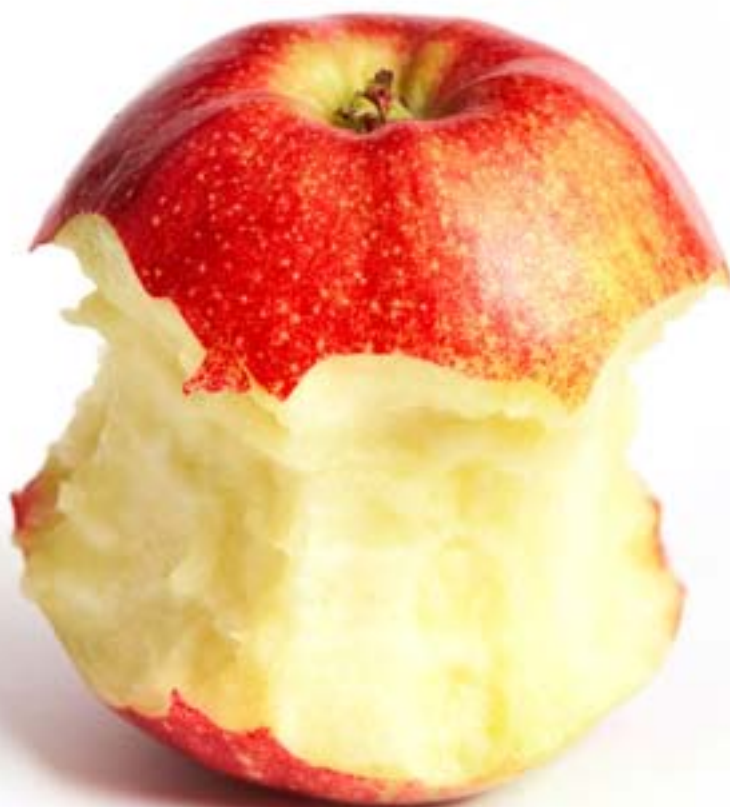


Eigil Boll Hansen, Anna Jessen og Thea Suldrup Jørgensen

Effekter af en sundhedsfremmende indsats i tre kommuner

En sammenligning af indsatsen i Assens, Greve og Hjørring Kommuner



Publikationen *Effekter af en sundhedsfremmende indsats i tre kommuner – En sammenligning af indsatsen i Assens, Greve og Hjørring Kommuner* kan downloades fra hjemmesiden www.akf.dk

AKF, Anvendt KommunalForskning
Nyropsgade 37
1602 København V
Telefon: 43 33 34 00
Fax: 43 33 34 01
E-mail: akf@akf.dk

© 2010 AKF og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til AKF.

© Omslag: Phonowerk, Lars Degnbol

Forlag: AKF
ISBN: 978-87-7509-931-3
I:\08 sekretariat\forlaget\ebh\2788\2788_effekt af sundhedsfremme.docx
April 2010

AKF, Anvendt KommunalForskning

AKF's formål er at levere ny viden om væsentlige samfundsforhold. Hovedvægten ligger på forskning i velfærds- og myndighedsopgaver i kommuner og regioner. Det overordnede mål er at kvalificere beslutninger og praksis i det offentlige.

Egil Boll Hansen, Anna Jessen og Thea Suldrup Jørgensen

Effekter af en sundhedsfremmende indsats i tre kommuner

En sammenligning af indsatsen i Assens, Greve og Hjørring Kommuner

Forord

Med kommunalreformen blev kommuner fra 2007 pålagt udvidede opgaver på det forebyggende område, idet kommunerne fik ansvar for borgerrettet og patientrettet forebyggelse. Baggrunden for undersøgelsen bag denne rapport er en antagelse om, at kommunerne ville organisere sig forskelligt på området og anvende forskellige strategier for iværksættelse af en forebyggende indsats. Undersøgelsen skulle afdække konsekvenser af disse forskelle. Når man bedømmer resultaterne i rapporten, må man imidlertid tage i betragtning, at nye former for indsats ikke bare er udviklet og fungerer fra første dag. Der er brug for planlægning og for tid til at udvikle de nødvendige strukturer, som en indsats skal udvikles i og fungere indenfor. De tre kommuner – Assens, Greve og Hjørring – har alle været igennem en form for søgeproces i forhold til at finde frem til en hensigtsmæssig struktur og indsats.

Undersøgelsen retter sig mod ledere, konsulenter og planlæggere på forebyggelsesområdet, og det er håbet, at der i rapporten kan findes inspiration til en fortsat udvikling af indsatsen.

Der skal først og fremmest rettes en tak til Assens, Greve og Hjørring Kommuner, som velvilligt har stillet sig til rådighed for undersøgelsen. Vi vil særligt takke ledere og medarbejdere i kommunerne, som på forskellig vis har bidraget med informationer til undersøgelsen. Vi retter også en særlig tak til Pernille Due og Bjørn Holstein, som har stillet materiale til rådighed til kodning af socialklasse blandt 12-16-årige.

Der har til projektet været knyttet en følgegruppe, som har bestået af følgende:

- Dorte Bukdahl, KL
- Pernille Due, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet
- Mette Lolk Hanak, Sundhedsstyrelsen
- Thea Suldrup Jørgensen, Statens Institut for Folkesundhed (fra efteråret 2009)
- Jakob Bigum Lundberg, Greve Kommune
- Tina Køtter/Lone Bredahl Jensen, Assens Kommune
- Anne Krøjer, Hjørring Kommune
- Olaf Rieper, AKF

Følgegruppen har givet råd om undersøgelsens gennemførelse og har kommenteret manuskriptudkast. Følgegruppen takkes for konstruktive bidrag. Alene forfatterne har ansvaret for denne rapport og dets konklusioner.

Undersøgelsen har været gennemført af docent Eigil Boll Hansen, seniorforsker Signe Krarup (indtil foråret 2008), studentermedarbejder Thea Suldrup Jørgensen og studentermedarbejder Anna Jessen. I et tidligere working paper *På vej mod en kommunal sundhedsfremmende indsats* har vi sammenlignet organisatoriske og økonomiske konsekvenser af kommuners forskellige måde at tilrettelægge og organisere en sundhedsfremmende indsats.

Projektet har været finansieret af Indenrigs- og Sundhedsministeriets Udviklings- og analysepulje 2006 og Det Kommunale Momsfond.

Eigil Boll Hansen
April 2010

Indhold

1	Konklusioner og sammenfatning	7
1.1	Konklusioner	8
1.2	Ændringer i sundhedsadfærd	9
1.3	Kommunernes sundhedsfremmende indsats	10
1.4	Sundhedsadfærd og kommunernes indsats	11
1.5	Organisering og kommunernes indsats	12
2	Baggrund og formål	14
3	Undersøgelsens design og metode	16
3.1	Materiale og metode	17
3.2	Teoretisk udgangspunkt	23
4	Sundhedsfremme i Assens, Greve og Hjørring Kommuner	26
4.1	Strukturer og vilkår for kommunernes sundhedsfremmende indsats	27
4.2	Implementering af indsatser	29
4.3	Indsatsens udformning	32
4.4	Opsamling	38
5	Ændringer i 12-16-åriges sundhedsprofil og livsstil efter to år	40
5.1	Deltagelse i sundhedsfremmende tilbud	40
5.2	Alment velbefindende	41
5.3	Tro på egen indsats	44
5.4	Fysisk aktivitet	44
5.5	Kost og vægt	49
5.6	Rygevaner	56
5.7	Alkohol	57
5.8	Opsamling	60
6	Ændringer i 60-75-åriges sundhedsprofil og livsstil efter to år	62
6.1	Deltagelse i sundhedsfremmende tilbud	62
6.2	Tro på egen indsats	64
6.3	Vægt og kostvaner	66
6.4	Fysisk aktivitet	71
6.5	Rygning	73
6.6	Alkohol	76
6.7	Opsamling	80
7	Opsamling og diskussion	82
7.1	Ændringer i sundhedsadfærd	82
7.2	Er der sammenhæng mellem sundhedsadfærd og kommunernes tilbud?	87
7.3	Betydningen af organisationsform	91

Litteratur	93
English Summary	95
Bilag 1 : Oversigter over kommunernes sundhedsfremmende indsats	97
Bilag 2 : Sundhedsfremmende projekter 2007 Assens, Greve og Hjørring Kommuner.....	100
Bilag 3 : Bilagstabeller.....	107

1 Konklusioner og sammenfatning

Det overordnede formål med denne undersøgelse har været at undersøge effekter på borger-nes livsstil af forskellige måder at tilrettelægge og organisere en sundhedsfremmende indsats i en kommune. Der indgår tre kommuner i undersøgelsen – Assens, Greve og Hjørring – og de tre kommuner blev udvalgt til undersøgelsen i slutningen af 2006, fordi de syntes at lægge vægt på at udvikle forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen, og fordi de ville organisere sig på forskellig vis på sundhedsområdet. Det gav mulighed for at sammenligne, om organisationsformen har indflydelse på, hvilken sundhedsfremmende indsats der bliver etableret, og om der kan konstateres forskellige effekter på borgernes livsstil og sundhedsadfærd afhængig af forskellige sundhedsfremmende indsatser.

Der har primært været fokuseret på kommunernes sundhedsfremmende indsats over for to grupper: børn og unge (12-16-årige) og ældre (60-75-årige). Baggrunden for at fokusere på disse to grupper var, at i begyndelsen af 2007 syntes kommunernes indsats omkring sundhedsfremme at ville rette sig mod de områder, hvor kontakten til borgerne allerede var udbygget og typisk afledt af de lovpligtige opgaver, nemlig børn- og ungeområdet og ældreområdet. Selv om kommunernes forebyggende opgaver blev udvidet, var det antagelsen, at der fortsat ville være et særligt fokus på disse grupper samt borgere med kroniske lidelser.

Der har endvidere været fokuseret på den del af kommunernes sundhedsfremmende indsats, der omhandler kost, rygning, alkohol og motion (KRAM).

Med hensyn til kommunernes organisering har der været fokus på den overordnede organisering af forebyggelse og sundhedsfremme, økonomiske og personalemæssige ressourcer, strukturer og samarbejdsrelationer samt strategi for at implementere forebyggelse og sundhedsfremme i forskellige fagområder.

Det overordnede formål er belyst gennem følgende spørgsmål:

- 1 Hvilke ændringer kan vi konstatere i 12-16-åriges og 60-75-åriges sundhedsadfærd og holdninger til sund(ere) levevis i de tre kommuner?
- 2 Hvordan har de tre kommuner organiseret sig, og hvilke sundhedsfremmende indsatser havde kommunerne iværksat i 2007 og 2008?
- 3 Kan konstaterede ændringer i sundhedsadfærd og holdninger knyttes til kommunernes sundhedsfremmende indsats i den pågældende periode?

Grundlaget for analyserne er identiske spørgeskemaundersøgelser i 2007 og i 2009 blandt en stikprøve af 12-16-årige og blandt en stikprøve af 60-75-årige. Der har altså været tale om at sammenligne borgere i samme aldersgruppe på to forskellige tidspunkter, hvor vi forventede, at borgerne i 2009 har haft nogle sundhedsfremmende tilbud, som borgerne i 2007 ikke har haft, fordi kommunerne først fik ansvaret for den borgerrettede forebyggelse fra 2007. Man kan sige, at vi har benchmarket de tre kommuner i forhold til udviklingen i 12-16-åriges og

60-75-åriges sundhedsadfærd og søgt at afdække, om en forskellig udvikling kan knyttes til forskelle i den sundhedsfremmende indsats.

Vi har i 2007 og 2008 gennem interview af nøglepersoner indsamlet information om kommunernes sundhedsfremmendes indsats. Det drejer sig fx om organisering, ressourcer, strategi for at implementere en forebyggende og sundhedsfremmende indsats og konkrete typer af indsatser. Det er værd at bemærke, at undersøgelsen har været gennemført i en tidlig fase af kommunernes overtagelse af forebyggelse og sundhedsfremme, og den indsats, som blev beskrevet i 2007 og 2008, kan meget vel blive omlagt og udbygget i de efterfølgende år. Det er Hjørring Kommune fx et eksempel på.

1.1 Konklusioner

Undersøgelsen har ikke kunnet konstatere, at forskelle i kommunernes sundhedsfremmende indsats har givet sig udslag i en markant forskellig udvikling i 12-16-åriges og 60-75-åriges fysiske aktivitet, kost-, ryge- eller alkoholvaner. Der er kun sket få ændringer i 12-16-åriges og 60-75-åriges sundhedsadfærd i de tre kommuner, og kun på få felter skiller en kommune sig ud fra de andre i undersøgelsen.

Kommunernes sundhedsfremmende indsats har været domineret af to typer af tilbud. Dels en indsats for at formidle viden om sund levevis og gennem rådgivning eller undervisning at motivere til sunde vaner. Dels, på nær en enkelt undtagelse, tilbud om fysisk aktivitet til afgrænsede målgrupper med særlige behov.

De fleste interventioner med rådgivning i de tre kommuner har bestået i en enkelt konsultation eller korte forløb. Fx Sund By-butikkerne i Hjørring Kommune og *Sundhedscafeen* i Greve Kommune har dog også udleveret skriftligt materiale. Denne indsats har imidlertid ikke været tilstrækkelig til, at mange har ændret livsstil og sundhedsvaner. Korte samtaler eller rådgivningsforløb kan i de fleste tilfælde ikke stå alene.

Tilbud, som har berørt afgrænsede grupper, kan have haft en effekt i forhold til de berørte målgrupper, men indsatsen kan ikke aflæses i ændringer i livsstil eller sundhedsvaner hverken blandt gruppen af 12-16-årige eller 60-75-årige.

Undersøgelsen underbygger, at nærhed og strukturelle muligheder for en sund livsstil har betydning for befolkningens sundhedsvaner. Vi har observeret en sammenhæng mellem mulighederne for at være fysisk aktiv og borgernes aktivitetsniveau.

Det har vist sig at være en tidskrævende proces for kommunerne at udvikle organisatoriske strukturer og forudsætninger for at få iværksat forebyggelse og sundhedsfremme i forskellige forvaltninger, afdelinger og institutioner. Bl.a. derfor har denne undersøgelse, som omfatter perioden 2007-2009, ikke kunnet påvise forskelle i indsatsen, som hænger sammen med forskellige organisatoriske strukturer eller forudsætninger.

Undersøgelsen peger på nogle fortsatte udfordringer for kommunerne. Blandt 60-75-årige synes udfordringen for kommunerne især at være andelen af overvægtige, og at en stor andel ikke er så fysisk aktiv. Blandt 12-16-årige er det en udfordring, at en relativt stor andel gerne vil bevæge sig mere, men tilsyneladende har svært ved at komme i gang med det. Det er fortsat en udfordring at reducere antallet af rygere og alkoholforbruget blandt 12-16-årige.

Undersøgelsen peger endvidere på, at forbedringer i borgernes sundhedsadfærd ikke kan opnås alene gennem forskellige rådgivningstiltag, som når mere eller mindre bredt ud. Der er også brug for en indsats, der sætter rammerne og mulighederne for vaner og livsstil, altså rammer der begrænser de usunde vaner og fremmer de sunde. Der er her brug for organisatoriske strukturer i kommunen, der kan fremme samarbejde mellem sundhedsområdet og kommunens forskellige fagområder og private aktører og udvikle en indsats, der når ud til bredere grupper.

1.2 Ændringer i sundhedsadfærd

I det følgende opsummeres hovedtendenserne i 12-16-åriges og 60-75-åriges livsstil og sundhedsadfærd i de tre kommuner.

Der kan i *Assens Kommune* ikke konstateres nogen klar forbedring i 12-16-åriges sundhedsadfærd. Tværtimod er der eksempler på det modsatte. Blandt 60-75-årige kan der konstateres en stigning i troen på egen indsats for at bevare et godt helbred, og en stigning i andelen, der ikke drikker alkohol. 60-75-årige i Assens Kommune skiller sig endvidere ud fra de to andre kommuner ved, at en stor andel lever op til anbefalingerne om fysisk aktivitet.

12-16-årige i *Greve Kommune* adskiller sig på flere punkter fra 12-16-årige i de to øvrige kommuner. De dyrker hyppigere sport eller motion i klub eller forening, de spiser mindre hyppigt kartofler (og rugbrød/grovbrød), de spiser mindre hyppigt pommes frites/chips, slik og chokolade, fastfood eller cola/saftevand, og der er færre rygere. Der er ikke færre, som har prøvet at drikke alkohol, men dem, der har, har mindre hyppigt været fulde. Det sidste gør sig i højere grad gældende i 2009 end i 2007. Der har i øvrigt ikke været markante ændringer i 12-16-åriges sundhedsadfærd fra 2007 til 2009, men der er fx en stigning i andelen, der kunne tænke sig at bevæge sig mere.

Blandt 60-75-årige synes der at have været en stigning i andelen, der spiser sund kost med anvendelse af grøntsager, salat eller råkost og frugt. Der har endvidere været en stigning i andelen ikke-rygere, og blandt rygere en stigning med hensyn til, hvor vigtigt rygere synes det er at holde op med at ryge. Til gengæld kan der ikke konstateres nogen stigning i 60-75-åriges fysiske aktivitet, og der har været en stigning fra 2007 til 2009 i hyppigheden af at drikke mere alkohol end det anbefalede. Der var i Greve Kommune allerede i 2007 en større andel end i de øvrige to kommuner, der drikker mere end anbefalet. En større andel er dog fra 2007 til 2009 blevet opmærksom på vigtigheden af at nedsætte sit alkoholforbrug.

Sammenlignet med de to øvrige kommuner skiller *Hjørring Kommune* sig kun ud på få områder. Det drejer sig om en stigning i 12-16-åriges holdning til gerne at ville bevæge sig mere, og der er i Hjørring Kommune en særlig stor andel, som køber mad på skolen til frokost. Vi har ingen informationer om, hvorvidt der er særlige madordninger på skolerne i Hjørring Kommune, og i hvilken udstrækning der lægges vægt på sunde kosttilbud til eleverne. 12-16-årige i Hjørring Kommune spiser særligt ofte junkfood.

Blandt de 60-75-årige er det eneste markante, at der har været en stigning med hensyn til sund kost i form af grøntsager, salat eller råkost og frugt. Der kan ikke konstateres noget

fald i andelen af rygere blandt 60-75-årige, men der er en stigning i andelen, der ikke ryger indendørs i hjemmet.

Når det gælder 12-16-årige er det mest iøjnefaldende, at der i *alle tre kommuner* på mange områder ikke er sket nogen ændring fra 2007 til 2009 i deres adfærd med hensyn til fysisk aktivitet, kost og rygning. Alkohol er undtagelsen, men her har udviklingen ikke været til det bedre, idet der her er sket en stigning i andelen, der inden for en måned har drukket alkohol. Dette er i modsætning til, at andre undersøgelser i årene forud på landsplan har fundet en stigning i aldersgruppens fysiske aktivitet, et fald i alkoholforbrug og en stigning i indtag af frugt og grønt.

Blandt de 60-75-årige er der samlet set ingen markant ændring fra 2007 til 2009 i, hvor stor en andel der angiver at gøre noget for at bevare et godt helbred, men det var også allerede i 2007 en betydelig andel, der angav, at de gjorde noget. Der er dog en stigning i andelen, der siger, at de dyrker motion, ikke ryger og begrænser alkoholforbrug for at bevare et godt helbred. Det giver sig imidlertid ikke konsekvent udtryk i den faktiske adfærd. Der har ikke været en stigning i den fysiske aktivitet i nogen af kommunerne, og der har været en stigning i andelen, der drikker alkohol i et omfang større end det anbefalede. I alle tre kommuner er andelen af ikke-rygere steget, hvilket svarer til tendens på landsplan, ligesom rygning indendørs er blevet mindre udbredt. I to af kommunerne har der været en stigning i, hvor hyppigt 60-75-årige spiser frugt og grønt, hvilket svarer til tendensen på landsplan.

1.3 Kommunernes sundhedsfremmende indsats

Der er både forskelle og ligheder i de tre kommuners sundhedsfremmende indsats. Alle tre kommuner har i deres indsats valgt at fokusere på KRAM-faktorerne (kost, rygning, alkohol og motion). I Assens og Greve Kommuner retter en stor del af indsatsen sig mod fysisk aktivitet, mens Hjørring Kommunes indsats har haft en bredere indfaldsvinkel. En indsats specifikt rettet mod alkoholforebyggelse har haft et begrænset omfang i de tre kommuner. En stor del af kommunernes indsatser retter sig mod at bibringe målgrupperne viden om det gavnlige i en bestemt adfærd i forhold til en eller flere af KRAM-faktorerne. Desuden søges det gennem rådgivningsvirksomhed at påvirke målgruppernes motivation til sunde vaner. Nogle typer af indsats giver øgede handlemuligheder for borgerne fx motionstilbud i Assens Kommune og rygestopkurser. Derimod synes en indsats, der retter sig mod rammerne for sundhedsadfærd, at have et begrænset omfang. Et enkeltstående eksempel findes dog i Assens Kommune, hvor man i 2008 har igangsat etablering af et sammenhængende stisystem. En stor del af indsatsen har været rettet mod mindre og afgrænsede målgrupper, mens der er få eksempler på tilbud, der når bredt ud. Det drejer sig fx om *Sundhedseksperimentarium*, som har været gennemført i Assens og Greve Kommuner i både 2007 og 2008 og i Hjørring Kommune fra 2008.

Assens Kommune har brugt en stor del af 2007 og 2008 på internt i kommunen at etablere en netværksorganisation til at udvikle sundhedsfremmende indsatser. Kommunens sundhedsfremmende tilbud til 12-16-årige og 60-75-årige har overvejende været rettet mod viden om, hvordan sundhedstilstanden kan forbedres, og at motivere til en sundhedsfrem-

mende adfærd. Der har med hensyn til fysisk aktivitet været tilbud (*Gå i gang* samt motions-tilbud til motionsuvante voksne), og disse tilbud eksisterede allerede i 2007. Disse tilbud har haft en bred målgruppe, men vi har ikke noget billede af, hvor mange borgere, der har benyttet sig af tilbuddene.

Der har til de 12-16-årige været etableret et tilbud om fysisk aktivitet i skoletiden. I Assens Kommune har der som i Greve Kommune været afholdt *Sundhedseksperimentarium* for udvalgte klassetrin. I Assens Kommune har tilbuddet været rettet mod 7. klassetrin og gennemførtes ligeledes i 2007. Dette tilbud retter sig således bredt mod en del af målgruppen og kan allerede i 2007 have haft en virkning.

Greve Kommune har i perioden 2007- 2009 videreført en række sundhedsfremmende tilbud fra tidligere år, men har også etableret nye tilbud. De undersøgte målgruppers sundhedsadfærd kan således allerede i 2007 have været berørt af kommunens tilbud. Der har i de fleste tilbud været fokus på viden om, hvordan sundhedstilstanden kan forbedres og motivation til at ændre livsstil. Der er ikke så mange af tilbuddene, der har været særlig rettet til 12-16-årige, men eksempler er *Sundhedseksperimentariet* og *Greve-forsøget*, som er rettet mod alle i udvalgte klassetrin, og som dermed når bredt ud. Der har været tilbud rettet specielt mod seniorers fysiske aktivitet, men de har typisk berørt udvalgte målgrupper med særlige behov. I Greve Kommune angiver en større andel af 60-75-årige end i de øvrige to kommuner, at de har deltaget i et motionsarrangement. Der er dog næppe her tale om kommunale tilbud.

Bortset fra *Sundhedseksperimentarium*, som blev igangsat for 8. klasserne i 2008, har vi i Hjørring Kommune ikke fået information om tilbud, som særligt retter sig mod 12-16-årige. Sund By-butikkerne har været åbne for alle, og 12-16-årige har således også haft mulighed for at besøge en Sund By-butik. Personale fra Sund By-butikkerne har endvidere været ude på skoler fx med tilbud om undervisning i tobaksforebyggelse. Ifølge 12-16-åriges egne angivelser af, hvilke sundhedsfremmende tilbud de har deltaget i, så har en særlig stor andel deltaget i undervisning om sund levevis og om sund mad, og en større andel 12-16-årige i 2009 end i 2007 har haft en samtale med en sundhedsplejerske om kost og motion.

Der har i Hjørring Kommune været tilbud, der retter sig mod afgrænsede grupper af ældre borgere, mens der ikke har været tilbud specielt målrettet fx 60+-årige, som har berørt større grupper. 60-75-årige har naturligvis kunnet besøge Sund By-butikkerne, og det har en del da også gjort.

1.4 Sundhedsadfærd og kommunernes indsats

Der er kun sket få ændringer i 12-16-åriges og 60-75-åriges sundhedsadfærd i de tre kommuner, og kun på få felter skiller en kommune sig ud fra de andre i undersøgelsen. Det er således vanskeligt at pege på en kommunal indsats, som har haft et særligt gennemslag i forhold til de undersøgte befolkningsgruppers livsstil og sundhedsvaner.

En stor del af de 12-16-årige angiver selv, at de har deltaget i en form for undervisning om sund levevis, sund mad, alkohol, motion eller rygning, hvor de kan have opnået viden om konsekvenserne af henholdsvis sund og usund levevis. Selv om en større andel i 2009 end i

2007 har deltaget i et sådan tilbud, har det tilsyneladende ikke været tilstrækkeligt til at ændre markant på deres vaner. Blandt de konkrete indsatser vi har fået specifikke oplysninger om til denne undersøgelse har alene Sundhedseksperimentarierne været rettet mod brede grupper af børn og unge. Andre indsatser har rettet sig mod mindre og afgrænsede målgrupper, hvor indsatsen godt kan have haft en effekt, men den har ikke berørt tilstrækkelig mange til, at det har kunnet registreres i hele aldersgruppen. Når der ikke har kunnet spores større ændringer i retning af en sundere livsstil blandt 12-16-årige, kan forklaringen altså være, dels at rådgivning, der giver børn og unge viden om livsstil og konsekvenser af en bestemt livsstil, ikke har været tilstrækkelig til, at mange har ændret deres livsstil, dels at flere former for indsats har rettet sig mod små og afgrænsede grupper.

Et mindretal blandt 60-75-årige angiver selv, at de har deltaget i et sundhedsfremmende tilbud, og det er således også et mindretal, hvis holdninger og vaner har haft mulighed for at blive påvirket af et sådan tilbud. Der er blandt de beskrevne indsatser i forhold til 60-75-årige kun få tilbud, som retter sig bredt mod aldersgruppen (og andre aldersgrupper). Det drejer sig fx om Sund By-butikkerne i Hjørring Kommune, *Sundhedscaféen* i Greve Kommune samt motionstilbuddet i Assens Kommune. Andre tilbud retter sig mod mindre og afgrænsede målgrupper blandt ældre. I forhold til denne aldersgruppe kan man således også sige, at viden om livsstil og konsekvenser heraf ikke er tilstrækkelig til, at der kan spores ændringer i aldersgruppens livsstil og vaner, ligesom kommunernes indsats kun er nået ud til en mindre del af aldersgruppen. Vi har derfor ikke kunnet afdække ændringer i livsstil og sundhedsvaner, som ligger ud over en eventuel effekt af fx nationale kampagner.

Der er nogle observationer i undersøgelsen, der antyder, at strukturelle forhold kan have haft en betydning for livsstil og sundhedsvaner.

Der er i Assens Kommune en større andel, som lever op til anbefalingerne om fysisk aktivitet end i de to andre kommuner, og fra 2007 til 2009 er der en stigende andel, der angiver at have deltaget i et motionstilbud. I Assens Kommune har der været etableret motionstilbud, som ligger ud over den sædvanlige klub- og foreningsmotion, og man har påbegyndt at udvikle stisystemerne i kommunen.

I Greve Kommune er andelen af 12-16-årige, der dyrker sport og motion i klub eller forening, større end i de to andre kommuner, ligesom andelen af 60-75-årige, der angiver at have deltaget i et motionsarrangement, er større. I Greve Kommune er det nærliggende at konkludere, at borgere og unge på grund af bl.a. en højere befolkningstæthed og et relativt større udbud har lettere adgang til klub- og foreningsaktiviteter.

Disse observationer peger på, at nærhed og de strukturelle muligheder har en betydning for, hvor mange der er fysisk aktive.

1.5 Organisering og kommunernes indsats

Det har været en antagelse i projektet, at forskellige måder at organisere forebyggelse og sundhedsfremme kunne have betydning for, hvilke tilbud en kommune får etableret, og dermed hvilke og hvor mange borgere, der kan nyde gavn af et sundhedsfremmende tilbud.

De tre kommuner har på sundhedsområdet organiseret sig forskelligt. Assens Kommune har haft en mindre sundhedsstab og har arbejdet på at etablere et tværgående sundhedsnetværk, som skal koordinere og understøtte konkrete sundhedsfremmende projekter. Greve Kommune har etableret en sundhedsforvaltning (Center for Sundhed) med ansvar for at udvikle sundhedsfremmende tilbud, mens Hjørring Kommune har etableret en sundhedsafdeling i en større forvaltning. Afdelingen har ud over en stab bestået af Sund By-butikker og et Center for Sunde Arbejdspladser. Området blev reorganiseret i slutningen af 2008. Assens og Greve Kommuner havde i begyndelsen af 2007 formuleret en sundhedspolitik, mens det først skete senere i Hjørring Kommune.

Alle tre kommuner har haft en strategi for at etablere sundhedsfremmende tilbud i sammenhæng med kommunens øvrige tilbud til borgerne og dermed blive integreret i de øvrige forvaltninger, afdelinger eller institutioner. I alle tre kommuner har årlige handleplaner været en del af denne strategi.

I og med at der ikke har kunnet konstateres markante forskelle i de undersøgte befolkningsgruppers adfærd i de tre kommuner, kan vi heller ikke konkludere at organisationsformen har haft nogen betydning.

En årsag hertil kan være, at undersøgelsen er foregået i en opstartsfase, hvor kommunernes organisationsstruktur ikke har været færdigudviklet, og strategien med at udvikle forebyggende indsatser i de enkelte forvaltninger, afdelinger og institutioner har ikke nået at slå igennem.

En anden årsag til manglende forskelle kan være, at den overordnede organisationsstruktur ikke er afgørende for, hvilken indsats der bliver iværksat. Det handler måske i højere grad om, hvordan strukturer og vilkår er indrettet til at overvinde barrierer for at indføre sundhedsfremmende indsatser i sammenhæng med kommunens øvrige tilbud til borgerne. Det drejer sig fx om en sektorisering af kommunerne i fagområder med afgrænsede opgaver, og at der er fokus på driftsopgaverne og manglende ressourcer i de forskellige fagområder. Det er således en udfordring at skabe engagement og ejerskab i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse blandt medarbejdere på andre fagområder. Det er ikke entydigt, at én af kommunerne har haft strukturer, der har været særligt fremmende for dette. Greve og Hjørring Kommuner har imidlertid haft flere personale- og ledelsesressourcer til sundhedsområdet en Assens Kommune, hvilket kan have bidraget til, at disse to kommuner har haft flere sundhedsfremmende projekter med tilknytning til sundhedsafdelingen.

2 Baggrund og formål

Kommunalreformen overdrog kommunerne hovedansvaret for den sundhedsfremmende og forebyggende indsats. Kommunerne har i henhold til Sundhedsloven ansvaret for at skabe rammer for en sund levevis og for at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Dette omfatter dels en indsats i forhold til kommunens indbyggere med henblik på at forebygge sygdom og ulykker (borgerrettet forebyggelse), dels en indsats med henblik på at forebygge, at sygdom udvikler sig yderligere og at afgrænse eller udskyde eventuelle komplikationer (patientrettet forebyggelse). Som væsentlige områder for kommunernes borgerrettede forebyggende indsats nævnes: Rygning, alkohol, sund kost, svær overvægt, herunder børneovervægt, fysisk aktivitet, forebyggelse af ulykker og seksuelt overførte sygdomme og uønskede graviditeter (L74: Forslag til Sundhedslov, s. 94). Forebyggelse, der ikke foregår i forbindelse med patientbehandling i sygehusvæsenet og i almen praksis, skal varetages af kommunerne. I forhold til den patientrettede forebyggelse nævnes en række sygdomme: aldersdiabetes, forebyggelige kræftsygdomme, hjerte-karsygdomme, muskel- og skeletlidelser, overfølsomhedssygdomme, psykiske lidelser og rygerlunger. Sigtet i forhold til disse patientgrupper er især at optimere behandlingen og sætte den enkelte patient i stand til at tage bedst mulig vare på sig selv.

Forebyggelse og sundhedsfremme kan således rette sig mod forskellige sundhedsproblemer eller mod borgere med forskellige kroniske sygdomme. Målgruppen for en borgerrettet forebyggelse kan være bestemte risikogrupper, bestemte patientgrupper, bestemte aldersgrupper eller den brede befolkning. En forebyggende og sundhedsfremmende indsats kan endvidere antage forskellige former, hvad enten det drejer sig om en borgerrettet eller en patientrettet indsats (fx KL 2005). Det må altså forventes, at det vil være forskelligt, hvilke grupper og problemer kommunerne vil prioritere i deres indsats, og hvilke virkemidler kommunerne vil tage i anvendelse, når det handler om at påvirke borgernes livsstil samt sundheds- og sygdomsadfærd.

I denne rapport fokuseres på den del af kommunernes sundhedsfremmende indsats, der omhandler kost, rygning, alkohol og motion (KRAM). Baggrunden herfor er, at Det Nationale Råd for Folkesundhed anbefaler, at kommunerne i deres sundhedsfremme prioriterer disse områder. Dette skyldes, at usund kost, tobaksrygning, for meget alkohol og fysisk inaktivitet er medvirkende årsager til langt de fleste sygdomme, som vi dør for tidligt af (jf. Det Nationale Råd for Folkesundhed 2006).

Der har været anvendt et komparativt design, hvor udviklingen i borgernes sundhedsadfærd og indsatsen i tre kommuner sammenlignes med henblik på at frembringe en viden, der kan indgå ved udformningen af den fremtidige indsats i forhold til kost, rygning, alkohol og motion.

De overordnede formål har været:

- at undersøge effekter på borgernes adfærd af forskellige sundhedsfremmende indsatsformer og forskellige måder at tilrettelægge og organisere en sundhedsfremmende indsats i en kommune,
- at sammenligne organisatoriske og økonomiske konsekvenser af kommuners forskellige måder at tilrettelægge og organisere en sundhedsfremmende indsats.

Det første formål er emnet for denne rapport, mens organisatoriske og økonomiske aspekter af kommunernes indsats har været belyst i et tidligere working paper (Hansen, Krarup og Jørgensen 2008).

Der har primært været fokuseret på kommunernes sundhedsfremmende indsats over for to grupper: unge (12-16-årige) og ældre (60-75-årige). Baggrunden for at fokusere på disse to grupper har været, at kommunernes indsats omkring sundhedsfremme syntes at ville rette sig mod de områder, hvor kontakten til borgerne allerede var udbygget og typisk afledt af de lovpligtige opgaver, nemlig børneområdet og ældreområdet. Selv om kommunernes forebyggende opgaver blev udvidet, var det antagelsen, at der fortsat ville være et særligt fokus på disse grupper samt på borgere med kroniske lidelser. Udvælgelsen af afgrænsede aldersgrupper kan endvidere begrundes med, at det antageligt vil være nemmere at spore en effekt i en afgrænset befolkningsgruppe.

Aldersgruppen 12-16 år er en oplagt aldersgruppe, da en effekt af en indsats i forhold til yngre børn også gerne skulle fastholdes i denne aldersgruppe. Endvidere udvikles selvstændigheden i denne aldersgruppe, således at det er vigtigt at indarbejde og fastholde gode vaner i livsstilen.

Projektet har været opbygget i to dele:

- En survey blandt unge og ældre med to års mellemrum i form af spørgeskemaundersøgelser, som har til formål at indhente oplysninger om de to gruppers sundhed og sundhedsadfærd. En sammenligning mellem resultaterne af de to undersøgelser har skullet afdække ændringer i målgruppernes sundhed og sundhedsadfærd og dermed mulige effekter på sundhedstilstanden af kommunernes indsats.
- Et casestudie af de tre kommuners indsats har belyst den iværksatte sundhedsfremmende indsats, i hvilket omfang denne indsats er nået ud til de påtænkte målgrupper, og hvilke vilkår der har eksisteret i hver kommune for etablering af en sundhedsfremmende indsats. I forhold hertil har casestudiet belyst kommunernes organisering af forebyggelse og sundhedsfremme, økonomiske og personalemæssige ressourcer, strukturer og samarbejdsrelationer samt strategi for at implementere forebyggelse og sundhedsfremme (Hansen, Krarup og Jørgensen 2008).

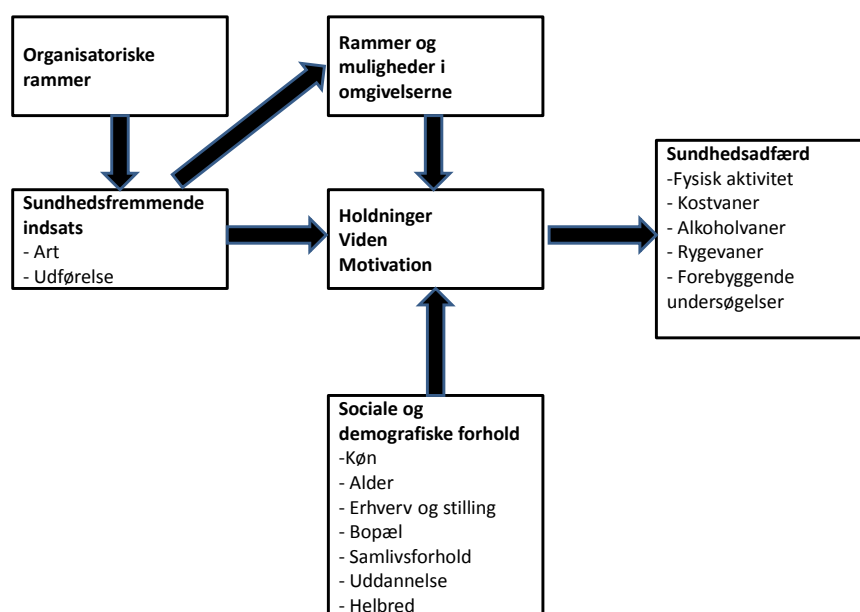
Der redegøres nærmere for projektets design og metode i kapitel 3.

3 Undersøgelsens design og metode

Intentionen med projektet har været at måle effekten af *en kommunes samlede sundhedsfremmende* indsats i forhold til de udvalgte målgrupper, som i dette tilfælde er 12-16-årige og 60-75-årige. Designet har lighedspunkter med en benchmarkinganalyse, hvor de undersøgte kommuner benchmarkes på deres "resultat" i forhold til udviklingen i de nævnte aldersgruppers sundhedsadfærd. Eventuelle forskelle i resultat kan ikke henføres til en enkelt indsats men til alle kommuners forskellige typer af indsats. Det har således indgået i projektet at beskrive, hvad en sådan samlet indsats har omfattet i de undersøgte kommuner, for at kunne pege på, om der er former for indsats, der synes særligt virkningsfulde.

Analysen af effekten af kommunernes sundhedsfremmende indsats tager udgangspunkt i den model, som er vist i figur 3.1.

Figur 3.1 Overordnet analysemodel



Udgangspunktet for undersøgelsen har været en analyse af konsekvenserne på borgernes sundhedsadfærd af måder at organisere og tilrettelægge en sundhedsfremmende indsats i en kommune. Organiseringen tænkes ikke at have en direkte indflydelse på borgernes sundhedsadfærd, men det har været antagelsen, at forskellige måder at organisere en sundhedsindsats på vil have forskellige fordele og ulemper/barrierer i forhold til at implementere sundhedsfremmende indsatser til borgerne og i forhold til samarbejdsrelationer internt i kommunen og med eksterne samarbejdspartnere (Hansen, Krarup og Jørgensen 2008, Han-

sen og Jørgensen 2009). Sundhedsfremme og forebyggelse, som skal nå ud til bredere målgrupper, forudsætter i vidt omfang, at indsatsen foregår som en integreret del af eksisterende serviceydelser eller aktiviteter i en kommune (fx Cavill, Kahlmeier og Racioppi 2008). Derfor ses det som en udfordring at finde en organisatorisk placering af sundhedsopgaverne, så de relevante kommunale afdelinger og institutioner samt private aktører inddrages bedst muligt.

Det antages videre, at en sundhedsfremmende indsats søger at påvirke borgernes sundhedsadfærd. En sådan indsats antages at rette sig mod borgernes holdninger til og viden om vigtigheden af en bestemt adfærd og mod borgernes indre og ydre motivation for en bestemt adfærd (handling). Indsatsen antages endvidere at kunne rette sig mod mulighederne for en sundhedsfremmende adfærd i omgivelserne. Mulighederne for fx at dyrke motion og ryge-regler antages at påvirke borgernes motivation for en sundhedsfremmende adfærd (jf. afsnit 3.2 nedenfor). Mulighederne for at påvirke sundhedsadfærden er imidlertid betinget af borgernes sociale og demografiske forhold. Det kan betyde, at en bestemt indsats slår forskelligt igennem hos borgere med forskellige sociale eller demografiske karakteristika, eller at den sundhedsfremmende indsats skal udformes forskelligt i forhold til borgere med forskellige karakteristika. I denne sammenhæng medregnes også mestring af kroniske lidelser.

Det er en implicit antagelse i modellen, at borgernes sundhedsadfærd sammen med bl.a. levevilkår og genetisk eksponering påvirker risikoen for sygdom (for borgere med kroniske lidelsers vedkommende risikoen for forværring af sygdom eller konsekvenserne af sygdom). Det ville naturligvis have været ideelt at måle effekten af en sundhedsfremmende indsats på forekomsten af sygdom. Det vil imidlertid have forudsat et meget langsigtet perspektiv, og det ville samtidig metodisk have været meget vanskeligt uden et kontrolleret eksperiment at henføre en given udvikling i forekomsten af bestemte sygdomme til en effekt af en kommunes sundhedsfremmende indsats. Grundlæggende forudsætninger for på længere sigt at opnå en effekt er imidlertid, 1) at relevante målgrupper nås med indsatsen, og 2) indsatsen formår at påvirke målgruppen i retning af en adfærd, som der er evidens for er sundhedsfremmende.

En eventuel ændring i borgernes sundhedsadfærd er alt andet lige i princippet et resultat af både en lokal og national sundhedsfremmende indsats samt en mulig generationseffekt, hvor yngre generationer har en anden sundhedsadfærd end ældre. Når der – som i denne analyse – kun er to års mellemrum mellem målepunkterne, kan der dog formodentlig ses bort fra en generationseffekt.

Det vil næppe være muligt helt at udskille en effekt fra den lokale indsats fra en effekt af den nationale indsats, men analyserne er søgt tilrettelagt på en måde, så det er afdækket, hvilke tendenser der gør sig gældende i alle tre kommuner, og hvilke der er specielle for en eller to af kommunerne. Vi har i analyserne inddraget borgernes deltagelse i og berøring med den lokale indsats for at afdække, om dette viser sammenhæng med ændret sundhedsadfærd.

3.1 Materiale og metode

Undersøgelsen er gennemført i Assens, Greve og Hjørring Kommuner. Ved udvælgelsen af kommuner blev der lagt vægt på at vælge kommuner, som har valgt at prioritere sundhedsfremme if. KRAM-faktorer målrettet unge (12-16-årige) og ældre (60-75-årige). Der blev end-

videre lagt vægt på, at de udvalgte kommuner er placeret i forskellige dele af landet, og at de har organiseret den sundhedsfremmende indsats forskelligt. Der skulle samtidig tages hensyn til, at kommunen ikke var involveret i andre større evalueringer eller undersøgelser.

I det følgende beskrives gennemførelsen af spørgeskemaundersøgelser i de tre kommuner. Metode og materiale til casestudiet er beskrevet i Hansen, Krarup og Jørgensen (2008). De interview, der er beskrevet der, er blevet suppleret af interview i slutningen af 2008 med en leder/konsulent fra hver af de tre kommuner om udviklingen i kommunens indsats siden efteråret 2007.

Den første spørgeskemaundersøgelse blev gennemført i perioden ultimo april – medio juni 2007. Undersøgelsen blandt 12-16-årige blev gennemført ved hjælp af et internetbaseret spørgeskema. Respondenter fik tilsendt et introduktionsbrev om undersøgelsen med en adgangskode til det internetbaserede spørgeskema. Der blev udsendt rykkere ad to omgange til dem, som endnu ikke havde besvaret skemaet. Undersøgelsen blandt 60-75-årige blev gennemført ved brug af et postudsendt spørgeskema. Der blev også i dette tilfælde udsendt rykker ad to omgange.

Den anden spørgeskemaundersøgelse blev gennemført i perioden ultimo april 2009 – medio juni 2009 med brug af samme fremgangsmåde som i 2007. Der er altså sammenfald i fremgangsmåde og tidspunkt for spørgeskemaundersøgelserne i 2007 og 2009, som bidrager til at sikre sammenlignelighed.

I 2007 blev spørgeskemaundersøgelsen gennemført blandt en tilfældig stikprøve af børn og unge født i perioden 1. januar 1991 til 31. december 1994 og blandt en tilfældig stikprøve af ældre født i perioden 1. januar 1932 til 31. december 1946. I 2009 blev spørgeskemaundersøgelsen gennemført blandt en tilfældig stikprøve af børn og unge født i perioden 1. januar 1993 til 31. december 1996 og blandt en tilfældig stikprøve af ældre født i perioden 1. januar 1934 til 31. december 1948. Hovedtal for undersøgelserne er vist i tabel 3.1.

