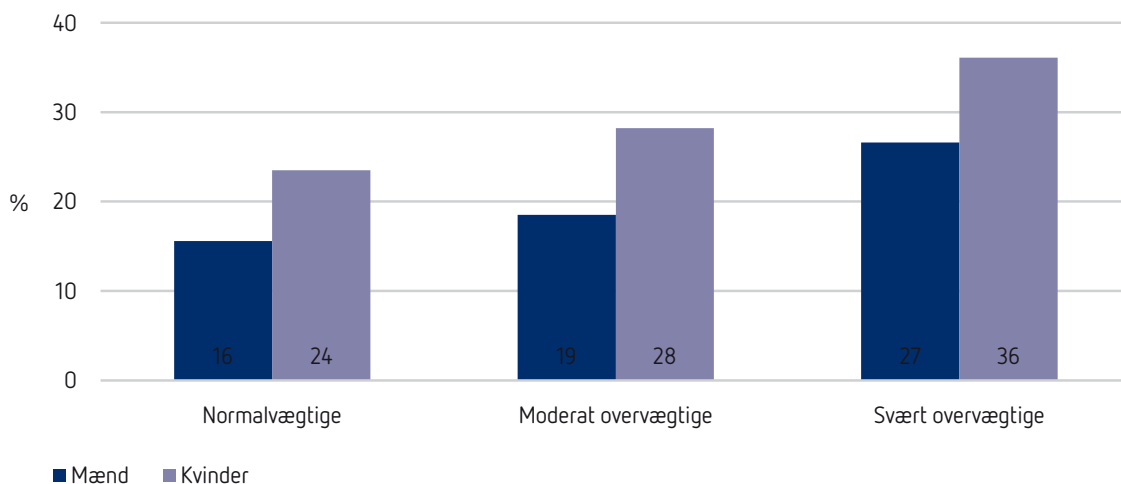
Figur 15.10 Andel, der ofte føler sig stresset, blandt mænd og kvinder, der er normalvægtige, moderat overvægtige og svært overvægtige. Procent



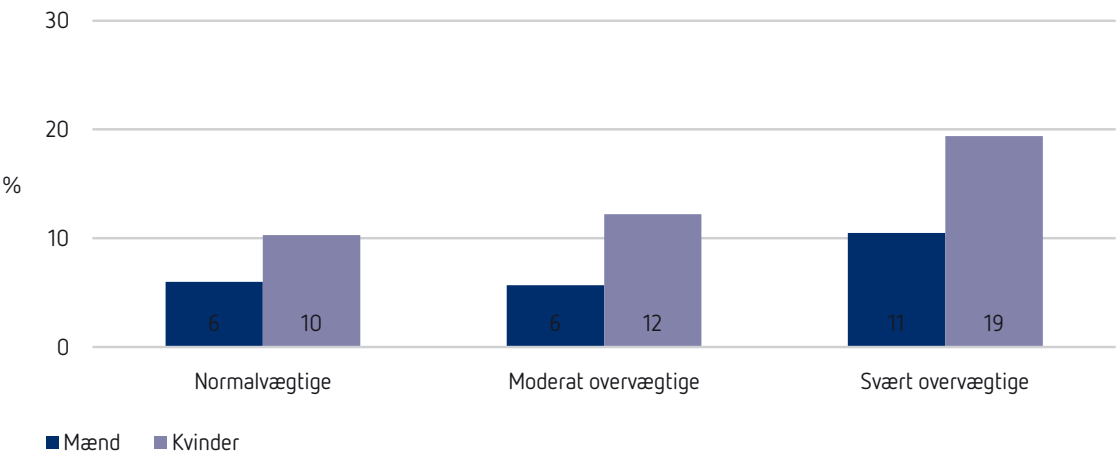
Andelen, der sover dårligt eller uroligt flere gange om ugen eller oftere, stiger med stigende overvægt blandt både mænd og kvinder (figur 15.11). Det er særligt de svært overvægtige kvinder, der

sover dårligt eller uroligt. Sammenhængen findes for alle aldersgrupper, men er mest udbredt blandt den yngste aldersgruppe (data ikke vist).

Figur 15.11 Andel, der sover dårligt eller uroligt flere gange om ugen, blandt mænd og kvinder, der er normalvægtige, moderat overvægtige og svært overvægtige. Procent



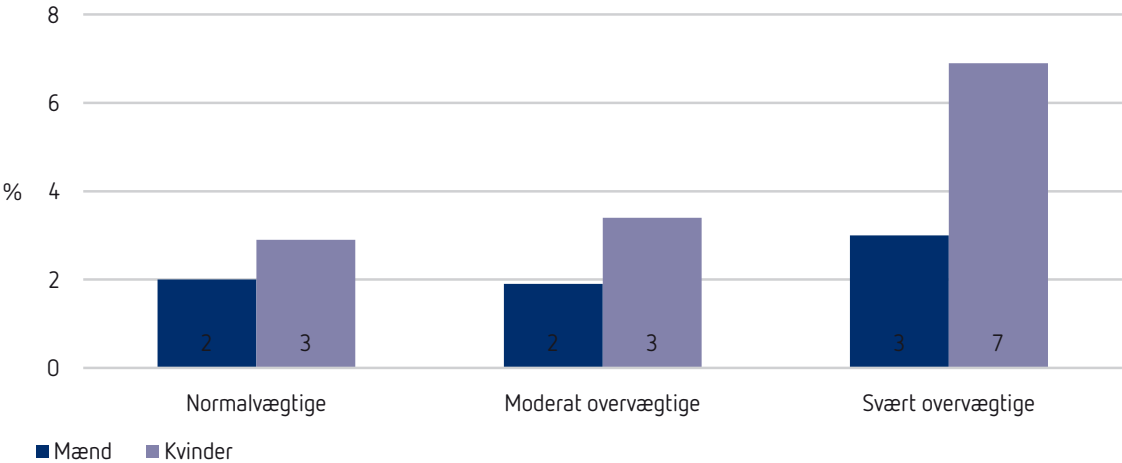
Figur 15.12 Andel, der har været meget generet af træthed inden for de seneste 14 dage, blandt mænd og kvinder, der er normalvægtige, moderat overvægtige og svært overvægtige. Procent



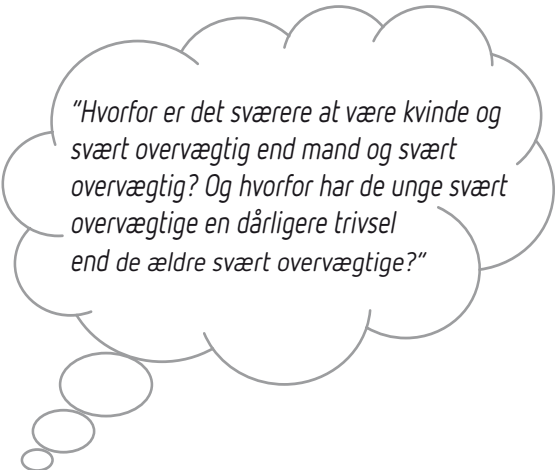
Måske på grund af en dårlig søvnkvalitet stiger andelen, der har været generet af træthed inden for de seneste 14 dage, med stigende overvægt blandt kvinder. I alt 10,3 % af de normalvægtige kvinder og 19,4 % af de svært overvægtige kvin-

der har været generet af træthed. For mænd er der ikke forskel i andelen blandt de normalvægtige (6,0 %) og moderat overvægtige (5,7 %), men andelen er større blandt de svært overvægtige (10,5 %) (figur 15.12).

Figur 15.13 Andel, der har været nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig inden for de seneste 14 dage, blandt mænd og kvinder, der er normalvægtige, moderat overvægtige og svært overvægtige. Procent



I KRAM-undersøgelsen findes også en sammenhæng mellem overvægt og at have været nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig. Sammenhængen er mest markant blandt kvinder, hvor andelen, der har været nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig, er 2,9 % blandt de normalvægtige og 6,9 % blandt de svært overvægtige. Blandt mændene er der heller ikke her forskel i andelen for de normalvægtige (2,0 %) og moderat overvægtige (1,9 %), mens andelen er lidt større for de svært overvægtige (3,0 %) (figur 15.13). Sammenhængen er mest udbredt blandt den yngste aldersgruppe (data ikke vist).



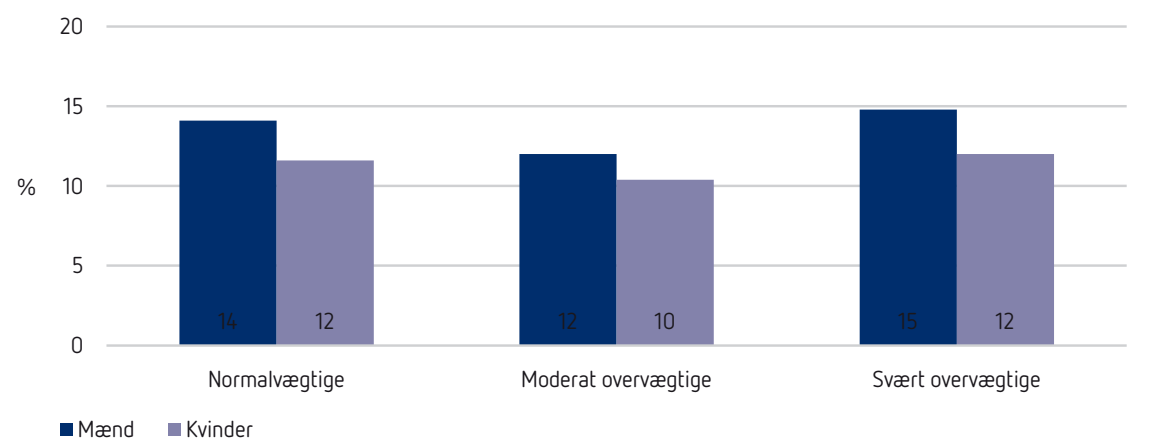
Sociale relationer blandt normalvægtige, moderat overvægtige og svært overvægtige

Heldigvis findes ikke i KRAM-undersøgelsen, at overvægtige ser deres familie mindre end de normalvægtige (figur 15.14).

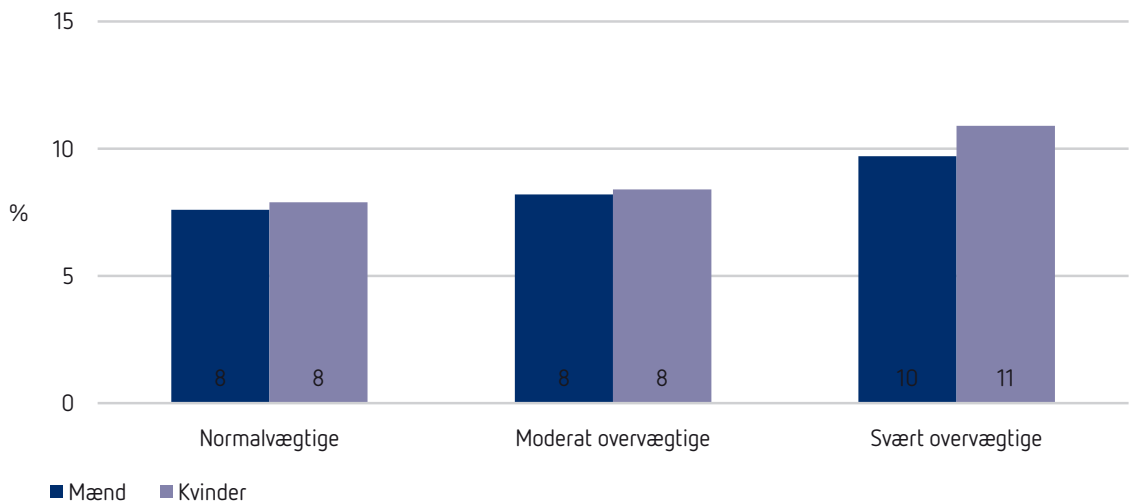
Andelen, der sjældent eller aldrig træffer venner og bekendte, adskiller sig heller ikke blandt normalvægtige og moderat overvægtige mænd og kvinder. Procentvis flere af de svært overvægtige træffer dog sjældent eller aldrig venner og bekendte sammenlignet med de normalvægtige og moderat overvægtige. Denne forskel er ikke så markant blandt mænd som kvinder (figur 15.15). Der ses ingen forskel mellem aldersgrupperne (data ikke vist).

Forekomsten af ensomhed – angivet ved om svarpersonerne ofte eller en gang imellem er alene, selvom de mest har lyst til at være sammen med andre – er højere blandt de svært overvægtige kvinder sammenlignet med de normalvægtige og moderat overvægtige kvinder. Denne forskel ses ikke blandt mænd (figur 15.16).

Figur 15.14 Andel, der sjældent eller aldrig træffer familie, blandt mænd og kvinder, der er normalvægtige, moderat overvægtige og svært overvægtige. Procent



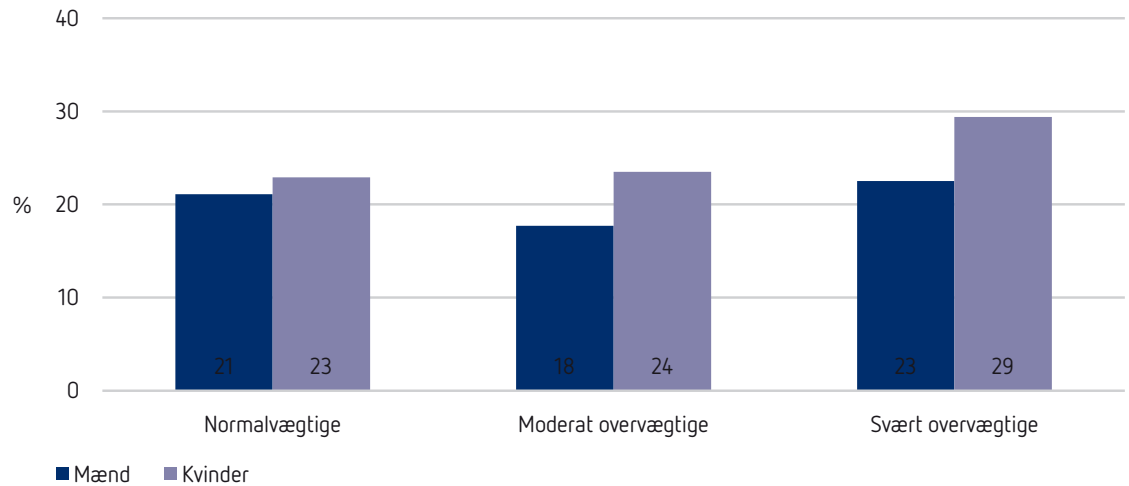
Figur 15.15 Andel, der sjældent eller aldrig træffer venner og bekendte, blandt mænd og kvinder, der er normalvægtige, moderat overvægtige og svært overvægtige. Procent



Sammenhængen er markant større for de yngste kvinder sammenlignet med de øvrige aldersgrupper, hvilket er til trods for, at andelen, som træffer familie samt venner og bekendte, ikke er mindre blandt de yngste kvinder. Hele 59,1 % af de

18-24-årige svært overvægtige kvinder angiver, at de ofte eller en gang i mellem er alene, selvom de mest har lyst til at være sammen med andre. Til sammenligning er det 36,0 % for de normalvægtige kvinder i den yngste aldersgruppe (data ikke vist).

Figur 15.16 Andel, der ofte eller en gang imellem er alene, selvom de egentlig havde mest lyst til at være sammen med andre, blandt mænd og kvinder, der er normalvægtige, moderat overvægtige og svært overvægtige. Procent



Opsummering

Overvægtige i KRAM-undersøgelsen vurderer i mindre grad end normalvægtige deres helbred som godt eller virkelig godt. Procentvis flere svært overvægtige end moderat overvægtige og procentvis flere moderat overvægtige end normalvægtige har en langvarig sygdom, har brugt receptpligtig medicin inden for de seneste 14 dage, har haft kontakt med deres praktiserende læge inden for de seneste tre måneder og har haft smerter i muskler og/eller led inden for de seneste 14 dage. Endvidere har svært overvægtige oftere end normalvægtige og moderat overvægtige været generet af hovedpine inden for de seneste 14 dage.

De overvægtige har desuden en dårligere trivsel end normalvægtige. Således er der procentvis flere svært overvægtige end normalvægtige, der føler sig stresset, har dårlig søvnkvalitet, er generet af træthed og som føler sig nedtrykte, deprimerede eller ulykkelige. Resultaterne siger dog ikke noget om, hvorvidt overvægt fører til dårlig trivsel eller omvendt. Det ændrer dog ikke på, at overvægtige generelt har det dårligere end normalvægtige.

De overvægtige kvinder har det generelt dårligere end overvægtige mænd. Det kunne derfor tyde på, at overvægt påvirker kvinder mere end

mænd. I forhold til de svært overvægtige mænd er der procentvis flere svært overvægtige kvinder – set i forhold til de normalvægtige og moderat overvægtige – der har hovedpine, føler sig stresset, er generet af træthed og føler sig nedtrykte, deprimerede eller ulykkelige. Procentvis flere svært overvægtige kvinder føler endvidere, at de nogle gange er alene, selvom de egentlig havde mest lyst til at være sammen med andre, sammenlignet med normalvægtige og moderat overvægtige kvinder.

Yderligere synes alderen også at spille ind på, hvorledes overvægt påvirker trivselen. Således er der i den yngste aldersgruppe i forhold til de øvrige aldersgruppe en større forskel mellem normalvægtige og svært overvægtige, når der ses på selv vurderet helbred, stress, søvn, træthed, hovedpine, at føle sig nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig og at føle sig alene. De yngste overvægtige synes herved at være mere påvirket af deres overvægt end de ældste.

Der er ingen stærk sammenhæng mellem overvægt og sociale relationer. Således er der ikke forskel i andelen, der sjældent ser familie, blandt overvægtige og normalvægtige, og der er kun en lille forskel mellem normalvægtige og svært overvægtige i forhold til at se venner og bekendte.

Kapitel 16. Hvilken betydning har kondital for selvvurderet helbred og blodsukker?

Et lavt kondital er forbundet med en øget risiko for udvikling af blandt andet hjertekarsygdom, type 2 diabetes og forskellige kræftformer (Blair et al. 1989; Thompson et al. 2003; Wei et al. 1999; Lee & Blair 2002; Kampert et al. 1996). Endvidere er risikoen for tidlig død fundet at stige betragteligt, hvis konditallet er lavt – under 33 ml/min/kg for kvinder og 35 ml/min/kg for mænd (Blair et al. 1989). Kondition kan forbedres ved en øgning af det fysiske aktivitetsniveau, hvis det fysiske aktivitetsniveau vel og mærke er af en vis intensitet (Pedersen & Saltin 2003), men kondition afhænger også af faktorer så som køn, alder og ikke mindst genetik (Bouchard et al. 1998). To ellers sammenlignelige personer med samme fysiske aktivitetsniveau kan derfor have forskelligt kondital.

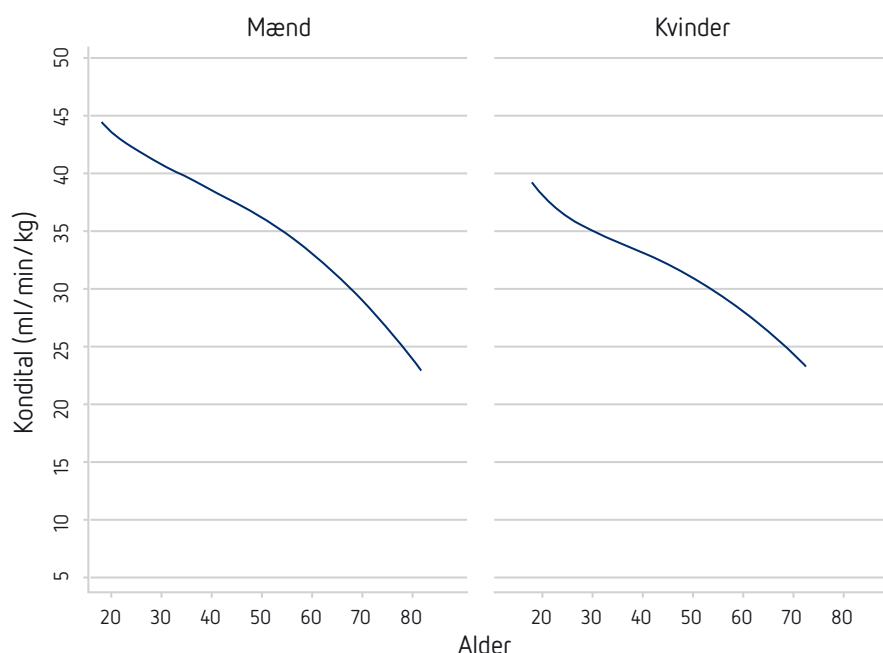
Fysisk aktivitetsniveau er sjældent noget godt erstatningsmål for kondition, da mål for fysisk aktivitetsniveau oftest stammer fra selvrapporterede data og bliver målt på mange forskellige måder uden altid at tage hensyn til både frekvens og intensitet, som er af betydning for konditionen. Fysisk aktivitet har i sig selv en positiv indvirkning på helbredet, men kondition er fundet at være en stærkere prædiktør for tidlig død end fysisk aktivitetsniveau (Warburton, Nicol & Bredin 2006). Det lader altså til, at der er god grund til at være fysisk aktiv på et niveau, der er konditionsforbedrende, om end fysisk aktivitet på et mere moderat niveau også menes at have positive sundhedseffekter i form af lavere blodtryk og en mere optimal lipidprofil (Pedersen 2006). Et konditionsforbedrende fysisk aktivitetsniveau

vil for de flestes vedkommende kunne afgrænses ved snakkegrænsen – altså at man kan snakke under fysisk aktivitet, men sætninger vil blive afbrudt af åndedrag. For en mere effektiv konditionstræning skal intensiteten af den fysiske aktivitet give anledning til kraftig pusten og at tale kun er mulig i form af enkelte ord (Borg 1970).

Mål af kondition

Hvad er et kondital, og hvordan måles det? Konditallet er udtryk for kroppens maksimale evne til at transportere og optage ilt fra den luft, vi indånder. I musklerne bruges ilt til at skabe energi til udførelse af fysisk arbejde. Konditallet giver således et udtryk for en persons kapacitet til at udføre fysisk hårdt og langvarigt arbejde – jo højere kondital des større kapacitet (Pedersen & Saltin 2003). Konditallet udtrykkes som milliliter ilt per minut per kilo kropsvægt. Det vil sige, at jo større kropsvægten er, jo lavere vil konditallet være ved en given iltoptagelse. Konditallet falder fra 20-25 års alderen og er cirka halveret i 75 års alderen (Pedersen & Saltin 2003). I figur 16.1 ses det gennemsnitlige kondital i forhold til alder for mænd og kvinder, der deltog i watt-max testen i KRAM-helbredsundersøgelsen. Faldet med alderen ses tydeligt, og endvidere ses det, at kvinder i alle aldre har et lavere gennemsnitligt kondital end mænd. Dette skyldes hovedsageligt, at hæmoglobinkoncentrationen, som er af betydning for ilttransporten i blodet, er lavere for kvinder end mænd, og at kvinder har en højere fedtprocent end mænd (Pedersen & Saltin 2003).

Figur 16.1 Middelværdi af kondital fra watt-max test i helbredsundersøgelsen for mænd og kvinder

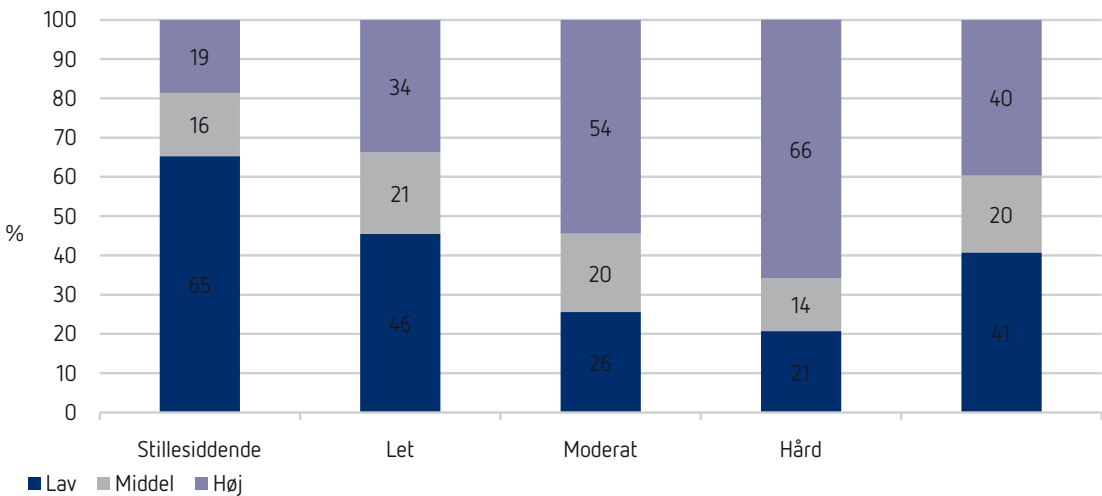


Iltoptagelsen kan bestemmes direkte ved at måle ilt- og kuldioxidkoncentrationen i udåndingsluften samt volumen af denne. Målingen er relativt avanceret og dyr, men som alternativ findes der en række indirekte metoder – herunder watt-max testen og étpunktstesten, som er anvendt i KRAM-undersøgelsen (se evt. beskrivelse i bilag B). I dette kapitel benyttes kondital grupperet i køns- og aldersspecifikke kvintiler (femtedeje). Konditionsgruppen "lav" består således af de laveste to femtedeje kondital i de forskellige køns- og aldersgrupper. Gruppen "middel" består af de personer med kondital i den midterste femtedel og "høj" indeholder de højeste to femtedeje kondital.

Kondital og fysisk aktivitet

En persons kondital afhænger som sagt af det fysiske aktivitetsniveau. I figur 16.2 illustreres sammenhængen mellem fysisk aktivitetsniveau i fritiden og kondital blandt deltagere i KRAM-undersøgelsen. Der ses en klar sammenhæng mellem fysisk aktivitetsniveau og kondital. Jo højere fysisk aktivitetsniveau, jo større er andelen med højt kondital. Således har 18,6 % af de stillesiddende deltagere et højt kondital, mens 65,8 % af de hårdt fysisk aktive har et højt kondital.

Figur 16.2 Andel med lavt, middel og højt kondital blandt KRAM-deltagere med forskelligt fysisk aktivitetsniveau i fritiden. Procent



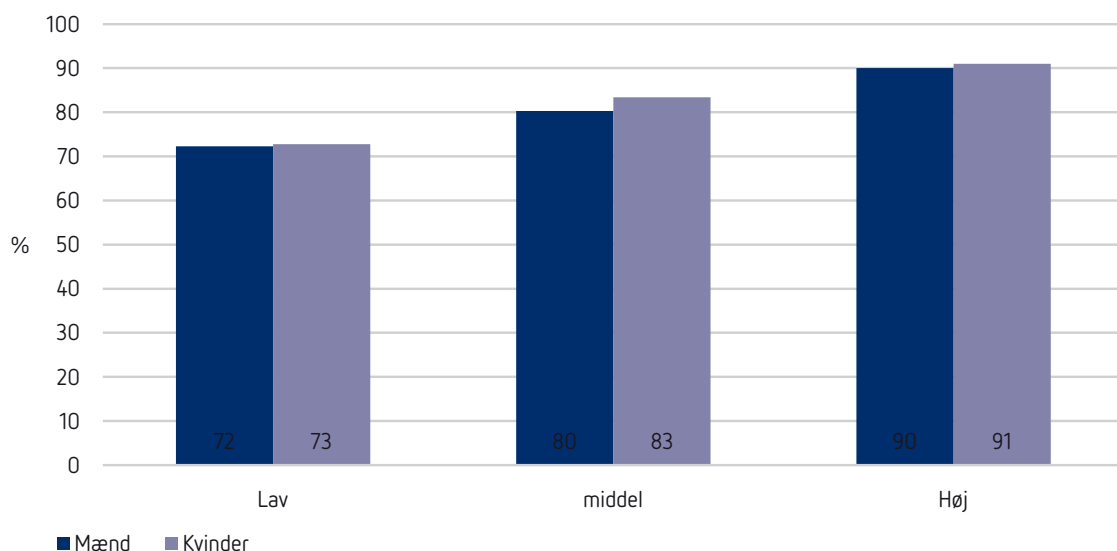
Konditalet bestemmes som beskrevet også af vægten, og derfor har overvægtige generelt et lavere kondital end normalvægtige. Den illustrerede sammenhæng i figur 16.2 mellem fysisk aktivitetsniveau og kondital er dog stadig gældende, hvad enten man ser på gruppen af normalvægtige eller overvægtige (data ikke vist).

