

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 hofte mål, 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 baggrundsbeholdningen.

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 baggrundsbeholdningen 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 selvvurderet 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 selvvurderet 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 selvvurderet 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 selvvurderet 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.

Selvurderet helbred, trivsel og sociale relationer

Der er procentvis lidt færre kvinder end mænd, der oplyser, at de har et virkelig godt eller godt selvvurderet 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 selvvurderet 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.