Tabel 3.1 Hovedtal for de gennemførte spørgeskemaundersøgelser i 2007 og 2009

	Assens Kommune		Greve Kommune		Hjørring Kommune	
	2007	2009	2007	2009	2007	2009
12-16-årige						
Bruttostikprøve	786	880	766	880	794	880
Antal svar	439	519	409	473	436	516
Svarprocent	55,9	60,0	53,3	53,8	54,9	58,6
60-75-årige						
Bruttostikprøve	840	840	844	840	847	840
Antal svar	591	594	581	592	577	587
Svarprocent	70,2	70,7	68,8	70,5	68,1	69,9

Der blev i begge år udtrukket en bruttostikprøve bestående af 880 12-16-årige. I 2007 indeholdt udtrækket imidlertid børn/unge med forskerbeskyttelse, hvilket vil sige, at de ikke kan indgå i videnskabelige undersøgelser. Den endelige stikprøve blev derfor mindre end planlagt. Dette gjorde sig ikke gældende i 2009, hvor den endelige stikprøve således var på 880 12-16-årige i alle tre kommuner. I Assens og Hjørring Kommuner opnåedes en lidt højere

svarprocent i 2009 end i 2007. Der er en højere svarprocent blandt piger end blandt drenge, og en højere svarprocent blandt de yngste end blandt de ældste.

Der blev i begge år bestilt en stikprøve på 840 60-75-årige i hver kommune, og her var ingen problemer med forskerbekyttelsen. Svarprocenten var stort set på samme niveau i begge år. Der er ingen væsentlig forskel i svarprocenten mellem mænd og kvinder, og svarprocenten viser ingen væsentlig forskel med hensyn til alder. En sammenligning af aldersfordelingen af stikprøven i 2007 og 2009 viser, at i Greve Kommune udgør 65-69-årige i 2009 en større andel end i 2007, mens 60-64-årige udgør en mindre andel. Det afspejler ændringer i den faktiske befolkningssammensætning.

Sammensætningen af personer, som indgår i undersøgelsen synes således ikke at afvige væsentligt fra befolkningen i aldersgrupperne, når det gælder køn og alder. Den relativt høje svarprocent blandt de 60-75-årige skulle sikre, at den undersøgte population også er repræsentativ på andre karakteristika. Svarprocenten blandt de 12-16-årige er ikke helt tilfredsstillende, selv om den er pæn sammenlignet med andre undersøgelser af samme karakter. Vi har imidlertid ingen mulighed for at kontrollere, om dem, som ikke har svaret, har en anderledes sundhedsadfærd, end dem, der har svaret. Vi søger imidlertid i analysen at tage højde for forskelle i karakteristika, som kan antages at have indflydelse på sundhedsadfærden.

Det centrale i analyserne har været at afdække, om der har været en ændring i de unge og de ældres livsstil og holdning til at ændre livsstil fra 2007 til 2009, og i givet fald om der har været en større ændring i én kommune end i de andre. Til det formål har der været anvendt regressionsanalyser, der har givet mulighed for at analysere, om flere borgere har haft en sundere livsstil i 2009 end i 2007 i Assens, Greve eller Hjørring Kommune, når der samtidig tages højde for karakteristika ved borgerne, som viser sammenhæng med livsstil og ændringer heri. Der har været anvendt logistisk regression, når en variabel har haft to udfald, "sund og ikke sund livsstil". Når livsstilen er målt på en skala fx en skala for kostvaner, er der anvendt lineær regression i form af GLM-analyser.

Analyserne er generelt gennemført ved i første omgang at afdække, hvilke karakteristika ved borgerne der viser en signifikant sammenhæng med en livsstilsvariabel eller holdning til at ændre livsstil. (Vi har dog i alle analyser valgt at inddrage køn, alder og for de ældre, om man bor alene eller ikke). Derefter har vi inddraget en variabel, der kombinerer kommune og år i analysen for at afdække, om denne variabel viser signifikant sammenhæng med livsstilsvariablen. Vi havde også i første omgang inddraget en variabel for kommune og en for undersøgelsesår, men SPSS-programmet smed dem ud af analysen, fordi sammenhængen var bestemt af den kombinerede variabel.

Resultaterne af regressionsanalyserne er vist både i bilagstabeller, hvor værdi og størrelse af koefficienter fremgår, og i tabeller i teksten. Her er beregnet sandsynligheder eller skallaværdier for personer med nærmere beskrevne karakteristika. De valgte karakteristika afhænger af, hvilke variabler, der er signifikante i regressionsanalysen.

Analyserne har haft til formål, at afdække ændringer i sundhedsadfærd blandt 12-16-årige og 60-75-årige med hensyn til kost, rygning, alkohol og motion (fysisk aktivitet). Endvidere er analyseret, hvorvidt der er ændringer i holdninger til en bestemt sundhedsadfærd.

Endelig er der for 12-16-årige belyst ændringer i velbefindende. Nedenfor er vist en oversigt over de indikatorer, der har været anvendt i analyserne.

Oversigt 3.1 Indikatorer på 12-16-åriges sundhedsprofil og sundhedsadfærd

Indikator	Beskrivelse
Holdning og motivation	
Tro på egen indsats for at holde sig sund og rask	1. Tror egen indsats er meget vigtig 2. Tror egen indsats er vigtig, en smule vigtig eller ikke vigtig
Holdning til at ville bevæge sig mere	1. Kunne godt tænke sig at bevæge sig mere 2. Kunne <i>ikke</i> tænke sig at bevæge sig mere
Tilfredshed med vægt	1. Tilfreds med vægt 2. Ikke tilfreds med vægt
Sundhedsadfærd	
<i>Fysisk aktivitet</i>	
Fysisk aktiv	1. Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen, dyrker motion eller har tungt arbejde mindst fire timer om ugen, cykler, går eller bevæger sig i forbindelse med leg mindst fire timer om ugen, bruger mere end fire timer om ugen uden for skoletiden på at bevæge sig <i>eller</i> opfatter den motion, som de dyrker i fritiden som fysisk meget eller ret hård. 2. Opfylder <i>ikke</i> ovenstående
Fysisk aktiv i klub eller forening	1. Har den seneste uge dyrket sport eller motion i klub eller forening 2. Har <i>ikke</i> den seneste uge dyrket sport eller motion i klub eller forening
Stillesiddende aktiviteter	Indikator for omfanget af stillesiddende aktiviteter på en skala fra 6-30. Jo højere værdi, des mere tid bruges på stillesiddende aktiviteter
<i>Kost og vægt</i>	
Overvægt	Overvægt beregnet ved BMI
Fiberholdig kost	En skala fra 2-10 for hyppigheden af at spise kartofler og rugbrød/grovbrød
Grøntsager og frugt	En skala fra 4-20 for hyppigheden af at spise/drikke grøntsager, salat, frugt og juice
Mælk	En skala fra 1-5 for hyppigheden af at drikke mælk
Junkfood	En skala fra 4-20 for hyppigheden af at spise/drikke pommes frites/chips, slik/chokolade, fastfood og cola/saftevand. Jo højere værdi, des mindre hyppigt.
<i>Rygning</i>	
Ryger	1. Ryger <i>ikke</i> 2. Ryger
<i>Alkohol</i>	
Drukket alkohol	1. Har <i>ikke</i> drukket alkohol den seneste måned 2. Har drukket alkohol den seneste måned
Været fuld	1. Har drukket alkohol, men har <i>ikke</i> været fuld 2. Har drukket alkohol, og har været fuld
Velbefindende	
Hvordan har du det?	En skala fra 0-24, der opsummerer otte spørgsmål om, hvordan man selv synes, man har det. Jo højere værdi, des bedre.
Glad for at gå i skole	1. Altid eller for det meste glad for at gå i skole 2. Af og til, sjældent eller aldrig glad for at gå i skole
Vurdering af liv for tiden	En skala fra 1-10, hvor 1 angiver det værst tænkelige liv og 10 det bedst mulige liv.

Oversigt 3.2 Indikatorer på 60-75-åriges sundhedsprofil og sundhedsadfærd

Indikator	Beskrivelse
Holdning og motivation	
Tro på egen indsats for at bevare et godt helbred	1. Tror egen indsats er særdeles vigtig 2. Tror egen indsats er vigtig, har nogen betydning eller er uden betydning
Vigtighed af at ændre sin vægt	En skala fra 1-10, hvor 1 svarer til slet ikke vigtigt og 10 til meget vigtigt
Vigtigheden af at være fysisk aktiv	En skala fra 1-10, hvor 1 svarer til slet ikke vigtigt og 10 til meget vigtigt
Vigtighed af at nedsætte alkoholforbrug	En skala fra 1-10, hvor 1 svarer til slet ikke vigtigt og 10 til meget vigtigt
Sundhedsadfærd	
Indsats for at bevare et godt helbred	1. Gør noget for at bevare eller forbedre helbred 2. Gør <i>ikke</i> noget for at bevare eller forbedre helbred
Kost og vægt	
Overvægt	Overvægt beregnet ved BMI
Fiberholdig kost	En skala fra 2-12 for hyppigheden af at spise kartofler samt groft, fiberrigt brød og gryn. Jo højere værdi, des hyppigere
Frugt og grøntsager	En skala fra 3-18 for hyppigheden af at spise kogte, stegte eller bagte grøntsager, salat eller råkost samt frugt. Jo højere værdi, des hyppigere
Fisk	1. Spiser fisk mindst to gange om ugen 2. Spiser fisk mindre end to gange om ugen
Fysisk aktivitet	
Fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen	1. Er fysisk aktiv mindst 30 minutter seks eller syv dage om ugen, træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen <i>eller</i> dyrker motion eller udfører tungt havearbejde eller lignende mindst fire timer om ugen 2. Opfylder <i>ikke</i> ovenstående
Rygning	
Ryger	1. Ryger <i>ikke</i> 2. Ryger
Vigtigheden af at holde op med at ryge	En skala fra 1-10, hvor 1 svarer til slet ikke vigtigt og 10 til meget vigtigt. Omfatter alene rygere
Alkohol	
Genstandsgrænse I (14/21 genstande om ugen)	1. Drikker mere end genstandsgrænsen 2. Overholder genstandsgrænsen
Genstandsgrænse II (mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed)	1. Har drukket mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed inden for den seneste måned 2. Har <i>ikke</i> drukket mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed inden for den seneste måned

Som forklarende variabler – ud over kommune og år – har demografiske variabler som køn, alder, alder og husstand været inddraget. Der har endvidere været inddraget variabler vedrørende helbred og velbefindende, social situation, økonomisk og social status samt deltagelse i sundhedsfremmende tilbud. Der har bl.a. været anvendt en variable for social status, som uddybes her.

De 12-16-årige er placeret i socialklasser i forhold til deres mors (stedmors) og fars (stedfars) job. Den enkelte er indplaceret efter den af forældrene med den højeste socialklasse. Der er anvendt en socialklasseinddeling, som anvendes i den internationale skolebørnsun-

dersøgelse (Due og Holstein 2003), og kodevejledningen herfra er blevet stillet til rådighed for denne undersøgelse. Der er anvendt følgende kategorier:

- *Socialklasse 1* består af personer med en lang videregående uddannelse, fx advokater, gymnasielærere og læger, samt øverste ledere i organisationer og virksomheder, fx administrerende direktører.
- *Socialklasse 2* består af personer med en mellemlang videregående uddannelse, fx folkeskolelærere og journalister. Desuden personer med chef- eller ledelsesfunktioner, fx underdirektører og chefer med ansvar for en personalegruppe (projektchef, afdelingschef/-sygeplejerske).
- *Socialklasse 3* består af personer med en mellemlang videregående uddannelse, fx sygeplejersker og bankrådgivere. Desuden personer med chef- eller ledelsesfunktioner, fx chefer for en funktion (fx proceschef). Personer med eget firma, fx selvstændige tømrere og frisører.
- *Socialklasse 4* består af faglærte arbejdere, fx social- og sundhedshjælpere, elektrikere og ejendomsmæglere.
- *Socialklasse 5* består af ikke-faglærte arbejdere, fx chauffører, lagerarbejdere og rengøringspersonale.
- *Socialklasse 6* består af personer, som er økonomisk aktive, men som ikke kan klassificeres under socialklassekoderne 1-5 på grund af utilstrækkelige oplysninger, fx "selvstændig".
- *Socialklasse 7* består af personer uden for arbejdsmarkedet, fx sygemeldte, studerende, hjemmegående og jobsøgende.
- Der er endvidere oprettet en "*socialklasse 9*" for uoplyste.

De 60-75-årige er indplaceret i socialklasser efter deres uddannelse og deres stilling det meste af livet. Der er anvendt følgende socialklasser, og gifte/samlevende eller førhen gifte er indplaceret efter den af ægtefællerne, der har den højeste socialklasse.

- *Socialklasse 1* består af selvstændige eller funktionærer/tjenestemænd med mindst fem underordnede samt personer med en erhvervsuddannelse på mere end fire år.
- *Socialklasse 2* består af selvstændige eller funktionærer med 1-4 underordnede samt personer med en erhvervsuddannelse på 3-4 år.
- *Socialklasse 3* består af selvstændige uden underordnede, medhjælpende ægtefæller, funktionærer/tjenestemænd uden underordnede samt personer med en videregående uddannelse under tre år.
- *Socialklasse 4* består af faglærte arbejdere, social- og sundhedshjælpere o.l.
- *Socialklasse 5* består af ikke-faglærte arbejdere.
- *Socialklasse 7* består af personer uden for arbejdsmarkedet.

3.2 Teoretisk udgangspunkt

Projektets design har taget udgangspunkt i teorier, der handler om, hvilke forhold der skal være til stede for at en indsats kan forventes at påvirke borgernes sundhedsadfærd og livsstil, bl.a. Glanz et al. (2002) og Green og Kreuter (2005). Generelt peger teorierne på, at vigtige forudsætninger, for at indsatsen virker, er, at indsatsen giver folk relevant viden og motiverer til en sundhedsfremmede adfærd samt giver handlemuligheder i form af konkrete tilbud eller rammer for en sundhedsfremmende adfærd i borgerens hverdag. Borgerne skal således have viden om vigtigheden af, at de ændrer adfærd, hvilket kan ske gennem konkrete indsatser, fx informationsmøder om sund kost og fysisk aktivitet, eller nationale oplysningskampagner. Derudover skal indsatsen tilrettelægges, så den stimulerer og styrker borgernes indre og ydre motivation for en bestemt adfærd. Med indre motivation menes, at borgerne skal have viljen og troen på, at de gennem en ændret adfærd kan påvirke deres sundhedstilstand. Den ydre motivation handler om, at man i nærmiljøet har positive rollemodeller, der kan støtte og inspirere individets adfærdsændring. Handlemuligheder giver mulighed for at omsætte viden og motivation til konkret handlen, og disse kan skabes gennem dels konkrete tilbud, fx rygestopkurser og relevante motionsforløb, som borgeren kan vælge at tage aktivt del i, dels gennem fysiske og strukturelle rammer. Fysiske rammer kan være faciliteter i nærmiljøet, fx stisystemer eller frugtordninger, mens strukturelle rammer kan understøtte en sundhedsfremmende adfærd gennem bl.a. lokale sundhedspolitikker, fx ryge- eller kostpolitikker. De fysiske og strukturelle rammer kan på forskellig vis fremme eller hæmme en bestemt adfærd, fx kan et veludbygget stisystem gøre det let at vælge cyklen som transportmiddel, mens en kostpolitik på skoler kan fremme elevernes mulighed for at spise sundt.

Mulighederne for at påvirke sundhedsadfærden er imidlertid også betinget af borgernes sociale og demografiske forhold. Det kan betyde, at en bestemt indsats slår forskelligt igennem i forhold til borgere med forskellige sociale eller demografiske karakteristika, eller at indsatsen skal udformes forskelligt i forhold til borgere med forskellige karakteristika.

En sundhedsfremmede indsats, som kombinerer de forskellige niveauer, viden og motivation, samt handlemuligheder i form af konkrete tilbud og fysiske eller strukturelle rammer, vil ofte være mest hensigtsmæssig i forhold til at give borgerne mulighed for at skabe og fastholde en adfærdsændring. Således vil en indsats over for rygning, fx i form af rygestopkurser, indeholde elementer af både viden om rygningens skadevirkninger, motivation for et rygestop, samt en reel handlemulighed for at opnå rygestop, hvor borgerne kan møde op og blive guidet gennem rygestopforløbet. En lokal rygepolitik vil understøtte den sundhedsfremmende indsats over for rygning.

Teoretisk grundlag for spørgeskemaernes udformning

For at undersøge den eventuelle ændring i borgernes sundhedsadfærd fra 2007 til 2009 er de deltagende 12-16-årige og de 60-75-årige i både 2007 og 2009 blevet stillet en række spørgsmål omhandlende deres sundhedsadfærd. Spørgeskemaerne er udformet med udspring i en række teorier, som knytter sig til teorier om sundhedsadfærd. De fleste teorier udspringer af psykologien, mens en enkelt har et sociologisk udgangspunkt.

Teori om *self-efficacy* omhandler troen på, at nytten af ens egen indsats kan have indflydelse på sundhedsadfærd. Det antages, at sociodemografiske faktorer har en direkte indflydelse på *self-efficacy*, men også en indirekte indflydelse gennem andre faktorer. Derudover er *self-efficacy* påvirket af faktorer, som knytter sig til omgivelserne, fx barrierer i omgivelserne, andres mundtlige overtalelse og oplevelse af andres erfaringer (den ydre motivation, som nævnt tidligere). Endvidere har intrapersonelle faktorer betydning, bl.a. viden, holdninger, tidligere erfaringer, fysiologiske barrierer og helbredsstatus (den indre motivation, som nævnt tidligere). *Self-efficacy* knytter sig desuden til forventninger til effekt.

At troen på nytten af egen indsats kan have en betydning for effekten af en given indsats er omdrejningspunktet i modellen *The Health Belief Model*. Således præsenterer denne model en tankegang om, at sundhedsvanerne afspejler vores overbevisning. Eksempelvis vil man med større sandsynlighed holde op med at ryge, hvis man er overbevist om, at man selv har en risiko for at blive syg af rygning. Idet forskellige psykologiske faktorer således kan have en indflydelse på individers sundhedsadfærd, er der i spørgeskemaerne til de to aldersgrupper medtaget spørgsmål omkring trivsel og velbefindende og spørgsmål vedrørende mobning, fx spørgsmål til de unge om, hvordan de synes, de har det. Desuden er der stillet spørgsmål om, hvorvidt respondenterne tror, at man selv kan gøre noget for at holde sig sund og rask, jf. *The Health Belief Model*. Selv om faktorer som psykisk velbefindende, fx om man er glad for at gå i skole, ikke nødvendigvis har en direkte indflydelse på sundhedsadfærden i forhold til fx motion og rygning, kan det således tænkes at have en indflydelse på troen på, at egen indsats nytter noget i forhold til sundhedsadfærd.

The Theory of Planned Behaviour er en teori, som bygger på antagelsen om, at sundhedsvaner styres af vores intentioner, det vil sige, at vi træffer bevidste valg i forhold til vores sundhed. Teorien omhandler derfor, hvor vores intentioner kommer fra, og præsenterer tre kilder til intentioner om at ændre sundhedsvaner: 1) En positiv holdning til fx motion og sund kost. 2) Et oplevet normpres, hvor omgivelserne forventer, at vi fx dyrker motion. 3) En oplevelse af sig selv som menneske med stor selvkontrol.

Der er derfor i spørgeskemaet til de unge bl.a. stillet spørgsmål til, om de tror, at deres venner dyrker sport hver uge, og om vennerne ryger og drikker alkohol. Med disse spørgsmål kan der tages højde for et eventuelt oplevet normpres, hvor oplevelsen af, at folk i omgangskredsen udfører en bestemt sundhedsadfærd, kan have betydning for egne sundhedsvaner eller -forventninger.

Stress teori fremhæver betydningen af passende krav og udfordringer, samt passende kontrol over egen tilværelse og god social støtte fra venner, familie m.fl., som er faktorer, der ligeledes kan have en indflydelse på sundhedsadfærd. I spørgeskemaerne er der derfor stillet spørgsmål omkring respondenternes samvær med andre, samt støtte fra sociale relationer, fx om man har nogen at tale med i tilfælde af problemer, og hvorvidt det sker, at man er alene mod sin vilje.

The Social Production of Health Behavior har i modsætning til de ovenfor nævnte teorier ikke et psykologisk udgangspunkt, men derimod et sociologisk. Denne teori præciserer således, at sociale strukturer og sociale relationer har indflydelse på vores muligheder for at ændre sundhedsvaner. Hermed antages, at levevilkår, i form af socioøkonomiske faktorer, har

indflydelse på, om og hvordan det er muligt at påvirke og ændre folks sundhedsadfærd. Denne sidste teori har givet inspiration til spørgeskemaerne i form af spørgsmål omhandlende deltagernes sociale status, for at kunne tage højde for socioøkonomiske faktorer. Der er således stillet spørgsmål omkring uddannelse og beskæftigelse til både de 60-75-årige og de 12-16-årige – i de unges tilfælde omhandler spørgsmålene forældrenes situation.

4 Sundhedsfremme i Assens, Greve og Hjørring Kommuner

I dette kapitel opsummeres den sundhedsfremmende indsats i Assens, Greve og Hjørring Kommuner, som den så ud i årene 2007 og 2008. Beskrivelsen bygger på interview af nøglepersoner i de tre kommuner i løbet af 2007 samt opfølgende interview af chef for sundhedsfremme/sundhedskonsulent i slutningen af 2008.

Opsummeringen består af en kort profil af Assens, Greve og Hjørring Kommuner samt en beskrivelse af de strukturer og vilkår, der i 2007 og 2008 fandtes for den sundhedsfremmende indsats i hver af de tre kommuner. Desuden præsenteres en karakteristik af den konkrete sundhedsfremmende indsats i kommunerne. Beskrivelsen er opsummeret i bilag 1, og en mere uddybende beskrivelse af kommunernes sundhedsfremmende indsats og organiseringen frem til efteråret 2007 findes i Hansen, Krarup og Jørgensen (2008).

Beskrivelsen indeholder også tendenser i kommunernes indsats i 2009, selv om disse kun kan have haft begrænset betydning for sundhedsadfærden blandt de undersøgte 12-16-årige og 60-75-årige. Dette illustrerer imidlertid, at kommunerne i høj grad har befundet sig i en udviklingsfase på dette felt.

Mens Assens og Hjørring Kommuner er sammenlagte kommuner pr. 1. januar 2007, så er Greve Kommunes geografiske udstrækning ikke påvirket af kommunalreformen. Assens Kommune er sammenlagt af de seks vest- og højfyenske kommuner Aarup, Assens, Glamsbjerg, Hårby, Tommerup og Vissenbjerg, mens Hjørring Kommune blev sammenlagt af de nordjyske kommuner Hirtshals, Hjørring, Løkken-Vrå og Sindal.

Hjørring Kommune er med ca. 67.000 indbyggere den største af de tre kommuner. Kommunen har også det største areal, hvilket giver den laveste befolkningstæthed af de tre. Assens og Greve Kommuner er med henholdsvis knap 42.000 og knap 48.000 indbyggere nogenlunde lige store. Assens Kommunes areal er imidlertid noget større end Greve Kommunes, og Greve Kommune har dermed en betydelig større befolkningstæthed end de to øvrige kommuner. Befolkningstætheden i Assens Kommune er ikke meget større end i Hjørring Kommune, og der er således geografisk mange lighedspunkter mellem de to kommuner. Greve Kommune skiller sig ud ved en større befolkningskoncentration og sin langt højere urbaniseringsgrad.

Greve Kommune skiller sig også ud fra de to øvrige ved, at en større andel af befolkningen er i den erhvervsaktive alder, mens en mindre andel er over 70 år. I Greve Kommune adskiller befolkningens sammensætning på uddannelse sig ligeledes fra de to andre kommuner, idet en mindre andel har grundskolen som højest fuldførte uddannelse, mens en større andel har en erhvervsuddannelse. Der er ingen forskel på andelen med en videregående uddannelse.

I Greve Kommune arbejder en større andel af de erhvervsaktive end i de to øvrige kommuner i private serviceerhverv og handel, mens en mindre andel arbejder i de primære erhverv. Sammenlignet med de to andre kommuner arbejder en større andel af befolkningen i Hjørring Kommune i industrierhvervet.

4.1 Strukturer og vilkår for kommunernes sundhedsfremmende indsats

Organisatoriske forudsætninger

Den sundhedsfremmende indsats er organiseret forskelligt i de tre kommuner. Dette gælder både i forhold til, hvor sundhed er placeret i kommunens forvaltningsstruktur, og den måde selve sundhedsområdet er organiseret på. Kommunerne anvender forskellige betegnelser for de forskellige forvaltningsafsnit: kontor, center og afdeling. For nemheds skyld bruger vi i det følgende ”sundhedsafdeling” som betegnelse for det forvaltningsafsnit, der har ansvaret for kommunens sundhedsopgaver.

I alle tre kommuner har sundhedsfremme og forebyggelse været placeret som et selvstændigt ansvarsområde med en tilhørende sundhedschef for at synliggøre området. Sundhedschefen er den person i kommunen, der er ansvarlig for, at den sundhedsfremmende indsats formuleres og implementeres i kommunen. Der er dog forskel på, hvor kommunerne har placeret sundhedsområdet i forhold til andre fagområder.

Greve Kommune er organiseret i et antal selvstændige fagcentre, hvor fagcheferne refererer til en samlet direktion. Direktionen skal være med til at fremme og understøtte tværgående indsatser, herunder inden for sundhedsområdet. Sundhedsfremme og forebyggelse er således placeret i et Sundhedscenter, der fungerer som kommunens sundhedsafdeling med en tilhørende sundhedschef. Personalet i centret, hvoraf flere har en sundhedsfaglig baggrund, har sammen med sundhedschefen det primære ansvar for at formulere kommunens sundhedspolitik og at igangsætte sundhedsfremmende indsatser, samt for at forankre sundhedsfremme overalt i kommunens forvaltninger og institutioner. Sidstnævnte systematiseres bl.a. gennem kommunens aftalestyringssystem.

Til forskel herfra, valgte Assens og Hjørring Kommuner fra starten at etablere en sundhedsafdeling som en del af et større forvaltningsområde, hvor sundhedscheferne refererede til den pågældende forvaltningsdirektør. Begge kommuner gennemførte dog i løbet af 2008 markante ændringer i organisationen.

I 2008 blev det tidligere socialområde i *Assens Kommune*, som sundhed hørte under, således nedlagt. Området blev fordelt på Sundhed og Borgerservice. Handicap og psykiatri er nye arbejdsområder under sundhed. I Assens Kommune har sundhedschefen kun haft en lille stab bestående af to AC-medarbejdere samt en projektmedarbejder ansat 15 timer om ugen for en etårig periode. Sundhedsstaben er ansvarlig for at formulere og implementere kommunens sundhedspolitik, mens hovedansvaret for at udvikle og udføre konkrete indsatser ligger i de forskellige forvaltningsafsnit. Kommunen har etableret et sundhedsnetværk, hvis opgave er at sætte sundhedsfremme og forebyggelse på dagsordenen i Assens Kommune, herunder at koordinere indsatser og understøtte konkrete projekter. Etableringen af sundhedsnetværket blev igangsat i efteråret 2008 og har ikke været fuldt implementeret i den periode, som denne undersøgelse dækker. Netværket består af tre lag, hvoraf det øverste er en styregruppe, som er ledelsesmæssigt forankret i sundhedsdirektørområdet. Styregruppen er tværorganisatorisk med en bred repræsentation af områdechefer. Det midterste lag består af en arbejdsgruppe med personer på det udførende niveau i kommunens områder. Arbejds-

gruppen har til opgave at understøtte forskellige forebyggelsesinitiativer, blandt andet økonomisk. I denne forbindelse ønskede arbejdsgruppen at udarbejde en strategi for valg af målgrupper og temaer i forebyggelsesindsatsen samt en standardiseret ansøgningsproces for tildeling af midler fra en forebyggelsespulje til udviklingsprojekter. Midler fra forebyggelsespuljen til forskellige tiltag kan søges af det nederste lag i netværket, som består af ildsjæle med interesse for sundhed og forebyggelse. Det ønskes på sigt desuden at inddrage lokale foreninger på dette niveau.

I *Hjørring Kommune* var sundhed i 2007 organiseret under ældre- og handicapområdet, og ansvaret for formuleringen af kommunens sundhedspolitik og handleplaner lå i en overordnet forvaltning. Ansvaret for udmøntning af handleplanen og igangsættelse af indsatser har frem til slutningen af 2008 været uddelegeret til en sundhedsfremmeafdeling, herunder især Sund By-butikkerne og Center for Sunde Arbejdspladser. Sundhedsfremmeområdet blev imidlertid i slutningen af 2008 reduceret med 20% og beskåret med to fuldtidsstillinger. Der blev samtidig iværksat en omorganisering af sundhedsområdet, som hovedsagelig har haft virkning fra 2009 og altså kun en mindre del af den periode, som denne undersøgelse dækker. Omorganiseringen betød, at Sund By-butikkerne og Center for Sunde Arbejdspladser blev til afdelingen Borgersundhed, som varetager både de borgerrettede og de patientrettede opgaver og en del af den senere etablerede Hjørring Sundhedscenter. Besparelserne betød, at kommunes planer om at etablere et rehabiliteringscenter til den patientrettede forebyggelse blev ændret fra at være et rehabiliteringscenter med både døgn- og dagrehabilitering til dagrehabilitering i Hjørring Sundhedscenter.

Kommunens organisering på sundhedsområdet består fra 2009 af en sundhedsstab og en myndighedsfunktion under sundhedschefen. I sundhedsstaben findes blandt andet en kommunallæge og en kvalitetsmedarbejder. Herunder findes fire afdelinger: Træningsafsnittet, Borgersundhed (den tidligere sundhedsfremmeafdeling), Forsamlingsbygningen (frivilligområdet, aktivitetstilbud for selvhjulpne ældre) og Hjælpemiddeldepotet.

Medarbejderne i den tidligere sundhedsfremmeafdeling blev en del af Borgersundhed. Personalet med ansvar for forebyggende hjemmebesøg blev med den nye organisering flyttet fra ældreområdet til sundhedsområdet, under borgersundhed. Disse medarbejdere vil være en del af staben af faglig ekspertise, som skal udgøre sundhedscentret. Borgersundhed, træningsafsnittet, medarbejdere til forebyggende hjemmebesøg og kommunallægen er fysisk placeret sammen i Hjørring, hvilket bidrager til et tværfagligt samarbejde. Sundhedscentret er således (samtidig) rammen for den udførende del af forebyggelse og sundhedsfremme.

Formulering af strategi og indsatser

Alle tre kommuner har formuleret en sundhedspolitik, som indeholder målsætninger og indsatsområder for sundhedsfremme og forebyggelse. Disse følges der i kommunerne op på med mere konkrete handleplaner, og det er de mere konkrete mål i disse handleplaner, der skal formidles, og gøres til ledere og medarbejders mål i de forvaltninger, der skal arbejde med handleplanerne.

Når det drejer sig om personalemæssige ressourcer til at udvikle en sundhedsfremmende indsats, havde Greve og Hjørring Kommuner et forspring i forhold til Assens Kommune, som

havde en lille sundhedsstab på tre medarbejdere. Hjørring Kommune videreførte Sund By-butikkerne og overtog Center for Sunde Arbejdspladser fra det gamle Nordjyllands Amt, og sammen med en ledelse med længere tids erfaring på feltet var der her personaleressourcer med et potentiale til fortsat at udvikle og udforme en sundhedsfremmende indsats. Efter nedlæggelsen af Sund By-butikkerne og Center for Sunde Arbejdspladser blev personalet herfra, som nævnt, fra 2009 en del af den nye afdeling Borgersundhed. Situationen er noget lignende i Greve Kommune, hvor kommunen i de seneste år før kommunalreformen havde oprustet på det forebyggende felt og derfor havde opbygget en personalegruppe, som med baggrund i deres erfaring og gennem intern sparring kunne bidrage til at udvikle sundhedsfremmende indsatser. Disse personaleressourcer har kunnet bidrage til at udvikle indsatser med ansvarsplacering i sundhedsafdelingen og med råd og inspiration til andre afdelinger.

Alle tre kommuner er medlem af Sund By-netværket, og der er i alle tre kommuner fokus på at udbygge deltagelsen i netværk.

4.2 Implementering af indsatser

Ressourcer til rådighed

I alle tre kommuner var der i både 2007 og 2008 afsat personaleressourcer og penge til sundhedsfremme og forebyggelse. Hjørring Kommune havde samlet set det største budget til formålet i 2007, men måtte, som før nævnt, foretage omfattende besparelser i slutningen af 2008. Hjørring og Greve Kommuner synes i 2007 at have haft flere personaleressourcer end Assens Kommune til at udvikle, planlægge og koordinere forebyggende og sundhedsfremmende indsatser. Midler, der umiddelbart er tilgængelige til at udvide aktivitetsniveauet og til at indføre indsatser i andre fagforvaltninger, synes imidlertid begrænsede i alle tre kommuner. Der har således kun at være afsat få midler til at understøtte en proces, hvor der søges udviklet sundhedsfremmende indsatser i de forskellige fagforvaltninger/afdelinger og institutioner.

I alle tre kommuner har statslige tilskud været en drivkraft til at indføre en eller flere sundhedsfremmende indsatser. Det statslige tilskud nedbringer de kommunale omkostninger ved at indføre en sundhedsfremmende indsats og reducerer behovet for kommunal finansiering. Tilskuddet bidrager dermed til at øge den relative fordel for kommunen ved at indføre en konkret sundhedsfremmende indsats.

Koordination og rollefordeling

I såvel Assens, Greve som Hjørring Kommune var der i perioden 2007-2008 en sundhedsafdeling eller stab med koordinerende funktioner i forhold til at udvikle en strategi for sundhedsfremme og forebyggelse i kommunen. Denne funktion bestod i 2007 i at koordinere udformningen af en sundhedspolitik eller i at koordinere udformningen af handleplaner for den sundhedsfremmende og forebyggende indsats. Alle tre kommuner arbejder endvidere med handleplaner på forskellige niveauer for den sundhedsfremmende indsats. Dette kan give et

ledelsesmæssigt overblik og afdække behovet for at koordinere kommunens forskellige indsatser.

De fleste af de tre kommuners sundhedsfremmende indsatser har været gennemført i projektform, hvor der har været udpeget en ansvarlig projektleder eller tovholder med en koordinerende funktion. En undtagelse er fx Sund By-butikkerne, der ikke havde projektkarakter. Her var der ingen daglig leder, men den formelle ledelse var placeret hos lederen af Sundhedsfremmeafdelingen. Indsatsen i Sund By-butikkerne blev koordineret på regelmæssige personalemøder. Behovet for koordination med eksterne samarbejdspartnere syntes således beskeden i Sund By-butikkernes aktiviteter, idet der ikke var noget fast samarbejde med andre organisationer. En anden undtagelse er rygestopkurser, som ikke har været gennemført i projektform, men i Greve og Hjørring Kommune indgik de i 2007 og 2008 som tilbud i et mere overordnet projekt.

I Greve Kommune blev sundhedsindsatsen i 2008 koordineret ved, at chefen for Center for Sundhed har spurgt samtlige centerchefer, hvad deres center ville bidrage med i forhold til handleplanen for sundhedspolitikken. Hvert fagområde har således bidraget med nye tiltag, som har en relation til forebyggelse og sundhedsfremme. Tiltagene blev drøftet, ofte flere gange, i de forskellige relevante udvalg, inden de blev skrevet ind i handleplanen. En halvårlig opfølgning på handleplanen skal ske ud fra en evaluering, hvorefter den endelige afrapportering til byrådet kan finde sted. Det er specielt for sundhedspolitikken, at der findes så konkret en handleplan.

Strukturer og initiativer til at udbrede sundhedsfremme

De tre kommuner har etableret forskellige former for netværk, som skal bidrage til at udbrede sundhedsfremme og forebyggelse til alle kommunens fagområder.

I *Assens Kommune* er målsætningen for det før nævnte sundhedsnetværk at sætte sundhedsfremme og forebyggelse på dagsordenen bredt i den kommunale organisation, og netværkets opgave er at udvikle konkrete projekter og dermed implementere sundhedspolitikken inden for fagområderne. I 2008 blev de organisatoriske rammer i sundhedsnetværket beskrevet, og der blev etableret en formel ledelse og styregruppe af netværket, som er forankret i flere dele af kommunens organisation. Arbejdsdelingen mellem de forskellige dele af netværket er ligeledes beskrevet. Styre- og koordinationsgruppen er sammensat på en sådan måde, at mange dele af kommunens fagområder er repræsenteret, og netværket har forud for etableringen af dette været ude i bred høring i kommunen for at sikre en bred opbakning til netværket. Kommunens handleplaner for sundhedsfremme knytter sig ikke til de enkelte forvaltninger.

Sundhedsstabens samarbejde med de andre områder i kommunen var i 2007 endnu ikke etableret, og foregik i 2008 gennem arbejdsgruppen i sundhedsnetværket. Samarbejdet skete dog også uden om arbejdsgruppen, og samarbejdet her bestod primært i at understøtte forebyggelsesindsatser i de andre områder.

I *Greve Kommune* er der valgt en anden strategi til at udbrede sundhedsfremme og viden i kommunen. Der er ikke tale om etablering af et egentlig netværk som i Assens Kommune, og udbredelsen af sundhedsfremme finder først og fremmest sted på ledelsesniveau. Desuden

forsøges det gennem kommunens aftalesystem (handleplaner) at få sundhedsfremme integreret i de forskellige centre og institutioners aftaler. I forbindelse med handlingsplanen for 2008 gik Center for Sundhed i dialog med de relevante centerchefer om, hvad de havde af input til handlingsplanen. Når tiltagene først står i handlingsplanen, forpligter fagcentrene sig til, at tiltagene bliver gennemført og evalueret. Det skal sikre en forankring af sundhedsfremme rundt omkring i kommunen. Center for Sundhed gik desuden i dialog med institutionslederne om, hvad de enkelte ledere og institutioner havde af ideer på sundhedsfremmeområdet, og som kunne komme med i deres institutionsaftale. I den forbindelse var der stort fokus på, hvordan viden kunne deles på tværs af skoler og institutioner.

På tværs af Greve Kommunes centre er der etableret et centerchefforum, hvor kommunens direktion mødes med centercheferne regelmæssigt. Cheferne bliver på den måde aktive i forhold til at udvikle direktionens politik, herunder strategiplanen. Kommunen har også et forum, hvor alle institutionsledere mødes, og hvorfra der kommer forslag til initiativer. Et samordningsråd omhandler al koordinering omkring børn, unge og voksne. Her sidder direktøren for børn og unge, direktøren for social og sundhed samt centercheferne for sundhed, daginstitutioner, skoler og voksen/handicap. Det udgør både et netværk og et styringsorgan for områderne.

I 2008 var det interne samarbejde i Center for Sundhed blevet mere struktureret, hvor møderne i 2007 bar præg af at være mere uformelle. Dette skulle bidrage til en større videndeling i centret. Center for Sundheds tre tilhørende institutioner (sundhedspleje, tandpleje og genoptræning) kom fra 2008 med i kommunens aftalestyringssystem, således at institutionerne skal lave aftaler med sundhedschefen omkring deres udviklingsinitiativer. Samarbejdet med kommunens andre fagområder bestod i 2008 blandt andet af et samarbejde med hjemmeplejen og tandplejen. Desuden samarbejder centret med Center for Dagtilbud, da alle institutioner skal skrive en sundhedsindsats ind i deres institutionsaftale for 2009. Center for Sundhed er i denne forbindelse med til at give inspiration og understøtte arbejdet.

I *Hjørring Kommune* var der i 2007 ikke etableret egentlige strukturer for, hvordan sundhedsfremme og -viden udbredes i resten af kommunen. Der har været nedsat grupper, som skulle komme med forslag til indsatser på en række forebyggelsesarenaer. I 2008 var strategien den, at kommunens øvrige forvaltninger ifølge kommunens sundhedspolitik skal have et større ansvar for forebyggelse og sundhedsfremme. Hvert år skal der således udarbejdes en handleplan for alle områder. Som en del af denne nye strategi skal Sundhedsområdet være den faglige ekspertise og generator i forhold til at indgå partnerskabsaftaler med andre forvaltninger om at hjælpe dem videre eller i gang med sundhedsfremmende indsatser. Partnerskabsaftaler med andre forvaltninger skal således tillægges mere vægt, og aftalerne kan indgås med private virksomheder som en erstatning for Center for Sunde Arbejdspladser. Partnerskabsaftalerne baseres på, at forvaltningen eller virksomheden skal være bærer af projekterne, mens sundhedsområdet fungerer som konsulenter i en periode.

De årlige handleplaner og implementeringen af disse igangsættes i starten af 2009. I handleplanerne skal forvaltningerne skelne mellem projektrettede og strukturelle indsatser. Strukturelle indsatser kan være forskellige politikker eller incitamentstrukturer, fx kostpolitik, mens projektrettede indsatser er konkrete projekter, fx projekt om overvægt på en skole.

Handleplanen vil være for både 2009/2010, således at aktiviteter kan indgå i budgetterne, hvis det ønskes. På baggrund af handleplanerne laver sundhedsområdet partnerskabsaftaler med forvaltninger eller institutioner, og i forbindelse med partnerskabsaftaler med private virksomheder er sundhedsområdet opsøgende for at indgå aftaler, primært gennem de eksisterende fora.

I forbindelse med sundhedspolitikken blev en tværsektoriel styregruppe nedsat, og denne gruppe skal fortsætte gennem implementeringen af sundhedspolitikken via handleplanerne. Gruppen skal primært sørge for en tværgående tankegang, frem for at få ideer til indsatsen.

4.3 Indsatsens udformning

I dette afsnit giver vi en karakteristik af den sundhedsfremmende indsats i Assens, Greve og Hjørring Kommuner, både med hensyn til hvordan det er valgt at tilrettelægge indsatsen, hvilke virkemidler der er taget i brug, samt hvilke målgrupper der nås med de enkelte indsatser. Det skal bemærkes, at vi har indhentet mest detaljeret information om indsatser, der helt eller delvist har 12-16-årige eller 60-75-årige som målgruppe, og som har fokus på en eller flere af de fire KRAM-faktorer, kost, rygning, alkohol og motion. For det andet har vi afgrænset os til udelukkende at beskrive indsatser, som er veldefinerede, og som ligger ud over almindeligt forekommende aktiviteter i en kommune. Vi har således ikke beskrevet det sundhedsfremmende eller forebyggende element, der kan være en del af indsatsen i ældreplejen eller den almindelige sundhedspleje eller en konsekvens af de almindelige aktiviteter i idrætsforeninger mv.

Status for kommunernes indsats

Der er stor forskel på, hvor langt de tre kommuner i 2007 og 2008 var kommet med at implementere deres sundhedspolitik, samt med at formulere og igangsætte konkrete sundhedsfremmende indsatser. Se bilag 2 for beskrivelse af de enkelte indsatser.

Overordnet set kan det siges, at Hjørring og Greve Kommuner i 2007 havde ført indsatser videre, som fandtes i kommunerne eller i amtet før kommunalreformen. Greve Kommune har i hele processen med den sundhedsfremmende indsats haft nogle meget klare retningslinjer både med hensyn til det organisatoriske og det politiske aspekt af indsatsen. I kommunens Center for Sundhed gav dette sig udslag i, at en række nye indsatser blev igangsat i 2007, fx rygestopkurser og *Gang i Greve*. Samtidig med at Greve Kommune relativt tidligt i forløbet havde organiseringen på plads, havde de også i 2007 en færdig sundhedspolitik. Lidt anderledes så det ud i Assens og Hjørring Kommuner. Assens Kommune havde i 2007 en færdigformuleret sundhedspolitik, men brugte i løbet af 2008 tid og kræfter på at opbygge den organisatoriske del af arbejdet med den sundhedsfremmende indsats. I Hjørring Kommune kunne den omvendte situation ses, hvor organiseringen af afdelinger, personale, indsatser m.m. var på plads fra start, mens kommunen i 2007 arbejdede med at udforme sundhedspolitikken. Herefter blev der fra slutningen af 2008 desuden brugt tid og kræfter på omfattende ændringer i organiseringen og indsatsen.

Opfølgningen i de tre kommuner i 2008 viste, at der var sket forskellige ændringer i kommunernes indsats siden 2007. Således var der i Greve Kommune flere projekter, som var i gang i 2007, som fortsatte i 2008, mens andre ophørte som planlagt. Desuden kunne enkelte nye initiativer ses, fx en årligt tilbagevendende sundhedsfestival for kommunens borgere og et rehabiliteringstilbud til KOL- og diabetespatienter med fokus på bl.a. kost, træning og selvhjælp i et nyt træningscenter.

I Assens Kommune fortsatte indsatserne fra 2007 i 2008, mens der også blev igangsat nye. Kommunens naturvejleder indgik som noget nyt i projektet "Grønne omgivelser", som omfatter etablering af sammenhængende stisystemer, mens "Kroppen på toppen" havde projektstart i 2008. Desuden tilbydes alle klassetrin fra 2008 på alle skoler forskellige idrætsaktiviteter ved besøg af "Gymnastikkaravanen" og en bevægelses-event, som arrangeres af DGI. Der blev i kommunens HR-afdeling desuden oprettet en ny enhed "Sundhed og trivsel", som tilbyder forebyggelsestiltag for medarbejderne, blandt andet forskellige træningstilbud og motionshold.