Kondital og selv vurderet helbred

En persons vurdering af eget helbred har vist sig at være en særdeles god faktor til at forudsige sygelighed og dødelighed. Et godt selv vurderet helbred er ikke kun et udtryk for fravær af sygdom, også mange andre underliggende faktorer har betydning herfor. I figur 16.3 illustreres sammenhængen mellem kondital og selv vurderet helbred blandt mænd og kvinder i

KRAM-undersøgelsen. I analysen er kun medtaget deltagere, der gennemførte watt-max testen efter screeningsinterview, der ekskluderede personer med hjerte- eller lungerelateret sygdom, smerte eller trykken for brystet, moderat forhøjet blodtryk (>160/100 mmHg) eller indtagelse af visse former for medicin (herunder hypotensiva, hjerte- og/eller lungemedicin). Til trods for at disse deltagere altså alle havde et tilsyneladende godt helbred ses en tydelig dosis-respons sammenhæng mellem kondital og selv vurderet helbred. Således stiger andelen med et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred med stigende niveau af kondition. Flere end ni ud af ti af deltagere med et højt kondital vurderer deres helbred som godt eller virkelig godt, mens det kun er tilfældet for godt syv ud af ti blandt dem med et lavt kondital.

Figur 16.3 Andel med et virkelig godt og godt selv vurderet helbred blandt mænd og kvinder med lavt, middel og højt kondital. Procent

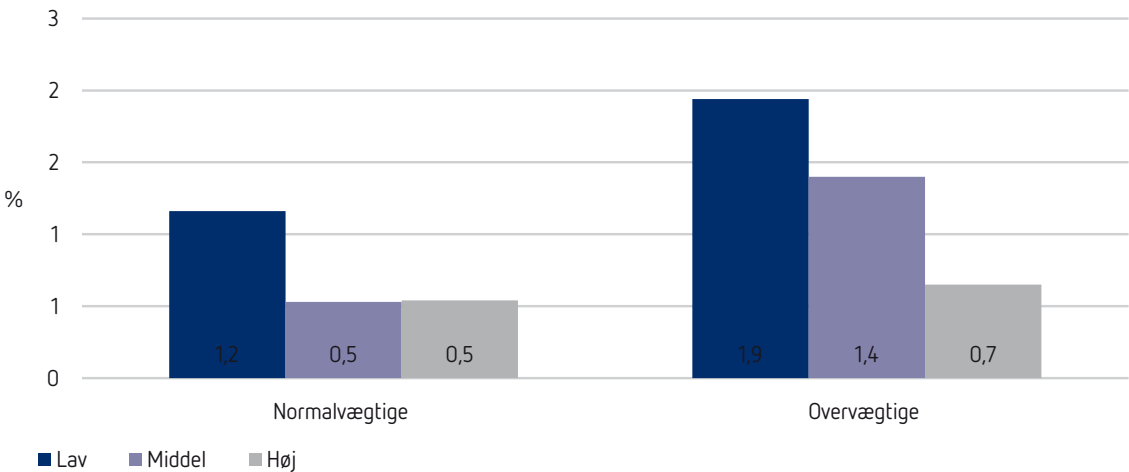


Kondital, overvægt og langtidsblodsukker

Som beskrevet i kap 11 er langtidsblodsukker HgbA1c (sukkerhæmoglobin) et udtryk for blodsukkerniveauet de seneste to til fire måneder. Forhøjet langtidsblodsukker er meget belastende for kroppen og indikerer, at insulinfølsomheden er reduceret, og at man som følge af dette kan have eller er i øget risiko for at få type 2-diabetes. I figur 16.4 sammenlignes andelen med forhøjet langtidsblodsukker i forskellige konditalgrupper blandt normalvægtige

($18,5 \text{ kg/m}^2 \leq \text{BMI} < 25 \text{ kg/m}^2$) og overvægtige ($\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$). Andelen med forhøjet blodsukker er markant højere i gruppen af overvægtige i forhold til normalvægtige. I begge vægtgrupper ses en sammenhæng mellem kondital og forhøjet blodsukker. Således falder andelen med forhøjet blodsukker med stigende kondital i begge vægtgrupper. Det lader derfor til – med henblik på et optimalt blodsukkerniveau – at det er bedre at være overvægtig med god kondition end at være normalvægtig med dårlig kondition.

Figur 16.4 Andel med forhøjet langtidsblodsukker blandt deltagere med lavt, middel og højt kondital fordelt på grupper af normal- og overvægtige. Procent



Opsummering

Konditallet kan forbedres ved fysisk aktivitet af en vis intensitet. Jo højere fysisk aktivitetsniveau, jo større er andelen med højt kondital blandt deltagere i helbredsundersøgelsen. Der findes endvidere en tydelig sammenhæng mellem kondital og selv vurderet helbred. Blandt deltagere med et højt kondital, vurderer mere end ni ud af ti, deres helbred som godt eller virkelig godt, mens det kun er tilfældet for godt syv ud af ti blandt dem,

der har et lavt kondital. Andelen, med forhøjet blodsukker, er markant større i gruppen af overvægtige i forhold til normalvægtige.

Andelen, med forhøjet blodsukker, falder med stigende kondital blandt både overvægtige og normalvægtige. Det lader således til – med henblik på et optimalt blodsukkerniveau – at det er bedre at være overvægtig med god kondition end at være normalvægtig med dårlig kondition.

Kapitel 17. Tidlig opsporing af knogleskørhed ved håndskanning?

Osteoporose (knogleskørhed) er en knoglesygdom, hvor knoglemassen er nedsat, og hvor styrken af knoglevævet er forringet så meget, at risikoen for brud er øget (Johnell et al. 2005). Osteoporose er en folkesygdom, der hovedsagelig rammer kvinder. Cirka 46 % af alle kvinder og 22 % af alle mænd pådrager sig i løbet af livet mindst et brud, hvor osteoporose er medvirkende årsag (Johnell & Kanis 2005). Der er i Danmark cirka 10.000 hoftebrud, 7.000 underarmsbrud og 2.000 rygsøjlesammenfald årligt (Rejnmark et al. 2009). Osteoporose skyldes dels arv, dels KRAM-faktorer som rygning, alkohol og et lavt niveau af fysisk aktivitet, men høj alder, lav kropsvægt, at være kvinde og tidlig menopause er også vigtige faktorer. Endelig er behandling med binyrebarkhormon eller visse andre typer medicin i en længere periode af betydning (Kanis 2002). Sygdommen er kronisk og medfører – netop på grund af større risiko for brud – kroniske smerter, nedsat funktionsevne (Mossey et al. 1989), øget dødelighed (Vestergaard, Rejnmark & Mosekilde 2007) og nedsat helbredsrelateret livskvalitet (Brenneman et al. 2006; Oleksik et al. 2000).

Osteoporose er en overset og underdiagnosticeret sygdom. I dag anvendes en case-finding strategi til identifikation af patienter med mulig osteoporose, hvor patienter med en eller flere risikofaktorer anbefales henvist til undersøgelse. Denne strategi fungerer imidlertid ikke optimalt, da danske undersøgelser har vist, at anbefalingerne på området ikke efterleves (Vestergaard, Rejnmark & Mosekilde 2005; Poulsen, Brixen & Munck 2008), og kun cirka 25 % af patienter

med høj risiko for osteoporose (det vil sige tre eller flere risikofaktorer) henvises til videre undersøgelse (Krarup 2005). Dansk Knoglemedicinsk Selskab fastslår, at en uændret indsats over for opsporing af osteoporose vil betyde en stigning i antallet af hoftebrud på 85 %, da antallet af danskere over 60 år vil stige med 50 % over de næste 25 år (Rejnmark et al. 2009). Det er derfor af stor interesse at fokusere på andre metoder til at opspore osteoporose.

Knoglemineraltæthed

Knoglernes mineraltæthed er et godt mål for knoglernes brudstyrke, og risikoen for knoglebrud stiger med faldende knoglemineraltæthed (WHO 1994). Cirka 80 % af knoglernes brudstyrke kan direkte relateres til knoglernes mineraltæthed (Rejnmark et al. 2009). Knoglemineraltæthed måles ved skanning (osteodensitometri) anført ved en T-score. T-scoren angiver, hvor mange standarddeviationsenheder (SD) den målte knoglemineraltæthed afviger fra middelværdien for yngre normalpersoner af samme køn. Ifølge World Health Organization (WHO) betegnes en T-score under -2,5 som osteoporose, mens en T-score på mellem -2,5 og -1 er forstadiet til osteoporose (osteopeni) (WHO 1994). I Danmark benyttes primært dual-energy X-ray absorptiometry (DXA-skanning) til måling af knoglernes mineraltæthed i ryg og hofte (Rejnmark et al. 2009; Munck et al. 2002). Dette udstyr er dog ikke transportabelt og kun lokaliseret få steder i landet.

172

Håndskanning i KRAM-undersøgelsen

I KRAM-helbredsundersøgelsen benyttede vi en transportabel og billig håndskanner, som er en ny metode til bestemmelse af knoglernes mineraltæthed ved hjælp af single energy X-ray absorptiometry (SXA). Håndskannerens anvendelighed er endnu ikke endeligt evalueret, og det er ikke sikkert, hvorvidt grænseværdien for en lav knoglemineraltæthed ligeledes skal være ved en T-score under -2,5. Netop nu er undersøgelser i gang, der skal være med til at vurdere, hvor god skanneren er, og om den eventuelt kan benyttes til screening for osteoporose. Flere undersøgelser viser, at korrelationen mellem håndskanneren og DXA-skanning i fingrenes knogler er høj (Kelly, Crane & Baran 1994; El-Desouki, Sherafzal & Othman 2005; Forsén et al. 2008). Det er dog mere usikkert, hvor godt håndskanningen korrelerer til målinger i ryg og hofte. Et potentielt problem er, at knoglernes mineraltæthed ikke er homogent i skelettet. Normale forhold i én region kan derfor ikke med sikkerhed udelukke en lav knoglemineraltæthed i en anden region (Abrahamsen, Hansen & Jensen 1997). Tre studier, der har undersøgt korrelation til DXA-skanninger i ryg og hofte, finder en mindre god til stærk korrelation alt efter målested (Buch, Oturai & Jensen 2006; Boonen et al. 2003; Thorpe & Steel 2008).

Grænseværdien for lav knoglemineraltæthed ved håndskanning i KRAM-helbredsundersøgelsen blev fastsat til en T-score på under -2,5. Deltagere, som fik konstateret en T-score mindre end -2,5 og enten var arveligt disponeret, havde haft lavenergi knoglebrud efter 50-års-alderen (det vil sige brud opstået efter fald på samme niveau), havde været i behandling med binyrebarkhormon i tabletform i mere end 3 måneder eller havde oplevet tidlig menopause (før 45-års-alderen), blev anbefalet at informere egen læge om resultatet ved næste besøg. Deltagerne fik endvidere

oplyst, at der endnu ikke findes sikker viden om metodens anvendelighed.

I dette kapitel præsenteres resultaterne fra håndskanninger foretaget i 12 af de 13 KRAM-kommuner. Håndskanneren indgik ikke i undersøgelsen i Aalborg Kommune. I alt 15.544 deltagere fik lavet en håndskanning, heraf 40,2 % mænd og 59,8 % kvinder.

Af tabel 17.1 ses, at 4,3 % af deltagerne i KRAM-undersøgelsen fik konstateret en lav knoglemineraltæthed i fingrene (T-score <-2,5). Som forventet findes størstedelen i gruppen af kvinder og især blandt kvinder på 65 år eller derover. I følgende analyser sættes signifikansniveauet til 0,05, da der er relativt få, der har fået målt en lav knoglemineraltæthed blandt deltagerne i KRAM-undersøgelsen.

Tabel 17.1. Andel med en lav knoglemineraltæthed (T-score <-2,5). Procent

		Forekomst af lav knoglemineraltæthed (T-score <-2,5) (%)	Antal deltagere
Total		4,3	14.544
Mænd	18-44 år	0,2	1.669
	45-64 år	0,4	3.030
	65+ år	1,3	1.546
	Mænd i alt	0,5	6.245
Kvinder	18-44 år	0,4	2.771
	45-64 år	6,6	4.792
	65+ år	24,4	1.736
	Kvinder i alt	7,9	9.299

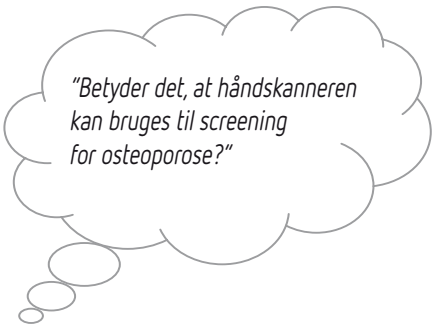
Ses der på middelværdien af den målte knoglemineraltæthed (figur 17.1) findes tilsvarende, at kvinder i alle aldersgrupper har en lavere knoglemineraltæthed end mænd. Af figuren fremgår

det desuden, at fingerknoglernes mineraltæthed målt i KRAM-undersøgelsen topper omkring de 30 år, hvorefter der sker et kontinuerligt fald, som gennem årene er størst for kvinderne. Dette følger den fysiologiske udvikling i knoglemasse. Den maksimale knoglemasse (Peak Bone Mass) opnås i 20-30-års-alderen og er i gennemsnit cirka 25 % højere hos mænd end kvinder. Gennem resten af livet sker et knogletab, som er størst efter 35-40-års-alderen (Rejnmark et al. 2009; Brixen et al. 2000).

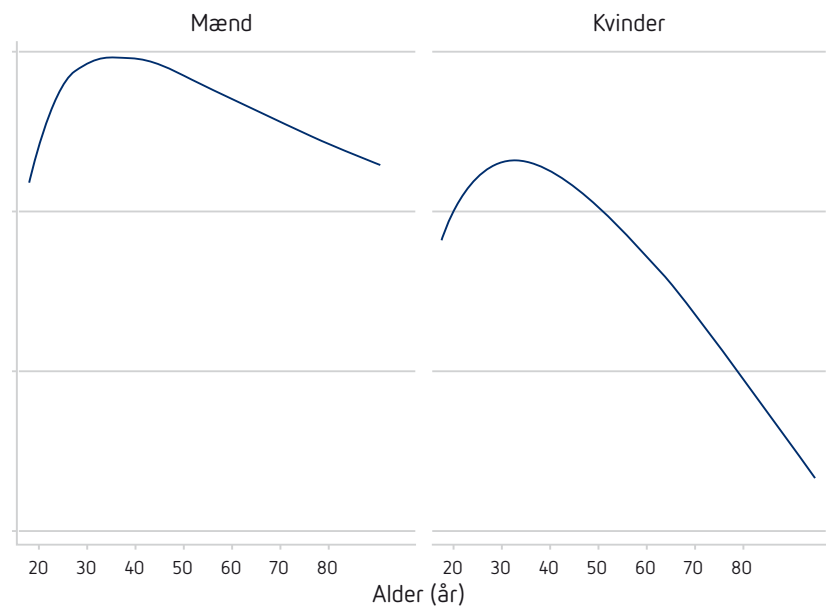
Deltagerne har i KRAM-spørgeskemaet angivet, om de har, har haft eller aldrig har haft osteoporose. Blandt de, som i spørgeskemaet har angivet, at de har/har haft osteoporose, fik 33,8 % konstateret en lav knoglemineraltæthed ved håndskanning. Grunden, til at sammenfaldet ikke er større, kan givetvis skyldes, at nogle typer medicinering forårsager en stigning i knoglernes mineraltæthed (Rejnmark et al. 2009), og at knoglernes mineraltæthed, som tidligere beskre-

vet, ikke er homogent i skelettet. Derfor kan en person have lav knoglemineraltæthed i ryg eller hofte uden at have det i fingrenes knogler. Til sammenligning var det kun 3,2 % af dem, som ikke har angivet, at de har/har haft osteoporose, der fik konstateret en lav knoglemineraltæthed (data ikke vist).

Sammenfald på rygsøjlen er som nævnt en af de komplikationer, der kan opstå på grund af osteoporose. Derfor er udpræget højdereduktion siden ungdomsårene et tegn på osteoporose



Figur 17.1. Middelværdien af den målte knoglemineraltæthed blandt mænd og kvinder.



(Rejnmark et al. 2009). Deltagere på 50 år eller derover blev i spørgeskemaet spurgt: "Er din legemshøjde blevet mindre, siden du var 25 år?". Som forventet har deltagere, der er blevet lavere, oftere en lav knoglemineraltæthed (14,1 %) end dem, som ikke er blevet lavere (6,2 %) (data ikke vist).

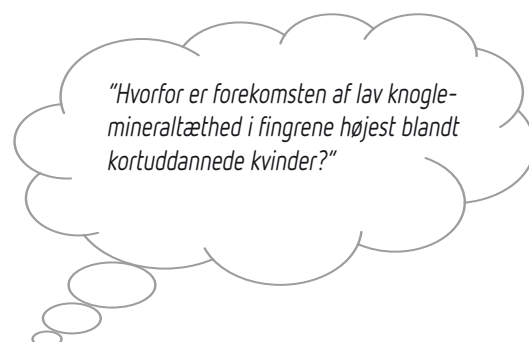
I aldersgruppen 18-44 år fik kun få konstateret en lav knoglemineraltæthed. Det samme var tilfældet blandt mænd. Derfor indgår kun 45+-årige kvinder i de følgende analyser.

Blandt de 45+-årige kvinder ses en klar sammenhæng mellem uddannelseslængde og andelen, der har fået målt en lav knoglemineraltæthed (T-score <-2,5). Det gælder for i alt 16,5 % af kvinderne med en kort uddannelse (<10 år), mens det er 10,2 % af kvinderne med 15 eller flere års uddannelse (figur 17.2).

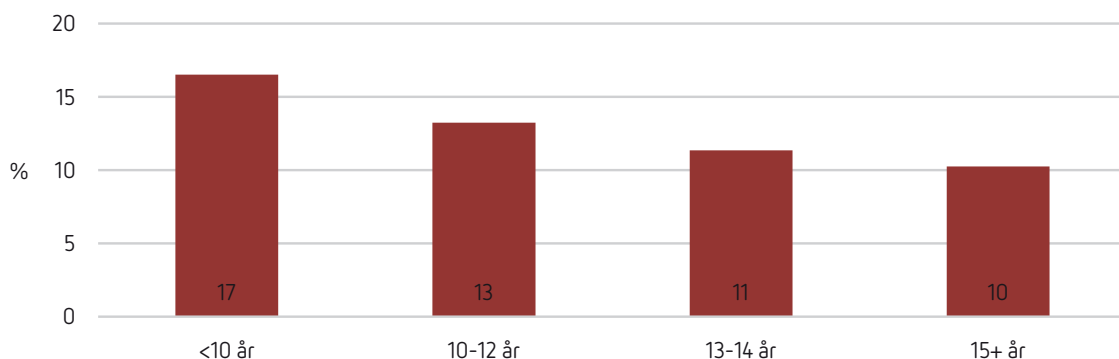
De kvinder (45+ år), der ikke har fået målt en lav knoglemineraltæthed i KRAM-undersøgelsen, mener oftere, at de har et godt helbred end kvinder, der har fået målt en lav knoglemineraltæthed. Det ses ved, at 66,6 % af kvinderne med en lav knoglemineraltæthed har et godt eller virkelig godt selv vurderet helbred, mens det er 72,7 % af kvinderne med en normal knoglemineraltæthed. (data ikke vist).

Risikofaktorer for osteoporose

I tabel 17.2 er oplistet nogle af de kendte risikofaktorer for osteoporose og knoglebrud. 'Arv' angiver, om deltagerens biologiske forældre eller helsøskende har oplevet hoftebrud efter 50-års-



Figur 17.2 Andel med en lav knoglemineraltæthed (T-score <-2,5) blandt 45+-årige kvinder i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



alderen. Blandt kvinder med et familiemedlem, der har oplevet hoftebrud efter 50-års-alderen, er der en større andel, der har fået målt en lav knoglemineraltæthed sammenlignet med kvinder uden hoftebrud i den nærmeste familie. En tilsvarende sammenhæng ses blandt undervægtige kvinder (Body Mass Index (BMI) < 18,5 kg/m²) i forhold til normal eller overvægtige kvinder (BMI ≥ 18,5 kg/m²). Denne forskel er dog ikke statistisk signifikant, hvilket formentlig skyldes, at der er meget få undervægtige kvinder over 45 år (113 kvinder). Der er ingen forskel på knoglernes mineraltæthed blandt kvinder, der var under eller over 45 år ved sidste menstruation.

Tabel 17.3 viser sammenhængen mellem knoglemineraltæthed i fingrene og de tre KRAM-faktorer: Rygning, Alkohol og Motion. Af tabellen fremgår det, at der er forskel på den målte knoglemineraltæthed alt efter deltagerens rygestatus og fysiske aktivitetsniveau i fritiden. Procentvis flere af de kvinder, der ryger dagligt (14,2 %), fik konstateret en lav knoglemineraltæthed sammenlignet med de, der aldrig har røget (12,3 %). I alt 11,3 % af de kvinder, der er fysisk aktive i fritiden, fik konstateret en lav knoglemineraltæthed, mens det er 15,8 % af de kvinder, der er stillesiddende i fritiden. Der ses ingen statistisk sam-

Tabel 17.2 Andel med en lav knoglemineraltæthed (T-score <-2,5) i forhold til risikofaktorer for osteoporose blandt 45+-årige kvinder. Procent

		Forekomst af lav knoglemineraltæthed (%)	Antal deltagere
Arv	Ja	17,5	670
	Nej	11,3	4.137
Undervægt	Ja	17,5	113
	Nej	12,6	6.410
Menopause	Før 45 år	14,8	543
	Efter 45 år	15,4	3.684

menhæng mellem en lav knoglemineraltæthed og alkoholforbrug.

Figur 17.3 viser forekomsten af en lav knoglemineraltæthed i KRAM-undersøgelsen i relation til fysisk aktivitet i fritiden, rygning og arv (angivet ved, om deltageren har en forælder, bror eller søster, der har haft hoftebrud efter 50-års-alderen). I figuren kombineres de tre risikofaktorer. Der ses, at andelen med en lav knoglemineraltæthed er markant større blandt kvinder med alle tre risikofaktorer (37,9 %). Det vil sige dem, der både er arveligt disponeret, der ryger dagligt,

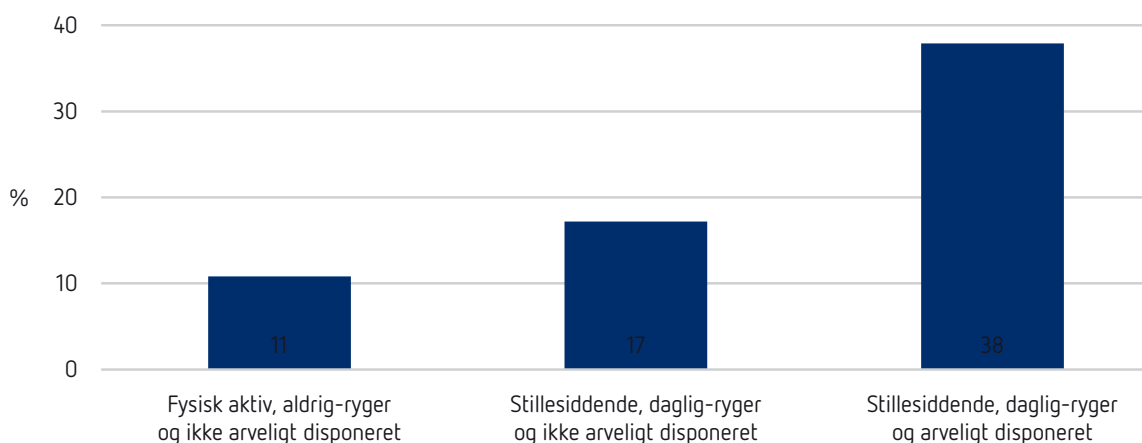
Tabel 17.3 Andel med en lav knoglemineraltæthed (T-score <-2,5) blandt 45+-årige kvinder i forhold til KRAM-faktorerne. Procent.

		Forekomst af lav knoglemineraltæthed (%)	Antal deltagere
Rygning	Dagligt	14,2	681
	Aldrig	12,3	3.141
Fysisk aktivitet i fritiden	Aktiv	12,0	5.489
	Stillesiddende	15,8	772
Alkohol	Under genstandsgrænsen	11,3	5.893
	Over genstandsgrænsen	12,9	635

og som er stillesiddende i fritiden. Endvidere er andelen med en lav knoglemineraltæthed større blandt kvinder, der både er stillesiddende i fritiden, er daglige rygere, men ikke arveligt disponeret i forhold til kvinder uden disse risikofaktorer. Selvom søjlen med de tre risikofaktorer kombine-

ret bygger på meget få kvinder og ikke er statistisk signifikant, så illustrerer det, at jo flere risikofaktorer, desto højere er forekomsten af lav knoglemineraltæthed målt i fingrenes knogler. Det hænger godt sammen med, at osteoporose, er en multifaktoriel sygdom.

Figur 17.3 Andel med en lav knoglemineraltæthed (T-score <-2,5) i forhold til risikofaktorerne arv, rygning og fysisk aktivitet blandt 45+-årige kvinder. Procent



Opsummering

Lav knoglemineraltæthed i fingrene kan være et tegn på osteoporose. I KRAM-undersøgelsen fik 4,3 % af deltagerne ved håndskanning konstateret lav knoglemineraltæthed (T-score <-2,5) – størstedelen ses som forventet blandt de ældste kvinder. Deltagere, der har/har haft osteoporose, fik oftere fået målt en lav knoglemineraltæthed i fingrene. Desuden ses en sammenhæng mellem højdereduktion siden ungdomsårene og forekomst af lav knoglemineraltæthed.

Blandt kvinder i alderen 45+ år ses en klar sammenhæng mellem uddannelseslængde, og hvor mange der har fået målt en lav knoglemineraltæthed – jo længere uddannelse, desto mindre

er andelen med lav knoglemineraltæthed. Der ses desuden en negativ sammenhæng mellem selv-vurderet helbred og lav knoglemineraltæthed.

Osteoporose skyldes dels arv, og blandt kvinder med et familiemedlem, der har oplevet hoftebrud efter 50-års-alderen, er der en større andel med lav knoglemineraltæthed sammenlignet med øvrige kvinder. Procentvis flere af de kvinder, der ryger dagligt eller er stillesiddende i fritiden, fik konstateret lav knoglemineraltæthed sammenlignet med dem, der aldrig har røget eller er fysisk aktive i fritiden. Kombineres risikofaktorerne, ses en højere forekomst af lav knoglemineraltæthed målt ved håndskanning.

Del 4. Kommunernes KRAM

Kapitel 18. De lokale aktiviteter



Planlægning og organisering af aktiviteterne

Aftalen mellem de deltagende kommuner og Statens Institut for Folkesundhed (SIF), Syddansk Universitet indebar, at mens SIF havde ansvar for den videnskabelige del af undersøgelsen, gennemførelse af spørgeskema- og helbredsundersøgelse, skulle kommunerne planlægge og gennemføre konkrete aktiviteter rettet mod KRAM-faktorerne, navnlig motion. Aktiviteterne skulle foregå i den måned, undersøgelsen blev gennemført i kommunen, og målet var, at alle kommunens borgere skulle deltage i mindst én aktivitet udover det, de i forvejen lavede. Kommunerne forpligtede sig desuden til at påbegynde udarbejdelsen af politikker samt til at igangsætte aktiviteter rettet mod fysisk aktivitet i en periode, der rakte minimum to år udover KRAM-undersøgelsens gennemførelse.