I Hjørring Kommune ophørte flere forebyggelsestilbud ved udgangen af 2008, primært på grund af nedlæggelsen af Sund By-butikker og Center for Sunde Arbejdspladser i december 2008, mens andre er fortsat. Borgersundhed har som erstatning for Sund By-butikkerne en gang om måneden et tilbud om sundhedsvejledning til borgerne på kommunes fem biblioteker samt i en virksomhed i en mindre by uden bibliotek. Her kan borgerne desuden få målt blodtryk, kulilte, blodsukker, vægt/BMI/fedtprocent og i nogle måneder kondital. Enkelte nye indsatser blev igangsat, fx et pilotprojekt, hvor borgere tilbydes træning inden visitering til varig hjemmehjælp for at forbedre funktionsniveauet. Desuden indgik Sundhedsområdet i et partnerskabsprojekt *Gang i gang* med patientforeningerne og de lokale idrætsforeninger. Projektet er hovedsageligt et tilbud om fysisk aktivitet til primært patientforeningernes medlemmer. Sekundært er alle inaktive voksne målgruppe, da tilbuddene annonceres i dagspressen og afholdes rundt om i hele Hjørring Kommune.

Prioriterede indsatser og målgrupper

Assens, Greve og Hjørring Kommuner har i deres sundhedspolitik alle formuleret bestemte indsatsområder, som de vil prioritere. Som blandt andre Det nationale Råd for Folkesundhed anbefaler, har alle tre kommuner valgt at fokusere på KRAM-faktorerne i deres sundhedspolitik. Kost, rygning, alkohol og motion udgør således hver især et indsatsområde i de tre kommuner. Herudover har kommunerne andre indsatsområder, fx miljøpåvirkninger, ulykker og naturoplevelser i Greve Kommune samt overvægt og kort uddannelse i forbindelse med social ulighed i Hjørring Kommune. Desuden udgør sundhed og trivsel på arbejdspladsen et indsatsområde i alle tre kommuner. Når de prioriterede områder sammenholdes med de faktiske indsatser i perioden 2007-2008, ses det, at Greve og Assens kommuner især havde valgt at fokusere på fysisk aktivitet. I Greve Kommune indgik fysisk aktivitet især i Motionsprojektet og *Åben Hal*, og i Assens Kommune var det hovedformålet i *Gå i gang*. Derimod havde Hjørring Kommunes tilbud, især i de daværende Sund By-butikker og Center for Sunde Arbejdspladser, en mere bred sundhedsvinkel med vægt på alle KRAM-faktorerne.

På kostområdet findes for de to udvalgte målgrupper hovedsageligt indsatser, hvor kost er en integreret del af et forløb, fx *Sundhedseksperimentariet* og *Gå i Gang*. En undersøgelse af måltiderne på to ældrecentre i Hjørring Kommune er et eksempel på en indsats med fokus på kost alene.

I alle tre kommuner har rygning været i fokus i rygestopkurser, som udbydes til voksne rygere. Herudover indgår rygning som et element i *Sundhedseksperimentariet* og i *Greve-forsøget* i Greve Kommune.

Generelt har der i de tre kommuner ikke været konkrete projekter med et specifikt fokus på alkohol. Dog inddrages alkohol som et element på linje med de andre KRAM-faktorer i *Sundhedseksperimentariet* i alle tre kommuner. Desuden har alkohol været en del af programmet sammen med rygning i *Greve-forsøget* i Greve Kommune, hvor alkohol- og tobaksforebyggelse er tilpasset specifikke klassetrin. Det, at kommunerne ikke har haft konkrete projekter inden for alkoholforebyggelse, er dog ikke nødvendigvis et udtryk for, at der ikke har været indsatser på dette område. Indsatser på alkoholområdet er i de tre kommuner hovedsageligt lagt ud til andre områder i kommunen eller til regionen, men disse indsatser er i højere grad behandlingsorienteret end forebyggelsesorienteret.

Assens Kommune har opstillet en række målgrupper, som de forskellige KRAM-faktorer skal prioriteres efter. Disse målgrupper omfatter blandt andet børn og unge samt ældre. I Greve Kommune er der ikke fremhævet bestemte målgrupper, men kommunen har ved de forskellige indsatsområder en særlig prioritering af udvalgte grupper af borgere. For eksempel har kommunen villet fokusere særligt på børn og unge, når det gælder kost og rygning, blandt andet ved hjælp af en tidlig indsats i institutioner. I Hjørring Kommune har der været udpeget særlige forebyggelsesarenaer, som skal gøre det lettere at indarbejde den sundhedsfremmende indsats i de organisatoriske rammer. Med disse arenaer har det været ønsket at nå både børn, unge, voksne og ældre dér, hvor kommunen møder dem. I Hjørring Kommune har det specielt været ønsket at prioritere den sundhedsfremmende indsats i forhold til borgere med de største behov.

De tre kommuner har således i mere eller mindre grad haft børn, unge og ældre som en del af deres målgruppe, og af KRAM-faktorerne er det især motion, som Greve og Assens kommuner har valgt at prioritere. I Hjørring Kommune skulle forebyggelsesindsatsen omlægges efter sundhedspolitikens indsatsområder, som blev vedtaget medio 2008. Besparelser forhindrede dog denne omlægning, og det er således først i starten af 2009, at de indsatser, som tilrettelægges, tager udgangspunkt i sundhedspolitikken. Det blev besluttet, at sundhedsområdet ikke kan iværksætte indsatser inden for alle områder i sundhedspolitikken på én gang, og der var politisk opbakning til, at sundhedsområdet fokuserer på udvalgte områder; målgrupperne børn og unge samt socialt udsatte, og temaerne rygning, ulighed i sundhed, samt kost. Prioriteringen gælder for sundhedsområdets egne indsatser, mens partnerskabsaftaler med andre kan involvere andre målgrupper og temaer. Det ønskes desuden at fremme strukturelle indsatser, som kan ændre på rammerne for borgernes sundhedsadfærd. Fokus på de strukturelle indsatser skal ske gennem handleplanernes skelnen mellem projektrettede og strukturelle indsatser.

Viden, motivation og handlemuligheder

Mange af de indsatser, som kommunerne har valgt at sætte i gang, handler om at give borgerne viden om, hvordan de kan forbedre deres sundhedstilstand. Denne viden formidles blandt andet individuelt gennem personlige samtaler, fx med en sundhedsplejerske eller motionsvejleder. I *Sundhedseksperimentariet* har hver elev en samtale med en sundhedsplejerske, som handler om de emner, der er aktuelle for den enkelte elev. I Sund By-butikkerne fulgte borgeren ofte et kortere eller længere forløb, hvor personalet havde mulighed for at følge udviklingen hos borgeren og kunne støtte motivationen for fx et vægttab. Viden kan også gives gennem en mere holdorienteret rådgivning, som fx ses i de tre kommuners rygestopkurser, hvor en mindre gruppe af borgere opnår øget viden om tobakkens konsekvenser, og gennem rygestopinstruktøren og de øvrige deltagere forhåbentlig fastholder en motivation for rygestop. Disse forskellige metoder til at videreformidle viden og skabe motivation følges typisk op med forslag til, hvordan deltagerne i praksis kan ændre deres adfærd. Dette er et element, som givetvis har stor betydning for, at borgerne rent faktisk ved, hvordan de skal håndtere den viden, de har fået. Denne type tilbud giver naturligvis også, i kraft af at de findes, borgerne øgede handlemuligheder for at ændre sundhedsadfærd.

Mange af de tre kommuners tilbud har således haft en én til én tilgang, hvor hver enkelt borger kan få rådgivning om forskellige sundhedsrelaterede emner. Det har fx været tilfældet i Sund By-butikkerne og i Greve Kommunes Sundhedscafé, hvor borgerne har kunnet henvende sig og få råd og vejledning fra det sundhedsfaglige personale. Dog ses i nogle tilfælde rådgivning og vejledning til mindre hold, som Motionsprojektet i Greve Kommune og rygestopkurserne er eksempler på. *Gå i gang* i Assens Kommune er et eksempel på et tiltag, som inddrager både én til én tilgangen og vejledning til et mindre hold. Efter den individuelle vejledning får borgerne således tilbud om forskellige motionstilbud rettet mod flere borgere via en motionsvejleder.

En forbedring af de fysiske og strukturelle rammer er imidlertid også centralt som middel til at fremme borgernes muligheder for en sundhedsfremmende adfærd i lokalområdet. Greve Kommune valgte at lade sundhed indgå som et selvstændigt element i kommuneplanen, mens Assens Kommune valgte at definere de fysiske rammer som særligt fokusområde i sundhedspolitikken. Fremgangsmåden i Assens Kommune skyldes, at adgangen til naturen ikke altid er til stede, på trods af at kommunen kan opfattes som en landkommune. Vi har ikke fået oplyst konkrete initiativer i Greve Kommune, mens der i Assens Kommune i 2008 blev påbegyndt en udbygning af stisystemer.

Nærhed i indsatsen

I forbindelse med etableringen af indsatser argumenteres der ofte for, at indsatsen bør etableres i målgruppens nærhed, dvs. at tilbuddene findes der, hvor målgruppen færdes. De sunde tilbud skal være let tilgængelige og synlige for målgruppen, og det kan have betydning for, om man når ud til den ønskede målgruppe. Hvad nærhed vil sige i de enkelte indsatser, må givetvis afhænge af, hvilke KRAM-faktorer man fokuserer på.

For indsatserne målrettet de unge har de tre kommuner etableret indsatserne der, hvor de unge færdes, nemlig i skolerne og SFO'erne. Dette gælder såvel *Sundhedseksperimentariet*

som Helsesportsskolen i Assens Kommune, samt *Sundhedseksperimentariet* og *Greveforsøget* i Greve Kommune. Sund By-butikkerne har endvidere tilbudt undervisning i tobaksforebyggelse til alle 7. klasser, og efter dannelsen af Hjørring Sundhedscenter i 2009 har elever på overbygningen på enkelte skoler haft sundhedssamtaler med en medarbejder derfra. I disse tilfælde må alle aspekter af nærhed siges at være opfyldt, både med hensyn til at nå den ønskede målgruppe og at udbyde tilbuddene der, hvor målgruppen færdes, i og med at alle de udvalgte skoleklasser opsøges på selve skolerne.

I Assens Kommune har der været udbudt indsatser for voksne borgere, som har brug for at være mere fysisk aktive. Indsatsen har blandt andet bestået af den selvorganiserede motion, hvor små grupper af borgere tager på cykel- og gåture. For at borgerne kan og vil deltage på disse ture, kræver det nærhed i form af cykel- og gangstier i en fornuftig afstand til deres bopæl. Desuden kan en forudsætning være, at der findes ildsjæle i lokalområdet til at fastholde aktiviteterne. Der har desuden været tilbudt forskellige motionstilbud i *Gå i gang*, og her er det ligeledes en væsentlig faktor, at fx spinning- og danselokaler findes i borgernes lokalområde, så borgerne har mulighed for at deltage uden at skulle bruge for meget tid eller for mange penge på transport. Synlighed er her blandt andet sikret ved, at tilbuddene er udbudt i forbindelse med allerede etablerede motionstilbud målrettet denne målgruppe.

For de indsatser, der har rettet sig mod kommunens borgere mere generelt, er der stor forskel på, om tilbuddene har været udbudt, hvor målgruppen færdes, eller hvor kommunen i forvejen har kontakt til borgerne. Desuden er det usikkert, om kommunerne får gjort målgruppen opmærksom på de udbudte indsatser. Hjørring Kommune valgte at placere Sund By-butikkerne fem forskellige steder i kommunen for derigennem at synliggøre tilbuddet til borgerne, mens Greve Kommune har gjort dette ved at placere *Sundhedscafeen* på kommunens bibliotek. I begge tilfælde blev tilbuddet placeret dér, hvor borgerne færdes, og har derfor været både synlige og tilgængelige for borgerne. Dog kan åbningstiderne betyde, at de erhvervsaktive ikke har haft mulighed for at besøge butikkerne eller caféen. Sund By-butikkerne havde imidlertid også en udadgående funktion i forhold til sundhedsfremmende indsatser, fx kontaktede personalet cirka 300 beboere i et socialt belastet boligområde telefonisk for at fortælle dem om muligheden for gratis rygestopkurser.

Der er indsatser, som kommunerne har sat i gang, som ikke på samme måde har været synlige og tilgængelige for borgerne, og som derfor næppe er nået ud til den relevante målgruppe. Et eksempel er *Åben Hal* i Greve Kommune, hvor den fremmødte gruppe af familier ikke var så stor, som projektgruppen havde håbet på. Oftest er tilbuddene blevet annonceret lokalt, fx i lokalaviser, hos de praktiserende læger eller på apoteket, men spørgsmålet er alligevel, om indsatserne derved er synlige for målgrupperne.

Hvilke målgrupper når kommunerne ud til?

De tre kommuner har valgt at igangsætte indsatser, der retter sig mod såvel unge, ældre og borgere i almindelighed. Det er dog meget forskelligt, hvor stor en gruppe af borgere der nås med de forskellige sundhedsfremmende indsatser, men det har kun været muligt at få begrænset information om, hvor mange borgere der har været omfattet af en konkret indsats.

Blandt de indsatser, som har været rettet mod unge i de tre kommuner, findes eksempler på indsatser, som er nået ud til størstedelen af målgruppen. Et af disse er *Sundhedseksperimentariet*, hvor hele den ønskede målgruppe nås, da samtlige skoleklasser på et udvalgt klassetrin i kommunen får besøg af sundhedsplejersker. Det samme er tilfældet i *Greve-forsøget*, hvor alle elever i udvalgte klasser har været inddraget. De unge er også en del af den målgruppe, som Sund By-butikkerne i Hjørring Kommune rettede deres tilbud mod. Her var det i modsætning til *Sundhedseksperimentariet* de unge selv, som kunne opsøge en Sund By-butik og få den vejledning, rådgivning og hjælp, de ønskede. Med denne indsats har kommunen alene fået kontakt med en mindre gruppe af de unge.

Når det gælder indsatser målrettet de ældre, er det en mindre del af de ældre, som har været omfattet af indsatserne. I Motionsprojektet i Greve Kommune foretages der en forudgående visitation for at identificere borgere, som passer ind i målgruppen af motionssvage ældre, som tilbydes et intensivt forløb. Intentionen med denne indsats er ikke at nå ud til alle ældre borgere, men derimod at give de visiterede borgere et forholdsvis langt og specifikt tilrettelagt forløb.

Vitaminer til livet i Greve Kommune er et eksempel på en indsats, som sigtede mod en større gruppe af ældre borgere, dvs. ældre, der er interesseret i inspiration til en sundere levevis. Indsatsen nåede dog ikke ud til målgruppen, da der siden 2006 ikke har været nok tilmeldte til at oprette et kursushold. Kostprojektet i Hjørring Kommune nåede ud til den ønskede gruppe af ældre borgere, i og med at to ansatte i Kostenheden under Sundhedsstaben opholdt sig på to plejecentre og talte med beboerne.

De tre kommuner har som nævnt også indsatser rettet mod borgere generelt. I Greve Kommunes Sundhedscafé var et af formålene at tilbyde personlig rådgivning og vejledning inden for sundhedsrelaterede emner til kommunens borgere. Det er dog vanskeligt med sådanne indsatser at vurdere, i hvilken grad målgruppen kan siges at være nået.

Årsagen til at Sund By-butikkerne, som netop var målrettet borgere generelt, blev nedlagt, var bl.a. en registrering af butikkernes besøgende, som viste, at under 5% af kommunens borgere besøgte butikkerne. Dette blev vurderet som en for lav andel, ligesom sundhedsfremmeafdelingen havde en fornemmelse af, at det ikke var borgerne med det største behov, som brugte butikkerne. Sideløbende med Sund By-butikkernes aktiviteter har sundhedsfremmeafdelingen haft forskellige forsøg, hvor afdelingen opsøgte borgerne og blandt andet opholdt sig i socialt belastede boligområder, hvorfra de tilbød borgerne forebyggelsestiltag. For eksempel tog kommunen kontakt til cirka 300 borgere i et boligområde for at fortælle dem om muligheden for et gratis rygestopkursus. Borgerne var angiveligt glade for opmærksomheden og for at få tilbuddet. Der blev således brugt en del ressourcer på opsøgende arbejde blandt en bred målgruppe uden at vide, om borgerne var interesserede i tilbuddet, og om de ville gøre brug af det. Denne fremgangsmåde vurderedes i 2008 at have givet bedre succes med at nå de målgrupper, sundhedsområdet ønsker.

En ny årligt tilbagevendende sundhedsfestival i Greve Kommune er et eksempel på en indsats, som er målrettet kommunens borgere generelt, og som med flere forskellige aktiviteter og oplæg har potentiale til at nå en bred gruppe af borgere. Vi har ingen informationer om den faktiske deltagelse.

I Assens Kommune har det med *Gå i gang* været ønsket at nå ud til en meget bred målgruppe af voksne borgere, som ønsker at være mere fysisk aktive. Gennem den selvorganiserede motion oplevede kommunen, at en stor del af målgruppen var omfattet af tilbuddet. Der er i tilbuddet benyttet flere forskellige strategier, fx har der både været mulighed for motions-tilbud med faste træningstider og individuel rådgivning, samt deltagelse i den selvorganiserede motion.

Rygestopkurserne i de tre kommuner er et eksempel på et tiltag, som retter sig mod alle voksne borgere med behov for rygestop. Det er dog forskelligt, hvordan mulighederne i de tre kommuner har været for at oprette det antal rygestopkurser, der er behov for, og dette vil være afgørende for, om den enkelte kommune er nået ud til alle med behov for og ønske om rygestop. Assens Kommune nåede således kun ud til den andel af målgruppen, der i praksis var mulighed for, på trods af at flere borgere sandsynligvis ønskede et rygestopkursus.

Det ser ud til, at der i de tre kommuner er en tendens til, at der er et relativt stort forbrug af ressourcer, både personale- og tidsmæssigt, på indsatser, som når en lille del af målgruppen med intensive indsatser og forløb. I Assens Kommune kan *Gå i gang* dog ses som et eksempel på, at lokale kræfter blev benyttet, frem for kommunens egne ressourcer, i form af en meget aktiv motionsvejleder og engagerede borgere, som deltager i og delvist styrer den selvorganiserede motion.

4.4 Opsamling

De tre kommuner blev i 2006 inviteret til at deltage i projektet, fordi de så ud til at ville organisere sig forskelligt på sundhedsområdet, og det ville således blive muligt at belyse, hvad forskellige organisatoriske forudsætninger betyder for udvikling og implementering af forebyggelse og sundhedsfremme i kommunerne. I praksis har undersøgelsesperioden vist sig at være en opbygningsfase for i hvert fald de to af kommunerne. Greve Kommune har haft en relativ stabil organisering af sundhedsområdet i et Center for Sundhed, men har arbejdet med at opbygge strukturer bl.a. handleplaner, som har skullet bidrage til at udvikle og forankre forebyggelse og sundhedsfremme i kommunens forskellige forvaltninger. Hjørring Kommune havde opbygget en struktur med en sundhedsfremmeafdeling til den overordnede planlægning, mens udførelsen er foregået i decentrale institutioner. Kommunens sundhedspolitik er imidlertid først blevet udarbejdet og vedtaget i løbet af den undersøgte periode, og den overordnede strategi har derfor ikke været formuleret. Endvidere gennemførtes organisatoriske ændringer i slutningen af 2008. Udviklingen af forebyggelse og sundhedsfremme i Hjørring Kommunes forskellige forvaltninger har også bygget på handleplaner, men i slutningen af 2008 blev strategien ændret til at bygge på partnerskabsaftaler. I Assens Kommune har hensigten været at udvikle sundhedsfremme og forebyggelse i et sundhedsnetværk af forskellige aktører i kommunen. Dette netværk har skullet supplere en mindre sundhedsstab, men den har først fundet sin form i slutningen af den undersøgte periode.

Udvikling af ideer og strategier for forebyggende indsatser er i alle tre kommuner forløbet i en proces, hvor ledere og medarbejdere fra forskellige fagområder på forskellige måder har skullet deltage. Kommunerne var dog i den undersøgte periode ikke kommet så langt med

at integrere indsatsen i andre fagforvaltningers opgaver. Kommunerne har haft relativt få frie midler til at finansiere indførelse af nye indsatser.

Hjørring Kommune havde samlet set det største budget til formålet i 2007, men måtte foretage omfattende besparelser i slutningen af 2008. Hjørring og Greve Kommuner synes i 2007 at have haft flere personaleressourcer end Assens Kommune til at udvikle, planlægge og koordinere forebyggende og sundhedsfremmende indsatser. Midler, der umiddelbart er tilgængelige til at udvide aktivitetsniveauet og til at indføre indsatser i andre fagforvaltninger, synes imidlertid at have været begrænsede i alle tre kommuner.

En stor del af kommunernes indsatser har rettet sig mod at bibringe målgrupperne viden om det gavnlige i en bestemt adfærd i forhold til en eller flere af KRAM-faktorerne. Desuden har det gennem rådgivningsvirksomhed været søgt at påvirke målgruppernes motivation til en sundhedsfremmende adfærd. Flere typer af indsats giver øgede handlemuligheder for borgerne. Derimod synes en indsats, der retter sig mod rammerne for sundhedsadfærden, at have været mere begrænset, fx adgang til motionsmuligheder i den undersøgte periode. Mange af kommunernes indsatser har berørt forholdsvis snævre målgrupper.

5 Ændringer i 12-16-åriges sundhedsprofil og livsstil efter to år

I dette kapitel gennemgår vi, hvordan 12-16-åriges sundhedsprofil og livsstil har ændret sig fra 2007 til 2009 i Assens, Greve og Hjørring Kommuner. Vi vil hovedsagligt fokusere på at analysere forskelle mellem de tre kommuner og de to år. Vi kommenterer således ikke alle fundne sammenhænge, og vi viser kun resultater, hvor der er en forskel mellem kommuner eller år.

I første omgang belyses, i hvilken udstrækning 12-16-årige har deltaget i sundhedsfremmende tilbud i kommunerne. Dernæst belyses deres almene velbefindende, og deres tro på egen indsats for at holde sig sund og rask. Endvidere belyses kostvaner, fysisk aktivitet, rygning og alkohol. Til slut opsummeres hovedforskellene mellem kommunerne.

5.1 Deltagelse i sundhedsfremmende tilbud

De 12-16-årige blev i spørgeskemaundersøgelsen spurgt om deres deltagelse i sundhedsfremmende tilbud. I tabel 5.1 er vist, hvilke sundhedsfremmende tilbud 12-16-årige har angivet at have deltaget i inden for seks måneder.

Tabel 5.1 Procentandel 12-16-årige som angiver at have deltaget i forskellige sundhedsfremmende tilbud i Assens, Greve og Hjørring Kommuner inden for seks måneder

	Assens		Greve		Hjørring	
	2007	2009	2007	2009	2007	2009
Undervisning om sund levevis*	25,5	34,3	21,8	27,7	26,1	33,1
Undervisning om rygning*	21,2	21,2	19,8	19,9	20,4	28,1
Undervisning om alkohol	26,2	29,5	23,2	23,0	23,9	29,3
Undervisning om sund mad*	31,4	33,9	24,2	28,1	34,4	36,2
Et eller flere motionsarrangementer uden for skole	21,2	26,2	21,8	22,4	20,2	26,0
En samtale med fx sundhedsplejersken om kost og motion*	15,0	22,5	19,1	15,2	12,6	21,9
Fælles madlavning med dine forældre og andre familier andre steder end hjemme	32,8	29,1	30,6	29,6	29,6	29,5
Besøgt sundhedscafeen på Greve Bibliotek	-	-	1,5	0,8	-	-
Besøgt en Sund By-butik	-	-	-	-	3,0	3,7
N	439	519	409	473	436	516

* $p < 0,05$

I alle tre kommuner er det i 2007 og 2009 mellem en 1/3 og 1/5 af de unge, der har modtaget undervisning i sundhedsfremmede adfærd om kost, rygning, og alkohol, og omkring samme andel har deltaget i motionsarrangementer og fælles madlavning.

Deltagelse i undervisning om sund levevis steg signifikant fra 2007 til 2009 i alle tre kommuner. Antallet af 12-16-årige, som angav, at de var blevet undervist om rygning steg markant i Hjørring Kommune fra 2007 til 2009. Der har i alle tre kommuner været en stigning i deltagelsen i undervisning om sund mad. I Assens og Hjørring Kommuner har der været en markant stigning fra 2007 til 2009 i andelen, der har haft en samtale med fx sundhedsplejersken om kost og motion. I Greve Kommune var tendensen modsatrettet; der er en mindre andel unge der har haft en samtale med sundhedsplejersken om kost og motion i 2009 end i 2007.

Vi har gennem informationer fra de tre kommuner registreret følgende særlige sundhedsfremmende tilbud, der har 12-16-årige som målgruppe:

Assens Kommune: *Sundhedseksperimentarium* for 7. klasser og gymnastikkaravane på alle skoler til alle klassetrin fra 2008.

Greve Kommune: *Åben Hal* – et tilbud i 2007 om uden tilmelding at deltage i dagens aktiviteter i to idrætshaller, *Sundhedseksperimentarium* og Greveforsøget for 6.- 7. klasser.

Hjørring Kommune: Sund By-butikker åbent for alle og *Sundhedseksperimentarium* fra 2008.

5.2 Alment velbefindende

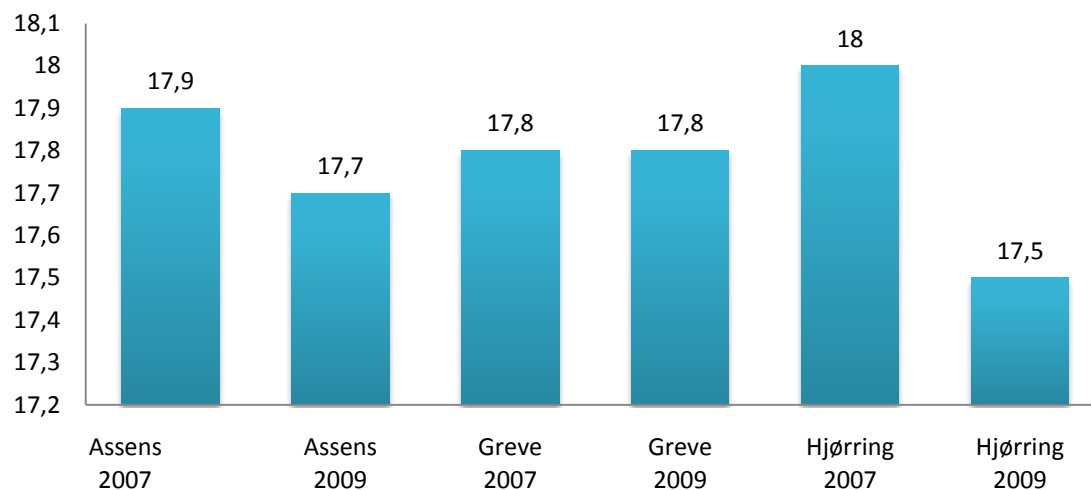
I dette afsnit analyseres forskellige aspekter af 12-16-åriges velbefindende i Assens, Greve og Hjørring kommuner; altså hvordan 12-16-årige trives. De blev blandt andet stillet en række spørgsmål om, hvordan de synes, at de har det. De blev bedt om at angive om de altid, nogen gange, kun sjældent eller aldrig a) har det godt, b) har ondt i maven, c) har ondt i hovedet, d) føler sig træt, e) har masser af energi, f) har svært ved at sove, g) er glad og h) er ked af det. Vi har på baggrund af de otte spørgsmål konstrueret en skala fra 0-24. Hvis man fx altid er glad tildeles værdien 3, mens værdien 0 tildeles, hvis man har svaret, at man aldrig er glad. Hvis man har svaret, at man altid har ondt i maven, tildeles værdien 0, og hvis man aldrig har ondt i maven tildeles værdien 3. Værdien af svaret på hvert spørgsmål er for hver enkelt lagt sammen. I tabel 5.2 er vist de gennemsnitlige værdier for 12-16-åriges score på denne skala i de tre kommuner.

Tabel 5.2 Beskrivende statistik for skala for, hvordan 12-16-årige synes, at de har det (0-24)

	Assens		Greve		Hjørring	
	2007	2009	2007	2009	2007	2009
Gennemsnit	17,0	16,8	17,0	17,1	17,0	16,7
Median	17	17	17	17	17	17
Minimum	8	5	8	5	6	5
Maksimum	24	24	24	24	24	24
N	434	514	407	471	432	514

Som det fremgår, er der ikke den store forskel i den gennemsnitlige score på denne skala blandt 12-16-årige i Assens, Greve og Hjørring Kommuner, og der er ikke stor forskel på gennemsnittet for 2007 og 2009. Vi har analyseret dette nærmere i en regressionsanalyse, og resultatet kan ses af figur 5.1 og bilagstabel 5.2.

Figur 5.1 Skalaværdi for hvordan 12-16-årige synes, de har det. Opgjort på kommune og år



Anm.: Beregnet for en dreng på 12-13 år med en BMI på 23, og som ikke føler sig mobbet inden for den seneste måned.

Det fremgår, at den laveste score er blandt 12-16-årige i Hjørring Kommune i 2009, og at der har været et fald i scoren i Hjørring Kommune fra 2007 til 2009. I de to andre kommuner ligger scoren nogenlunde på det samme niveau, og der er ingen forskel mellem 2007 og 2009.

Vi har spurgt de 12-16-årige, om de en eller flere gange inden for den seneste måned har taget medicin for hovedpine, mavepine eller søvnproblemer. Godt halvdelen har ikke taget medicin, og knap $\frac{1}{4}$ har taget medicin en enkelt gang typisk for hovedpine. Ganske få har taget medicin for søvnproblemer. Vi har ikke fundet nogen forskel mellem de tre kommuner eller mellem 2007 og 2009.

De 12-16-årige blev i spørgeskemaet bedt om at vurdere deres liv for tiden på en skala fra 1 til 10, hvor trin 1 betød "det værste tænkelige liv" og 10 "det bedst mulige liv". De 12-16-årige scorer relativt højt på denne skala (omkring 8 i gennemsnit), men der er også nogle få der angiver en lav værdi. En regressionsanalyse viste ingen signifikant forskel på 12-16-årige i Assens, Hjørring og Greve Kommuner eller forskel mellem 2007 og 2009.

Mellem 87% og 89% af de unge svarer, at de ikke er blevet mobbet inden for den seneste måned, og kun mellem 1% og 2% svarer, at de er blevet mobbet flere gange. Der er ingen forskel mellem kommuner eller år.

Der er signifikant forskel på den procentvise fordeling af 12-16-årige i de tre kommuner i 2007 og 2009 med hensyn til, om de er glade for at gå i skole. I tabel 5.3 og figur 5.2 nedenfor fremgår det, at sandsynligheden for at være glad for at gå i skole er større i 2009 end i

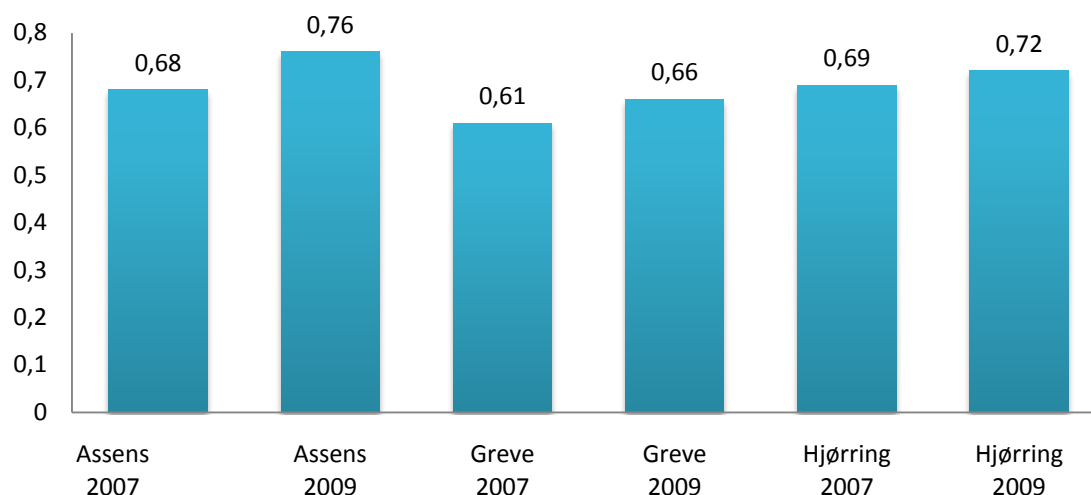
2007 i alle tre kommuner. Dette er specielt tydeligt i Assens Kommune. Generelt var tilfredsheden med at gå i skole høj, og den var højst i Assens Kommune i 2009.

Tabel 5.3 Procentvis fordeling af unge i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009, som svarede på spørgsmålet "Er du glad for at gå i skole?"

	Assens		Greve		Hjørring		Total
	2007	2009	2007	2009	2007	2009	
Ja, altid	17	20	16	17	21	19	19
Ja, for det meste	58	62	53	57	55	59	58
Ja, af og til	18	14	22	19	15	16	17
Nej, kun sjældent	5	3	6	5	7	4	5
Nej, aldrig	2	1	3	2	2	1	2
I alt	100	100	100	100	100	99	101
Antal	434	514	406	470	430	513	2767

Chi²=0,028

Figur 5.2 Sandsynligheden for "altid" eller "for det meste" at være glad for at gå i skole. Opgjort på kommune og år



Anm.: Beregnet for en pige på 14-15 år, som har en BMI på 26.

En regressionsanalyse af at være glad for at gå i skole ("altid" og "for det meste" versus "ja, af og til", "sjældent", "aldrig") viser, at piger hyppigere end drenge er glade for at gå i skole, og at hyppigheden falder med alderen (se bilagstabel 5.2). Jo højere BMI, de unge har, des mindre er tilbøjeligheden til at være glad for at gå i skole. 12-16-årige, der har deltaget i undervisning om sund levevis, er hyppigere glade for at gå i skole end dem, der ikke har deltaget i en sådan undervisning.

5.3 Tro på egen indsats

De 12-16-årige blev i spørgeskemaet spurgt, om de selv tror, at man kan gøre noget for at holde sig sund og rask. En meget stor procentandel (mere end 90%) af de 12-16-årige i alle tre kommuner tror, at egen indsats er vigtig eller meget vigtig (tabel 5.4).

Tabel 5.4 Unge på 12-16 år i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009 procentvis fordelt efter, hvorvidt de tror, man kan gøre noget for selv at holde sig sund og rask

	Assens		Greve		Hjørring		Total
	2007	2009	2007	2009	2007	2009	
Ja, det tror jeg er meget vigtigt	63	58	64	66	63	62	62
Ja, det tror jeg er vigtig	31	37	32	31	34	32	33
Ja, det tror jeg er en smule vigtigt	5	5	4	3	3	4	4
Nej, det tror jeg ikke er vigtigt	0	0	0	0	0	0	0
Ved ikke	1	1	1	0	1	2	1
I alt	100	101	101	100	101	100	100
Antal	434	515	407	471	432	514	2773

Chi²=0,028

Forskellen mellem kommunerne og mellem 2007 og 2009 drejer sig om, hvor stor en andel der har svaret "vigtig" eller "meget vigtig". Vi har gennemført en regressionsanalyse af, hvorvidt der er en forskel mellem kommunerne og mellem 2007 og 2009 med hensyn til, om 12-16-årige tror, at egen indsats er meget vigtig. Analysen finder ingen signifikante forskelle.

5.4 Fysisk aktivitet

I dette afsnit belyser vi omfanget af 12-16-åriges fysiske aktivitet i Assens, Greve og Hjørring Kommuner. Dette belyses gennem de 12-16-åriges angivelse af, hvilke forskellige former for fysisk aktivitet de udfører. Det drejer sig om både uorganiseret fysisk aktivitet i hverdagen og fysisk aktivitet under mere organiserede former i fx klub eller forening.

Vi har dannet en variabel, som skal give et overordnet billede af, i hvilken udstrækning 12-16-årige er fysisk aktive. Vi har endvidere dannet en variabel, der angiver, i hvilken udstrækning 12-16-årige er fysisk aktive i forening eller klub. Endelig har vi dannet en variabel, der beskriver, hvor stor en del af deres fritid 12-16-årige bruger på fysisk passive aktiviteter som computerspil, fjernsyn og lektier. De beskrives nærmere nedenfor.

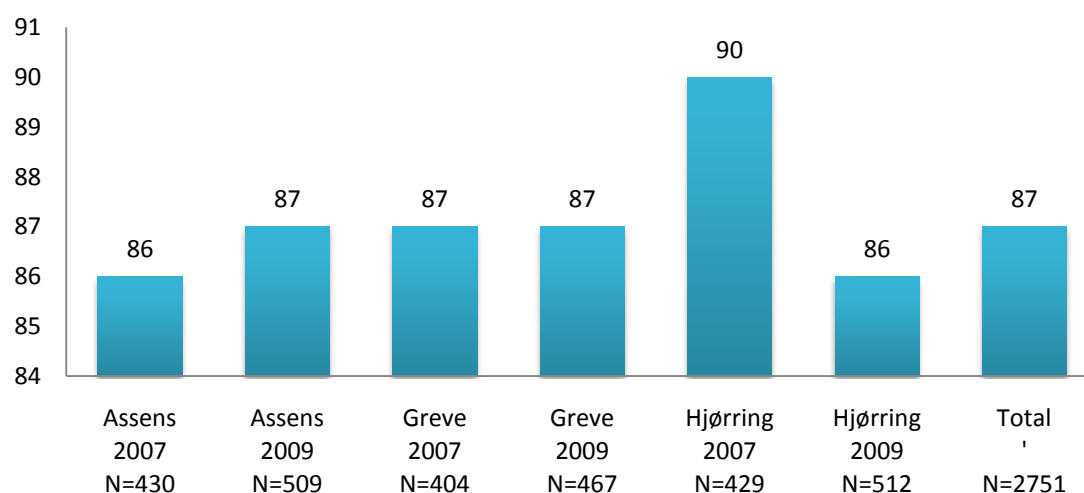
12-16-årige er betegnet som *fysisk aktive*, hvis de opfylder følgende betingelser: Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen, dyrker motion eller har tungt arbejde mindst fire timer om ugen, cykler, går eller bevæger sig i forbindelse med leg mindst fire timer om ugen, bruger mere end fire timer om ugen uden for skoletiden på at bevæge sig *eller* opfatter den motion, som de dyrker i fritiden som fysik meget eller ret hård. *Fysisk ikke aktive* er altså dem, der ikke lever op til nogen af disse kriterier.

I bilagstabellerne 5.3-5.5 er vist, hvordan svarene fordeler sig i de tre spørgsmål som indgår til at beskrive den samlede aktivitet. Når de 12-16-årige selv skal beskrive deres fysiske

aktivitet i deres fritid, så angiver knap 1/3, at de træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt, mens kun en beskednen andel (13%) angiver, at de bruger det meste af tiden på stillesiddende aktiviteter. Der er ingen forskel mellem kommunerne eller mellem 2007 og 2009. Ligeledes knap 1/3 angiver, at de bruger mindst syv timer om ugen på at bevæge sig ved fx at spille fodbold i haven, ved cykelture, løbe på rulleskøjter, mountainbike og streetbaskets. 10% bruger højst to timer. Heller ikke her er der forskel mellem kommunerne eller mellem 2007 og 2009. Godt halvdelen vurderer den motion, de dyrker som fysisk hård eller meget fysisk hård, og en beskednen andel angiver, at de aldrig dyrker motion. Andelen, som vurderer, at de dyrker meget hård motion, er størst i Greve Kommune, og i Assens Kommune er der en stigning i andelen, der angiver at dyrke fysisk hård eller meget hård motion. I de to øvrige kommuner er tendensen fra 2007 til 2009 ikke så klar.

I figur 5.3 er vist, hvordan 12-16-årige fordeler sig på det samlede mål for fysisk aktivitet.

Figur 5.3 Procentandel 12-16-årige i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009, der er fysisk aktive

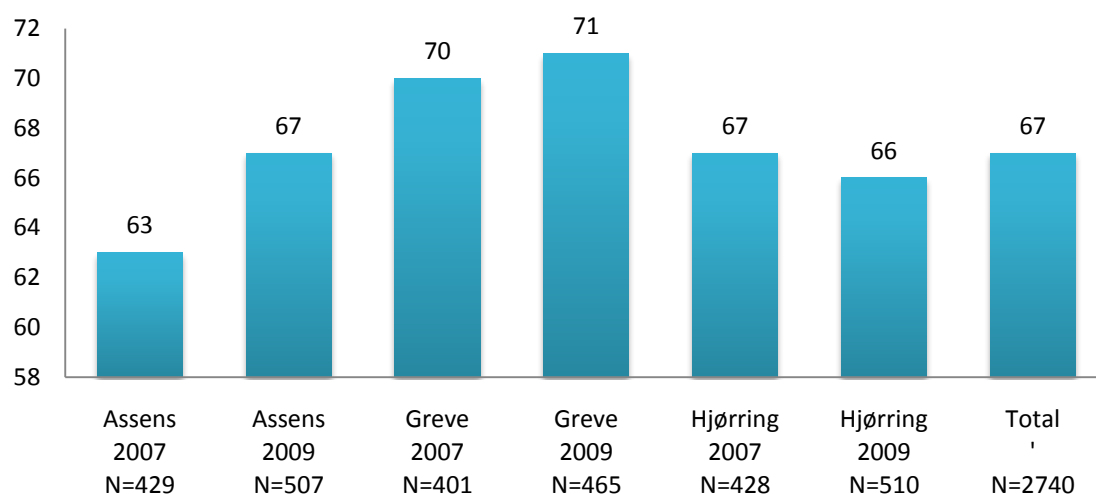


$p=0,4$

Når 12-16-åriges fysiske aktivitet opgøres, som beskrevet ovenfor, kan en meget stor andel af dem betegnes som fysisk aktive, og der er ingen forskel mellem de tre kommuner eller mellem 2007 og 2009. Dette bekræftes også af en regressionsanalyse (bilagstabel 5.6). Alene 12-16-årige i Hjørring i 2007 er i regressionsanalysen tæt på at skille sig signifikant ud fra 12-16-årige i de andre kommuner og år. Deltagelse i undervisning om sund levevis eller samtale med fx sundhedsplejersken om kost og motion viser ingen sammenhæng med tilbøjeligheden til at være fysisk aktiv.

I det følgende ser vi alene på 12-16-åriges deltagelse i sport eller motion i forening eller klub. Svarpersonerne er blevet bedt om at tænke tilbage på den seneste uge, hvor ofte de har dyrket sport eller motion i en forening eller i en klub. Vi har i analysen sondret mellem, om de har gjort det eller ikke, og i figur 5.4 er vist, hvordan 12-16-årige fordeler sig på dem, der har, og dem der ikke har dyrket sport eller motion i forening eller klub.

Figur 5.4 Procentandel 12-16-årige i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009, der i den seneste uge har dyrket sport eller motion i en forening eller en klub

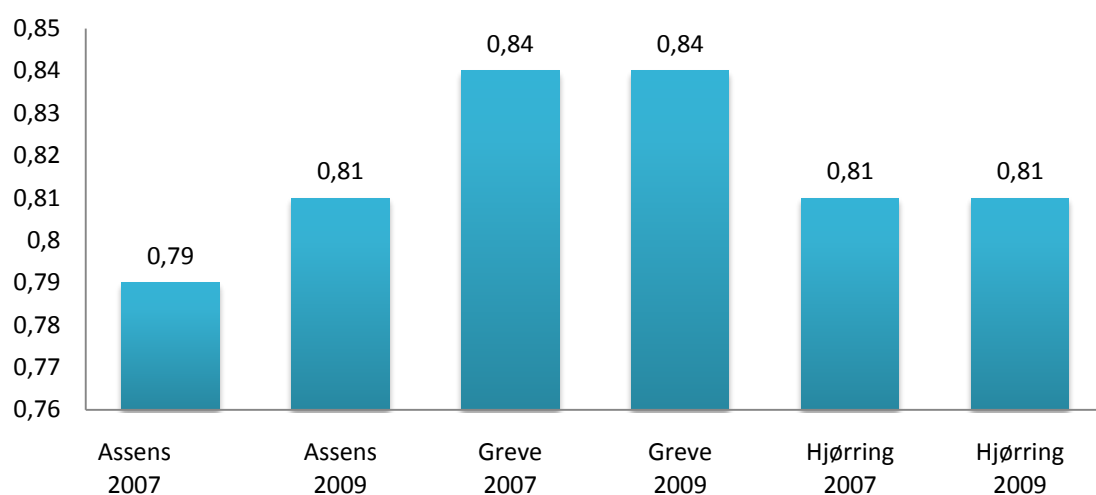


$p=0,18$

2/3 af de 12-16-årige i Assens, Greve og Hjørring Kommuner har dyrket sport eller motion mindst en gang inden for den seneste uge i en forening eller i en klub. Andelen ser ud til at være højest i Greve Kommune, men forskellen er ikke statistisk signifikant i denne analyse. Der er ingen signifikant forskel mellem 2007 og 2009.

Vi har gennemført en regressionsanalyse af tilbøjeligheden til at dyrke sport eller motion i forening eller klub, og resultatet af denne analyse fremgår af bilagstabel 5.7 og figur 5.5.

Figur 5.5 Sandsynligheden for at dyrke sport eller motion i en forening eller i en klub. Opgjort på kommune og år



Anm.: Beregnet for en dreng på 12-13 år, der bor under to kilometer fra en sportshal, ikke har lønnet fritidsjob, har normalvægt, og har en score på 11 på indeks for velbefindende. De fleste venner dyrker sport eller motion mindst en gang om ugen.

Resultatet af analysen viser, at 12-16-årige i Greve Kommune hyppigere dyrker sport eller motion i en forening eller klub mindst en gang om ugen end 12-16-årige i Assens og Hjørring Kommuner. Der er imidlertid ingen ændring fra 2007 til 2009.

De 12-16-årige blev spurgt, hvor mange timer de bruger om dagen efter skole og i weekenden på henholdsvis at spille computer og/eller at være på internettet, på at se fjernsyn og på at læse bøger eller lave lektier. Man har kunnet svare: ingen timer, mindre end en time, 1-2 timer, 3-4 timer og flere end fire timer. Fx bruger 75% af de 12-16-årige højst to timer om dagen på at spille computer eller være på internettet efter skole. I weekenden bruges der mere tid, idet 45% bruger mere end tre timer på computerspil og internet. Knap 80% bruger højst to timer om dagen til at se fjernsyn efter skole, mens der i weekenden bruges mere tid på dette. Her bruger godt halvdelen mere end tre timer om dagen på at se fjernsyn. Endelig bruger knap 95% højst to timer om dagen efter skole på at læse bøger eller at lave lektier, og i weekenden bruger godt 85% højst to timer om dagen.

Vi har konstrueret et samlet mål for, hvor mange timer 12-16-årige normalt bruger på stillesiddende aktiviteter. Hvis der ikke bruges tid på en aktivitet tildeles værdien 1. Mindre end en time har værdien 2, 1-2 timer har værdien 3, 3-4 timer har værdien 4 og mere end fire timer har værdien 5. Der er i alt tre typer stillesiddende aktiviteter på hverdage og i weekenden. Når værdierne for disse summeres, fremkommer en skala med minimum 6 (ingen tid på de stillesiddende aktiviteter) og maksimum 30 (mere end 24 timer bruges på stillesiddende aktiviteter). Vi har anvendt denne skala til at analysere, om der er forskel mellem kommunerne og mellem 2007 og 2009 med hensyn til, hvor meget tid 12-16-årige bruger på stillesiddende aktiviteter. Skalaen kan ikke bruges til at vurdere, hvor meget tid 12-16-årige i alt bruger på stillesiddende aktiviteter. Den kan alene bruges til at sammenligne, om en gruppe af personer i gennemsnit bruger mere eller mindre tid på stillesiddende aktiviteter end en anden gruppe, og om der sker ændringer over tid. Nogle hovedtal for skalaen er vist i tabel 5.5.

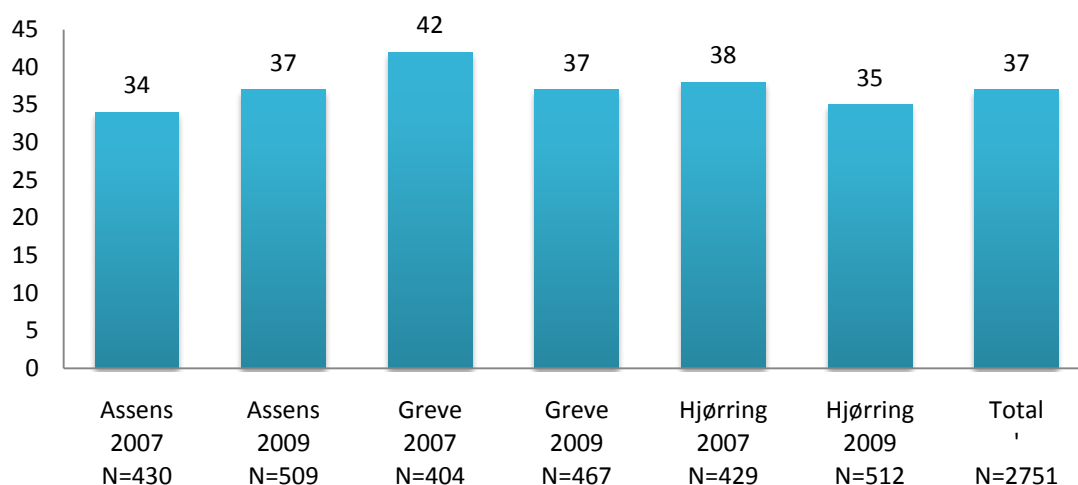
Tabel 5.5 Beskrivende statistik for skala (6-30) for stillesiddende aktiviteter

	Assens		Greve		Hjørring	
	2007	2009	2007	2009	2007	2009
Gennemsnit	17,7	17,7	17,7	17,9	17,6	17,7
Median	18	18	18	18	18	18
Minimum	10	10	7	8	7	8
Maksimum	27	30	28	27	30	29
N	427	506	399	460	427	508

Det fremgår, at omfanget af stillesiddende aktiviteter er ret ens blandt 12-16-årige i Assens, Greve og Hjørring Kommuner, og der synes heller ikke at være nogen ændring fra 2007 til 2009. Vi har undersøgt, om en regressionsanalyse, hvor en række karakteristika ved de 12-16-årige holdes konstante, giver et anderledes resultat. En sådan analyse viser imidlertid heller ingen forskel mellem de tre kommuner på omfanget af 12-16-åriges stillesiddende aktiviteter eller mellem 2007 og 2009.

Som afslutning på dette afsnit om fysisk aktivitet ser vi på 12-16-åriges holdning til at være fysisk aktiv. Der er blevet spurgt, om de kunne tænke sig at bevæge sig mere, end de gør i dag. Hvis man har svaret ja til dette, tolker vi det sådan, at der er forståelse for det gavnlige i at være fysisk aktiv, men at der kan være en barriere hos den enkelte selv, eller at mulighederne for aktivitet udgør en barriere. I figur 5.6 er vist, hvor stor en andel der godt kunne tænke sig at bevæge sig mere.

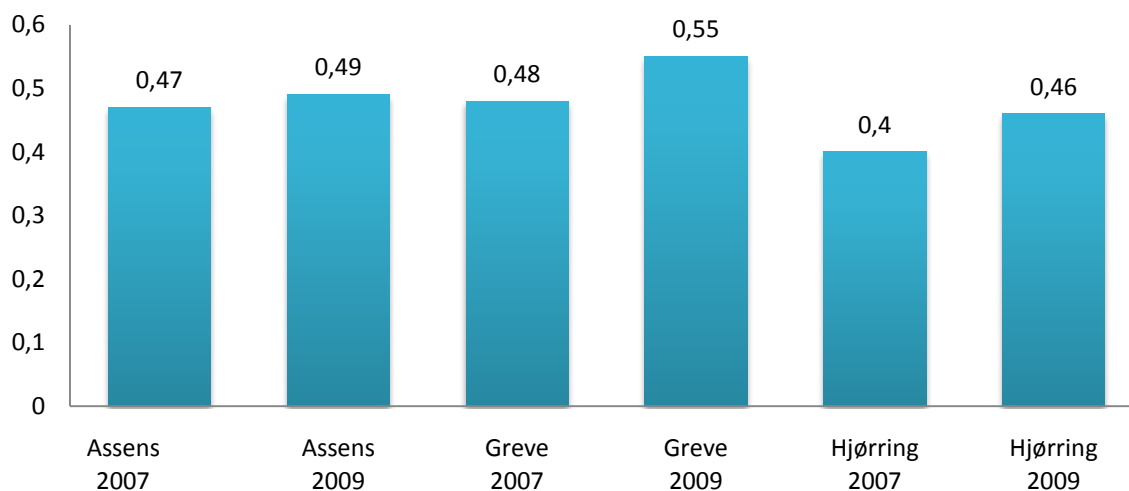
Figur 5.6 Procentandel 12-16-årige i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009, der kunne tænke sig at bevæge sig mere, end de gør i dag



$p=0,3$

I alt er det 37% af de 12-16-årige, der godt kunne tænke sig at bevæge sig mere, og der er ingen signifikant forskel mellem kommunerne eller mellem 2007 og 2009. Det har naturligvis betydning for holdningen, hvor meget man bevæger sig i dag, og dette har vi taget højde for i en regressionsanalyse af, om der er forskel mellem kommuner og år. Resultatet af analysen er vist i bilagstabel 5.8 og figur 5.7.

Figur 5.7 Sandsynligheden for gerne at ville bevæge sig mere. Opgjort på kommune og år



Anm. Beregnet for en dreng på 12-13 år, der ikke har lønnet fritidsjob, har normalvægt, har en score på 18 på skala for stillesiddende aktiviteter, er ikke fysisk aktiv og bor sammen med to voksne. De fleste venner dyrker sport eller motion mindst en gang om ugen.

Det fremgår, at der i Greve Kommune og i Hjørring Kommune er en stigning fra 2007 til 2009 i sandsynligheden for, at 12-16-årige gerne vil bevæge sig mere. I 2007 var niveauet lavt i Hjørring Kommune sammenlignet med de to andre kommuner. I 2009 er niveauet højt i Greve Kommune sammenlignet med de to andre kommuner.

Som afslutning på dette afsnit om 12-16-åriges fysiske aktivitet beskriver vi, i hvilken udstrækning de transporterer sig til skole på cykel, til fods, på rulleskøjter eller på skateboard, og hvor lang tid det tager, når de gør det. Det er vist i bilagstabel 5.9 og 5.10. Det fremgår, at den største andel transporterer sig selv til skole i Greve Kommune, og at en stor andel gør det hver dag. Dette kan formodentlig forklares med kortere afstande og veludbyggede stisystemer i Greve Kommune end i de andre to kommuner. I Greve Kommune kan 80% komme til skole på højst 10 minutter. I både Assens og Greve Kommuner er det kun omkring 60%. Der er ingen væsentlig forskel mellem 2007 og 2009 med hensyn til, hvor ofte 12-16-årige cykler, går eller ruller på rulleskøjter eller skateboard til skole.

5.5 Kost og vægt

I dette afsnit gennemgås, hvorvidt der er forskel på de 12-16-åriges vægt, deres tilfredshed med deres vægt og kostvaner i skolen og mere generelt i de tre kommuner og mellem 2007 og 2009. Vi har på baggrund af 12-16-åriges BMI, inddelt dem i fire vægtkategorier: undervægtige, normalvægtige, overvægtige og svært overvægtige. Der er ved kategoriseringen taget hensyn til, at vægtgrænserne er forskellige med hensyn til alder og køn. I analyserne af kostvaner er kosten opdelt i fire grupper:

- Kartofler samt rugbrød/grovbrød
- Kogte, stegte eller bagte grøntsager, salat eller råkost, frugt samt juice

- c. Mælk
- d. Pommes frites/chips, slik chokolade, cola, saftevand, fastfood som fx pizza og burger.

Der er for gruppe a, b og d konstrueret en skala, hvor der er tildelt værdier efter, hvor hyppigt de unge spiser de nævnte fødevarer. Hvis man spiser fx rugbrød/grovbrød flere gange om dagen tillægges skalaen værdien 5, mens den tillægges værdien 1, hvis man spiser rugbrød/grovbrød mindre end en gang om ugen. Når værdierne for at spise kartofler og rugbrød/grovbrød lægges sammen, opnås en skala fra 2-10, hvor fx 10 betyder, at man spiser både kartofler og rugbrød/grovbrød flere gange om dagen. Værdien 2 viser, at man spiser kartofler og rugbrød/grovbrød mindre end en gang om ugen. Skalaen for grøntsager, salat, frugt og juice går fra 4-20, mens skalaen for mælk går fra 1-5. Skalaen for pommes frites mv. går fra 4-20, men her betyder en høj værdi, at man sjældent spiser den slags og en lav værdi, at man ofte gør. En værdi på 20 betyder fx, at man mindre end en gang om ugen spiser pommes frites, slik/chokolade, fastfood og cola/saftevand. I alle tilfælde gælder det således, at jo højere værdi des bedre.

Vægt og tilfredshed med vægt

I tabel 5.6 vises fordelingen af unge i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009 efter vægtkategori. Mellem 72 og 78% af de unge er normalvægtige. Der er omkring samme andel overvægtige og svært overvægtige som undervægtige.

Tabel 5.6 Den procentvise fordeling af 12-16-årige i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009 i procent efter deres vægtkategorier

	Assens		Greve		Hjørring		Total
	2007	2009	2007	2009	2007	2009	
Undervægt	9	10	12	13	13	12	11
Normalvægt	78	78	78	77	72	76	76
Overvægt	11	10	10	9	14	11	11
Svær overvægt	2	2	1	1	2	1	2
I alt	100	100	101	100	101	100	100
Antal	436	518	405	472	433	513	2.777

p=0,374

Der er ingen forskel mellem kommunerne eller mellem 2007 og 2009 med hensyn til 12-16-åriges fordeling på undervægtige, normalvægtige og overvægtige. En regressionsanalyse af hyppigheden af overvægt viser heller ingen forskel mellem kommuner eller år.

Omkring 70% af de 12-16-årige er tilfredse med deres vægt, 26-28% vil gerne tabe sig, og 2-4% vil gerne tage på. Der er ingen signifikant forskel på 12-16-åriges fordeling på vægtkategorier i de tre kommuner eller på 2007 og 2009. En regressionsanalyse, hvor der bl.a. tages højde for BMI, viste ligeledes, at der ikke er nogen signifikant forskel mellem kommunerne eller mellem 2007 og 2009 med hensyn til 12-16-åriges tilfredshed med deres vægt.

Kostvaner i skolen

De 12-16-åriges frokostvaner på skolerne er varierende mellem kommunerne. Specielt kostvanerne i skolen i Hjørring Kommune er signifikant anderledes end i Assens og Greve Kommuner (tabel 5.7).

Tabel 5.7 Unge i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009 procentvis fordelt efter hvor tit de spiser madpakke til frokost i skolen

	Assens		Greve		Hjørring		Total
	2007	2009	2007	2009	2007	2009	
4-5 dage om ugen	55	57	54	56	45	44	52
2-3 dage om ugen	16	16	14	16	19	20	17
1 dag om ugen	6	6	8	4	8	6	6
Aldrig	23	21	25	24	29	30	25
I alt	100	100	101	100	101	100	100
Antal	434	514	406	470	429	513	2.766

$p < 0,0005$

Der er en mindre andel 12-16-årige, der stort set hver dag spiser madpakke til frokost i Hjørring Kommune end i de to andre kommuner, og en større andel spiser aldrig madpakke i skolen. Der er imidlertid ingen ændring fra 2007 til 2009, og det gælder i alle tre kommuner

En større andel 12-16-årige i Hjørring Kommune end i de øvrige to kommuner køber mad til frokost på skolen flere dage om ugen, mens en mindre andel end i de to andre kommuner aldrig køber mad på skolen (tabel 5.8).

Tabel 5.8 Unge i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009 procentvis fordelt efter hvor tit de spiser mad købt på skolen til frokost i skolen

	Assens		Greve		Hjørring		Total
	2007	2009	2007	2009	2007	2009	
4-5 dage om ugen	14	14	14	13	26	27	18
2-3 dage om ugen	17	15	15	13	25	24	18
1 dag om ugen	39	32	26	20	35	33	31
Aldrig	30	39	46	54	15	17	33
I alt	100	100	101	100	101	101	100
Antal	434	514	406	470	429	513	2.766

$p < 0,0005$

I Assens og Greve Kommuner er der en stigning fra 2007 til 2009 i andelen, der aldrig køber mad på skolen. Dette synes især at hænge sammen med et fald i andelen, der angiver at købe mad på skolen en gang om ugen. Godt 3/4 af de 12-16-årige angiver, at de aldrig spiser mad fra grillbar, bager, tankstation, pizzeria eller lignende, og knap 1/5 angiver, at de gør det en gang om ugen. En meget beskeden andel gør det således flere gang om ugen, og der er ingen forskel mellem kommunerne eller mellem 2007 og 2009.

I Hjørring Kommune spiser en større andel 12-16-årige end i de to andre kommuner på restaurant eller cafe ca. en gang om ugen (tabel 5.9).

Tabel 5.9 12-16-årige i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009 procentvis fordelt efter hvor tit de spiser mad på cafe/restaurant uden for skolen til frokost

	Assens		Greve		Hjørring		Total
	2007	2009	2007	2009	2007	2009	
4-5 dage om ugen	1	1	1	1	1	1	1
2-3 dage om ugen	1	0	2	1	1	2	1
1 dag om ugen	5	8	7	6	11	12	8
Aldrig	93	91	90	92	88	86	90
I alt	100	100	100	100	101	101	101
Antal	434	514	406	470	429	513	2.766

p=0,002

Kostvaner generelt

Som nævnt i indledningen til dette afsnit har undersøgelsen afdækket, hvor ofte 12-16-årige i Assens, Greve og Hjørring Kommuner spiser forskellige fødevarer. Dette dækker 12-16-åriges generelle kostvaner dvs. både i skolen og uden for skolen.

Tabel 5.10 viser gennemsnittet på en skala fra 2-10 for, hvor ofte 12-16-årige spiser fødevarer i gruppen kartofler og rugbrød/grovbrød. Høj score på denne skala betyder, at dette ofte bliver spist, og lav score betyder, at dette sjældent bliver spist.

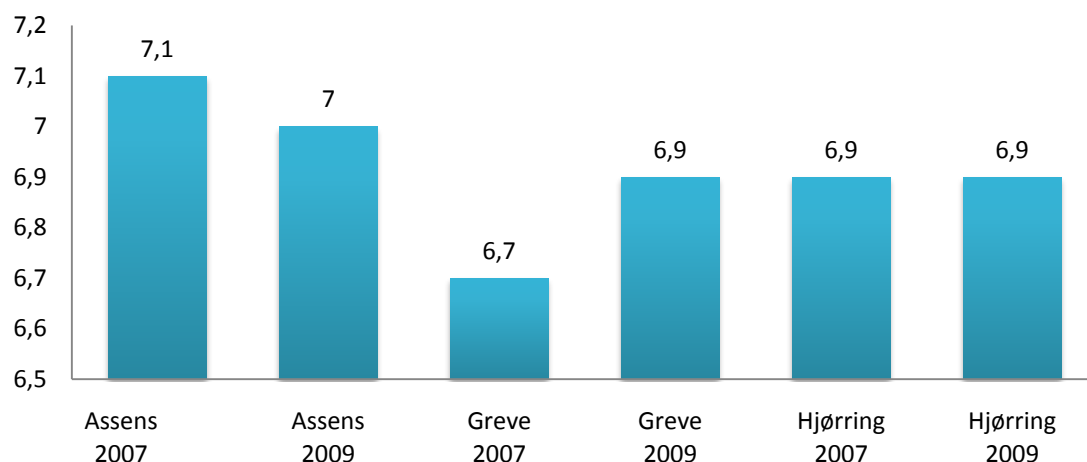
Tabel 5.10 Beskrivende statistik for skala for at spise kartofler og rugbrød/grovbrød

	Assens		Greve		Hjørring	
	2007	2009	2007	2009	2007	2009
Gennemsnit	6,8	6,7	6,4	6,4	6,6	6,6
Median	7	7	7	7	7	7
Minimum	2	2	2	2	2	2
Maksimum	10	10	10	10	10	10
N	432	512	405	470	429	513

Det fremgår, at 12-16-årige i Greve Kommune sjældnere spiser kartofler og rugbrød/grovbrød end 12-16-årige i de to øvrige kommuner. Forskellen kan først og fremmest henføres til, at 12-16-årige i Greve Kommune sjældnere spiser kartofler (se bilagstabel 5.11 og 5.12).

Vi har gennemført en regression af hyppigheden af at spise kartofler og rugbrød/grovbrød for at sammenligne de tre kommuner. Resultatet er vist i figur 5.8 og bilagstabel 5.13.

Figur 5.8 Skalaværdi for hyppigheden af at spise kartofler og rugbrød/grovbrød



Anm.: Beregnet for en dreng på 14-15 år, der bor sammen med to voksne. Han er for det meste glad for at gå i skole, han er sjældent uønsket alene, han har ikke været fraværende fra skole den seneste måned på grund af pjæk, han taler for det meste dansk derhjemme.

Det fremgår, at alene 12-16-årige i Greve Kommune i 2007 skiller sig ud ved mindre hyppigt at spise kartofler og rugbrød/grovbrød end 12-16-årige i de to andre kommuner og 12-16-årige i 2009. Det betyder, at der i Greve Kommune er en stigning fra 2007 til 2009 med hensyn til, hvor hyppigt 12-16-årige spiser kartofler og rugbrød/grovbrød. Analysen viser også, at 12-16-årige, der har deltaget i undervisning om sund mad spiser kartofler og rugbrød/grovbrød hyppigere end dem, der ikke har. Endvidere spiser 12-16-årige, der har deltaget i fælles madlavning med deres forældre og andre familier, hyppigere kartofler og rugbrød/grovbrød, end dem der ikke har.

De unge spiser kogte, stegte eller bagte grøntsager, salat eller råkost, frugt samt juice med moderat hyppighed i alle tre kommuner (se tabel 5.11), og der er ingen forskel mellem kommunerne eller mellem 2007 og 2009.

Tabel 5.11 Beskrivende statistik for skala for at spise grøntsager, salat eller råkost og frugt

	Assens		Greve		Hjørring	
	2007	2009	2007	2009	2007	2009
Gennemsnit	12,0	12,1	11,9	11,9	11,8	11,8
Median	12	12	12	12	12	12
Minimum	4	4	4	4	4	4
Maksimum	20	20	20	20	20	20
N	432	512	405	470	429	513

Vi har også gennemført en regressionsanalyse af, hvor hyppigt 12-16-årige spiser grøntsager, salat, råkost og frugt og drikker juice. Denne analyse viser heller ingen forskel mellem kommunerne eller mellem 2007 og 2009.

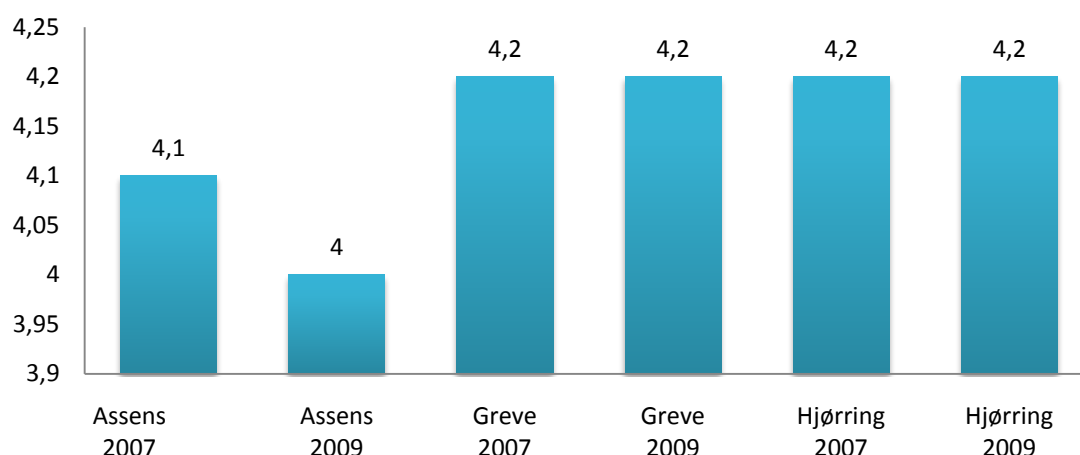
De 12-16-årige drikker relativt hyppigt mælk. Ifølge tabel 5.12 drikker de i gennemsnit mælk hver dag, og halvdelen drikker mælk hver dag eller flere gange om dagen. Der er i tabellen ingen forskel mellem kommunerne eller mellem 2007 og 2009.

Tabel 5.12 Beskrivende statistik for skala for at drikke mælk

	Assens		Greve		Hjørring	
	2007	2009	2007	2009	2007	2009
Gennemsnit	3,8	3,8	3,9	3,9	3,9	3,9
Median	4	4	4	4	4	4
Minimum	1	1	1	1	1	1
Maksimum	5	5	5	5	5	5
N	432	512	405	470	429	513

Vi har imidlertid gennemført en regressionsanalyse af, hvor hyppigt 12-16-årige drikker mælk, og den viser, at 12-16-årige i Assens Kommune i 2009 drikker mælk mindre hyppigt end 12-16-årige i de to andre kommuner og end 2007. Der er altså i Assens Kommune et lille fald fra 2007 til 2009 i hyppigheden af at drikke mælk (figur 5.9 og bilagstabel 5.14).

Figur 5.9 Skalaværdi for hyppigheden af at drikke mælk



Anm.: Beregnet for en dreng på 14-15 år, som for det meste taler dansk derhjemme, og som har deltaget i undervisning om sund mad.

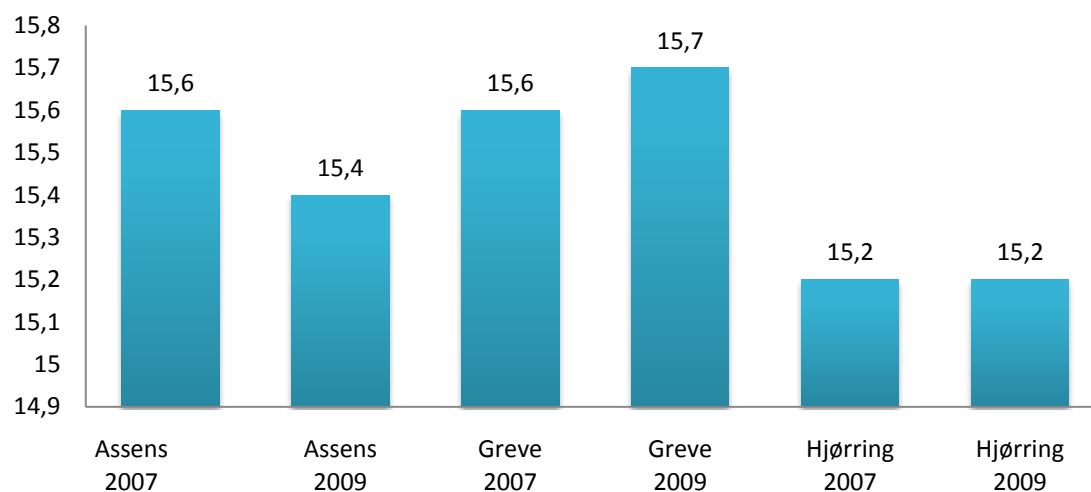
Som det fremgår af bilagstabellen, drikker 12-16-årige, som har deltaget i undervisning om sund mad hyppigere mælk end dem, der ikke har.

Det fremgår af tabel 5.13, at den gennemsnitlige score for at spise pommes frites, slik mv. (junkfood) er på 15,5-15,9. Det skal ses i forhold til, at den maksimale score på skalaen er 24. Det skal bemærkes, at jo højere score des mindre hyppigt spises pommes frites, slik mv.

Tabel 5.13 Beskrivende statistik for skala for at spise junkfood

	Assens		Greve		Hjørring	
	2007	2009	2007	2009	2007	2009
Gennemsnit	15,9	15,7	15,9	15,9	15,9	15,5
Median	16	16	16	16	16	16
Minimum	9	4	9	6	7	4
Maksimum	20	20	20	20	20	20
N	432	512	405	470	429	513

Vi har også her gennemført en regressions analyse af, hvor ofte 12-16-årige spiser junkfood, og resultatet af denne analyse fremgår af figur 5.10 og bilagstabel 5.15.

Figur 5.10 Skalaværdi for hyppigheden af at spise pommes frites/chips, slik/chokolade, fastfood og drikke cola/saftevand (jo højere score, des mindre hyppigt)

Anm.: Beregnet for en dreng på 14-15 år, der sjældent er uønsket alene, for det meste er glad for at gå i skole, og som har en BMI på 23.

Analysen viser, at 12-16-årige i Greve Kommune i både 2007 og 2009 samt Assens Kommune i 2007 mindst hyppigt spiser junkfood. 12-16-årige i Assens og Hjørring Kommuner i 2009 spiser hyppigst junkfood. I Greve og Hjørring Kommuner er der ingen ændring fra 2007 til 2009 med hensyn til, hvor hyppigt 12-16-årige spiser junkfood, mens hyppigheden er steget i Assens Kommune. 12-16-årige, der har deltaget i undervisning om sund mad, spiser mindre hyppigt junkfood end 12-16-årige, der ikke har deltaget.

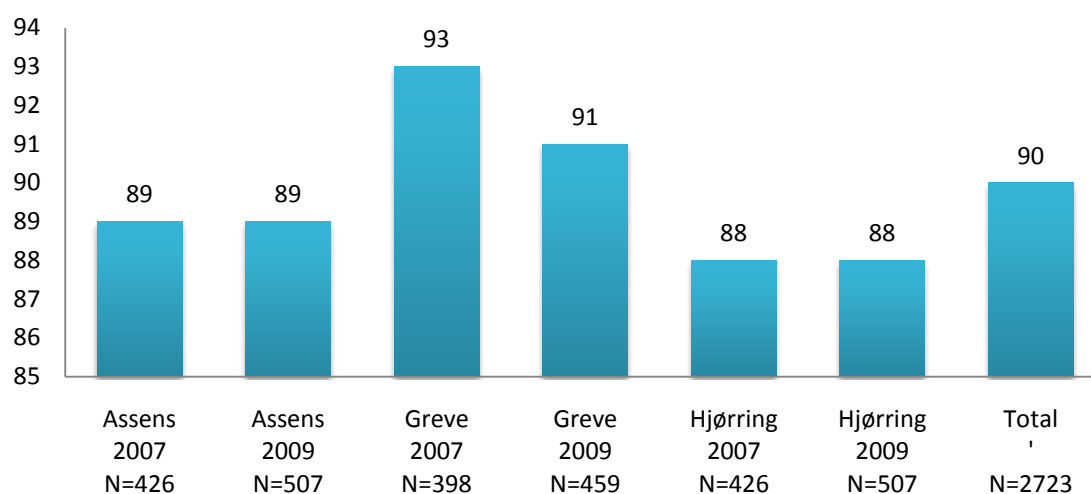
De 12-16-årige er blevet spurgt, hvor ofte de spiser morgenmad, frokost og aftensmad. Langt de fleste af de 12-16-årige (omkring 90%) spiser morgenmad hver dag eller flere gange om ugen, og der er ingen forskel på dette mellem kommunerne eller mellem 2007 og 2009. Det samme gælder frokost, og i alle kommuner spiser stort set alle aftensmad hver dag eller flere gange om ugen.

5.6 Rygevaner

I dette afsnit belyser vi andelen af 12-16-årige, der ryger i de tre kommuner i 2007 og 2009, og vi analyserer sandsynligheden for ikke at være ryger i de tre kommuner.

I figur 5.11 er 12-16-årige opgjort efter om de ryger eller ikke. Der er ingen statistisk signifikant forskel på andelen af rygere i de tre kommuner, men der er en tendens til, at der er en mindre andel rygere i Greve Kommune end i Assens og Hjørring Kommuner.

Figur 5.11 Procentandel 12-16-årige i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009, der ikke ryger

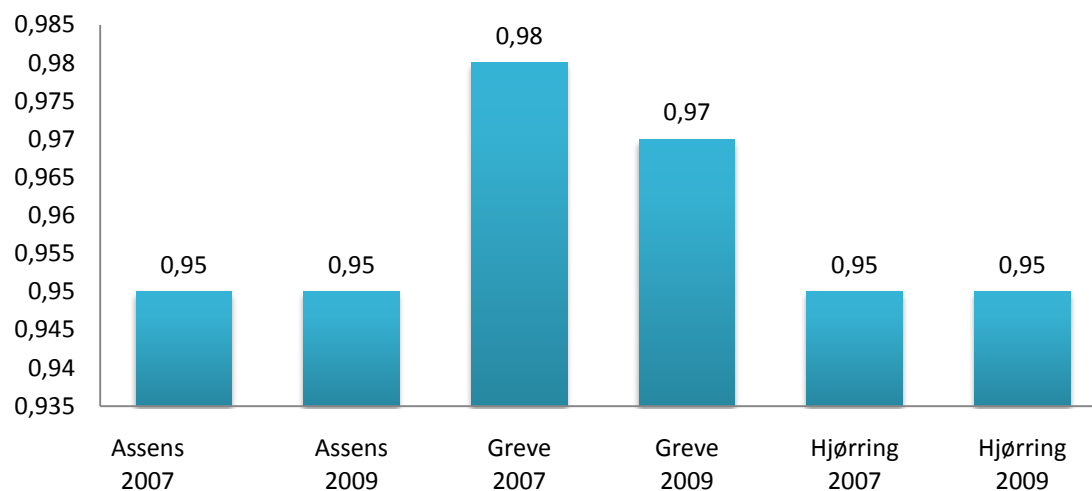


$p=0,135$

Der er ingen ændring i andelen af rygere fra 2007 til 2009.

Det fremgår af bilagstabel 5.16, at der er større sandsynlighed for at være ryger, hvis man er pige, af og til er glad for at gå i skole, har fravær fra skolen pga. pjæk eller sygdom i den sidste måned. Risikoen for at være ryger stiger i takt med hvor stor en andel af ens venner ryger. Sandsynligheden for at være ryger er større for 14-15-årige end 12-13-årige. Der er mindre sandsynlighed for at være ryger, hvis man bor sammen med to voksne, bor i Greve Kommune og ens forældre er erhvervsmæssigt inaktive. Det fremgår af figur 5.12, at hyppigheden af ikke-rygere blandt 12-16-årige er størst i Greve Kommune.

Figur 5.12 Sandsynligheden for *ikke* at være ryger opgjort på kommune og år

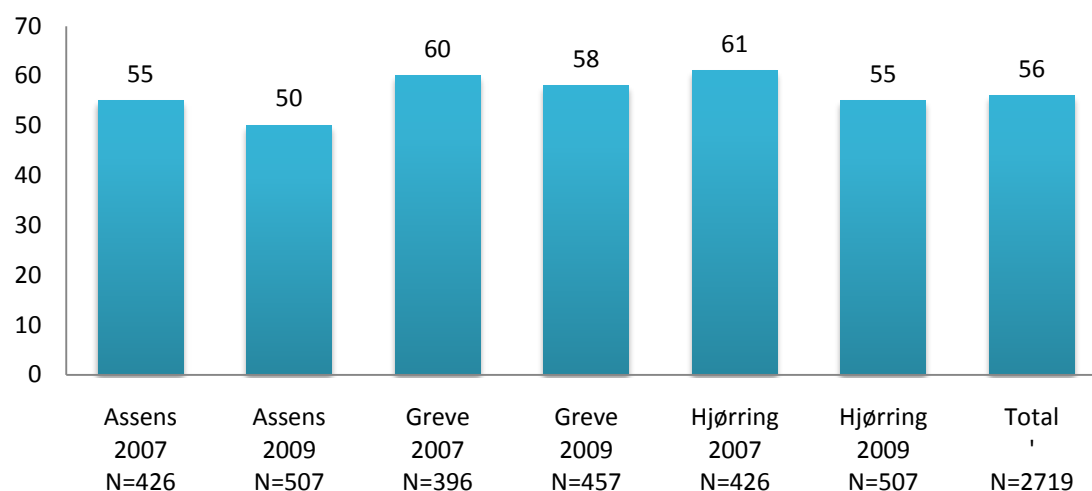


Anm.: Beregnet for en dreng på ml. 14-15 år, som bor i husstand, der tilhører socialklasse 3 med to voksne. Han er for det meste glad for at gå i skole, og har ikke haft noget fravær fra skolen pga. pjæk eller sygdom i den sidste måned, og han har en del venner, som ryger cigaretter hver dag.

5.7 Alkohol

I dette afsnit analyserer vi, i hvilken udstrækning 12-16-årige i Assens, Greve og Hjørring Kommuner har drukket alkohol inden for den seneste måned. Blandt dem, der har prøvet at drikke alkohol analyserer vi, i hvilken udstrækning de har været fulde. Endelig beskriver vi, hvorvidt 12-16-årige har følt sig presset til at drikke mere alkohol, end de havde lyst til. I figur 5.13 er vist, hvor stor en andel af 12-16-årige, der har drukket alkohol inden for den seneste måned.

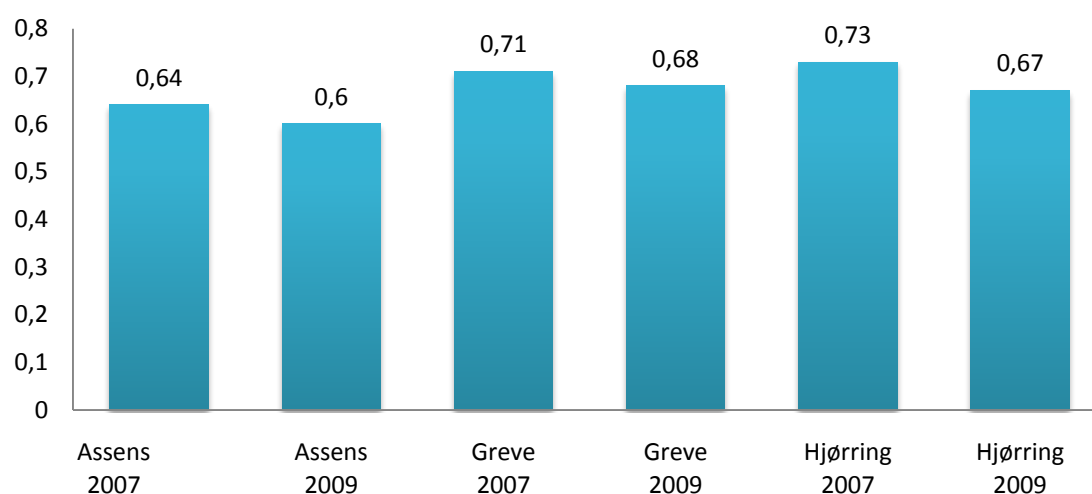
Figur 5.13 Procentandel 12-16-årige i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009, der ikke har drukket alkohol inden for den seneste måned



p=0,02

Som det fremgår, har mere end halvdelen i aldersgruppen ikke drukket alkohol inden for den seneste måned, og langt de fleste af dem har aldrig prøvet at drikke alkohol (ca. 1/3 af alle). I både 2007 og 2009 er andelen, der inden for den seneste måned har drukket alkohol, størst i Assens Kommune, og der er en stigning i andelen fra 2007 til 2009 i både Assens Kommune og Hjørring Kommune. Vi har i en regressionsanalyse undersøgt, om disse forskelle mellem kommuner består, når der tages højde for karakteristika ved de 12-16-årige. Resultatet heraf er vist i bilagstabel 5.17 og figur 5.14.

Figur 5.14 Sandsynligheden for *ikke* at have drukket alkohol inden for den seneste måned. Opgjort på kommune og år



Anm.: Beregnet for en dreng på 12-13 år, der bor sammen med to voksne, for det meste taler dansk hjemme, for det meste er glad for at gå i skole, ikke har været fraværende fra skole den seneste måned, og som tror, at en del af vennerne er fulde mindst en gang om måneden.

Når der tages højde for nogle karakteristika ved de 12-16-årige, så har der særligt i Hjørring Kommune været en stigning i 12-16-åriges tilbøjelighed til at have drukket alkohol inden for en måned. Tendensen er imidlertid den tilsvarende i Assens og Greve Kommuner, men blot ikke så markant. Deltagelse i undervisning om sund levevis eller om alkohol har ingen signifikant sammenhæng med, om 12-16-årige har drukket alkohol inden for den seneste måned.

Tabel 5.14 viser, hvor mange gange 12-16-årige i 2007 og 2009 i de tre kommuner har været fulde.

Tabel 5.14 12-16-årige i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009 procentvis fordelt efter, hvor ofte de har været fulde

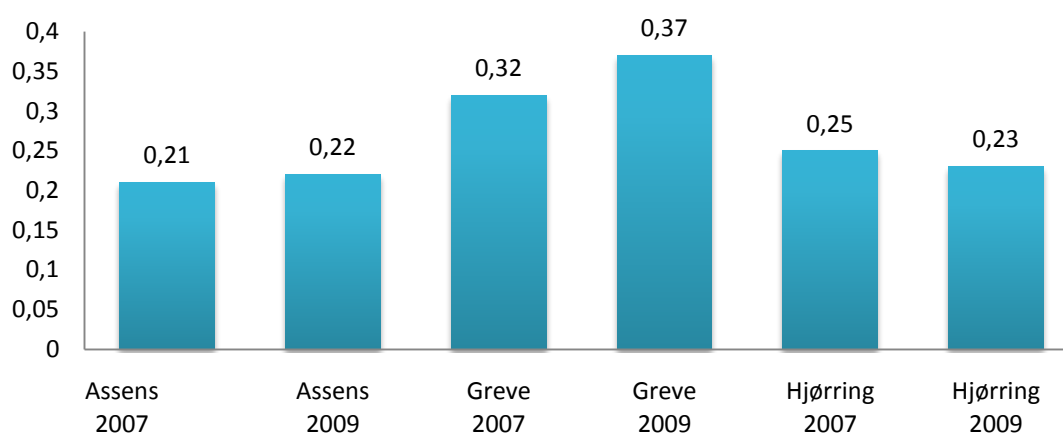
	Assens		Greve		Hjørring		Total
	2007	2009	2007	2009	2007	2009	
Aldrig drukket	32	27	37	36	40	34	34
Aldrig fuld	31	31	32	34	25	29	30
En gang	8	12	6	8	9	10	9
2-3 gange	12	11	11	7	9	10	10
4-10 gange	9	10	8	8	7	8	8
Mere end 10 gange	8	9	7	7	11	9	9
I alt	100	100	101	100	101	100	100
Antal	426	507	396	457	426	507	2719

p=0,007

Alene i Greve Kommune er der et lille fald fra 2007 til 2009 i andelen, der nogensinde har prøvet at være fulde. Greve Kommune har endvidere den laveste andel, som har prøvet at være fuld. I Hjørring Kommune er andelen stort set uændret fra 2007 til 2009, mens der er en lille stigning i andelen, som har prøvet at være fuld, i Assens Kommune. Der er ikke så stor forskel mellem kommunerne i andelen, der har været fuld mange gange.

Vi har blandt de 12-16-årige, der har prøvet at drikke alkohol, analyseret om der er forskel mellem de tre kommuner med hensyn til hyppigheden af at have prøvet at være fuld. Resultatet af analysen fremgår af bilagstabel 5.18 og figur 5.15.

Figur 5.15 Sandsynligheden for ikke at have været fuld blandt dem, der har prøvet at drikke alkohol. Opgjort på kommune og år



Anm.: Beregnet for en dreng på 14-15 år, der bor sammen med to voksne, for det meste er glad for at gå i skole, ikke har været fraværende fra skole den seneste måned, tror at en del af vennerne er fulde mindst en gang om måneden, og hvis husstand tilhører socialklasse 3.

Blandt 12-16-årige, der har prøvet at drikke alkohol, er hyppigheden af ikke at have været fuld størst i Greve Kommune, og der har i denne kommune været en stigning fra 2007 til

2009 i hyppigheden af ikke at have været fuld. De to øvrige kommuner adskiller sig ikke så meget fra hinanden, og der er ingen væsentlig ændring fra 2007 til 2009.

Vi har spurgt de 12-16-årige, om de på noget tidspunkt inden for de seneste 12 måneder har drukket mere alkohol, end de havde lyst til, fordi de følte sig presset af dem, de var sammen med. Kun 5% har svaret ja til dette spørgsmål, og langt de fleste af dem har været ude for det en enkelt gang. Der er ingen forskel mellem kommunerne på dette punkt.

En meget lille andel (6-7%) tror, at de drikker mere alkohol end andre på samme alder og af samme køn. Halvdelen tror, at de drikker mindre. Der er ingen forskel mellem de tre kommuner i dette mønster.

5.8 Opsamling

Hovedformålet med analyserne har været at afdække, i hvilken udstrækning der har været en ændring i 12-16-åriges livsstil og sundhedsfremmende adfærd fra 2007 til 2009 i de tre kommuner, og i hvilken udstrækning der har været en forskellig udvikling. Vi har ud over kost, rygning, alkohol og fysisk aktivitet analyseret 12-16-åriges velbefindende, og hvordan de selv synes, de har det. Kommunernes sundhedsfremmende indsats har ikke været direkte rettet mod børn og unges velbefindende, men vi har alligevel fundet, at det er et væsentligt aspekt at få beskrevet, idet børn og unges velbefindende må anses for et generelt tema for den kommunale politik. Endelig har vi analyseret 12-16-åriges tro på egen indsats for at holde sig sund og rask, og deres deltagelse i sundhedsfremmende tilbud.

Deltagelse i undervisning om sund levevis steg signifikant fra 2007 til 2009 i alle tre kommuner. Antallet af 12-16-årige, som angav, at de var blevet undervist om rygning steg markant i Hjørring Kommune fra 2007 til 2009. Der har i alle tre kommuner været en stigning i deltagelsen i undervisning om sund mad. I Assens og Hjørring Kommuner har der været en markant stigning fra 2007 til 2009 i andelen, der har haft en samtale med fx sundhedsplejersken om kost og motion. I Greve Kommune var tendensen modsatrettet; der er færre unge, der har haft en samtale om kost og motion i 2009 end i 2007.