For kommunerne var dette en spændende, men også omfattende opgave. Kommunalreformen og den nye sundhedslov var netop trådt i kraft, så kommunerne havde knapt nok fået dannet den organisatoriske enhed, der skulle løse de nye sundhedsfremme- og forebyggelsesopgaver, og særligt for sammenlægningskommuner var det en turbulent tid. Samarbejdet internt i kommunernes sundhedsfremmeenhed var derfor ofte i dets vorden og for at nå målet for de lokale aktiviteter i KRAM-måned, måtte enhederne samarbejde med kommunernes øvrige sektorer og forvaltningsområder samt med ikke-kommunale aktører som idræts- og ældreforeninger.

For pilotkommunen og kommuner, hvor KRAM-undersøgelsen blev gennemført i efteråret 2007, var tiden til planlægning af lokale aktiviteter virkelig kort og hektisk. De øvrige kommuner havde lidt bedre tid og kunne nå at etablere sig i højere grad efter kommunalreformen, ligesom de kunne nyde godt af erfaringerne fra de forudgående

kommuner. Alle kommuner nedsatte en særlig projektgruppe blandt andet til organiseringen af de lokale aktiviteter, og de fleste kommuner nedsatte desuden en styregruppe på chefniveau til støtte for projektgruppen.

Belært af erfaringer fra de første kommuner opfordrede SIF kommunerne til, som noget af det første i planlægningsfasen, at afholde et tovholdermøde. Her kunne repræsentanter fra forvaltningerne i kommunen samt andre relevante aktører, herunder idrætsforeninger, patientforeninger, større arbejdspladser, deltage og diskutere ideer og planlægning af aktiviteter. Kommunerne arrangerede møderne og udsendte invitationer, mens medarbejdere fra SIF stod for oplæg om KRAM-undersøgelsen og fortalte om erfaringer fra tidligere kommuner samt ideer til det videre arbejde. I et par kommuner deltog blot 5-10 nøglepersoner, men i de fleste kommuner var der tale om et større møde med 30-80 deltagere. Nogle steder var mødet hovedsageligt informerende, idet der blev lagt op til efterfølgende direkte kontakt til de involverede parter, i andre kommuner omfattede tovholdermødet debat, workshopaktiviteter og lignende.

Flere kommuner valgte også undervejs i planlægningen at invitere til yderligere møder med potentielle aktivitetsplanlæggere. Kommunen kunne derved samle op på ideer til aktiviteter, initiere samarbejde mellem forskellige aktører og holde dem fast på samt videreudvikle deres forslag.

Som led i planlægning og dokumentation af de lokale indsatser forpligtede kommunerne sig til at samle information om eksisterende aktiviteter rettet mod KRAM-faktorerne og indtaste disse i en søgbar database på KRAM-undersøgelsens hjemmeside. Databasen fungerede som informationskilde fra kommunen til borgerne om eksisterende aktiviteter, men blev måske især

brugt som inspirationskilde kommunerne imellem. Også kommunernes aktivitetskalender med oplysninger om alle de arrangementer, der blev gennemført i den måned, hvor KRAM-undersøgelsen fandt sted, blev lagt på undersøgelsens hjemmeside og fungerede som inspiration til andre kommuner.

SIF udviklede et simpelt skema til planlægning og dokumentation af de lokale aktiviteter, som alle kommuner benyttede enten direkte eller i videreudviklet form. Skemaerne havde felter til beskrivelse af aktivitetens indhold, mål og målgruppe og et felt til beskrivelse af erfaringer med aktivitetens gennemførelse. Formålet med skemaerne var at sikre kommunens kendskab til alle aktiviteter, således at der blev gennemført aktiviteter for alle grupper af borgere samt om muligt koordinere aktiviteterne således, at større aktiviteter rettet mod en given målgruppe blev spredt over perioden. Derudover skulle kommunen bruge oplysninger om alle aktiviteter til annoncering i aktivitetskalender og anden offentlig formidling. Endelig havde skemaet til formål at sikre erfaringsopsamling, idet tanken var, at alle grupper, der gennemførte en aktivitet, efterfølgende skulle sende skemaet retur til kommunens sundhedsafdeling med beskrivelse af erfaringerne fra gennemførelsen af aktiviteten. Som man måske kunne forvente, skete dette ikke i nær alle tilfælde. I nogle kommuner var der afsat en pulje penge, som kunne søges til aktiviteter. I disse tilfælde blev skemaet brugt som ansøgningsskema, og aktiviteter, der fik bevilget midler, blev pålagt at indsende skemaet efterfølgende til erfaringsopsamling.

SIF bidrog til dokumentation af planlægning og gennemførelse af lokale aktiviteter ved at indsamle skriftligt materiale som mødeindkaldelser, referater, beskrivelser af aktiviteterne og deres målgrupper, aktivitetskalender, indryk i lokale medier og anden annoncering af aktiviteter. Der

var ikke afsat økonomiske midler til denne opgave, men i de fleste kommuner lykkedes det SIF at tilknytte en praktikant eller specialestuderende. Foruden indsamling af det skriftlige materiale gennemførte de observation af aktiviteter og interview med planlæggere om deres erfaringer, især om samarbejdet internt i kommunen og mellem kommunen og frivillige organisationer. I de få øvrige kommuner, hvor det ikke lykkedes at få tilknyttet en studerende, gennemførte medarbejdere fra SIF enkelte interviews med medlemmer af den lokale projektgruppe. Der foreligger således for alle kommuner en vis form for dokumentation af planlægningsforløb, ressourceforbrug og gennemførelse af aktiviteter samt lokale planlæggeres oplevelse af, hvad der havde betydning for, hvordan aktiviteten blev gennemført og modtaget.

Beskrivelse af lokale aktiviteter

Overordnet kan det konkluderes, at der i alle kommuner blev sat virkelig mange aktiviteter i gang i den måned, hvor KRAM-undersøgelsen gennemførtes i kommunen. Det er dog vanskeligt præcis at sætte tal på aktiviteterne, fordi de 13 kommuner opgjorde aktiviteterne forskelligt. Eksempelvis blev der i alle kommuner gennemført aktiviteter, der blev gentaget flere gange, for eksempel blodtryksmåling på torvet hver lørdag eller stavgang for ældre hver onsdag. Mens nogle kommuner opgjorde sådanne gentagne aktiviteter som én aktivitet, valgte andre kommuner at lade aktiviteten fremstå særskilt. Ligeledes har nogle kommuner anset det som en aktivitet, hvis en idrætsforening holdt åbent hus eller gratis prøvetime, mens andre kommuner ikke regnede dette for en ny aktivitet. Baseret på optælling af aktiviteter fra aktivitetskalendere og kommunernes hjemmesider med videre er vores bedste bud, at der i alt i de 13 kommuner blev gennemført mellem 500 og 800 aktiviteter. I nogle kommu-

ner var der et par aktiviteter om dagen, eventuelt kombineret med større arrangementer en eller flere weekenddage, mens der i andre kommuner var 20-30 aktiviteter hver dag igennem hele måneden.

I det følgende beskrives de lokale aktiviteter yderligere, og der vises eksempler på konkrete aktiviteter. I kapitel 19 beskrives via interviews med nøglepersoner i kommunerne de udfordringer kommunerne stod overfor i forhold til planlægning og gennemførelse af aktiviteterne, og deres oplevelse af at have været med i KRAM-undersøgelsen. I kapitel 20 ses samlet på erfaringerne.

Hvilket fokus havde aktiviteterne?

De lokale aktiviteter, som kommunerne satte i gang, skulle være rettet mod de fire KRAM-faktorer, men i særlig grad mod fysisk aktivitet. Dette

levede kommunerne i høj grad op til, idet langt over halvdelen af de gennemførte aktiviteter havde fokus på fysisk aktivitet.

Omkring hver femte af aktiviteterne havde fokus på flere af faktorerne på en gang - oftest kost og motion; kun ganske få af aktiviteterne omhandlede rygning og alkohol.

Hvem var aktiviteterne rettet imod?

Som beskrevet tidligere var målet, at alle kommunens borgere i løbet af KRAM-månedens skulle deltage i mindst én aktivitet udover det, de normalt gjorde. Det betød, at kommunen helst skulle lave tilbud rettet mod både børn, unge, voksne og ældre.

"Glad motion: Linedance"

Sønder Nærå Idrætsforening inviterede både unge og voksne borgere i Faaborg-Midtfyn Kommune til gratis linedance to onsdag aftener af to timers varighed hver gang. Linedance, som er en form for amerikansk folkedans, danses til countrymusik og kræver ikke forudgående færdigheder eller kendskab. Udover undervisning i linedance fik deltagerne også udleveret informationsmateriale om denne form for dans. Der blev danset på lange rækker, og dansen var med til at øge deltageres puls.

En af arrangørerne sagde efter aktivitetens gennemførelse:

"Det gik rigtig godt, og der mødte flere dansere op, end vi havde forventet! Vi har med glæde kunnet konstatere, at gratis linedance i maj måned har været en appetitvækker for nye dansere til næste sæson."

Faaborg-Midtfyn Kommune

“Prøv at få rygerlunger”

Tirsdag eftermiddag i hver af de tre KRAM-uger på Ærø arrangerede Ældre- og Sundhedsafdelingen en aktivitet, som gav voksne borgere mulighed for at opleve, hvordan det er at have rygerlunger. Deltagerne fik et sugerør i munden og skulle prøve at gå en tur på trapper og andre steder i cirka 15 minutter. Aktiviteten blev både udført i kommunens KRAM-café samt i Marstal Ældrecenter. Personerne, som prøvede aktiviteten, var meget forbavsede over, hvor meget denne øvelse påvirkede hele kroppen ved hurtigere puls, og at man følte sig forpustet, svimmel og fik en mærkelig smag i munden. I forhold til den fremtidige indsats er der lavet aftaler med skolerne om undervisning til idrætslærere, som kan tilbyde denne aktivitet for deres elever.

En af arrangørerne fortalte:

“Det var en uhyre nem aktivitet! Personerne, der modtog tilbuddet, sagde, at de ville fortælle om deres oplevelser til andre i deres omgangskreds.”

Ærø Kommune

Til langt størstedelen af aktiviteterne var alle kommunens borgere velkomne. Det gjaldt for eksempel åbningsarrangementer for KRAM-undersøgelsen, sundhedsmarkeder, foredrag og vandreture.

I nogle kommuner var der gjort noget særligt for at tiltrække børn og unge til disse arrangementer, som for eksempel optræden af unge dansere eller skuespil. Mange af de aktiviteter, der i princippet var for alle, henvendte sig dog især til de voksne og ældre borgere.

“Byvandring i Brøndbyvester”

Ansatte i Brøndby Lokalarkiv havde en tirsdag aften i april 2008 arrangeret en byvandring, som gav kommunens borgere mulighed for at kombinere motion og kulturhistorie. Målet var at gøre en vandretur spændende og vedkommende for lokale borgere ved, at de undervejs fik mulighed for at høre om Brøndbyvesters historie med særlig fokus på kirken og de små huse, der ligger rundt om. Arrangørerne havde håbet på mindst 20 deltagere, og der kom 40.

Lisbeth Hollensen, som er arkivleder på Brøndby Lokalarkiv, fortalte:

“Folk er generelt glade for at høre om deres hjemegn og går derfor gerne en tur i en sådan sammenhæng.”

Brøndby Kommune

Omkring hver femte af aktiviteterne blev rettet direkte mod voksne borgere. Dette var for eksempel motionsaktiviteter eller servering af sund kost på arbejdspladser, forskellige motionstilbud i foreninger eller foredrag for forældre, hvor der blev sat fokus på børns sundhed.

Cirka hver tiende aktivitet var rettet direkte mod børn i alderen 0 til 14 år, og disse aktiviteter foregik ofte i daginstitutioner, skoler og foreninger og havde stor tilslutning. Der var kun få aktiviteter direkte målrettet de unge mellem 15 og 17 år, og flere kommuner erfarede, at det var svært at nå denne målgruppe.

“Store Hoppedag”

DGI og foreningslivet i Varde Kommune arrangerede Store Lege Hoppedag. Den foregik tre steder i kommunen. Det startede med, at kommunens børn blev hentet i busser fra deres pasningssteder og transporteret til forskellige idrætshaller. I idrætshallerne var der arrangeret diverse hoppeborge, oppustelige fodboldbaner og lignende. Aktiviteten har eksisteret i flere år i Helle Kommune, som nu er én af fem kommuner i Varde Kommune. I forbindelse med KRAM-undersøgelsen har det så været målet at eksportere konceptet til to nye områder i kommunen.

En af arrangørerne beretter følgende om aktiviteten:

“Det har været en stor succes. Inden vi havde set os om, havde vi lovet tre busser væk til arrangementet i Helle Hallen. Og vi kunne have sat lige så mange ind. Så det var mere et spørgsmål om, at vi satte en grænse”.

Varde Kommune

“Klassekamp med sjippetov og skidttæller”

På Vadum Skole havde lærerne arrangeret en konkurrence mellem 7., 8. og 9. klasserne. Konkurrencen gik ud på at finde klassen, der kunne sjippe mest og tage flest skridt. Hver dag i en uge sjippede elever fra hver klasse på livet løs i et kvarter, og antallet af hop blev byttet ud med point til klassen. Hver klasse havde også én skidttæller til deling, som blev aflæst hver dag i formiddagsfrikvarteret. Gevinsten var en sund fredagsfrokost til den klasse, der havde været mest aktiv, da ugen var gået.

Skolens viceinspektør Ulla Loft Jacobsen fortalte:

“Det var en god idé, at eleverne var fælles om at samle point til klassen, og de gik vildt meget op i det. De stod i kø for at overtage sjippetovet efter hinanden, og skidttælleren var i brug både i timerne, i frikvartererne og i fritiden. Jeg hørte for eksempel en dreng sige: Jeg skal til fodbold i dag, så jeg tager den lige med hjem”.

Aalborg Kommune

Andelen af aktiviteter, som rettede sig mod ældre borgere over 60 år udgjorde omkring hver tiende ligesom for børnene. De ældre fik blandt andet tilbud om at deltage i motionsevents på plejehjem, i stolegymnastik eller stavgang i en forening.

Kommuner opfordrede også aktørerne til at lave særlige tilbud til etniske minoriteter samt borgere med blandt andet kronisk sygdom, forskellige handicap samt socialt udsatte. Af alle aktiviteter var i alt 5-10 % rettet mod særlige grupper af borgere.

”Danmark rundt på cykel – dagcenterbrugere”

På Dagcentret Kirsebærbakken i Hillerød fik brugere mulighed for at cykle – cykle rigtig langt! Hver dag i løbet af KRAM-månedens kunne dagcenterbrugerne cykle på kondicykel, som var placeret i et af centrets lokaler. Når cykelturen var slut, skulle de registrere det antal kilometer, de havde cyklet – både i et personligt skema samt i en fælles opgørelse over samtlige cyklisters antal km. Efter hver cykeltur blev der ligeledes tegnet en ny streg på det Danmarkskort, som hang på væggen ved siden af kondicyklen. I alt 23 borgere brugte cyklen i løbet af måneden, og brugernes samlede antal kilometer på cyklen svarede til en cykeltur fra Hillerød til Skagen!

Anette Tzfanya, sektionsleder for rehabiliteringsafdelingen i Hillerød Kommune fortalte:

”Det gik rigtig rigtig godt. Borgere, der ellers ikke er aktive, deltog og syntes, at det var sjovt at være med. Vi forsætter aktiviteten!”

Hillerød Kommune

Hvilke typer aktiviteter blev sat i gang, og af hvem blev de igangsat?

Som nævnt var kravet til de deltagende kommuner, at de skulle lave mange KRAM-aktiviteter, og at aktiviteterne skulle være rettet mod alle grupper af borgere. Det var dog helt op til kommunen og øvrige lokale aktører at beslutte, hvilke aktiviteter der skulle igangsættes.

Langt de fleste aktiviteter blev gennemført enten af foreninger eller af kommunerne og deres institutioner. Blandt foreninger var især idrætsforeningerne meget aktive, men der var også deltagelse af patientforeninger, ældreklubber, aftenskoler og andre foreninger som lokale spejdere.

I de fleste kommuner arrangerede sundhedsafdelingen større, eventprægede arrangementer i tilknytning til åbning af KRAM-månedens samt særlige sundhedsmarkedsdage og lignende. Dagsinstitutioner og skoler samt centre og institutioner for ældre arrangerede ofte aktiviteter for egne brugere. Der blev for eksempel arrangeret aktiv leg og temadage om sundhed i dagsinstitutioner, KRAM-emneuge på skoler samt foredrag og sund kost initiativer på ældrecentre og plejehjem. Flere steder var der også aktiviteter i for eksempel ungdomsskolen, sundhedscentret, på biblioteket, i institutioner for handikappede og sindslidende, i kulturinstitutioner og i naturen.

”Prøvetime motion XL”

Foreningen Kilokillers i Frederiksberg Kommune tilbød tre aftener i løbet af KRAM-månedens gratis motionsprøvetimer til overvægtige kvinder og mænd i alle aldre. Motionstimen bestod af en kombination af styrke- og kredsløbstræning. Deltagerne brugte forskellige redskaber, som for eksempel håndvægte, bodybars og madrasser, hvor de kunne ligge og lave styrkeøvelser. Derudover spillede de forskellige slags boldspil, som øgede pulsen og konkurrencegejsten! Stemningen var god, og efter prøvetimen besluttede flere deltagere sig for at tilmelde sig som medlem af foreningen, således at de kunne fortsætte deres træning.

Mads Randbøll, formand for foreningen Kilokillers, fortalte:

”KRAM-undersøgelsen har betydet, at vi overlevede økonomisk som forening fordi, at vi på grund af KRAM-annoncer i lokalaviser gik fra 8 til 24 deltagere, idet vores ”budskab” derved kom ud til mange flere i lokalområdet.”

Frederiksberg Kommune

Udover samarbejde mellem børne-ungeområdet og ældreområdet var der således også samarbejde med kultur- og fritidsområdet samt nogle steder med miljø-teknikområdet. I enkelte kommuner lykkedes det at samarbejde med lokale erhvervsdrivende om afvikling af aktiviteter; eksempelvis var der et par steder KRAM-skattejagt i de lokale butikker, og i Varde solgte bagerne KRAM-brød.

I flere kommuner opfordrede arrangørerne foreningerne til at benytte KRAM-undersøgelsen som en mulighed for at ”puste liv” i allerede eksisterende aktiviteter med henblik på at tiltrække nye medlemmer. Fordelen for foreningerne var dels, at mange borgere i KRAM-måned ville være opmærksomme på, at der var aktiviteter, og dels at kommunen sørgede for

”Inspirationsforedrag om kost, motion og sund livsstil”

Fitnesscentret New Fitness inviterede en lørdag eftermiddag alle borgere i kommunen til et foredrag, hvor der blev sat fokus på sundheden. Foredragsholderne talte om, hvilken indvirkning forskellige former for kost har på kroppen, og hvad der sker med muskler og knogler, når der bliver motioneret. Derudover talte de om motivation for træning og at lære at sætte mål og nå dem. Deltagerne blev inddraget ved løbende at blive bedt om at fortælle om egne erfaringer.

Fitnessinstruktør Jacqueline Løwenstein, som var medarrangør, fortalte:

”Der deltog 17 personer, hvilket stemte godt overens med det forventede antal.”

Albertslund Kommune

annoncering— ofte ved udsendelse af aktivitetskalender til alle husstande, annoncer i lokale medier med videre. Der blev således afholdt mange åbenthusarrangementer, hvor borgere gratis i løbet af måneden kunne afprøve for eksempel gymnastik, cykling, dans, tennis, vandaerobic og stavgang. I alt var op imod halvdelen af alle KRAM-aktiviteter motionstilbud i foreningsregi.

Også den halvdel af aktiviteterne, der ikke bestod af foreningstilbud, havde som nævnt i vid

udstrækning fokus på motion. Således var i alt cirka hver femte af alle aktiviteter eventprægede motionsaktiviteter, som for eksempel motionsløb, legedage for børn, "mini-idrætsdag" i medborgerhuset, rundboldturnering for familier, barnevognsrace i skoven, rollatortræf med løb på forhindringsbane og GPS-løb i naturen. Andre typer af aktiviteter, der ofte blev gennemført, var undervisning, foredrag og kurser med fokus på de forskellige KRAM-faktorer, udstillinger, helbredstjek og servering af sund mad.

"Sundhedsmarked"

En lørdag i september blev der afholdt sundhedsmarked på Rådhusstorvet i Sønderborg. Aktiviteten blev arrangeret af sundhedskonsulenterne i kommunen, og ideen var at lave et supplerende tilbud til de borgere, der ikke blev inviteret til helbredsundersøgelsen i KRAM-bussen. De ville ikke have mulighed for at gennemgå alle de samme tests, men de fik blandt andet målt blodtryk og lungefunktion som i KRAM-bussen. Udover de konkrete tests var der også fagligt personale tilstede, som kunne besvare spørgsmål omkring sundhed og træning.

En af arrangørerne fortalte:

"Da planlægningen af arrangementet fandt sted, havde man ikke forudsætning for at vide, hvor populær helbredsundersøgelsen i KRAM-bussen ville blive. Realiteten var, at alle pladser blev revet væk, og at det derfor var ideelt at have sundhedsmarkedet at henvise skuffede borgere til. Lysten til at få tjekket op på helbredet var stor blandt borgere i Sønderborg, og sundhedsmarkedet blev derfor godt besøgt."

Sønderborg Kommune

“KRAM-messe”

I et samarbejde mellem Sundhedscentret, Folkeoplysningsudvalget, Næstved Rygcenter, Næstved Idræts Union og Næstved Firma Sport blev der i januar 2008 for første gang lavet en KRAM-messe i Næstved Kommune. Messen havde mere end 30 stande, der alle tilbød aktiviteter, som relaterede sig til KRAM-faktorerne. Borgere, som havde valgt at besøge messen, havde rig mulighed for at afprøve forskellige aktiviteter, som for eksempel spinning, stavgang, taekwondo, klatrevæg og mountainbike. Derudover kunne de få tips om deres sundhedstilstand ved måling af blodtryk, kondital, fedtprocent, kolesterol og BMI. Endvidere var tilbud om massage, zoneterapi, hypnose og akupunktur.

Frivillig idrætsleder i Næstved Firma Sport, Aja Andersen, fortalte:

“Det var en fantastisk oplevelse, og KRAM gav rigtig meget foreningsmæssigt. Både i form af omtale og et sammenhold mellem arrangørerne. Og så er det sjovt at gøre noget, som kan gøre andre mennesker glade. Vi kunne ikke få armene ned nogen af os, da vi gik hjem efter KRAM-messen!”

Næstved Kommune

Mange aktiviteter var velbesøgte. Det gjaldt især de større eventprægede aktiviteter knyttet til åbning af KRAM-måned, åbne weekendarrangementer samt sundhedsmarkeder. Der var også mange deltagere ved afholdelse af blandt andet motionsarrangementer i naturen samt aktiviteter rettet mod ældre.

Der var dog naturligvis også en række aktiviteter, hvor fremmødet var meget begrænset og mindre end forventet. Det drejede sig nogle gange om uforudsigelige forhold som dårligt vejr til uden-dørs aktiviteter, andre gange om aktiviteter, der ikke oplevedes som attraktive for den ønskede målgruppe, og endelig syntes en del skuffede

“Udfyld KRAM-klippekortet og deltag i konkurrencen om gode præmier”

Klippekortet blev udsendt til alle sammen med invitation til besvarelse af KRAM-spørgeskemaet. For at deltage i konkurrencen skulle borgerne udover udfyldelse af spørgeskemaet deltage i mindst fire af de over 160 aktiviteter, som blev iværksat. Der blev trukket lod blandt alle indsendte klippekort. Gevinsterne var blandt andet ferieophold, madoplevelser og motion.

En af arrangørerne sagde således:

“Jeg havde ikke troet, at der kom så mange klippekort retur. Men det har folk syntes var sjovt. Omkring 150 deltagere deltog i konkurrencen.”

Silkeborg Kommune

forventninger i forhold til fremmøde at stamme fra utilstrækkelig annoncering – eller fejl i annoncering. I forsøget på at tiltrække borgere til aktiviteterne samt udfylde spørgeskemaet lavede Silkeborg Kommune en "KRAM-klippekonkurrence", men om borgerne af den grund deltog i flere aktiviteter er uvist. Generelt var der i kommunerne tilfredshed med deltagelsen i de lokale aktiviteter, og aktiviteter med mindre god deltagelse synes at have givet basis for læring til fremtidige aktiviteter og indsatser.

Lokale aktiviteter efter KRAM-undersøgelsen

Aftalen mellem SIF og kommunerne om gennemførelsen af KRAM-undersøgelsen blev nedfældet i en kontrakt, der blev underskrevet af borgme-

steren eller sundhedsudvalgsformanden. Ifølge kontrakten forpligtede kommunen sig til at fastholde fokus på KRAM-faktorer og særligt motion i tiden også efter undersøgelsens gennemførelse. Langt de fleste af de lokale aktiviteter, der blev gennemført, var eventprægede aktiviteter eller særlige arrangementer i foreningerne, der kun blev afholdt en eller et par gange i løbet af KRAM-måned. I alle kommuner er der dog en eller flere aktiviteter, som er fortsat også efter KRAM-måned. Det gælder for eksempel Den gode historie i Guldborgsund Kommune, som fastholdes med udsendelse en gang om måneden, og Aktiv onsdag i Struer Kommune, som er fortsat med stor succes.

"Den gode historie"

Som noget nyt ønskede sundhedsafdelingen i Guldborgsund Kommune at give deres borgere mulighed for at formidle gode historier til hinanden. Historierne skulle relateres til en eller flere af de fire KRAM-faktorer. Det kunne for eksempel være en fortælling om nogle utraditionelle valg, som borgeren havde taget i sit liv i forhold til disse faktorer. Historien kunne også bygge på en udvikling af metoder eller handlemåder, som kunne komme andre borgere til gavn. "Den gode historie" blev lagt ud på kommunens hjemmeside og bragt i Ugeavisen Guldborgsund hver uge i KRAM-måned.

Gitte Piil Eriksen, en af de ansvarlige, havde følgende udtalelse:

"Den gode historie har været et godt initiativ, som mange borgere kunne relatere sig til. Vi har forsøgt at skrive den i et lettilgængeligt sprog og henvende os direkte til modtageren ved at slutte af med nogle gode råd fra den interviewede borger og uden løftet pegefinger."

Guldborgsund Kommune

“Aktiv onsdag”

Hvad der en onsdag formiddag i november 2007 var et forsøg på at lokke ældre til at motionere, er vokset til en vaskeægte succes! Til den første Aktiv onsdag mødte 142 aktive og sprudlende borgere i senioralderen op i Struer Hallerne. Det var over 50 flere end styregruppen havde drømt om, men den ekstra kaffe med rundstykker blev hurtigt klaret! Programmet startede med kaffe og et par sange i kantinen. Alle var med til fælles opvarmning, og herefter kunne de frit vælge at deltage i gymnastik, volleyball med stor bold, badminton, hockey, petanque, curling, gå i motionscenteret eller en tur med stavene med mere. Således fik de ældre motion på deres egne præmisser, i det tempo de selv satte og i en sportsgren, de selv valgte. Aktiviteten blev igangsat og ledet af en lille gruppe frivillige og ulønnede ledere fra Struer Gymnastikforening, Struer Hallerne og DGI Vestjylland.

Freddy Knudsen, som er en af arrangørerne, fortalte:

“Der går lidt konkurrence i det. Ikke meget, men lidt. Det er sådan en god balance mellem at konkurrere og passe på hinanden.”

Struer Kommune

KRAM-kommunerne har oprettet et netværk, der har til formål at understøtte erfaringsudveksling mellem kommunerne i relation til kommunale KRAM-indsatser navnlig med henblik på fastholdelse af indsatsen og videreførelse af aktiviteter. I alt har 11 af de 13 kommuner været aktive i netværket og har mødtes til møder, hvor man har diskuteret erfaringer med planlægningsprocesser, inddragelse af andre kommunale forvalt-

ningsområder og kommuneeksterne samarbejdspartnere, erfaringer med brug af lokale medier til annoncering, erfaringer med afvikling af aktiviteter, fremmøde og deltagelse og meget mere. Det mest synlige resultat af netværkets arbejde var den KRAM-uge, som kommunerne holdt i april 2009 (uge 19), hvor de gennemførte en række aktiviteter svarende til dem, der gennemførtes i den oprindelige KRAM-måned.

Kapitel 19. KRAM-stemmer

Dette kapitel indeholder interviews med alle 13 KRAM-kommuner, hvor de fortæller om deres oplevelser i forbindelse med at være en del af KRAM-undersøgelsen. Interviewene er lavet af journalist Marianne Kargaard, som tog KRAM-ruten rundt i Danmark og talte med projektlederne i kommunerne. I interviewene fortæller projektlederne om, hvorfor kommunen ønskede at deltage i KRAM, om de udfordringer, de stødte på undervejs, om hvad de har fået ud af at være med og om, hvad de har kunnet bruge i deres efterfølgende arbejde i kommunen.



KRAM-stemmer – Aalborg Kommune

KRAM er blevet genkendeligt

“Vi fastholder fokus på KRAM. Det kan godt være, at folk på et-eller-andet tidspunkt vil være ved at kaste op af KRAM som begreb, men her og nu virker det at have et bestemt fokuspunkt og noget genkendeligt. Og der kommer også til at stå KRAM på vores nye sundhedsbus”

Sundhedskonsulent Tommi Vorbeck Nielsen, Aalborg Kommune

Inden KRAM-undersøgelsen for alvor startede i de 12 forsøgskommuner blev modellen prøvet af i Aalborg Kommune, hvor KRAM-bussen parkerede i april 2007.

Det var en tilfældighed, at det lige blev Aalborg Kommune, fortæller sundhedskonsulent Tommi Vorbeck Nielsen, som var koordinator på KRAM.

“Vi skulle organisere os med en helt ny forvaltning – Sundhedsfremme og Bæredygtig Udvikling – den 1. januar 2007. Derfor var vi i efteråret 2006 en gruppe embedsmænd og politikere – med rådmanden i spidsen – som var en tur i København for at møde fremtidige samarbejdspartnere, blandt andet Statens Institut for Folkesundhed (SIF), Syddansk Universitet. Her hørte vi om KRAM-projektet, og at de søgte en mindre kommune, som kunne prøve modellen af. Rådmanden foreslog, at man tog Aalborg Kommune, for så kunne SIF jo prøve det af i fuld skala, og vi ville være villige til at sætte de sejl og den økonomi til, som var nødvendig”.

Sejlene sættes

Alle sejl blev sat til og involverede både de kommunale embedsmænd, som kunne tage beslutninger, og dem, som kunne forventes at være ildsjæle i projektet. Der blev afsat 3,1 million kroner – 1 million kroner i de følgende år for at fastholde fokus på KRAM.

KRAM-månedens opdeling mellem undersøgelse

og aktiviteter blev organiseret, så opgaverne omkring udsendelse af spørgeskemaet til helbredsundersøgelsen og samarbejdet med SIF lå hos Tommi Vorbeck Nielsen og hans kollegaer i Sundhedsfremme, mens aktivitetsdelen mest muligt skulle lægges ud til andre dele af den kommunale organisation.

Aktiviteterne

Alle forvaltninger var i arbejdstøjet for at lave aktiviteter på deres område, men ikke mindst Skole- og Kulturforvaltningen med dens kontakter til foreningslivet var en oplagt samarbejdspartner. Søren Ørgaard blev udpeget som koordinator:

“Min chef forventede, at vores forvaltning skulle være meget tydelig i KRAM-sammenhængen og bakke op om det. Jeg fik at vide, at jeg nærmest skulle rydde kalenderen i et par måneder for at være med”, fortæller han.

På grund af den korte tidsfrist opgav han at indkalde alle foreningerne i kommunen til orienteringsmøde – i stedet gik han direkte til dem, han vidste, han kunne trække på.

Det blev til 130 motionsaktiviteter, blandt andet et 24-timers løb ved åbning af KRAM-bussen, og en lang række aktiviteter for børn og ældre. Arrangørerne var for størstedelen kommunale institutioner – men den aktivitet, som trak flest

deltagere, var Bevægelse by Night i det lokale idrætscenter. Her var der gratis adgang til centrets svømmeland, og flere idrætsforeninger stillede op med aktiviteter, som henvendte sig til hele familien. I alt deltog 800 borgere i arrangemente

Intern synlighed

“Når man skal opbygge en helt ny organisation, så var det glimrende at have et tværgående projekt som dette”, siger Tommi Vorbeck Nielsen. Han fremhæver især betydningen af den organisering man lavede:

“Den administrative styregruppe med deltagelse fra alle kommunens forvaltninger har givet en masse kontakter internt, og vi er blevet kendt som videnspersoner, der kan hjælpe og vejlede. Mange ringer for at få rådgivning om, hvordan de skal gribe indsatser på KRAM-området an. KRAM går jo på tværs af alle aldre og forvaltninger, derfor er det gensidige kendskab vigtigt”.

Synlighed – eksternt

Skole- og Kulturforvaltningen bidrager også med at fastholde KRAM-effekten. Søren Ørgaard fortæller, at folkeoplysningsudvalget bevilgede et stort beløb til bevægelsesredskaber, store hoppepuder og andre svært transportable materialer.

“Der var dog et problem: Hvordan skulle vi få det sendt rundt? Jeg talte med Sundhedsfremme, og vi fik så en varevogn med et kæmpe KRAM-skilt, som jeg bruger nu. Det har været en kæmpesucces, den er ude at køre hele tiden, og alle steder får vi en snak om, hvad det står for. I folkemunde hedder den “KRAM-bilen” – så det bliver hele tiden italesat”.



KRAM-stemmer – Sønderborg Kommune

Alle har et valg

“Vi havde sat den midt på gågaden i Sønderborg - KRAM-trappen. Man kunne vælge at gå op over den – eller uden om. Motion giver trivsel, velvære og livsglæde, stod der på den. Og på toppen havde vi sat de otte kostråd. Den symboliserede, at vi alle har et valg om at leve sundere. Mange gik faktisk op over den”.

Sundhedskonsulent Annette From, Sønderborg Kommune

Efter KRAM-bussens besøg i Ålborg var den første egentlige KRAM-kommune Sønderborg – med projektstart i september 2007. Sundhedskonsulent Annette From var udpeget som koordinator, og trappen, som hun omtaler ovenfor, blev produceret på et værksted for sent udviklede i tiden op til KRAM-måned. Den skulle kompensere for det problem, at KRAM-bussen ikke kunne komme rundt til alle byerne i kommunen – i stedet blev trappen flyttet rundt, også til skolerne, og fik således en vigtig rolle i synliggørelsen af KRAM-måned i Sønderborg Kommune.

Fokus på forebyggelse

Ifølge Annette From var opbakningen til at søge om at blive KRAM-kommune stor. Tankerne om sundhed og forebyggelse som et kommunalt anliggende var ikke nye. Mange embedsmænd havde arbejdet med forebyggelse i flere år, og det nyvalgte byråd ønskede, at sundhedsområdet skulle være et af flagskibene i den ny kommune med sit eget politiske udvalg.

“KRAM gav os en enestående mulighed for at få fokus på emnerne, og målsætningen, om at alle skal vide, hvad de fire bogstaver står for var spændende og stor”, fortæller Annette From.

“Det lå os også meget på sinde at være de første, så vi var frie af alle bånd om, hvordan det skulle være. Og vi ville til, mens vejret var godt!”. Netop det ønske gav projektgruppen den største udfordring. I maj kom meddelelsen fra SIF om, at

kommunen var valgt, og i september skulle det hele afvikles. Med en mellemliggende sommerperiode, hvor en række potentielle samarbejdspartnere holdt ferie. Det gav ikke meget tid til planlægning.

“Det var et skidt tidspunkt at invitere foreningerne på. Og det har vi lært af til en anden gang”.

Den fælles interesse

Trods tidspunktet lykkedes det både at få gennemført undersøgelsesdelen omkring KRAM-bussen og få stablet en række spændende aktiviteter på benene. Annette From lægger dog ikke skjul på, at det var et kæmpearbejde at være koordinator:

“Nogle gange føltes det som at være i en cirkus, hvor jeg både var den, som solgte billetter, hang i en trapez og var med overalt”.

Hun blev i tiden op til projektstarten meget opmærksom på, at den dagsorden om sundhedsfremme og forebyggelse, som KRAM projektet bygger på, ikke nødvendigvis står øverst på alle andres dagsorden også.

“Det er for eksempel ikke foreningernes kerneydelse, og derfor er det utrolig vigtigt at finde samarbejder, hvor alle oplever, at de får noget ud af det”, siger Annette From.

Heller ikke på ungdomsuddannelserne er sundhed en kerneydelse. Alligevel er der udsprunget et nyt projekt mellem kommunen og flere ungdomsuddannelser som en udløber af KRAM-måned. Overskriften er trivsel, og der ansættes en sundhedskoach, som skal tage rundt på ungdomsuddannelserne og tale med de unge om trivsel, forklarer Annette From:

”Sundhed og trivsel hænger jo sammen. Og hvis de unge mennesker trives, bliver de i deres uddannelse – og så har vi pludselig en fælles interesse. En slags fælles mission, hvor vi i kommunen vil det af sundhedsmæssige årsager, og ungdomsuddannelserne vil det for at fastholde deres elever”.

Som ringe i vand

Mange andre af de projekter og samarbejder, som blev startet i forbindelse med KRAM-måned, eksisterer stadig og har bredt sig som ringe i vand, fortæller Annette From. De samarbejdsrelationer, som blev skabt i KRAM-tiden, bliver til stadighed udviklet – og KRAM-faktorerne er stadig fokuspunkterne. Med tilføjelse af begreber som tryk og trivsel.

At kendskabet til de fire faktorer er mere udbredt i dag, er hun ikke i tvivl om – og fortæller til sidst en historie fra sit privatliv.

”Jeg er håndboldtræner for en gruppe småpiger. En dag havde jeg min KRAM-bluse på og en af de små piger peger på logoet og siger: ”Jeg ved godt, hvad det står for – kost, rygning, alkohol og menstruation. Tre ud af de fire faktorer er da godt gået”.



KRAM-stemmer – Hillerød Kommune

Rammer KRAM rigtigt?

"Vi har gjort os en del erfaringer, men jeg har svært ved at pege på nogle direkte positive ting, vi har fået ud af at være med".

Sektionsleder Michael Metzsch, Hillerød Kommune

Hverken projektlederen eller de personer, som var med til at indsende ansøgningen om KRAM-deltagelse, er ansat i Hillerød længere. Sektionsleder Michael Metzsch, som i dag har ansvaret for sundhedsfremme, startede i Hillerød Kommune den 1. oktober 2007 – samme dag som KRAM-bussen parkerede i Hillerød. Han har sagt ja til at fortælle om de erfaringer, han mener, kommunen har fået af at deltage i KRAM.

"Der var to grundlæggende udfordringer ved KRAM-måned i Hillerød Kommune. Den ene handler om selve KRAM-undersøgelsen, den anden om, at kommunen organisatorisk ikke var tilstrækkeligt klædt på til opgaven", siger Michael Metzsch.

Undersøgelsen

KRAM-undersøgelsen indeholdt en helbreds- og en spørgeskemaundersøgelse:

"Det blev 'først til mølle', som styrede hvem, der kom til helbredsundersøgelsen. Og der var en tendens til, at det var de borgere, som i forvejen var i god form, som mødte op for at blive bekræftet heri", siger Michael Metzsch og fortsætter:

"Helbredsundersøgelsen er ikke repræsentativ for kommunens indbyggere, så udover at nogle borgere forhåbentlig fik en underholdende time med et sundhedstjek, kan kommunen som sådan ikke bruge den til noget."

Kommunen fik ifølge Michael Metzsch en række klager fra lokale praktiserende læger, da mange borgere var blevet opfordret til at gå til læge, og hvor det viste sig, at det var uden grund. "Det gav også kommunen en ekstra regning, eftersom Hillerød Kommune kom til at medfinansiere de unødvendige lægebesøg", forklarer han.

"Ideen med spørgeskemaet var som udgangspunkt god, og den kunne også have været en stor hjælp i kommunens udvælgelse af målgrupper til forebyggelsesindsatser. Men der var ikke tilstrækkelige svar fra de adspurgte, hvorfor undersøgelsen ikke er repræsentativ og derfor kun i begrænset omfang brugbar for kommunen", siger Michael Metzsch og peger på, at spørgeskemaundersøgelsen blev gennemført elektronisk, "og måske havde vi opnået en højere svarprocent, hvis borgerne også havde haft mulighed for at udfylde spørgeskemaet i papirudgave".

For tidligt

Den anden problemstilling er ifølge Michael Metzsch den kommunale organisering:

"Hillerød Kommune skulle ikke have været så tidligt på banen, for kommunen var simpelthen ikke parat til det", siger han, og fortsætter:

"Hvis KRAM-måned skulle forestille at være en kick-start for den kommunale forebyggelsesindsats, skulle de igangsatte aktiviteter være fortsat

bagefter, men det var organisationen ikke gearret til på det tidspunkt. Der blev sat gang i aktiviteter i oktober 2007, men de har haft svært ved at blive forankret”.

”Internt i kommunen har vi nu lavet en sundhedsstrategi, der muliggør arbejde på tværs af kommunen gennem etablering af netværk og koordinering af indsatser på tværs af afdelinger, ligesom vi nu i højere grad arbejder med kvalitetssikring af indsatserne. Der var kommunen dog ikke nået til i oktober 2007.”

Tvivlen

Både internt i kommunen og blandt borgerne og lokale medier blev der ifølge Michael Metzsch sat spørgsmålstejn ved deltagelsen i KRAM-projektet.

”Dele af kritikken var berettiget, men jeg tror, at Hillerød Kommune kunne have været mere skarp i sin kommunikation, forudsat kommunen havde været afklaret og målrettet omkring sin deltagelse i KRAM-undersøgelsen”, mener Michael Metzsch. Han peger også på, at forventningsafstemningen med Statens Institut for Folkesundhed ikke har været i orden.

Ingen KRAM

Michael Metzsch understreger, at Hillerød Kommune naturligvis stadig arbejder med de fire

KRAM-faktorer som en del af kommunens sundhedsstrategi. ”Men vi bruger ikke rigtig betegnelsen KRAM mere”, siger han.

Mod slutningen af interviewet fortæller Michael Metzsch, om en KRAM-aktivitet, som levede videre med navnet efter oktober 2007: KRAM-piloterne, hvor en gruppe elever i de ældste folkeskoleklasser uddannes til at være KRAM-ambassadører for deres egen årgang. De skal blandt andet arrangere fester, som er alkoholfri, og sætte fokus på motion. Aktiviteten fastholdes via Ungdomsskolen i Hillerød.



KRAM-stemmer – Struer Kommune

Kick-starten

“Vi sagde ja til at sende ansøgningen om at blive KRAM-kommune i slutningen af 2006. Vi mente jo, at det var en god måde at få startet hele opgaven med sundhedsfremme og forebyggelse, få os organiseret og markedsført, samtidig med at KRAM-indsatserne kom i gang”.

Sundhedschef Aase Nielsen, Struer Kommune

198

Sundhedschefen i Struer Kommune, Aase Nielsen, er ikke i tvivl om, at det blev en kickstart – ikke bare i forhold til KRAM-faktorerne – men for hele sundhedsfremme og forebyggelsesindsatsen, da KRAM-bussen parkerede foran sundhedscentret i november 2007.

Centret, som først blev åbnet officielt måneden efter, samarbejdede i forvejen med tre andre kommuner om et stort tobaksforebyggelsesprojekt. Der var altså allerede sat gang i en bred indsats på den ene af de fire faktorer. Men selv med det trin på vejen og en rigtig god markedsføring lægger Aase Nielsen ikke skjul på, at det var en stor mundfuld at gennemføre projektet. Blandt andet kom det bag på hende, hvor få ressourcer, der var at trække på:

“Jeg troede, at det ville være meget lettere at få hold på en lille organisation, og at en lille kommune havde nogle andre muligheder end de store kommuner, men på den anden side af vægtskålen så jeg den store belastning, det var med kommunalreformens begyndende fase. Det gjorde det vanskeligt – men også udfordrende og spændende”.

Direkte kontakt

Projektgruppen, som bestod af Aase Nielsen og en deltidsmedarbejder, tog systematisk fat i planlægningen. Ledere og nøglemedarbejdere i kommunen blev kontaktet direkte om de mange

praktiske opgaver, som skulle løses i forbindelse med KRAM-bussens placering og undersøgelsen. Da det var på plads, var næste skridt at få gang i planlægningen af aktiviteterne.

“Vi valgte at indkalde den sundhedsorganisering, som vi stadig har i Struer Kommune. Dengang var det tre grupper – i dag er der fire – som er sammensat af repræsentanter fra den offentlige sektor, de private og frivillige, som f.eks. patientforeninger. Vi holdt et kæmpemøde – og det veltede ind med gode ideer”, fortæller Aase Nielsen.

Deltagerne blev bedt om at sætte sig sammen og beskrive ideerne, og hvad de hver især kunne bidrage med. Men det skulle vise sig, at der var mange, som ikke kunne gennemføre det.

“Vi fik da gang i mange gode aktiviteter, men når man så på, hvordan det startede, kunne det være blevet til meget mere. Hvis jeg havde haft mulighed for at gøre det om, ville jeg have arbejdet mere på netværksdannelsen mellem de fremmødte og støtten til at gennemføre ideerne”.

En skriftlig henvendelse til alle, som kunne “lugte af nogle, som ville arbejde med sundhed” – slagtere, købmænd, spejdere – gav næsten ingen svar tilbage. Også her var læren, ifølge Aase Nielsen, at der som minimum skal et personligt møde til, hvis nye netværk skal etableres.

Aktiviteterne

Da KRAM-månedens startede, gjorde projektgruppen meget ud af at støtte aktiviteterne gennem avisannoncer og lokal omtale. De fleste af aktiviteterne var velbesøgte – med Aktiv onsdag som topscoreren:

“Vi har ikke før set noget, der er lykkedes så godt i Struer, og aktiviteten kører stadig”, siger Aase Nielsen. “Hver onsdag formiddag og nogle gange med mere end 200 deltagere i idrætshallen. Der er fælles opvarmning, og derefter kan man deltage i den fysiske aktivitet, som passer bedst, f.eks. gå en tur, gå i motionscentret, lave gymnastik, spille curling, petangue med mere. Der er plads til alle”.

Aase Nielsen tror, at noget af forklaringen på succesen er, at aktiviteten er godt planlagt og bæres af nogle engagerede og karismatiske personer. Desuden er indsatsen målrettet både

mænd og kvinder, og der har været meget fokus på den – f.eks. af borgmesteren og en udvalgsformand, som har deltaget aktivt i den.

Overblik

Fremadrettet giver helbredsundersøgelsen fra KRAM-bussen sammen med besvarelserne på spørgeskemaet et overblik over udfordringerne på området, mener Aase Nielsen.

“Det er jo en konstant påmindelse om, hvad det er, vi skal tage fat i. Sidste sommer udarbejdede vi et idekatalog til hver af sundhedsgrupperne, som også var med til KRAM-starten. Vi skal have handleplaner i skolerne i forhold til KRAM-faktorerne, vægtstopkurser målrettet gravide og et projekt for overvægtige børn. Også den sociale ulighed i forhold til f.eks. rygning arbejder vi med. Det har altså sammen forbindelse tilbage til KRAM-undersøgelsen”.



KRAM-stemmer – Næstved Kommune

PR på alle fronter

“Sundhedscentret behøver ikke at starte med Adam og Eva hver gang, der skal udsendes et budskab til borgerne om, at man skal leve sundt”.

Tidligere Sundhedskonsulent Jacob Fog Nielsen, Næstved Kommune

Jacob Fog Nielsen var projektleder på KRAM-undersøgelsen i Næstved Kommune og kan i dag konstatere, at det har givet rigtig meget effekt at deltage, ikke mindst internt i kommunen:

“Jeg havde ikke i min vildeste fantasi set perspektiverne i, hvor stort netværk det her projekt ville skabe. Der blev lavet en evaluering af kommunens organisation og samarbejdet i mellem forvaltningerne nogle måneder senere – KRAM blev nævnt igen og igen. Og ikke alene har det gjort enheden for sundhedsfremme og forebyggelse kendt i hele forvaltningen – det har også gjort, at andre forvaltninger har arbejdet sammen via os. Og alle ved, hvad Sundhedscentret er i dag”.

Netværk

Jacob Fog Nielsen fik som sundhedskonsulent prioriteret sin arbejdstid til at få KRAM-projektet løbet i gang. Han begyndte på arbejdet i sommeren 2007, et halvt år før bussen skulle ankomme. Der var ingen styre- eller projektgruppe, kun ham som projektleder. Hans nærmeste chef, som ifølge Jacob Fog Nielsen kender “gud og hver mand” i Næstved, fungerede som sparringspartner, når han var i tvivl om, hvor han kunne få hjælp til en opgave. Også kollegaerne, som var begravet i andre opgaver, hjalp ham på vej. I løbet af efteråret fik han opbygget et stort netværk både internt og eksternt. Hans mobilnummer var ude alle vegne – og han oplevede en enestående hjælpsomhed overalt.

“Jeg havde meget fokus på, hvilke “kanaler”, jeg kunne bruge for at få sat nogle ting i gang. Og jeg blev modtaget med åbne arme de fleste steder. Ingen kan jo have noget imod forebyggelse og sundhedsfremme”.

Aktiviteterne

Både de folkeoplysende foreninger, patientforeningerne og kommunens egne institutioner bød ind med aktiviteter. Der blev holdt en lang række informationsmøder i tiden op til KRAM-måned – og ved månedens begyndelse talte KRAM-kalenderen ikke mindre end 136 aktiviteter. Nogle var i det små – f.eks. kørestole-dans. Andre brede som foredrag af TV-lægen.

Men for Jacob Fog Nielsen blev det store antal aktiviteter ikke den succeshistorie, man skulle tro. Han forklarer:

“Jeg så det ikke komme. Men jeg druknede i min egen succes. For mig var det jo et succeskriterie, at vi skulle have så mange aktiviteter som muligt dækket ind på alle dagene og med overvægt i weekenderne. De skulle spredes på unge og på gamle, på den ene og på den anden måde. Og jeg kunne ikke få armene ned, da det hele var parat til starten”.

Men med 136 aktiviteter spredt ud på fire forskellige faktorer, med flere forskellige målgrupper på flere forskellige dage – og med kun 80.000

borgere, hvoraf langt fra alle føler sig kaldet – endte det med, at aktiviteterne tog ”kunder” fra hinanden, måtte Jacob Fog Nielsen erkende. ”Det, der reelt trak, var livsstilsforedrag om kost og helbred. Og orienteringsløb med gode præmier som et weekend ophold på Lalandia”. Der var også nye aktiviteter, der er fortsat, og nogle af de gamle har fået flere medlemmer. ”En forening som Glumsø senior-idræt fik fordoblet medlemsantallet. Det kan godt være, vi taler i lille skala her – men ikke desto mindre er det da en lokal succeshistorie både for formanden og for foreningen”.

PR på alle fronter

Jacob Fog Nielsen lægger ikke skjul på, at hans forventninger til KRAM-sundhedsprofilen ikke blev indfriet. Men efterhånden, som han fik reflekteret over metoden og kunne se, hvem der mødte op til undersøgelsen og svarede på skemaerne, gik det op for ham, hvad det hele kunne bruges til:

”Det er jo PR på alle fronter. Sundhedscentret behøver ikke at starte med Adam og Eva, hver gang der skal udsendes et budskab til borgerne om, at man skal leve sundt. Det har gjort det rigtig meget nemmere. Internt i kommunen er der skabt netværk og kendskab til sundhedsområdet.

Og politikerne er blevet mere obs på, at det her er et område med perspektiv i. Både fordi borgerne ser det som noget vigtigt – og fordi der stadig er et problem med, at der ryges for meget, at kondien er for dårlig og så videre”.

Som en direkte følge af samarbejdet med foreningerne op til KRAM-måned har Næstved Kommune besluttet at holde en årlig messe den 3. lørdag i januar. Her kan alle foreninger, der har med sundhed at gøre, promovere sig selv. Messen betales af kommunen.



KRAM-stemmer – Guldborgsund Kommune

Folk vil gerne

“Jeg var selv med i KRAM-bussen hver anden dag i den måned, undersøgelsen stod på. Der var stor bredde i sammensætningen af deltagere, og det var spændende at se den interesse, der var for egen sundhed. Der er virkelig noget at bygge videre på. Folk vil gerne”.

Sundhedskonsulent Lise Landgren, Guldborgsund Kommune.

Ved indgangen til Rådhuset i Nykøbing Falster hænger det officielle KRAM-certifikat som det synlige bevis på, at Guldborgsund Kommune siden februar 2008 har kunnet kalde sig KRAM-kommune.

“KRAM gav os muligheden for at sprede det glade budskab om, at kommunen havde overtaget ansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme. Samtidig var projektet bredt og favnede de væsentligste områder af den sundhedsfremme proces, som kommunen skulle i gang med”, forklarer Lise Landgren om baggrunden for at gå ind i projektet.

Kurt KRAM

KRAM fik god dækning i lokalaviserne – ikke mindst, da Sundhedsministeren kom forbi og blev testet. Kommunen sørgede desuden selv for, at der i hele perioden blev skrevet artikler og fortalt gode KRAM-historier, blandt andet interviews med borgere, som har gjort noget for deres egen sundhed og med Kurt KRAM. En voksdukke, som symboliserede en usund borger, som forbedrede sig i løbet af måneden. Og der blev reklameret for alle de aktiviteter, borgerne kunne deltage i lokalt.

Mini-KRAM

I alt 1.603 borgere deltog i undersøgelsen i KRAM-bussen, som var parkeret ved det nye frivilligcenter i Nykøbing



Men de borgere, som havde svært ved at komme ind til Nykøbing, skulle ikke snydes for et KRAM, fortæller Lise Landgren. Derfor lejede hun en

varebil, udstyret med forskelligt testudstyr, som kunne bringe sundhedspersonale rundt i hele kommunen og give borgerne et Mini-KRAM. Ideen er blevet fulgt op, og nu tilbydes borgerne rundt om test i kommunens egen KRAM-bus.

”Det at lave screening på den måde giver anledning til at tale sammen, borger og sundhedskonsulenter – om livsstil og muligheder for at gøre noget ved det. Og så kan vi henvise videre. De borgere, som ikke er parate til det, kan vi tage den indledende samtale med”.

Lise Landgren fortæller, at når det handler om fysisk aktivitet, bliver de fleste henvist til Motion i håndkøb, i en af de mange foreninger, der findes i kommunen. Bussen tiltrækker ikke så mange af de borgere, som har brug for Motion på recept.

KRAM-ambassadørerne

En anden ide fra KRAM-månedens er også blevet videreført: KRAM-ambassadørerne.

”Ideen var at uddanne nogle medarbejdere, som kunne være ude på arbejdspladserne og lyse som en lille flamme, der vidste lidt mere end de andre om KRAM-faktorerne. Hvis for eksempel en medarbejder ville holde op med at ryge, kunne ambassadøren fortælle, hvor der var mulighed for et rygestopkursus”.

De første kurser blev holdt i måneden op til KRAM og omfattede ansatte på kommunens egne arbejdspladser. De mødes fortsat i netværksgrupper og på opfølgingskurser.

Også private arbejdspladser blev opfordret til at være med, og Guldborgsund Kommune har en formuleret hensigt om, at der på sigt kommer en KRAM-ambassadør på alle de kommunale arbejdspladser, som vil arbejde for at gøre sundhed/KRAM-faktorerne til en del af arbejdspladsens hverdag.