Når det drejer sig om, hvordan 12-16-årige synes de har det, er der den laveste score i Hjørring Kommune i 2009. Der har været et fald i scoren i Hjørring Kommune fra 2007 til 2009. Hyppigheden af at være glad for at gå i skole er større i 2009 end i 2007 i alle tre kommuner. Ændringen er mest markant i Assens Kommune, og hyppigheden af at være glad for at gå i skole er højst i Assens Kommune i 2009.

Vi finder ingen forskel mellem kommunerne eller mellem 2007 og 2009 med hensyn til, hvor hyppigt 12-16-årige tror, at egen indsats er meget vigtig for at holde sig sund og rask.

Med hensyn til *fysisk aktivitet* dyrker 12-16-årige i Greve Kommune hyppigere sport eller motion i en forening eller klub end 12-16-årige i Assens og Hjørring Kommuner. Der er imidlertid ingen ændring fra 2007 til 2009. På to andre mål for fysisk aktivitet og et mål for omfanget af stillesiddende aktiviteter finder vi ingen forskel mellem kommunerne eller mellem 2007 og 2009. I Greve Kommune og i Hjørring Kommune er der en stigning fra 2007 til 2009 i hyppigheden af, at 12-16-årige angiver, at de gerne vil bevæge sig mere. I 2007 var ni-

veauet lavt i Hjørring Kommune sammenlignet med de to andre kommuner, mens niveauet er højt i Greve Kommune i 2009 sammenlignet med de to andre kommuner.

Der er ingen forskel mellem de tre kommuner i andelen af *overvægtige* blandt 12-16-årige, og der er ingen forskel mellem 2007 og 2009. Der er endvidere ikke forskel med hensyn til, hvor tilfredse 12-16-årige er med deres vægt.

En mindre andel af 12-16-årige i Hjørring Kommune end i de øvrige to kommuner spiser normalt madpakke til frokost i skolen. Til gengæld spiser en større andel flere dage mad købt på skolen. Endvidere angiver en større andel i Hjørring Kommune, at de en gang om ugen spiser frokost på café eller restaurant. 12-16-årige i Assens og Hjørring Kommuner spiser hyppigere kartofler og rugbrød/grovbrød end 12-16-årige i Greve Kommune. Forskellen skyldes hyppigheden af at spise kartofler. Der er ingen ændring fra 2007 til 2009. Der er ingen forskel mellem kommunerne med hensyn til, hvor ofte 12-16-årige spiser grøntsager, salat eller råkost og frugt, og der er ingen ændring fra 2007 til 2009. I Assens Kommune er der fra 2007 til 2009 et lille fald med hensyn til, hvor hyppigt 12-16-årige drikker mælk.

12-16-årige i Greve Kommune i både 2007 og 2009 samt Assens Kommune i 2007 spiser mindst hyppigt pommes frites/chips, slik/chokolade, fastfood eller cola/saftevand (junkfood). Hyppigheden er steget i Assens Kommune fra 2007 til 2009. 12-16-årige i Hjørring Kommune spiser hyppigst junkfood.

Hyppigheden af *ikke-rygere* er størst i Greve Kommune, og i ingen af kommunerne er der en ændring i hyppigheden fra 2007 til 2009.

Når der tages højde for nogle karakteristika ved de 12-16-årige, så har der særligt i Hjørring Kommune været en stigning i 12-16-åriges tilbøjelighed til at have drukket alkohol inden for en måned. Tendensen er imidlertid den tilsvarende i Assens og Greve Kommune, men blot ikke så markant. I begge år er hyppigheden af at have drukket alkohol inden for en måned størst i Assens Kommune. Blandt 12-16-årige, der har prøvet at drikke alkohol, er hyppigheden af *ikke* at have været fuld størst i Greve Kommune, og der har i denne kommune været en stigning fra 2007 til 2009 i hyppigheden af ikke at have været fuld. De to øvrige kommuner adskiller sig ikke så meget fra hinanden, og der er ingen væsentlig ændring fra 2007 til 2009.

Vi finder, at der er en sammenhæng mellem deltagelse i en sundhedsfremmende aktivitet og 12-16-åriges kostvaner. Fx spiser 12-16-årige, der har deltaget i undervisning om sund mad eller har deltaget i fælles madlavning med deres forældre og andre familier, hyppigere, kartofler og rugbrød/grovbrød end dem, der ikke har. 12-16-årige, som har deltaget i undervisning om sund mad, drikker hyppigere mælk end dem, der ikke har deltaget, og de spiser mindre hyppigt junkfood.

6 Ændringer i 60-75-åriges sundhedsprofil og livsstil efter to år

I dette kapitel redegøres for, hvordan 60-76-åriges sundhedsprofil og livsstil har ændret sig fra 2007 til 2009 i de tre kommuner, der indgår i undersøgelsen. I første omgang belyses, i hvilken udstrækning de ældre borgere har oplyst, at de har deltaget i sundhedsfremmende tilbud i kommunerne. Dernæst belyses borgernes tro på egen indsats for at bevare eller forbedre sit helbred. Endvidere belyses borgernes alkoholforbrug, kostvaner, fysisk aktivitet og rygning. Til slut opsummeres hvilke forskelle, der er fundet mellem kommunerne.

Vi koncentrerer os i det følgende om at beskrive forskelle mellem de tre kommuner og mellem 2007 og 2009. Vi kommenterer således heller ikke her alle fundne sammenhænge, og vi viser kun resultater, hvor der er en forskel mellem kommuner eller år.

6.1 Deltagelse i sundhedsfremmende tilbud

De 60-75-årige i undersøgelsen blev spurgt, om de inden for det seneste halve år havde deltaget i et eller flere sundhedsfremmende tilbud, og der blev angivet forskellige valgmuligheder. Det fremgår af tabel 6.1, hvad de 60-75-årige har angivet at have deltaget i.

Tabel 6.1 Procentandel 60-75-årige som har deltaget i forskellige sundhedsfremmende tilbud i Assens, Greve og Hjørring Kommuner inden for seks måneder

	Assens		Greve		Hjørring	
	2007	2009	2007	2009	2007	2009
Kursus, undervisning eller foredrag om sund levevis *	4,4	3,7	7,4	8,8	6,8	8,7
Kursus, undervisning eller foredrag om rygning	0,2	0,7	0,7	0,8	0,7	1,4
Kursus, undervisning eller foredrag om alkohol	0,2	0,7	0,9	0,7	0,5	1,0
Kursus, undervisning eller foredrag om sund mad	3,0	4,0	5,3	3,9	4,5	5,7
Et eller flere motionsarrangementer *	17,4	20,1	24,6	24,5	20,5	20,2
En samtale med en fagkyndig person om sund levevis	4,4	5,4	6,2	5,1	5,2	5,0
Et rygestopkursus	0,5	0,0	0,7	1,2	0,9	0,9
Besøgt Sundhedscafeen på Greve Bibliotek			1,9	1,7		
Besøgt en Sund By-butik					7,1	8,0
Modtaget forebyggende hjemmebesøg *	0,7	0,7	1,0	0,7	1,4	2,6
N	591	593	581	593	577	584

*p<0,05

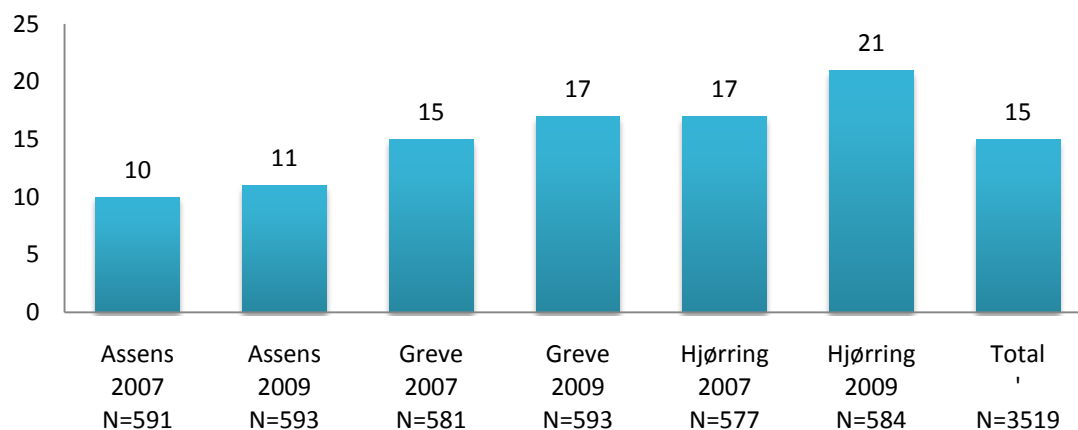
I alle tre kommuner har 60-75-årige hyppigst deltaget i et eller flere motionsarrangementer. I Assens Kommune har en større andel deltaget i 2009 end i 2007, mens andelen er den samme i begge årene i de to øvrige kommuner. Det næsthyppest, som borgerne har deltaget i, er kursus, undervisning eller foredrag om sund levevis, men andelen er her noget mindre. Deltagelse i dette er mindst udbredt i Assens Kommune, og især i Hjørring Kommune ses en

stigning i andelen, der har deltaget i et sådan tilbud. Omkring 5% i alle tre kommuner har inden for et år haft en samtale med en fagkyndig person om sund levevis, og der har ikke været den store ændring i andelen fra 2007 til 2009. Meget få har deltaget i kursus, undervisning eller foredrag om rygning eller alkohol, og ligeledes meget få har deltaget i et rygestopkursus.

I Greve Kommune og Hjørring Kommune har der været henholdsvis en sundhedscafé og Sund By-butikker, hvor borgerne har kunnet henvende sig om sundhedsproblemer. Omkring 2% af de 60-75-årige i Greve Kommune har været i *Sundhedscaféen* inden for et år, mens 7-8% af de 60-75-årige i Hjørring Kommune har besøgt en Sund By-butik. Der er ingen markant forskel mellem 2007 og 2009. Det er lidt bemærkelsesværdigt, at en større procentandel i 2009 end i 2007 angiver at have besøgt en Sund By-butik inden for det seneste år. Fire af de fem butikker blev nemlig nedlagt ved udgangen af 2008, og det kunne tyde på, at svarpersonerne ikke har holdt sig til alene at tænke på det seneste halve år.

I figur 6.1 er vist, hvor stor en andel af de 60-75-årige, der har deltaget i mindst én form for sundhedsfremmende tilbud, når der ses bort fra deltagelse i motionsarrangementer.

Figur 6.1 Procentandel borgere på 60-75 år i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009, der har deltaget i et sundhedsfremmende tilbud inden for de seneste seks måneder



$p < 0,0001$

Det fremgår, at en større andel 60-75-årige i Greve og Hjørring Kommuner end i Assens Kommune har deltaget i et sundhedsfremmende tilbud inden for de seneste seks måneder. I Hjørring Kommune er andelen steget fra 2007 til 2009, og det synes at dække over en stigende deltagelse i forskellige former for tilbud.

Opsummerende har vi gennem informationer fra de tre kommuner registreret følgende særlige sundhedsfremmende tilbud, der har 60-75-årige som målgruppe:

Assens Kommune: Motionstilbud fx *Gå i gang* og motionstilbud til motionsuvante voksne, rygestopkurser samt stisystemer.

Greve Kommune: Motionsprojekt for visiterede seniorer, kursus om sundt liv (2007), rygestopinstruktører og rehabiliteringstilbud til KOL- og diabetespatienter (fra 2009).

Hjørring Kommune: Sund By-butikker (indtil udgangen af 2008), kostprojekt for beboere på plejecentre, rygestopkurser, træningstilbud til borgere på offentlig forsørgelse med bestemte diagnoser samt ADL-træning for plejekrævende ældre (ophørt 2008).

6.2 Tro på egen indsats

De 60-75-årige i de tre kommuner er blevet spurgt, om de tror, at man kan gøre noget for selv at bevare et godt helbred. Svarene på dette spørgsmål er vist i tabel 6.2.

Tabel 6.2 Borgere på 60-75 år i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009 procentvis fordelt efter, hvorvidt de tror, at man kan gøre noget for selv at bevare et godt helbred

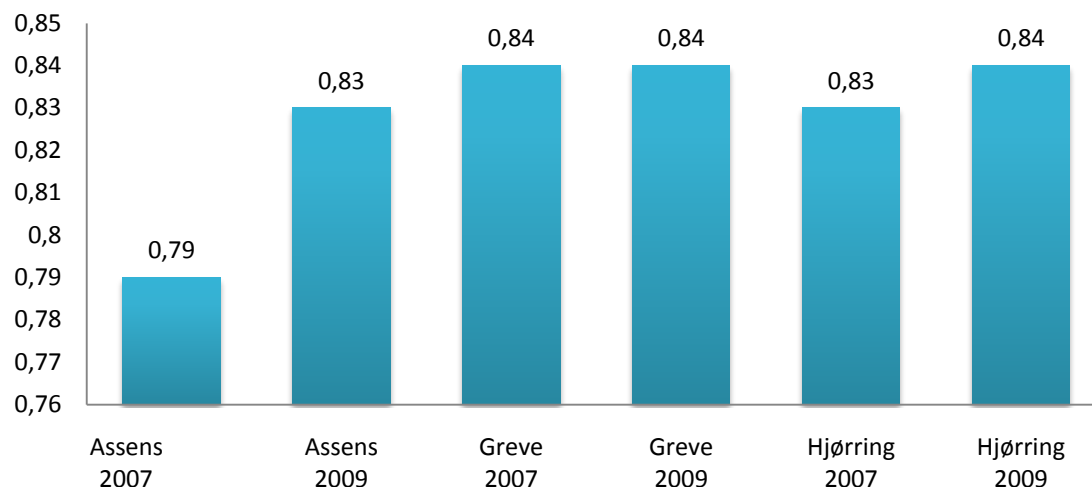
	Assens		Greve		Hjørring		Total
	2007	2009	2007	2009	2007	2009	
Tror egen indsats er særdeles vigtig	59	65	69	66	64	67	65
Tror egen indsats er vigtig	34	30	27	29	28	27	29
Tror egen indsats er af nogen betydning	6	5	5	5	7	6	6
Tror ikke på egen indsats	1	1	0	0	1	1	1
I alt	100	101	100	100	100	100	100
Antal	569	583	560	583	564	571	3430

p=0.04

Næsten 2/3 svarer, at de tror, at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare et godt helbred. I Assens Kommune i 2007 var den andel lavere end i de øvrige kommuner, men i 2009 er andelen på niveau med de øvrige kommuner. Vi har, når der tages højde for andre faktorer, som viser sammenhæng med at tro på, at egen indsats er særdeles vigtig, analyseret, om der er en signifikant ændring fra 2007 til 2009 i en eller flere af kommunerne. Resultatet er vist i bilagstabel 6.1, og de beregnede sandsynligheder er vist i figur 6.2.

Det fremgår af bilagstabellen, at kvinder hyppigere end mænd tror, at egen indsats er særdeles vigtig. Troen på, at egen indsats er særdeles vigtig, er endvidere særlig hyppig blandt dem, der vurderer, at deres helbred er virkelig godt, blandt dem der ser familie dagligt og blandt dem der synes, at deres økonomi er meget god. Troen på, at egen indsats er særdeles vigtig, aftager med faldende førlighed, mens vi ikke ser nogen sammenhæng med alder. Vi ser endvidere, at 60-75-årige, som har deltaget i undervisning eller lignende om sund levevis, hyppigere, end dem der ikke har, tror, at egen indsats er særdeles vigtig. Når vi sammenligner kommuner og år, så var hyppigheden, af at tro at egen indsats er særdeles vigtig, lav i Assens Kommune i 2007, hvilket også fremgår af figur 6.2.

Figur 6.2 Sandsynligheden for at tro, at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare et godt helbred. Opgjort på kommune og år



Anm.: Beregnet for en kvinde på 65 år, der ikke bor alene, og som vurderer, at helbredet er virkelig godt, ser familie 1-2 gange om ugen, synes at hendes økonomi er meget god og ikke har nedsat førlighed.

I 2009 er niveauet i Assens Kommune kommet på linje med de øvrige to kommuner, hvor der i øvrigt ikke er nogen væsentlig forskel på 2007 og 2009.

Svarpersonerne er også blevet spurgt, om de faktisk gør noget for at bevare et godt helbred. Det gør næsten alle (91-95%). Der er ikke nogen forskel mellem kommunerne og heller ikke mellem 2007 og 2009. Der kunne næppe heller forventes en ændring fra 2007 til 2009, når en så stor andel allerede i 2007 angiver, at de selv gør noget. En regressionsanalyse, hvor andre baggrundsvariabler holdes konstant, viser heller ingen forskel mellem kommunerne eller mellem 2007 og 2009.

Tabel 6.3 viser, hvad de 60-75-årige har svaret, de gør for at bevare eller forbedre deres helbred.

Tabel 6.3 Andel 60-75-årige i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009, der har angivet, at de gør en bestemt ting for at bevare eller forbedre deres helbred

	Assens		Greve		Hjørring	
	2007	2009	2007	2009	2007	2009
Holder kontakt med familie	84	84	82	84	84	84
Spiser sund kost*	73	73	69	76	74	77
Ryger ikke*	66	72	66	76	69	72
Sørger for at få tilstrækkeligt med søvn	70	70	70	69	72	70
Dyrker motion eller er fysisk aktiv*	62	68	62	65	60	66
Sørger for at leve mindre stresset	44	49	48	49	46	46
Sørger for at begrænse alkoholforbrug*	40	45	47	51	40	44
Sørger for at spise mindre	37	34	34	37	38	34
Drikker ikke alkohol*	15	19	15	15	21	21
Prøver at holde op med at ryge eller at ryge mindre	11	8	12	12	10	10
Gør noget andet	10	9	10	9	9	12
Antal	591	593	581	593	577	584

* Angiver at der er signifikant forskel mellem kommuner og/eller år.

Det svarpersonerne hyppigst angiver, at de gør for at bevare eller forbedre deres helbred, er at holde kontakt med familien. En stor andel angiver også at spise sund kost, ikke at ryge, at sørge for at få tilstrækkelig søvn og at dyrke motion eller at være fysisk aktiv. En noget mindre andel angiver, at de ikke drikker alkohol, mens knap halvdelen angiver at begrænse deres alkoholforbrug.

Der kan konstateres nogle forskelle mellem kommunerne og mellem de to år. Der har især i Greve Kommune været en stigning i andelen, der angiver, at de spiser sund kost. Andelen, der angiver, at de ikke ryger, og andelen der dyrker motion eller er fysisk aktiv er steget i alle tre kommuner fra 2007 til 2009. Andelen der angiver, at de ikke drikker alkohol er steget i Assens Kommune, mens andelen der sørger for at begrænse alkoholforbruget er steget i alle tre kommuner fra 2007 til 2009.

6.3 Vægt og kostvaner

I dette afsnit analyseres, hvorvidt der er sket ændringer i de 60-75-åriges vægt og kostvaner i de tre kommuner. Vægten analyseres ved brug af BMI (Body Mass Index), som er beregnet ved: vægt/højde². På grundlag heraf er svarpersonerne kategoriseret efter, om de kan karakteriseres om undervægtige, normalvægtige eller overvægtige. Ved analyserne af kostvaner er kosten opdelt i tre grupper:

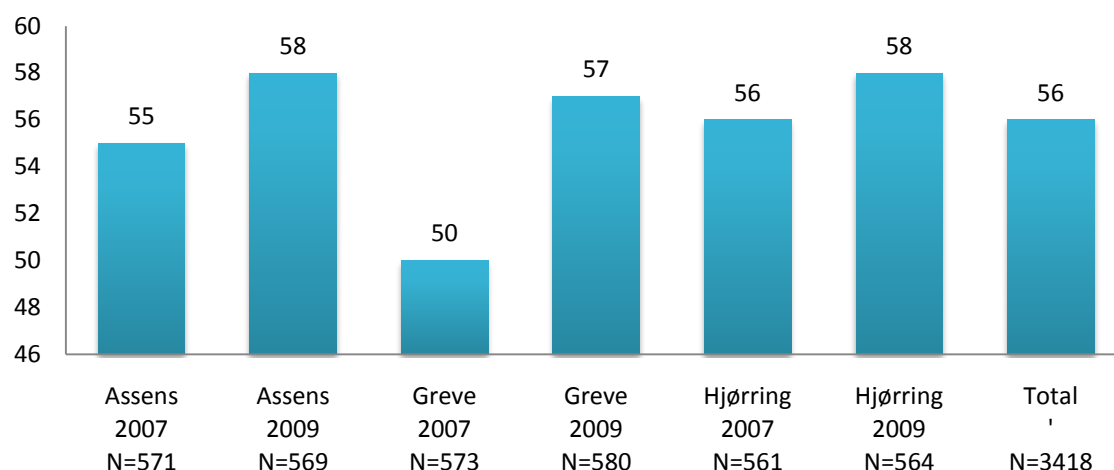
- Kartofler samt groft, fiberrigt brød og gryn
- Kogte, stegte eller bagte grøntsager, salat eller råkost samt frugt
- Fisk

Der er for de to første grupper (a. og b.) konstrueret en skala, hvor der er tildelt værdier efter, hvor ofte svarpersonerne spiser den nævnte form for kost. Hvis man fx sjældent eller aldrig spiser kartofler tillægges skalaen værdien 1, mens den tillægges værdien 6, hvis man spiser kartofler hver dag. Den første skala (a.) rangerer fra 2-12, mens den anden skala (b.) rangerer fra 3-18. Med hensyn til fisk skelner vi imellem, om man spiser fisk mindst to gang om ugen eller sjældnere.

BMI

60-75-årige fordelt efter om de er overvægtige eller ikke-overvægtige i forhold til BMI-vægtgrænserne, er vist i figur 6.3.

Figur 6.3 Procentandel borgere på 60-75 år i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009, der er overvægtige



$p=0,07$

Samlet set er godt halvdelen af de 60-75-årige i undersøgelsen overvægtige, og der er ikke den store forskel på fordelingen i de tre kommuner. I Greve Kommune var halvdelen overvægtige i 2007, og det er gået den "forkerte" vej, idet 57% var overvægtige i 2009. I de to andre kommuner er tendensen den samme, men ikke så markant.

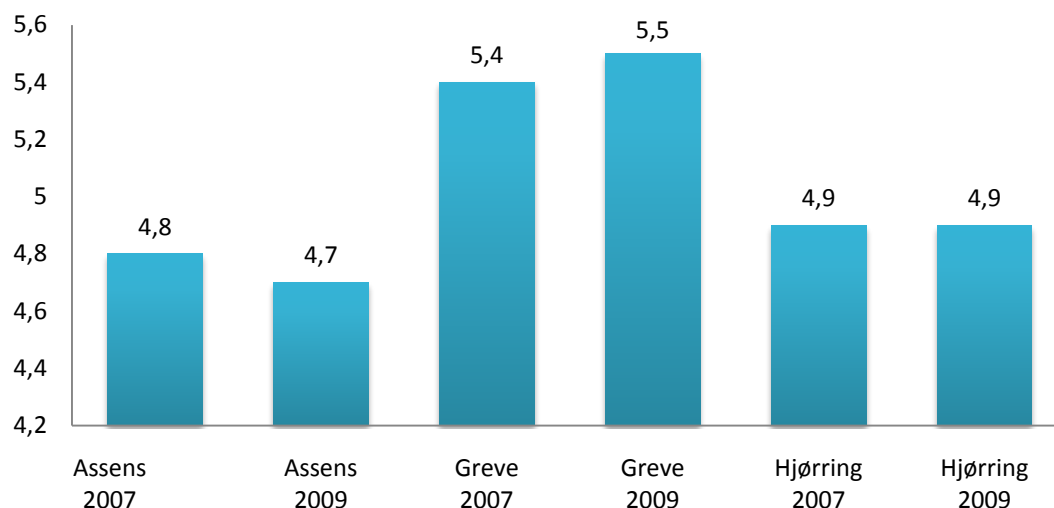
En regressionsanalyse giver ikke et andet resultat end det, der fremgår af tabellen; nemlig at hyppigheden af overvægt er lav i Greve Kommune i 2007 sammenlignet med de to andre kommuner. Regressionsanalysen viser endvidere, at 60-75-årige, der har haft en samtale med en fagkyndig person om sund levevis, særligt hyppigt er overvægtige.

Svarpersonerne blev bedt om, på en skala fra 1-10, at angive, hvor vigtigt det er for dem at ændre deres vægt. Der kan altså være tale om både at tage på og at tabe sig. Værdien 1 udtrykker, at det slet ikke er vigtigt, mens 10 udtrykker, at det er meget vigtigt. I tabel 6.4 beskrives de 60-75-åriges angivelse af skalaværdier i de tre kommuner.

Tabel 6.4 Beskrivende statistik for skala for vigtigheden af at ændre sin vægt (1 – 10)

	Assens		Greve		Hjørring	
	2007	2009	2007	2009	2007	2009
Gennemsnit	4,2	4,3	4,8	5,0	4,4	4,3
Median	3	4	4	5	4	4
Minimum	1	1	1	1	1	1
Maksimum	10	10	10	10	10	10
N	550	566	565	568	538	548

Som det fremgår, er den gennemsnitlige score højest i Greve Kommune, mens niveauet er nogenlunde ens i Assens og Hjørring Kommuner. Der ser ud til at være en mindre stigning i det gennemsnitlige niveau i Greve Kommune. Dette er nærmere analyseret ved hjælp af en regression, hvor bl.a. borgernes BMI er inddraget i analysen. Det fremgår også af denne analyse (bilagstabel 6.2 og figur 6.4), at 60-75-årige i Greve Kommune scorer højere i begge år end i de to øvrige kommuner.

Figur 6.4 Skalaværdi for vigtigheden af at ændre sin vægt for en borger i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009

Anm.: Beregnet for en kvinde på 70 år, der bor alene, har et godt helbred, aldrig er uønsket alene, tilhører socialklasse 2 og har et BMI på 28.

Der ses ikke nogen udvikling fra 2007 til 2009. Det fremgår endvidere, at dem, der har deltaget i et kursus om sund mad eller haft en samtale med en fagkyndig person om sund levevis, scorer højere på skalaen end dem, der ikke har deltaget.

En analyse af hvorvidt man ønsker at *tabe sig* giver tilsvarende resultater.

Kostvaner

Undersøgelsen har, som nævnt i indledningen til dette afsnit, afdækket, hvor ofte de 60-75-årige i Assens, Greve og Hjørring Kommuner spiser en række fødevarer, som anses for sunde.

Når det drejer sig om kartofler, så fremgår det af bilagstabel 6.3, at ældre borgere i Assens og Hjørring Kommuner oftere spiser kartofler end ældre borgere i Greve Kommune. I Assens og Greve Kommuner spiser svarpersonerne i 2009 ikke så hyppigt kartofler som svarpersonerne i 2007. Til gengæld er der en tendens til, at borgere på 60-75 år i alle tre kommuner oftere spiser groft, fiberrigt brød og gryn i 2009 end i 2007 (bilagstabel 6.4).

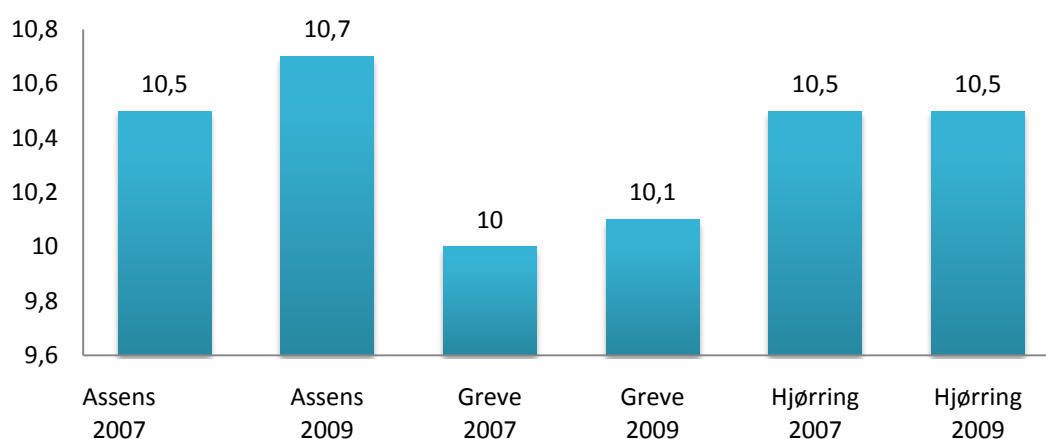
I tabel 6.5 vises gennemsnittet for hver kommune og år på en skala fra 2-12 for, hvor ofte 60-75-årige spiser kartofler samt groft, fiberrigt brød og gryn.

Tabel 6.5 Beskrivende statistik for skala for at spise kartofler samt groft, fiberrigt brød og gryn

	Assens		Greve		Hjørring	
	2007	2009	2007	2009	2007	2009
Gennemsnit	10	10	9,4	9,6	10	10
Median	10	10	10	10	10	10
Minimum	2	2	2	4	4	4
Maksimum	12	12	12	12	12	12
N	561	567	555	576	553	560

Alt i alt spiser 60-75-årige ganske hyppigt kartofler samt groft, fiberrigt brød og gryn, men samlet set sker det ikke så hyppigt i Greve Kommune som i de to andre kommuner. En regressionsanalyse viser ligeledes, at de 60-75-årige i Greve Kommune mindre hyppigt end i de to andre kommuner spiser kartofler samt groft, fiberrigt brød og gryn (bilagstabel 6.5 og figur 6.5). Det synes især at skyldes et mindre hyppigt indtag af kartofler.

Figur 6.5 Skalaværdi for at spise kartofler samt groft, fiberrigt brød og gryn for en borger i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009



Anm.: Beregnet for en kvinde, der er 70 år, ikke bor alene, har et godt helbred, aldrig er uønsket alene, tilhører socialklasse 2 og har en god økonomi.

I spørgeskemaet har vi ligeledes spurgt de 60-75-årige, hvor ofte de spiser kogte, stegte eller bagte grøntsager, salat eller råkost samt frugt, og fordelingen af svarene fremgår af bilagstabellerne 6.6-6.8. Det hyppigste er at spise grøntsager og salat eller råkost et par gange om ugen eller næsten hver dag. Frugt spises af et stort flertal næsten hver dag, hver dag eller flere gange om dagen. Der er i den simple analyse ingen forskel mellem kommunerne eller mellem årene med hensyn til, hvor ofte 60-75-årige spiser grøntsager, salat eller råkost. Derimod spiser 60-75-årige i alle tre kommuner hyppigere frugt i 2009 end i 2007.

Vi har konstrueret en samlet skala med værdier fra 3-18 for, hvor ofte 60-75-årige spiser grøntsager, salat eller råkost og frugt. I tabel 6.6 vises gennemsnittet på denne skala for hver kommune og år.

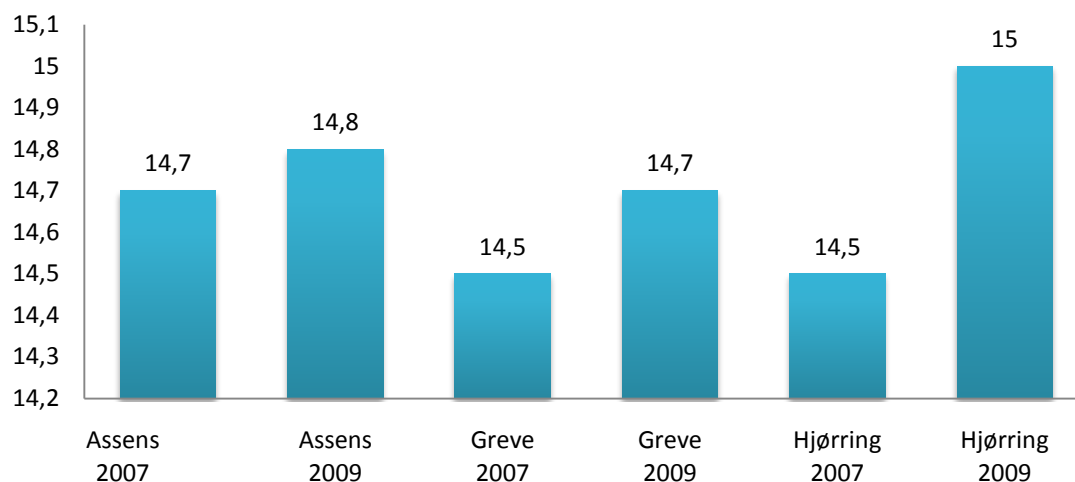
Tabel 6.6 Beskrivende statistik for skala for at spise grøntsager, salat eller råkost og frugt

	Assens		Greve		Hjørring	
	2007	2009	2007	2009	2007	2009
Gennemsnit	13,4	13,4	13,2	13,4	13,2	13,5
Median	14	14	14	14	14	14
Minimum	3	3	3	3	4	3
Maksimum	18	18	18	18	18	18
N	532	554	544	560	512	529

Heraf ses det, at der ikke er så stor forskel på niveauet i de tre kommuner, men at der i Greve og Hjørring Kommuner er en stigning fra 2007 til 2009. Det vil sige, at der i de to kommuner samlet set er en stigning i forbruget af grøntsager, salat og frugt.

En regressionsanalyse, hvor der tages højde for eventuelle forskelle mellem borgerne i de tre kommuner, viser ligeledes, at 60-75-årige spiser grøntsager, salat og frugt hyppigere i 2009 end i 2007 i Greve og Hjørring Kommuner (bilagstabel 6.10 og figur 6.6). Mest markant er fremgangen i Hjørring Kommune.

Figur 6.6 Skalaværdi for at spise grøntsager, salat eller råkost og frugt for en borger i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009



Anm.: Beregnet for en kvinde, der er 70 år, ikke bor alene, ser familie en eller to gange om ugen, aldrig er uønsket alene, tilhører socialklasse 2 og har ikke nedsat førlighed.

Analysen viser endvidere, at 60-75-årige, der har deltaget i kursus, undervisning eller foredrag om sund mad, eller som har haft en samtale med en fagkyndig person om sund levevis, hyppigere spiser grøntsager, salat og frugt end dem, der ikke har.

Endelig er de 60-75-årige blevet spurgt om, hvor ofte de spiser fisk, og svarfordelingen fremgår af bilagstabel 6.9. Omkring 1/4 spiser fisk mindst en gang om ugen, mens det typiske er, at spise fisk en gang om ugen. Omkring 1/3 spiser fisk mindre hyppigt end en gang om ugen. Der er ikke mellem kommunerne den store forskel på, hvor stor en andel af de 60-75-årige, der spiser fisk mindst et par gange om ugen, og der synes heller ikke at være den store forskel mellem 2007 og 2009. Dette er analyseret nærmere i en regressionsanalyse, og resultaterne fremgår af bilagstabel 6.11. En sådan analyse viser heller ingen forskel mellem kommunerne eller mellem 2007 og 2009, men den viser, at 60-75-årige der har været til kursus, undervisning eller foredrag om sund levevis eller sund mad, oftere spiser fisk mindst et par gange om ugen, end dem der ikke har. Der er ingen sammenhæng med at have haft en samtale med en fagkyndig person om sund levevis.

6.4 Fysisk aktivitet

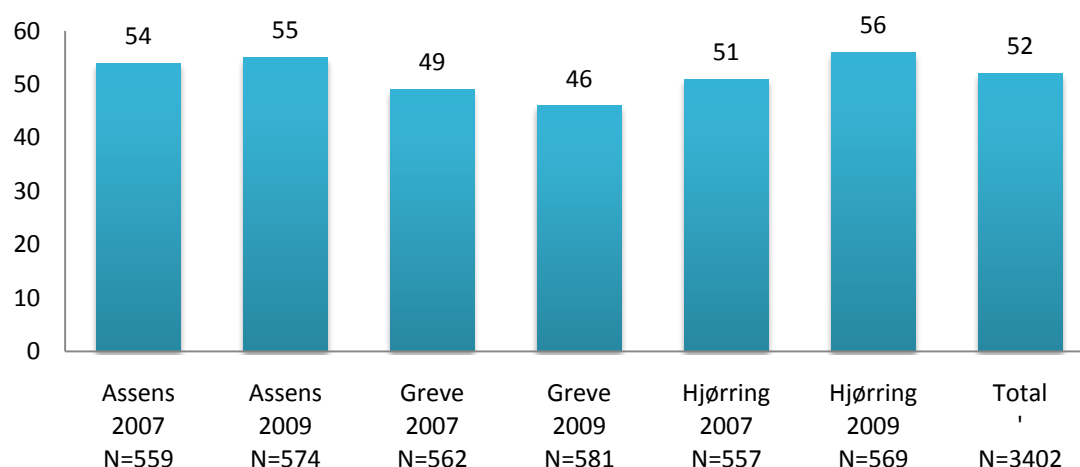
60-75-åriges fysiske aktivitet i 2007 og 2009 er belyst dels gennem spørgsmål om omfanget af den faktiske fysiske aktivitet, dels gennem spørgsmål om, hvor vigtigt det er for svarpersonen at være fysisk aktiv. Der er blevet spurgt om, hvor mange dage om ugen svarpersonen sædvanligvis er fysisk aktiv i mindst 30 minutter om dagen. Svarpersonerne blev endvidere bedt om at angive, hvilken beskrivelse, der bedst passer til deres fysiske aktivitet i fritiden. Der var fire forskellige beskrivelser at vælge imellem:

- 1 Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen.

- 2 Dyrker motion eller udfører tungt havearbejde eller lignende mindst fire timer om ugen.
- 3 Spadserer, cykler eller dyrker anden lettere motion mindst fire timer om ugen.
- 4 Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse.

På baggrund af de to spørgsmål er der konstrueret en ny variabel, der angiver, om en person er fysisk aktiv mindst 30 minutter seks eller syv dage om ugen, træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt eller dyrker motion mindst fire timer om ugen. Ældre borgere, der er fysisk aktive i dette omfang, har vi vurderet lever op til anbefalingerne om fysisk aktivitet. I figur 6.7 er vist, hvor stor en andel af de 60-75-årige, der lever op til anbefalingen om fysisk aktivitet.

Figur 6.7 Procentandel borgere på 60-75 år i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009, der opfylder anbefalinger om fysisk aktivitet

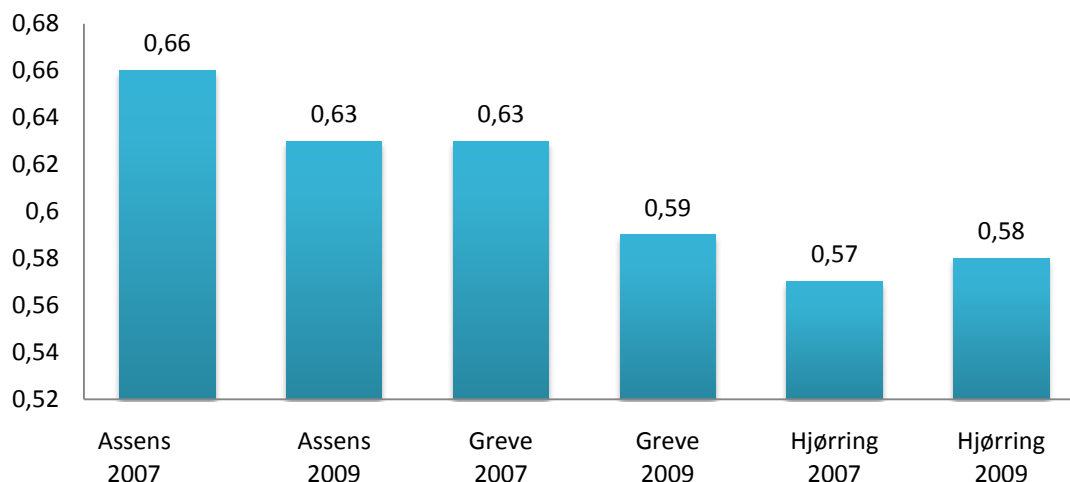


Anm.: Er fysisk aktiv i mindst 30 minutter om dagen, træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt eller dyrker motion eller udfører tungt havearbejde eller lignende mindst fire timer om ugen.

$p=0,005$

Som det fremgår, opfylder ca. halvdelen anbefalingerne til fysisk aktivitet. Det ser ud til, at andelen, der opfylder anbefalingerne til fysisk aktivitet, er størst i Assens og Hjørring Kommuner i 2009. Andelen ser ud til at være steget i Hjørring Kommune fra 2007 til 2009, men det er nærmere analyseret i en regressionsanalyse, hvor resultaterne er vist i bilagstabel 6.12 og figur 6.8.

Figur 6.8 Sandsynligheden for at leve op til anbefalingen om fysisk aktivitet. Opgjort på kommune og år



Anm.: Beregnet for en kvinde på 65 år, der ikke bor alene, og som vurderer, at helbredet er virkelig godt, ser familie 1-2 gange om ugen, synes at hendes økonomi er meget god, har en BMI på 25 og har ikke nedsat førlighed.

Regressionsanalysen viser, at 60-75-årige i Assens Kommune hyppigst lever op til anbefalingen om fysisk aktivitet, men der er ingen stigning fra 2007 til 2009. Forskellen mellem de to år er ikke statistisk signifikant og kan altså være tilfældig. I Greve Kommune er der et fald fra 2007 til 2009 i 60-75-åriges tilbøjelighed til at leve op til anbefalingen om fysisk aktivitet. Hjørring Kommune ligger under niveauet for Assens Kommune, og der er ingen ændring fra 2007 til 2009.

De 60-75-åriges vurdering af, hvor vigtigt det er for dem at holde sig fysisk aktiv er målt på en skala fra 1-10, hvor 1 udtrykker, at det slet ikke er vigtigt, og 10 at det er meget vigtigt. De 60-75-årige scorer relativt højt på denne skala. Gennemsnittet er på 7,6-7,8, og halvdelen har angivet en værdi på otte eller højere. Umiddelbart ser der ikke ud til at være forskel på niveauet i de tre kommuner, ligesom der heller ikke er forskel mellem 2007 og 2009. En regressionsanalyse finder heller ingen forskel mellem kommune eller år med hensyn til, hvor vigtigt det er for 60-75-årige at være fysisk aktiv. Det er ikke så overraskende, at borgere, der har deltaget i et eller flere motionsarrangementer, finder det særlig vigtigt at være fysisk aktiv (resultat ikke vist). Det samme gør sig gældende for personer, der har haft en samtale med en fagkyndig person om sund levevis.

6.5 Rygning

I dette afsnit analyserer vi andelen af rygere i de tre kommuner i 2007 og 2009, og blandt rygerne analyserer vi, hvor vigtigt det er for dem at holde op med at ryge. Vi belyser endvidere blandt rygerne, i hvilken udstrækning der bliver røget indendørs i deres hjem, og i hvilken

udstrækning der bliver røget i hjemmet, når der er børn til stede. I tabel 6.7 er opgjort rygevanerne blandt 60-75-årige i Assens, Greve og Hjørring Kommuner.

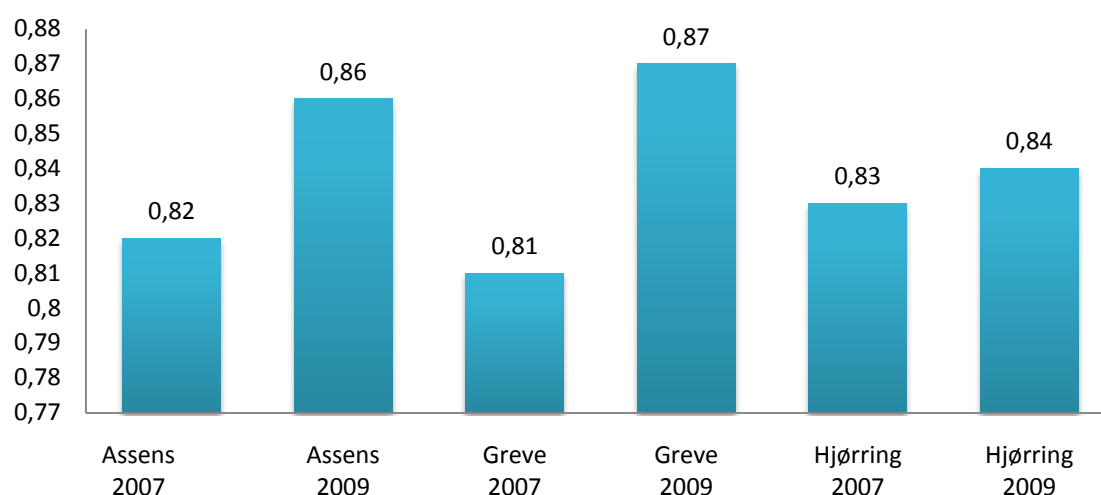
Tabel 6.7 Borgere på 60-75 år i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009 procentvis fordelt efter rygevaner

	Assens		Greve		Hjørring		Total
	2007	2009	2007	2009	2007	2009	
Ryger dagligt	25	20	25	18	24	22	22
Ryger ikke dagligt, men mindst én gang om ugen eller ved særlige lejligheder	2	4	3	2	2	3	3
Er holdt op	34	34	35	44	36	34	36
Har aldrig røget	39	43	37	36	38	41	39
I alt	100	101	100	100	100	100	100
Antal	563	575	556	576	554	565	3389

p=0,02

I alle tre kommuner kan der observeres et fald fra 2007 til 2009 i andelen af 60-75-årige, der er daglige rygere. Faldet er særligt markant i Greve Kommune, og her hænger faldet sammen med en stigning i andelen, der er holdt op med at ryge. I Assens hænger faldet i andel daglige rygere sammen med en stigning i andelen, der angiver aldrig at have røget, mens udviklingen ikke er så markant i Hjørring Kommune. Hvis vi alene betragter andelen af aktuelle rygere, så har der været et fald i andelen af rygere i Assens og Greve Kommuner, mens andelen stort set er uændret i Hjørring Kommune. Vi har i en regression analyseret sandsynligheden for at være ikke-ryger i de tre kommuner i 2007 og 2009, og resultatet fremgår af bilagstabel 6.13 og figur 6.9.