Synlighed

Lise Landgren er ikke i tvivl om, at sundhedsfremme er blevet meget synlig, både internt i kommunens afdelinger og blandt mange borgere. ”Vi bliver bedt om at deltage flere og flere steder med bussen og med materialer om sundhedsfremme. Og jeg tror også, at det at vi er KRAM-kommune har haft betydning for den ny sundhedspolitik, som lige er blevet vedtaget. Alle fagområder skal nu i gang med at udvikle politikker med et element af sundhed indover”.

KRAM-stemmer – Brøndby Kommune

I dagligdagen at det rykker

“Der, hvor vi som kommune virkelig kan gøre noget, er der, hvor vi har borgerne i dagligdagen: daginstitutionerne, ældrecentrene, skolerne, værestederne. Det er dér, vi kan gå ind og rykke noget på sundhedsfremme”.

Udviklingskonsulent Perle MacDonald, Brøndby Kommune

Som ansvarlig for Brøndby Kommunes afvikling af KRAM-månedens i april 2008 kunne udviklingskonsulent Perle MacDonald læne sig op ad en lang række erfaringer fra tidligere.

“Det store arbejde var allerede løbet i gang”, forklarer hun “Vi havde prøvet at lave et tilsvarende arrangement året før, så vi vidste, hvad vi gik ind til i forhold til planlægning. Vi vidste også, hvem vi kunne kontakte – og så havde vi en sundhedsstrategigruppe nedsat på tværs af forvaltningerne, som kunne være med til at sikre de tværgående aktiviteter”.

Bevægelsesevent

Erfaringerne stammede fra efteråret 2005, hvor nogle kommunale arbejdsgrupper skulle komme med ideer til, hvordan den fremtidige sundhedsopgave kunne gribes an. En af ideerne var at lave en event med fokus på bevægelse – en bevægelseskulturnat.

“Vi valgte uge 41, hvor der er skolernes motionsløb, og hvor de i forvejen har en masse aktiviteter. Vi ønskede at inddrage foreninger og kommunens institutioner”.

Det første arrangement løb af stablen i 2007 og blev en stor succes. Det var med til at give embedsmændene erfaringer og netværk, som kunne bruges direkte i forbindelse med KRAM-projektet. “Vi vidste, hvem vi kunne kontakte, så de sør-

gede for, at der blev planlagt og gennemført – og vi blev ikke overrasket over, hvor stort et arbejdspress, der var”.

KRAM-ideen

Trods erfaringerne, netværket og en imponerende række af aktiviteter oplevede Perle MacDonald, at det var svært at få borgerne til at gøre noget, de ellers ikke ville gøre – at bevæge sig mere eller bruge nogle af foreningstilbuddene, som ideen var i KRAM-månedens.

Vi fik meget få nye i gang. Én af foreningslederne sagde: “dem, der kommer her, dyrker allerede sport – så hvorfor skulle de skifte til vores forening? Men vi har da også set, at fitnesscentret fik nye brugere, da der kom fokus på motion. Det sker også i forbindelse med uge 41”.

Perle MacDonald mener, at forklaringen på den begrænsede interesse sandsynligvis var, at det er svært at konkurrere med alle de andre tilbud, borgerne får.

“Der er i forvejen mange tilbud til borgerne i deres fritid, for eksempel fjernsynet, familien og andre gøremål. Dér, hvor vi som kommune virkelig kan gøre noget, er dér, hvor vi har borgerne i dagligdagen: daginstitutionerne, ældrecentrene, skolerne, værestederne. Det er dér, vi kan gå ind og rykke noget på sundhedsfremme”.

Undersøgelsen

I ansøgningerne fra Brøndby og Albertslund om at blive KRAM-kommuner var et af argumenterne, at de som københavnske vestegnskommuner har en stor koncentration af indvandrere. Det ville være vigtigt for den samlede KRAM-undersøgelse at have denne befolkningsgruppe med også, skrev de.

Men det lykkedes ikke at få denne målgruppe i tale, hverken til undersøgelsen eller til aktiviteterne, erkender Perle MacDonald. Hun tror, at det var for stor en barriere, at de skulle melde sig til undersøgelsen via internettet.

Denne sociale skævhed i helbredsprofilen understreger blot sundhedstilstanden yderligere, mener Perle MacDonald.

”Hvis man går ud fra, at det var den bedre fungerende del af Brøndby-borgerne, som kom ind i bussen, så står det rigtig skidt til med sundheden”, siger hun og tilføjer: ”Det ved vi jo også godt, at det gør blandt mange af vore borgere. Og vi vidste også godt, at de ikke blev sunde af, at vi deltog i KRAM. Men ved at være med kunne vi sætte nogle ting i gang og skabe opmærksomhed omkring problemerne”. På spørgsmålet, om det har været det hele værd, er Perle MacDonald ikke i tvivl:

”Den største gevinst ligger i forskningsmaterialet. Vi fik til gengæld styrket de eksisterende samarbejder og modereret nogle af de eksisterende aktiviteter. Det har også brand’et KRAM og italesat problemerne. Nu forbinder borgerne ordet med sundhed og livsstil, hvor man tidligere forbandt det med Kram-madservice, - et firma, som bringer mad ud til de ældre her på Vestegnen”.



KRAM-stemmer – Albertslund Kommune

Sundhed er kommet på dagsordenen

“KRAM står for Kost, Rygning, Alkohol, Motion – men det står også for et kærligt knus og god kvalitet. Albertslund fik det hele i KRAM-måned, hvor der var gang i spørgeskemaer, helbredsundersøgelser, og byen summede af sundhedsaktiviteter”.

Fra Albertslund Kommunes egen evaluering af KRAM.

Sundhedschef Børge Alstrup fra Albertslund Kommune nikker bekræftende til ovenstående beskrivelse af KRAM-aktiviteterne i april 2008. Takket være et samarbejde med Brøndby Kommune om at løfte opgaven sammen var der et overvældende antal aktiviteter til borgerne på Vestegnen, og han synes også, at fremmødet var tilfredsstillende.

“Vi havde ikke en forventning om, at en måneds aktiviteter i sig selv ville give en masse direkte effekt på folkesundheden, men der var brug for fokus på sundhedsfremme og et ønske om at profilere Albertslund som en kommune, der gør noget for sundheden”, siger Børge Alstrup. De eventagtige aktiviteter, som f.eks. foredrag med kendte navne, trak rigtig mange og gav god omtale. Også rygestopkurserne havde stor tilstrømning.

På dagsordenen

Initiativet til at gøre Albertslund til KRAM-kommune kom oprindeligt fra politisk side. Og længe efter at de sidste skemaer er blevet udfyldt, og KRAM-bussen har forladt kommunen, oplever Børge Alstrup, at der stadig er fokus på sundhed. Mange af de aktiviteter, som fandt sted i KRAM-måned, er fortsat i foreningerne, på biblioteket og i frivilligcentret med støtte fra andre forvaltninger. Der er også stor parathed til at tænke KRAM-faktorerne ind i andre forvaltningsgrene,

specielt i forhold til skolerne og daginstitutionerne.

“Det er selvfølgelig svært at sige, hvad der skyldes KRAM, og hvad der er den almindelige udvikling, men jeg tror, at KRAM har spillet en væsentlig rolle i, at det er blevet nemmere at få forståelse for betydningen af forebyggelse og sundhedsfremme. Sundhed er kommet på dagsordenen, også politisk”, siger Børge Alstrup.

Samarbejdsøvelser

En uventet sidegevinst ved KRAM-projektet var, at alle de involverede har fået en række erfaringer om, hvordan man kan håndtere samarbejdet mellem så forskellige interessenter. “Der var virkelig tale om en samarbejdsøvelse mellem foreningerne, de private og kommunen, som vi har lært meget af – og som de har lært meget af. Det gør mange ting nemmere i dag, når vi skal lave noget sammen”.

Den største udfordring viste sig imidlertid at ligge i den interne organisering.

Organisering

“Vi havde valgt at organisere os med tovholdere, trådholdere og arrangører. Det gav mange medlemmer, og det viste sig at være en meget sårbar organisering”, fortæller Børge Alstrup. For ek-

sempel betød sygdom hos en tovholder, at kommunikationen til børne-ungeforvaltningen ikke lykkedes så godt, og at skoler og institutioner derfor fik en mindre rolle i projektet.

Der manglede et fælles opstartsmøde og bedre informationsmaterialer om, hvilken rolle og ansvar hver enkelt havde i forløbet. Det kunne have sikret klarere aftaler og en bedre kommunikation undervejs, mener Børge Alstrup. Nu valgte man i stedet at skrive til hinanden uden at have den direkte kontakt.

Forankring

En anden vigtig erfaring er, at et projekt, som går på tværs af forvaltninger, skal forankres både på

chef- og lederniveau, så det også bliver klart nedad i organisationen, at projektet skal prioriteres højt.

“Alle har travlt, og hvis man ikke lige har været opmærksom på, at nu er man blevet KRAM-kommune, og at det får betydning for det, man laver, kan det godt opleves som noget, der kommer i vejen”, forklarer Børge Alstrup. Han har fuld forståelse for, at forvaltninger har forskellige fokuspunkter - men netop derfor er chef- og ledelsesniveauet vigtigt at inddrage i denne type projekter, anbefaler han.



KRAM-stemmer – Faaborg-Midtfyn Kommune

Er spark fremad til sundheden

“Vi så det som en superchance til at give området et spark fremad at blive eksponeret på den måde og var glade, da vi fik det gode budskab om, at vi skulle være KRAM-kommune”

Sekretariatsleder Jørgen J. Wackes, Faaborg-Midtfyn Kommune

208

Opgaven med at organisere Faaborg-Midtfyn Kommunes deltagelse i KRAM-undersøgelsen i maj 2008 blev givet til sekretariatsleder Jørgen J. Wackes og sundhedskoordinator Pia Kalmer Jørgensen. Og selv om der med tiden kom et mere tværsektorielt snit over det, var det dem, som havde koordineringsarbejdet som primær arbejdsopgave.

“Der er fordele og ulemper ved at koncentrere det på så få personer. Det var et kæmpearbejde, men det betød også, at vi havde overblikket i hele forløbet”, fortæller Jørgen J. Wackes.

Og som det skulle vise sig, havde de også opgaven med at finde løsninger på de udfordringer, som ingen havde forudset. For eksempel at KRAM-bussen kun kunne stå et sted i kommunen.

Den stationære bus

At det viste sig, at KRAM-bussen var en bus, som ikke kunne køre, kom bag på de to tovholdere. Det havde været en vigtig pointe i oplægget til politikerne, at der ikke ville blive gjort forskel på de to hovedbyer i den nyligt sammenlagte kommune, Faaborg og Ringe.

Men KRAM-bussen og alle dens tekniske faciliteter kunne ikke bare flyttes rundt. Den blev pareret i Ringe – og dér blev den i hele måneden. “Det betød, at nogle sagde, at så ville de slet ikke

deltage i KRAM, og der kom også en del skrivelser om det”, fortæller Jørgen J. Wackes. Han mener dog nok, at han fik beroliget sindene med den tekniske forklaring på, hvorfor bussen ikke kunne flyttes.

Ingen facitliste

En anden udfordring blev at imødegå de spørgsmål, som også fra politisk side rejste sig, da det blev klart, at KRAM-profilen ikke var repræsentativ.

“Forventningerne var nok, at man regnede med at få en slags facitliste. Og det er det jo ikke”, forklarer Jørgen J. Wackes og tilføjer, at selv om KRAM-profilen ikke er en traditionel sundhedsprofil, kan den vise nogle tendenser, som kan bruges i sundhedsplanlægningen.

Begge tovholdere er også enige om, at selv uden facitliste har den ekstraordinære opmærksomhed på KRAM-faktorerne og hele sundhedsområdet rykket meget, både internt og eksternt, i kommunen.

“Vi har fået en masse erfaringer med at samarbejde tværsektorielt internt i kommunen og i forhold til at samarbejde med eksterne partnere”, siger Jørgen J. Wackes.

De gode ideer

Foreninger og kommunale institutioner blev indbudt til at komme med forslag til aktivitetsdelen af KRAM-måned.

”For os var det et succeskriterie at få så mange aktiviteter som muligt. Vi fik også en større bredde på den måde. Og som gulerod brugte vi, at der var mulighed for tilskud og KRAM-vand”, fortæller Pia Kalmer Jørgensen.

I den lange række af aktiviteter var blandt andet idrætsdage, legedage, åbent-hus-arrangementer, løbeklubber og genindvielse af Danmarks bedste Motionsrute.

”Vi oplevede også at få en byge af gode ansøgninger fra kommunens egne institutioner”, supplerer Jørgen V. Wackes. ”Blandt andet fra hjemmeplejegrupper, som satte fokus på sund livsstil og væggtab – hos dem selv. Vi støttede dem med indkøb af vægte og et meget velbesøgt foredrag om livsstil”.

KRAM-måned gav også et indblik i, hvilken type aktivitet i forhold til de fire livsstilsfaktorer, borgerne gerne vil deltage i, mener de to tovholdere, som på forhånd havde fravalgt store og dyre events.

Eksponeringen

I stedet for events satte tovholderne på at få den lokale presse til at interessere sig for KRAM-ideen og derigennem nå ud til borgerne med budskabet om den sunde livsstil. Og det lykkedes fint, synes de.

Internt har projektet betydet, at der kommer flere henvendelser fra andre ansatte om samarbejde, og også i forhold til foreningerne er der sket meget.

”Vi har netop afholdt en særlig KRAM-uge samtidig med flere af de andre KRAM-kommuner. Der kunne vi se, at foreningerne kender os nu, og vi dem, og vi vidste, hvem der skulle tale sammen”, fortæller Pia Kalmer Jørgensen, som også fortæller om mange positive reaktioner og ros fra politikere og kollegaer i kommunen.

Senest har hun i forbindelse med de kommunale budgetforhandlinger bemærket, at KRAM spiller en rolle. Som argument for at bevare Sundhedsudvalget som selvstændigt udvalg bliver der henvist til, at det har mere fokus på forebyggelse og KRAM-ugen nævnes som et positivt eksempel.



KRAM-stemmer – Ærø Kommune

Da KRAM kom til øen

“Der var en kæmpeåbning af KRAM oppe på Rådhuspladsen. Mange var mødt op, der blev holdt taler og politikerne blev testet. Skolebørnene kom løbende fra deres skoler med fakler som ved OL. En flamme blev tændt og brændte i hele KRAM-måned.”

Koordinator Ulla Bak Nielsen, Ærø Kommune

Det lå i kortene, at KRAM-måned på Ærø måtte blive noget ganske særligt.

Som den mindste af projekt-kommunerne – og med den afgrænsning, der ligger i at være en ø – var betingelserne for at lave et ordentligt brag af en synliggørelse til stede. Og det blev det, fortæller to af tovholderne, Ulla Bak Nielsen og Anette Clausen, fra den styregruppe, som fik ansvaret for, at der ikke blot var tale om en KRAM-måned i juni, men at hele 2008 blev KRAM-år på Ærø.

Aktiviteterne

“Vi havde tyvstartet flere måneder i forvejen og sat fokus på de fire faktorer med masser af foredrag rundt om på institutionerne. Og da vi ikke er flere på Ærø, end vi er, blev alle over 18 år indbudt til helbredsundersøgelsen i KRAM-bussen. Det gjorde det til en meget synlig begivenhed på øen”.

Som i de øvrige KRAM-kommuner var de frivillige foreninger tiltænkt en væsentlig rolle i forhold til aktiviteterne, og de blev også inviteret med til at planlægge månedens indhold. Men mange var gået på ferie, så det blev i højere grad de kommunale institutioner og medarbejdere, som stod for KRAM-aktiviteterne i juni.

“På den måde fik vi både børnene og de ældre i gang dér, hvor de er i hverdagen”, siger Ulla Bak Nielsen. Hun tog blandt andet selv rundt på

øens skoler og deltog i morgenmøder, hvor hun fortalte om KRAM og svarede på spørgsmål fra børnene.

“Børnene var så engagerede, og de kom med en masse gode spørgsmål. De vidste også meget på alle fire områder”, husker hun. “Det kunne for eksempel være et barn, som sagde: “Min mor ryger for meget” – eller en, som sagde: “Min søster drikker så meget, at hun sommetider kaster op af det...”

I forbindelse med skolebesøgene uddelte hun KRAM-emblemer og opfordrede børnene til at gå hjem og tale med forældrene om det, de havde hørt – “og få dem til at udfylde KRAM-skemaet”. Fra ældreområdet fortæller Anette Clausen:

“På det ældrecenter, hvor jeg er, begyndte vi KRAM-måned med at holde olympiade for de ældre. Det er ikke nogen ny aktivitet, for vi afholder hvert år vinter- og sommerolympiade – men det var lagt sådan, så træningen op til blev en del af KRAM-aktiviteterne”.

På tværs af alder og målgrupper var der desuden bevægelsesaktiviteter i foreninger og klubber. Vandre- og løbeture blev arrangeret af naturvejlederne, og kommunen betalte deltagergebyret, så medarbejdere kunne deltage i “Cykel på arbejde”-kampagnen.

Den personlige kontakt

Budskabet om sund livsstil og ændrede vaner blev bragt gennem lokalaviser, hjemmeside og plakater, men den personlige kontakt blev prioriteret højt.

Op til KRAM-månedens tog Ulla Bak Nielsen rundt til forretninger og værtshuse med en plakat, som kommunen selv havde fået fremstillet. Det gav mange gode samtaler om sundhedsfremme, og hun talte med arbejdspladserne om aktiviteter. Sundhedspersonale stod udenfor KRAM-bussen og kunne svare på spørgsmål fra borgerne, så der både i og udenfor bussen var fokus på sundhedsfremme.

”Det var gode timer givet ud og var rigtig, rigtig vigtigt”, mener Anette Clausen. ”Folk kom for at snakke om helbred, og hvad de selv kan gøre.” Hun fortæller også om sit eget ”tilbud” ved bussen:

”Vi kaldte det ”Prøv at få rygerlunger”. Borgeren fik udleveret et sugerør og måtte kun trække vejret gennem det, mens vi gik en tur sammen. Det er en effektiv og billig måde at vise det på, og samtidig kunne vi tale om, hvad der gør det svært at stoppe”.

Fordel at være lille

Der var mange tværgående samarbejder i løbet af KRAM-året på Ærø, men som Ulla Bak Nielsen forklarer: ”Det er jo en lille arbejdsplads, så medarbejderne dækker hver især flere områder på én gang”.

Ulla Bak Nielsen er med i det netværk af kommunale embedsmænd, som blev etableret i forbindelse med den landsdækkende undersøgelse – og med henvisning til erfaringerne herfra siger hun om Ærø Kommunes indsats på KRAM-området: ”Selv om vi er meget små, var vi godt med. Det har været en fordel, at vi er et lille samfund”.



KRAM-stemmer – Silkeborg Kommune

Alle arenaer skal i spil

“Det nytter ikke noget, at det bliver en rådhus-ting med KRAM – det er så vigtigt at få alle de arenaer i spil, som er derude, og også bredere, end man umiddelbart tænker”.

Lene Dørfler, leder af Sundhedsfremme og Forebyggelse, Silkeborg Kommune

“Vi valgte at gå med i projektet på grund af aktivitetsdelen. Vi havde brug for at få skabt gode netværk og få sat fokus på området – alt det, som aktivitetsdelen kunne give os”, fortæller Lene Dørfler, én af projektlederne på Silkeborg Kommunes KRAM-indsats.

Året før KRAM-månedens løb af stablen, vedtog byrådet en sundhedspolitik, hvor kost, rygning, alkohol og motion er hovedindsatsområder. Formålet er, at sundhed skal gå på tværs af alle fagområder i kommunen.

“Som stabsfunktion til direktionen skulle vi altså alligevel i gang med at etablere netværk rundt om i de 10 afdelinger, der er i kommunen – og vi regnede med, at KRAM-projektet kunne give eksponering. Set i bakspejlet blev det en katalysator for en masse ting. Jeg tror ikke, vi ville have formået at lave så meget, som vi gjorde, hvis ikke det havde været for projektet”, siger Lene Dørfler.

Planlægningen

“Vi var meget strukturerede og startede ved årsskiftet 2007/2008 med at nedsætte en styregruppe, som skulle have ansvaret for KRAM-månedens i august. I februar indkaldte vi til stor-møde i Medborgerhuset for alle interessenterne fra foreninger, kommunale arbejdspladser, private organisationer og så videre.”

Der kom 50-60 personer, og efter mødet lå der 10-15 rigtig gode ideer og løfter om, at nogle ville vende tilbage.

“I april lavede vi et opsamlingsmøde – med hard-core planlægning af aktiviteterne på to kalenderer. Hvem vil lave hvad og hvornår? Og hvad mangler I, for at det kan lade sig gøre?”.

To medarbejdere fra Sundhedsfremme var projektledere i hele forløbet. Foreninger og kommunale institutioner bød ind med aktiviteter til kalenderen, og den lokale presse sørgede for god dækning af processen. Også kommunens hjemmeside blev brugt i planlægningen.

Netværket

Der blev fra starten tænkt bredt i etableringen af netværket. Foreninger og kommunale repræsentanter var med, men også private virksomheder og Turistforeningen blev en del af projektet.

“Vi havde meget stor glæde af at få Turistforeningen med. De havde nogle gode erfaringer og en anden måde at tænke markedsføring og spredning af budskab på”.

Medierne var også godt med. Lene Dørfler nævner som eksempel, at Midtjyllands Avis i KRAM-månedens satte fokus på hver enkelt af faktorerne en uge ad gangen. En lokal politiker stillede op som ‘case’, og blev sammen med sin

kone og to teenagedrenge portrætteret som KRAM-familie.

”I Kost-ugen var der en kostfaglig medarbejder ude i familien, ugen efter en rygestopkonsulent og så videre”, fortæller Lene Dørfler. ”Det skabte megen opmærksomhed”.

Aktiviteterne

Kommunens sundhedspolitik udpeger børn og unge, borgere med kroniske lidelser og særligt udsatte som målgruppe. ”Dem var der et naturligt fokus på i KRAM-måned”, forklarer Lene Dørfler. ”Derudover var det vigtigt for os at få familierne i spil. Det var dér, der kunne være dobbelt synergi”.

”På åbningsdagen kom rigtig mange”, fortæller Lene Dørfler, ”men vejrguderne var ikke med arrangørerne resten af måneden. Mange aktiviteter næsten druknede i regn, men alligevel blev alle gennemført, blot med færre deltagere end for-

ventet. Ifølge tilbagemeldingerne fra arrangørerne har omkring 20.000 borgere været i gang med et-eller-andet – men tallet dækker også over ”gengangere””, understreger Lene Dørfler.

Erfaringerne

KRAM-måned var en slags pilotprojekt for kommunen, forklarer Lene Dørfler.

”Vi gjorde os mange erfaringer, som vi kan bruge i den fortsatte proces med at løfte opgaverne omkring den borgerrettede sundhedsfremme og forebyggelse”.

Og forventningerne til, hvad KRAM-projektets aktivitetsdel kunne bidrage med, blev indfriet: ”Processen omkring aktiviteterne var utrolig vigtig. Den fik folk ført sammen på kryds og tværs, og vi fik high-lightet de fire indsatsområder”, fastslår Lene Dørfler.



KRAM-stemmer – Frederiksberg Kommune

Aktiviteter, folk gider at være med til

“I markedsføringen kunne vi jo ikke regne med “Cirkus kommer til byen”-effekten – her er der cirkus hele tiden – så vi måtte enten gøre noget ekseptionelt eller finde de skæve vinkler i alle de aktiviteter, vi lavede”

Projektleder Helle Goyle, Frederiksberg Kommune

Kulturtilbud døgnet rundt og brevsprækker fyldt med kulørte indbydelser til alskens slags underholdning. Det er virkeligheden hos de borgere, som Frederiksberg Kommune i september 2008 skulle tilbyde et KRAM.

Derfor blev konkurrencen om borgernes opmærksomhed én af de største udfordringer for projektleder Helle Goyle, da hun og en styregruppe skulle i gang med markedsføringen af KRAM på Frederiksberg.

“Vi har nok oplevet, at vi måtte byde på noget, som skulle være ekseptionelt eller spændende – ellers ville borgerne ikke komme. På åbningsdagen havde vi for eksempel et kæmpe sundhedsmarked med masser af aktiviteter og nogle af stjernerne fra “Vild med dans”. Det blev velbesøgt, selv om jeg selvfølgelig havde håbet på flere”, siger Helle Goyle.

Kontakterne

En anden udfordring var at få opbygget alle de kontakter, som KRAM-deltagelsen forudsatte. “Det var en kæmpeudfordring. Bare at finde lokalerne til undersøgelsen og ingen drømmer om, hvor meget logistik, der var. Men hvor var det sjovt at få toget til at køre. Og det gav nogle kontakter, som jeg nok ikke havde fået ellers. Dem kan jeg trække på i de projekter, jeg laver nu”. Den store samarbejdsøvelse, som hun kalder den, gav mange sjove oplevelser og rystede alle de

involverede kollegaer sammen. Men det, der for alvor fik sat Frederiksberg Sundhedscenter på landkortet internt i kommunen, var de aktiviteter, de var med til at stable på benene i KRAM-måned, mener Helle Goyle.

Planlægningen

Det er ikke nyt for Frederiksberg Kommune at have ansvaret for forebyggelse – før kommunalreformen havde kommunen status som amt. Der var derfor allerede ansat konsulenter på alle fire KRAM-faktorer og mange erfaringer at trække på, da aktiviteterne skulle planlægges.

Der blev startet med et offentligt opstartsmøde for kommunale repræsentanter, foreninger og klubber – derefter gik planlægningen i gang. “Der blev aftalt aktiviteter for alle aldersgrupper, og det var primært os selv i sekretariatet og foreningerne, som satte det i gang”, fortæller Helle Goyle.

“Meget af det, vi selv lavede, var aktiviteter, som vi havde i forvejen, men som vi gerne ville gøre mere synlige”.

Fra det frivillige område var det mest de små foreninger, som bød ind med aktiviteter.

“Vi havde sagt til foreningerne, at vi ingen penge havde at give dem. Vi kunne derimod profilere dem og markedsføre dem. Så det blev ikke dem,

med de lange ventelister, som kom”, fortæller Helle Goyle og nævner, at en ny ting som speed-badminton blev markedsført på den måde.

”Også en lille forening, kaldet Kilo-Killers, som er udsprunget af Motion på recept, var ved at uddø, men KRAM-månedens fik sat fokus på den, og de kom i gang igen”.

De skæve aktiviteter

Hun fortæller om andre gode og skæve aktiviteter, for eksempel ”smør den vildeste madpakke”, hvor forældre og børn var sammen med studerende fra Suhrs Seminarium og kommunens kostkonsulenter. Teaterstykket ”Rumlerikkerne” var direkte henvendt til de små, mens projektet ”Kramzonen” på ungdomsuddannelserne tog fat i den målgruppe, som det ellers kan være svært at nå i forebyggelsen – de unge.

”Det var et projekt med vejledning, ro-konkurrencer og alle mulige aktiviteter, som satte fokus på de fire KRAM-faktorer. Projektet er blevet videreudviklet med støtte fra Nordea Danmark

Fonden og vil blive gentaget på teknisk skole og i gymnasierne”.

Synligheden

Helle Goyle er ikke i tvivl om, at deltagelsen i KRAM har været med til at synliggøre de kommunale tilbud. Hun er også overbevist om, at flere borgere er blevet opmærksomme på, at der findes et sundhedscenter.

Men ikke mindst internt i den store kommune er Sundhedscentrets kompetencer blevet synlige og udmønter sig i tværsektorielle samarbejder, oplever hun.

”Vi bliver indtænkt i flere aktiviteter nu. Både kulturdirektoratet og teknisk direktorat har inviteret os med i nogle samarbejder, fordi vi er blevet mere synlige.

De ved, at vi er her og kan lave aktiviteter, folk gider være med til”.



KRAM-stemmer – Varde Kommune

Sundhedsfremme skal være sjovt

“Det var vigtigt for os at sætte fokus på, at sundhed er sjovt og er for alle borgere. Vi skulle ikke blive belærende”.

Leder af sundhedscentret i Varde, Margit Thomsen

216

Som den sidste kommune i rækken, havde Varde haft 1½ år til at forberede sin KRAM-måned. Der havde også været tid til at indhente erfaringer fra de første projektkommuner.

“Vi var blandt andet nede at besøge Sønderborg,” fortæller lederen af sundhedscentret, Margit Thomsen. “Det var noget af en øjenåbner i forhold til, hvad der ventede os. Vi blev klar over, at opgaven ikke kunne ligge hos to mand – og vi satte gang i en projektorganisering af det med en praktisk gruppe på fem personer”.

Med den interne organisering på plads, indkaldte projektgruppen til det første informationsmøde med brainstorm på aktivitetsdelen af KRAM-projektet.

Aktiviteterne

På det første møde kom mange fra det lokale foreningsliv – både idræts- og patientforeninger – og der kom mange gode ideer.

Men da aktivitetskalenderen nogle uger senere skulle udfyldes, var der ikke længere helt så mange forslag fra foreningerne. Den ene af projektlederne, Karin Viuff, siger: “Hvis alle de mange gode ideer fra det første møde skulle have blomstret, skulle vi have støttet meget mere op bagefter, end vi gjorde. Der var interesse for at være med, og vi hjalp til, men det skal holdes mere i gang”.

Trods færre foreningsaktiviteter end forventet, var der alligevel mange tilbud om aktiviteter i den kalender, som blev sendt ud til borgerne sammen med spørgeskemaet fra KRAM-undersøgelsen.

“Med tilbuddene om stavgang, cykling og løb fik vi helt klart fat i nogle grupper, som ellers ikke er foreningsaktive”, fortæller Karin Viuff, som glæder sig over, at mange af initiativerne er fortsat.

Også på de kommunale institutioner blev der tilbudt en række aktiviteter, og skolerne kunne hente inspiration i et særligt skolekatalog med forskellige aktivitetsforslag og tilbud om en diætist eller en fysioterapeut som gæstelærer. Med på kalenderen var flere foredrag om livsstil, og Margit Thomsen fremhæver specielt Chris MacDonald.

“Det var en god event. Han kan det der med at gøre sundhed og forebyggelse sjovt – og det var også vores hovedbudskab, at der skulle være en god og positiv indgang til det”.

Synergien

Selv om KRAM-projektet kan ses som to adskilte dele – en undersøgelses- og en aktivitetsdel – gik projektgruppen bevidst efter at skabe synergi mellem spørgeskemaet og aktiviteterne.

“Der blev sået rigtig mange frø med skemaet. Spørgsmålene var så dybdegående om livsstilen,

at det kunne sætte tanker i gang, som måske medførte, at man ville rette op på noget. Og så stod vi parate med en masse tilbud om aktiviteter og tilbud, som kunne hjælpe med det”, forklarer Margit Thomsen.

Både for at støtte at disse tanker om egen sundhed kom i gang hos borgerne - og fordi man gerne ville have en høj besvarelsesprocent - udfoldede projektgruppen stor opfindsomhed for at få borgerne til at besvare skemaerne.

Blandt besvarelseserne blev der for eksempel trukket lod om fire rejsegavekort og en række præmier, doneret af private erhvervsdrivende.

Alle kommunalt ansatte med kontakt til borgerne blev desuden mobiliseret for at få flere til at udfylde skemaet.

Ikke mindst de unge var en vigtig målgruppe i forhold til skemaet og refleksionen over egen sundhed. Derfor tog projektgruppen kontakt til Handelsskolen.

“Vi spurgte, om vi måtte bruge nogle af deres vikartimer. Det måtte vi gerne, og i de timer besvarede de unge så spørgeskemaet”, fortæller Margit Thomsen.

Synligheden

Afviklingen af KRAM-projektet har sat fokus på sundhedsfremme og forebyggelse, og det er et succeskriterie at fastholde det fokus, mener Margit Thomsen. Ligeledes vil det være et succeskriterie at fastholde nogle af de nye aktiviteter.

Og så kan hun som leder af det relativt nystartede sundhedscenter glæde sig over, at næsten 100 mennesker dagligt gik gennem centret til fysisk undersøgelse i hele den måned, projektet varede.

“Det gjorde vores nye center kendt blandt borgerne og var med til at sætte os på bykortet i Varde. Det var en kæmpe kickstart”.



Kapitel 20. Målopfyldelse, erfaringer og kapacitetsopbygning

KRAM-kommunernes opgave var at planlægge og gennemføre aktiviteter rettet mod KRAM-faktorerne, navnlig motion, i den måned, undersøgelsen blev gennemført i kommunen. Målet var, at alle kommunens borgere i løbet af KRAM-månedens skulle deltage i mindst én aktivitet udover det, de i forvejen lavede. Der skulle derfor gennemføres mange og forskelligartede aktiviteter, så der ville være noget for alle grupper af borgere. Herudover forpligtede kommunerne sig til at fastholde fokus på fysisk aktivitet i en periode på minimum to år efter undersøgelsens gennemførelse.

Dette kapitel beskriver kommunernes erfaringer. Kapitlet bygger på beskrivelsen af aktiviteterne i kapitel 18, interviewene med de kommunale projektledere i kapitel 19 og på interview, som medarbejdere og praktikanter fra Statens Institut for Folkesundhed (SIF), Syddansk Universitet, lavede med arrangører af lokale aktiviteter i forbindelse med dokumentation af indsatsen.

Målopfyldelse

Der blev gennemført mange forskelligartede aktiviteter i kommunerne – og helt i forlængelse af aftalen mellem kommunerne og SIF især på motionsområdet. Der blev også gennemført en del aktiviteter, der handlede om sund kost, men kun få om rygning og næsten ingen om alkohol.

Der var især tre hovedtyper af aktiviteter:

- 1) Eventprægede aktiviteter, der oftest blev gennemført af planlægningsgruppen i kommunen. Det drejede sig især om aktiviteter i forbindelse med åbning af KRAM-måned, om markedsdage i weekenden, større motionsaktiviteter med videre

- 2) Aktiviteter i institutioner, især skoler og daginstitutioner samt på ældreområdet, hvor der blev sat fokus på området – både ved gennemførelse af særlige aktiviteter og ved at integrere KRAM-aktiviteter i det, der allerede foregik.
- 3) Aktiviteter i foreninger, navnlig idrætsforeninger og patientforeninger, både af den mere eventprægede slags og i form af åbent-hus-arrangementer.



Alle kommuner lavede eventprægede aktiviteter og havde her ofte god tilslutning fra borgerne. Nogle kommuner prioriterede eller lykkedes bedst med aktiviteter i institutionerne, mens andre havde mest fokus på samarbejdet med foreningerne og deres rolle.

Aktiviteterne i kommunens institutioner blev oplevet som relativt enkle at arrangere, fordi der allerede er samarbejde med medarbejderne på børneområdet, i skolerne og i ældresektoren, og fordi medarbejderne her er vant til at inkludere særlige temaer eller aktiviteter i det daglige arbejde. Flere kommuner prioriterede denne type aktiviteter, fordi det opleves, at det er der, hvor man allerede møder borgerne i dagligdagen, at kommunen kan gøre størst forskel.



Der var generelt god tilslutning til aktiviteterne i foreningerne. Nogle kommuner fortæller, at deltagerne ofte var de borgere, der allerede var aktive i foreningsregi, og som "blot" kom, fordi der skete noget sjovt og for at prøve nye aktiviteter. Andre erfarede, at aktiviteterne tiltrak helt nye målgrupper. Måske navnlig i de mindre kommuner oplevede man øget tilstrømning til foreningerne.

I alle kommuner var der en eller flere særligt succesfulde aktiviteter, der er fortsat ud over KRAM-måned. Fastholdelsen af fokus på KRAM blev desuden søgt sikret gennem samarbejdskontrakten mellem SIF og kommunens projektleder samt borgmester eller udvalgsformand. Den indrammede kontrakt blev overrakt i forbindelse med åbningsarrangementet og således gjort symbolsk forpligtende. Flere projektledere i kommunerne har efterfølgende fortalt, at de har kunnet bruge

kontrakten til at fastholde politikernes engagement.

Med henblik på at udveksle erfaringer og fastholde fokus på KRAM nedsatte kommunerne et indbyrdes netværk. De 11 kommuner, der har valgt at deltage i KRAM-netværket, fortæller, at de især har kunnet bruge hinanden og det fortsatte samarbejde med SIF til diskussion af, hvad de har fået ud af at være med i KRAM, og hvordan de kan fastholde nytten fremover. Det drejer sig navnlig om, hvordan de har kunnet bruge KRAM-profilen og om, hvordan gode aktiviteter,

Målet om at gennemføre mange aktiviteter blev i høj grad opfyldt. Det blev endog erfaret et par steder, at man måske havde for mange aktiviteter i den afgrænsede periode, så aktiviteterne kom til at konkurrere om borgernes opmærksomhed og deltagelse. Flere kommuner gennemførte aktiviteter på for eksempel bosteder og væresteder, men generelt blev der satset på at nå mange borgere snarere end særlige målgrupper.

Målet om at gennemføre så forskelligartede aktiviteter, at der ville være noget for alle grupper af borgere, blev således opfyldt, hvis man ser på de store grupper af borgere i forskellige aldersgrupper og ser bort fra helt særlige, mindre grupper af borgere. Målet om at alle borgere i løbet af KRAM-måned skulle deltage i mindst én aktivitet udover



det, de i forvejen lavede, var meget ambitiøst og formentlig i udgangspunktet urealistisk. Tanken med målsætningerne var at motivere de deltagende kommuner til at samarbejde på tværs af sektorer og med kommune-eksterne parter. Det gjorde alle kommunerne.

Samarbejde og netværksdannelse

I alle kommuner samarbejdede KRAM-planlægningsgruppen i sundhedenheden med børneområdet, skolerne, kultur- og fritidsområdet samt ældreområdet. Mange oplevede, at der også var stor parathed til at tænke KRAM-faktorerne ind i andre forvaltninger, eksempelvis områderne for teknik, byplanlægning og natur.

Samarbejdet på tværs af forvaltningsområder var særligt udfordrende, fordi kommunernes sundhedenhed var nydannet, og fordi medarbejderne derfor udover at skulle lære de andre at kende også skulle lære hinanden at kende. Flere fortæller, at de har oplevet KRAM som et teambuilding-projekt, hvor man har lært hinandens kompetencer at kende og at udnytte forskelligheder, fordi planlægning og gennemførelse af aktiviteter har været en så stor opgave. Der var alle steder behov for organisatoriske og sundhedsfaglige kompetencer, men også praktisk kunnen i forhold til logistik og kommunikation for eksempel i forbindelse med at finde lokaler, hyre en underviser, sikre underholdningsindsatser, udvikle informationsmateriale eller tale med lokalaviser. Nogle fik ideerne, andre førte dem ud i livet, og andre styrede begivenhederne. Medarbejderne lærte, hvem der var gode til hvad, men fortæller også, at de har tilegnet sig ny praksisbaseret viden, det vil sige fortrolighed med "at gøre" og at skaffe sig viden.

Udover at skabe indbyrdes kendskab og sammenhæng i egen afdeling oplever næsten alle

de deltagende kommuner, at projektet skabte samarbejde på tværs i kommunen. Deltagelsen i KRAM var en stor udfordring for kommunerne så kort efter kommunalreformen og den nye sundhedslov, men efterfølgende har flere ment, at det har været en fordel at have et så stort fælles tværgående projekt, der har kunnet fungere som katalysator i perioden, hvor den nye organisation skulle opbygges.

Flere især fra sammenlægningskommuner fortæller, at de har fået en langt større forståelse for, hvordan det hele hænger sammen, og hvem, der gør hvad, ved at lære medarbejdere udenfor eget område at kende. De fortæller, at det er meget lettere at komme i gang og få tingene gjort, når man ved, hvem man skal kontakte og måske endda har mødt vedkommende tidligere. De har fået praksisbaseret viden om, hvilke ressourcer der er at trække på i kommunen. Samtidig erkendes det, at samarbejdet på tværs må bygge på en forståelse for, at forvaltningerne har forskellig fokus og forskellige kerneydelser, og at sundhed for de andre områder kan virke som noget, der kommer i vejen – noget man skal oveni det andet. Kommunerne har erfaret, at man må finde samarbejdsflader, hvor alle oplever, at de får noget ud af det. En anden erkendelse er, at det er vigtigt at inddrage chef- og ledelsesniveau, så alle ved, at det er i orden at bruge tid på det tværgående samarbejde.

Erfaringerne med samarbejdet med de frivillige foreninger svarer på mange måder til dem, kommunerne har gjort sig med samarbejde på tværs internt i kommunen. KRAM-planlæggerne har lært personer i foreningerne at kende og mener derfor, at de fremover vil have lettere ved at tage telefonen og få sat aktiviteter i gang. De har også fået bedre kendskab til foreningernes arbejdsvilkår; til hvad man kan og ikke kan forvente, når der er tale om frivillige snarere end lønnede medarbejdere, til hvornår på dagen, man kan få

fat i foreningerne, og hvornår på året, de har ressourcer til at bidrage.

Det var især motions- og idrætsforeninger, men også ældreforeninger og patientforeninger, der bidrog med aktiviteter. Alle kommuner prøvede at inddrage for eksempel større virksomheder og handelsforening, men selvom det lykkedes enkelte steder, var der som oftest ikke respons på henvendelserne. Flere erkender, at det formentlig ikke har været tilstrækkeligt at sende skriftlige invitationer og mener, at personligt kendskab ville have fremmet samarbejdet. Der er dog en forventning om at få et bredere samarbejde, når de pågældende aktører for alvor bliver bekendt med, at sundhedsfremme og forebyggelse nu er en kommunal opgave.

Der var i alle kommuner masser af gode ideer på de indledende møder, men mange steder kneb det efterfølgende med konkret planlægning og at få ideerne ført ud i livet. Kommunerne fortæller, at de har lært, at det er nødvendigt med intensivt netværksarbejde og løbende støtte, når ens indsats er afhængig af bidrag fra samarbejdspartnere, for hvem den aktuelle sag ikke er øverst på dagsordenen og en del af det daglige arbejde. Erfaringerne viste, at det for at sikre ejerskabet for opgaven er vigtigt, at kommunen tydeligt kommunikerer, at samarbejdspartnere selv har ansvaret for de pågældende aktiviteter og desuden, at aktiviteterne var mest vellykkede i de tilfælde, hvor aktørerne havde et nært kendskab til målgruppen og det miljø, som aktiviteten skulle afholdes i. Kommunerne mener, at der med KRAM er skabt en masse relationer og netværk, som kan videreudvikles og bruges også fremover, og et par kommuner fortæller, at de forventer, at nogle af de mest aktive lokale foreninger på baggrund af deres erfaringer i KRAM-måned fremover vil igangsætte aktiviteter uden deltagelse eller særlig opfordring fra kommunen. Det opleves også som en stor fordel, at medar-

bejdere i kommunens øvrige forvaltninger og i de kommunale institutioner samt organisationer, virksomheder og foreninger i det omgivende samfund nu kender medarbejderne på sundhedsområdet og ved, hvordan de kan bidrage til løsning af opgaverne fremover.

De mange erfaringer med samarbejde tværs sektorielt og i forhold til eksterne parter opleves altså som noget af det væsentligste, kommunerne har fået ud af KRAM.

Synlighed og fokus

Deltagelse i KRAM har givet kommunerne mulighed for at synliggøre sundhedsfremme og forebyggelse blandt borgerne og sætte området på dagsordenen i kommunen. Det er især sket gennem de mange aktiviteter, som der blev informeret om ved udsendelse af aktivitetskalendere, i institutioner, på biblioteker, borgerservice med videre, men det har også haft betydning, at alle voksne borgere fik et personligt stilet brev med invitation til deltagelse i KRAM-undersøgelsen.

Endvidere er der gjort et stort arbejde i de lokale medier og ved anden markedsføring for eksempel med KRAM-plakater, vand i særlige KRAM-flasker, KRAM T-shirts, bannere, busreklamer og meget mere. KRAM-bussen i sig selv skabte også





synlighed med sin ofte centrale placering.

Mange af KRAM-kommunerne har kunnet bruge den positive opmærksomhed fra undersøgelsen og de lokale aktiviteter til at promovere kommunen som en, der gør noget for sundheden. KRAM fungerer således flere steder som et brand.

Kommunerne melder generelt om øget opmærksomhed på sundhed blandt borgerne som resultat af KRAM, men der er forskel på, hvor stor en del af borgerne, det har været muligt at nå. Især i mindre og mellemstore kommuner har det været muligt at skabe opmærksomhed blandt tæt ved alle borgere. Her oplever medarbejderne, at borgerne ved, hvad KRAM står for, og forbinder det med noget positivt. I de største kommuner i hovedstadsområdet, hvor udbuddet af aktiviteter og tilbud generelt er stort, har det været vanske-

ligere. I flere interview påpeger medarbejderne, at de opfatter borgernes kendskab til KRAM-faktorerne som næsten uvurderligt for det videre arbejde og som et væsentligt udbytte af kommunens deltagelse i KRAM.

Det øgede fokus og den positive opmærksomhed blandt borgere og samarbejdspartnere opleves som noget, der smitter af på den politiske opmærksomhed for området. Vel vidende at det er vanskeligt at sige, om det netop er KRAM, der er årsagen, fortæller flere, at sundhedsfremme og forebyggelse er kommet hurtigere og lettere på den politiske dagsorden, og flere har haft forhåbninger om, at dette også vil kunne afspejles i de kommunale budgetforhandlinger. Hvis dette har været tilfældet, vil det næsten direkte medvirke til forankring af indsatsen.

Opsamlende har kommunerne altså oplevet at få:

- større praksisviden om planlægning, gennemførelse og markedsføring af aktiviteter
- bedre samarbejde og udnyttelse af hinandens kompetencer i egen afdeling eller enhed
- bedre forståelse for kommunens organisation og ressourcer, kendskab til medarbejdere i andre enheder og øget samarbejde på tværs
- bedre kendskab til nøglepersoner og øget samarbejde med de frivillige foreninger og bedre forståelse for deres arbejdsvilkår
- øget fokus på KRAM, sundhed og livsstil blandt borgerne og i medierne
- øget politisk opmærksomhed på området

Udbyttet af KRAM forstået som kapacitetsopbygning

Det væsentligste videnskabelige udbytte af KRAM-undersøgelsen er den store database, der kan benyttes til forskning til gavn for den fremtidige sundhedsfremmende og forebyggende indsats.

Fra et borgerperspektiv har den direkte sundhedsfremmende effekt af indsatsen formentlig været begrænset. Det er dog tænkeligt, at især borgere, der allerede var motiverede og derfor modtagelige, har fået det sidste ekstra skub, der skulle til, for eksempel at spise sundere i hverdagen eller at komme i gang med løbe. Nogle har måske deltaget i kommunale tilbud eller meldt sig ind i en af de lokale foreninger. Endelig var mange af de lokale aktiviteter baseret på, at det skulle være sjovt at være med, og borgerne har derfor forhåbentlig som minimum fået en god oplevelse.

Fra kommunernes side var der flere steder uindfriede forventninger til KRAM-profilen. Som beskrevet indledningsvis i nærværende rapport, var der ikke tale om repræsentativ undersøgelse af kommunens borgere. Tallene har derfor en anden anvendelighed end traditionelle kommunale sundhedsprofiler – og ikke alle kommuner har haft glæde af dem.

Langt de fleste af kommunerne har til gengæld været særdeles bevidste om og glade for de andre typer af udbytte, de har haft af deltagelsen. Det handler som beskrevet ovenfor om organisatoriske, kompetencemæssige, relationelle og kommunikative gevinster, som bliver synlige på tværs af interviewene med medarbejdere, planlæggere og samarbejdspartnere.

Dette tværgående perspektiv på deltagelsen i KRAM kan måske forstås og beskrives som op-

bygning af en større kapacitet for at arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse fremover. I den internationale litteratur på sundhedsfremmeområdet arbejdes i stigende grad med betydningen af kapacitetsopbygning, hvor kapacitet handler om, hvad der skal være til stede for at kunne udføre opgaver effektivt – her de kommunale sundhedsopgaver. Kapacitet omfatter i denne videnskabelige tilgang blandt andet (McLean et al. 2005):

- ressourcer
- medarbejderes engagement, kompetencer, praksisviden og forståelse af feltet
- en organisation med synlig ledelse og støtte fra ledelse, og en kultur der understøtter videnuddeling og læring
- aktive samarbejdsrelationer med andre i og udenfor egen enhed i organisationen og fornuftig brug af dem
- positiv fokus på området i form af interesse og engagement fra beslutningstagere og offentlighed

Der er tydeligt sammenfald mellem elementerne i kapacitetsbegrebet og de forhold, der fremgår på tværs af de gennemførte interview med medarbejdere om udbyttet af KRAM. Noget tyder altså på, at kommunerne parallelt med gennemførelsen af de konkrete opgaver i tilknytning til deres deltagelse i KRAM har fået øget kapacitet. En kapacitet, som ifølge teorien, gør organisationer og aktører bedre i stand til at planlægge og gennemføre fremtidige indsatser (Labonte et al. 2002; Hawe et al. 1997).

Kapacitetsstilgangen giver mulighed for at udvide forståelsen af effekt. Ud over den videnskabelige nytte og den eventuelle gavn enkeltborgere har haft af KRAM, ser vi måske her en effekt, som kan have mere langsigtede virkninger. I begyndelsen af 2007, hvor KRAM startede, var kommunerne overvældet af sammenlægninger og

nye sundhedsopgaver. KRAM-kommunerne forpligtede sig til en stor opgave og fik et ordentligt boost – for nogle næsten mere, end de kunne ønske. Men de tog opgaven på sig. Den kapacitet, de dermed opbyggede, kan blive vigtig. Udviklingen på området går hurtigt. Der vil også fremover være mange udfordringer for kommunerne i arbejdet med de kommunale sundhedsopgaver, og måske især netop inden for organisering, sam-

arbejde på tværs, netværk, engagement blandt borgere og opbakning fra politikere. KRAM-kommunerne er ikke de eneste, som oplever disse udfordringer – det gør samtlige kommuner i Danmark. Men KRAM-kommunerne har måske opbygget en kapacitet til at håndtere disse udfordringer. Vi håber derfor, også landets øvrige kommuner får glæde af at kende til KRAM-kommunernes erfaringer.

Bilag A. Forskerbeskyttelse

Ved at rette henvendelse til folkeregisteret i ens bopælskommune blev det i år 2000 muligt at forhåndsframelde sig deltagelse i statistiske og videnskabelige undersøgelser, som baseres på oplysninger fra CPR. Antallet af personer med forskerbeskyttelse har siden år 2000 været kraftigt stigende, og det stiger fortsat (Danmarks Statistik 2008). Derfor modtog godt 12 % af alle potentielle borgere i KRAM-kommunerne ikke en invitation til KRAM-undersøgelsen. Andelen med forskerbeskyttelse er alders- og indkomstafhængig, hvorfor især en stor andel blandt de yngste borgere og blandt borgere i de laveste indkomstgrupper ikke blev inviteret til KRAM-undersøgelsen. Det skyldes, at det især er de yngre borgere, der flytter bopælsadresse, og i forbindelse med flytninger har det været en

mulighed at vælge forskerbeskyttelse. Civilstatus synes også at have en betydning for, om man har fået forskerbeskyttelse, da procentvist flere enlige end samboende har fået forskerbeskyttelse. Mange borgere var øjensynligt ikke selv bevidste om deres forskerbeskyttelsesregistrering og selvom de henvendte sig til kommunens borgerservice og fik forskerbeskyttelsen ophævet, gav det dem dog ikke mulighed for at deltage i KRAM-undersøgelsen. Fordi forskerbeskyttelse fordeler sig skævt i befolkningen, har det en negativ indvirkning på KRAM-undersøgelsens – såvel som andre befolkningsundersøgelser – repræsentativitet. I KRAM-undersøgelsen har det fra start ikke været muligt at invitere alle borgere som ønsket.

Bilag B. Spørgeskema- og helbredsundersøgelsen

KRAM-spørgeskema

Spørgeskemaet til KRAM-undersøgelsen blev 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 blev der stillet en række spørgsmål, som kan belyse perspektiver på sygdom og sundhed. Der blev spurgt 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, indgik 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 indeholdt spørgeskemaet spørgsmål om udsættelse for passiv rygning, alkoholvaner gennem livet, oplevelsen af stress og søvnmønster.

Foruden selve KRAM-spørgeskemaet blev deltagerne opfordret til at besvare et kostspørgeskema. Hovedformålet med kostspørgeskemaet var at undersøge, hvem det er, der spiser usundt, samt sammenhængen mellem kosten og udviklingen af specifikke sygdomme og helbredsproblemer. I kostspørgeskemaet blev deltagerne spurgt om, hvor ofte de spiser en lang række fø-

devarer. Svarpersonerne skulle forsøge at tænke tilbage på deres madvaner det seneste år og angive et gennemsnit for deres indtag. På den måde opnås også oplysninger om de fødevarer, som bliver spist sjældent, og de fødevarer, hvor der er forskel på indtagelsen sommer og vinter. Den typiske mængde mad blev angivet ved hjælp af billedmateriale til angivelse af standardportionsstørrelser. Endelig indeholdt skemaet spørgsmål om 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.

Beskrivelse af målinger og tests

Deltagere gennemgik til helbredsundersøgelsen følgende målinger og test: Blodtryk, hvilepuls, hofte- og taljemål, højde, vægt (BMI) og fedtprocent, blodprøver (HgbA1c, kolesterol, triglycerid og C-reaktivt protein), lungefunktion, mineraltæthed i fingrenes knogler, balance, ganghastighed, stoletest, muskelstyrke og konditest. Forud for helbredsundersøgelsen blev alle deltagere mundtligt informeret om undersøgelsens indhold, og deltagerne underskrev en samtykkeerklæring. Alle deltagere gennemgik endvidere et screeningsinterview om sygdom og medicinforbrug med henblik på deltagelse i de enkelte målinger og test.

Efter endt undersøgelse fik deltagerne gennemgået deres resultater. I tilfælde af forhøjet blodtryk, nedsat lungefunktion eller lavt knoglemineraltæthed blev deltagerne opfordret til at informere egen læge for nærmere undersøgelse.



I det følgende beskrives de enkelte målinger og tests. Anvendte grænseværdier og klassifikation af de forskellige mål og tests fremgår af kapitel 11.

Blodtryk og hvilepuls

Der blev anvendt automatiske blodtryksapparater model UA-767 PC, UA-767 Plus30 eller UA-779 til blodtryksmåling. Manchetstørrelse blev ved tvivl bestemt ved måling af overarmsomkreds (lille manchet: 18-22 cm, standard manchet: 22-32 cm, stor manchet: 32-45 cm). Manchetten blev placeret direkte på huden på venstre overarm cirka 2 cm over albuebøjningen. Deltageren skulle sidde uden korslagte ben i en stol og hvile i 5 minutter forud for blodtryksmålingen. Blodtryksmålingen blev i nogle kommuner gentaget efter yderligere et eller to minutters hvile. Proceduren for blodtryksmålingen blev ændret to gange undervejs i undersøgelsen. I tabel B.1 ses hvilke procedurer, der blev anvendt i de forskellige kommuner.

I de kommuner, hvor der blev foretaget to målinger, blev gennemsnittet anvendt, hvis forskellen mellem de to målinger ikke oversteg 20/10 mmHg. Hvis forskellen mellem de to må-

linger oversteg 20/10 mmHg, blev der foretaget endnu en måling efter yderligere 1 minuts hvile. Oversteg blodtrykket ved gentagne målinger 200/120 mmHg kontaktede medarbejderen deltagerens læge eller vagtlægen. Hvis ansvarshavende læge vurderede, at det var nødvendigt straks at tilse deltageren, blev der sørget for forsvarlig transport.