Figur 6.9 Sandsynligheden for ikke at ryge. Opgjort på kommune og år

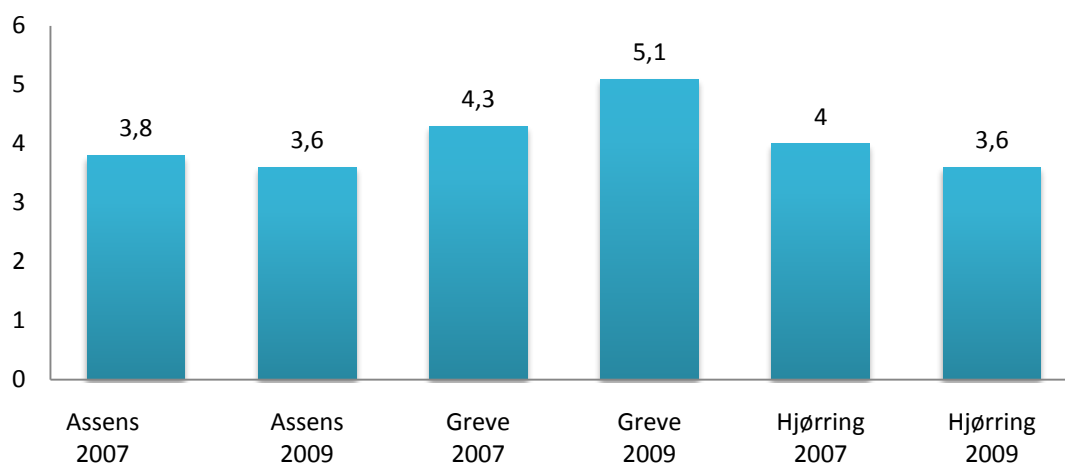


Anm.: Beregnet for en kvinde på 65 år, der ikke bor alene, og som vurderer at helbredet er virkelig godt, ser familie 1-2 gange om ugen, tilhører socialklasse 2 og har normalvægt.

Regressionsanalysen bekræfter, at der særligt i Greve Kommune er en stigning fra 2007 til 2009 tilbøjeligheden til at være ikke ryger, men der er også en stigning i Assens Kommune. Derimod ses der ingen ændring i Hjørring Kommune. Det fremgår endvidere af bilagstabel 6.13, at 60-75-årige, der har deltaget i et kursus eller lignende om rygning, i et rygestopkursus, i et kursus eller lignende om sund levevis, eller som har haft en samtale med en fagkyndig person om sund levevis, oftere er ikke rygere.

Rygere blandt de 60-75-årige er blevet bedt om på en skala fra 1-10 at angive, hvor vigtigt det er for dem at holde op med at ryge, og vi har analyseret, om der er forskel mellem kommunerne og mellem 2007 og 2009 med hensyn til, hvor vigtigt det er for svarpersonerne at holde op med at ryge. Resultatet af den analyse er vist i bilagstabel 6.14 og figur 6.10.

Figur 6.10 Skalaværdi for vigtigheden af at holde op med at ryge for en borger i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009



Anm.: Beregnet for en kvinde på 65 år, der ikke bor alene, aldrig er uønsket alene og har et virkelig godt helbred.

Det fremgår, at rygerne blandt 60-75-årige i gennemsnit ikke finder det særlig vigtigt at holde op med at ryge. Det fremgår endvidere, at rygere i Greve Kommune i 2009 scorer højest på skalaen for, hvor vigtigt det er at holde op med at ryge, og der er tale om en stigning fra 2007. I de to andre kommuner ses ingen stigning fra 2007 til 2009 i rygeres vurdering af, hvor vigtigt det er at holde op med at ryge. Det fremgår af bilagstabel 6.18, at rygere, der har deltaget i et kursus eller lignende om rygning, i et rygestopkursus eller i en samtale med en fagkyndig person om sund levevis, scorer højere på skalaen end rygere, der ikke har.

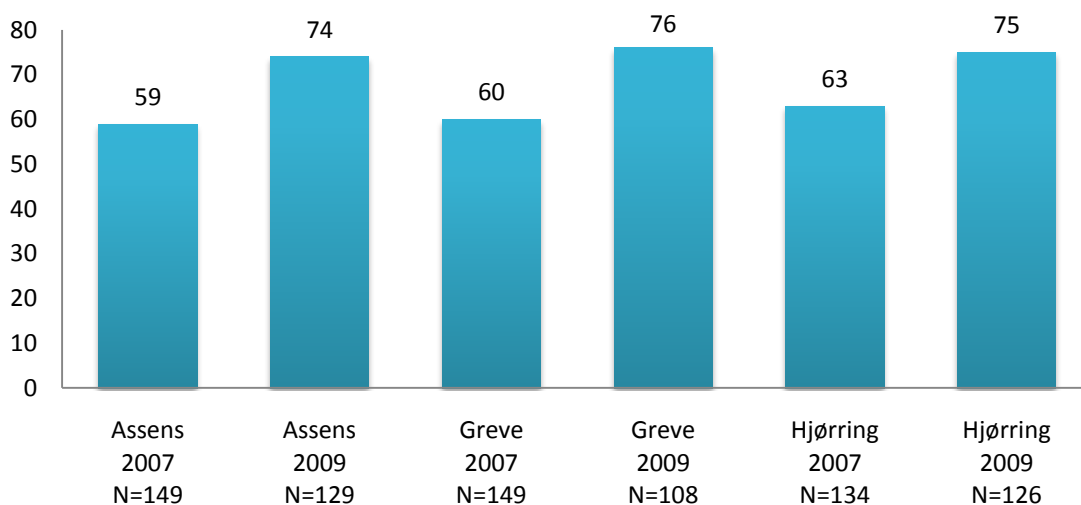
Vi har undersøgt, om der er forskel mellem de tre kommuner og mellem 2007 og 2009 i andelen af rygere, hvor der aldrig bliver røget indendørs i hjemmet, og hvor der ikke ryges i hjemmet, når der er børn til stede. Det er vist i figur 6.11.

Figur 6.11 Procentandel rygere på 60-75 år, hvor der ikke ryges indendørs i hjemmet. Opgjort for Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009



$p=0,04$

Figur 6.12 Procentandel rygere på 60-75 år, hvor der ikke ryges i hjemmet, når der er børn til stede. Opgjort for Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009



$p=0,01$

Andelen, hvor der ikke ryges indendørs i hjemmet, er steget fra 2007 til 2009 i Greve og Hjørring Kommuner, mens andelen, hvor der ikke ryges i hjemmet, når der er børn til stede, er steget i alle tre kommuner.

6.6 Alkohol

Det sidste emne, som behandles i dette kapitel, er 60-75-åriges forbrug af alkohol. Dette sker ved at analysere, i hvilken udstrækning borgere i denne aldersgruppe overskrider Sundheds-

styrelsens anbefalinger. Det vil sige henholdsvis maksimalt 14 genstande for kvinder og 21 genstande for mænd om ugen samt ikke over fem genstande ved en enkelt lejlighed. Mønstrer i de tre kommuner er vist i tabel 6.8.

Tabel 6.8 Procentandel 60-75-årige, som overskrider den anbefalede grænse for alkoholforbrug, henholdsvis mere end 14 og 21 genstande om ugen eller mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed. Opgjort for Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009

	Assens		Greve		Hjørring	
	2007	2009	2007	2009	2007	2009
Drikker mere end 14/21 genstande om ugen (1)	9	8	12	13	6	6
Har drukket mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed inden for den seneste måned (2)	38	41	42	46	33	33
Procentgrundlag	591	593	581	591	577	584

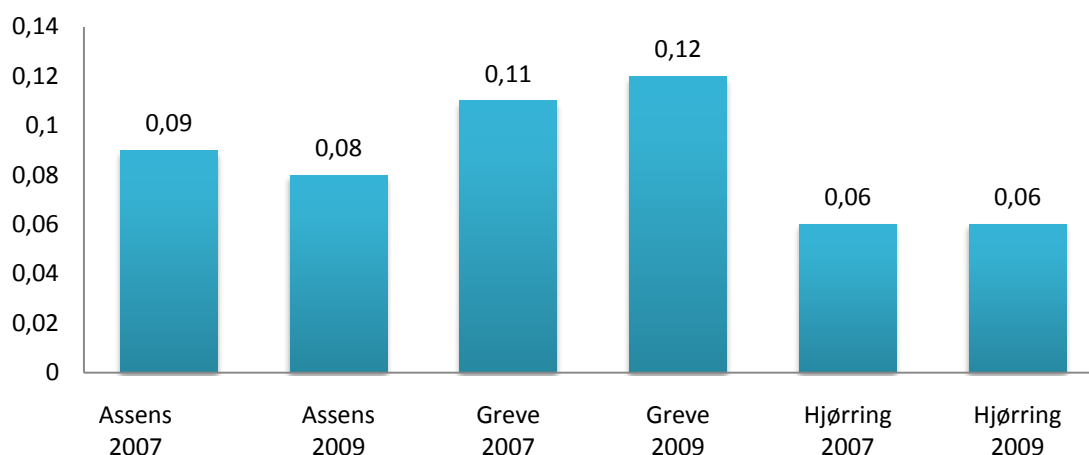
(1) $p < 0,0001$

(2) $p < 0,0001$

Når det drejer sig at drikke mere end den anbefalede genstandsgrænse, så er andelen størst i Greve Kommune og mindst i Hjørring Kommune. Der er ingen ændring fra 2007 til 2009. 60-75-årige i Hjørring Kommune skiller sig ud ved, at en mindre andel end i de to øvrige kommuner har drukket mere end fem genstand ved mindst én lejlighed inden for den seneste måned. I både 2007 og 2009 er andelen størst i Greve Kommune, og i både Assens og Greve Kommuner er der en stigning fra 2007 til 2009 i andelen, der har drukket mere end fem genstande mindst én gang ved en enkelt lejlighed inden for den seneste måned.

En regressionsanalyse, hvor der tages højde for eventuelle forskelle mellem kommunerne på svarpersoner, viser samme tendens (bilagstabel 6.15 og 6.16 samt figur 6.13 og 6.14) som ovenstående tabel. Når det drejer sig om, at drikke alkohol i et omfang, der ligger over genstandsgrænsen, så er det alene 60-75-årige i Greve Kommune i 2009, der skiller sig ud fra de andre kommuner og år. Tilbøjeligheden til at drikke mere end det anbefalede antal genstande er altså steget i Greve Kommune fra 2007 til 2009.

Figur 6.13 Sandsynligheden for at drikke mere alkohol end den anbefalede genstandsgrænse (14/21 genstande om ugen). Opgjort på kommune og år

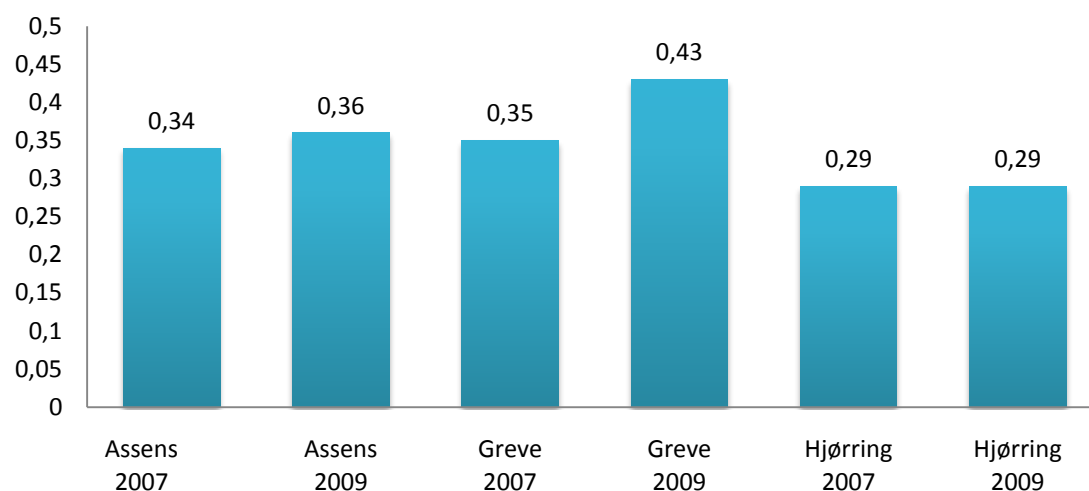


Anm.: Beregnet for en kvinde på 65 år, der ikke bor alene, som aldrig er uønsket alene, og som tilhører socialklasse 2.

Det fremgår endvidere af bilagstabel 15, at tilbøjeligheden til at drikke mere end den anbefalede genstandsgrænse er mindre blandt dem, der har haft en samtale med en fagkyndig person om sund levevis.

I en regressionsanalyse af tilbøjeligheden til mindst én gang inden for den seneste måned at have drukket mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed skiller alene Greve Kommune sig markant ud.

Figur 6.14 Sandsynligheden for mindst én gang inden for den seneste måned at have drukket mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed. Opgjort på kommune og år



Anm.: Beregnet for en kvinde på 65 år, der ikke bor alene, som aldrig er uønsket alene, har en meget god økonomi, har et virkelig godt helbred, og som ikke har nedsat førlighed.

I Greve Kommune har der fra 2007 til 2009 været en stigning i tilbøjeligheden til at drikke mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed. Den samme tendens ses ikke i de to andre kommuner.

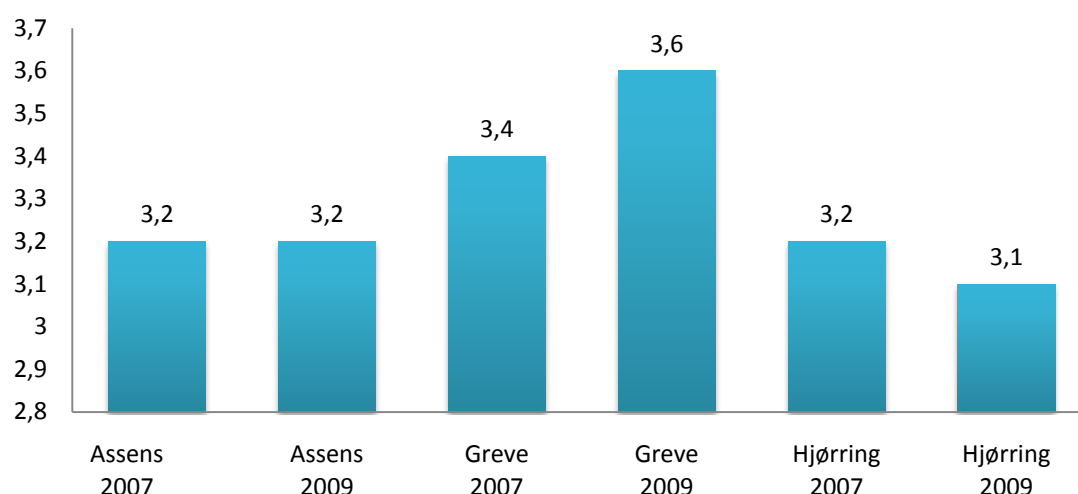
Som et sidste emne om alkohol analyserer vi i det følgende, hvor vigtigt det er for 60-75-årige at nedsætte deres alkoholforbrug. Også i dette tilfælde er svarpersonerne blevet bedt om på en skala fra 1-10 at angive, hvor vigtigt det er. De gennemsnitlige værdier for de tre kommuner i 2007 og 2009 er vist i tabel 6.9.

Tabel 6.9 Beskrivende statistik for skala for vigtigheden af at nedsætte sit alkoholforbrug

	Assens		Greve		Hjørring	
	2007	2009	2007	2009	2007	2009
Gennemsnit	2,3	2,2	2,4	2,6	2,1	2,0
Median	1	1	1	1	1	1
Minimum	1	1	1	1	1	1
Maksimum	10	10	10	10	10	10
N	501	532	495	544	456	507

En meget stor del af de 60-75-årige finder det slet ikke vigtigt at nedsætte deres alkoholforbrug. Faktisk har op mod 3/4 angivet værdien 1, som står for, at det slet ikke er vigtigt. Derfor er den gennemsnitlige skalaværdi da også lav i alle tre kommuner. Alene den gennemsnitlige skalaværdi i Greve Kommune i 2009 skiller sig ud ved at være højere end i de andre kommuner. Vi har analyseret, om dette også holder i en regressionsanalyse. Resultatet kan ses i bilagstabel 6.17 og figur 6.15.

Figur 6.15 Skalaværdi for vigtigheden af at nedsætte sit alkoholforbrug for en borger i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009



Anm.: Beregnet for en kvinde, der er 65 år, ikke bor alene, aldrig er uønsket alene, tilhører socialklasse 2, og som ikke har nedsat førlighed.

Regressionsanalysen viser ligeledes, at 60-75-årige i Greve Kommune i 2009 scorer højest på skalaen for vigtigheden af at nedsætte sit alkoholforbrug, og der er tale om en lille stigning sammenlignet med 2007. Dette hænger jo godt sammen med, at alkoholforbruget synes at være størst blandt 60-75-årige i Greve Kommune i 2007. I de to øvrige kommuner er der ingen ændring fra 2007 til 2009 i bedømmelsen af, hvor vigtigt det er at nedsætte sit alkoholforbrug. Vi finder ingen sammenhæng med deltagelse i et sundhedsfremmende tilbud.

6.7 Opsamling

Hovedformålet med analyserne har som for de 12-16-årige været at afdække, i hvilken udstrækning der har været en ændring i de 60-75-åriges livsstil og sundhedsfremmende adfærd fra 2007 til 2009 i de tre kommuner, og i hvilken udstrækning der har været en forskellig udvikling. Analyserne har dels omfattet nogle mål for faktisk livsstil og sundhedsfremmende adfærd, dels nogle mål for borgernes tro på egen indsats for at bevare et godt helbred og holdning til at ændre livsstil på nogle felter. I denne opsamling koncentrerer vi os om forskelle og ligheder mellem kommunerne.

Der har i Hjørring Kommune været en stigning i borgernes *deltagelse i sundhedsfremmende tilbud*, når deltagelse i motionsarrangementer ikke regnes med, og i 2009 har en større andel i Hjørring Kommune end i de to andre kommuner deltaget i et sundhedsfremmende tilbud. Når der bortses fra deltagelse i motionsarrangementer, er det hyppigste at have deltaget i et kursus, undervisning eller foredrag om sund levevis. I Hjørring Kommune er det hyppigste at have besøgt en Sund By-butik. I Greve Kommune har en større andel end i de to andre kommuner deltaget i et motionsarrangement inden for de seneste seks måneder, men der er ingen ændring fra 2007 til 2009. Det er derimod i Assens Kommune, hvor en større andel har deltaget i et motionsarrangement i 2009 end i 2007.

Når det gælder *tro på egen indsats* for at bevare et godt helbred, er der en stigning i Assens Kommune fra 2007 til 2009 i hyppigheden af at vurdere, at egen indsats er *særdeles* vigtig. Det betyder, at niveauet i 2009 er på linje med niveauet i de to andre kommuner, hvor der ikke er nogen ændring fra 2007 til 2009. Der ses ingen forskel mellem kommunerne eller mellem 2007 og 2009 i andelen, der angiver, at de faktisk gør noget, men andelen er også meget høj (omkring 95%). Der har imidlertid især i Greve Kommune været en stigning i andelen, der angiver, at de spiser sund kost. Andelen, der angiver, at de ikke ryger, og andelen der dyrker motion eller er fysisk aktiv er steget i alle tre kommuner fra 2007 til 2009. Andelen, der angiver, at de ikke drikker alkohol, er steget i Assens Kommune, mens andelen, der sørger for at begrænse alkoholforbruget, er steget i alle tre kommuner fra 2007 til 2009.

Når det gælder *andelen af overvægtige* blandt 60-75-årige, så er der ingen ændring fra 2007 til 2009 i nogen af de tre kommuner. Andelen er altså uændret. Der er heller ikke nogen udvikling fra 2007 til 2009 i nogen af de tre kommuner med hensyn til, hvor vigtigt det er for 60-75-årige at ændre deres vægt fx ved at tabe sig.

Der er ingen ændring fra 2007 til 2009 i de tre kommuner med hensyn til, hvor ofte 60-75-årige spiser kartofler samt groft, fiberrigt brød og gryn. Det samme er tilfældet med hensyn til, hvor mange der spiser fisk mindst to gange om ugen. Derimod spiser 60-75-årige

hyppigere grøntsager, salat eller råkost og frugt i 2009 end i 2007 i Greve og Hjørring Kommuner. Ændringen er mest markant i Hjørring Kommune.

60-75-årige i Assens Kommune lever hyppigst op til anbefalingerne om omfanget af *fysisk aktivitet*, men der er ingen ændring fra 2007 til 2009. I Greve Kommune kan konstateres et fald med hensyn til, hvor stor en andel af borgerne der lever op til anbefalingen om fysisk aktivitet.

Andelen af ikke-rygere er steget i Assens Kommune og i Greve Kommune, mens der ikke kan konstateres en ændring i Hjørring Kommune. Rygerne i Greve Kommune finder det vigtigst at holde op med at ryge, og der er her en stigning fra 2007 til 2009 med hensyn til, hvor vigtigt 60-75-årige vurderer det er at holde op med at ryge. Særligt i Greve Kommune og Hjørring Kommune har der været en stigning i andelen, der ikke ryger indendørs i hjemmet, mens der i alle tre kommuner har været en stigning i andelen, hvor der ikke ryges i hjemmet, når der børn til stede.

I Greve Kommune er der den største andel, som drikker mere end de anbefalede 14/21 genstande om ugen, og der er faktisk i Greve Kommune en stigning fra 2007 til 2009 i tilbøjeligheden til at drikke over genstandsgrænsen. Der har ligeledes i Greve Kommune været en stigning i tilbøjeligheden til at drikke mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed. I de to andre kommuner ses ingen ændring i tilbøjeligheden til at drikke mere end genstandsgrænsen eller til at drikke mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed. De 60-75-årige finder det generelt ikke vigtigt at nedsætte deres alkoholforbrug, men der er i Greve Kommune en lille stigning fra 2007 til 2009 med hensyn til, hvor vigtigt 60-75-årige vurderer det er at nedsætte deres alkoholforbrug.

Der er en gennemgående tendens til, at borgere, der har deltaget i en form for rådgivning eller undervisning om sund levevis, generelt eller om fx sund mad eller rygning har en sundere levevis end dem, der ikke har deltaget. Vi kan imidlertid ikke sige, om de i forvejen levede sundt, eller om det er en effekt af rådgivningen/undervisningen.

7 Opsamling og diskussion

Det overordnede formål med denne undersøgelse har været *at undersøge* effekter på borger-
nes livsstil af forskellige måder at tilrettelægge og organisere en sundhedsfremmende indsats
i en kommune på. Der indgår tre kommuner i undersøgelsen – Assens, Greve og Hjørring –
og der har været fokus på de 12-16-årige og 60-75-årige i de tre kommuner i 2007 og 2009.

Analysen består af tre trin:

- 1 Hvilke ændringer kan vi konstatere i de 12-16-åriges og 60-75-åriges sundheds-
adfærd og holdninger til sund(ere) levevis i de tre kommuner?
- 2 Hvordan har de tre kommuner organiseret sig, og hvilke sundhedsfremmende
indsatser havde kommunerne iværksat i 2007 og 2008?
- 3 Kan de konstaterede ændringer knyttes til kommunernes sundhedsfremmende
indsats i den pågældende periode?

Undersøgelsen har bestået i at sammenligne borgere i samme aldersgruppe på to forskellige
tidspunkter, hvor vi går ud fra, at borgerne i 2009 har haft nogle sundhedsfremmende tilbud,
som borgerne i 2007 ikke har haft, fordi kommunerne først fik ansvaret for den borgerrettede
forebyggelse i 2007.

Man kan sige, at vi har benchmarket udviklingen fra 2007-2009 i de 12-16-åriges og 60-
75-åriges sundhedsadfærd, og ved at sammenligne organisering og sundhedsfremmende ind-
sats i de tre kommuner har vi søgt at afdække, om organisering og indsats har haft betydning
for eventuelle forskelle i udviklingen i sundhedsadfærd.

Det er værd at nævne, at vores undersøgelse næppe har afdækket alle former for sund-
hedsfremmende indsats i de tre kommuner. Vi har fået informationer om indsatser og tilbud,
som kommunernes sundhedsafdeling/stab har stået for eller kender til. Der kan imidlertid
have været en indsats på fx skoler, som vi ikke har fået information om.

I afsnit 7.1 resumeres hovedresultaterne af undersøgelsen, og der udføres i afsnit 7.2 og
7.3 en fortolkning og diskussion af de fundne resultater set i forhold til kommunernes sund-
hedsfremmende indsats.

7.1 Ændringer i sundhedsadfærd

Vi samler i dette afsnit op på, hvilke ændringer vi har konstateret i de undersøgte populatio-
ner i hver af kommunerne, og som adskiller sig fra de andre kommuner. Endvidere opsum-
merer vi, hvilke tendenser der er fælles. Nedenfor er vist en oversigt over tendenser i de tre
kommuner med hensyn til de indikatorer, der blev opstillet i kapitel 3.

Oversigt 7.1 Forskelle mellem de tre kommuner med hensyn til indikatorer på 12-16-åriges sundhedsprofil og sundhedsadfærd

Indikator	Beskrivelse
Holdning og motivation	
Tro på egen indsats for at holde sig sund og rask	Ingen forskel mellem kommunerne eller mellem 2007 og 2009
Holdning til at ville bevæge sig mere	I Greve og Hjørring Kommuner er der en stigning fra 2007-2009 i hyppigheden af, at 12-16-årige angiver, at de gerne vil bevæge sig mere. I 2007 var niveauet lavt i Hjørring Kommune sammenlignet med de to andre kommuner, mens niveauet var højt i Greve Kommune i 2009 sammenlignet med de to andre kommuner.
Tilfredshed med vægt	Ingen forskel mellem kommunerne eller mellem 2007 og 2009.
Sundhedsadfærd	
<i>Fysisk aktivitet</i>	
Fysisk aktiv	Ingen forskel mellem kommunerne eller mellem 2007 og 2009.
Fysisk aktiv i klub eller forening	12-16-årige i Greve Kommune dyrker hyppigere sport eller motion i en forening eller klub mindst en gang om ugen. Ingen ændring fra 2007-2009.
Stillesiddende aktiviteter	Ingen forskel mellem kommunerne eller mellem 2007 og 2009.
<i>Kost og vægt</i>	
Overvægt	Ingen forskel mellem kommunerne eller mellem 2007 og 2009.
Fiberholdig kost	12-16-årige i Assens og Hjørring Kommuner spiser hyppigere kartofler og rugbrød/grovbrød end 12-16-årige i Greve Kommune. Der er ingen ændring fra 2007 til 2009.
Grøntsager og frugt	Ingen forskel mellem kommunerne eller mellem 2007 og 2009.
Mælk	I Assens Kommune er der fra 2007 til 2009 et lille fald med hensyn til, hvor hyppigt 12-16-årige drikker mælk.
Junkfood	12-16-årige i Greve Kommune i både 2007 og 2009 samt i Assens Kommune i 2007 spiser mindst hyppigt pommes frites/chips, slik/chokolade, fastfood eller cola/saftvand.
<i>Rygning</i>	
Ryger	Hyppigheden af <i>ikke-rygere</i> er størst i Greve Kommune, og i ingen af kommunerne er der en ændring i hyppigheden fra 2007 til 2009.
<i>Alkohol</i>	
Drukket alkohol	Der har særligt i Hjørring Kommune været en stigning i 12-16-åriges tilbøjelighed til at have drukket alkohol inden for en måned. Tendensen er den tilsvarende i Assens og Greve Kommuner, men ikke så markant.
Været fuld	Blandt de 12-16-årige, der har prøvet at drikke alkohol, er hyppigheden af <i>ikke</i> at have været fuld størst i Greve Kommune, og der har i denne kommune været en stigning fra 2007 til 2009 i hyppigheden af ikke at have været fuld.
Velbefindende	
Hvordan har du det?	Den laveste score i Hjørring Kommune i 2009, og at der har været et fald i scoren i Hjørring Kommune fra 2007-2009.

Indikator	Beskrivelse
Glad for at gå i skole	Hyppigheden af at være glad for at gå i skole er større i 2009 end i 2007 i alle tre kommuner. Ændringen er mest markant i Assens Kommune, og hyppigheden af at være glad for at gå i skole er højst i Assens Kommune i 2009.
Vurdering af liv for tiden	Ingen forskel mellem kommunerne eller mellem 2007 og 2009.

Oversigt 7.2 Forskelle mellem de tre kommuner med hensyn til indikatorer på 60-75-åriges sundhedsprofil og sundhedsadfærd

Indikator	Beskrivelse
Holdning og motivation	
Tro på egen indsats for at bevare et godt helbred	Der er en stigning i Assens Kommune fra 2007 til 2009 i hyppigheden af at vurdere, at egen indsats er <i>særdeles</i> vigtig. Det betyder, at niveauet i 2009 er på linje med niveauet i de to andre kommuner, hvor der ikke er nogen ændring fra 2007-2009.
Vigtighed af at ændre sin vægt	60-75-årige i Greve Kommune scorer højere i begge år end i de to øvrige kommuner.
Vigtigheden af at være fysisk aktiv	Ingen forskel mellem kommunerne eller mellem 2007 og 2009.
Vigtigheden af at holde op med at ryge	Rygerne i Greve Kommune finder det vigtigst at holde op med at ryge, og der er her en stigning fra 2007 til 2009 med hensyn til, hvor vigtigt 60-75-årige vurderer, det er, at holde op med at ryge.
Vigtighed af at nedsætte alkoholforbrug	De 60-75-årige finder det generelt ikke vigtigt at nedsætte deres alkoholforbrug, men der er i Greve Kommune en lille stigning fra 2007 til 2009 med hensyn til, hvor vigtigt 60-75-årige vurderer, det er, at nedsætte deres alkoholforbrug.
Sundhedsadfærd	
Indsats for at bevare et godt helbred	Ingen forskel mellem kommunerne eller mellem 2007 og 2009.
Kost og vægt	
Overvægt	Hyppigheden af overvægt er lav i Greve Kommune i 2007, men ikke i 2009 sammenlignet med de to andre kommuner.
Fiberholdig kost	60-75-årige i Greve Kommune spiser mindre hyppigt end i de to andre kommuner kartofler samt groft, fiberrigt brød og gryn.
Frugt og grøntsager	60-75-årige spiser grøntsager, salat og frugt hyppigere i 2009 end i 2007 i Greve og Hjørring Kommuner.
Fisk	Ingen forskel mellem kommunerne eller mellem 2007 og 2009.
Fysisk aktivitet	
Fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen	60-75-årige i Assens Kommune lever hyppigst op til anbefalingerne om omfanget af <i>fysisk aktivitet</i> , men der er ingen ændring fra 2007 til 2009. I Greve Kommune kan konstateres et fald med hensyn til, hvor stor en andel af borgerne der lever op til anbefalingen om fysisk aktivitet.
Rygning	
Ryger	Andelen af ikke-rygere er steget i Assens og Greve Kommuner, mens der ikke kan konstateres en ændring i Hjørring Kommune.

Indikator	Beskrivelse
<i>Alkohol</i>	
Genstandsgrænse I (14/21 genstande om ugen)	I Greve Kommune er der den største andel, som drikker mere end de anbefalede 14/21 genstande om ugen, og der er faktisk i Greve Kommune en stigning fra 2007 til 2009.
Genstandsgrænse II (mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed)	I Greve Kommune har der fra 2007 til 2009 været en stigning i tilbøjeligheden til at drikke mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed. Den samme tendens ses ikke i de to andre kommuner.

Assens Kommune

Der ses i Assens Kommune ingen fremgang i sunde kostvaner blandt 12-16-årige. Der er faktisk et lille fald fra 2007 til 2009 i hyppigheden af, hvor ofte de drikker mælk, mens der er en stigning i hyppigheden af at spise pommes frites/chips, slik, chokolade, fastfood eller cola/saftevand. Andelen af 12-16-årige, der inden for en måned har drukket alkohol, er endvidere både i 2007 og 2009 størst i Assens Kommune.

I Assens Kommune kan vi konstatere en markant stigning i andelen af 12-16-årige, der angiver, at de er glade for at gå i skole.

Blandt 60-75-årige har der i Assens Kommune været en stigning fra 2007 til 2009 i hyppigheden af at tro, at egen indsats er *særdeles* vigtig for at bevare et godt helbred. Hyppigheden var til gengæld i 2007 lavere end i de to øvrige kommuner. Denne stigning kan ikke betragtes som exceptionel, idet der i SUSY-undersøgelserne kan konstateres en stigning for hele landet fra 2000 til 2005 (<http://susy2.si-folkesundhed.dk/susy.aspx>). Der er i Assens Kommune en stigning i andelen, der angiver, at de for at bevare et godt helbred ikke drikker alkohol.

I Assens Kommune lever 60-75-årige hyppigst op til anbefalingerne om omfanget af fysisk aktivitet, men der er ingen forskel fra 2007 til 2009.

Der er i kommunen en stigning i andelen af ikke-rygere blandt de 60-75-årige.

Greve Kommune

12-16-årige i Greve Kommune dyrker hyppigere sport eller motion i klub eller forening mindst en gang ugen end 12-16-årige i de to andre kommuner, men der er ingen ændring fra 2007 til 2009. Der er i kommunen en stigning i andelen af 12-16-årige, der gerne vil bevæge sig noget mere.

12-16-årige i Greve Kommune spiser mindre hyppigt kartofler og rugbrød/grovbrød end 12-16-årige i de to andre kommuner, hvilket skyldes en forskel i, hvor hyppigt der spises kartofler. 12-16-årige i Greve Kommuner spiser mindst hyppigt pommes frites/chips, slik og chokolade, fastfood eller cola/saftevand.

Hyppigheden af ikke-rygere blandt de 12-16-årige er større i Greve Kommune end i de to andre kommuner.

Blandt dem, der har prøvet at drikke alkohol, er hyppigheden af *ikke* at have været fuld størst i Greve Kommune, og der har fra 2007 til 2009 været en stigning i andelen, som ikke har været fuld.

Der har især i Greve Kommune været en stigning i andelen af 60-75-årige, der angiver, at de spiser sund kost for at bevare et godt helbred, og der er en stigning i hyppigheden af at spise grøntsager, salat eller råkost og frugt.

I Greve Kommune er der fra 2007 til 2009 et fald i andelen af 60-75-årige, der lever op til anbefalingerne om omfang af fysisk aktivitet, og særligt i 2009 er andelen, der lever op til anbefalingerne om omfanget af fysik aktivitet lavere end i de to andre kommuner.

Der har fra 2007 til 2009 været en stigning i andelen af ikke-rygere blandt 60-75-årige, og rygere i Greve Kommune finder det vigtigst at holde op med at ryge. Der har endvidere været en stigning fra 2007 til 2009 med hensyn til, hvor vigtigt det er for de 60-75-årige rygere at holde op. Der har også været en stigning i andelen, der ikke ryger indendørs i hjemmet.

Der er i kommunen den største andel 60-75-årige, som drikker mere end de anbefalede 14/21 genstande om ugen, og der har fra 2007 til 2009 været en stigning i andelen, der drikker over genstandsgrænsen, og som har drukket mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed. Der er en lille stigning fra 2007 til 2009 med hensyn til, hvor vigtigt det vurderes at nedsætte alkoholforbruget.

Hjørring Kommune

Der har i Hjørring Kommune været en stigning i andelen af 12-16-årige, der gerne vil bevæge sig noget mere.

12-16-årige i Hjørring Kommune spiser hyppigst pommes frites/chips, slik, chokolade, fast-food eller cola/saftevand i 2007, mens 12-16-årige i Assens Kommune er på niveau med Hjørring i 2009.

Der er i Hjørring Kommune den mest markante stigning fra 2007 til 2009 i andelen af 12-16-årige, der inden for en måned har drukket alkohol.

I Hjørring Kommune har der fra 2007 til 2009 været et fald blandt de 12-16-årige i scoren for, hvordan de synes, at de har det.

Der er fra 2007 til 2009 blandt 60-75-årige en særlig markant stigning i hyppigheden af at spise grøntsager, salat eller råkost og frugt, og der har været en stigning i andelen af rygere, der ikke ryger indendørs i hjemmet.

Fælles udviklingstræk

Der er ingen forskel mellem kommunerne og ingen ændring fra 2007 til 2009 i andelen af 12-16-årige, der kan betegnes som fysisk aktive, eller i hvor meget tid der bruges på stillesiddende aktiviteter. I skolebørnsundersøgelserne har der i 2002 og 2006 kunnet konstateres et fald i andelen af børn og unge, der er fysisk inaktive (Rasmussen & Due 2007), og denne tendens har altså ikke kunnet spores i de tre kommuner.

Der er ingen forskel i andelen af overvægtige 12-16-årige i de tre kommuner, og der er ingen ændring fra 2007 til 2009.

Der er ingen ændring fra 2007 til 2009 med hensyn til, hvor ofte de 12-16-årige spiser kartofler og rugbrød/grovbrød samt grøntsager, salat eller råkost og frugt. I skolebørnsundersøgelsen finder man, at børn og unges indtag af frugt og grønt er steget fra 2002 til 2006 (Rasmussen &

Due 2007). Den generelle tendens kan altså heller ikke i dette tilfælde genfindes i de tre kommuner.

Der er ingen ændring i andelen af ikke-rygere fra 2007 til 2009 blandt de 12-16-årige i de tre kommuner. Sundhedsstyrelsen (2005) finder et fald i lejlighedsvis rygere og dagligrygere fra 1999-2003 blandt de 12-14-årige, mens tendensen ikke er så klar blandt 15-årige.

I alle tre kommuner har der fra 2007 til 2009 været en stigning i andelen af 12-16-årige, der har drukket alkohol inden for en måned. Andre undersøgelser har fundet en modsat tendens til et fald i børn og unges alkoholforbrug og fuldskab (Rasmussen & Due 2007, Sundhedsstyrelsen 2005).

I alle tre kommuner er der fra 2007 til 2009 sket en stigning i andelen af 12-16-årige, som er glade for at gå i skole. Vi finder ingen forskel mellem kommunerne eller mellem 2007 og 2009 med hensyn til andelen, der tror, at egen indsats er meget vigtig for at holde sig sund og rask.

Der er blandt de 60-75-årige ingen forskel mellem kommunerne eller mellem 2007 og 2009 med hensyn til, hvor hyppigt de 60-75-årige angiver, at de faktisk gør noget for at bevare et godt helbred. Andelen, der angiver, at de ikke ryger, andelen, der angiver, at de dyrker motion eller er fysisk aktiv, og andelen, der angiver, at de sørger for at begrænse deres alkoholforbrug for at bevare et godt helbred, er imidlertid steget fra 2007 til 2009 i alle tre kommuner.

Der er ingen ændring fra 2007 til 2009 i andelen af overvægtige blandt 60-75-årige i nogen af de tre kommuner, og der er heller ingen ændring i, hvor vigtigt det er for 60-75-årige at tabe sig. Der er ingen ændring fra 2007 til 2009 i hyppigheden af, hvor ofte 60-75-årige spiser kartofler samt groft, fiberrigt brød og gryn eller i hyppigheden af at spise fisk mindst to gange om ugen. I to af kommunerne har der været en stigning i, hvor hyppigt de 60-75-årige spiser frugt og grønt, hvilket svarer til tendensen på landsplan (<http://susy2.si-folkesundhed.dk/susy.aspx>). Det er tilsyneladende vanskeligere at ændre vaner med hensyn til fiberrig kost og fisk.

Der har ikke været en stigning i den fysiske aktivitet i nogen af kommunerne. I SUSY-undersøgelserne konstateres en svag stigning i andelen af ældre med hård/mellemhård fysisk aktivitet i fritiden (<http://susy2.si-folkesundhed.dk/susy.aspx>).

I alle tre kommuner er andelen af ikke-rygere steget, hvilket svarer til tendensen i SUSY-undersøgelserne, at andelen af daglige rygere blandt 65+-årige er faldende (<http://susy2.si-folkesundhed.dk/susy.aspx>). Rygning indendørs er blevet mindre, men der har været en stigning i andelen, der drikker alkohol i et omfang større end det anbefalede. Det sidste svarer til tendensen i SUSY-undersøgelserne.

7.2 Er der sammenhæng mellem sundhedsadfærd og kommunernes tilbud?

Der er både forskelle og ligheder i de tre kommuners sundhedsfremmende indsats. Alle tre kommuner har i deres indsats valgt at fokusere på KRAM-faktorerne (kost, rygning, alkohol og motion). I Assens og Greve Kommuner retter en stor del af indsatsen sig mod fysisk aktivitet, mens Hjørring Kommunes indsats har haft en bredere indfaldsvinkel. En indsats specifikt rettet mod alkoholforebyggelse har haft et begrænset omfang i de tre kommuner. En stor del

af kommunernes indsatser retter sig mod at bibringe målgrupperne viden om det gavnlige i en bestemt adfærd i forhold til en eller flere af KRAM-faktorerne. Desuden søges det gennem rådgivningsvirksomhed at påvirke målgruppernes motivation til en sundhedsfremmende adfærd. Nogle typer af indsats giver øgede handlemuligheder for borgerne, fx rygestopkurser og nye motionstilbud. Derimod synes en indsats, der retter sig mod rammerne for sundhedsadfærden, at have et begrænset omfang. Et eksempel er Assens Kommune, hvor man i 2008 har igangsat etablering af et sammenhængende stisystem. En stor del af indsatsen er således rettet mod mindre og afgrænsede målgrupper, mens der er få eksempler på tilbud, der når bredt ud. Den sundhedsfremmende indsats i de tre kommuner skiller sig næppe væsentligt ud fra en indsats, man kan finde i mange andre kommuner (fx Hansen & Jørgensen 2009).

Overordnet er det vanskeligt at konkludere, at kommunernes sundhedsfremmende tilbud kan aflæses i de 12-16-åriges og 60-75-åriges sundhedsadfærd.

En stor del af de 12-16-årige angiver selv, at de har deltaget i en form for undervisning om sund levevis, sund mad, alkohol, motion eller rygning, hvor de kan have opnået viden om konsekvenserne af henholdsvis sund og usund levevis. Selv om en større andel i 2009 end i 2007 har deltaget i et sådan tilbud, har det tilsyneladende ikke været tilstrækkeligt til at ændre markant på deres vaner. Viden og sundhedsoplysning synes heller ikke i sig selv at være nok til at forhindre en usund livsstil blandt unge, hvorimod en mere helhedsorienteret undervisning, hvor færdigheder i sociale kompetencer og muligheder indgår som en del af forebyggelsesprogrammet, har større indflydelse på de unges livsstil (Forebyggelseskommissionen 2009). Det er således vigtigt, at viden om sunde vaner er kombineret med den rette motivation til at ændre vaner, og at de 12-16-åriges forældre også er inddraget. Når det drejer sig om fx kost, er 12-16-årige ikke helt selv herre over vanerne, idet det jo i høj grad er et spørgsmål om, hvad forældrene serverer for dem.

12-16-årige i Greve Kommune adskiller sig på flere punkter fra 12-16-årige i de to øvrige kommuner, og det er naturligvis interessant, om det kan have noget med kommunes indsats at gøre. De dyrker hyppigere sport eller motion i klub eller forening, de spiser mindre hyppigt kartofler, de spiser mindre hyppigt pommes frites/chips, slik og chokolade, fastfood eller cola/saftevand, og der er færre rygere. Der er ikke færre, som har prøvet at drikke alkohol, men dem, der har, har mindre hyppigt været fulde.

Greve Kommune har i perioden 2007 - 2009 videreført en række sundhedsfremmende tilbud fra tidligere år, men har også etableret nye tilbud. Der er ikke så mange af tilbuddene, der har været særlig rettet mod de 12-16-årige, men et par eksempler er *Sundhedseksperimentariet* og *Greve-forsøget*, som er rettet mod udvalgte klassetrin, og som dermed når bredt ud.

Vi har ikke kortlagt det, men det kan tænkes, at mulighederne og tradition for at dyrke sport og motion i forening eller klub i Greve Kommune er større end i de to øvrige kommuner. I hvert fald vil en større andel af de 12-16-årige have kort afstand til sådanne tilbud og dermed nemmere ved at deltage i klub- eller foreningsidræt. Her kommer nærhed altså ind i billedet, mens de nævnte traditioner for foreningssport kan være en form for ydre motivation for de unge til at dyrke sport. Deltagelse i sådanne aktiviteter erstatter muligvis deltagelse i andre fysiske aktiviteter, for vi kan ikke se, at de 12-16-årige i Greve Kommune samlet set er

fysisk mere aktive end i de andre kommuner. Kostvanerne i befolkningen i hovedstadsområdet er formodentlig lidt anderledes end på Fyn og i Nordjylland, så kartofler ikke indgår så ofte i kosten, og det er næppe undervisning i sund mad i Assens og Hjørring Kommuner, der er forklaringen. Det kan ikke udelukkes, at 12-16-åriges vaner med hensyn til junkfood, rygning og alkoholforbrug delvis er et resultat af undervisning mv. i skolerne i Greve Kommune, men tidligere forskning tyder ikke på, at der er en sådan sammenhæng. Der kan til gengæld være en sammenhæng mellem at dyrke meget motion i klub eller forening og generelt at have en sundere livsstil.