Tabel B 1. Blodtryksmålinger i KRAM-kommunerne

Kommune	Antal målinger	Antal minutter mellem målinger
Aalborg, Sønderborg, Hillerød	2	2
Struer, Næstved, Guldborgsund, Brøndby/Albertslund, Faaborg-Midtfyn	1	-
Ærø, Silkeborg, Frederiksberg, Varde	2	1

Hofte- og taljeomkreds

Hofte- og taljeomkreds blev målt med WM02 Body Tape fra Chasmors Ltd. Med en kuglepen markerede medarbejderen nederste ribbenskant og øverste hoftekam og afsatte et mærke midt mellem disse to punkter på begge sider af deltagerens krop. Målingen blev foretaget, mens deltageren stod med vægten fordelt ligeligt på let adskilte ben og armene ned langs siden. Målebåndet blev strammet, så det netop sad til – og ikke strammere end, at det stadig var muligt at placere en finger mellem krop og målebånd. For måling af hofteomkreds blev deltageren bedt om at afklæde sig til undertøjet omkring hoften og indtage samme position som ved måling af taljeomkreds. Hofteomkredsen blev målt, hvor hoften var bredest set både forfra og fra siden.

Højde

Der blev anvendt et stadiometer model Leicester Height Measure. Ved højdemålingen blev deltageren bedt om at tage sko af og stille sig med ryggen mod målepinden. Deltageren blev bedt om at se lige frem, lade skuldrene være afslappede, lade armene hænge ned langs siden, stå med strakte ben, knæene samlet og så vidt muligt lade skulderblade, bagdel og hæle røre målepinden. Højden blev herefter målt til nærmeste millimeter.



Vægt, fedtprocent og BMI

Fedtprocent og kropsvægt blev bestemt med bioimpedansmåleren Tanita BC 418 MA. Bioimpedansmåleren har et maksimum vægtmål på 200 kg, så i tilfælde af deltagere med en vægt på over 200 kg blev personvægten Tanita WB-110 S anvendt. Af sikkerhedsmæssige årsager blev der ikke udført måling af fedtprocent på gravide deltagere eller deltagere med pacemaker. Der blev vejlet uden overtøj, sko og strømper. Bioimpedansmåleren var indstillet således, at den trak 1,0 kg fra kropsvægten som compensation for vægten af deltagerens øvrige beklædning. Køn, kropstype, alder og højde blev indtastet på bioimpedansmåleren. Deltageren blev efterfølgende bedt om at træde op på vægten med de bare fødder placeret på elektrodepladerne. Vægten blev aflæst og deltageren tog dernæst bioimpedansmålerens håndtag i hver hånd og holdt armene lidt ud til hver side, indtil fedtprocenten fremkom på displayet, og en bon med oplysninger om blandt andet fedtprocent, vægt og BMI blev udskrevet.



Blodprøver – måling af kolesterol, triglycerid, CRP og Hæmoglobin A1c

Ved helbredsundersøgelsen blev P-Kolesteroler, P-triglycerid, P-C-reaktivt protein og Hæmoglobin A1c målt ved en ikke-fastende blodprøve. Bioanalytikere fra Rigshospitalets Klinisk Biokemisk afdeling, KB 3-01-1, Diagnostisk Center, forestod blodprøvetagningen. Blodprøvetagningen foregik efter Klinisk Biokemisk afdeling, KB 3-01-1 SOP005: "Vejledning til blodprøvetagning", udgave 9.

I alt blev der taget 5 glas – 3 Lithium-heparinglas (à 3 ml) og 2 K3-EDTA-glas (à 2 ml) til de umiddelbare analyser og til nedfrysning med henblik på senere analyser og DNA-oprensning. Prøverne blev én gang ugentligt transporteret til analyse og nedfrysning på Rigshospitalet.



Lungefunktion

Ved spirometritesten (lungefunktionsmålingen) blev der dels målt lungevolumen, der er den totale mængde luft, som deltageren kan puste ud (Forceret Vital Kapacitet, FVC), og dels luftens strømningshastighed gennem luftvejene, som er den mængde luft, der maksimalt kan pustes ud i løbet af det første sekund (Forceret Ekspiratorisk Volumen i første sekund, FEV₁). Der blev anvendt et EasyOne spirometer, spiretter og mundstykker. Deltagerens data i form af brugernavn, fødselsdagsdato, højde, etnicitet og køn blev indtastet på spirometeret. Deltageren blev instrueret i at tage en så dyb indånding som muligt, tage mundstykket mellem tænderne og lukke læberne tæt omkring det, så luften ikke kunne komme

uden om mundstykket, udånde så kraftigt som overhovedet muligt og fortsætte udåndingen så længe som overhovedet muligt. Det blev understreget, at det var altafgørende for testens kvalitet, at udåndingen i det første sekund var eksplosiv. Medarbejderen demonstrerede desuden teknikken. Testen blev som hovedregel udført tre gange, hvoraf mindst to tests skulle være reproducerbare.



Knoglemineraltæthed

Knoglernes mineraltæthed blev målt i de midterste knogler i de tre midterste fingre på den non-dominante hånd angivet ved en T-score. Resultaterne af håndskanningen kan ikke benyttes til at stille diagnosen osteoporose (knogleskørhed) og blev derfor anvendt som en forundersøgelse for osteoporose. Til måling af knoglemineraltæthed blev røntgenskanneren MetriScan fra Alara Inc anvendt. Kontraindikationer for deltagelse var graviditet, en ortopædisk genstand i hver af deltagernes tre midterste fingre eller en deformitet, som forhindrede korrekt placering af patientens tre midterste fingre.

Deltagerens brugernavn, navn, køn, fødselsdato og etnicitet blev indtastet i computeren. Deltagerens non-dominante hånd blev herefter placeret på pladen på skanneren, således at de tre midterste fingre var placeret i de dertil indrettede fordybninger, og skanningen blev herefter udført.

Stoletest, balance og ganghastighed

Til testning af funktionsevnen blev Short Physical Performance Battery (SPPB) (Guralnik et al. 1994) benyttet. Testen består af tre dele, der tester henholdsvis evnen til at rejse fra en stol, balance og ganghastighed. Stoletesten blev udført af alle deltagere, der evnede at rejse sig fra og sætte sig på en stol. Kun de 60+-årige gennemførte balance- og ganghastighedstest. Til udførelse af de tre tests blev der brugt stopur, håndtællerapparat og en stol med en sædehøjde på 43 cm. I stoletesten skulle deltageren sætte sig på en stol med armene korslagte over brystet og hånd-

fladerne hvilende på kravebenene. Deltageren skulle dernæst rejse sig og sætte sig så mange gange som muligt i løbet af 30 sekunder (stadig med armene korslagte). Deltageren skulle helt op at stå og helt ned at sidde hver gang. Testen blev igangsat ved tryk på stopuret, når deltageren var klar. Der blev taget en mellemtid, når deltageren havde rejst sig fem gange. Resultatet af testen var denne mellemtid samt det antal gange, deltageren nåede at rejse sig inden for 30 sekunder.



I balancetesten blev deltageren først bedt om at stå med samlede fødder i 10 sekunder. Hvis deltageren kunne gennemføre dette, blev deltageren bedt om at stå i semitandemposition i yderligere 10 sekunder. Hvis dette også var muligt, blev deltageren bedt om at stå i tandemposition i 10 sekunder. Føddernes placering i de tre positioner var som følger:



Deltagerens præstation blev tildelt 1 point per gennemført sekund af testen – altså 0 til 30 sekunder.

Ganghastighedstesten foregik ved, at deltageren placerede sig foran en afmærket distance på 2,45 meter. Deltageren blev herefter bedt om at gå i vanligt tempo til den modsatte ende af strækningen. Et stopur blev sat i gang, så snart deltageren begyndte at gå, og uret blev stoppet, når deltageren havde passeret målstregen med begge fødder.

Muskelstyrke

Armstyrken (biceps) blev målt med Takei TTK 5402 Digital Back Strength dynamometer og håndstyrken med dynamometeret Takei TTK 5401 Digital Handgrip Dynamometer. Styrketests blev ikke udført ved hjertesygdom, forhøjet blodtryk (>180/110 mmHg) eller muskelskelet- eller led-problemer, der hindrede deltagelse.



Hånddynamometeret blev indstillet til deltageren – jo større hånd jo større greb. Styrketesten blev udført med den dominante hånd. Deltageren greb fat om dynamometeret og holdt den i udstrakt arm i en 30 graders vinkel ud fra siden af kroppen. Deltageren blev dernæst bedt om at klemme sammen om håndtaget med maksimal styrke, indtil tallene i målerens display ikke længere ændrede sig. Håndstyrkemålet blev udført to gange med minimum et minut mellem målingerne.

Til udførelse af armstyrkemål blev deltageren bedt om at placere sig på den dertil indrettede plade. Begge arme skulle flekses 90° i albueledene, og albuerne skulle fikseres. Med underhåndsgreb holdt deltageren om et håndtag (en stang), der med en kæde var forbundet til måleapparatet, der sad på pladen. Kæden på måleren blev justeret, så den netop var udstrakt mellem måleapparatet og håndtaget, når armene var bøjet 90°. Deltageren blev herefter bedt om at stå ret op uden at bøje i knæene og trække underarmene opad med maksimal styrke, indtil tallene i målerens display ikke længere ændrede sig. Under begge styrketests blev deltageren opmuntret til at trække/klemme så meget som muligt.



Konditest

Maksimal iltoptagelse og dermed kondition blev estimeret ved en indirekte maksimaltest (Watt-max test) (Andersen 1995) eller ved en indirekte submaksimal test – Åstrands étpunktstest (Åstrand & Rodahl 1986). Konditest blev gennemført på en Monark 839E ergometercykel, og testen blev styret fra en tilkoblet bærbar PC, som løbende opsamlede relevante data som puls, belastning, frekvens og arbejdstid. Derudover blev deltageren udstyret med pulsmålingsudstyr.



Deltagerne gennemførte som udgangspunkt en Watt-max test. Deltagere, der ud fra screenings-interviewet eller blodtryksmålingen blev vurderet ikke at kunne gennemføre en Watt-max test, gennemførte i stedet den mindre krævende étpunktstest. Én eller flere af følgende tilstande kontraindicerede Watt-max testen: Hjerter- eller lungerelateret sygdom, smerte eller trykken for brystet, hypertension (>160/100 mmHg), indtagelse af visse former for medicin (herunder hypotensiva, hjerter- eller lungemedicin) og graviditet. Étpunktstesten var kontraindiceret ved hypertension (>180/110 mmHg), alvorlig hjerterelateret sygdom og visse former for medicin. For begge tests gjaldt det, at deltagere med muskel-, led- eller skeletgener, der var problematiske for udførelse af den pågældende cykeltest, ikke gennemførte testen.

Deltageren fik påført et pulsbælte lige under brystkassen, og sadel samt styr blev tilpasset deltageren.

Ved Watt-max testen kørte deltageren først fem minutter ved en belastning på henholdsvis 75 og 100 watt for kvinder og mænd. Herefter steg belastningen med 35 watt hvert andet minut. Deltageren blev bedt om at holde et jævnt tempo på mellem 60 og 80 omdrejninger per minut indtil total udmattelse. Deltageren blev et halvt minut før hver stigning i belastning bedt om at angive sin oplevelse af fysisk anstrengelse på Borg-skalaen, som inddeler subjektiv oplevelse af anstrengelse (rate of perceived exertion) på en skala fra 6 til 20 (Borg 1998). Medarbejderen noterede dette tal sammen med deltagerens puls. Medarbejderen opmuntrede deltageren undervejs, og når deltageren havde nået sin maksimale formåen, stoppede medarbejderen testen. Ud fra den maksimalt opnåede belastning (watt), antal sekunder kørt på højeste belastning og deltagerens vægt blev maksimal iltoptagelse og kondital herudfra estimeret via en algoritme (Andersen 1995).

Étpunktstesten bestod af de fem minutters indledende opvarmning af Watt-max testen – altså 5 minutters cykling i jævnt tempo ved en belastning på 75 og 100 watt for henholdsvis kvinder og mænd. Efter 4½ minut blev pulsen aflæst, og deltageren blev bedt om at angive sin oplevelse af fysisk anstrengelse på Borg-skalaen. På baggrund af deltagerens puls, køn, alder og vægt blev den maksimale ilt-optagelse og dermed et kondital estimeret ud fra en aldersestimeret maksimalpuls.



Bilag C. Deltagelse og repræsentativitet

Svarpersoner i spørgeskemaundersøgelsen

I alt fik 538.497 personer tilsendt en invitation til deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen. Spørgeskemaet blev helt eller delvist besvaret af i alt 76.484 personer, hvilket giver en samlet svarprocent på 14,2 % (tabel C.1). Heraf besvarede 48.065 personer helt eller delvist det supplerende kostspørgeskema.

Svarprocenten i spørgeskemaundersøgelsen er højere for kvinder (16,5 %) end for mænd (11,8 %). De 45-64-årige kvinder har den højeste svarprocent, mens de 18-24-årige mænd har den laveste. Blandt både mænd og kvinder stiger svarprocenten med alderen til og med aldersgruppen 45-64 år, hvorefter den falder (tabel C.2).

Tabel C.1 Antal inviterede, antal svarpersoner samt svarprocent i KRAM-undersøgelsen i KRAM-kommunerne

	Antal inviterede	Antal svarpersoner	Svarprocent
Albertslund	17.774	2.693	15,2
Brøndby	21.942	2.518	11,5
Frederiksberg	67.199	9.326	13,9
Faaborg-Midtfyn	35.461	4.811	13,6
Guldborgsund	43.130	5.942	13,8
Hillerød	29.960	5.072	16,9
Næstved	53.073	6.599	12,4
Silkeborg	58.357	6.634	11,4
Struer	15.500	2.759	17,8
Sønderborg	20.000	4.831	24,2
Varde	34.108	6.263	18,4
Ærø	5.103	1.309	25,7
Aalborg	136.890	17.727	12,9
Alle	538.497	76.484	14,2

Tabel C.2 Antal inviterede, antal svarpersoner og svarprocent i KRAM-undersøgelsen fordelt på køn og alder

		Antal inviterede	Antal, der helt eller delvist har besvaret spørgeskemaet	Andel, der helt eller delvist har besvaret spørgeskemaet
Total		538.497	76.484	14,2
Mænd	18-24 år	26.727	2.118	7,9
	25-44 år	86.908	8.713	10,0
	45-64 år	96.296	13.801	14,3
	65+ år	53.301	6.488	12,2
	Alle mænd	263.232	31.120	11,8
Kvinder	18-24 år	23.697	3.635	15,3
	25-44 år	85.206	14.942	17,5
	45-64 år	97.692	20.351	20,3
	65+ år	68.670	6.436	9,4
	Alle kvinder	275.265	45.364	16,5

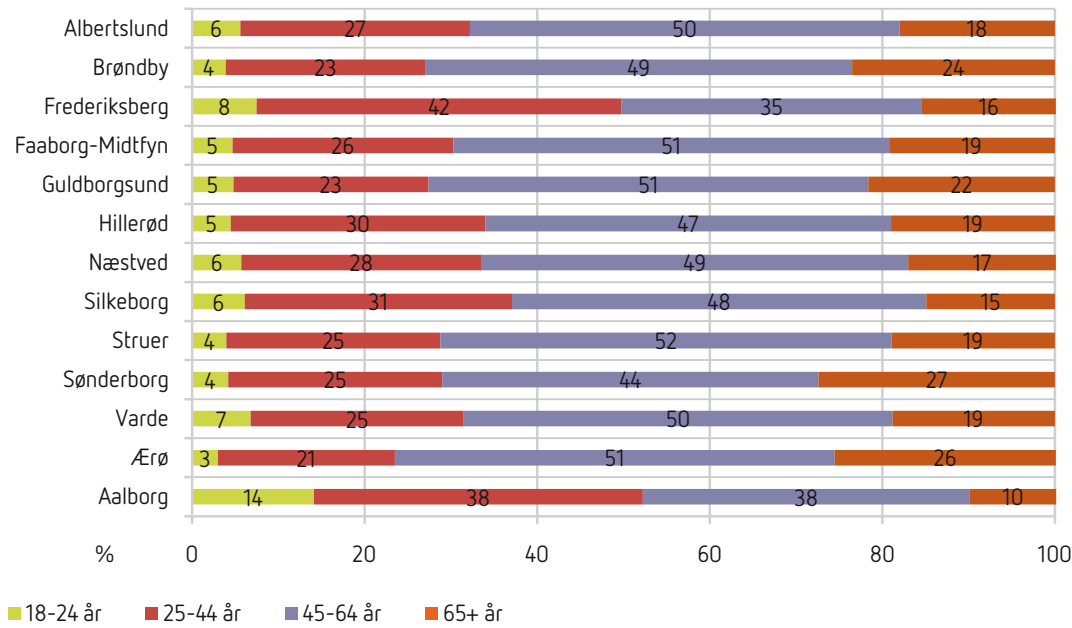
I tabel C.3 ses køns- og aldersfordelingen blandt svarpersonerne sammenholdt med henholdsvis de inviterede borgere i de 13 KRAM-kommuner og med befolkningen i Danmark som helhed. Af tabellen ses, at der er procentvis færre mænd blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen i forhold til de inviterede borgere og den danske befolkning. Yderligere er der procentvis færre unge mænd og procentvis flere kvinder i aldersgruppen 45-64 år blandt svarpersonerne sammenlignet med både gruppen af inviterede i KRAM-kommunerne og den samlede voksne befolkning i Danmark.

Figur C.1 viser aldersfordelingen blandt svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen for de 13 KRAM-kommuner. Det fremgår, at der kommunerne i mellem er forskel på andelen af svarpersoner i de fire aldersgrupper. I Frederiksberg Kommune og Aalborg Kommune er der procentvis flere i de yngste aldersgrupper sammenlignet med de øvrige kommuner. Modsat er der i Brøndby, Guldborgsund, Sønderborg og Ærø kommuner procentvis flere svarpersoner i de ældste aldersgrupper. Disse forskelle i aldersfordelingen skal medtænkes, når resultaterne fra de enkelte KRAM-kommuner sammenlignes.

Tabel C.3 Fordeling på køn og alder blandt henholdsvis svarpersonerne i KRAM-undersøgelsen, alle inviterede borgere i KRAM-kommunerne og i Danmark som helhed. Procent

		Svarpersoner i KRAM-undersøgelsen	Inviterede borgere i KRAM-kommunerne	Danmark
Mænd	18-24 år	2,8	5,0	5,1
	25-44 år	11,4	16,1	18,1
	45-64 år	18,0	17,9	17,4
	65+ år	8,5	9,9	8,7
	Alle mænd	40,7	48,9	49,0
Kvinder	18-24 år	4,8	4,4	4,9
	25-44 år	19,5	15,8	17,7
	45-64 år	26,6	18,1	17,4
	65+ år	8,4	12,8	11,2
	Alle kvinder	59,3	51,1	51,0

Figur C.1 Aldersfordeling blandt svarpersonerne i spørgeskemaundersøgelsen i KRAM-kommunerne. Procent



Fordeling på uddannelse blandt svarpersoner og alle inviterede borgere i KRAM-undersøgelsen fremgår af tabel C.4. Tabellen viser, at der er en underrepræsentation af svarpersoner med en grundskoleuddannelse som højest fuldførte ud-

dannelse. Derimod er der en overrepræsentation af svarpersoner med en videregående uddannelse. Analysen er baseret på registeroplysninger og er foretaget af Danmarks Statistik.

Tabel C.4 Fordeling på uddannelse blandt svarpersoner og alle inviterede borgere i KRAM-kommunerne. Procent

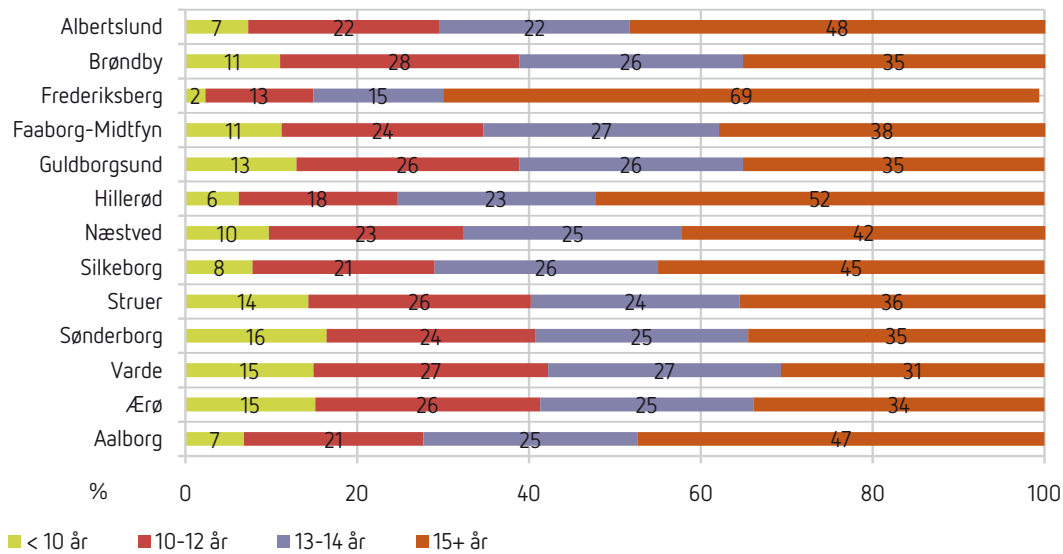
	Svarpersoner i KRAM-undersøgelsen	Inviterede borgere i KRAM-kommunerne
Grundskole	19,5	36,3
Gymnasial og erhvervsfaglig uddannelse	46,7	44,2
Videregående uddannelse	33,7	19,6

Sammenlignes svarpersonerne selvrapporterede uddannelseslængde i KRAM-kommunerne, ses ligeledes store forskelle. I Frederiksberg Kommune og Hillerød Kommune har størstedelen af svarpersonerne 15 eller flere års uddannelse. I Sønderborg, Varde og Ærø kommuner ses den største andel svarpersoner med mindre end 10 års uddannelse (figur C.2). Disse forskelle i uddannelsesfordelinger skal medtænkes, når resultaterne fra de enkelte KRAM-kommuner sammenlignes. Uddannelsesniveaue har betyd-

ning for vores sundhed, da personer med en lang uddannelse oftere har en sundere livsstil end personer med en kort uddannelse.

Den klassifikation af uddannelse, der anvendes i rapporten, viser det samlede antal års uddannelse en person har gennemgået – fra skolestart til afslutning af erhvervsuddannelsen. Dette mål svarer til ISCED – International Standard Classification of Education.

Figur C.2 Fordeling på kombineret skole- og erhvervsuddannelse blandt svarpersonerne i de 13 KRAM-kommuner. Procent



Tabel C.5 Fordeling på indkomst og civilstand blandt svarpersoner i KRAM-undersøgelsen og alle inviterede borgere i KRAM-kommunerne. Procent

		Svarpersoner i KRAM-undersøgelsen	Inviterede borgere i KRAM-kommunerne
Indkomst	0-149.999 kr	21,7	33,7
	150.000-249.999 kr	24,4	26,1
	250.000-399.999 kr	38,0	29,3
	400.000+ kr	15,9	10,9
Civilstand	Gift	61,5	52,6
	Ikke gift	38,5	47,4

Der er forskel på årsindkomst og civilstand blandt svarpersonerne og gruppen af inviterede til spørgeskemaundersøgelsen i KRAM-kommunerne. Der ses en underrepræsentation af ugifte samt svarpersoner med en årsindkomst på mindre end 149.999 kr. Derimod ses en overrepræsentation af svarpersoner med en indkomst på mere end 250.000 kr. årligt (tabel C.5). Analysen er baseret på registeroplysninger og er foretaget af Danmarks Statistik.

Deltagere i helbredsundersøgelsen ved KRAM-bussen

I pilotundersøgelsen i Aalborg Kommune deltog 9,9 % af de inviterede borgere i helbredsundersøgelsen. Denne deltagelsesprocent blev opnået efter først at have sendt 3.500 invitationer ud, dernæst rykkere til dem, der ikke havde bestilt tid samt invitationer til yderligere 5.000 borgere. En rundringning til borgere, der ikke havde bestilt tid, gav særdeles brugbar viden vedrørende årsager

til, at nogle borgere ikke ønskede at deltage i undersøgelsen. Eksempelvis: for lang afstand til undersøgelsesstedet, nylig helbredstjek hos egen læge eller orkede ikke at besvare det lange spørgeskema.

På baggrund af disse erfaringer blev spørgeskemaet forkortet, og de efterfølgende kommuner blev opfordret til at have fokus på transport af de inviterede borgere til undersøgelsesstedet. Der var i de efterfølgende kommuner stor variation i borgernes ønske om at deltage. For hver kommune blev beslutningen om antal invitationer, der skulle udsendes, derfor baseret på et skøn alt efter geografiske og sociodemografiske forhold i kommunen, kommunens markedsføring, tilbud om hjælp til transport til undersøgelsen og lignende. Målet var at invitere så tilpas mange, at der ville blive fuldt booket og tilpas få til at alle, der modtog en invitation og ønskede at deltage, kunne deltage – også selvom de måske først fik bestilt tid en uge eller to efter modtagelse af invitationen. Generelt var der et meget fint

Tabel C.6. Antal invitationer, tider og fremmødte deltagere – samt det procentvise antal fremmødte i forhold til antal udsendte invitationer i KRAM-kommunerne.

	Antal invitationer	Antal tider	Antal fremmødte	Andel fremmødte
Brøndby/ Albertslund	16.000	1.697	1.471	9,2
Frederiksberg	15.000	1.880	1.739	11,6
Faaborg-Midtfyn	19.000	1.619	1.573	8,3
Guldborgsund	16.000	1.696	1.603	10,0
Hillerød	15.000	1.814	1.704	11,4
Næstved	12.500	1.640	1.288	10,3
Silkeborg	21.000	1.753	1.649	7,9
Struer	15.500	1.700	1.631	10,5
Sønderborg	20.000	1.998	1.938	9,7
Varde	16.500	1.639	1.591	9,6
Ærø	5.103	1.075	1.035	20,3
Aalborg	8.500	2.017	843	9,9
Alle	180.103	20.528	18.065,0	10,0

fremmøde blandt de deltagere, der bestilte tid til helbredsundersøgelsen (cirka 5 % mødte ikke op til deres tid i KRAM-bussen).

Af tabel C.6 ses antal udsendte invitationer, antal tider og antal fremmødte i kommunerne. Blandt de voksne borgere i de 13 kommuner blev i alt 180.103 personer inviteret til at deltage i helbredsundersøgelsen ved KRAM-bussen. Af disse blev i alt 18.065 personer undersøgt. Det vil sige en samlet deltagelsesprocent på 10,0 %.

Deltagelsesprocenten i helbredsundersøgelsen er samlet set højere for kvinder (11,7 %) end for mænd (8,3 %). Ligesom ved spørgeskemaundersøgelsen er det de yngste mænd, der har den laveste deltagelsesprocent, og de 45-64-årige kvinder, der har den højeste deltagelsesprocent. Blandt både mænd og kvinder stiger deltagelsesprocenten med alderen til og med aldersgruppen 45-64 år, hvorefter den falder (tabel C.7).

Deltagernes køns- og aldersfordeling, i forhold til de inviterede og hele befolkningen i Dan-

mark, fremgår af tabel C.8. Af tabellen ses, at der er en overrepræsentation af kvinder, især de 45-64-årige, og en underrepræsentation af unge. Det gælder både i forhold til de inviterede til helbredsundersøgelsen og den danske befolkning som helhed.

Figur C.3 viser aldersfordelingen blandt deltagere i helbredsundersøgelsen i de 13 KRAM-kommuner. I alle kommuner er især de 18-24-årige underrepræsenterede, og det fremgår, at der er forskel på andelen i de forskellige aldersgrupper i KRAM-kommunerne. I Frederiksberg Kommune og Aalborg Kommune er der procentvis flere i de to yngste aldersgrupper, mens der i Guldborgsund Kommune og Ærø Kommune er procentvis flere i den ældste aldersgruppe. Disse forskelle i aldersfordelinger skal medtænkes, når resultaterne fra de enkelte KRAM-kommuner sammenlignes.

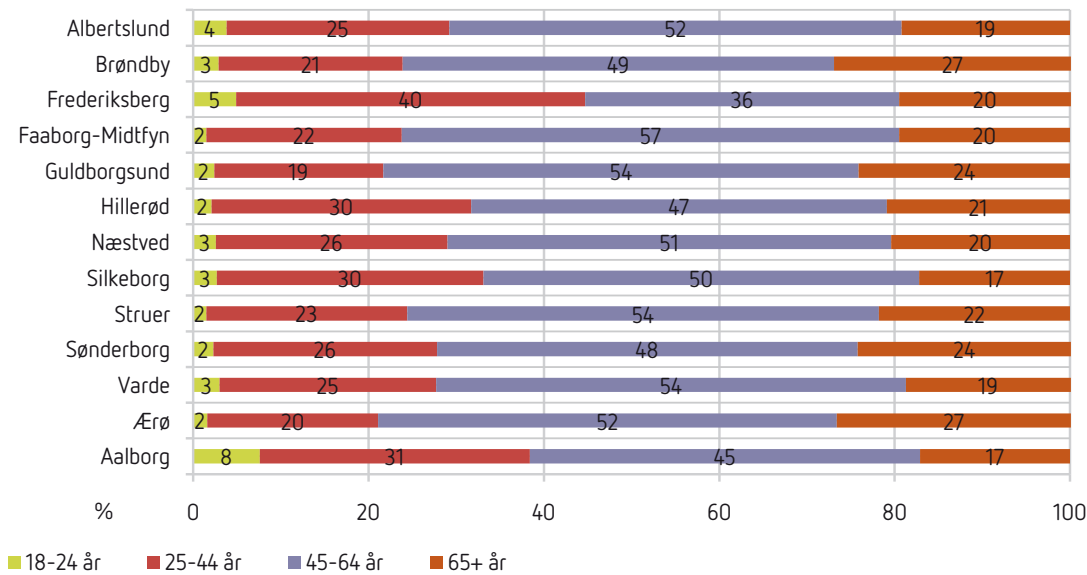
Tabel C.7 Deltagelse i helbredsundersøgelsen fordelt på køns- og aldersgrupper.

		Antal inviterede	Antal deltagere	Andel deltagere
Total		180.103	18.065	10,0
Mænd	18-24 år	8.209	192	2,3
	25-44 år	27.475	1.792	6,5
	45-64 år	33.733	3.554	10,5
	65+ år	19.020	1.822	9,6
	Alle mænd	88.437	7.360	8,3
Kvinder	18-24 år	6.998	315	4,5
	25-44 år	27.175	2.973	10,9
	45-64 år	33.805	5.428	16,1
	65+ år	23.688	1.989	8,4
	Alle kvinder	91.666	10.705	11,7

Tabel C.8 Fordeling på køn og alder blandt henholdsvis deltagerne i helbredsundersøgelsen, alle inviterede til helbredundersøgelsen i KRAM-kommunerne og i Danmark som helhed. Procent

		Deltagere i helbredsundersøgelsen	Inviterede borgere i KRAM-kommunerne	Danmark
Mænd	18-24 år	1,1	4,6	5,1
	25-44 år	9,9	15,3	18,1
	45-64 år	19,7	18,7	17,4
	65+ år	10,7	10,6	8,7
	Alle mænd	40,7	49,1	49,0
Kvinder	18-24 år	1,8	3,9	4,9
	25-44 år	16,5	15,1	17,7
	45-64 år	30,0	18,8	17,4
	65+ år	11,0	13,2	11,2
	Alle kvinder	59,3	50,9	51,0

Figur C.3 Aldersfordeling blandt deltagerne i helbredsundersøgelsen i KRAM-kommunerne. Procent



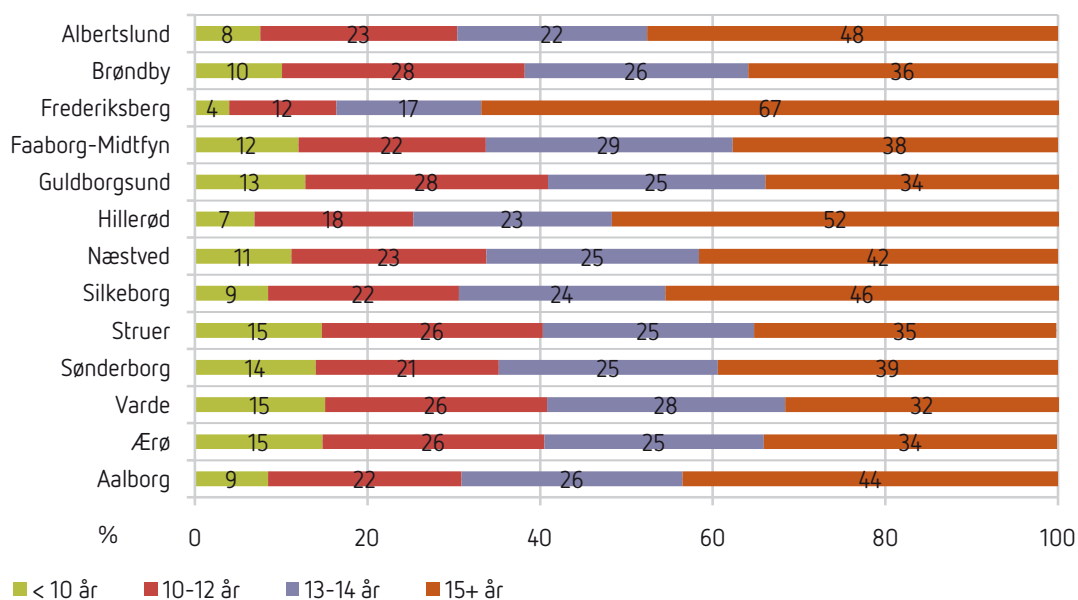
Tabel C.9 viser den højeste fuldførte uddannelse blandt deltagere og inviterede til helbredsundersøgelsen. Blandt deltagerne i helbredsundersøgelsen er der procentvis flere med en videregående uddannelse sammenlignet med gruppen af inviterede til helbredsundersøgelsen. Modsat ses en underrepræsentation af personer med grundskoleuddannelse som højest fuldførte uddannelse blandt deltagerne. Analysen er baseret på registeroplysninger og er foretaget af Danmarks Statistik.

Procentvis flere af deltagerne i helbredsundersøgelsen i Frederiksberg Kommune og Hillerød Kommune har 15 eller flere års uddannelse sammenlignet med de øvrige kommuner. I Struer, Varde og Ærø kommuner er der procentvis flere med mindre end 10 års uddannelse sammenlignet med de øvrige KRAM-kommuner (figur C.4). Disse forskelle i uddannelsesfordelingen skal medtænkes, når resultaterne fra de enkelte KRAM-kommuner sammenlignes.

Tabel C.9 Fordeling på uddannelse blandt deltagere i helbredsundersøgelsen og alle inviterede borgere i KRAM-kommunerne. Procent

	Deltagere i helbredsundersøgelsen	Inviterede borgere i KRAM-kommunerne
Grundskole	19,7	38,3
Gymnasial og erhvervsfaglig uddannelse	47,7	43,8
Videregående uddannelse	32,7	18,0

Figur C.4 Fordeling på kombineret skole- og erhvervsuddannelse blandt deltagerne i helbredsundersøgelsen i KRAM-kommunerne. Procent



Der er ligeledes forskel på årsindkomst samt civilstand blandt deltagerne i helbredsundersøgelsen sammenlignet med gruppen af inviterede til helbredsundersøgelsen. Der ses en overrepræsentation af svarpersoner med en indkomst

på mere end 250.000 kr. årligt. Derimod ses en underrepræsentation af ugifte samt svarpersoner med en årsindkomst på mindre end 149.999 kr. (tabel C.10). Analysen er baseret på registeroplysninger og er foretaget af Danmarks Statistik.

Tabel C.10 Fordeling på indkomst og civilstand blandt deltagere i helbredsundersøgelsen og alle inviterede borgere i KRAM-kommunerne. Procent

		Deltagere i helbredsundersøgelsen	Inviterede borgere i KRAM-kommunerne
Indkomst	0-149.999 kr	17,6	33,3
	150.000-249.999 kr	26,2	26,4
	250.000-399.999 kr	39,8	29,7
	400.000+ kr	16,4	10,6
Civilstand	Gift	68,6	55,0
	Ikke gift	31,4	45,0

Litteraturliste

Abrahamsen B et al. 1997, "Site of Osteodensitometry in Perimenopausal Women: correlation and Limets og Agreement Between Anatomic Regions", *Journal of Bone and Mineral Research* 1997;12(9):1471-1479.

Adolfsson B 2004, Obesity, Life Style and Society. Psychological and psychosocial factors in relation to body weight and body weight changes, The Department of Medicine, Karolinska Institutet.

Andersen JK et al. 2003, Helhedssyn på fisk og fiskevarer, Fødevaredirektoratet.

Andersen LB 1995, "A maximal cycle exercise protocol to predict maximal oxygen uptake", *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports* 1995;5(3):143-146.

Andersen LB et al. 2000, "All cause mortality associated with physical activity during leisure time, work, sports, and cycling to work", *Archives of Internal Medicine* 2000;160:1621-1628.

Alexander J et al. 2004, Nordic Nutrition Recommendations, Integrating nutrition and physical activity, Norden.

Astrup AV et al. 2005, Kostrådene 2005, Ernæringsrådet og Danmarks Fødevareforskning.

Astrup AV, Rössner S & Sørensen TIA 2006, "Alternative årsager til fedme", *Ugeskrift for Læger* 2006;168(2):135-137.

Backer TE 1995, "Assessing and enhancing readiness for change: implications for Technology Transfer". I: Backer, TE, David SL, Saucy G, red. *Reviewing the behavioral science knowledge base on Technology Transfer*, NIDA – Research Monographs 1995;155:21-41.

Baum F 2002, Survey research methods in public health. The new public health. Oxford University Press.

Bauman AE 2004, "Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000 – 2003", *Journal of Science and Medicine in Sport* 2004;7(1 suppl):6-19.

Bellisle F, McDevitt R & Prentice AM 1997, "Meal frequency and energy balance", *British Journal of Nutrition* 1997;77(suppl.1):57-70.

Björntorp P 1985, "Regional patterns of fat distribution", *Annals of Internal Medicine*, 1985;103(6):994-995.

Blair SN et al. 1989, "Physical Fitness and All-Cause Mortality. A Prospective Study of Healthy Men and Women", *Journal Of the American Medical Association* 1989;262(17):2395-2401.

Bogin RM, Nostrant TT & Young MJ 1987, "Propranolol for the treatment of the alcoholic hangover", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 1987;13:175-180.

Boonen S et al. 2003, "Identifying postmenopausal women with osteoporosis by calcaneal ultrasound, metacarpal digital X-ray radiogrammetry and phalangeal radiographic absorptiometry: a comparative study", *Osteoporosis International* 2005;16:93-100.

Borg G 1998, "The Borg RPE Scale". I: Lane B, Rhoda J, Bott SM, Mitchell C, Seversen T, Bodja K (red). *Borg's Perceived Exertion and Pain Scales*. Human Kinetics;29-39.

Borg G 1970, "Perceived exertion as an indicator of somatic stress". *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* 1970;2(2):92-98.

Bouchard C et al. 1998, "Familial resemblance for VO₂max in the sedentary state: The HERITAGE family study", *Medicine & Science in Sports & Exercise* 1998;30(2):252-258.

Braithwaite D et al. 2003, "Using the Internet to conduct surveys of health professionals: a valid alternative?" *Family Practice* 2003;20(5):545-551.

Brenneman SK et al. 2006, "Impact of recent fracture on health-related quality of life in postmenopausal women", *Journal of Bone and Mineral Research* 2006;21(6):809-816.

Brixen K et al. 2000, *Osteoporose. Klaringsrapport nr. 10*, Dansk Knoglemedicinsk Selskab.

Buch I, Oturai P & Jensen LT 2006, Radiographic absorptiometry for pre-screening of osteoporosis in patients with low energy fractures, Poster ved The 27th World Congress of Biomedical Laboratory Science, Seoul, Korea 2006.

Clemmensen IH et al. 2005, *Passiv rygning. Hvidbog om passiv rygning udgivet af 16 sundhedsfaglige organisationer*.

Corrao G et al. 2004, "A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases", *Preventive Medicine* 2004;38(5):613-619.

Damrau F & Liddy E 1960, "Hangovers and whiskey congeners. Comparison of whiskey with vodka", *Journal of the National Medical Association* 1960;52:262-265.

Danmarks Statistik 2007, Danmarks Statistikbank. Lokaliseret oktober 2008 på: www.statistikbanken.dk

Danmarks Statistik 2008, Danmarks Statistikbank. Lokaliseret marts 2008 på: www.statistikbanken.dk

Danmarks Statistik 2008, Forskerbeskyttelse i CPR 2008. Lokaliseret september 2009 på: http://www.dst.dk/upload/notat_om_forskerbeskyttelse_2008.pdf

De Lorenzo A et al. 2006, "Normal weight obese (NWO) women: An evaluation of a candidate new syndrome", *Nutrition, metabolism & Cardiovascular Diseases* 2006;16:513-525.

DuRant RH et al. 1994, "The relationship among television watching, physical activity, and body composition of young children", *Pediatrics* 1994;94:449-455.

Ekholm O et al. 2006, *Sundheds- og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987*, Statens Institut for Folkesundhed.

El-Desouki MI, Sherafzal MS & Othman SA 2005, "Comparison of bone mineral density with dual energy x-ray absorptiometry, quantitative ultrasound and single energy x-ray absorptiometry", *Saudi Medical Journal* 2005;26(9):1346-1350.

Fagrell B et al. 1999, "The effects of light to moderate drinking on cardiovascular diseases", *Journal of Internal Medicine* 1999;246:331-340.

Fagt S et al. 2004, Udviklingen i danskernes kost 1985-2001 med fokus på sukker og alkohol samt motivation og barrierer for sund livsstil, Danmarks Fødevare- og Veterinærforskning.

Fagt S et al. 2008, Danskernes kostvaner 1995-2006 – Status og udvikling med fokus på frugt og grønt samt sukker, DTU Fødevareinstituttet.

Fangel S, Linde PC & Thorsted BL 2007, "Nye problemer med repræsentativitet i surveys, som opregning med registre kan reducere", *Metode & Data* 2007;93:14-26.

Fayers PM & Machin D 2001, *Quality of life – Assessment, Analysis and Interpretation*, Wiley.

Forsén L et al. 2008, "Differences in precision in bone mineral density measured by SXA and DXA: the NOREPOS study", *European Journal of Epidemiology* 2008;23:615-624.

Fødevarestyrelsen 2000, *Du er måske for sød*, Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri.

Fødevarestyrelsen 2006. Lokaliseret juli 2009 på: http://www.altomkost.dk/Mad_hjemme/Maaltider_og_vaner/Mellemmaaltider/forside.htm

Fødevarestyrelsen 2007. Lokaliseret februar 2008 på: <http://www.altomkost.dk/Services/Nyhedsrum/Nyheder/2005/huskmorgenmaden.htm>

Gallagher D et al. 2000, "Healthy percentage body fat ranges: an approach for developing guidelines based on body mass index", *American Journal of Clinical Nutrition* 2000;72:694-701.

Gerlach J 2003, *Søvn: om betydningen af en god nattesøvn og om søvnmekanismer, søvnproblemer og søvnbehandling*, Psykiatrifonden, København.

Giskes K et al. 2005, "Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine European countries by education", *Journal of Epidemiology and Community Health* 2005;59:395-401.

Groth VG et al. 1999, *Danskernes kostvaner 1995 – Mad og Måltider*, Fødevaredirektoratet.

Groth VG & Fagt S 2003, *Danskernes kostvaner. Måltidvaner, holdninger, sociale forskelle og sammenhæng med anden livsstil*, Fødevaredirektoratet.

Groth VG et al. 2009, *Danskernes måltidsvaner, holdninger, motivation og barrierer for at spise sundt 1995-2008*, DTU Fødevareinstituttet.

Grundy S & Denke M 1990, "Dietary influences on serum lipids and lipoproteins", *Journal of Lipid Research* 1990;31:1149-1172.

Grønbæk M. 2004, "Alkoholforbrug i Danmark – folkesundhedsmæssige udfordringer og videnskabelige spørgsmål", *Ugeskrift for Læger* 2004;166:1573-1576.

Guralnik JM et al. 1994, "A short physical performance battery assessing lower extremity function: Association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission", *The Journals of Gerontology; Series A; Biological sciences and medical sciences* 1994;49(2):M85-M94.

Hawe et al. 1997, "Multiplying health gains: The critical role of capacity building within health promotion programs", *Health Policy* 1997;39:29-42.

Hallund J et al. 2007, Frugt, grønsager og sundhed. Opdatering af vidensgrundlaget for mængdeanbefalinger 2002-2006, DTU Fødevareinstituttet.

Helweg-Larsen K et al. 2009, Slidrigt. Forekomst og risikofaktorer. Udviklingen i Danmark, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Holstein BE, Ito H & Due P, Rygevaner blandt 11-15 årige i 1988. "Undersøgelse af rygevaner og deres sammenhæng med sociale baggrundsfaktorer, helbred, trivsel og socialt netværk", Ugeskrift for Læger 1990;152:2651-2654.

Huisman M et al. 2005, "Educational inequalities in smoking among men and women aged 16 years and older in 11 European countries", Tobacco control 2005;14:106-113.

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.

Iversen L et al. (Red.) 2002, Medicinsk sociologisamfund, sundhed og sygdom, Munksgaard.

Johnell O et al. 2005, "Predictive Value of BMD for Hip and Other Fractures", Journal of Bone and Mineral Research 2005;20(7):1184-1194.

Johnell O & Kanis J 2005, "Epidemiology of osteoporotic fractures", Osteoporosis international 2005;16:3-7.

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

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

Kamper-Jørgensen F & Almind G (Red.) 2009, Forebyggende sundhedsarbejde, Munksgaard.

Kampert JB et al. 1996, "Physical activity, physical fitness, and all-cause and cancer mortality: a prospective study of men and women", Annals of Epidemiology 1996;6(5):452-457.

Kanis JA 2002, "Diagnosis of osteoporosis and assessment of fracture of risk", Lancet 2002;359:1929-1936.

Kelly TL, Crane G & Baran DT 1994, "Single X-ray absorptiometry of the forearm: precision, correlation, and reference data", Calcified Tissue International 1994;54(3):212-218.

Keski-Rahkonen A et al. 2003, "Breakfast skipping and health-compromising behaviors in adolescents and adults", European Journal of Clinical Nutrition 2003;57:842-853.

Khaw KT et al. 2008, "Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study", PLoS medicine 2008;8;5(1):e12:39-47.

Kjærnes U et al. 2001, Eating patterns. A Day in the Lives of Nordic People, Statens Institutt for Forbruksforskning.

Kjøller et al. 2007, Folkesundhedsrapporten Danmark, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Krørup K 2005, Prævalensen af risikofaktorer for osteoporose blandt post-menopausale kvinder – en spørgeskemaundersøgelse, Syddansk Universitet.

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

Labonte et al. 2002, "Community capacity building: A parallel track for health promotion programs", Canadian Journal of Public Health 2002; 93(3):181-182.

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

Lawrence VJ & Kopelman PG 2004, "Medical consequences of obesity", Clinical Dermatology 2004;22:296-302.

Lean MEJ, Han TS & Morrison CE 1995, "Waist circumference as a measure for indicating need for weight management", British medical Journal 1995;311:158-161.

Lee CD & Blair SN 2002, "Cardiorespiratory fitness and smoking related and total cancer mortality in men", Medicine & Science in Sports & Exercise 2002;34(5):735-739.

Linkola J et al. 1978, "Plasma vasopressin in ethanol intoxication and hangover", Acta Physiologica Scandinavica 1978;104:180-187.

Liu S et al. 2001, "Dietary glycemic load assessed by food-frequency questionnaire in relation to plasma high-density-lipoprotein cholesterol and fasting plasma triacylglycerols in postmenopausal women", American Journal of Clinical Nutrition 2001;73:560-566.

Løkke A et al. 2006, "Developing COPD a 25 year follow up study of the general population", Thorax 2006;61:935-939.

Løkke A et al. 2007, "Forekomst af kronisk obstruktiv lungesygdom", Ugeskrift for Læger 2007;169(46):3956-3960.

Ma Y et al. 2003, "Association between Eating Patterns and Obesity in a Free-living US Adult Population", American Journal of Epidemiology 2003;158(1):85-92.

Madsen SA, Grønbæk H & Olsen H 2006, "Psyko-logiske aspekter af overvægt", Ugeskrift for Læger 2006;168(2):194-196.

Mangunkusumo RT et al. 2005, "Internet-administered adolescent health questionnaires compared with a paper version in a randomized study", Journal of Adolescent Health 2005;36(1):70-76.

Marín-Guerrero AC et al. 2008, "Eating behaviours and obesity in the adult population of Spain", British Journal of Nutrition 2008;100:1142-1148.

Matthiessen J, Andersen NL & Ovesen LF 2001, "Betydningen af kost og fysisk aktivitet for fedmeudviklingen i Danmark fra 1985 til 1995", Ugeskrift for Læger 2001;163(21):2941-2945.

Mattson MP 2005, "The need for controlled studies of the effects of meal frequency on health", Lancet 2005;365:1978-1980.

McLean et al. 2005, Building health promotion capacity – Action from learning, learning from action, UBS Press.

Mikkelsen PB et al. 2002, Måltidsfrekvens i Skandinavien – den sundhedsmæssige betydning af måltidsfrekvens og mellemmåltider, LU Nordic A/S.

Mossey JM et al. 1989, "Determinates of recovery 12 months after hip fracture: the importance of psychosocial factors", *American Journal of Public Health* 1989;79(3):279-286.

Munck A et al. 2002, Osteoporose i almen praksis. Med fokus på forebyggelse af frakturer hos ældre. Klinisk vejledning, Dansk selskab for almen medicin.

Mølgaard C et al. 2003, Sukkers sundhedsmæssige betydning, Ernæringsrådet.

Nielsen NR et al. 2004, "Stress bandt erhvervsaktive danskere", *Ugeskrift for læger* 2004;166(46):4155-4160.

Nishiyama M et al. 2009, "The Combined Unhealthy Behavior of Breakfast Skipping and smoking Are Associated with the Prevalence of diabetes mellitus", *Tohoku Journal of Experimental Medicine* 2009;218:259-264.

Oleksik A et al. 2000, "Health-related quality of life in postmenopausal women with low BMD or without prevalent vertebral fractures", *Journal of Bone and Mineral Research* 2000;15(7):1384-1392.

Ovesen L et al. 2002, Frugt, grønt og helbred, Opdatering af vidensgrundlaget, Fødevarerdirektoratet.

Parker C & Dewey M 2000, "Assessing research outcomes by postal questionnaire with telephone follow-Up", *International Journal of Epidemiology* 2000;29(6):1065-1069.

Pawan GL 1973, "Alcoholic drinks and hangover effects", *Proceedings of the Nutrition Society* 1973;32:15A.

Pedersen BK 2003, "Hellere fed og fit end tynd og tam", *Ugeskrift for Læger* 2003;165(51):4947-4950.

Pedersen BK 2006, "Fitness, fysisk aktivitet og død af alle årsager". *Ugeskrift for Læger* 2006;168(2):137-144.

Pedersen BK & Saltin B 2003, Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling, Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse.

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.

Poulsen L, Brixen K & Munck A 2008, "Forebyggelse af frakturer hos ældre over 60 år i almen praksis", *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning* 2008;86:455-462.

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

Rejnmark L et al. 2009, Vejledning til udredning og behandling af Osteoporose, Dansk Knoglemedicinsk Selskab.

Richelsen B 1991, "Health risks of obesity. Significance of the regional distribution of adipose tissue", *Ugeskrift for Læger* 1991;25;153(13):908-913.

Simonsen MK et al. 2008, "A prospective study of association between weight changes and self-rated health", *BioMed Central Women's Health* 2008;13(2):135-142.

Skibsted LH et al. 2006, Antioxidanter og helbred, Motions- og Ernæringsrådet.

Statens Institut for Folkesundhed 2005, Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 (SUSY-2005), Statens Institut for Folkesundhed.

Sørensen TIA 2001, "Fedmens enkle paradigmer", Ugeskrift for Læger 2001;163(21):2903.

Thompson PD et al. 2003, "Exercise and Physical Activity in the Prevention and Treatment of Atherosclerotic Cardiovascular Disease". A Statement from the Council on Clinical Cardiology and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism, *Circulation* 107(24):3109-3116.

Thorpe JA & Steel SA 2008, "The Alara Metriscan phalageal densitometer: evaluation and triage thresholds", *The British Journal of Radiology* 2008;81:778-783.

Tourangeau R & Yan T 2007, "Sensitive questions in surveys", *Psychological Bulletin* 2007;133(5):859-883.

van Dam RM et al. 2008, "Combined impact of lifestyle factors on mortality: prospective cohort study in US women", *British Medical Journal* 2008;16;337:a1440-a1448.

Van der Heijden AAWA et al. 2007, "A Prospective Study of Breakfast Consumption and weight gain among U.S. Men", *Obesity* 2007;15(10):2463-2469.

Vestergaard P, Rejnmark L & Mosekilde L 2007, "Increased mortality in patients with a hip fracture-effect of pre-morbid conditions and post-fracture complications", *Osteoporosis international* 2007;18:1583-1593.

Vestergaard P, Rejnmark L & Mosekilde L 2005, "Osteoporosis is markedly underdiagnosed: a nationwide study from Denmark", *Osteoporosis international* 2005;16(2):134-141.

Warburton DER, Nicol CW & Bredin SSD 2006, "Health benefits of physical activity: the evidence", *Canadian Medical Association Journal* 2006;174(6):801-809

Wei M et al. 1999, "The Association between Cardiorespiratory Fitness and Impaired Fasting Glucose and Type 2 Diabetes Mellitus in Men", *Annals of Internal Medicine* 1999;130(2):89-96

Wiese JG, Shlipak MG & Browner WS 2000, "The alcohol hangover", *Annals of Internal Medicine* 2000; 132: 897-902.

World Health Organization 1994, Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis: report of the WHO study group.

World Health Organization 1999, "International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. Guidelines Subcommittee", *Journal of Hypertension* 1999;17:151-183.

World Health Organization 2000, Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic.

World Health Organization 2002, Reducing risks, promoting healthy life.

World Health Organisation 2003, Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases.

Aadahl M, Kjær M & Jørgensen T 2007, "Associations between overall physical activity level and cardiovascular risk factors in an adult population", *European Journal of Epidemiology* 2007; 22:369-378.

Åstrand P-O & Rodahl K 1986, Textbook of work physiology, 3rd ed. McGraw Hill 1986;363-384.

I denne rapport præsenteres tal og billeder fra gennemførelsen af KRAM-undersøgelsen. Undersøgelsen kaldes KRAM, fordi den har fokus på Kost, Rygning, Alkohol og Motion.

KRAM-undersøgelsen er en af de hidtil største undersøgelser af danskerne sundhed. I alt 76.484 danskere besvarede undersøgelsens spørgeskema og 18.065 gennemførte en omfattende helbredsundersøgelse. Undersøgelsen blev gennemført i 2007 og 2008 i 13 kommuner rundt om i landet. I alle kommuner blev der parallelt med den videnskabelige undersøgelse gennemført en lang række lokale aktiviteter.

Rapporten indeholder de samlede resultater fra undersøgelsen og beskriver KRAM-vaner, helbred og trivsel blandt forskellige grupper af deltagere.

Desuden præsenteres analyser af emner, der er unikke for KRAM-undersøgelsen, og som illustrerer datamaterialets store forskningspotentiale. Rapporten omfatter endvidere beskrivelse af de lokale aktiviteter og interview med projektlederne i de deltagende kommuner. Afslutningsvis beskrives kommunernes overordnede og tværgående erfaringer med deltagelsen.

Rapporten er illustreret med billeder fra undersøgelsens gennemførelse og de lokale aktiviteter i kommunerne. Billederne giver indtryk af undersøgelsens omfang og den opmærksomhed på KRAM-faktorerne, der blev skabt med KRAM-bussens rejse rundt i landet.