Det kan næppe anses for overraskende, at kommunernes sundhedsfremmende indsats over for de 12-16-årige ikke har givet sig udslag i større ændringer i aldersgruppens adfærd. Bortset fra Sundhedseksperimentarierne har tilbuddene været rettet mod mindre og afgrænsede målgrupper, hvor indsatsen godt kan have haft en effekt, men den kan ikke registreres i hele aldersgruppen.

Det er interessant at konstatere, at analyserne viser en sammenhæng mellem deltagelse i undervisning om sund mad og sunde kostvaner og mellem deltagelse i fælles madlavning og sunde kostvaner. Selv om der er sammenhæng, angiver dette imidlertid ikke årsagsvirkningsforholdet. Det kan tænkes, at 12-16-årige, der lever i familier, som går op i sunde kostvaner, oftere opsøger sådanne tilbud, men det kan naturligvis også tænkes, at deltagelse i tilbuddene smitter af på kostvanerne.

Et mindretal blandt de 60-75-årige angiver selv, at de har deltaget i et sundhedsfremmende tilbud, og det er således også et mindretal, hvis holdninger, motivation og adfærd har mulighed for at blive påvirket af et sådan tilbud. Der har i de tre kommuner været få tilbud, som retter sig bredt mod aldersgruppen (og andre aldersgrupper). Det drejer sig fx om Sund By-butikkerne i Hjørring Kommune, *Sundhedscafeen* i Greve Kommune samt motionstilbudet i Assens Kommune. Andre tilbud retter sig mod mindre og afgrænsede målgrupper blandt ældre.

I Assens Kommune er der en stigning i andelen, som tror, at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare et godt helbred. Dette kan ikke umiddelbart henføres til et tilbud i kommunen. Der har fx ikke været nogen generelle rådgivningstilbud om sund levevis. Der er i Assens Kommune den største andel, som lever op til anbefalingerne om fysisk aktivitet, og det er selvfølgelig nærliggende at knytte dette til motionstilbuddet i kommunen og til, at en stigende andel har angivet at have deltaget i et motionsarrangement. Vi kan ikke med sikkerhed konkludere, at der er en sammenhæng mellem dette tilbud, og at der i Assens Kommune er en største andel 60-75-årige, som lever op til anbefalingerne om fysisk aktivitet. Indsatsen har imidlertid betydet udvidede muligheder for borgerne til at deltage i fysisk aktivitet. Der har fx været etableret mindre hold til spinning og line dance, samt selvorganiserede tilbud om "gå-motion" og cykelture. Vi har ikke noget billede af, hvor mange borgere der har benyttet sig af tilbuddene. Der har imidlertid i Assens Kommune været en stigning fra 2007 til 2009 i andelen, der angiver at have deltaget i et motionsarrangement.

Der kan trækkes paralleller til en indsats i Næstved Kommune i slutningen af 1990'erne (Hansen & Clemmensen 1991). Her var i nogle udvalgte områder etableret en række aktivitetstilbud til ældre, og det kunne påvises, at deltagelse i en ugentlig aktivitet blandt ældre i

disse områder var hyppigere end i områder, hvor der ikke var etableret særlige aktivitetstilbud.

I Greve og Hjørring Kommuner har der blandt de 60-75-årige været en stigning i hyppigheden af at spise frugt og grønt, og det er selvfølgelig et spørgsmål, om dette kan knyttes til rådgivningsindsatsen i fx Sund By-butikkerne og *Sundhedscafeen*. I Greve Kommune har der været et tilbud om et kursus i sund levevis, men dette har kun berørt ganske få og har ikke været gennemført i 2007 og 2008. Tendensen i de to kommuner falder sammen med en generel tendens, og der er formodentlig tale om at bl.a. landsdækkende kampagner har bidraget til et øget indtag af frugt og grønt i de to kommuner.

I Sund By-butikkerne i Hjørring Kommune har der været målt fx blodtryk og blodsukker. Det kan have fået borgere med forhøjet blodtryk eller blodsukker til at søge læge, og konsekvenserne heraf har vi ikke kunnet opfange i denne undersøgelse.

Der har i Greve Kommune været et motionstilbud til pensionister, men dette tilbud har henvendt sig til en mindre og afgrænset målgruppe, og en effekt heraf vil vi ikke forvente at kunne spore i hele aldersgruppens fysiske aktivitetsniveau. En større andel af 60-75-årige end i de øvrige to kommuner har angivet, at de har deltaget i et motionsarrangement. Der er dog næppe her tale om kommunale tilbud, og alligevel er den samlede fysiske aktivitet blandt 60-75-årige ikke højere i Greve Kommune end i de to andre kommuner.

Det kan altså ikke konstateres, at det er forskelle i kommunernes sundhedsfremmende indsats, som har givet sig udslag i at 12-16-årige og 60-75-årige har et markant forskelligt omfang af fysisk aktivitet, kost-, ryge- eller alkoholvaner. Der kan også rejses tvivl om, hvorvidt der efter 2007 er etableret nye indsatser, der kan spores i de to aldersgruppers holdninger til at ændre livsstil. Meget af indsatsen i kommunerne har handlet om viden om sund levevis og forsøg på gennem rådgivning at motivere til sund levevis. En stor andel af de 12-16-årige angiver selv, at de har deltaget i en form for undervisning eller rådgivning om sund levevis, mens kun en beskedent andel af de 60-75-årige har deltaget i noget tilsvarende. Der er evidens for, at livsstilsrådgivning i fx almen praksis *kan* påvirke patienternes livsstil, og der er en tendens til, at jo længere og mere intensiv rådgivningen er, og jo flere elementer – som fx skriftligt materiale eller opfølgende konsultationer – den indeholder, jo større er sandsynligheden for en effekt (Thorsen og Dalsted 2005). De fleste interventioner med rådgivning i de tre kommuner har bestået i en enkelt konsultation eller korte forløb. Det udelukker ikke, at der er effekter for nogle af de berørte personer, men har ikke sat sig spor i det samlede billede af borgernes livsstil og sundhedsvaner. Langt de fleste både 12-16-årige og 60-75-årige tror på, at deres egen indsats for at holde sig sund og rask er vigtig. Mange har imidlertid vanskeligt ved at omsætte dette til handlinger, der indebærer fx regelmæssig fysisk aktivitet. Blandt 60-75-årige synes udfordringen for kommunerne især at være andelen af overvægtige, og at en stor andel ikke er så fysisk aktiv. Blandt de 12-16-årige kan man sige, at det er en tilsvarende udfordring, at en relativ stor andel gerne vil bevæge sig mere, men tilsyneladende ikke kan komme i gang med det. Det er stadigvæk en udfordring at reducere antallet af rygere og alkoholforbruget blandt de 12-16-årige.

Det ville sandsynligvis føre til flere fordele for folkesundheden, hvis der fx skabes flere muligheder for aktiviteter for alle og forbedrede fysiske rammer frem for programmer, der

kun sigter mod små grupper (fx Cavill, Kahlmeier & Racioppi 2008). Det er en opgave, som involverer alle dele af den kommunale forvaltning, og det er også en strategi, der på lidt forskellig vis forfølges i alle tre kommuner, og det må retfærdigvis siges, at det er en strategi, der både kræver tid og ressourcer.

7.3 Betydningen af organisationsform

Det har været en antagelse i projektet, at forskellige måder at organisere forebyggelse og sundhedsfremme på kunne have betydning for, hvilke tilbud en kommune får etableret, og dermed hvilke og hvor mange borgere der kan nyde gavn af et sundhedsfremmende tilbud.

De tre kommuner har på sundhedsområdet organiseret sig forskelligt. Assens Kommune har haft en mindre sundhedsstab og har arbejdet på at etablere et tværgående sundhedsnetværk, som skal koordinere og understøtte konkrete sundhedsfremmende projekter. Greve Kommune har etableret en sundhedsforvaltning (Center for Sundhed) med ansvar for at udvikle sundhedsfremmende tilbud, mens Hjørring Kommune har etableret en sundhedsafdeling i en større forvaltning. Afdelingen har ud over en stab bestået i Sund By-butikker og et Center for Sunde Arbejdspladser. Området blev imidlertid reorganiseret i slutningen af 2008, så der under sundhedsstaben findes fire afdelinger: Træningsafsnittet, Borgersundhed (den tidligere sundhedsfremmeafdeling), Forsamlingsbygningen (frivilligområdet, aktivitetstilbud for selvhjulpne ældre) og Hjælpemiddeldepotet. Assens og Greve Kommuner havde i begyndelsen af 2007 formuleret en sundhedspolitik, mens det først skete senere i Hjørring Kommune.

Alle tre kommuner har haft en strategi for at etablere sundhedsfremmende tilbud i sammenhæng med kommunens øvrige tilbud til borgerne og dermed integreret i de øvrige forvaltninger. I alle tre kommuner har udarbejdelse af årlige handleplaner været en del af denne strategi.

I og med at der ikke har kunnet konstateres markante forskelle i de undersøgte befolkningsgruppers adfærd i de tre kommuner, kan vi heller ikke konkludere, at organisationsformen har haft nogen betydning. Det kan der være forskellige årsager til.

Undersøgelsen er foregået i en opstartsfasen, hvor kommunernes organisationsstruktur ikke har været færdigudviklet, og strategien med at udvikle forebyggende indsatser i de enkelte forvaltninger, afdelinger og institutioner har ikke nået at slå igennem. I en enkelt kommune blev den overordnede strategi i form af en sundhedspolitik først vedtaget i løbet af den undersøgte periode. Meget af den indsats, der har været gennemført, har været planlagt eller iværksat tidligere og uafhængig af de udviklede strukturer.

En anden årsag til manglende forskelle kan være, at det ikke er den overordnede organisationsstruktur, der er afgørende for, hvilken indsats der bliver iværksat. I en analyse af kommunernes organisering af forebyggelse og sundhedsfremme (Hansen & Jørgensen 2009) konkluderes bl.a., at der ikke er én bestemt overordnet organisationsmodel, som har et fortrin frem for andre i forhold til at udvikle og implementere en forebyggende og sundhedsfremmende indsats i kommunernes forskellige fagområder. Uanset organisationsform er der nogle barrierer, som skal overvindes. Det gælder fx, at kommunerne er opdelt i sektorer med

afgrænsede opgaver, og at der er fokus på driftsopgaverne og manglende ressourcer på de forskellige fagområder. Det er således en udfordring at skabe engagement og ejerskab i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse. Der peges samtidig på nogle strukturer og vilkår, som kan fremme indførelse af forebyggelse og sundhedsfremme i kommunerne: en synlig placering af sundhedsområdet i organisationen, tværgående fora og arbejdsgrupper med ansvar for at udvikle og indføre indsatser, frie midler til forebyggelse og sundhedsfremme, sundhedsstab med ressourcer af en vis størrelse og ledelsesressourcer på sundhedsområdet.

I Greve Kommune har sundhedsområdet haft den mest synlige placering i organisationen, idet området har været placeret i et center på linje med andre områder. Især i Assens og Hjørring Kommuner har der været arbejdet med tværgående fora og grupper til at udvikle sundhedsfremmende indsatser, mens ansvaret for indførelse i højere grad har været placeret i de enkelte forvaltninger, afdelinger og institutioner. I alle tre kommuner har der været begrænsede frie midler til at indføre nye indsatser. I Assens Kommune har der i slutningen af den undersøgte periode været etableret en pulje til nye indsatser. Greve og Hjørring Kommuner har haft sundhedsstabe med de fleste personaleressourcer. I Assens Kommune har der i en stor del af den undersøgte periode manglet ledelsesmæssige ressourcer på sundhedsområdet. Flere personale- og ledelsesressourcer på sundhedsområdet i Greve og Hjørring Kommuner kan have bidraget til, at der i 2007 og 2008 har været flere sundhedsfremmende projekter med ansvarsplacering i sundhedsafdelingen end i Assens Kommune.

Denne undersøgelse blev igangsat tidligt, efter at kommunerne havde overtaget forebyggelsesopgaven, for at kunne gennemføre en måling af borgernes sundhedsadfærd, før kommunerne fik iværksat en række nye initiativer. Det har imidlertid vist sig, at det har været en tidskrævende proces for kommunerne at udvikle organisatoriske strukturer og forudsætninger for forebyggelse og sundhedsfremme i forvaltninger, afdelinger og institutioner. Bl.a. derfor har denne undersøgelse ikke kunnet påvise forskelle som følge af forskellige organisatoriske strukturer eller forudsætninger.

Litteratur

- Cavill, Nick, Sonja Kahlmeier og Francesca Racioppi (red.) (2008): *Fysisk aktivitet og sundhed i Europa. Evidens og handling*. Sund By Netværket. København.
- Det Nationale Råd for Folkesundhed (2006): *Giv borgerne et KRAM. En pjece om Kost, Rygning, Alkohol og Motion*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.
- Due, Pernille og Bjørn Holstein (red.) (2003): *Skolebørnsundersøgelsen 2002*. Institut for Folkesundhedsvidenskab. Københavns Universitet. København.
- Forebyggelseskommissionen (2009): *Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats*. Forebyggelseskommissionen. København.
- Forslag til sundhedsloven (2005) (Lovforslag L74 fremsat 24.02.2005 af indenrigs- og sundhedsministeren).
- Glanz, K.; B.K. Rimer & F.M. Lewis (red.) (2002): *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Green L.W. & M.W. Kreuter (2005): *Health Program Planning. An Educational and Ecological Approach*. McGraw-Hill Companies, New York.
- Hansen, Eigil Boll og Niels Clemmensen (1991): *Ældres aktiviteter sammen med andre*. AKF Forlaget. København
- Hansen, Eigil Boll og Thea Suldrup Jørgensen (2009): *Organisering af forebyggelse og sundhedsfremme – Erfaringer fra kommunernes første år*. AKF Working paper. AKF. København.
- Hansen, Eigil Boll, Signe Krarup og Thea Suldrup Jørgensen (2008): *På vej mod en kommunal sundhedsfremmende indsats – et casestudie i Assens, Greve og Hjørring Kommuner*. AKF. København.
- <http://susy2.si-folkesundhed.dk/susy.aspx>
- KL (2005): *Kortlægning af kommunernes eksisterende og planlagte sundhedstilbud*. Notat af 6. april 2005.
- Rasmussen, Mette og Pernille Due (red.) (2007): *Skolebørnsundersøgelsen 2006*. Institut for Folkesundhedsvidenskab. Københavns Universitet. København.

Sundhedsstyrelsen (2005): *11-15-åriges livsstil og sundhedsvaner 1997-2003*. Sundhedsstyrelsen. København.

Thorsen, Thorkil og Rikke Dalsted (2005): *Rådgivning i almen praksis om alkohol, kost, motion og rygning*. Sundhedsstyrelsen. København.

English Summary

Eigil Boll Hansen, Anna Jessen and Thea Suldrup Jørgensen

Effects of three local authorities' measures to promote health

A comparison of results in the local authority districts of Assens, Greve and Hjørring

As of 2007, a number of tasks related to preventive health care and health promotion were imposed on Danish local authorities. The overall purpose of the present study was to investigate the effect on people's lifestyles of various ways of arranging and organising health promotion programmes in local authority districts.

The primary focus of the study was on local authorities' measures aimed at two groups: children and adolescents (12–16-year-olds), and seniors (60–75-year-olds).

Particular attention was also given to measures concerned with diet, smoking, alcohol and exercise.

With regard to organisational aspects, the study examined the general organisation of measures to prevent illness and promote good health, financial and human resources, structures and collaborative relations, and also implementation strategy for illness prevention and health promotion measures in various authority services.

The data used in the analyses was taken from identical questionnaires carried out in 2007 and 2009 among a random sample of 12–16-year-olds and a random sample of 60–75-year-olds in the three municipalities of Assens, Greve and Hjørring.

Information about the municipalities' health promotion programmes was also gathered in 2007 and 2008 by means of interviews with key persons. The information relates to matters including organisation, resources, strategy for implementation of measures to prevent illness and promote good health, and specific types of measures.

Conclusions

The study was not able to establish that differences in the health promotion programmes of the local authorities were reflected in markedly different patterns of change in 12–16-year-olds' or in 60–75-year-olds' physical activity or dietary, smoking or alcohol consumption habits. Only a few changes were found in 12–16-year-olds' and 60–75-year-olds' health-related behaviour in the three municipalities, and it was only in a few matters that a municipality differed from the others in the study.

The municipalities' health promotion activities were dominated by two types of measures – efforts to provide knowledge about healthy lifestyles and motivate people to adopt healthy habits by means of advice and education, and (with one exception) interventions involving physical activity for defined target groups of people with special needs.

The majority of the advice-giving interventions in the three districts consisted of one or a small number of consultation sessions. However, the “Healthy City” shops in the municipality of Hjørring and the Health Café in the municipality of Greve, for example, also gave out written ma-

terial. These initiatives have not been sufficient to cause many people to change their lifestyle or health-related habits. In most cases, short dialogues or courses of consultations cannot stand alone.

Interventions for defined groups may have had an effect within the groups concerned, but no impact can be seen in terms of changes in lifestyle or health-related habits of the 12–16 or 60–75-year age group as a whole.

The study confirms that proximity and structural opportunities for a healthy lifestyle are important in relation to people's health-related habits. We found a link between the opportunities for being physically active and the activity level of the population.

It has proved to be a time-consuming process for the local authorities to develop the organisational structures and the preconditions for implementing preventive health care and health promotion within different services, departments and institutions. This is one of the reasons that this study, which covers the period 2007–2009, was unable to demonstrate differences in programmes that were linked to different organisational structures or preconditions.

The study indicates a number of ongoing challenges for local authorities. The particular challenge for the authorities in relation to the 60–75-year-olds seems to be the proportion who are overweight, and that a large proportion are not very physically active. As regards the 12–16-year-olds, it is a challenge that a relatively large proportion would like to get more exercise, but apparently find it hard to get started. It is a continuing challenge to reduce the number of smokers and alcohol consumption among 12–16-year-olds.

The study also indicates that improvements in health-related behaviour cannot be achieved merely by various advice-giving initiatives which reach a circle which may be more or less wide. Measures are also needed that create the conditions and opportunities for habits and lifestyle, that is to say, conditions that limit unhealthy habits and promote healthy ones. This requires organisational structures in the local authority that can promote collaboration between the health care sector, the various authority services and private players, to develop measures that will reach wider groups.

Bilag 1 : Oversigter over kommunernes sundhedsfremmende indsats

Nedenfor vises skematisk en oversigt over struktur og vilkår for de tre kommuners sundhedsfremmende indsats samt indsatsens udformning.

Struktur og vilkår for Assens, Greve og Hjørring Kommuner sundhedsfremmende indsats samt indsatsens udformning

	Assens Kommune	Greve Kommune	Hjørring Kommune
Organisatoriske forudsætninger	Sundhedsfremme og forebyggelse er placeret i en stab i et større forvaltningsområde. Sundhedschefen refererer til forvaltningsdirektøren. Sundhedsstaben står for at formulere og implementere kommunens sundhedspolitik, mens ansvaret for at udføre de konkrete indsatser ligger i de forskellige sektorforvaltninger.	Sundhedsfremme og forebyggelse er et selvstændigt ansvarsområde. Fungerer som kommunens sundhedsafdeling med en tilhørende sundhedschef. Sundhedsafdelingen har det primære ansvar for at formulere sundhedspolitik og igangsætte sundhedsfremmende indsatser samt at forankre sundhedsfremme i kommunens forvaltninger og institutioner.	Sundhedsfremme og forebyggelse er placeret i en sundhedsstab og en myndighedsfunktion under en sundhedschef. Herunder fire afdelinger samt et fysisk sundhedscenter. Ansvar for at formulere sundhedspolitik og handleplaner ligger i sundhedsstaben, mens ansvaret for udmøntning af handleplanen og igangsættelse af indsatser ligger hos de fire afdelinger og kommunens øvrige forvaltninger.
Formulering af strategi og indsatser	Kommunen har formuleret en sundhedspolitik, som indeholder målsætninger og indsatsområder for sundhedsfremme og forebyggelse. Opfølgning med konkrete handleplaner.	Kommunen har formuleret en sundhedspolitik, som indeholder målsætninger og indsatsområder for sundhedsfremme og forebyggelse. Opfølgning med konkrete handleplaner.	Kommunen har formuleret en sundhedspolitik, som indeholder målsætninger og indsatsområder for sundhedsfremme og forebyggelse. Opfølgning med konkrete handleplaner.
Implementering af indsatser – Ressourcer til rådighed	Ressourcer afsat til sundhedsfremme og forebyggelse. En lille sundhedsstab på tre medarbejdere.	Ressourcer afsat til sundhedsfremme og forebyggelse. Har i de seneste år oprustet på det forebyggende felt og har opbygget en personalegruppe, som kan bidrage til at udvikle indsatser.	Ressourcer afsat til sundhedsfremme og forebyggelse. Med en stor personalegruppe og en ledelse med længere tids erfaring er der personaleressourcer med et potentiale til fortsat at udvikle og udforme indsatsen.

	Assens Kommune	Greve Kommune	Hjørring Kommune
Koordination og rollefordeling	Sundhedsafdelingen har en koordinerende funktion ift. at udvikle en strategi for sundhedsfremme. De fleste indsatser er gennemført i projektform med en ansvarlig projektleder/tovholder med en koordinerende funktion.	Sundhedsafdelingen har en koordinerende funktion ift. at udvikle en strategi for sundhedsfremme. De fleste indsatser er gennemført i projektform med en ansvarlig projektleder/tovholder med en koordinerende funktion. Ofte etablering af overordnet styregruppe.	Sundhedsafdelingen har en koordinerende funktion ift. at udvikle en strategi for sundhedsfremme. De fleste indsatser er gennemført i projektform med en ansvarlig projektleder/tovholder med en koordinerende funktion.
Strukturer og initiativer til at udbrede sundhedsfremme	Et sundhedsnetværk med formel ledelse og styregruppe skal udbrede sundhedsfremme i kommunen ved at udvikle konkrete projekter og implementere sundhedspolitikken inden for fagområderne. Handleplaner som ikke er knyttet til de enkelte forvaltninger skal udarbejdes.	Flere tværgående fora. Et netværk mellem konsulenterne under opbygning. Udbredelsen af sundhedsfremme finder primært sted på ledelsesniveau. Gennem handleplaner ønskes sundhedsfremme integreret i de forskellige centre og institutioners aftaler.	Ingen egentlige strukturer for, hvordan sundhedsfremme udbredes i kommunen. Forskellige grupper er kommet med forslag til indsatser. Hver forvaltning og politisk udvalg skal bidrage med en handleplan for, hvad de vil arbejde med på sundhedsområdet. Der er dog en styregruppe for sundhedspolitikken på tværs af forvaltningerne. Fra 2008 indgår sundhedstaben partnerskabsaftaler med afdelinger og institutioner om gennemførelse af sundhedsfremme.
Indsatsens udformning			
Status for kommunernes indsats	Havde i 2007 en færdigformuleret sundhedspolitik, men brugte i løbet af 2008 og 2009 tid og kræfter på at opbygge den organisatoriske del af arbejdet med den sundhedsfremmende indsats.	Videreførelse af indsatser som fandtes i kommunerne eller i amtet før kommunalreformen. Igangsættelse af en række nye indsatser i 2007. Organiseringen og en sundhedspolitik var klar i 2007.	Videreførelse af indsatser som fandtes i kommunerne eller i amtet før kommunalreformen. Organiseringen af personale og indsatser klar i 2007. Udformning af sundhedspolitikken i gang.

	Assens Kommune	Greve Kommune	Hjørring Kommune
Prioriterede indsatser og målgrupper	Fokus på KRAM-faktorerne samt sundhed og trivsel på arbejdspladsen. KRAM-faktorer skal prioriteres efter forskellige målgrupper, bl.a. børn og unge samt ældre.	Fokus på KRAM-faktorerne, sundhed og trivsel på arbejdspladsen, miljøpåvirkninger, ulykker og naturoplevelser. Prioriterer udvalgte grupper af borgere ved de forskellige indsatsområder.	Fokus på KRAM-faktorerne, sundhed og trivsel på arbejdspladsen, overvægt og kort uddannelse ift. social ulighed. Prioritering af borgere med de største behov. Særlige forebyggelsesarenaer er udpeget.
Viden, motivation og handlemuligheder	Fokus på viden og motivation i de enkelte indsatser, især viden om, hvordan sundhedstilstanden kan forbedres. Eksempler på tiltag, som inddrager både éntilén-tilgangen og vejledning til et mindre hold.	Fokus på viden og motivation i de enkelte indsatser, især viden om, hvordan sundhedstilstanden kan forbedres. Flere eksempler på en éntilén-tilgang med individuel rådgivning.	Fokus på viden og motivation i de enkelte indsatser, især viden om, hvordan sundhedstilstanden kan forbedres, bl.a. gennem personlige samtaler.
Nærhed i indsatsen	For indsatser målrettet de unge er indsatserne etableret der, hvor de unge færdes. Eksempler på tilbud, som finder sted tæt på deltagernes bopæl. Eksempler på mindre synlige og tilgængelige indsatser.	For indsatser målrettet de unge er indsatserne etableret der, hvor de unge færdes. For indsatser målrettet kommunens borgere mere generelt er der eksempler på tiltag, som udbydes, hvor borgerne færdes. Eksempler på mindre synlige og tilgængelige indsatser.	Arbejder med at integrere indsatserne i udvalgte forebyggelsesarenaer for at nå borgerne de steder, hvor borgerne færdes. Eksempler på tilbud, som er placeret flere steder for at synliggøre tilbuddet. Eksempler på mindre synlige og tilgængelige indsatser.
Hvilke målgrupper når kommunerne ud til?	Eksempler på indsatser, som når ud til størstedelen af målgruppen, fx <i>Sundhedseksperimentariet</i> , hvor alle klasser på det valgte klassetrin besøges. Eksempler på indsatser målrettet voksne borgere med deltagelse af en stor del af målgruppen.	Eksempler på indsatser, som når ud til størstedelen af målgruppen, fx <i>Sundhedseksperimentariet</i> , hvor alle klasser på de udvalgte klassetrin besøges. Vanskeligt at vurdere udbredelsen af tilbud til borgere generelt.	Eksempler på indsatser, som når ud til størstedelen af målgruppen, fx <i>Kostprojektet</i> , som foregår i de involverede borgers plejebolig. Vanskeligt at vurdere udbredelsen af tilbud til borgere generelt, fx Sund Bybutikkerne.

Bilag 2 : Sundhedsfremmende projekter 2007 Assens, Greve og Hjørring Kommuner

Nedenfor ses en oversigt over de sundhedsfremmende projekter og aktiviteter, som henholdsvis Assens, Greve og Hjørring Kommuner havde i 2007, samt de projekter som var planlagt, men endnu ikke igangsat i 2007.

Oversigt over projekter og indsatser inden for sundhedsfremme i Assens Kommune

Projektitel	Formål	Indhold	Målgruppe
<i>Projekter 2007</i>			
<i>Gå i gang</i> <i>Fortsat i 2008</i>	Formålet er at støtte motionsuvante voksne samt personer med skavanker i at dyrke motion.	Forskellige motionstilbud, som varetages af uddannede instruktører. Nogle hold sluses videre til almindelige tilbud i idrætsforeninger. Desuden fokus på selvorganiseret motion, hvor grupper af deltagerne skiftes til at stå for aktiviteter. Individuel vejledning.	Personer med kræft, gig, diabetes og deres pårørende samt voksne, som ønsker at være mere fysisk aktive. Potentielt ca. 2000 borgere i målgruppen.
<i>Sundhedseksperimentarium</i> <i>Fortsat i 2008</i>	Formålet er at inddrage og give eleverne ansvar for egen sundhed.	Elevgrupper besøger flere poster i klassen om kost, alkohol, rygning og motion. Et elevspørgeskema danner baggrund for klassens sundhedsprofil. Enkeltvis samtale med sundhedsplejerske.	Alle 7.-klasser på kommunens 17 skoler (2-3 klasser pr. skole).
<i>Rygestopkurser</i> <i>Fortsat i 2008</i>		Gratis rygestopkurser til borgerne i samarbejde med apotekerne. Kurserne foregår på hvert af kommunens apoteker. Består af gruppeforløb over fem mødegange og opfølgningsmøde.	Borgere i Assens Kommune.
<i>Helsesportsskole '07</i>	Formålet er at tilbyde overvægtige og inaktive børn i 1.-3. kl. et ferietilbud på lige fod med fodboldskoler, gymnastikskoler osv.	Skolen foregik over fem dage med lege, gymnastik, besøg af sundhedsplejerske, skovtur m.m. 10 opfølgende møder med forældre.	Overvægtige og inaktive børn fra 1.-3. kl. og deres pædagoger fra SFO'erne.

Projekttitle	Formål	Indhold	Målgruppe
<i>Planlagte projekter 2007</i>			
Motionstilbud til motionsuvante voksne <i>Projektstart 2008</i>	Formålet er at indhente erfaringer til at fremtidssikre udbud og organisering af aktivitetstilbud på området. Udvikle og afprøve modeller for fleksible aktivitetstilbud i samarbejde med idrætshaller i kommunen.	Forskellige motionstilbud til forældre. Fokus på billige muligheder for at prøve motion, fleksible tilbud og tilbud med sjovt samvær. Motionsvejledning for at tilpasse aktiviteterne deltagernes fysiske formåen.	Voksne, der i en årrække har været inaktive, men tidligere har dyrket let motion, samt inaktive voksne, som oplever, det er svært at få fysisk aktivitet passet ind i hverdagen. Familier inddrages idet det vurderes at indeholde en "rollemodelfunktion".
Fysisk aktivitet for sygedagpengemodtagere med stressrelaterede belastningsproblematikker	Formålet er at etablere en forebyggelsesindsats med fysisk aktivitet, der kan bidrage til, at sygedagpengemodtagere fastholdes på arbejdsmarkedet samt at forebygge sygemelding.	Støtte deltageren i at tage ansvar for eget liv og egen sundhed. Motionsvejledning, gruppeundervisning samt træningstilbud målrettet målgruppen og selvorganiserede motionsgrupper.	Fysisk inaktive voksne med arbejdsmarkedstilknytning, der er sygemeldt eller i risiko for at blive sygemeldt af årsager, der relaterer til stress, depression m.m. Mindst 600 deltagere forventes.
Naturvejleder <i>Start 2008</i>	Formålet er at gøre det mere tilgængeligt for den enkelte at komme ud og være fysisk aktiv.	De fysiske rammer skal forbedres for at styrke den uorganiserede motion. En naturvejleder skal bl.a. arbejde med udeskoler og hjertestier som en del af projektet "Grønne omgivelser".	
<i>Nye projekter 2008</i>			
Kroppen på toppen <i>I gang i 2008</i>		Alle klassetrin på alle skoler tilbydes forskellige idrætsaktiviteter ved besøg af "Gymnastikkaravanen" og en bevægelses-event, som arrangeres af DGI. Projektet er støttet af forebyggelsespuljens midler, men styres decentralt.	Alle klassetrin.

Oversigt over projekter og indsatser inden for sundhedsfremme i Greve Kommune

Projektitel	Formål	Indhold	Målgruppe
<i>Projekter 2007</i>			
<i>Gang i Greve</i>	Formålet er, at borgere og ansatte i kommunen bliver mere fysisk aktive, samt at udbrede viden om de gavnlige virkninger af fysisk aktivitet.		Særligt børn og unge (13-18-årige), familier og ældre (60+-årige).
<i>Åben Hal – et tilbud om motion for familier</i>	Formålet er at etablere et nyt tilbud til familier, især de der ikke dyrker organiseret idræt, for at familierne får mere fysisk aktivitet ind i hverdagen.	Et projekt under <i>Gang i Greve</i> . Familier kan uden tilmelding møde op i to idrætshaller og deltage i dagens aktivitet arrangeret af Idrætsforeningerne. Projektet foregik over 10 lørdage i 2007.	Familier med børn i aldersgruppen 4-12 år.
<i>Breakdance</i>	Formålet er at give unge mulighed for at afprøve en anderledes form for motion.	En aktivitet under <i>Gang i Greve</i> . Dansetruppen "Free Style Phanatix" arrangerer en danseforestilling, som involverer tilskuerne.	Unge mellem 13-18 år.
Sundhedsfremme for seniorer	Formålet er at igangsætte sundhedsfremmende initiativer for de 65+-årige for derved at styrke seniorer i at leve et aktivt og sundt liv.		65+-årige i Greve Kommune
<i>Sundhedscafé på Greve Bibliotek</i> <i>Fortsat i 2008, men den åbne rådgivning lukket i 2009.</i> <i>Temaarrangementer fortsætter.</i>	Formålet er at tilbyde borgerne anonym, sundhedsfaglig rådgivning og vejledning uden tidsbestilling samt at styrke og udvikle borgernes handlingskompetence ift. at tage sunde valg.	Vejledning og rådgivning af sundhedsprofessionelle på Greve Bibliotek en dag om ugen. Caféarrangementer med sundhedsrelevante oplæg.	Greve Kommunes borgere med særligt fokus på seniorer.
<i>Motionsprojekt</i> <i>Fortsat som fast tilbud</i>	Formålet er at undersøge og belyse behovet for særlige motionstilbud til motionssvage borgere samt at hjælpe borgerne til at vedligeholde og videreudvikle deres fysiske formåen og fastholde sociale relationer.	Holdtræning to gange ugentligt i fem måneder, som varetages af to instruktører fra Greve GIF. Der oprettes to motionshold ad gangen. Instruktørerne fra Greve GIF kan udanne ældredrætsinstruktører.	Motionssvage ældre borgere, som ønsker at vedligeholde og videreudvikle deres fysiske formåen.

Projekttitel	Formål	Indhold	Målgruppe
<i>Vitaminer til livet – inspiration til et sundt og sjovt seniorliv (ingen kurser efter 2006)</i>	Formålet er at styrke og udvikle de generelle sundhedsfremmende tiltag til borgerne i et partnerskab med andre interessenter. FOF ved Køge Bugt er ansvarlig for projektet.	Et kursusforløb, som giver deltagerne ideer og værktøjer til et sundt liv. 30 timer med teori og praksis samt mulighed for bl.a. blodtryks- og blodsuktermåling. To kursusforløb var planlagt i efteråret 2007, men blev ikke oprettet.	Ingen bestemt målgruppe er defineret. Annoncering henvendte sig til pensionister.
Tobakspuljen <i>Afsluttet ultimo 2008. Rygestopkurser fortsætter med at blive afholdt af Greve Kommune og apoteker</i>	Formålet er at give borgerne let adgang til rygestoptilbud, at forebygge rygedebut blandt unge, at støtte rygepolitik og røgfrie miljøer på kommunale arbejdspladser samt at integrere rygestop i det sammenhængende patientforløb.	I Greve Kommune er tre rygestopinstruktører med i et rygestopkorps, mens andre instruktører er freelancere. Apotekerne i Greve Kommune afholder rygestopkurserne. Planlægger rygestoptiltag i 10. kl., på gymnasiet og erhvervsuddannelser i 2008.	Greve Kommunes borgere.
<i>Greve-forsøget</i>	Formålet med forsøget er at forebygge brugen af tobak og alkohol i 6. og 7. kl., give et indblik i trivsel, risikoadfærd og forbrug af tobak og alkohol samt undersøge effekten af den forebyggende indsats ift. fokus på alkohol eller tobak, undervisning af en voksen person, eleverne allerede kender/en ung person, de ikke kender og forældreinddragelse.	Et multifaktorielt eksperiment uden kontrolgruppe. Klasserne udfylder et spørgeskema om livsstil og risikoadfærd og deltager i en temadag. Forældre møde i udvalgte klasser om relevant emne og udfyldelse af røg-/alkoholrapport. Forældrene i to af klasserne inddrages i forsøget og udfylder spørgeskemaer om deres forestillinger om unges og andre forældres hhv. tobaks- og alkoholforbrug.	Forsøget ønskes gennemført i alle 6.- og 7.-klasser i Greve Kommune, ligesom tilfældigt udvalgte klassers forældregrupper vil blive inddraget.
Rygestopkurser på arbejdspladser	Formålet er at tilbyde rygestopkurser til arbejdspladser.		Arbejdspladser i Greve Kommune.
Netværksgruppe <i>Ophørt i 2009, kunne ikke blive selvkørende</i>	Formålet er at støtte og styrke socialt samvær i en netværksgruppe for ensomme ældre samt at undersøge, om deltagerne oplever en bedre livskvalitet gennem et øget socialt netværk.		

Projekttitel	Formål	Indhold	Målgruppe
Sund Levevis <i>Ophørt</i>	Formålet er at evaluere netværkets betydning for to hold af kursister fra pilotprojekt i 2003 over en fireårig periode.	Kursisterne tilbydes en årlig kursusdag.	
Sundhedsportalen	Formålet er at give borgere m.fl. viden om, hvilke sundhedsmæssige aktiviteter og projekter der er i Greve Kommune.		
Lighed i Sundhed <i>Planmæssigt afsluttet ved udgangen af 2009</i>	Formålet er at fremme sundhed blandt kontanthjælpsmodtagere i kommunens mest socialt belastede boligområder.	Beboerne kan efter visitation henvises til forskellige aktiviteter og tilbud, fx sundhedstjek og sundhedsamtale eller motionshold.	
Patientuddannelse	Formålet er at forbedre indsatsen over for borgere med kronisk sygdom således, at deres helbred og livskvalitet forbedres.	To kurser planlagt i 2007.	
<i>Nye projekter 2008</i>			
Sundhedsfestival <i>Afholdt i 2008 og 2009</i>		Arrangementet blev gennemført i samarbejde med lokale foreninger og frivillige og bestod bl.a. af besøg af foredragsholdere, boder og aktiviteter. Sundhedsfestivalen skal være en årligt tilbagevendende begivenhed.	Borgere i alle aldre.
Rehabiliteringstilbud for KOL- og diabetespatienter <i>Under udvikling i 2008 og igangsat i 2009</i>		Tilbud med fokus på bl.a. kost, træning og selvhjælp. En del af arbejdet med seks fyrtårnsprojekter, som kommunen har formuleret i samarbejde med Region Sjælland. Greve Kommune åbner et nyt træningscenter i februar 2009, som gør det muligt at oprette de nye rehabiliteringstilbud.	KOL- og diabetespatienter.

Oversigt over projekter og indsatser inden for sundhedsfremme i Hjørring Kommune

Projektstitel	Formål	Indhold	Målgruppe
<i>Projekter 2007</i>			
Sund By-butikker <i>Nedlagt i 2008 og erstattet af månedlige tilbud på kommunens fem biblioteker og i en privat virksomhed</i>	Formålet er at synliggøre sundhed for borgerne og sikre en ubureaukratisk adgang til sundheds-tilbud.	Tilbud om bl.a. kostvejledning, fysioterapeutisk rådgivning, træning, "Tab i vægt"-hold, hjælp til rygestop, måling af blodtryk, kulilte, vægt, fedtprocent, kondital og blodsukker. Har endvidere tilbudt undervisning til skoler.	Alle borgere, som har behov for råd og vejledning om sundhed, sygdom og sygdomsforebyggelse.
Kostprojekt	Formålet er at identificere beboere, som har behov for en målrettet ernæringsindsats.	Ernæringsscreening af 96 beboerne på to plejecentre. Resultatet bliver beslutningsgrundlag for en handlingsplan for den enkelte beboer og for videre intervention og dermed kvalitetssikring af ernæringstilstanden hos kommunens ældre.	Beboerne over 65 år på plejecentrene Vellingshøjcentret og Lundgården.
Stop Røgen <i>Ophørt som projekt men overgået til drift</i>	Formålet er at fremme rygestop og røgfrie miljøer blandt arbejdspladser, institutioner og skoler – såvel private som offentlige i Hjørring Kommune.	Tilbud om rygestopkurser i grupper eller individuelt (afvikles i Sund By-butikker), informationsmøder til borgerne om rygning, rygestop-tilbud i private virksomheder, oplæg på skoler.	Borgerne generelt, patienter med livsstilssygdomme, arbejdspladser, særligt udsatte risikogrupper. Unge på folkeskoler og ungdomsuddannelser.
Livsstilsmotion <i>Fortsat i 2008</i>	Formålet er at forebygge livsstilssygdomme hos personer, der er ramt af social ulighed i sundhed.	Træningstilbud to gange/uge varetaget af fysioterapeuter. Træningen foregår på hold i fem byer efter individuelt tilpasset program. Forløbene er gratis og kan vare op til fire måneder.	Borgere med offentlig forsørgelse og bestemte diagnoser (forhøjet kolesterol eller blodtryk, svært overvægtige eller diabetes 2).
ADL-træning (almindelig daglig levevis) og funktionstræning til plejekrævende ældre. <i>Ophørt i 2008</i>	Formålet er at give borgeren på ældreområdet et træningstilbud i daglige færdigheder med udgangspunkt i borgerens liv, samt at reducere behovet for sygehusindlæggelser, hjælpemidler samt pleje.	Træning som forhindrer funktionstab og vedligeholder/forbedrer funktionsniveauet. Individuel/holdvis træning på aktivitetscenter, ældrecenter eller i eget hjem. ADL-træning tager udgangspunkt i hjælp-til-selvhelp. Borgerne visiteres til træningen, som er gratis.	Plejekrævende ældre med mulighed for øget selvhjulpenhed og livskvalitet. Særligt borgere med behov for fortsat træningsindsats efter genoptræningsforløb eller for at kunne klare sig i egen bolig.

Projekttitel	Formål	Indhold	Målgruppe
Center for Sunde Arbejdspladser <i>Nedlagt i 2008</i>	Formålet er at fremme sundheden på private og offentlige arbejdspladser gennem en konsulentfunktion.	Hjælp til formulering af rygepolitikker, informationsmøder om rygning/rygestop, rygestopkurser, uddannelse af rygestopinstruktører, vejledning i mad og alkoholpolitikker. Personlige sundhedsprofiler.	Private og offentlige virksomheder i Hjørring Kommune.
<i>Planlagte projekter 2007</i>			
Sundhedseksperimentarium <i>I gang i 2008</i>	Formålet er at inddrage eleverne i deres egen sundhed og give de unge nogle redskaber på forskellige sundhedsområder.	Klassevis diskussion om kost, rygning, alkohol og motion. Måling af blodtryk og BMI. Individuelle spørgeskemaer gøres op klassevis og følges op med en klassesamtale.	Alle 8. klasser i Hjørring Kommune (45 i alt).
Patientuddannelse <i>I gang i 2008</i>	Formålet at give patienter med kroniske lidelser redskaber til at kunne mestre problemer i hverdagen og øge livskvaliteten.	Patientuddannelsen "Lær at leve med kronisk sygdom" (udbudt i samarbejde med Sundhedsstyrelsen og Komiteen for Sundhedsoplysning).	Patienter med kronisk sygdom.
<i>Nye projekter 2008</i>			
Pilotprojekt	Formålet er at reducere antallet af borgere, der har brug for varig hjemmehjælp.	Borgere tilbydes træning inden visitering til varig hjemmehjælp. En stor del af de borgere, som ansøger om hjemmepleje, har et potentiale for at forbedre deres funktionsniveau. Træningen vil typisk bestå af ADL-træningselementerne.	I projektet bevilges de borgere, som visiteres til træning, midlertidig hjælp og sideløbende træning.

Bilag 3 : Bilagstabeller

B - 5.1 Resultat af GLM-regression af hvordan 12-16-årige synes, at de har det (skala fra 0-24)

Parameter	Koefficient	Signifikans-niv.
Konstant	14,234	,000
Dreng	1,365	,000
Pige	Reference	.
Føler sig ikke mobbet inden for den seneste måned	3,521	,000
Føler sig mobbet enkelte gange inden for den seneste måned	1,814	,000
Føler sig mobbet flere gange inden for den seneste måned	Reference	.
12-13 år	,397	,001
14-15 år	Reference	.
BMI	-,086	,000
Assens 2007	,312	,103
Assens 2009	,139	,447
Greve 2007	,290	,136
Greve 2009	,270	,149
Hjørring 2007	,412	,031
Hjørring 2009	Reference	.
N=	2.760	
R ²	0,11	

B - 5.2 Resultat af logistisk regression af om 12-16-årige er glade for at gå i skole

	Koefficient	Signifi- kansniv.	Koefficient	Signifikans- niv.
Dreng	Reference		Reference	
Pige	,403	,000	,414	,000
Alder 12-13	Reference		Reference	
Alder 14-15	-,407	,000	-,403	,000
Assens 2007	Reference		Reference	
Assens 2009	,418	,010	,384	,019
Greve 2007	-,302	,056	-,286	,071
Greve 2009	-,090	,564	-,099	,529
Hjørring 2007	,052	,748	,051	,752
Hjørring 2009	,191	,226	,156	,325
BMI	-,060	,000	-,058	,000
Modtaget undervisning i sund levevis inden for de seneste seks måneder			,463	,000
Ikke modtaget undervisning i sund levevis inden for de seneste seks måneder			Reference	
Konstant	2,326	000	2,172	000
N=	2.792		2.792	

B - 5.3 12-16-årige i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009 procentvis fordelt efter, hvilken beskrivelse der passer bedst på, hvad de laver i deres fritid

	Assens		Greve		Hjørring		
	2007	2009	2007	2009	2007	2009	Total
Jeg træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen	29	31	33	33	32	31	31
Jeg dyrker motion eller har tungt arbejde mindst fire timer pr. uge (fx motionsløb, styrketræning, aerobic 1-2 gange om ugen)	21	20	21	22	22	20	21
Jeg dyrker ikke idræt i en forening, men cykler, går eller bevæger mig i forbindelse med leg mindst fire timer pr. uge	23	24	24	17	23	21	22
Jeg bruger mest tiden på at læse, se fjernsyn, spille computer eller at lave lektier	12	13	10	15	11	14	13
Ingen af beskrivelserne passer på mig	15	12	13	13	11	14	13
I alt	100	100	101	100	99	100	100
Antal	430	509	404	467	429	512	2751

p=0,6

B - 5.4 12-16-årige i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009 procentvis fordelt efter, hvor meget tid de bruger på at bevæge sig i løbet af ugen, når de ikke er i skole

	Assens		Greve		Hjørring		Total
	2007	2009	2007	2009	2007	2009	
Færre end 2 timer	11	9	10	12	8	10	10
2-4 timer	31	30	28	28	28	33	30
5-6 timer	31	29	27	26	29	29	28
7 timer eller flere	28	33	35	34	35	29	32
I alt	101	101	100	100	100	101	100
Antal	430	509	404	467	429	512	2751

p=0,33

B - 5.5 12-16-årige i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009 procentvis fordelt efter, hvordan de opfatter den motion, de normalt dyrker i fritiden

	Assens		Greve		Hjørring		Total
	2007	2009	2007	2009	2007	2009	
Som fysisk meget hård	8	9	15	13	9	11	11
Som fysisk ret hård	42	46	40	44	44	45	44
Som fysisk lidt hård	45	41	40	37	44	38	41
Jeg dyrker aldrig nogen form for motion	5	5	5	7	3	6	5
I alt	100	101	100	101	100	100	101
Antal	429	508	404	465	429	512	2747

p=0,01

B - 5.6 Resultat af logistisk regression for 12-16-årige af at være fysisk aktiv

	Koefficient	Signifi- kansniv.
Dreng	Reference	
Pige	-,311	,012
Bor under to kilometer fra sportshal	Reference	
Bor 2-5 kilometer fra sportshal	,005	,970
Bor mere end fem kilometer fra sportshal	-,556	,002
Ved ikke hvor langt til sportshal	-1,461	,000
Ingen venner dyrker sport eller motion mindst en gang om ugen	-2,406	,000
Næsten ingen venner dyrker sport eller motion mindst en gang om ugen	-1,680	,000
En del venner dyrker sport eller motion mindst en gang om ugen	-,990	,004
Omkring halvdelen af vennerne dyrker sport eller motion mindst en gang om ugen	-,907	,011
De fleste venner dyrker sport eller motion mindst en gang om ugen	-,383	,268
Alle venner dyrker sport eller motion mindst en gang om ugen	Reference	
Indeks for velbefindende	,030	,294
Undervægt	Reference	,000
Normalvægt	,631	,000
Overvægt	,224	,311
Svær overvægt	-,138	,738
12-13 år	Reference	
14-15 år	-,250	,038
Assens 2007	Reference	
Assens 2009	,074	,708
Greve 2007	,057	,791
Greve 2009	,089	,666
Hjørring 2007	,400	,069
Hjørring 2009	-,037	,847
Konstant	2,260	,000
N=	2.728	

B - 5.7 Resultat af logistisk regression for 12-16-årige af at dyrke sport eller motion i forening eller klub

	Koefficient	Signifikans-niv.
Dreng	Reference	
Pige	-,146	,098
Bor under to kilometer fra sportshal	Reference	
Bor 2-5 kilometer fra sportshal	-,110	,251
Bor mere end fem kilometer fra sportshal	-,284	,040
Ved ikke hvor langt til sportshal	-,982	,000
Ingen venner dyrker sport eller motion mindst en gang om ugen	Reference	
Næsten ingen venner dyrker sport eller motion mindst en gang om ugen	,569	,129
En del venner dyrker sport eller motion mindst en gang om ugen	,983	,005
Omkring halvdelen af vennerne dyrker sport eller motion mindst en gang om ugen	1,438	,000
De fleste venner dyrker sport eller motion mindst en gang om ugen	1,683	,000
Alle venner dyrker sport eller motion mindst en gang om ugen	2,201	,000
Har ikke lønnet fritidsjob	Reference	
Fritidsjob mindre end to timer om ugen	,293	,056
Fritidsjob 2-4 timer om ugen	,195	,126
Fritidsjob 5-9 timer om ugen	,026	,846
Fritidsjob 10-15 timer om ugen	-,034	,883
Fritidsjob 15 timer om ugen eller mere	-,060	,872
12-13 år	Reference	
14-15 år	-,447	,000
Undervægt	Reference	
Normalvægt	,217	,109
Overvægt	-,155	,379
Svær overvægt	-,835	,014
Indeks for velbefindende	,065	,002
Assens 2007	Reference	
Assens 2009	,138	,338
Greve 2007	,289	,067
Greve 2009	,320	,036
Hjørring 2007	,138	,362
Hjørring 2009	,086	,553
Konstant	-1,278	,004
N=	2.702	

B - 5.8 Resultat af logistisk regression for 12-16-årige af gerne at ville bevæge sig mere

	Koefficient	Signifi- kansniv.
Dreng	Reference	
Pige	,872	,000
Ingen venner dyrker sport eller motion mindst en gang om ugen	,701	,073
Næsten ingen venner dyrker sport eller motion mindst en gang om ugen	,176	,437
En del venner dyrker sport eller motion mindst en gang om ugen	,221	,230
Omkring halvdelen af vennerne dyrker sport eller motion mindst en gang om ugen	,299	,123
De fleste venner dyrker sport eller motion mindst en gang om ugen	,126	,471
Alle venner dyrker sport eller motion mindst en gang om ugen	Reference	
Har ikke lønnet fritidsjob	Reference	
Fritidsjob mindre end to timer om ugen	,084	,545
Fritidsjob 2-4 timer om ugen	,154	,197
Fritidsjob 5-9 timer om ugen	,322	,014
Fritidsjob 10-15 timer om ugen	1,119	,000
Fritidsjob 15 timer om ugen eller mere	,928	,020
12-13 år	Reference	
14-15 år	,069	,432
Undervægt	Reference	,000
Normalvægt	,501	,000
Overvægt	,826	,000
Svær overvægt	1,033	,004
Bor sammen med én voksen	Reference	
Bor sammen med to voksne	-,240	,073
Bor sammen med andre	-,138	,502
Fysisk aktiv	Reference	
Ikke fysisk aktiv	,445	,001
Skala for omfanget af stillesiddende aktiviteter	,062	,000
Assens 2007	Reference	,004
Assens 2009	,074	,595
Greve 2007	,028	,850
Greve 2009	,315	,029
Hjørring 2007	-,268	,063
Hjørring 2009	-,045	,747
Konstant	-2,065	,000
N=	2.699	

B - 5.9 12-16-årige i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009 procentvis fordelt efter, hvor mange dage de på en normal uge kommer i skole på cykel, rulleskøjter, skateboard eller til fods

	Assens		Greve		Hjørring		Total
	2007	2009	2007	2009	2007	2009	
Aldrig eller mindre end 1 gang om ugen	22	22	11	10	19	21	18
1-4 dage	15	18	9	10	13	15	13
5 dage	63	61	80	80	68	65	69
I alt	100	101	100	100	100	101	100
Antal	426	506	398	459	426	507	2722

p<0,001

B - 5.10 12-16-årige i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009 procentvis fordelt efter, hvor lang tid det tager, når de går, cykler eller ruller til skole

	Assens		Greve		Hjørring		Total
	2007	2009	2007	2009	2007	2009	
1-5 minutter	37	35	53	49	38	35	41
6-10 minutter	26	24	26	30	26	28	27
11-15 minutter	15	16	12	10	18	15	15
mere end 15 minutter	22	25	10	11	18	22	18
I alt	100	100	101	100	100	100	101
Antal	426	507	398	459	426	507	2723

p<0,001

B - 5.11 12-16-årige i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009 procentvis fordelt efter, hvor ofte de plejer at spise kartofler

	Assens		Greve		Hjørring		Total
	2007	2009	2007	2009	2007	2009	
Flere gange om dagen	6	4	4	5	4	4	4
Hver dag	22	22	12	10	21	19	18
Et par gange om ugen	59	60	62	61	62	59	60
En gang om ugen	7	9	12	15	8	11	10
Mindre end en gang om ugen	7	6	11	9	5	7	7
I alt	101	101	101	100	100	100	99
Antal	432	512	405	470	429	513	2761

p<0,0005

B - 5.12 12-16-årige i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009 procentvis fordelt efter, hvor ofte de plejer at spise grovbrød og rugbrød

	Assens		Greve		Hjørring		Total
	2007	2009	2007	2009	2007	2009	
Flere gange om dagen	17	17	15	16	15	18	16
Hver dag	45	47	43	44	41	43	44
Et par gange om ugen	25	24	28	27	31	27	27
En gang om ugen	6	4	4	6	7	5	5
Mindre end en gang om ugen	6	9	9	9	8	7	8
I alt	99	101	99	102	102	100	100
Antal	432	512	405	470	429	513	2761

p=0,582

B - 5.13 Resultat af GLM-estimation for 12-16-årige af hyppigheden af at spise kartofler og rugbrød / grovbrød

Parameter	Koefficient	Signifikansniv.	Koefficient	Signifikansniv.
Konstant	5,387	,000	5,697	,000
Dreng	,093	,094	,088	,112
Pige	Reference	.	Reference	.
Er altid glad for at gå i skole	,693	,004	,658	,006
Er for det meste glad for at gå i skole	,490	,036	,456	,050
Er af og til glad for at gå i skole	,270	,256	,247	,296
Er kun sjældent glad for at gå i skole	,415	,108	,410	,111
Er aldrig glad for at gå i skole	Reference	.	Reference	.
Er ofte uønsket alene	-,452	,045	-,445	,047
Er af og til uønsket alene	-,154	,445	-,159	,428
Er sjældent uønsket alene	-,137	,489	-,143	,466
Er aldrig uønsket alene	-,088	,668	-,089	,662
Ved ikke hvor ofte	Reference	.	Reference	.
Har ikke været fraværende fra skole den seneste måned på grund af pjæk	,781	,011	,744	,016
Har været fraværende fra skole 1-2 dage den seneste måned på grund af pjæk	,429	,174	,398	,206
Har været fraværende fra skole 3-4 dage den seneste måned på grund af pjæk	,213	,569	,161	,667
Har været fraværende 5-6 dage den seneste måned på grund af pjæk	,705	,117	,709	,114
Har været fraværende 7 dage eller flere den seneste måned på grund af pjæk	Reference	.	Reference	.
Taler for det meste ikke dansk derhjemme	-,550	,000	-,542	,000
Taler for det meste dansk derhjemme	Reference	.	Reference	.
12-13 år	,069	,224	,044	,439
14-15 år	Reference	.	Reference	.
Bor sammen med én voksen	-,608	,008	-,623	,006
Bor sammen med to voksne	-,445	,032	-,455	,028
Bor sammen med andre	Reference	.	Reference	.

Parameter	Koefficient	Signifi- kansniv.	Koefficient	Signifi- kansniv.
Socialklasse 1	,314	,180	,326	,163
Socialklasse 2	,432	,027	,431	,026
Socialklasse 3	,292	,117	,310	,095
Socialklasse 4	,260	,163	,264	,155
Socialklasse 5	,087	,661	,091	,647
Socialklasse 6	,077	,693	,098	,614
Erhvervsmæssig inaktiv	,055	,819	,084	,724
Uoplyst erhverv	Reference	.	Reference	.
BMI	,015	,069	,017	,049
Assens 2007	,130	,168	,134	,153
Assens 2009	,051	,567	,058	,514
Greve 2007	-,223	,020	-,201	,036
Greve 2009	-,080	,397	-,064	,498
Hjørring 2007	-,027	,772	-,022	,813
Hjørring 2009	Reference	.	Reference	.
Har ikke deltaget i undervisning om sund mad			-,218	,000
Har deltaget i undervisning om sund mad			0a	.
Har ikke deltaget i fælles madlavning med forældre og andre			-,159	,008
Har deltaget i fælles madlavning med forældre og andre			0a	.
N=	2.700		2.700	
R2	0,05		0,05	

B - 5.14 Resultat af GLM-estimation for 12-16-årige af hyppigheden af at drikke mælk

Parameter	Koefficient	Signifi- kansniv.
Konstant	3,869	,000
Dreng	,321	,000
Pige	Reference	.
Taler for det meste ikke dansk derhjemme	-,236	,008
Taler for det meste dansk derhjemme	Reference	.
12-13 år	,085	,049
14-15 år	Reference	.
Assens 2007	-,127	,085
Assens 2009	-,181	,010
Greve 2007	-,007	,930
Greve 2009	-,006	,935
Hjørring 2007	-,004	,959
Hjørring 2009	Reference	.
Har ikke deltaget i undervisning om sund mad	-,164	,000
Har deltaget i undervisning om sund mad	Reference	.
N=	2.761	
R2	0,03	

**B - 5.15 Resultat af GLM-estimation for 12-16-årige af hyppigheden af at spise
pommes frites /chips, slik /chokolade, fastfood og drikke cola/saftevand (jo
højere værdi des mindre hyppigt)**

Parameter	Koefficient	Signifikans- niv.	Koefficient	Signifikans- niv.
Konstant	13,423	,000	13,591	,000
Dreng	-,761	,000	-,755	,000
Pige	Reference	.	Reference	.
12-13 år	,144	,113	,132	,147
14-15 år	Reference	.	Reference	.
Er ofte uønsket alene	,361	,319	,358	,321
Er af og til uønsket alene	,583	,073	,570	,079
Er sjældent uønsket alene	,618	,053	,603	,058
Er aldrig uønsket alene	,707	,032	,704	,033
Ved ikke hvor ofte	Reference	.	Reference	.
Er altid glad for at gå i skole	1,669	,000	1,648	,000
Er for det meste glad for at gå i skole	1,320	,000	1,299	,000
Er af og til glad for at gå i skole	,938	,009	,915	,011
Er kun sjældent glad for at gå i skole	,670	,092	,664	,094
Er aldrig glad for at gå i skole	Reference	.	Reference	.
BMI	,027	,044	,028	,033
Assens 2007	,333	,027	,325	,031
Assens 2009	,168	,245	,167	,246
Greve 2007	,421	,006	,416	,007
Greve 2009	,437	,003	,436	,003
Hjørring 2007	-,055	,716	-,057	,706
Hjørring 2009	Reference	.	Reference	.
Har <i>ikke</i> deltaget i undervisning om sund mad			-,233	,015
Har deltaget i undervisning om sund mad			Reference	.
N =	2.754		2.754	
R ²	0,05		0,05	

B - 5.16 Resultat af logistisk regression for 12-16-årige af at være ikke ryger

	Koefficient	Signifi- kansniv.
Dreng	Reference	
Pige	-,455	,004
Alder 12-13	Reference	
Alder 14-15	-1,274	,000
Assens 2007	Reference	
Assens 2009	,080	,753
Greve 2007	,901	,003
Greve 2009	,676	,020
Hjørring 2007	-,005	,985
Hjørring 2009	,177	,482
Bor sammen med en voksen	Reference	
Bor sammen med to voksne	,673	,003
Bor sammen med andre	,604	,278
Er altid glad for at gå i skole	Reference	
Er for det meste glad for at gå i skole	,037	,871
Er af og til glad for at gå i skole	-,640	,013
Er kun sjældent glad for at gå i skole	-,420	,234
Er aldrig glad for at gå i skole	-,699	,173
Har intet fravær i skolen den sidste måned pga. sygdom	Reference	
Har 1-2 dages fravær i skolen den sidste måned pga. sygdom	-,450	,009
Har 3-4 dages fravær i skolen den sidste måned pga. sygdom	-,445	,097
Har 5-6 dages fravær i skolen den sidste måned pga. sygdom	,386	,432
Har over 7 dages fravær i skolen den sidste måned pga. sygdom	,722	,142
Har intet fravær i skolen den sidste måned pga. pjæk	Reference	
Har 1-2 dages fravær i skolen den sidste måned pga. pjæk	-,972	,000
Har 3-4 dages fravær i skolen den sidste måned pga. pjæk	-1,511	,000
Har 5-6 dages fravær i skolen den sidste måned pga. pjæk	-2,201	,001
Har over 7 dages fravær i skolen den sidste måned pga. pjæk	-2,306	,000
Ingen venner ryger cigaretter hver dag	Reference	
Næsten ingen venner som ryger cigaretter hver dag	-,800	,005
En del venner som ryger cigaretter hver dag	-1,537	,000
Omkring halvdelen af venner som ryger cigaretter hver dag	-2,502	,000
De fleste venner som ryger cigaretter hver dag	-2,921	,000
Alle venner som ryger cigaretter hver dag	-5,680	,000
Socialklasse 1	Reference	
Socialklasse 2	,503	,302
Socialklasse 3	,606	,180
Socialklasse 4	,539	,228
Socialklasse 5	,598	,215
Socialklasse 6	,719	,141
Forældre er erhvervsmæssigt inaktive	1,235	,040
Socialklasse uoplyst	,015	,980
Konstant	3,789	,000
N=	2.705	

B - 5.17 Resultat af logistisk regression for 12-16-årige af *ikke* at have drukket alkohol inden for den seneste måned. 12-16-årige

	Koefficient	Signifikansniv.
Assens 2007	Reference	
Assens 2009	-,179	,269
Greve 2007	,330	,060
Greve 2009	,194	,247
Hjørring 2007	,416	,015
Hjørring 2009	,117	,470
12-13år	Reference	
14-15 år	-,976	,000
Dreng	Reference	
Pige	-,002	,984
Bor sammen med én voksen	Reference	
Bor sammen med to voksne	,439	,004
Bor sammen med andre	,343	,146
Taler for det meste ikke dansk hjemme	Reference	
Taler for det meste dansk hjemme	-,718	,004
Er altid glad for at gå i skole	Reference	
Er for det meste glad for at gå i skole	-,240	,064
Er af og til glad for at gå i skole	-,827	,000
Er kun sjældent glad for at gå i skole	-,798	,002
Er aldrig glad for at gå i skole	-,607	,148
Har ikke været fraværende fra skole den seneste måned pga. sygdom	Reference	
Har været fraværende 1-2 dage den seneste måned pga. sygdom	-,554	,000
Har været fraværende 3-4 dage den seneste måned pga. sygdom	,062	,753
Har været fraværende 5-6 dage den seneste måned pga. sygdom	,155	,627
Har været fraværende 7 eller flere dage den seneste måned pga. sygdom	,191	,551
Har ikke været fraværende den seneste måned pga. pjæk	Reference	
Har været fraværende 1-2 dage den seneste måned pga. pjæk	-,723	,000
Har været fraværende 3-4 dage den seneste måned pga. pjæk	-,504	,212
Har været fraværende 5-6 dage den seneste måned pga. pjæk	-,817	,212
Har været fraværende 7 eller flere dage den seneste måned pga. pjæk	-1,330	,029
Tror at ingen af vennerne bliver fulde mindst en gang om måneden	Reference	
Tror at næsten ingen af vennerne bliver fulde mindst en gang om måneden	-,897	,000
Tror at en del af vennerne bliver fulde mindst en gang om måneden	-1,502	,000
Tror at omkring halvdelen af vennerne bliver fulde mindst en gang om måneden	-1,832	,000
Tror at de fleste af vennerne bliver fulde mindst en gang om måneden	-2,264	,000
Tror at alle vennerne bliver fulde mindst en gang om måneden	-3,039	,000
Konstant	2,600	,000
N=	2.705	

B - 5.18 Resultat af logistisk regression for 12-16-årige af *ikke* at have været fuld

	Koefficient	Signifi- kansniv.
Assens 2007	Reference	
Assens 2009	,046	,822
Greve 2007	,568	,012
Greve 2009	,771	,000
Hjørring 2007	,180	,413
Hjørring 2009	,119	,564
12-13 år	Reference	
14-15 år	-1,253	,000
Dreng	Reference	
Pige	,208	,096
Bor sammen med én voksen	Reference	
Bor sammen med to voksne	,600	,003
Bor sammen med andre	1,531	,002
Er altid glad for at gå i skole	Reference	
Er for det meste glad for at gå i skole	-,081	,648
Er af og til glad for at gå i skole	-,641	,003
Er kun sjældent glad for at gå i skole	-,581	,058
Er aldrig glad for at gå i skole	-,564	,291
Har ikke været fraværende fra skole den seneste måned pga. sygdom	Reference	,222
Har været fraværende 1-2 dage den seneste måned pga. sygdom	-,268	,058
Har været fraværende 3-4 dage den seneste måned pga. sygdom	,240	,316
Har været fraværende 5-6 dage den seneste måned pga. sygdom	-,211	,601
Har været fraværende 7 eller flere dage den seneste måned pga. sygdom	-,138	,724
Har ikke været fraværende den seneste måned pga. pjæk	Reference	,000
Har været fraværende 1-2 dage den seneste måned pga. pjæk	-,834	,000
Har været fraværende 3-4 dage den seneste måned pga. pjæk	-1,018	,044
Har været fraværende 5-6 dage den seneste måned pga. pjæk	-,246	,768
Har været fraværende 7 eller flere dage den seneste måned pga. pjæk	-1,814	,029
Tror at ingen af vennerne bliver fulde mindst en gang om måneden	Reference	,000
Tror at næsten ingen af vennerne bliver fulde mindst en gang om måneden	-1,168	,000
Tror at en del af vennerne bliver fulde mindst en gang om måneden	-1,660	,000
Tror at omkring halvdelen af vennerne bliver fulde mindst en gang om måneden	-2,196	,000
Tror at de fleste af vennerne bliver fulde mindst en gang om måneden	-2,941	,000
Tror at alle vennerne bliver fulde mindst en gang om måneden	-5,564	,000
Socialklasse 1	Reference	
Socialklasse 2	,986	,016
Socialklasse 3	,985	,012
Socialklasse 4	1,055	,007
Socialklasse 5	1,114	,009
Socialklasse 6	1,118	,008
Erhvervsmæssig inaktive	1,576	,002
Erhverv uoplyst	-,217	,689
Konstant	,834	,085
N=	1.784	

B - 6.1 Resultat af logistisk regression for 60-75-årige af at tro at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare et godt helbred

	(1)		(2)	
	Koefficient	Signifi- kansniv.	Koefficient	Signifi- kansniv.
Kvinde	Reference		Reference	
Mand	-,025	,752	-,015	,846
Bor ikke alene	Reference		Reference	
Bor alene	-,116	,248	-,108	,283
Helbred virkelig godt	Reference		Reference	
Helbred godt	-,734	,000	-,734	,000
Helbred nogenlunde	-,992	,000	-1,003	,000
Helbred dårligt	-,901	,000	-,911	,000
Helbred meget dårligt	-1,042	,014	-1,087	,011
Ser familie dagligt	Reference		Reference	
Ser familie 1-2 gange om ugen	-,215	,039	-,202	,054
Ser familie 1-2 gange om måneden	-,350	,002	-,333	,004
Ser familie sjældnere	-,359	,025	-,338	,035
Ser aldrig familie	-,582	,284	-,538	,322
Synes økonomien er meget god	Reference		Reference	
Synes økonomien er god	-,096	,313	-,096	,313
Synes økonomien er nogenlunde	-,394	,000	-,384	,000
Synes økonomien er dårlig	-,485	,089	-,514	,074
Synes økonomien er meget dårlig	-,473	,353	-,543	,291
Førlighedsindeks 0-12	-,097	,004	-,098	,003
Alder	-,008	,420	-,006	,560
Assens 2007	Reference		Reference	
Assens 2009	,263	,046	,263	,047
Greve 2007	,338	,013	,311	,023
Greve 2009	,318	,017	,282	,035
Hjørring 2007	,237	,078	,213	,115
Hjørring 2009	,354	,009	,318	,019
Konstant	2,063	,001	1,878	,004
Har <i>ikke</i> haft samtale med fagkyndig person			Reference	
Har haft samtale med fagkyndig person			,087	,635
Har <i>ikke</i> deltaget i undervisning mv. om sund levevis			Reference	
Har deltaget i undervisning mv. om sund levevis			,757	,000
N=	3.056		3.056	

B - 6.2 Resultat af GLM-regression for 60-75-årige af skalaværdier for vigtigheden af at ændre sin vægt

	Koefficient	Signifi- kansniv.	Koefficient	Signifi- kansniv.
Konstant	,122	,906	,094	,928
Mand	-1,179	,000	-1,161	,000
Kvinde	Reference	.	Reference	.
Bor alene	-,263	,047	-,260	,048
Bor ikke alene	Reference	.	Reference	.
Helbred virkelig godt	-,828	,067	-,845	,060
Helbred godt	-,461	,293	-,484	,268
Helbred nogenlunde	-,008	,986	-,053	,904
Helbred dårligt	-,058	,907	-,128	,794
Helbred meget dårligt	Reference	.	Reference	.
Ofte uønsket alene	1,183	,001	1,213	,001
Af og til uønsket alene	,418	,008	,388	,013
Sjældent uønsket alene	,351	,001	,333	,002
Aldrig uønsket alene	Reference	.	Reference	.
Socialklasse 1	,846	,006	,822	,007
Socialklasse 2	,678	,020	,662	,022
Socialklasse 3	,426	,142	,433	,134
Socialklasse 4	,498	,098	,504	,092
Socialklasse 5	,215	,493	,218	,485
Socialklasse 7	Reference	.	Reference	.
Alder	-,081	,000	-,079	,000
BMI	,374	,000	,369	,000
Assens 2007	-,037	,825	,006	,971
Assens 2009	-,132	,426	-,106	,518
Greve 2007	,502	,003	,498	,003
Greve 2009	,596	,000	,621	,000
Hjørring 2007	,063	,704	,076	,646
Hjørring 2009	Reference	.	Reference	.
Deltaget i kursus e.l. om sund levevis			,091	,659
Ikke deltaget i kursus e.l. om sund levevis			Reference	.
Deltaget i kursus e.l. om sund mad			,891	,000
Ikke deltaget i kursus e.l. om sund mad			Reference	.
Har haft samtale med fagkyndig person			,762	,001
Har ikke haft samtale med fagkyndig person			Reference	.
N=	3.081		3.081	
R ²	0,3			

**B - 6.3 Borgere på 60-75 år i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009
procentvis fordelt efter, hvor ofte de plejer at spise kartofler**

	Assens		Greve		Hjørring		Total
	2007	2009	2007	2009	2007	2009	
Aldrig/meget sjældent	0	0	3	2	2	1	1
Mindre en én gang om ugen	2	4	6	5	2	3	4
Én gang om ugen	5	2	6	8	4	5	5
Et par gange om ugen	23	29	36	40	21	24	29
Næsten hver dag	65	58	47	43	65	63	57
Hver dag/flere gange om dagen	5	6	3	3	6	5	5
I alt	100	99	101	101	100	101	101
Antal	574	575	565	581	566	569	3430

p<0,0001

**B - 6.4 Borgere på 60-75 år i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009
procentvis fordelt efter, hvor ofte de plejer at spise groft, fiberrigt brød og gryn**

	Assens		Greve		Hjørring		Total
	2007	2009	2007	2009	2007	2009	
Aldrig/meget sjældent	2	2	3	1	1	2	2
Mindre en én gang om ugen	1	1	3	2	1	2	2
Én gang om ugen	1	1	1	2	1	1	1
Et par gange om ugen	6	4	9	9	5	4	6
Næsten hver dag	38	37	39	35	44	38	38
Hver dag/flere gange om dagen	52	55	46	51	49	53	51
I alt	100	100	101	100	101	100	100
Antal	567	573	564	579	555	566	3404

p<0,0001

B - 6.5 Resultat af GLM-regression for 60-75-årige af skalaværdier for at spise kartofler samt groft, fiberrigt brød og gryn

Parameter	Koefficient	Signifikansniv.
Konstant	5,562	,000
Mand	-,088	,061
Kvinde	Reference	.
Bor alene	-,436	,000
Bor ikke alene	Reference	.
Ofte uønsket alene	-,552	,003
Af og til uønsket alene	-,193	,010
Sjældent uønsket alene	-,038	,466
Aldrig uønsket alene	Reference	.
Socialklasse 1	,160	,265
Socialklasse 2	,308	,024
Socialklasse 3	,253	,063
Socialklasse 4	,213	,130
Socialklasse 5	,348	,018
Socialklasse 7	Reference	.
Alder	,041	,000
Helbred virkelig godt	,624	,003
Helbred godt	,602	,004
Helbred nogenlunde	,380	,068
Helbred dårligt	,247	,290
Helbred meget dårligt	Reference	.
Økonomi meget god	1,144	,000
Økonomi god	1,117	,001
Økonomi nogenlunde	1,081	,001
Økonomi dårlig	1,224	,001
Økonomi meget dårlig	Reference	.
Assens 2007	,014	,859
Assens 2009	,028	,721
Greve 2007	-,496	,000
Greve 2009	-,352	,000
Hjørring 2007	,090	,256
Hjørring 2009	Reference	.
N=	3130	
R ²	0,08	

B - 6.6 Borgere på 60-75 år i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009 procentvis fordelt efter, hvor ofte de plejer at spise kogte, stegte eller bagte grøntsager

	Assens		Greve		Hjørring		Total
	2007	2009	2007	2009	2007	2009	
Aldrig/meget sjældent	2	1	3	2	2	2	2
Mindre en én gang om ugen	3	3	6	6	7	6	5
Én gang om ugen	9	8	11	10	10	11	10
Et par gange om ugen	34	34	32	31	32	30	32
Næsten hver dag	39	40	35	37	39	38	38
Hver dag/flere gange om dagen	13	13	14	14	10	14	13
I alt	100	99	101	100	100	101	100
Antal	557	569	564	574	542	550	3356

p=0,2

B - 6.7 Borgere på 60-75 år i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009 procentvis fordelt efter, hvor ofte de plejer at spise salat eller råkost

	Assens		Greve		Hjørring		Total
	2007	2009	2007	2009	2007	2009	
Aldrig/meget sjældent	5	6	6	3	6	5	5
Mindre en én gang om ugen	11	11	12	11	10	10	11
Én gang om ugen	12	11	14	11	13	9	12
Et par gange om ugen	30	29	28	32	30	29	30
Næsten hver dag	32	31	28	31	30	35	31
Hver dag/flere gange om dagen	11	12	12	12	11	11	12
I alt	101	100	100	100	100	99	101
Antal	552	563	553	572	531	551	3322

p=0,7

B - 6.8 Borgere på 60-75 år i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009 procentvis fordelt efter, hvor ofte de plejer at spise frugt

	Assens		Greve		Hjørring		Total
	2007	2009	2007	2009	2007	2009	
Aldrig/meget sjældent	1	4	4	3	3	3	3
Mindre en én gang om ugen	6	6	4	6	5	3	5
Én gang om ugen	5	4	5	5	5	4	5
Et par gange om ugen	18	14	15	14	15	14	15
Næsten hver dag	32	30	30	26	34	33	31
Hver dag/flere gange om dagen	38	43	42	46	39	44	42
I alt	100	101	100	100	101	101	101
Antal	564	570	564	585	557	567	3407

p=0,05

**B - 6.9 Borgere på 60-75 år i Assens, Greve og Hjørring Kommuner i 2007 og 2009
procentvis fordelt efter, hvor ofte de plejer at spise fisk**

	Assens		Greve		Hjørring		Total
	2007	2009	2007	2009	2007	2009	
Aldrig/meget sjældent	10	10	13	8	7	8	9
Mindre en én gang om ugen	27	27	22	25	26	23	25
Én gang om ugen	38	38	39	42	39	40	39
Et par gange om ugen	18	21	24	24	22	23	22
Næsten hver dag	5	3	1	2	4	4	3
Hver dag/flere gange om dagen	2	2	0	1	1	2	1
I alt	100	101	99	102	99	100	99
Antal	569	570	569	580	558	565	3411

p<0,0001

B - 6.10 Resultat af GLM-regression for 60-75-årige af skalaværdier for at spise grøntsager, salat og frugt

	Koefficient	Signifikansniv.	Koefficient	Signifikansniv.
Konstant	17,496	,000	17,275	,000
Mand	-1,336	,000	-1,321	,000
Kvinde	Reference	.	Reference	.
Bor alene	-,467	,001	-,463	,001
Bor ikke alene	Reference	.	Reference	.
Ser familie dagligt	-1,545	,071	-1,660	,051
Ser familie 1 eller 2 gange om ugen	-1,629	,056	-1,722	,042
Ser familie 1 eller 2 gange om måneden	-1,739	,042	-1,826	,032
Ser familie sjældnere	-1,783	,040	-1,883	,029
Ser aldrig familie	Reference	.	Reference	.
Er ofte uønsket alene	-,851	,051	-,856	,048
Er af og til uønsket alene	-,625	,000	-,663	,000
Er sjældent uønsket alene	-,346	,002	-,370	,001
Er aldrig uønsket alene	Reference	.	Reference	.
Alder	-,025	,044	-,022	,079
Førlighedsindeks	-,187	,000	-,200	,000
Socialklasse 1	,663	,055	,631	,067
Socialklasse 2	,870	,009	,850	,010
Socialklasse 3	,511	,124	,521	,114
Socialklasse 4	,360	,294	,377	,269
Socialklasse 5	-,290	,415	-,286	,419
Socialklasse 7	Reference	.	Reference	.
Assens 2007	-,244	,161	-,194	,263
Assens 2009	-,167	,329	-,148	,386
Greve 2007	-,467	,007	-,465	,007
Greve 2009	-,325	,058	-,314	,066
Hjørring 2007	-,457	,009	-,455	,009
Hjørring 2009	Reference	.	Reference	.
Deltaget i kursus e.l. om sund levevis			,375	,078
Ikke deltaget i kursus e.l. om sund levevis			Reference	.
Deltaget i kursus e.l. om sund mad			,796	,003
Ikke deltaget i kursus e.l. om sund mad			Reference	.
Har haft samtale med fagkyndig person			,723	,002
Har ikke haft samtale med fagkyndig person			Reference	.
N	2.871		2.871	
R ²	0,09		0,1	

B - 6.11 Resultat af logistisk regression for 60-75-årige af at spise fisk mindst et par gange om ugen

	Koefficient	Signifikans-niv.
Mand	-,350	,000
Kvinde	Reference	
Bor alene	,110	,283
Bor ikke alene	Reference	
Alder	,030	,002
Socialklasse 1	Reference	,
Socialklasse 2	-,144	,285
Socialklasse 3	,022	,866
Socialklasse 4	-,285	,061
Socialklasse 5	-,380	,032
Socialklasse 7	,424	,061
Assens 2007	Reference	
Assens 2009	-,173	,221
Greve 2007	-,124	,375
Greve 2009	-,140	,321
Greve 2007	-,138	,323
Greve 2009	-,069	,618
Deltaget i kursus e.l. om sund mad	,474	,016
Ikke deltaget i kursus e.l. om sund mad	Reference	
Haft samtale med fagkyndig person om sund levevis	,225	,206
Ikke haft samtale med fagkyndig person om sund levevis	Reference	
Deltaget i kursus e.l. om sund levevis	,554	,001
Ikke deltaget i kursus e.l. om sund levevis	Reference	
Konstant	-2,773	,000
N=	3.267	

B - 6.12 Resultat af logistisk regression for 60-75-årige af at leve op til anbefalinger om fysisk aktivitet

	Koefficient	Signifikans-niv.
Mand	,401	,000
Kvinde	Reference	
Bor alene	-,030	,765
Bor ikke alene	Reference	
Helbred virkelig godt	Reference	
Helbred godt	-,570	,000
Helbred nogenlunde	-,812	,000
Helbred dårligt	-1,186	,000
Helbred meget dårligt	-1,205	,020
Ser familie dagligt	Reference	
Ser familie en eller to gange ugen	-,285	,005
Ser familie en eller to gange om måneden	-,241	,032
Ser familie sjældnere	-,370	,020
Ser aldrig familie	,022	,970
Har meget god økonomi	Reference	
Har god økonomi	-,011	,901
Har nogenlunde økonomi	,221	,038
Har dårlig økonomi	,219	,480
Har meget dårlig økonomi	1,526	,017
Alder	,047	,000
BMI	-,039	,000
Førlighedsindeks	-,217	,000
Assens 2007	Reference	
Assens 2009	-,125	,353
Greve 2007	-,123	,357
Greve 2009	-,284	,034
Hjørring 2007	-,376	,004
Hjørring 2009	-,315	,019
Konstant	-1,151	,102
N=	2.965	

B - 6.13 Resultat af logistisk regressions for 60-75-årige af ikke at ryge

	(1)		(2)	
	Koefficient	Signifi- kansniv.	Koefficient	Signifi- kansniv.
Mand	-,348	,000	-,347	,000
Kvinde	Reference		Reference	
Bor alene	-,556	,000	-,560	,000
Bor ikke alene	Reference		Reference	
Helbred virkelig godt	Reference		Reference	
Helbred godt	-,220	,101	-,218	,106
Helbred nogenlunde	-,548	,000	-,557	,000
Helbred dårligt	-,721	,003	-,730	,003
Helbred meget dårligt	-,949	,011	-,949	,012
Alder	,055	,000	,059	,000
Undervægtig	Reference		Reference	
Normalvægtig	1,047	,001	,989	,001
Overvægtig	1,583	,000	1,527	,000
Svær overvægtig	1,907	,000	1,801	,000
Socialklasse 1	Reference		Reference	
Socialklasse 2	,074	,613	,109	,464
Socialklasse 3	,059	,686	,090	,539
Socialklasse 4	-,093	,561	-,058	,718
Socialklasse 5	-,456	,011	-,401	,028
Socialklasse 7	,226	,435	,254	,383
Assens 2007	Reference		Reference	
Assens 2009	,289	,056	,289	,057
Greve 2007	-,031	,834	-,049	,739
Greve 2009	,353	,022	,366	,019
Hjørring 2007	,047	,754	,035	,815
Hjørring 2009	,180	,235	,159	,297
Ser familie dagligt	Reference		Reference	
Ser familie en eller to gange om ugen	,242	,034	,268	,020
Ser familie en eller to gange om måneden	,033	,792	,070	,581
Ser familie sjældnere	,162	,365	,188	,298
Ser aldrig familie	-,265	,626	-,145	,794
Deltaget i kursus e.l. om rygning			-1,722	,001
Ikke deltaget i kursus e.l. om rygning			Reference	
Haft samtale med fagkyndig person om sund levevis			,596	,015
Ikke haft samtale med fagkyndig person om sund levevis			Reference	
Deltaget i rygestopkursus			-1,457	,006
Ikke deltaget i rygestopkursus			Reference	
Deltaget i kursus e.l. om sund levevis			,764	,001
Ikke deltaget i kursus e.l. om sund levevis			Reference	
Konstant	-3,432	,000	-3,718	,000
N=	3.006		3.006	

B - 6.14 Resultat af GLM-regression for 60-75-årige af skalaværdier for vigtigheden af at holde op med at ryge

	Koefficient	Signifi- kansniv.	Koefficient	Signifikans- niv.
Konstant	9,975	,000	10,060	,000
Mand	-,642	,006	-,597	,010
Kvinde	Reference		Reference	
Bor alene	-,506	,078	-,544	,056
Bor ikke alene	Reference		Reference	
Helbred virkelig godt	-1,757	,049	-1,735	,050
Helbred godt	-,700	,408	-,691	,408
Helbred nogenlunde	-,282	,741	-,369	,661
Helbred dårligt	,687	,477	,550	,565
Helbred meget dårligt	Reference		Reference	
Ofte uønsket alene	1,088	,146	1,085	,143
Af og til uønsket alene	1,151	,001	1,145	,001
Sjældent uønsket alene	-,061	,818	,013	,960
Aldrig uønsket alene	Reference		Reference	
Alder	-,071	,012	-,075	,008
Assens 2007	,151	,703	,208	,595
Assens 2009	,025	,951	,041	,919
Greve 2007	,718	,066	,749	,052
Greve 2009	1,452	,001	1,483	,000
Hjørring 2007	,402	,311	,424	,279
Hjørring 2009	Reference		Reference	
Deltaget i kursus e.l. om sund levevis			-,396	,501
<i>Ikke</i> deltaget i kursus e.l. om sund levevis			Reference	.
Deltaget i kursus e.l. om rygning			2,196	,015
<i>Ikke</i> deltaget i kursus e.l. om rygning			Reference	.
Haft samtale med en fagkyndig person om sund levevis			1,426	,021
<i>Ikke</i> haft samtale med en fagkyndig person om sund levevis			Reference	.
Deltaget i et rygestopkursus			1,948	,026
<i>Ikke</i> deltaget i rygestopkursus			Reference	.
N=	770		770	
R ²	0,08		0,09	

B - 6.15 Resultat af logistisk regression for 60-75-årige af at overskride genstandsgrænsen

	Koefficient	Sigifi- kansniv.	Koefficient	Signifi- kansniv.
Mand	,390	,002	,391	,002
Kvinde	Reference		Reference	
Bor alene	,089	,606	,088	,611
Bor ikke alene	Reference		Reference	
Alder	-,051	,001	-,053	,001
Ofte uønsket alene	,252	,580	,273	,551
Af og til uønsket alene	-,100	,642	-,087	,686
Sjældent uønsket alene	,293	,030	,311	,021
Aldrig uønsket alene	Reference		Reference	
Socialklasse 1	Reference		Reference	
Socialklasse 2	-,212	,220	-,220	,204
Socialklasse 3	-,611	,001	-,637	,000
Socialklasse 4	-,877	,000	-,902	,000
Socialklasse 5	-,922	,001	-,944	,001
Socialklasse 7	-1,075	,026	-1,104	,023
Assens 2007	Reference		Reference	
Assens 2009	-,104	,634	-,084	,701
Greve 2007	,248	,222	,270	,185
Greve 2009	,395	,045	,417	,035
Hjørring 2007	-,320	,168	-,304	,191
Hjørring 2009	-,395	,095	-,365	,123
Deltaget i kursus e.l. om sund levevis			-,244	,364
Ikke deltaget i kursus e.l om sund levevis			Reference	
Haft samtale med fagkyndig person om sund levevis			-,939	,019
Ikke haft samtale med fagkyndig person om sund levevis			Reference	
Konstant	1,179	,257	1,343	,198
N=	3.290		3.290	

B - 6.16 Resultat af logistisk regression for 60-75-årige af mindst én gang inden for den seneste måned at have drukket mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed

	Koefficient	Signifi- kansniv.
Mand	1,063	,000
Kvinde	Reference	
Bor alene	-,209	,054
Bor ikke alene	Reference	
Helbred virkeligt godt	Reference	
Helbred godt	-,025	,822
Helbred nogenlunde	-,334	,010
Helbred dårligt	-,343	,173
Helbred meget dårligt	-,605	,212
Har meget god økonomi	Reference	
Har god økonomi	-,159	,079
Har nogenlunde økonomi	-,212	,046
Har dårlig økonomi	-,407	,182
Har meget dårlig økonomi	-,083	,879
Førlighedsindeks	-,095	,014
Alder	-,060	,000
Ofte uønsket alene	-,249	,447
Af og til uønsket alene	,020	,877
Sjældent uønsket alene	,152	,080
Aldrig uønsket alene	Reference	
Assens 2007	Reference	,000
Assens 2009	,078	,552
Greve 2007	,062	,640
Greve 2009	,378	,004
Hjørring 2007	-,245	,069
Hjørring 2009	-,219	,104
Konstant	3,240	,000
N=	3.192	

B - 6.17 Resultat af GLM-estimation for 60-75-årige af vigtigheden af at nedsætte sit alkoholforbrug

	Koefficient	Signifi- kansniv.
Konstant	7,226	,000
Mand	,210	,017
Kvinde	Reference	
Bor alene	-,069	,567
Bor ikke alene	Reference	
Ofte uønsket alene	1,275	,001
Af og til uønsket alene	,478	,001
Sjældent uønsket alene	,254	,008
Aldrig uønsket alene	Reference	
Socialklasse 1	-,392	,168
Socialklasse 2	-,384	,159
Socialklasse 3	-,414	,128
Socialklasse 4	-,444	,117
Socialklasse 5	-,625	,034
Socialklasse 7	Reference	
Drikker mindre end genstandsgrænsen	-1,363	,000
Drikker mere end genstandsgrænsen	Reference	
Førlighedsindeks	,061	,090
Alder	-,058	,000
Assens 2007	,127	,397
Assens 2009	,173	,240
Greve 2007	,290	,056
Greve 2009	,520	,000
Hjørring 2007	,105	,494
Hjørring 2009	0 ^a	.
N=	2.791	
R ²	0,06	



Effekter af en sundhedsfremmende indsats i tre kommuner

Det overordnede formål med denne undersøgelse har været at undersøge effekter på borgerenes livsstil af forskellige måder at tilrettelægge og organisere en sundhedsfremmende indsats i en kommune.

Undersøgelsen peger bl.a. på, at forbedringer i borgernes sundhedsadfærd ikke kan opnås alene gennem forskellige rådgivningstiltag, som når mere eller mindre bredt ud. Der er også brug for en indsats, der sætter rammerne og mulighederne for vaner og livsstil, altså rammer der begrænser de usunde vaner og fremmer de sunde. Der er her brug for organisatoriske strukturer i kommunen, der kan fremme samarbejde mellem sundhedsområdet og kommunens forskellige fagområder og private aktører om at udvikle en indsats, der når ud til bredere grupper.